LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

3e Série.

TOME DEUXIÈME.

1850

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

1850

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1850.

Paris — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

TABLE DES MATIERES

2 JANVIER 1851.

DE LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

IIIe SERIE. — TOME DEUXIÈME. — 1850.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

Q

R

S

T

U

V

Z

Paris. — Imprimerie de Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 1er JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 1.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

A NOS ANCIENS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1849, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 10 cent. seulement. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Plusieurs de nos confrères nous ayant prié de faire relier leur collection, nous nous sommes entendu avec un excellent relieur qui, pour 2 fr., fait une jolie et très solide demi-reliure.

A NOS NOUVEAUX ABONNÉS.

Ceux de nos nouveaux abonnés qui voudraient commencer une collection à l'année 1849 (la première du nouveau format, la première aussi qui contient de nombreuses gravures dont tous nos lecteurs ont apprécié l'utilité) peuvent se procurer, à notre bureau, des volumes de cette année tout reliés moyennant 17 fr. 20.

Nos abonnés recevront avec le prochain numéro le titre de la *Gazette* pour l'année 1849, et la liste des auteurs dont les travaux ont été publiés dans ce journal.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Coup de feu dans le flanc gauche avec fracture d'une côte et d'une apophyse épineuse. — Lésion intestinale révélée seulement le neuvième jour par l'issue des matières fécales. — Guérison.

Observation recueillie par M. RIPOLL, interne de service.

OBS. — Auguste Beauvais, maçon, âgé de vingt ans, fut apporté à l'hôpital Saint-Louis le 23 février 1848 quelques heures après avoir reçu une balle et dans l'état de stupeur caractéristique des plaies par arme à feu.

La plaie d'entrée de la balle était située sur le milieu de la courbure de la dixième côte gauche, laquelle était fracturée à ce niveau ; la plaie, parfaitement circulaire, empiétait un peu sur l'espace intestinal de la neuvième et de la dixième côte. La plaie de sortie se voyait au niveau de l'angle de la douzième côte droite; celle-ci n'était point fracturée, mais l'apophyse épineuse de la vertèbre correspondante était brisée. La direction de la balle était donc oblique de haut en bas, d'avant en arrière et de dehors en dedans; les deux plaies étaient séparées par un intervalle de 21 centimètres.

Le malade ressentait une très grande gêne dans la respiration, bien que l'auscultation et la percussion ne révélassent aucune lésion des organes thoraciques. Du reste, il n'accusait aucune douleur et ne savait même pas où il avait été blessé. — 2 pilules d'opium; gomme sucrée, 2 pots; diète; saignée, 4 palettes ; cataplasmes froids sur les plaies.

Le 24 février, le malade a passé une bonne nuit, et la stupeur est moindre. La gêne respiratoire est cependant considérable. Le pouls est plein, fréquent, la peau chaude, halitueuse. Appétit assez prononcé. — Nouvelle saignée de 2 palettes; le reste *ut supra*.

Le soir, le malade se plaignit de ne pouvoir uriner; une sonde introduite donna issue, en effet, à une grande quantité d'urine sanguinolente, ce qui fit présumer que le rein avait été atteint par la balle.

Le 25, la nuit a été bonne, la fièvre est un peu tombée ; le malade a rendu avant la visite une petite quantité d'urine *parfaitement limpide*. La gêne respiratoire est la même. Il y a une douleur assez vive, surtout à la pression, aux alentours de la plaie antérieure. Le malade réclame à grands cris à manger. — 20 sangsues autour de la plaie d'entrée; continuer la diète, l'opium et les cataplasmes.

Le 26, à part la gêne respiratoire qui est toujours très grande, le malade est dans un état très satisfaisant. Presque pas de fièvre; il urine volontairement, et ses urines sont normales. La douleur, au niveau de la plaie d'entrée, est modérée à la pression; la plaie de sortie est indolente. Il y a quelques coliques avec du gargouillement, et l'abdomen est un peu ballonné du côté gauche. Cependant le malade accuse la faim. — Un bouillon.

Le 27, la nuit a été un peu agitée, le pouls est plus vif, l'appétit moindre, la respiration plus gênée. Le ballonnement du ventre augmente, et il y a un peu de douleur à la pression dans cette région. — Saignée de 3 palettes; diète.

Le 28, bien que l'état général soit un peu plus satisfaisant, le ventre est plus douloureux à la pression. Le malade n'a pas eu de selles depuis son entrée à l'hôpital. — Cataplasmes chauds sur le ventre; lavement émollient.

Le 29, le lavement a procuré deux selles abondantes. L'état général est très satisfaisant. L'appétit est vif. — Deux soupes.

Dès le lendemain, le malade était si bien que M. Richet permit une portion avec du rôti, et M. Malgaigne trouva les choses en cet état le 3 mars en reprenant son service.

Mais précisément ce jour-là, vers le soir, le malade eut une abondante évacuation de matières fécales mêlées d'un peu de pus par la plaie du flanc gauche, et le 5 au matin il y en eut une autre. A la visite, on voyait quelques gaz s'échapper de temps en temps par la plaie, et de temps en temps aussi sortir quelques grumeaux de matière fécale; cependant, l'état du ventre était toujours satisfaisant. La gêne respiratoire était un peu plus prononcée; le malade avait quelques quintes de toux suivies d'expectoration de crachats muqueux assez abondants mêlés de quelques stries sanguinolentes; mais l'auscultation et la percussion n'accusaient aucune lésion organique, et il n'y avait que quelques bulles de râle muqueux à la base des deux poumons. — Une soupe; 3 portions de lait; potion anodine.

Le 5 mars, l'écoulement des matières fécales et l'émission des gaz par la plaie se font d'une manière presque continue. L'état général du malade est bon. La plaie tend à se rétrécir. — 2 potages.

Le 6, l'écoulement des matières fécales était moins abondant, l'appétit était revenu ; on accorda une portion.

Le 8, l'écoulement était presque nul; le 9, il semblait avoir complétement cessé ; la plaie, fort rétrécie, ne rendait qu'une suppuration abondante un peu séreuse.

Le 12, quelques grumeaux de matière fécale apparurent encore; mais la respiration était revenue presque à l'état normal ; un peu de difficulté à expectorer céda à l'administration d'une potion kermétisée.

Le 16, la plaie ne semblait rendre que du pus. Le malade n'avait pas été à la selle depuis le 1er mars ; un suppositoire avec une goutte d'huile de croton n'eut aucun effet; un lavement fut donné et gardé sans que rien sortit par la plaie.

Le 17, on mit un suppositoire avec deux gouttes d'huile de croton, qui amenèrent enfin plusieurs selles.

Le 18, le malade accusant toujours un peu de douleur au niveau de la fracture de côte dans les grandes inspirations, on appliqua autour du thorax une large ceinture de diachylum percée de deux ouvertures au niveau des plaies.

Le 21, il sortit encore par la plaie quelques grumeaux de matière fécale, mais ce fut pour la dernière fois.

Le 24, la plaie était presque entièrement cicatrisée, et le linge était à peine taché par un léger suintement séreux. On sentait sur la côte la tumeur du cal assez volumineuse; mais il restait encore un peu de douleur en ce point. La plaie postérieure, plus douloureuse, laissait écouler une grande quantité de pus séreux, mal lié, semblable à celui qui proviendrait d'une carie; un stylet introduit n'accusait cependant la présence d'aucune esquille ni d'aucun os dénudé.

Le 2 avril, la consolidation étant évidemment complète, on enleva la ceinture de diachylum, qui fatiguait inutilement le malade.

Le 15, il ne restait presque plus de trace de la plaie antérieure, mais la plaie postérieure conservait toujours le même aspect. Bien que les selles fussent régulières, l'appétit se perdait, la digestion se faisait mal, l'amaigrissement était remarquable, et le malade, ayant essayé de se tenir assis sur son lit, avait eu une syncope. Il avait eu aussi, quelques jours auparavant, dans l'espace de quarante-huit heures, trois attaques épileptiformes de courte durée, affection à laquelle il avait été sujet dans son enfance.

On le mit à l'usage de l'eau de Seltz; on ajouta à sa ration 250 grammes de vin de Bagnoles, et en peu de temps la digestion se régularisa, l'appétit et les forces revinrent. Le 1er mai, il mangeait trois portions d'aliments, pouvait, sans inconvénient, s'asseoir sur son lit et être promené dans un fauteuil à roulettes. Les plaies étaient complétement cicatrisées toutes deux, et le malade n'éprouvait à leur niveau aucune douleur.

Nous eûmes cependant encore une fois quelques craintes : l'épiderme de la cicatrice antérieure s'était soulevée en forme de pustule. L'incision par la lancette donna issue à une petite quantité de sérosité noirâtre, non fétide; le fond de la plaie était parfaitement oblitéré, et la petite incision se ferma d'elle-même.

De ce moment, la guérison ne se démentit plus; le malade ne tarda pas à se lever et à se promener sans soutien; et il sortit le 15 mai, ayant recouvré la plénitude de toutes ses fonctions.

L'observation précédente, dit M. Malgaigne, est intéressante sous de nombreux rapports. La balle fracture d'abord une côte, et amène des symptômes inquiétants du côté de la respiration. On pouvait craindre qu'elle n'eût traversé la poitrine; et cependant ni l'auscultation

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les économies du citoyen Davesne.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Puisque tout le monde s'occupe peu ou prou des magnifiques économies que va réaliser le citoyen Davesne sur la table des internes des hôpitaux, pourquoi ne m'en occuperais-je point aussi ! La question est assez joviale pour incomber très naturellement dans mon domaine, et je vous avouerai même que les esprits et les articles sérieux n'en ont en aucune façon envisagé les points les plus curieux, j'ajouterai et les plus graves. La Société médicale des hôpitaux semble l'avoir reconnu comme moi, puisque, dans sa dernière séance, elle a trouvé, en comité secret, que le sujet méritait considération, et qu'elle a nommé une commission pour y réfléchir. Vous savez, mon cher confrère, combien les commissions réfléchissent longtemps; il est probable que nos jeunes confrères les internes en auront pour longtemps encore à fréquenter Rousseau-l'Aquatique avant de connaître les méditations de leurs honorables maîtres. Comme je crois que les simples petits calculs auxquels je vais me livrer auront le mérite de présenter sous son véritable jour la grande mesure financière du citoyen Davesne, et qu'ils me semblent ainsi de nature à faciliter les méditations de la commission médicale, c'est pour moi un double motif de ne pas tarder davantage à vous les faire connaître ; ce qui me plaît par-dessus tout, c'est de rendre justice au mérite et de seconder des gens bien intentionnés.

Voici donc en quelques chiffres la grande réforme économique du citoyen Davesne :

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que la *faveur* (vous allez voir comme le mot est bien choisi !) dont on veut dépouiller les internes, est celle d'être nourri dans les hôpitaux moyennant la somme de 25 francs par mois. Cela posé, voici comment on peut apprécier les grandes économies que cette mesure va réaliser.

Le nombre des internes en médecine et en pharmacie peut être évalué à 200 ; c'est donc 200 déjeuners et autant de dîners qu'il faut leur servir chaque jour. Je ne sais, mon cher confrère, si vous avez une idée exacte des déjeuners et des dîners des hôpitaux ; si oui, je crois que vous ne m'accuserez pas de les déprécier lorsque je les comparerai à ceux de Viot ou de Rousseau-l'Aquatique. Or, ce même Rousseau-l'Aquatique nous faisait déjeuner pour 12 sous et dîner pour 22, soit 34 sous ou 1 fr. 70 c. par jour. Ce même Rousseau-l'Aquatique gagnait 25 0/0 sur chaque repas qu'il servait; c'est donc à 1 fr. 70 c. moins 43 cent que lui revenaient les deux repas, c'est-à-dire à 1 fr. 27 c. Comme l'administration des hôpitaux ne paye pas l'entrée de son vin ni de ses farines, et que, vu ses grands approvisionnements, elle paye toutes ses denrées en général moins cher que le susdit Rousseau, vous m'accorderez bien qu'elle peut fournir sa cuisine au moins au même prix que le célèbre marmiton (1). Je crois donc me montrer de très bonne composition avec M. Davesne en estimant à 1 fr. 27 c. le prix de revient de son déjeuner et de son dîner.

1 fr. 27 c. multipliés par 200 internes produisent, si Barême ne m'induit pas en erreur, une somme de 254 fr. Soit, pour une année :

254 × 365 = 92,710 fr.

Certes, voilà un assez joli chiffre! Et vraiment, si le citoyen Davesne venait à le faire rentrer dans les caisses de l'administration, il pourrait avec raison prétendre quelque peu à la succession de M. F. (quand elle sera ouverte, bien entendu).

Mais,

De cette somme assez rondelette, il faut soustraire,

1° Les déjeuners et les dîners de chaque interne de garde, qu'on est bien obligé de nourrir, puisqu'on lui défend de sortir pour aller dîner dehors. Les internes de garde, au nombre de deux dans chaque hôpital (un interne en pharmacie et un interne en médecine), font 44 déjeuners et 44 dîners par jour, qui, au prix convenu de 1 fr. 27 c. par jour, produisent une somme de 55 fr. 88 c. Soit, par an :

55,88 × 365 = 20,396 fr. 20 c.

2° Chaque interne, sur le taux de 25 fr. par mois, laisse par jour 25 divisé par 30, c'est-à-dire 0,83 c. Ce chiffre, multiplié par le nombre des internes (200), donne un produit de 166 fr. Soit, pour toute l'année ;

166 × 365 =	60,590 fr.	
lesquels ajoutés à la somme de....	20,396	20 c.
Trouvée d'autre part, font un total de	80,986 fr.	20 c.
Laquelle, soustraite de...........	92,710	
laisse à l'administration une économie annuelle de........	11,723	80

Certes, sur un budget de *dix-sept millions*, c'est une belle chose que d'économiser 12,000 fr. aux dépens de 200 jeunes gens d'avenir qui se consacrent au service des pauvres malades. Je recommande l'inventeur de cette haute mesure économique à toute la sollicitude du président de la République, et s'il ne dépendait que de moi, il serait ministre des finances (pas le président de la République), avant la fin de l'an, c'est-à-dire avant ce soir minuit.

Bene vales, ego benè valeo.

X...

(1) Nous pourrions ajouter que les marmitons de l'administration sont des moins célèbres et des moins payés, et qu'il ne serait pas mal, dans l'intérêt des malades, qu'ils fussent un peu plus experts ; mais ceci pourrait être du Premier-Paris, et je n'insiste pas.

ni la percussion ne révélèrent jamais le moindre désordre organique dans cette cavité.

Libre de ce souci, voyant d'ailleurs l'une des apophyses épineuses brisée, le chirurgien avait droit de penser que la balle avait filé le long des côtes sans pénétrer nulle part, et qu'ainsi la plaie était d'une gravité médiocre. Le second jour, une rétention d'urine et les urines tachées de sang font revenir sur ce premier pronostic et craindre une lésion du rein.

Le lendemain, tous les phénomènes de ce côté, pleinement disparus, dissipent encore les craintes; du côté du ventre d'ailleurs, rien qui appelle l'attention; l'appétit était vif, il n'y avait quasi pas de fièvre. Or, c'était là cependant qu'était le danger; l'intestin avait été lésé, et le neuvième jour cette lésion se révélait par un véritable anus anormal.

Comment la balle avait-elle pu atteindre l'intestin et briser à la fois une côte et une apophyse épineuse? Comment le diaphragme, nécessairement atteint, n'avait-il pas suspendu, au moins en partie, la respiration de ce côté? Nous ne voudrions pas nous charger de résoudre ces questions difficiles.

Mais le fait a offert une belle question de pronostic, que nous n'avons pas hésité à résoudre dès l'apparition de cet anus artificiel. Nous avons affirmé que la nature suffirait seule à le guérir; et l'événement a justifié ces prévisions. Elles s'appuyaient sur des études déjà anciennes touchant les obstacles qui s'opposent à la guérison des anus anormaux, et les conditions nécessaires à cette guérison. Nous venons d'opérer récemment un anus anormal, suite de hernie étranglée, et qui était resté opiniâtrement ouvert depuis treize mois. Un succès complet a couronné l'opération tentée d'après ces vues nouvelles. Tout nous fait espérer que ce succès se maintiendra.

Suite des recherches sur la choladrée lymphatique dans l'ouest de la France.

PAR M. BALLY,
Membre de l'Académie de Médecine.

TOPOGRAPHIE MÉDICALE D'ANGERS.

Avant de m'éloigner de Nantes, un sentiment de vieille amitié m'entraînait vers le collége, ancienne demeure des Oratoriens, où mon compagnon et ami Pariset avait puisé les éléments de cette éloquence si brillante et si féconde qui le distinguait parmi nous.

Occupé depuis longues années de cet écoulement de l'eau du sang que l'on s'obstine à nommer *choléra*, il m'a semblé qu'il ne fallait pas seulement fouiller dans les archives de la capitale, mais qu'il y avait des trésors à puiser chez les praticiens éminents qui honorent notre profession dans les départements.

A deux pas de la Loire, et sur les bords de la Maine, repose une ville importante qui a joué un grand rôle dans les fastes de notre histoire, et qui ne fut jamais étrangère aux progrès des sciences, et spécialement de notre art. Elle fut la patrie du médecin François Bernier, du chirurgien Michel Chevreul, dont Pariset a fait un éloge si vrai, si touchant, et de plusieurs autres qui seront mentionnés dans cet article.

L'arrivée à Angers par la Loire-Maine est des plus pittoresques, des plus imposantes. C'est, sur une moindre échelle, l'entrée dans le golfe de Naples, à travers les îles de Procida, d'Ischia et de Capri. La ville a 40,000 âmes; elle est assise sur une colline composée entièrement de schiste ardoisier. L'exploitation de ce genre de roche est l'une des grandes industries et des richesses du pays.

La ville se divise en deux parties, l'une haute, élevée sur la colline; l'autre basse, longeant la Maine, la moins étendue.

La latitude est de 47° 28' 8", environ 1° 22 de moins au nord que Paris. Ce qui n'est pas sans importance dans l'appréciation de la température et des influences atmosphériques. La longitude est de 2° 53' 52", 73 lieues S. O. de Paris.

Il serait difficile de rencontrer une position plus favorable à l'équilibre de la santé publique. Aucun obstacle à la libre circulation de l'air, à l'arrivée de la lumière du soleil; atmosphère agitée par les courants des rivières qui se réunissent pour former la Maine, et, tout près encore, par le grand fleuve la Loire; végétation luxuriante, sans mares ni flaques d'eau. Une seule chose manque à la majorité de la population : les fontaines. Elle boit l'eau des puits creusée dans ce schiste et chargée de ses débris; d'autres vont puiser dans la Maine, qui en fournit d'excellente. Il y a sur le sommet et sur le plateau un quartier magnifique et bien bâti, bien percé. Ce devrait être le plus sain; mais y rencontre quelques pâtés de vieilles maisons liées par des cours étroites et malpropres qui sont devenues de vrais foyers d'infection, dont les habitants succombaient presque tous dans le cours de l'épidémie.

Le quartier de la Doutre, qui a des rues basses, habitées par la population malaisée, a également beaucoup souffert.

Si vous allez à Rome, et que vous demandiez quel fut le premier des sculpteurs modernes, on vous introduit au Capitole, dans une série de salles qui portent le nom de Canova, parce qu'elles sont remplies des chefs-d'œuvre du Praxitèle romain.

Si vous allez à Angers, et que vous adressiez la même question à l'un des habitants, il vous conduira dans une vaste salle qui porte le nom de musée David, notre Canova. Au milieu de tous ces prodiges de l'art, notre cœur et notre profession nous entraînaient à rechercher et à admirer les bustes si frappants de ressemblance des docteurs Béclard et Ollivier; et, sublimité du génie, la statue du médecin Garnier que le grand artiste avait à peine aperçu pendant sa vie, et dont chacun se plaît à reconnaître les traits. Il était digne de cet hommage, le médecin généreux et charitable qui, à l'imitation de saint Martin (de Tours) et de saint Vincent de Paule, se dépouillait pour soulager l'indigent.

Béclard, notre ancien collègue et ami, était gendre du professeur Dubois, si connu par son coup d'œil, la force de son jugement, l'aménité de son caractère. La veuve de Béclard, devenue Mme Ferrus, vient de succomber à ce fléau que le souffle empesté du Gange nous a légué. Monstre qui, nous plongeant dans le deuil, n'a respecté ni la vertu, ni la grâce, ni les nobles qualités du cœur.

Le professeur Béclard, ravi si jeune à la science, qu'il agrandissait comme Bichat, a fait de nombreux travaux. Son livre intitulé *Éléments d'anatomie générale*, etc., est resté classique. L'auteur avait donné l'impulsion à l'étude de l'anatomie des régions, étude si favorable aux progrès de l'art et à l'instruction du praticien. Le *Dictionnaire en XXV volumes* renferme plus de soixante articles sortis de cette plume fertile, et insérés dans les douze premiers tomes. Cet ouvrage, commencé en 1821 par vingt-huit rédacteurs, n'en compte déjà plus que quatorze parmi les vivants.

Avant d'aller plus loin, disons que le *Dictionnaire* aurait besoin d'une édition tous les dix ans pour l'instruction positive de la jeunesse studieuse. Messieurs les auteurs ne doivent point oublier que, dans un siècle et un temps où la pensée n'a plus d'entraves, les sciences marchent et progressent rapidement. Le docteur Fabre a bien compris cette nécessité de l'époque lorsqu'il a conçu l'heureux dessein de publier le *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*.

Angers s'honore d'un bon nombre d'institutions de bienfaisance, de charité, d'instruction, au nombre desquelles on doit distinguer l'Asile des Sourds-Muets. Il faut aussi signaler l'Hôtel-Dieu, fondation due à la piété de Henri II, comte d'Anjou, qui l'édifia en 1153. L'intérieur a la forme d'une église gothique, style de l'arc aigu, soutenu par des colonnes à chapiteaux égyptiens. Ces chapiteaux ne sauraient étonner; car on était alors à l'époque où l'enthousiasme des croisades précipitait l'Occident sur l'Orient. Grande folie, d'où cependant est résulté le premier affranchissement des communes. Cet hôpital est mal placé, étant au bas de la colline, quartier de la Doutre. Il est question de le reporter sur le sommet, où se trouve un large plateau nu et qui appartient à la ville. Les médecins insistent fort sur ce déplacement.

Invasion de la choladrée lymphatique (ou écoulement de l'eau du sang par les intestins). — René Gaillard, âgé de soixante-trois ans, adonné à la boisson, fut transporté le 9 mai à l'Hôtel-Dieu, où il expira promptement. Dès cette époque, le fléau s'étendit avec rapidité, tant à l'hôpital que dans la ville, jusqu'au 14 juin que la décroissance commença. Après le mois d'août on n'aperçut plus que quelques cas forts rares. Trente-deux à trente-trois jours s'étaient déjà écoulés depuis qu'un autre malade, également nommé Gaillard, était mort avec des symptômes *hydrocholadériques*. Il avait eu la cholérine pendant plusieurs jours. Gaillard était dans l'aisance, il habitait une maison neuve dans le beau quartier Bressigny. Il y a ici quelque analogie avec ce qui se passa en 1832 à Paris, où l'on soupçonna le cuisinier du général Mouton d'avoir succombé aux atteintes de la maladie asiatique plus d'un mois avant le 26 mars.

Le chiffre authentique des malades est de 800, sur lesquels on compte plus d'un tiers de guérisons. Il s'est passé un fait grave qui présente la plus grande analogie avec celui de Pénitencier de Tours. Voici comment M. Davila le raconta : « Une » partie circonscrite du chemin de fer dans laquelle les eaux » stagnaient a été le théâtre d'horribles accidents. 45 des ou» vriers qui travaillaient soit à l'épuisement des eaux, soit » aux travaux de terrassement, ont été pris de choléra dans » l'espace de trois jours, et trente-cinq ont succombé.

» Autre particularité : le quartier dit Pierre-Lise, le plus » élevé d'Angers, habité par des ouvriers de carrière, a été » dévasté par la maladie régnante; et le pensionnat de Belle- » Fontaine, situé au milieu de ce quartier, n'a pas éprouvé la » plus légère atteinte. »

J'ajouterai qu'à La Fère neuf artilleurs qui furent, pendant le règne de l'épidémie, envoyés à un bastion avancé pour remplacer les neuf qui y tenaient garnison et qui jouissaient d'une bonne santé, y trouvèrent la mort en peu de jours.

Il y eut cependant dans l'Hôtel-Dieu d'Angers 5 cas suivis de 4 décès, puis une religieuse et une infirmière. Ont eut de bonne heure l'attention de transporter les individus atteints par l'épidémie dans une salle particulière, ce qui fut une bonne précaution. Aucune des blanchisseuses de l'hôpital n'a été atteinte, bien que l'on n'y ait pas pris le soin de désinfecter le linge, comme on l'avait fait à Nantes.

La commune de Beaulieu, terrain schisteux et anthracifère avec veines de calcaire et d'amphibole; population agglomérée 600, a perdu 91 malades à partir du 26 juillet. Les habitants effrayés s'enfuirent dans la forêt, où ils campèrent à l'abri du danger.

On a observé beaucoup de suettes dans les campagnes aux environs d'Angers. Plus il y en avait dans une localité, moins la choladrée lymphatique était fréquente. Elle exemptait communément de l'épidémie : mais quelques individus s'étant livrés trop tôt à leur intempérance, à la suite de la suette miliaire, trouvèrent la mort.

Dans la ville comme dans la campagne, les cas de choladrée lymphatique foudroyants ont été fort rares. Presque partout la cholérine a été générale, et l'on conjurait les symptômes secondaires, si l'on se hâtait d'employer des énergiques moyens. On s'est alors bien trouvé de l'ipécacuanha, ainsi que le pratiquait si habilement le docteur Plouviez à Lille.

Si la cholérine résistait et qu'elle parût tendre à la dégénérescence, on avait recours à l'emploi de l'azotate d'argent à la dose de 10, 20, 30 centigrammes en lavements. Il semblerait que dans bien des cas on a eu à se féliciter de ce traitement symptomatique.

M. le professeur Négrier s'applaudissait aussi de l'ammoniaque liquide, il le donnait à la dose de deux gouttes toutes les heures; et d'autre part, M. le docteur Vincent avait renoncé à son usage dans l'hospice des Aliénés, parce qu'il lui semblait que cet alcali provoquait le vomissement. On sait qu'à une certaine époque de la première épidémie, l'ammoniaque liquide fut fort prôné à l'île Maurice (Ile-de-France). Administré dans une infusion d'aya-passa, il fut considéré comme une panacée.

On a dit qu'en 1802 j'avais employé l'alcali volatil dans la fièvre jaune de St-Domingue, et que j'en défendais l'efficacité dans mes publications de 1814 et de 1821. Voici le passage que j'ai consigné dans l'Histoire médicale de l'épidémie de Barcelone : « ... Quelques essais sur l'ammoniaque li» quide, ne nous ont rien appris. Des malades ont guéri avec » ce médicament. (Observ. 4, 7, 8 et 9.) D'autres en plus » grand nombre sont morts, bien qu'ils en fissent usage. ».

Un jour viendra que l'inhalation des gaz sera l'objet des recherches des thérapeutistes. La respiration de l'ammoniaque liquide, avec les précautions que commande cet agent énergique, aura peut-être son utilité. Il faut sans interruption interroger la nature et chercher le correctif de l'empoisonnement du nouveau fléau. Il est des chimistes il est des ouvriers intelligents qui ont pensé que les fabriques, où s'évapore sans cesse le gaz ammoniacal en garantissaient. Notre spirituel écrivain le docteur Réveillé-Parise raconte un fait qui mérite d'être enregistré : le chef d'une famille, composée de cinq personnes, et résidant à Paris, au milieu des foyers les plus actifs, avait placé dans chaque pièce de son appartement un flacon débouché d'alcali volatil. Il traversa ainsi, avec tous les siens, sain et sauf, la meurtrière épidémie de 1849.

École secondaire de Médecine. — L'hôpital d'Angers a pour annexe une grande étendue de bâtiments contigus qui ont singulièrement favorisé l'instruction. Salle de dissection, bel amphithéâtre, cabinet de pièces anatomiques, superbe bibliothèque, tout est réuni pour le progrès d'une quarantaine d'élèves, presque tous bacheliers, qui, sous la direction de maîtres doués d'une parfaite intelligence, promettent d'illustrer un jour notre art. Ajoutez un jardin de botanique et un laboratoire de chimie où professe M. Daviers, qui joint les connaissances du chimiste à celles de l'anatomiste et de l'opérateur. Ne passons pas sous silence un riche cabinet d'histoire naturelle. Comme phénomène rare, on m'a fait remarquer une vipère à deux têtes; elle est assez grosse pour faire croire qu'elle a vécu quelque temps. On sait que ces ovo-vivipares sont communs dans l'Anjou.

Il y a dans l'hôpital un interne, nommé Davila, qui promet à l'École un professeur d'un haut mérite. Destiné à une carrière plus brillante que celle de la médecine, sa vocation, plus puissante que l'attrait de la fortune, l'a entraîné vers l'étude des sciences médicales. Déjà il a acquis des droits à la reconnaissance publique par le zèle intelligent qu'il a déployé dans les missions à lui confiées. L'autorité municipale lui a déjà voté d'honorables remercîments; et comme la libéralité d'un gouvernement, dans un pays d'égalité, doit s'étendre sur les élèves des départements comme sur ceux de Paris, il faut espérer que M. le ministre Dumas, l'illustre protecteur des sciences et des serviteurs de l'humanité, n'oubliera pas ce jeune et intéressant néophyte.

La bibliothèque est un don du docteur Ollivier; il y a ajouté une rente annuelle de mille francs, au capital de vingt mille, qu'il a légués à l'École. Son buste et son portrait sont placés dans l'établissement, et semblent veiller à sa conservation. La suppression de cet enseignement préparatoire serait une calamité publique.

Ollivier a fait beaucoup de travaux; un ouvrage estimé sur les maladies de la moelle épinière; environ 40 articles dans les 12 derniers volumes du Dictionnaire, comme successeur de son compatriote Béclard; plusieurs mémoires et rapports de médecine légale, etc.

Le directeur de cette École est le docteur Négrier, homme éminent, l'un des correspondants de l'Académie nationale de Médecine. De ses travaux originaux, je n'en citerai que deux, l'un sur l'action des feuilles de noyer, et l'autre sur ses vues physiologiques dans la conception humaine.

Dans le premier, le professeur a démontré que la décoction de ces feuilles possède un pouvoir réel contre le scrophule. Ce médicament, aussi utile que l'iode, n'a pas les mêmes inconvénients. Il serait, en effet, difficile de refuser une propriété énergique à un médicament aussi fortement odorant et qui jouit d'une saveur aussi prononcée. Pour qu'il existe une opinion populaire généralement répandue, savoir, qu'il est dangereux de dormir sous un noyer, il faut bien que l'expérience ait inspiré cette crainte.

Il est une découverte que le docteur Négrier défend comme sa propriété, celle d'un ou de plusieurs ovules qui se détachent des ovaires et sont portés dans l'utérus à la suite de chaque menstruation; ce qui expliquerait ce fait si connu de la plus grande aptitude à la conception à la suite de la menstruation. Mais point de gloire sans mélange! Un autre savant, M. le docteur Vauchard, de Rouen, a eu la même idée à peu près à la même époque; et comme il a fait de la physiologie comparée, l'Académie des Sciences l'a honoré de ses suffrages en l'admettant parmi ses correspondants, section de zoologie.

M. Mirault, professeur de chirurgie, s'était fait connaître dans le brillant congrès de Tours par une éloquence et une logique puissantes. A lui je dus d'échouer dans la proposition que j'avais faite d'accorder une haute récompense au nom du congrès à l'inventeur de l'inhalation des gaz. Alors nous étions moins avancés que nous ne le sommes aujourd'hui. Alors aussi le chloroforme-Soubeiran, dénommé et proposé par deux illustrations académiques, MM. Dumas et Flourens, n'était pas consacré par la pratique.

A côté de ces hommes remarquables se trouve un savant modeste qui sacrifie son temps et sa fortune à l'augmentation de la richesse agricole par le perfectionnement de l'agriculture. M. le médecin de Beauvoys a modifié fort avantageusement le mécanisme des ruches, et conséquemment l'éducation des abeilles; et c'est rendre un service à notre thérapeutique,

car le miel est un agent de première nécessité pour la médecine humaine et la médecine vétérinaire.

Asile des Aliénés. — A 8 kilomètres d'Angers, sur une colline fort élevée, dominant la Loire et dans une ravissante position, est le château de Saint-Gemmes, refuge de 360 aliénés. Cet hospice est dirigé avec habileté par le docteur Vincent, le premier d'entre nous qui ait connu la maladie asiatique avant qu'elle ne fît son invasion en France. Il l'avait étudiée à Bénarès, et, en 1829, il soutint une thèse sur ce sujet devant la Faculté de Paris. Elle passa inaperçue parce que, dans notre inexpérience, nous nous reposions avec une trompeuse sécurité sur la salubrité d'un climat qui n'avait jamais été souillé par cette pestilence; et cependant le monstre, comme un sourd incendie que rien ne m dère, s'acheminait vers nous d'Orient en Occident, nous atteignait après quinze années de marche, ravageait le monde entier et allait expirer dans Rome, ravagée à son tour en 1837.

Lorsque, le 26 mars 1832, il nous frappait à Paris, nous ne savions pas le premier mot de ce nouveau mal, et son baptême nous arrivant des peuples les plus ignorants et les plus hétérodoxes, nous adoptâmes sans réflexion le pseudonyme choléra; tandis que ce n'était qu'une hémorrhagie de sang blanc ou sérum (lympha)...

N'imaginez pas que par lymphe j'entende le liquide des vaisseaux dits lymphatiques, que du reste j'ai toujours trouvés complètement vides; je donne à ce terme son acception rigoureuse, eau ou sérum. La choladrée lymphatique n'est pas une maladie d'organe solide; il n'y a point d'altération dans les organes solides. Tout le mystère de ce grand trouble se passe dans la chair coulante de Bordeu : voilà ce qu'il importe de bien comprendre pour arriver un jour à une vraie solution du grand problème thérapeutique. *Poison dans le sang* et *dissolution du sang*, telle est la nature de cette maladie. Ce que j'ai nommé *utriculus* (1), ce que M. Serre a nommé *psore* n'est pas une altération, un désordre organique; ce sont de petits organes qui, fonctionnant d'une manière exagérée, acquièrent un certain développement. Ce sont ou les extrémités béantes des vaisseaux qui vomissent le sang blanc, *lymphæ*, ou les glandules de Brunner.

Le 25 juillet 1849, la maladie prenta tout à coup parmi les aliénés de Saint-Gemmes, et en une semaine le docteur Vincent eut la douleur d'en voir 80 à l'infirmerie et la moitié de la population en quatorze jours. Il y avait encore deux malades lorsque, vers la mi-septembre, je visitai cet établissement. M. le docteur Vincent m'a affirmé que, sur les 180, il avait obtenu les deux tiers de guérisons, succès inouï qu'il attribue, à juste titre, à ce que tous les individus étaient constamment sous sa surveillance, et qu'il se hâtait de les soumettre à un traitement énergique dès les premiers symptômes.

Lorsque la maladie est confirmée, il croit peu à la vertu des médicaments administrés à l'intérieur, et il adhère complètement à la thèse que je soutiens, que les voies digestives n'absorbent plus. Aussi a-t-il bien aperçu que les opiacés réagissent sur le cerveau lorsque les organes commencent à fonctionner et qu'ils provoquent le délire ou le transport. A la vérité, les malades qui n'avaient point pris d'opium conservaient dans ce temps de réaction un air de stupeur, mais sans agitation, sans transport.

Ainsi pénétré de l'inefficacité des médicaments internes, il agissait avec la plus grande énergie à l'extérieur, surtout par de larges cataplasmes sinapisés sur tout l'abdomen et aux extrémités.

Partout on puise des instructions; partout on voit que le fléau ne s'asservit à aucune règle fixe. Ici, les aliénés, qui étaient dans les meilleures conditions de bien-être, d'âge, de santé, furent frappés en masse; ceux, au contraire, qui étaient dans les plus mauvaises, les *gâteux*, par exemple, furent complètement épargnés.

Autre exemple de bizarrerie inexplicable. Un joli pavillon neuf, isolé, recevant l'air libre de tous côtés, a offert cette particularité que les habitants du rez-de-chaussée, dans une salle basse et encore au-dessous du niveau du sol environnant, que l'on n'avait pas encore eu le temps de déblayer et d'abaisser, n'ont point subi l'influence épidémique; tandis que les individus logés aux étages supérieurs, bien complétement aérés, à l'abri de toute humidité, librement exposés à la lumière solaire, ont été horriblement maltraités.

M. Davila, en parlant de deux communes voisines d'Angers où il avait été envoyé en mission, Champigné et Cherré, dit : Dans ces deux communes, comme partout, le choléra a été la maladie du pauvre, du prolétaire, mal vêtu, mal nourri, mal logé. C'est dans les réduits de la misère, où des familles entières s'entassent dans un local bas, humide, dans lequel la terre s'imprègne des eaux ménagères, des excrétions des enfants, des animaux, qu'il y a eu le plus de victimes. Ajoutez que le devant des portes et des fenêtres est encombré et presque masqué par des tas de fumier. C'est la contre-partie du fait précédent.

Ce serait, sous le rapport hygiénique, une grande et importante question à approfondir, celle qui concerne l'accumulation des fumiers sur le devant des maisons des fermiers et autres gens de campagne. J'ai déjà soutenu que cette mauvaise disposition ne favorisait en rien les tendances épidémiques. En effet, les hommes qui couchent dans les écuries; ceux qui, dans les montagnes, passent six mois de l'année dans les étables où ils couchent au milieu de leurs bestiaux; les phthisiques dont on cherche à prolonger l'existence en leur procurant cette température douce, modérée que maintient l'haleine des animaux (méthode que, au reste, j'improuve), n'ont jamais contracté de maladie qui simulât le caractère épidémique.

Il y a à Angers, et ceci n'est pas hors de la question, un haras qui renferme 57 étalons soignés par 21 palefreniers. Un seul de ceux-ci a péri dans le cours de l'épidémie. A la vérité, l'établissement est rue Bressigny, dans une magnifique situation, proprement entretenu. Mais cela peut-il empêcher que les émanations excrémentitielles y soient permanentes et respirées? Le service de l'infirmerie pour les aliénés de Saint-Gemmes doit une grande reconnaissance à l'un de ces infortunés qui s'y est dévoué avec un zèle, une ardeur, une humanité difficiles à rencontrer dans cette classe d'individus. Cet homme, doué d'une grande douceur, est sans doute le plus malheureux des êtres, puisque, à un point près, il jouit de la plénitude de sa raison : sa femme *a tué sa femme, son fils a tué son fils.* Et, si l'un des deux se présente à lui, il se précipite avec fureur pour l'exterminer; exemple d'hallucination qui figurerait bien dans le beau mémoire de notre collègue M. Baillarger. Le docteur Vincent essaya en ma présence quelques mots de consolation; il chercha à le dissuader, mais il reçut pour toute réponse : Plût à Dieu que vous eussiez raison! et il s'éloigna tristement.

M. Vincent croit fermement à la transmission de la maladie à l'homme sain par l'homme malade. Les autres médecins d'Angers semblent partagés sur cette question à en juger par les documents que j'ai recueillis. M. le docteur Gossard attribue l'épidémie en grande partie à la constitution atmosphérique. Le gaz oxygène semblerait y jouer le plus grand rôle, ainsi que le plus ou moins d'hu idité de l'air.

(1) *Mémoires de l'Académie nationale de Médecine*, t. XII.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 décembre 1849. — Présidence de M. ANDRAL.

Diabètes sucré.

M. A. BECQUEREL remet une note sur un cas de diabètes qu'il a observé en ville, et dont la marche a présenté une rapidité extraordinaire.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est mort en cinq jours. C'est un enfant de neuf ans qui a été pris des premiers symptômes de la maladie le 5 décembre, et qui était mort le 10 du même mois. La densité de l'urine a été de de 1035,25; elle contenait 79 grammes de sucre pour 1,000 grammes d'urine.

Le premier jour, l'enfant fut pris d'une soif très vive; il rendit dans la même journée trois litres d'urine. La peau était sèche, la réaction fébrile assez considérable.

Le deuxième jour, il y eut de la prostration; le pouls s'accéléra davantage; la soif ne fut pas excessive; le malade buvait à peu près un litre de liquide et pissait trois litres d'urine.

Le troisième jour, les symptômes généraux augmentèrent d'intensité; il y eut de la diarrhée.

Le quatrième jour, perte de connaissance, et le cinquième jour l'enfant mourut.

M. MAROTTE fait observer qu'il était bien possible que l'affection diabétique remontât beaucoup plus haut qu'on ne le pensait, et qu'il eût existé une période latente à laquelle on n'eût pas fait attention.

M. TROUSSEAU demande si, avant le commencement des premiers symptômes de la maladie, on avait pu analyser les urines du jeune malade.

M. BECQUEREL répond qu'avant le 5 décembre, jour où les premiers accidents de la maladie se sont manifestés, l'enfant paraissait jouir d'une santé parfaite, et qu'il n'a été appelé qu'au début de la maladie. Il regrette de n'avoir pu faire l'autopsie.

— M. REQUIN, secrétaire général, donne connaissance d'une lettre de M. le directeur général des hôpitaux, dans laquelle M. Davesne s'empresse de mettre à la disposition de la Société la salle du concours de l'administration pour les séances de la Société. La prochaine séance se tiendra donc dans ce local.

Conseils dans chaque hôpital.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de diverses propositions de M. Delasiauve, qui demande que l'on forme dans chaque hôpital un conseil spécial composé des médecins, directeur, architecte, etc. Ce conseil, qui devrait s'assembler tous les quinze jours, aurait pour but la gestion plus convenable de l'établissement, etc.

Dans d'autres propositions, M. Delasiauve demande que chaque médecin d'hôpital soit tenu de faire un cours que les élèves devraient être forcés de suivre, etc. Il voudrait aussi que les visites des médecins fussent réglementées d'une manière différente, etc.

M. ROGER fait observer que ces sortes de questions sont des plus complexes, et que la Société est peut-être encore un peu trop nouvellement formée pour débattre des propositions difficiles dans leur application. Il demande donc l'ajournement.

M. DELASIAUVE. Je ferai remarquer qu'au moment de la révolution de février, l'Association des Médecins s'occupa très sérieusement de ces propositions, qu'elle accepta. Je trouve qu'il serait assez opportun de traiter ces sortes de questions au moment où le gouvernement s'occupe de la loi sur l'enseignement; dans ces circonstances, l'avis de la Société ne pourrait être que bien accueilli.

M. LEGROUX. Les propositions de M. Delasiauve me paraissent très bonnes au fond; aussi en appuirai-je quelques-unes d'entre elles. Je proposerai d'en renvoyer la discussion à une séance extraordinaire.

M. BÉHIER. La loi sur l'enseignement ne s'occupe nullement de ces matières; elle ne touche absolument qu'à l'instruction primaire ou secondaire.

M. DELASIAUVE. Il y a cependant une commission spéciale nommée pour ce travail, et MM. Bérard et Malgaigne en font partie.

Les propositions de M. Delasiauve ne sont point prises en considération.

Position des internes dans les hôpitaux.

M. GENDRIN demande que la Société veuille bien s'occuper de la position nouvelle faite aux internes dans les hôpitaux, et désire que l'on discute cette question dans une séance extraordinaire.

M. BOUVIER. La mesure concernant les internes doit être terminée ou sera décidée demain au plus tard; il est donc important de traiter cette affaire dans le plus bref délai.

La Société décide qu'après la séance elle se constituera en comité secret pour s'occuper de cette question.

Bruits du cœur.

M. MONNERET continue la lecture de propositions dont il a déjà commencé à donner les développements sur son mémoire intitulé : *Etudes sur les bruits vasculaires et cardiaques.*

Cinquième proposition. — Tout obstacle placé sur le trajet d'un vaisseau a pour effet de déterminer au-dessus et au-dessous des vibrations sonores, dont l'intensité et l'acuité dépendent de la petitesse de l'orifice et de la vitesse d'écoulement.

Sixième proposition. — La flaccidité des vaisseaux à parois élastiques est une cause qui favorise singulièrement la formation d'ondes sonores, et qui change l'intensité et le timbre des bruits qui leur sont communiqués par le liquide.

M. Monneret développe cette proposition, en ajoutant qu'il s'est livré à des expériences sur des tuyaux à parois élastiques, et qu'il a constaté que plus les parois étaient flasques, plus le son était intense et plus le timbre était clair. La vitesse du courant se trouvait aussi être beaucoup plus rapide par le retrait des parois des vaisseaux; ce qui diminuait sensiblement le calibre des vaisseaux.

Ces expériences avaient été déjà faites pour démontrer la vérité de la proposition quatrième, savoir : que la vitesse du liquide est la seule cause des bruits de courants, soit continu, soit intermittent. Les physiologistes avaient du reste depuis longtemps démontré que cette diminution du calibre des vaisseaux par la flaccidité de leurs parois ne pouvait produire le bruit, mais favorisait sa formation d'une manière singulière.

Septième proposition. — La densité du liquide, qu'il ne faut pas confondre avec la viscosité, n'agit pas sur la production du son; ce qui n'est pas dire qu'elle n'agisse pas sur la vitesse de propagation et l'intensité du son.

On sait en effet parfaitement que l'intensité du liquide a une telle influence sur la production du son, que les tons peuvent varier d'une tierce, d'une quarte, etc. Ce sont surtout les solutions salines qui peuvent servir de base à ces expériences qui n'intéressent pas les pathologistes, puisqu'on ne rencontre pas cet état dans les liquides de l'économie.

L'auteur est arrivé, dans l'étude des bruits du cœur, aux conclusions suivantes :

I. Les bruits systolique et diastolique sont dus chacun séparément :

1° A la vibration de la valvule auriculo-ventriculaire;

2° A la vibration des valvules aortiques, et à nulle autre cause;

La vibration de la valvule auriculo-ventriculaire produisant le premier bruit, celle des valvules sygmoïdes étant la cause du deuxième bruit.

II. Le passage du sang à travers les orifices du cœur est silencieux.

III. Le siége, l'intensité et le timbre des bruits systoliques et diastoliques dépendent, en partie du moins, de la propagation de ces bruits par les corps intermédiaires, et dont la conductibilité n'est pas la même.

— M. ROGER, au nom d'une commission nommée à cet effet, lit une note que la Société adresse à l'Assemblée législative pour demander la suppression de la patente en faveur des médecins des hôpitaux.

Le rapporteur rappelle dans cette pétition que de tout temps les officiers de santé des hôpitaux ont joui d'immunités, immunités qui s'étendirent plus tard à tous les médecins; que les médecins des hôpitaux sont considérés comme des fonctionnaires publics; qu'ils font généralement un service pénible et dangereux; que ce service, en outre, est gratuit, en ce sens que l'indemnité allouée pour frais de déplacement n'a jamais pu être accordée qu'à moitié, et que sur soixante-dix-neuf médecins des hôpitaux, quarante-cinq ont dû ressentir l'impérieuse nécessité de compter sur cette faible ressource, qui devait devenir plus tard un véritable secours. Les avantages, dit le rapporteur, que les médecins retirent de cette position, à laquelle ils n'arrivent qu'après des épreuves pénibles, sont en outre des plus douteux. Ce sont généralement des fonctions onéreuses, d'autant plus que les médecins n'ont que peu d'appointements, et peuvent à peine compter sur une retraite.

La Société vote des remercîments à la commission, en l'encourageant dans les démarches qu'elle se propose de faire pour amener le succès de cette pétition. Elle se constitue en comité secret.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Deuxième épreuve. — Leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation.

M. MALGAIGNE.

Des opérations applicables au traitement des tumeurs érectiles.

Il y a plusieurs variétés de tumeurs érectiles; 1° des tumeurs érectiles développées dans l'épaisseur du derme; elles sont de nature artérielle; 2° des tumeurs érectiles sous-cutanées; elles sont de nature veineuse; 3° des tumeurs érectiles mixtes ou artérioso-veineuses; 4° des tumeurs formées par la dilatation de toutes les branches artérielles d'une région.

Ambroise Paré, le premier, a fait mention de ces tumeurs; petites, il conseille de les soulever avec un fil et de les exciser. Plus considérables, elles doivent être embrassées à l'aide de plusieurs anses de fil et enlevées ensuite; très volumineuses, il faut pratiquer à leur base des ligatures multiples, qui en amèneront la mortifica-

tion. Fabrice de Hisden employait l'excision et la cautérisation. J.-L. Petit avait aussi recours à l'excision; mais il a mieux formulé les principes sur lesquelles elle repose, en disant qu'elle doit être opérée aux dépens des parties saines pour être suivie d'une guérison radicale. Jusqu'à cette époque le traitement de ces tumeurs consistait dans leur ablation. Boyer et Abernethy, sans rejeter cette méthode, y ajoutèrent la compression. Un peu plus tard, on proposa l'incision circulaire des téguments de la tumeur, puis la ligature des branches artérielles affluente, et enfin la ligature du tronc principal. Tous ces procédés avaient pour hnt de détruire la tumeur en l'attaquant par la *famine;* mais on peut aussi la modifier et la guérir en la transformant en tissu inodulaire. A ce second mode de traitement se rattachent : 1° la vaccination, 2° le séton simple ou multiple, 3° les aiguilles, 4° les injections, 5° la suture, 6° l'incision, 7° le broiement, 8° la cautérisation, 9° la ligature d'après la méthode de M. Fayolle.

Tels sont les divers procédés dont on fait usage dans le traitement des tumeurs érectiles. Exposons maintenant les principes qui doivent présider à leur application.

S'agit-il d'un nævus de très petite dimension, il pourra disparaître spontanément, et par conséquent il convient de ne pas trop se hâter de recourir à un traitement chirurgical. Le nævus est-il plus apparent, on suivra le conseil de Boyer et l'exemple de M. Roux, qui réussirent à l'aide d'une simple compression. Si ce moyen échouait, la vaccination pratiquée sur la tumeur pourrait devenir utile.

Dans les cas où la tumeur présente un certain volume, les moyens précédents ne jouissent pas d'une efficacité suffisante. La suture, la cautérisation avec la pâte de Vienne, la méthode de M. Fayolle, seront alors mises en usage; dans d'autres circonstances la ligature du tronc principal sera nécessaire, par exemple dans les tumeurs érectiles de l'orbite; enfin quelquefois la chirurgie est forcée de recourir à l'amputation.

Le sort, il fant bien en convenir, a favorisé M. Malgaigne. Il était difficile de tomber sur une question plus homogène, mieux circonscrite, et qui se prêtât mieux aux exigeances d'une leçon orale d'une heure de durée. Nous ne faisons nullement d'ailleurs cette remarque pour diminuer le mérite du candidat; nous savons que l'occasion en vain se présente belle pour les hommes inhabiles; les hommes de talent seuls savent la saisir et s'en servir. M. Malgaigne a eu ce mérite. Il a dessiné avec netteté le cadre de sa question, et il l'a rempli ensuite avec succès depuis le commencement jusqu'à la fin, sans omettre aucun détail de quelque importance, sans faire une fausse appréciation. Partout l'exposition a été claire, facile, souvént vive et quelquefois pittoresque. Il a imposé une attention soutenue, et est enfin arrivé au terme de la question, que l'on croyait presque être encore au commencement. Peut-être aurait-on pu désirer une appréciation plus décisive de chacune des opérations applicables au traitement des tumeurs érectiles, de façon à ce qu'un auditeur venant d'entendre cette leçon ne fût nullement embarrassé, ayant une de ces tumeurs à traiter; mais malgré ce *désideratum*, cette leçon n'en est pas moins très remarquable.

M. Chassaignac.

De l'amputation et de l'extirpation des tumeurs en général.

Ce sujet, extrêmement vaste, présente des difficultés qui dérivent de l'impossibilité de classer méthodiquement les tumeurs. Cependant, une classification étant ici indispensable, on peut adopter la suivante, malgré ses imperfections. Elle comprend trois classes :

1° Les tumeurs formées par des tissus accidentels, sans analogues dans l'économie ;

2° Les tumeurs formées par des tissus analogues ;

3° Des tumeurs mixtes.

Les tumeurs appartenant à chacune de ces classes forment des variétés très nombreuses dont il faut tenir compte en médecine opératoire, le procédé à suivre pour leur ablation se modifiant fréquemment avec le volume, la forme, le siége, la nature, la consistance et les rapports qu'elles présentent.

Les instruments nécessaires pour ces opérations sont nombreux et très variés; il suffit d'énumérer les plus importants et les plus utiles.

Le manuel opératoire, dans toute extirpation de tumeurs, comprend trois temps :

1° Pratiquer sur celle-ci une ou plusieurs incisions ;

2° Disséquer les téguments ;

3° Saisir la tumeur et la séparer des parties voisines.

Certaines tumeurs admettent de procédés particuliers; ainsi, pour les loupes, on peut, à l'exemple de M. Cloquet, inciser d'un seul coup la tumeur et les téguments qui la recouvrent, saisir ensuite avec des pinces à griffes chacune des lèvres de l'incision du kyste, et arracher celui-ci.

Quelquefois la tumeur ne peut être enlevée en masse; il faut procéder alors par fractionnement; ce mode opératoire s'applique à la plupart des tumeurs qui occupent des cavités naturelles. D'autres fois, une opération préalable est nécessaire pour suspendre le cours du sang dans un tronc artériel qui doit être intéressé pendant l'extirpation. Waren a lié les deux carotides primitives à quinze jours de distance pour enlever une tumeur érectile du sommet de la tête. Plusieurs chirurgiens ont lié les mêmes vaisseaux avant de procéder à l'ablation de tumeur parotidienne, ou bien ont eu recours à une ligature d'attente.

M. Chassaignac a été beaucoup moins heureux que son compétiteur; disons mieux, il a été tout à fait malheureux; la question qu'il avait à traiter n'était pas seulement difficile, elle était impossible, et l'on ne comprend guère comment elle a pu émaner d'une réunion d'hommes intelligents. Dans une question semblahle, on ne pouvait que se livrer à de vagues généralités. M. Chassaignac l'a fait avec autant d'ordre que possible; il a cherché à éclaircir par quelques exemples judicieusement choisis ce que ses préceptes généraux avaient nécessairement d'obscur. Il n'est certainement point parvenu à dissiper toute confusion; mais, il faut le dire, la faute en est aux termes mêmes de la question, et non aux efforts encore remarquables qu'a faits le candidat.

M. Robert.

Des amputations dans la continuité.

Les amputations dans la continuité des membres sont assez bien décrites par Celse, qui formule d'une manière nette les principes sur lesquels repose le manuel de ces opérations; il nous apprend cependant que, de son temps, on voyait souvent les opérés succomber pendant l'amputation : ces insuccès étaient dus probablement au defaut ou à l'insuffisance des moyens hémostatiques. Pour opérer avec plus de sécurité, Léonidès avait imaginé d'amputer le bras et la cuisse en divisant successivement les parties molles externes, l'os, et enfin les parties molles internes, se proposant ainsi de diviser les vaisseaux dans le dernier temps de l'opération : modifications importantes dont on a fait l'application aux désarticulations dans le commencement de ce siècle. Vers le même temps, quelques opérateurs ont fait usage de couteaux rougis à blanc, d'autres de la cautérisation immédiate et consécutive avec le fer rouge; Botal conseillait un appareil disposé de manière à amputer le membre d'un seul coup; mais c'est seulement de l'invention de Ganot que date la régularisation des méthodes d'amputation.

Après cet historique, M. Robert consacre quelques mots à l'appareil instrumental, puis à la détermination du lieu d'élection des amputations, et arrive à l'étude des méthodes, qui sont au nombre de trois : la méthode circulaire, la méthode à lambeaux dont la méthode elliptique est une dépendance, et enfin la méthode ovalaire.

Le but qu'on doit se proposer dans toute méthode est de conserver assez de parties molles pour recouvrir facilement les os; mais toutes les parties molles n'ont pas la même importance pour la constitution du moignon; c'est surtout la peau qui doit être conservée; les muscles s'atrophient et se rétractent sous l'influence de la suppuration. Si le sujet est très musculeux, il faut donc retrancher une partie des couches musculaires; s'il est émacié, on peut conserver la peau et les muscles sous-jacents.

La méthode circulaire a été graduellement perfectionnée par Cheselden, J.-L. Petit, Louis, C. Bell, Desault et Dupuytren.

La méthode à lambeaux, préconisée surtout par Vermale et Verdnir, peut être pratiquée en taillant nn on deux lambeaux; ceux-ci sont taillés de dedans en dehors ou de dehors en dedans. M. Velpeau les taille par un procédé particulier, qui consiste à inciser d'abord la peau que l'on fait rétracter, et ensuite les muscles que l'on divise un peu plus haut. Ce procédé mérite la préférence; M. Robert l'a employé souvent, et en général avec succès. La méthode à lambeaux possède sur la précedente les avantages suivants : 1° la surface traumatique est moins étendue; 2° les parties molles se réappliquent mieux; 3° elle est d'une application plus générale; 4° la cicatrice est plus régulière.

La méthode ovalaire consiste à circonscrire l'os à l'aide de deux incisions en V, dont on réunit les extrémités par une incision demi-circulaire; l'angle que forment ces deux incisions doit être aigu, afin de conserver assez de parties molles pour recouvrir l'os.

Quelquefois aussi les incisions sont disposées en raquette.

La methode ovalaire est un mode d'amputation exceptionnel et applicable seulement aux métacarpiens et aux métatarsiens.

Les accidents qui peuvent se montrer à la suite des amputations sur la continuité sont la conicité du moignon, l'inflammation de la moelle de l'os, la nécrose et la résorption purulente.

M. Robert a pris cette fois une éclatante revanche. Après avoir circonscrit en quelques mots cette intéressante question, en évitant de se livrer à tout préambule inutile, il est immédiatement entré en matière. Il a classé en trois méthodes seulement toutes les amputations, et a eu le mérite d'éviter ces multiplications de méthodes qui sont une des mauvaises tendances de nos jours. Néanmoins, le candidat n'a négligé la description d'aucun procédé; il leur a seulement assigné la véritable place qu'ils doivent occuper dans une classification rationnelle et vraiment chirurgicale. Dans tout le cours de la leçon, l'exposition a été facile, rapide et précise tout à la fois. L'appréciation de chaque méthode ou même de chaque procédé a été faite de la manière la plus judicieuse, soit en général, soit dans les applications particulières. Enfin M. Robert, avant de terminer, a indiqué et caractérisé en quelques mots les accidents qui pouvaient suivre les amputations. Cette leçon a présenté un ensemble dont toutes les parties étaient parfaitement coordonnées et tenaient une place exactement proportionnée à leur importance. Cette épreuve ne nous a laissé rien à désirer.

CORRESPONDANCE.

Paris, le 31 décembre 1849.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 29 décembre dernier de la *Gazette des Hôpitaux*, notre honorable confrère M. Chassaignac conteste les prétentions que nous avons élevées à la priorité du traitement des ophthalmies par la glace. « Que M. Baudens, nous dit-il, cite un seul fait antérieur à ceux que j'ai publiés moi-même, et la question de priorité sera immédiatement vidée entre nous. Or, je ne sache pas qu'il ait rien publié en ce qui concerne le traitement des ophthalmies. »

Avant de répondre à l'habile chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, nous devons le rassurer sur la convenance parfaite avec laquelle nous discuterons, convaincu que l'honorabilité de notre profession n'a qu'à gagner dans des luttes à armes courtoises.

Et d'abord, nous rappellerons que l'enseignement, aussi bien que les écrits, est un mode de propager les découvertes scientifiques. Est-ce que le témoignage de cent élèves, constamment présents à nos leçons cliniques, ne suffirait pas pour donner à nos travaux scientifiques un cachet d'authenticité incontestable? Est-ce que ces travaux péricliteraient parce que nous avons su résister à l'impatience de faire prématurément un livre; impatience que cette polémique semblerait légitimer? Est-ce que notre enseignement n'a pas donné assez de retentissement aux résultats si remarquables obtenus à l'aide de la glace dans le traitement des phlébites, des érysipèles phlegmoneux, des angéioleucites, des adénites symptomatiques, des hernies étranglées, des plaies d'articulations, des opérations de cancer, soit sur le tronc, soit à la langue; des plaies par arrachement, des péritonites traumatiques, des lésions traumatiques du cœur ou des poumons, des plaies de tête, etc., etc., pour que nous puissions conserver quelque inquiétude? Notre honorable confrère ne le pense pas. Il a d'ailleurs trop d'intérêt personnellement à maintenir le principe que l'enseignement clinique donne aux faits une publicité acquise, irrévocable. N'est-ce pas par cette voie que ses remarquables travaux ont pris rang dans la science? S'il en était autrement, il faudrait, sous peine de déchéance, et au risque de propager une erreur, publier par écrit toute idée à peine éclose et avant maturité.

En combattant cette opinion, nous le faisons, du reste, avec toute liberté d'esprit, et d'autant plus volontiers, qu'elle n'est pas nécessaire à la cause que nous defendons; savoir : la priorité, pour nous, de l'emploi de la glace dans le traitement des ophthalmies.

Notre confrère nous demande de citer un fait; nous pouvons heureusement satisfaire à son désir; c'est la *Gazette des Hôpitaux* qui va répondre pour nous.

En effet, la *Gazette des Hôpitaux* du 27 décembre 1842, en rendant compte de la séance d'ouverture de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, répète nos paroles de la manière suivante : « Les n°s 6, 35, 48 et 13 sont atteints d'ophthalmies à divers degrés; vous verrez avec quel succès nous employons le nitrate d'argent, combiné avec la glace appliquée sur la région oculaire, pour détruire les ophthalmies purulentes avec chémosis, et dont la marche est parfois si rapide, que la fonte purulente de l'œil peut avoir lieu en 48 heures. »

Notons bien que cette citation remonte à 1842, et qu'elle ne saurait donner lieu à aucune équivoque. — Quant à l'emploi de la glace après les cataractes, ce traitement est généralement employé au Val-de-Grâce depuis que la clinique chirurgicale nous y est confiée. Notre honorable confrère peut nous croire sur parole, et en cherchant bien dans la *Gazette des Hôpitaux*, il est probable que nous en retrouverions la trace écrite. Précisément un de nos élèves nous communique à l'instant même le numéro du 10 novembre 1840 de la *Gazette des Hôpitaux;* il s'agit d'un compte-rendu de notre clinique et d'une opération de cataracte accompagnée de réflexions et de la phrase suivante : « Pour prévenir la congestion oculaire, M. Baudens emploie ici avec beaucoup de succès, concurremment avec ses moyens généraux, la glace sur la région oculaire. Ce sédatif calme et soulage puissamment le malade. » Nous publierons, du reste, prochainement, dans un traité spécial, des faits avec dates authentiques. A raison de leur étendue, ils ne sauraient trouver ici leur place.

« *L'application de la glace en chirurgie n'est pas chose neuve,* » dit encore notre honorable confrère. Nous lui en demandons bien pardon; nous croyons qu'avant nous jamais la glace n'a été employée rationnellement et comme nous l'entendons pour combattre toutes les lésions traumatiques. Sans doute, la glace a été usitée dans les anévrismes, mais c'était pour favoriser la coagulation du sang; mais c'était là une erreur, on y a renoncé.

Vous voyez que ces essais ne sauraient constituer une méthode.

Notre méthode, voici comment nous la formulons :

Une lésion traumatique étant donnée, soutirer par la glace, avec ou sans sel marin, l'excès de calorique morbide au fur et à mesure qu'il se produit, de manière à prévenir toutes complications et à hâter la guérison; de manière à circonscrire dans la région lésée tout le travail inflammatoire ainsi tempéré par la glace et à prévenir les irradiations sympathiques qui, de la blessure, retentissent sur le cœur, le tube digestif, les grands viscères; de manière à prévenir la fièvre traumatique avec soif, inappétence, insomnie; de manière à isoler en quelque sorte la partie vulnérée du reste de l'économie, afin que le blessé, sans fièvre et conservant l'intégrité de ses fonctions digestives, puisse s'alimenter à peu près comme dans l'état de santé. Ainsi, il pourra faire les frais de la suppuration, si abondante et si prolongée qu'elle puisse être; ainsi, il préviendra par une alimentation possible les effets si redoutables et si fréquents de la résorption purulente.

En terminant, nous nous permettrons de demander à notre estimable confrère s'il pense encore que la glace ainsi envisagée ne soit pas chose neuve.

Sans doute, la formule de notre méthode ne trouve pas toujours dans la pratique une précision aussi arrêtée. Ce que nous pouvons assurer, c'est qu'il nous arrive souvent d'amener à guérison complète des blessés gravement atteints sans que leur pouls se soit élevé. Souvent, il descend à 40 pulsations, et dans tous les cas, quand la fièvre traumatique n'a pu être complétement enrayée, elle a toujours été singulièrement modérée et réduite de manière à ramener le blessé aux conditions heureuses que nous venons de tracer plus haut.

A notre sens, et pour dire notre pensée sans restriction, la glace est destinée à opérer une révolution complète dans le traitement des affections chirurgicales.

Veuillez agréer, etc. Baudens.

NOUVELLES.

Ont été nommés membres de la Légion-d'Honneur pour le zèle dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie du choléra, à Paris et dans les départements, les médecins dont les noms suivent : MM. Caillot, Cherest, Delpech, Devillers, Lasègue, Moreau, Recapé (de Paris), Garnier (de Vaugirard), Leroy-des-Barres (de Saint-Denis), Souchard (des Batignolles).

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 3 JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 2.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

A NOS ANCIENS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1849, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numeros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numeros est fixé à 40 cent. seulement. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Plusieurs de nos confrères nous ayant prié de faire relier leur collection, nous nous sommes entendu avec un excellent relieur qui, pour 2 fr., fait une jolie et très solide demi-reliure.

A NOS NOUVEAUX ABONNÉS.

Ceux de nos nouveaux abonnés qui voudraient commencer une collection à l'année 1849 (la première du nouveau format, la première aussi qui contient de nombreuses gravures dont tous nos lecteurs ont apprécié l'utilité) peuvent se procurer, à notre bureau, des volumes de cette année tout reliés moyennant 17 fr. 20.

HOTEL-DIEU. — M. Martin-Solon.

Maladies de la moelle à diagnostic obscur survenue après une amputation du testicule.

La maladie sur laquelle M. Martin-Solon a appelé l'attention de ses auditeurs n'est pas moins curieuse par la succession des phénomènes qui se sont présentés chez le malade que par l'obscurité de ceux qui le retiennent maintenant à l'hôpital. Voici un résumé succinct de ces phénomènes divers.

Bettenant, infirmier, âgé de cinquante-deux ans, entre dans le service de M. Martin-Solon, salle Saint-Lazare, n° 24, le 26 décembre 1849. Cet homme, assez intelligent et habitué à soigner les malades depuis plus de vingt-cinq ans, donne sur son état les antécédents qui suivent.

Il est d'une bonne santé habituelle, quoique sujet à des accès d'asthme depuis fort longtemps. Il a également depuis vingt-deux ans environ un rétrécissement de l'urètre, suite de blennorrhagie, pour lequel il a été traité plusieurs fois par M. Civiale et d'autres chirurgiens, soit par la simple dilatation, soit par la cautérisation, que M. Civiale a pratiquée il y a environ vingt ans. Après ces traitements, le rétrécissement disparaissait habituellement pour un temps plus ou moins long, et revenait ensuite.

C'est pour une récidive de ce rétrécissement qu'il entra, le 22 juillet 1849, dans le service de M. Roux. Ce savant chirurgien, comme il l'avait déjà fait plusieurs fois, pratiqua le cathétérisme, et après que cette opération eut été répétée trois ou quatre fois, le testicule droit se tuméfia et devint très douloureux; il se déclara en même temps un mouvement fébrile très prononcé. Le malade assure que jusqu'à ce moment son testicule avait toujours eu son volume normal, et que, même à la suite de la blennorrhagie, cet organe n'avait éprouvé, non plus que celui du côté opposé, aucun phénomène morbide. Des applications émollientes, puis résolutives, furent d'abord faites sur la tuméfaction; mais celle-ci n'en persista pas moins. Des points fluctuants s'y manifestèrent et furent ponctionnés à l'aide d'une lancette; enfin la tumeur augmentant encore après cette ponction, et l'état général ne s'améliorant pas au contraire, M. Roux se décida à pratiquer l'amputation de l'organe dans les premiers jours d'octobre.

Dès ce moment, le malaise général disparut presque entièrement, ainsi que les douleurs locales; le malade se trouva infiniment mieux. Mais au moment où la plaie touchait au terme de sa cicatrisation, c'est-à-dire vers le milieu de septembre, quelques picotements se firent sentir dans les jambes, et surtout à la plante des pieds. Le malade, qui se levait chaque jour, s'aperçut en même temps que ses membres inférieurs étaient moins solides que de coutume. Ces phénomènes allèrent en augmentant, au point que le 20 décembre, il ne pouvait plus monter les escaliers, et qu'il marchait avec peine sur un sol de plain-pied. Il quitta le service de M. Roux le 24 décembre, et entra le 26 dans un service de médecine.

M. Martin-Solon constata tous les phénomènes que nous avons énumérés, et en outre un affaiblissement très notable de la sensibilité de la peau des membres inférieurs. Le rétrécissement aurait d'ailleurs disparu à la suite des cathétérismes qui avaient été pratiqués par M. Roux. Le malade, dont le témoignage a été confirmé par quelques élèves, dit que l'on constata dans le testicule malade la présence d'un tubercule. La plaie résultant de l'amputation n'est complètement cicatrisée que depuis une quinzaine de jours.

Le malade est en ce moment sous l'influence de son asthme; il y a une très légère infiltration séreuse de la face et des pieds; point de mouvement fébrile; pas de soif anormale; appétit médiocre; peu de sommeil, mais plutôt à cause de la dyspnée qu'à cause des douleurs des membres. Celles-ci ont d'ailleurs diminué, ainsi que la faiblesse, depuis que le malade est entré dans le service. La sensibilité a également repris de la délicatesse, sans cependant être revenue à son état normal; elle n'est d'ailleurs modifiée que jusqu'à la partie supérieure des membres pelviens. Les fonctions du rectum et de la vessie s'exécutent normalement. Il y a vers le sacrum une douleur très légère, qui a été un peu plus forte pendant les premiers jours de l'entrée du malade dans le service médical.

Remarques. — On ne peut guère douter, à voir l'ensemble des symptômes qui existent actuellement et dont le développement remonte à trois semaines au moins, qu'il n'y ait chez notre malade une affection de la moelle: les picotements ressentis dans les membres inférieurs, l'affaiblissement de la sensibilité cutanée et de la force motrice dans ces mêmes membres, la présence d'un point douloureux vers le sacrum ne peuvent guère laisser de doute, et indiquent même que l'altération atteint à la fois la moitié antérieure et la moitié postérieure du cordon rachidien. Mais, dit M. Martin-Solon, si l'on est à peu près certain du siége de la maladie, on est loin d'être aussi éclairé quant à sa nature intime. Est-ce une phlegmasie chronique, est-ce un ramollissement, est-ce une production accidentelle? La substitution pour ainsi dire de l'affection rachidienne à l'affection testiculaire enlevée par l'instrument tranchant, le peu de douleur qui existe au point de la moelle supposée malade nous ont fait pencher pour cette dernière opinion, sans toutefois nous y faire arrêter d'une manière définitive. Dans la présomption où nous sommes, nous avons prescrit l'iodure de potassium, que le malade prend aujourd'hui à la dose de 6 décigrammes. Depuis l'entrée du malade dans notre service, nous avons vu les accidents s'améliorer d'une manière notable. Est-ce à notre médication que nous devons attribuer ce résultat, est-ce à la marche naturelle de la maladie? C'est ce que la suite nous apprendra. En attendant l'issue définitive de cette affection que nous suivrons avec un grand intérêt, nous persisterons dans la même voie thérapeutique; les résultats obtenus nous y autorisent suffisamment. G...

HOPITAL D'UZÈS (Gard).

De la luxation complète de l'astragale. — Remarques et observations pratiques sur cette luxation.

Par M. le docteur CHABANON, chirurgien en chef.

Obs. — Dans le courant du mois de septembre 1849, le nommé David, maréchal ferrant, domicilié à Collorgues (Gard), âgé de cinquante ans, d'une constitution athlétique et d'un embonpoint qui ajoutait encore au poids de son corps, était monté sur une échelle de près de trois mètres de hauteur appuyée contre le mur de cloison de sa demeure. Il perdit l'équilibre; menacé de faire une chute, il réunit toutes ses forces pour sauter en arrière. Il y réussit; mais, par cet effort subit et violent, la partie supérieure du corps s'est trouvée fortement portée en arrière et obliquement dirigée à droite par rapport à l'axe perpendiculaire de l'échelle. David tomba à la renverse sur le talon du pied gauche de tout le poids de son corps, multiplié par la vitesse du mouvement, sur l'avant-dernière traverse de l'échelle. Il lui fut impossible de se relever : une douleur des plus aiguës se fit sentir dans l'articulation de la jambe avec le pied. Immédiatement transporté chez lui, David fut mis au lit. M. Polge, médecin de la localité, praticien prudent et éclairé, fut appelé et se rendit avec empressement auprès du blessé; il constata une forte déviation en dehors du pied gauche, le bord externe et la plante du pied dirigés en haut, le dos et le bord interne en bas et en avant; deux saillies considérables à la face interne de l'articulation tibio-tarsienne, l'une formée par l'extrémité malléolaire du tibia; l'autre, dure, inégale, formée par le déplacement de l'astragale; enfin, un enfoncement bien caractérisé au-dessus de la malléole externe produit par la fracture du péroné. M. Polge diagnostiqua donc une luxation complète de l'astragale compliquée d'une fracture indirecte du péroné du pied gauche.

En présence d'une luxation aussi compliquée, d'un si grand changement dans la forme de l'articulation, d'un si grand dérangement tant dans le rapport des os que dans la désorganisation des liens naturels qui les unissaient entre eux, ce praticien conçut alors les plus vives inquiétudes sur l'avenir de cet accident et sur les dangers qui menaçaient le blessé. Il ne perdit aucun instant et se hâta d'opérer la réduction du déplacement des os. Il lui fut facile de donner au pied sa situation normale; mais à peine le pied était-il livré à lui-même qu'il reprenait insensiblement, sous l'influence de la contraction des muscles péroniers latéraux, sa direction anormale. Il fut impossible à M. Polge de faire disparaître la saillie formée par le déplacement de l'astragale; il exerça diverses tentatives pour faire rentrer cet os dans sa place habituelle; ses efforts furent inutiles : il jugea convenable de ne pas les renouveler, craignant avec raison que les tractions, la compression sur des parties endolories ne fussent une nouvelle cause de douleur et d'inflammation. Il se borna à placer le membre blessé dans une situation convenable, à le maintenir dans cette situation et à prévenir les phénomènes inflammatoires locaux et généraux.

Les souffrances aiguës qui tourmentaient le blessé, l'insuccès des diverses tentatives de réduction, la persistance de la difformité du pied et de l'articulation firent penser à l'honorable M. Polge qu'il conviendrait de s'adjoindre un collègue, afin de s'entendre sur le mode de traitement auquel devait être soumis le blessé. Nous fûmes appelé quelques jours après la blessure. Arrivé auprès du blessé, il nous fut rendu un compte très circonstancié de l'événement, des divers essais auxquels il avait été soumis pour remettre les parties déplacées dans leur situation naturelle. Nous nous livrâmes à l'examen le plus minutieux des parties luxées : la difformité de l'articulation tibio-tarsienne était telle qu'il fut facile de bien apprécier toute l'étendue du déplacement et de la violence de l'action vulnérante. Nous reconnûmes que la saillie qui existait au-dessous de la malléole tibiale était formée par l'astragale chassé du lieu qu'il occupe naturellement, par la violence de la compression qu'il avait éprouvé dans la chute entre le tibia et le calcanéum. La peau qui couvrait cet os, fortement distendue, très amincie, nous faisait craindre qu'elle ne fût promptement le siége d'une inflammation désorganisatrice et qu'elle ne tardât à se gangrener. Quant à l'enfoncement au coup de hache, comme on dit, qui existait au-dessus de la malléole externe, il nous fut facile de reconnaître une fracture consécutive de l'extrémité inférieure du péroné. Comme conséquence inévitable de toute luxation du pied (Dupuytren), le blessé était très agité, la fièvre traumatique était intense, l'articulation et le pied étaient le siége de douleurs lancinantes, le moindre mouvement occasionnait de vives souffrances. Le blessé demandait avec instance qu'il ne fût exercé sur son pied aucun attouchement; il craignait même le plus léger mouvement, tant l'irritabilité du malade était grande. Le pied était chaud, enflé, rouge; il était déjà sous l'influence d'une vive inflammation. Nous ne jugeâmes pas convenable de réitérer les tentatives de réduction de l'astragale; il nous parut impossible que cet os, une fois expulsé par l'action d'une chute, ses liens étant en partie désorganisés, pût être ramené à sa place naturelle. Après avoir réfléchi quelques instants aux observations de Desault relatives aux luxations de l'astragale et aux procédés opératoires auxquels il eut recours pour faciliter la réduction, nous pensâmes qu'une exception était acquise au fait qui est l'objet de cette observation, et que toutes tentatives, étant jugées infructueuses, ne devaient pas être entreprises. Il fallait cependant prendre promptement une décision, une trop longue expectation pouvait compromettre la vie du blessé. Nous nous arrêtâmes à la décision suivante : l'extraction de l'astragale nous parut rationnelle et la seule efficace pour prévenir les accidents. Nous considérâmes l'astragale comme un corps étranger propre à produire et entretenir la douleur, et conséquemment un centre fluxionnaire pernicieux. Notre décision fut basée sur la considération qu'en général la luxation d'un os comme l'astragale, solidement fixé, formant à lui seul la plus grande partie sur laquelle s'attachent les os du pied et de la jambe, ne pouvait être que l'effet d'une chute très violente ayant entraîné la déchirure des parties ligamenteuses, celle du tendon propre du gros orteil, enfin de toutes les parties qui le fixaient dans son articulation. La plaie qui résulterait de cette extraction serait pansée comme une plaie simple; le bandage de Dupuytren pour les fractures indirectes du péroné serait appliqué; le malade serait soumis au régime et au traitement des maladies aiguës.

Le blessé, étant d'un caractère pusillanime, craignit de ne pouvoir supporter les douleurs de l'opération; il nous opposa la plus énergique résistance et demanda l'ajournement pur et simple. Nous fûmes obligé d'attendre; rien ne put fléchir la volonté de David; nous nous retirâmes pénétré des plus tristes pressentiments, et surtout de l'idée qu'il pouvait se manifester les plus graves et les plus fâcheuses complications,

auxquelles il ne serait peut-être possible de remédier que par l'amputation.

Les douleurs allèrent toujours en s'aggravant; il n'y avait pour le malade aucun moment de repos; la fièvre devint de plus en plus intense; le gonflement du pied fit de rapides progrès. Enfin, au douzième jour de l'accident, un abcès s'ouvrit entre la malléole interne et la tête de l'astragale; il s'en écoula un pus abondant mêlé de caillots de sang noirâtre. La peau qui recouvrait la tête de l'astragale tomba en mortification; la tête de cet os fut mise à nu. De pareils événements étaient de nature à modifier l'idée fixe du blessé. La plaie qui résulta de l'ouverture de l'abcès, la gangrène de la peau prirent un aspect inquiétant; le malade en fut lui-même frappé. Quelques nouvelles observations suffirent pour le décider à l'opération, espérant alors mettre un terme aux douleurs auxquelles il était en proie.

Nous pratiquâmes l'extirpation de l'astragale. Une incision fut faite sur le corps de cet os; la tête fut saisie, et, après avoir exercé quelques tentatives d'extraction, il fut pratiqué des incisions sur les portions des ligaments qui l'unissaient encore avec le tibia et le calcanéum. Son extraction devint alors facile, tant son déplacement avait été considérable, tant les liens qui l'enveloppaient avaient été détruits.

L'opération ne fut ni longue, ni très douloureuse; le blessé en a éprouvé graduellement un mieux satisfaisant, qui s'est soutenu jusqu'à la cicatrisation de la plaie. Cette extraction a mis un terme aux douleurs et aux accidents. De la charpie sèche fut placée dans la plaie; des lotions légèrement chlorurées furent faites à chaque pansement; des cataplasmes émollients furent appliqués sur le dos du pied. Enfin le bandage de Dupuytren fut appliqué; ce bandage, en opérant l'adduction du pied, ne fut pas un obstacle au pansement de la plaie. Au soixante-dixième jour de la blessure, la plaie fut cicatrisée; le malade a quitté le lit; le pied a une forme régulière; l'articulation tibio-tarsienne est ankylosée. Il a exercé, dès le principe de la cicatrisation, des mouvements au moyen des béquilles, et actuellement il marche à l'aide d'un bâton, et, quoiqu'il existe un léger raccourcissement, les mouvements sont faciles et solides.

Réflexions. — Lorsqu'on réfléchit à la situation de l'astragale, à sa forme, aux rapports importants qu'il occupe dans l'articulation tibio-tarsienne, aux ligaments qui l'unissent aux os avec lesquels il est en rapport, et aux tendons qui l'entourent, à la résistance osseuse, solide, que lui donnent latéralement les malléoles, surtout l'externe, il paraîtrait que cet os, peu accessible aux puissances traumatiques, devrait être peu susceptible de se luxer. Sa luxation est cependant assez fréquente, et même dans divers sens; mais la plus commune est celle qui a lieu en dedans, parce que dans cette direction l'astragale est moins protégé par l'articulation. Les rapports multipliés et intimes de cet os, la force des liens qui le fixent dans son articulation, doivent rendre toujours ses déplacements très graves. Les faits confirment pleinement cette assertion, et lorsqu'on se pénètre de l'intimité des rapports de cet os, on acquiert facilement la certitude que les accidents qui naissent de sa luxation doivent être formidables, et peuvent compromettre la vie du blessé par la vive réaction qu'ils peuvent exercer sur l'économie entière. C'est sans doute pour arrêter les ravages mortels que les luxations de l'astragale peuvent produire que J.-L. Petit avait établi pour règle l'amputation de la jambe dans toutes les luxations complètes de l'astragale. Voici comment il s'exprime sur ce principe, tome I, page 258: « Lorsque la luxation complète est telle qu'il y a rupture des tendons, de la plupart des ligaments et de la peau même, dans ce cas je n'ai jamais vu guérir, et alors le seul moyen de sauver la vie du malade est celui de couper promptement la jambe. On peut cependant tenter de la conserver; mais si dans les vingt-quatre heures on ne voit point une disposition favorable, il ne faut pas différer l'amputation; plus tard, il n'est plus temps. »

L'observation et l'expérience n'ont pas confirmé le précepte de J.-L. Petit. Nous possédons dans la science des exemples qui attestent que les luxations complètes de l'astragale peuvent être guéries sans avoir recours au moyen extrême de l'amputation, et l'on peut aujourd'hui regarder comme une exception le principe de J.-L. Petit relatif à la luxation complète de l'astragale.

Si la luxation était incomplète, l'homme de l'art devrait sur-le-champ tenter la réduction. S'il éprouvait dans ses tentatives une opiniâtre résistance, il devrait ne pas persister et faire l'application du précepte de Dessault, précepte qui consiste à diviser les téguments et une partie des ligaments, et procéder ensuite à la réduction de l'os.

Si au contraire la luxation était complète, le chirurgien doit s'abstenir de toutes tentatives de réduction, l'astragale a perdu ses rapports; il n'est entouré que par quelques lambeaux de capsules et de tendons; il a subit un mouvement de bascule, dans lequel il est sorti de la cavité elliptique du scaphoïde par la déchirure du ligament scaphoïdo-astragalien. Cet os s'est renversé sens dessus dessous; il y a impossibilité absolue de le ramener à sa place naturelle.

La luxation complète de l'astragale est une maladie tellement complexe, tellement grave, qu'elle peut être très promptement suivie de graves accidents. L'inflammation à laquelle elle donne naissance peut prendre une telle proportion, que des abcès, la gangrène, la carie, la nécrose, peuvent, primitivement ou secondairement, mettre la vie du blessé en péril. Le chirurgien ne pouvant pas compter de remédier à cette luxation par la réduction, il doit soumettre le blessé à l'extirpation de l'os. L'extirpation doit être posée comme principe absolu, principe fortifié par plusieurs observations, et justifié par l'autorité des noms les plus recommandables dans la science. Parmi les auteurs, nous citerons Desault, *OEuvres chirurgicales*; sir Astley Cooper, *Dictionnaire de Chirurgie pratique;* Dupuytren, *Leçons orales de Chirurgie*; Boyer, *Traité complet des Maladies chirurgicales*. Ce dernier auteur, après avoir rapporté plusieurs observations relatives à l'extirpation de l'astragale, conclut ainsi les avantages de cette opération (page 394, tome II):

« En réfléchissant sur les observations que nous venons de citer, on voit dans presque toutes que l'extraction de l'astragale a été faite au bout d'un temps plus ou moins long après les blessures, et au milieu des accidents qui étaient survenus; que cette extraction a été facile, peu douloureuse et constamment suivie de la diminution des accidents. Enfin, que les malades ont guéri à la faveur de l'ankylose du pied, et qu'ils ont pu marcher avec facilité, d'abord avec le secours d'un bâton, ensuite sans aucun appui. On ne doit donc point hésiter à enlever l'astragale lorsqu'il se trouve dans les circonstances dont nous avons parlé plus haut; ce parti étant beaucoup préférable à l'amputation, qui était, autrefois, regardée comme la seule ressource dans ce cas. »

Dans les luxations de l'astragale, il ne suffit pas, pour remédier aux accidents, d'avoir opéré l'extraction de cet os; il existe une complication à laquelle il faut aussi impérieusement remédier. Cette complication est la fracture consécutive de l'extrémité inférieure du péroné. Les observations de Dupuytren ont prouvé jusqu'à la dernière évidence que le pied ne peut se luxer; que, lorsque le péroné est fracturé, et que la luxation ne se produit qu'au moment où la résistance de cet os est détruite, cette fracture est facile à constater; les muscles péroniens latéraux attirent, par leur contraction, le pied en dehors (luxation interne), remontent la malléole externe en haut et font exécuter au fragment malléolaire un mouvement de bascule qui tend à la porter en dedans et contre le bord externe du tibia. De là l'enfoncement, le coup de hache, comme on dit, qui s'observe au-dessus de la malléole externe. D'après ces remarques, il est facile de se convaincre qu'il ne suffit pas d'avoir extirpé l'astragale pour préserver le malade de tout accident; la fracture du péroné non réduite ou mal maintenue réduite entraînerait à son tour de nombreux inconvénients, qui pourraient même compromettre la vie du blessé. Il est peu de maladies où l'homme de l'art ne doive, comme dans la luxation du pied, se conformer plus strictement à la théorie; c'est par elle que l'on peut combiner le mode de traitement le plus efficace; il faut qu'elle fournisse une large base à la pratique, et ce sera par cette heureuse et utile alliance que le chirurgien pourra triompher des obstacles que lui oppose, en général, une maladie aussi compliquée.

Note sur la fracture double du maxillaire inférieur. Appareil de M. Théobald Larue.

Les fractures du maxillaire inférieur, sans être très fréquentes, s'observent cependant assez souvent. Si, ordinairement, elles ne mettent pas la vie du malade en danger, il arrive pourtant quelquefois que le pronostic est assez grave.

Lorsque la fracture est simple, que l'inflammation est nulle, elle peut se réduire et être maintenue réduite avec assez de facilité, soit avec le bandage de Boyer, soit avec les appareils de Rutenik, de Bush ou de Houzelot; mais si la fracture est double, si l'inflammation est portée à un très haut degré, comme cela arrive très souvent, alors le bandage de Boyer sera impuissant pour contre-balancer l'action des muscles sus-hyoïdiens, qui entraînent un des fragments en bas et en arrière, et du muscle temporal, qui entraîne la branche ascendante du maxillaire en haut et un peu en avant. Les appareils de Rutenik, Bush et Houzelot ne pourront pas non plus remplir les indications voulues; car, quand même l'inflammation serait très limitée, qu'il serait possible de rapprocher très près les deux attelles qui pressent, l'une de haut en bas, l'autre de bas en haut, les muscles sus-hyoïdiens, qui n'ont pas la même direction, ne pourront pas, à la vérité, attirer aucun fragment en bas; mais, comme leur force est très puissante, ils feront faire bascule aux fragments auxquels ils s'insèrent, et détruiront ainsi la coaptation. Si l'inflammation est considérable, ces appareils exercent une compression dangereuse. Si dans ces cas on abandonne le malade à lui-même, il en résulte, ou qu'il se forme un cal irrégulier ou une articulation anormale, ce qui occasionne toujours une difformité assez désagréable. Mais là ne se bornent pas tous les accidents; il faut encore noter les abcès consécutifs, si communs dans ces cas, M. Théobald Larue, ancien interne des hôpitaux de Clermont, vient de faire construire un petit appareil qui, en maintenant réduites les fractures du maxillaire inférieur, n'a aucun des inconvénients des différents appareils que nous avons cités plus haut. Cet appareil consiste dans une lame d'argent formant une gouttière courbe qui embrasse l'arcade dentaire et se moule sur la forme de celle-ci. A cette plaque sont adaptées de petites vis qui saisissent les dents assez fortement pour maintenir les fractures dans une coaptation parfaite sans le secours d'aucun bandage. Cet appareil, d'une application facile, est léger, n'occasionne aucune gêne au malade, et permet de réduire et maintenir réduites des fractures auxquelles, jusqu'à présent, les praticiens n'avaient pu remédier que d'une manière incomplète. M...

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 décembre 1849. — Présidence de M. Boussingault.

Emploi de l'acétate de plomb contre les tubercules scrophuleux.

M. Le Couppey lit une note sur l'emploi de l'acétate de plomb dans le traitement des tubercules scrophuleux. L'auteur tire des observations que renferme ce travail les conclusions suivantes:

L'acétate de plomb cristallisé, administré à l'intérieur à la dose de 2 à 20 centigrammes par jour, guérit l'engorgement tuberculeux des glandes lymphatiques sous-cutanées.

Les purgatifs, en favorisant l'action thérapeutique, ont le double avantage d'accélérer la résolution des tumeurs et de s'opposer à l'intoxication saturnine.

Analyse élémentaire du chyle et du sang.

M. Millon communique sur ce sujet une note dont nous extrayons le passage qui suit:

J'ai analysé simultanément le sang artériel et le chyle de deux chiens soumis à des régimes très différents. L'un fut nourri pendant deux jours avec du lait qu'il recevait à discrétion; l'autre mangea aussi pendant deux jours une grande quantité de graisse mêlée à du pain et à de la viande. Chez le premier, le sang contenait le carbone et l'azote dans le même rapport que l'albumine; mais il différait de l'albumine par un grand excès d'oxygène. Le chyle, trois fois moins riche que le sang en matériaux organiques, offrait une composition exactement correspondante, et loin de présenter une accumulation de matière grasse, il devait être envisagé aussi comme de l'albumine déjà très oxydée.

Quant au chien nourri avec un excès de matière grasse, le carbone et l'azote se sont encore retrouvés dans la proportion qui constitue l'albumine; mais au lieu de contenir un excès d'oxygène, c'était un excès d'hydrogène que le sang avait fixé. Le second sang artériel, rapproché du premier, était incomparablement plus hydrogéné.

Même disposition dans le second chyle; accord nouveau, par conséquent, entre la nature des éléments du chyle et du sang artériel examinés sur le même chien.

Cette analyse conduit à des indications importantes pour la physiologie.

Ainsi le sang artériel du même animal montre, sous l'influence de deux régimes différents, une modification profonde.

L'analyse du premier sang autorise à chercher dans ce liquide, à côté de la sérosité albumineuse, à côté de la fibrine et de la matière des globules, une proportion considérable de produits oxydés aux dépens desquels se formeront sans doute les produits de sécrétion toujours si fortement oxygénés.

Dans le deuxième sang, qui offre un excès d'hydrogène, ces mêmes produits d'oxydation existent probablement aussi; mais ils sont masqués par l'accumulation de la matière grasse introduite à la suite d'un régime où elle domine.

Si l'on compare le sang et le chyle recueillis simultanément sur le même animal, on reconnaît une très grande analogie de composition entre ces deux liquides; mais il est impossible de découvrir dans le chyle l'indice d'une absorption de matière grasse exercée par les chylifères de préférence aux autres principes alimentaires.

Lorsque la graisse a été administrée à des doses exceptionnelles, le chyle et le sang portent également l'indice d'une fixation d'une matière grasse.

Cette fixation est-elle plus forte dans le chyle que dans le sang, ou bien ne s'est-il pas fait plutôt une dissémination générale de l'excès de graisse assimilée qui se loge d'abord dans les cavités les plus propres à l'admettre? Les faits inclinent beaucoup vers cette dernière conclusion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Observation de syndactylie chez l'homme.

Par M. Morel-Lavallée, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

M. Morel-Lavallée présente un cas de syndactylie chez un homme de trente ans; cette réunion congénitale n'existe qu'entre le médius et l'annulaire de chaque main. Il n'y en a aucune trace ni entre les autres doigts, ni aux orteils; car, ainsi que le fait remarquer M. Morel, cette anomalie porte quelquefois sur tous les doigts et sur tous les orteils, en sorte que les quatre extrémités sont palmées.

L'histoire de l'Académie des sciences de 1727 en a conservé un exemple.

Dans le cas soumis à la Société, la réunion régnait dans toute la longueur de deux doigts à chaque main. Du côté droit, les deux doigts, d'ailleurs régulièrement conformés, avaient toutes leurs articulations libres et indépendantes. Ils n'étaient réunis que par une membrane formée de la double épaisseur de la peau; les ongles eux-mêmes étaient isolés. Cette main a été opérée avec un succès complet.

A la main gauche, qui n'a pas été opérée, la difformité offre un degré de plus. Les deux ongles, qui ont du reste leur forme naturelle, sont réunis dans toute leur longueur. Il y a également fusion entre les deux phalanges qui les portent. M. Morel se demande si les deux articulations sont aussi en communication. Il insiste sur la possibilité de cette extension de l'anomalie, qui compliquerait l'opération d'une double plaie articulaire; mais rien ne permet d'éclaircir ce point. Cette fusion des deux phalanges terminales est comme le premier degré d'une fusion plus complète qu'on a vue régner entre

toutes les phalanges de tous les doigts munis alors d'un seul ongle. Dessaix (*Journ. de méd.*, t. XV, p. 275) a même rencontré un cas où, à chaque main, les phalanges, soudées ensemble à leurs extrémités comme sur les côtés, ne formaient qu'une lame osseuse, mobile seulement sur le métacarpe. Il n'y avait pas suffisamment d'étoffe pour cinq doigts, il n'en tailla que quatre. L'opération réussit au point que la malade pouvait coudre.

M. Morel-Lavallée, en opérant la main droite, a divisé la double épaisseur de la peau par deux incisions successives, l'une à la face dorsale, l'autre à la face palmaire. On est plus sûr d'obtenir ainsi une réparation régulière des deux doigts que si on coupait d'un seul trait la membrane de haut en bas ou de bas en haut, car alors l'œil ne peut suivre ou guider en même temps l'instrument à la face palmaire et à la face dorsale.

Un autre point sur lequel insiste également M. Morel, c'est l'espérance illusoire qu'on pourrait concevoir, d'après l'étendue de la membrane interne digitale, d'en réunir immédiatement les bords divisés. En effet, bien qu'en écartant légèrement l'annulaire et le médius on pût engager entre eux la pulpe du doigt, la réunion immédiate a été impossible. La suture a été faite avec des bandelettes de collodium, puis de diachylum. Une étroite bandelette de caoutchouc, qui prenait son point d'appui au poignet, passait entre les deux doigts pour retenir la cicatrice dans des limites convenables.

M. Morel-Lavallée exécutera à l'autre main le procédé de Chélius; procédé qui consiste à laisser à la racine des doigts, aux faces dorsale et palmaire, deux lambeaux en V, dont les extrémités tronquées sont réunies en un seul point de suture dans l'intervalle digital. Il a pour but, en substituant ainsi la peau à la cicatrice, de prévenir l'extension excessive de cette dernière sur les phalanges. Les deux phalanges onguéales seront séparées avec une scie cutillaire.

(*Gaz. Méd.*)

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Deuxième épreuve. — Leçon orale d'une heure après vingt-quatre heures de préparation.

M. Jarjavay.

Des opérations que l'on pratique pour les cals vicieux et les fractures non consolidées.

Nous ne pouvons que mentionner ici cette leçon, que des impossibilités imprévues nous ont empêché d'entendre entièrement. Nous avons seulement appris, en entendant l'expression de l'opinion publique, que M. Jarjavay avait aussi à faire une leçon homogène sur un sujet qui renfermait réellement deux questions, et qu'il avait établi avec beaucoup de jugement et avec une grande facilité d'élocution le parallèle des opérations qui conviennent aux cals difformes et aux fractures non consolidées. Cette appréciation est conforme à la partie de la leçon que nous avons entendue.

M. Nélaton.

Des résections articulaires en général.

Les résections sont des opérations dans lesquelles on retranche une ou plusieurs portions d'os malades en conservant les parties molles qui les entourent et la portion du membre que ces os sont destinés à soutenir.

Ces opérations peuvent être pratiquées 1° sur la continuité, 2° sur la contiguïté des os. Ces dernières constituent les résections articulaires, qui seules feront l'objet de cette leçon.

Les extirpations complètes d'un os ont été rangées aussi parmi les résections articulaires, auxquelles elles appartiennent en effet plus que le résultat immédiat de l'opération; les accidents qu'elle peut entraîner, le but final qu'elle se propose, sont les mêmes dans l'un et l'autre cas.

Les résections sont complètes ou incomplètes; complètes lorsqu'elles portent sur chacun des os qui composent une articulation; incomplètes lorsqu'elles portent sur l'une des extrémités articulaires ou sur une portion de l'une de ces extrémités.

Après un historique complet qui s'étend d'Hippocrate et Celse jusqu'à M. Roux, le candidat continue ainsi :

Toutes les articulations ne sont pas conformées d'une manière également avantageuse pour les résections. Parmi les conditions qui sont surtout favorables, on peut citer plus particulièrement :

1° La position superficielle des extrémités articulaires qui permet de les attaquer plus facilement;

2° La forme pédiculée de ces mêmes extrémités qui facilite leur extirpation, et donne une surface de section plus petite;

3° La présence d'une couche musculaire interposée aux extrémités articulaires et aux principaux vaisseaux, disposition qui devient utile pendant l'opération en mettant le malade à l'abri de l'hémorrhagie, et en donnant à l'opérateur plus de sécurité. L'épaule et le coude, comparés sous ce rapport à la hanche et au genou, sont manifestement privilégiés;

4° Une synoviale peu étendue et ne communiquant pas avec plusieurs articulations. Le fait seul de cette communication donne une fâcheuse gravité à la résection du poignet, à l'extirpation de l'un des os du carpe, du tarse, du métacarpe et du métatarse.

5° L'absence de gaînes tendineuses au voisinage des parties réséquées.

Manuel opératoire. — Il comprend trois temps :

1° L'incision des parties molles. Si le chirurgien a le choix du procédé, les incisions seront disposées de manière à découvrir les extrémités articulaires dans une assez grande étendue pour permettre de constater les lésions dont elles sont atteintes, et de faire agir sur elles les instruments. Elles porteront sur les points les plus éloignés des vaisseaux et des nerfs; elles n'intéresseront ni les tendons, ni les insertions musculaires destinés à transmettre les mouvements à la partie conservée du membre.

Pour se conformer à ces principes, l'opérateur donnera en général la préférence aux incisions parallèles à l'axe des os, et réduira l'étendue des incisions perpendiculaires à cet axe. Le nombre et la forme de ces incisions ont, du reste, beaucoup varié : on les a faites en T, en V, en H, en rectangle ouvert par un de ses côtés, en croissant, en ellipse, etc.

2° La dissection des extrémités articulaires. Après l'incision des parties molles, on s'attache à constater les limites de l'altération, et l'on dénude jusqu'au-dessus de ces limites.

3° La section de l'os. Ce troisième temps comprend : la division circulaire du périoste; la protection des parties molles ambiantes, soit à l'aide de compresses pliées en bande, soit avec des lames de carton, de bois ou de corne; l'ablation des extrémités osseuses, qu'on peut pratiquer avec la scie ordinaire, la scie à chaîne, la scie à mollettes, ou la pince de Liston; et enfin, l'excision des fongosités qui recouvrent si souvent la surface interne de la synoviale.

Lorsque l'opération est terminée, on laisse suppurer la plaie; on place les os réséqués dans la demi-flexion s'il s'agit du membre supérieur, dans l'extension s'il s'agit de l'inférieur, et on les maintient dans l'immobilité.

Ce manuel opératoire subit quelques modifications lorsque l'extirpation comprend la totalité d'un os. Dans cet ordre, l'incision des parties molles est ordinairement unique et rectiligne, quelquefois curviligne, et l'on commence par l'articulation la plus facile à attaquer. On a conseillé, dans ces cas, de conserver le périoste, ce qui est très rarement possible.

Phénomènes consécutifs aux résections articulaires. — Ils se succèdent dans l'ordre suivant : inflammation de la surface de la plaie; membrane pyogénique sur les parties molles et les surfaces osseuses; cicatrisation de toutes ces parties; des faisceaux fibreux s'interposent aux extrémités osseuses et les unissent, comme elles le sont dans les amphyarthroses; très rarement ces deux extrémités se soudent.

Les mouvements que présentent ces pseudo-amphyarthroses n'acquièrent que chez un petit nombre de sujets l'étendue, la force et la précision des articulations qu'elles remplacent.

Si l'on compare, sous le point de vue des résections, les membres supérieurs et inférieurs, on trouve entre eux de très grandes différences : le raccourcissement, la faiblesse des mouvements qui résultent inévitablement de toute résection n'ont que des inconvénients légers pour le membre thoracique, organe de préhension; tandis qu'ils altèrent profondément les fonctions du membre abdominal, organe de sustentation et de locomotion.

Outre les accidents communs à toutes les grandes opérations, les résections peuvent encore être suivies d'accidents propres qui sont d'abord une suppuration longue et abondante, et, en second lieu, la carie et la nécrose, qui ont pour conséquence des trajets fistuleux presque toujours difficiles à guérir.

Les résections, comme les amputations, présentent des avantages et des inconvénients. La comparaison entre les amputations et les résections, sous le triple rapport de leur manuel opératoire, des accidents qui les accompagnent et des résultats définitifs qu'elles présentent, nous montre :

1° Que les amputations sont d'une exécution facile et assez rapide; que les résections sont, au contraire, longues et difficiles;

2° Que tous les accidents qui appartiennent aux amputations appartiennent également aux résections, et que celles-ci présentent en outre des accidents qui leur sont propres;

3° Que le résultat des premières est toujours funeste, puisqu'elles entraînent la perte totale ou partielle du membre, tandis que le résultat des secondes est éminemment avantageux, puisqu'elles conservent au malade un des organes les plus importants de la vie de relation.

De l'appréciation de ces avantages et de ces inconvénients, il résulte que les résections, bien préférables pour les membres supérieurs, où il suffit d'avoir de l'adresse plutôt que de la force, sont, au contraire, inférieures aux amputations pour les membres pelviens, où il importe surtout d'avoir de la solidité.

— M. Nélaton est monté en chaire sous l'influence d'une émotion évidente et d'une grande fatigue; son débit s'en est ressenti; il a été lent, et même un peu pénible. Mais le fond a largement racheté la forme. Sans sortir de la généralité de son sujet, M. Nélaton a défini avec précision les résections; il en a établi les caractères essentiels, tant au point de vue du manuel opératoire qu'à celui de la thérapeutique chirurgicale, enfin, il a déterminé clairement les conditions dans lesquelles les résections devaient être préférées aux amputations et *vice versâ*, et a basé ses préférences sur des considérations chirurgicales aussi solides que nettement formulées. Le rapide historique qu'il a tracé en quelques minutes au début de sa leçon a été à la fois bref, exact, complet et judicieux. Tout élève qui aurait écouté attentivement la leçon de M. Nélaton, mis en présence d'une maladie des os, aurait immédiatement su à quel moyen recourir, d'une amputation ou d'une résection, et c'est là un mérite capital pour une leçon.

M. Maisonneuve.

Des opérations que l'on pratique sur les varices.

Dès la plus haute antiquité on a pratiqué des opérations importantes pour la cure des varices. La hardiesse avec laquelle les anciens traitaient ces affections pourrait causer quelque surprise; mais elle trouve une explication bien naturelle dans l'ignorance où ils étaient des dangers que ces opérations peuvent entraîner. Pour eux, le seul danger était l'hémorrhagie; mais ils la redoutaient peu, le siége superficiel de l'opération permettant très facilement de la combattre. Pour les modernes, il réside au contraire dans la phlébite et ses funestes conséquences.

On a fait usage dans le traitement des varices :

1° De la ponction, qui était déjà connu d'Hippocrate, et qui fut conseillée plus tard par J.-L. Petit. On la pratique avec une lancette qu'on enfonce sur le point le plus saillant de la varice. C'est une bonne opération.

2° De l'excision dont Celse a fait mention. J.-L. Petit, qui l'a pratiquée aussi, lui donnait peu d'étendue. Richerand faisait au contraire des incisions extrêmement longues; il ne craignait pas de les étendre, chez certains sujets, du pli de l'aine à la partie moyenne de la jambe. Entre ces deux degrés extrêmes on peut admettre une foule de degrés intermédiaires. Cette méthode ne met pas les malades à l'abri des récidives, les parois incisées longitudinalement se rapprochant par leurs bords pour se reconstituer en vaisseaux variqueux. Dans l'espoir de prévenir les récidives, on a conseillé d'exciser de distance en distance et de chaque côté de petits segments des parois veineuses, de manière à amener une oblitération du vaisseau au niveau de ces segmentations. La méthode de l'excision a été fréquemment employée par les anciens; elle jouissait d'une assez grande faveur pour inspirer confiance à quelques hommes illustres de cette époque, à Marius, par exemple. Aujourd'hui elle est abandonnée pour les varices disséminées à la surface des membres, mais elle mérite d'être conservée pour les tumeurs variqueuses.

3° De la cautérisation, qui a été diversement pratiquée. Les uns comprennent dans la cautérisation les téguments et la veine sous-jacente; les autres incisent la peau et appliquent le caustique, soit sur la veine, soit sur les parois internes de cette veine incisée sur sa longueur. Ce dernier procédé mérite la préférence.

4° De la section. Elle peut être faite de dehors en dedans, en y comprenant les téguments, ou par la méthode sous-cutanée, qui expose moins à la phlébite.

5° De la ligature. On la pratique : 1° sur un seul point et à l'origine de la veine, après la division préalable de la peau; 2° sur deux ou plusieurs points; 3° par la méthode sous-cutanée; 4° par la méthode de Raynaud, qui consiste à nouer les extrémités du fil sur un rouleau de sparadrap appliqué sur le trajet de la veine, de manière à opérer la section du vaisseau en respectant les téguments.

6° De la compression. Pour la pratiquer, on se sert d'instruments disposés en pinces, de manière à étrangler le calibre des veines, tantôt en sacrifiant la peau, comme faisait Breschet, tantôt en la conservant comme le conseillait Sanson, en employant des pinces dont les mors étaient matelassés.

Pour la cure des varices, on a aussi proposé le séton, qu'on a pratiqué en traversant le calibre de la veine variqueuse avec des épingles ou des fils; l'étranglement du vaisseau entre une épingle et un fil entortillé sur les deux extrémités de celle-ci; enfin, l'électro-puncture, méthode sur laquelle la science n'est pas encore fixée.

— La médecine opératoire des varices, quoiqu'elle compte des méthodes et des procédés assez nombreux, se prête néanmoins assez facilement aux exigeances d'une leçon d'une heure. C'était un sujet heureux, dont M. Maisonneuve a tiré un heureux parti. Entré en matière sans inutile préambule, le candidat a décrit avec facilité les diverses opérations proposées contre les varices; il les a comparées les unes aux autres, et a apprécié avec beaucoup de jugement leur valeur relative. Sa diction a été parfaitement convenable d'un bout à l'autre, assez animée pour commander l'attention, et pas assez exaltée pour sortir du caractère qui convient à une chaire professorale. Cette leçon fait honneur à M. Maisonneuve.

Rapport à M. le président de la République,

Monsieur le président,

Vous avez bien voulu, par décrets rendus le 24 octobre dernier sur le rapport de mon prédécesseur, décerner des récompenses honorifiques aux citoyens qui se sont distingués par leur dévouement et leur zèle pendant l'invasion du choléra soit à Paris, soit dans des missions qui leur avaient été confiées par le gouvernement.

A cette époque, le fléau étendait encore ses ravages sur plusieurs départements. Vous avez cru qu'il convenait d'attendre le moment où il aurait disparu pour compléter la rémunération publique des actes de courage accomplis de tous côtés au milieu de ces cruelles épreuves. Ce moment paraît enfin arrivé; sauf quelques points où l'épidémie persiste encore, la santé publique se relève des longues et profondes atteintes qui l'ont frappée, et dont témoignent si douloureusement près de 19,000 décès à Paris, plus de 4,000 dans la banlieue et plus de 52,000 dans les départements. Espérons que la Providence permettra que la fin de cette année mette le dernier terme à cette cruelle épreuve.

Je crois, monsieur le président, qu'il est de mon devoir de vous proposer d'étendre à toutes les parties du pays ces marques de la reconnaissance publique qu'un premier travail avait dû renfermer au sein de la capitale. Le nombre des citoyens de toutes les conditions qui, dans cette crise terrible, se sont empressés de concourir au soulagement des malades, a répondu partout à ce qu'on doit attendre d'une nation où, malgré tant de funestes divisions, les grandes calamités ont conservé le privilége de réunir et de concentrer sur leurs victimes les sympathies de tous. Mais, parmi tant de titres, j'ai dû me borner à choisir les plus éminents en m'entourant de toutes les garanties propres à constater leur valeur, lorsqu'il s'agissait de récompenses exceptionnelles.

Les présentations des préfets m'ont guidé pour la distribution des médailles. C'est sur les lieux seulement que les droits des citoyens, heureusement fort nombreux, qui s'en étaient rendus dignes pouvaient être exactement appréciés. L'intensité du choléra dans chacun des départements où il a sévi m'a fourni, pour le nombre des récompenses à décerner, une mesure à laquelle j'ai dû me conformer, sauf quelques justes et rares exceptions.

Partout, comme à Paris, monsieur le président, le corps médical a opposé au mal si mystérieux et si puissant qu'il avait à combattre une infatigable activité, un inépuisable dévouement. Son énergique exemple a contribué à relever le moral des populations dont la terreur s'était emparée. Partout aussi l'administration, dans l'organisation du service des secours, a efficacement dirigé ou secondé ses efforts. Partout, enfin, le clergé a redoublé de zèle et de charité; au milieu de tant de souffrances et de si poignantes misères, sa sublime mission de chaque jour s'était immensément agrandie; il a su s'élever à la hauteur de cette nouvelle tâche, et son assistance, ses consolations n'ont manqué à aucun malheur.

La plus méritée des récompenses, je suis heureux de le constater, n'a pas manqué non plus à tous ces dévouements. Rien de plus touchant que l'expression de la reconnaissance des familles que le fléau a décimées. Tout ce qui a été fait pour elles a été vivement senti. Quand on pénètre dans leurs demeures, c'est pour entendre bénir les mains qui ont porté au milieu d'elles les soins de la science, les consolations de la religion ou les secours de l'Etat.

Mais cette expression de la reconnaissance privée ne suffit pas. Le gouvernement a de grands devoirs à remplir devant ces grands dévouements.

J'ai appelé l'attention de mes collègues sur les fonctionnaires de leur ressort qui m'ont paru mériter la décoration. Ils auront l'honneur de vous présenter dans leurs départements respectifs ceux qui leur sembleront, comme à moi, dignes de cette faveur.

Mais il m'appartient de vous signaler, monsieur le président, parmi les plus importants par leur nature et par leur durée, les services rendus au pays par le comité d'hygiène établi près mon ministère, qui a organisé et dirigé toutes les mesures à prendre dans l'intérêt de la santé publique, et dont l'habile et actif concours a été infiniment utile à mon administration.

Quant aux membres du clergé qui se sont fait remarquer par leur noble conduite, parmi tant de noms dignes de la reconnaissance du pays, je n'aurais pas manqué de les comprendre au premier rang de mes propositions; mais il m'a paru que je devais m'imposer une réserve que, sans doute, vous approuverez. Plusieurs curés de Paris, auxquels des médailles d'honneur avaient été décernées, ont décliné cette distinction. A leurs yeux, ce qu'ils avaient fait n'était que l'accomplissement des devoirs sacrés auxquels leur vie tout entière est vouée. L'abnégation, le dévouement envers les malades rentrent dans les obligations de leur sacerdoce, et, par un sentiment de modestie qui les honore encore davantage, ils ne croient pas s'être distingués en se montrant fidèles à leur sainte mission.

Ce sont là de ces scrupules, monsieur le président, qu'on ne saurait trop respecter; ils me traçaient la marche à suivre à l'égard des autres ecclésiastiques dignes de recevoir un témoignage de votre approbation. Mais, si j'ai renoncé à les comprendre dans mes présentations, mon devoir envers le pays et envers vous-même est de les signaler à la reconnaissance de leurs concitoyens et à la vôtre. (Suivent les noms des membres du clergé qui ont mérité une mention honorable.)

Enfin, monsieur le président, indépendamment des actes de dévouement dont la France a été le théâtre à l'occasion du choléra, j'ai cru devoir vous proposer de récompenser par la décoration de la Légion-d'Honneur des services rendus à l'étranger par deux médecins d'un mérite distingué, M. le docteur Villemin, médecin sanitaire en Orient, et M. le docteur Prassacachi, médecin à Salonique.

Le premier a parcouru pendant deux ans la haute et la basse Egypte, pour en observer l'état sanitaire. Il a envoyé sur le résultat de ses explorations des mémoires pleins d'intérêt, et, lors de la désastreuse invasion du choléra au Caire, il s'est consacré au soin des

malades avec une ardeur qui a failli lui coûter la vie et qui a fait bénir le nom français dans ce pays.

M. le docteur Prassacachi est resté constamment à son poste pendant tout le cours de l'épidémie qui, l'année dernière, a ravagé la ville de Saloniquc. Il a déployé un admirable zèle auprès des nombreux malades. La France, certes, est suffisamment autorisée, par toutes les traditions de son passé, à ne pas regarder comme étrangers les services rendus à l'humanité; mais les titres du docteur Prassacachi le rattachent à notre pays par des liens plus étroits encore.

C'est à Paris qu'il a fait ses études; c'est auprès du corps médical de cette ville, si ardemment dévoué à la pratique du bien comme au progrès de la science, qu'il a puisé l'exemple de l'abnégation dont il a fait preuve, et dont nous avons le droit de revendiquer l'inspiration. Les Français résidant à Salonique ont été, enfin, l'objet des soins les plus empressés de sa part. En le récompensant par une distinction éclatante, la France prouvera une fois de plus que sa vigilante sollicitude veille sur ses enfants partout, au loin comme au sein même de la patrie, et que ses plus glorieux encouragements sont assurés à tout ce qui peut contribuer à l'amélioration de leur sort.

En résumé, monsieur le président, les décrets ci-joints que j'ai l'honneur de présenter à votre signature, et qui ont pour objet d'accorder, à l'occasion du choléra, soit la décoration, soit une médaille d'honneur, s'appliquent, dans ces deux ordres de récompenses, à des services signalés, sur lesquels la reconnaissance publique appelle cette haute consécration.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de l'agriculture et du commerce.

DUMAS.

Par décrets individuels rendus le 26 décembre 1849, sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,

Sont nommés officiers de l'ordre national de la Légion-d'Honneur :

M. Tavernier, médecin à Amiens.
M. Récappé, médecin à Argenteuil (Seine-et-Oise).

Sont nommés chevaliers de l'ordre national de la Légion-d'Honneur :

M. Alexandre, médecin des épidémies de l'arrondiss. d'Amiens.
M. Arnal, médecin à Paris.
M. Bandelio, médecin à Lorient.
M. Benoit, médecin, à Talmont (Vendée.)
M. Bonamy, médecin à Nantes.
M. Boulland, médecin à Sainte-Menehould.
M. Bressant, médecin à Paris.
M. Brigandat, médecin à Lille.
M. Brochard, médecin à Nogent-le-Rotrou.
M. Butaud, médecin à Saojon (Charente-Inférieure).
M. Caillat, médecin à Paris.
M. Chaudouet, médecin à Linas (Seine-et-Oise).
M. Cherest, médecin à Paris.
M. Clémenceau, médecin à Montjean (Maine-et-Loire).
M. Conraux, médecin cantonal pour le canton de Ville (Bas-Rhin).
M. Delpech (Auguste), médecin à Paris.
M. Demeunynck, médecin à Bourbourg (Nord).
M. Denoue père, médecin à Lormès (Nièvre).
M. Garez, médecin à Carvin (Pas-de-Calais).
M. Garnier, médecin à Vaugirard.
M. Eugène Gillois, officier de santé, à Dornecy (Nièvre).
M. Grappin, médecin à Dijon.
M. Gras, pharmacien en chef des hospices de Toulon.
M. Haime, médecin à Tours.
M. Horteaux, médecin à la manufacture des tabacs à Paris.
M. Labesse, médecin à Rhetel.
M. Lallier, médecin à Paris.
M. Lasègue, médecin à Paris.
M. Lebreton, médecin à Douarnenez (Finistère).
M. Lecadre, médecin au Havre.
M. Leroy des Barres, médecin à Saint-Denis.
M. Manouvrier, médecin à Valenciennes.
M. Missa, médecin des épidémies de l'arrondissement de Soissons.
M. Moreau (Alexis), médecin à Paris.
M. Perrochaud, médecin adjoint de l'hospice de Montreuil-sur-Mer.
M. Picard aîné, médecin en chef de l'hospice de Louviers.
M. Souchard, médecin du bureau de bienfaisance, de l'asile, de la crèche et des écoles communales des Batignolles.
M. Testu, médecin à Lens.
M. Vésigné, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Abbeville.
M. de Villiers, membre de l'Académie de médecine, à Paris.
M. Vivielle, médecin des épidémies de La Rochelle.
M. Woillez, médecin de l'asile des aliénés, à Clermont (Oise).
M. de Wulf, médecin à Paris.
M. Prassacachi, médecin à Salonique (Grèce).
M. Villemin, médecin sanitaire en Orient.

Suivent les noms d'un grand nombre de personnes auxquelles sont décernées des médailles d'honneur et dont nous publierons prochainement la nomenclature.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

FORMULES DIVERSES, par VAN DEN CORPUT. (Suite.)

Gouttes lithontriptiques de Palmieri.

Ce remède, qui jouit, en Italie, d'une grande réputation comme spécifique contre les affections lithiasique des reins, paraît, en effet, s'être montré efficace dans quelques cas, soit qu'il détermine la désagrégation des calculs, soit que, par une dilatation des uretères et de l'urètre, il produise leur expulsion directe lorsqu'ils ne sont encore que peu volumineux.

Le secret de sa préparation consiste à faire bouillir une once de soufre divisé (en fleurs) dans une livre d'eau de goudron. On maintient l'ébullition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge-rubis; on décante ensuite, et l'on conserve pour l'usage. La dose de cette liqueur est de 15 à 20 gouttes comme remède, et de 10 gouttes comme préventif.

Liqueur d'iodure double d'arsenic et de mercure (10 d'arsenite de mercure); liqueur de DONOVAN.

Cette préparation, que l'on peut considérer comme une simple solution d'iodure d'arsenic et d'iodure de mercure, renferme, par gros, 1/8 de grain d'acide arsénieux, 1/4 de grain d'oxyde mercureux, et 4/5 de grain d'iode. Elle contient par conséquent 1/4 seulement de la quantité d'arsenic que renferme la solution de Fowler (1).

La composition de cette liqueur, dans laquelle se trouvent réunis les altérants les plus énergiques, explique suffisamment son action puissante. Aussi n'est-elle guère supportée pendant les premiers jours de son administration par la plupart des malades, qui s'émacient rapidement sous l'influence de son administration.

Donovan, Osbrey Taylor et d'autres, l'ont mise en usage pour combattre certaines affections cutanées rebelles, telles que la lèpre, le psoriasis, le lupus exedens, le pityriasis, les sylphilides, etc. Ils l'ont employée également dans des cas graves d'ophthalmie scrophuleuse aux doses de 5, 10, 20 à 30 gouttes de liqueur, étendue d'eau pour l'usage, deux fois par jour, en augmentant graduellement jusqu'à 4 grammes.

M. Soubeiran a modifié la liqueur de Donovan, de manière à ce qu'elle renfermât exactement 1/100 de chacun des iodures, c'est-à-dire qu'il prend :

Bi-iodure de mercure...............	1	gramme.
Iodure d'arsenic....................	1	—
Eau distillée.........................	98	—

Bière antiscorbutique.

Racine fraîche de raifort sauvage....	2,000	grammes.
Racine d'acore odorant...............	500	—
Racine de gingembre.................	30	—
Baies de genièvre.....................	1,500	—
Bourgeons de sapin secs..............	500	—

Les racines de raifort doivent être râpées, et les autres substances coupées et contusées; puis le tout est mis en macération pendant quelques jours à une température convenable avec :

Bière faible............................	600,000	grammes.
Pyromel (mélasse)...................	3,000	—

jusqu'à ce que la fermentation se soit établie; on passe ensuite. On dissout dans la colature :

Bilartrate potassique..........	250 grammes.

Et l'on ajoute :

Alcoolat de moutarde.........	1,500 grammes.

(10 gouttes d'essence par 500 grammes d'alcool à 90.)

On peut substituer à la bière une infusion de 60 kilogr. d'eau sur 6 kilogr. d'orge germée.

Tonique diurétique puissant que l'on peut administrer aux doses de 50 à 200 grammes par jour.

Cette boisson, qui a quelques rapports avec la sapinette ou le spruceleer des Anglais, pourrait être utile dans la médecine des pauvres et surtout dans celle des marins; elle pourrait être mise en usage aussi bien comme diététique et prophylactique que comme remède contre les affections scorbutiques.

(1) C'est de la formule de la potion que M. Van den Corput entend parler ici; la formule originale de la liqueur-mère publiée par Donovan est la suivante :

Triturez 40 centigrammes d'arsenic métallique, 1 gramme de mercure et 3 grammes 25 centigr. d'iode avec 3 grammes d'alcool, jusqu'à ce que la masse soit desséchée et qu'elle soit devenue rouge pâle. Versez dessus 192 grammes d'eau distillée; ajoutez y 1 gramme 50 centigrammes d'acide hydriodique préparé par l'acidification de 13 centigrammes d'iode, et faites bouillir quelques moments.

Du passage du gaz hydrogène à travers les corps solides, Par M. LOYET.

M. Loyet a fait une observation curieuse se rattachant à l'histoire de l'hydrogène : il s'est aperçu que, lorsqu'on dirige un courant horizontal de ce gaz émanant d'un orifice capillaire sur une feuille de papier tenue verticalement et perpendiculairement au courant gazeux, le fluide passe à travers la feuille de papier sans s'y tamiser comme on pourrait s'y attendre, mais en conservant sa forme de courant, si bien qu'on peut l'enflammer derrière la feuille, absolument comme si cette dernière n'existait pas. Une éponge de platine, placée derrière le papier, devient incandescente, et il faut remarquer que la pression sous laquelle se produit ce phénomène ne s'élève pas au delà de 10 à 12 centimètres d'eau.

M. Loyet a également constaté que le gaz hydrogène traversait de la même façon des feuilles d'or et d'argent battus, des feuilles d'étain à étamer même doubles, et des membranes minces de gutta-percha telles qu'on en obtient en évaporant une légère couche de solution de gutta-percha dans le chloroforme.

Enfin, l'auteur a observé que le même gaz ne traverse pas sensiblement les pellicules de verre que l'on peut obtenir en soufflant fortement une boule à l'extrémité d'un tube, quelque minces qu'elles puissent être.

Solution concentrée de nitrate d'argent dans le ptyalisme mercuriel; par M. BOUCHACOURT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans un cas rebelle de salivation mercurielle, M. Bouchacourt après avoir employé inutilement les moyens usités, a badigeonné avec succès la bouche avec un pinceau imbibé de la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé..	5 décigrammes.
Eau distillée...............	30 grammes.

Il y eut d'abord une cuisson assez vive, puis une amélioration très marquée. L'application du caustique fut renouvelée fréquemment, le lendemain et les jours suivants, et après la quatrième cautérisation la guérison fut complète.

Des bons effets de l'huile d'olive employée à l'intérieur et à l'extérieur contre les morsures de la vipère; par le docteur DUSOURD médecin à Saintes.

Ce médecin a publié dans le dernier numéro du *Bulletin thérapeutique* un petit travail dans lequel il rapporte quelques observations qui semblent démontrer l'utilité de l'huile d'olive dans les morsures de la vipère, mais qui ne sont cependant pas tout à fait concluantes. Néanmoins l'auteur résume ainsi son travail :

» L'huile d'olive chaude, employée à l'intérieur et à l'extérieur, est à mes yeux la meilleure substance que l'on connaisse pour combattre les effets de cette morsure. En frictions, elle agit mieux que prise à l'intérieur. J'ai observé chez tous les sujets que le gonflement diminuait sous l'influence des frictions dès les premiers moments, et se relevait quand on les cessait; de même l'état général s'améliorait pendant la friction, et s'aggravait quand elle était suspendue. L'huile d'olive est d'autant plus précieuse dans ces cas, que c'est une substance que l'on trouve partout, et que les personnes les plus étrangères à l'art peuvent administrer de suite en attendant l'arrivée du médecin, et qui, prise même en grande quantité, ne peut causer aucun accident.

En terminant, je dirai que l'on fait cesser aussi rapidement le gonflement et la douleur résultant des piqûres des abeilles et des frelons en couvrant les parties douloureuses avec des compresses imbibées d'huile chaude.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements le 7 janvier 1850, à onze heures du matin, rue de Vaugirard, 35.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 5 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 3.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 4 JANVIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Malgré la meilleure volonté, nous ne pourrions pas dire sans manquer à nos convictions que l'Académie ait heureusement inauguré ses travaux de l'année 1850 Grâce aux objections sans fin de quelques esprits formalistes, parmi lesquels nous regrettons de compter M. Caventon, les trois quarts de la séance se sont passés en discussions stériles sur une question de forme, quand une simple réflexion aurait suffi pour juger à l'instant la question de fond. Cette question n'est pas nouvelle pour nos lecteurs. Nous avons déjà eu occasion de la traiter à propos de la dernière nomination; elle se réduit aux termes suivants :

D'une part, une ordonnance royale dit que l'Académie sera divisée en onze sections, dont chacune aura un nombre déterminé de membres.

D'autre part, le règlement dit que, jusqu'à ce que le nombre des académiciens soit réduit à 100, il y aura une nomination pour trois extinctions; et que toutes les fois que deux, et à plus forte raison trois extinctions auront lieu dans une même section, c'est dans cette section que la nomination devra avoir lieu.

Or, il peut arriver, et il arrive déjà en partie qu'un décès dans une section coïncide plusieurs fois de suite avec deux décès dans diverses autres sections; en sorte que la nomination étant forcée dans la section où il y a deux décès à la fois, il pourra arriver que la section dans laquelle il ne meurt qu'un membre à la fois disparaisse complétement, sans qu'il soit possible de la compléter. Il y a donc contradiction évidente entre le règlement et l'ordonnance qui constitue l'Académie en sections. Quel parti fallait-il prendre? Un enfant, nous avons honte de le dire, répondrait à cette question. De l'ordonnance qui constitue l'Académie en sections, et de l'article du règlement qui prescrit une simple formalité, quelle est l'obligation absolue, quelle est l'obligation relative? Il suffit de poser une semblable alternative pour résoudre la question. Evidemment, la formalité prescrite par le règlement ne peut être observée qu'autant que l'Académie se trouve complétement constituée dans ses sections. Juger différemment, c'est sacrifier l'esprit à la lettre, c'est-à-dire donner au règlement la plus inintelligente de toutes les appréciations.

Fallait-il, pour concilier le règlement avec l'ordonnance, recourir, comme l'a proposé M. Cornac, à la révision de ce règlement et attendre que l'autorité eût approuvé les modifications devenues nécessaires afin de procéder aux nominations pour les places vacantes? Cette voie serait peut-être la plus régulière; mais nous ne croyons pas qu'elle fût la plus expéditive, l'Académie pourrait attendre longtemps avant que l'autorité, bien plus gravement occupée ailleurs, lui renvoyât l'autorisation demandée. Or l'Académie a besoin de faire des nominations; nous dirons même, avec M. Bégin, qui n'a eu raison que dans ce sens seulement, nous dirons que l'Académie a beaucoup trop tardé à faire ces nominations, et qu'il est extrêmement regrettable qu'elle n'y ait pas procédé en temps et lieu. Nous croyons d'ailleurs que le fond de la difficulté est ici trop simple à surmonter pour que l'Académie aille en embarrasser l'autorité. Cela nous paraît si vrai, que nous sommes parfaitement convaincu que l'Académie aplanira la difficulté elle-même, quoiqu'elle ait adopté une proposition qui devrait faire croire le contraire; nous ajouterons que nous l'en félicitons d'avance.

Cette singulière discussion terminée, l'Académie n'a cependant pas voulu se séparer sans faire quelque chose d'utile. M. Bousquet a lu sur l'engorgement de la rate un rapport remarquablement écrit, et dans lequel se trouve directement provoqué le savant professeur Piorry, non-seulement dans sa doctrine sur les fièvres intermittentes, mais encore dans sa nomenclature tout entière. Plus d'une fois nous avons exprimé notre opinion sur l'un et l'autre de ces sujets. Nous n'y reviendrons donc que dans le cas où le célèbre nosologiste relèverait le gant qui lui a été jeté si ouvertement, et où un combat en règle serait livré dans l'arène académique.

Revue clinique hebdomadaire.

De la glace employée comme agent anesthésique. — Nous avons rendu compte en temps et lieu de la communication que M. Velpeau fit à l'Académie relativement à la glace considérée comme agent anesthésique. Nous avons en même temps apprécié, à cette époque, les avantages qu'on pouvait en attendre, et nous étions arrivé, *à priori*, à cette conclusion, que ce ne serait guère que dans les cas où l'on aurait à agir sur des parties très superficielles que la glace remplirait le but désiré.

On ne prévoyait pas, à vrai dire, beaucoup de ces cas dans la pratique, et l'on devait supposer, ainsi que nous l'avons fait, que les applications de cette nouvelle méthode seraient très bornées. Les événements ont suffisamment justifié nos prévisions. Nous avons à peine vu dans nos hôpitaux quelques essais d'*anesthésiation* à l'aide de la glace. Il était cependant une opération qui semblait merveilleusement disposée à l'application de cette méthode, c'était la cautérisation transcurrente. C'est dans deux opérations de ce genre que nous avons vu la glace employée avec le plus grand succès par M. Nélaton, dans son service de l'hôpital Saint-Louis. On sait, d'après plusieurs articles publiés depuis deux ans dans la *Gazette des Hôpitaux*, que M. Nélaton emploie non sans succès, dans le traitement des tumeurs blanches, les raies de feu pratiquées en grand nombre autour de l'articulation malade. Le fer rouge n'attaquant dans ces cas qu'une partie de l'épaisseur de la peau, on comprend combien il devait être facile d'abolir la sensibilité d'une aussi mince couche de tissu. Chez les deux malades de M. Nélaton, non-seulement aucune douleur n'a été sentie pendant la cautérisation, mais encore après que l'effet de la glace a été dissipé et que la sensibilité normale a été rétablie; c'est là un double avantage, car on sait que la douleur produite par le cautère actuel persiste pendant un temps plus ou moins long après l'opération. Ce nouvel agent anesthésique accomplit donc un progrès réel, et sera probablement mis en usage toutes les fois qu'on aura à pratiquer une cautérisation transcurrente, et les occasions en sont maintenant assez fréquentes. Il restera, toutefois, à déterminer si les effets révulsifs seront aussi efficaces quand on aura privé la révulsion d'un de ses éléments, la douleur. C'est ce que l'expérience ultérieure seule pourra nous apprendre.

Huile de foie de morue dans la phthisie. — Nous avons récemment appelé l'attention des observateurs sur un fait très curieux de phthisie considérablement améliorée, sinon sous l'influence, au moins pendant l'usage de l'huile de foie de morue. Le petit malade qui faisait le sujet de cette observation existe toujours dans le service de M. Martin-Solon, et continue à aller de mieux en mieux, malgré la présence d'une caverne évidente.

Mais, à côté de ce malade en existe un autre qui ne sera pas moins intéressant à suivre; c'est un homme déjà âgé d'une soixantaine d'années, entré avec des symptômes de phthisie avancée. L'huile de foie de morue lui a été administrée, et déjà les crachats, qui étaient numulaires, et qui nageaient dans une sorte de sérosité, sont en très grande partie muqueux; l'état général est également amélioré d'une manière sensible. Nous n'oserions affirmer encore que ces effets soient dus à la médication employée; mais on conviendra facilement que ces faits méritent d'être sérieusement suivis et médités. Nous aurons soin d'en informer plus d'une fois encore nos lecteurs.

Symptômes en apparence assez graves dans les organes génito-urinaires. Pas de lésion appréciable. — Nous avons vu, et il existe encore dans le service de M. Velpeau, un de ces malades qui ne laissent pas que d'embarrasser bien souvent les praticiens, surtout lorsque de semblables malades se présentent dans la clientèle civile. Celui dont il s'agit ici est couché au n° 28 de la salle des hommes du service de M. Velpeau; il se plaint de douleurs vives dans la verge et la région de la vessie, surtout lorsqu'il urine; il dit que ses urines sont souvent chargées, épaisses. M. Velpeau, pensant qu'il se pourrait agir d'un rétrécissement, a d'abord exploré le canal avec une bougie très fine; cette bougie a pénétré dans la vessie sans la moindre difficulté; une bougie plus grosse y a pénétré également; et enfin, la sonde ordinaire a pu être introduite sans rencontrer aucun obstacle sur son passage. La vessie, explorée avec le plus grand soin, n'a présenté, dans son intérieur, aucun corps étranger; le col n'est le siége d'aucune sensibilité anormale; enfin, les urines, examinées plusieurs fois de suite, ont toujours été trouvées limpides, sans aucun caractère anormal. L'état général est d'ailleurs très satisfaisant.

Comment faire concorder le résultat d'une exploration aussi complète avec les renseignements fournis par les malades? Dans les hôpitaux, les médecins sont très exposés à être trompés par de prétendus malades qui n'ont d'autre but que d'obtenir un séjour dans l'hôpital pour passer une partie de leur morte-saison, ou bien parce que, assez souvent encore, ils sont très peu disposés à travailler, même lorsque le travail se présente abondamment à eux. Aussi est-on alors assez disposé à attribuer à quelque calcul intéressé le récit qu'ils font de leurs souffrances. Nous croyons que c'est, vis-à-vis du malade actuel, la disposition d'esprit où se trouve M. Velpeau; tout au moins pense-t-il que le malade se fait illusion sur son état et qu'il n'est malade que d'imagination. C'est là l'opinion que le savant professeur a exprimée dans sa clinique. Il nous paraît assez probable que M. Velpeau est dans le vrai en prenant le mot imaginaire dans le sens qu'on lui donne en général : il nous paraît à peu près certain que le malade cherche à tromper ou qu'il s'imagine avoir un mal qu'il n'a pas.

Mais est-ce à dire qu'il n'ait en réalité aucun mal? Cette question, généralisée, constitue un des problèmes les plus difficiles et les plus intéressants de la pathologie et de la pratique. Nous ne voulons pas l'aborder aujourd'hui d'une manière complète; elle est assez importante pour mériter un examen spécial, et nous nous proposons de nous livrer à cet examen prochainement. Mais ce que nous voulons dire dès à présent, c'est qu'on aurait tort dans bien des cas de considérer comme imaginaires des douleurs, des malaises, des symptômes quelconques dont on ne trouve pas dans l'anatomie pathologique une raison suffisante. Ces symptômes existent souvent, selon nous, et la science comme la pratique ne peuvent que se compromettre à les nier. Il faut donc se garder de considérer tous les individus dits hypochondriaques comme des monomanes; il faut s'efforcer de découvrir le siége et la nature des maux dont ils se plaignent.

Recherches cliniques
SUR LA PÉRITONITE CHRONIQUE;

Par le docteur CH. BERNARD, médecin du dépôt des condamnés, ancien interne des hôpitaux, etc.

Il n'existe encore qu'un nombre fort restreint de documents relatifs à l'histoire de la péritonite chronique. Le silence que les auteurs ont gardé à cet égard s'explique par plusieurs motifs : le principal est la nouveauté de l'inflammation du péritoine, le peu de temps depuis lequel on la connaît comme une maladie spéciale et distincte des autres phlegmons qui peuvent se développer dans l'abdomen. Ce n'est guère, en effet, qu'après que Bichat eut montré la continuité de la séreuse de l'intestin et son isolement facile d'avec les autres tuniques, et qu'il eut en même temps admis l'inflammation spontanée et indépendante de cette membrane qu'on commença à l'étudier. Jusque-là, elle avait été confondue avec la phlegmasie des organes abdominaux; les hommes qui s'étaient le plus occupés d'anatomie pathologique, Schreuck, Bonet, Morgagni, etc., ne l'en distinguaient pas encore positivement. Cependant, en 1779, Johnston (*De febre puerper.*, Edimb.) et Waltet, en 1785 (*De morb. perit. et apopl.*, Berlin), attribuèrent déjà les symptômes de la fièvre puerpérale à l'inflammation du péritoine. Mais ces ouvrages eurent peu de retentissement dans le monde médical et laissèrent subsister l'opinion reçue sur les inflammations de l'abdomen, opinion dont les belles recherches de Bichat eurent quelque peine à triompher, puisqu'on voit encore Portal déclarer très peu fondé ce que disaient les modernes sur le péritonitis (*Anat. méd.*, t. V, p. 124) et ne pas croire qu'il puisse à lui seul produire les accidents de l'inflammation du bas-ventre. Ces remarques, on ne doit pas l'oublier, s'appliquent à la péritonite en général et surtout à la péritonite aiguë et à la péritonite puerpérale; ce ne fut que plus tard que les médecins dirigèrent leur attention sur la forme chronique de la maladie, mais sans s'y arrêter beaucoup; car, depuis, à peine peut-on citer quelques travaux importants qui lui aient été spécialement consacrés, tels que le mémoire de Scoutteten sur les altérations du péritoine (*Arch. de méd.*, t. III, IV et V, 1823 et 1824); un chapitre des *Phlegmasies chroniques* de Broussais et un article de Gendrin dans l'*Histoire des inflammations*. Les autres matériaux sur cette affection consistent en des observations plus ou moins intéressantes et éparses dans les journaux. Dans les articles Péritonite des traités et des dictionnaires modernes de médecine la forme chronique se trouve décrite; mais ordinairement la description laisse beaucoup à désirer; il faut excepter pourtant de cette critique l'article du *Dictionnaire en 30 volumes*, qui offre un bon résumé de ce qu'on sait sur cette maladie encore peu connue.

Le silence des auteurs ne saurait être attribué seulement à la nouveauté de la maladie; on doit en rechercher aussi la cause dans la difficulté que présente souvent le diagnostic. Et, si nous en jugeons par le nombre de faits que nous avons recueillis dans les hôpitaux en un temps assez court, nous ne pouvons rapporter le peu de documents à la rareté de l'affection, qui, d'après notre expérience personnelle, nous semblerait au contraire assez fréquente.

Dans ces différents travaux, la maladie n'a guère été envisagée qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, et encore n'est-ce que les lésions les moins avancées, celles qui se développent tout d'abord ou dans certaines formes, qui ont été étudiées d'une manière complète. Quant aux traités et aux dictionnaires, ils ne renferment qu'un aperçu très succinct de la science à cet égard; ils signalent la possibilité de certaines causes de la péritonite, mais sans la démontrer.

Le mémoire que nous publions, et qui repose principalement sur les faits que nous avons observés, a pour but de remplir la double lacune que nous venons de signaler; nous passerons donc successivement en revue les différentes causes qui peuvent produire l'inflammation chronique du péritoine; nous insisterons plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent sur le diagnostic, et enfin nous étudierons le mode de développement des altérations anatomiques et en particulier des abcès ou poches stercorales qu'on ne s'est pas toujours suffisamment donné la peine de décrire.

Le but que nous nous sommes proposé et les limites dans lesquelles nous avons été obligé de nous renfermer nous ont engagé à citer des observations à l'appui de chaque espèce de causes et de les faire suivre des remarques nécessaires.

La péritonite chronique peut se développer sous deux formes distinctes : l'une, que nous appellerons chronique inflammatoire; l'autre, chronique tuberculeuse. Les conditions propres au développement de chacune d'elles et les phénomènes spéciaux qui les caractérisent n'ont point été encore nettement déterminés. La forme chronique simple semble se déclarer de préférence à la suite d'un état aigu qui ne s'est pas continué assez longtemps pour affaiblir profondément l'économie et la prédisposer à l'apparition des tubercules. La forme tuberculeuse peut survenir d'emblée ou succéder à la première forme quand il existe déjà quelque part des tubercules, ou que l'état général en rend le développement imminent. Voilà en deux mots les conditions les plus convenables à la production des deux variétés de la péritonite chronique. Nous verrons tout à l'heure s'il est possible de les distinguer pendant la vie à l'aide de signes spéciaux.

Causes. — Passons maintenant en revue les causes capables de leur donner lieu. Nous avions eu d'abord l'idée d'examiner séparément celles qui se rattachent à chaque espèce de la maladie; mais les mêmes causes produisent des effets différents, selon la disposition dans laquelle se trouve l'économie. Dans un cas ce sera la forme simple qui aura lieu, dans un autre la forme tuberculeuse. Aussi préférons-nous indiquer les conditions étiologiques d'après leur importance et le nombre de faits qui viennent à l'appui de chaque proposition théorique.

L'affaiblissement général, le marasme, quelle que soit la cause qui y ait donné lieu, prédispose beaucoup au développement de la péritonite chronique. Cette dernière présente alors un début souvent tellement obscur, qu'il n'est possible ni d'en préciser l'époque, ni de reconnaître la cause déterminante de l'affection abdominale. Parmi les faits qui nous ont paru démontrer cette assertion, nous signalerons surtout les observations 51 et 52 des *Phlegmasies chroniques* de Broussais, où la péritonite tuberculeuse s'est déclarée chez des hommes plongés dans le marasme par une fièvre intermittente opiniâtre. Les faits suivants, que nous avons recueillis, montreront toute la part qui revient à une alimentation malsaine ou insuffisante et à de mauvaises conditions hygiéniques, dans la production de la péritonite chronique, et surtout, nous le disons une fois pour toutes, afin de ne pas tomber dans des répétitions continuelles, de la forme tuberculeuse.

Obs. Ire. — *Mauvaise santé et affaiblissement prolongés avant le début de la maladie.*

Un joueur d'orgue, âgé de vingt-trois ans, et né à Parme (Italie), entre le 7 juillet 1846 à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Jean, n° 7). Ce garçon, peu intelligent et plus inquiet de son état actuel que des causes qui avaient pu le produire, ne donne sur ces dernières que des renseignements confus, incomplets et à peu près sans valeur. Ainsi, habitant Paris depuis deux ans, il prétend n'être malade que depuis quinze jours, quoiqu'il reconnaisse que sa santé, toujours bonne dans son pays natal, ait cessé de l'être il y a déjà un certain temps. Il est donc probable que la maladie a commencé plutôt qu'il ne l'indique, et qu'à l'époque où il en rapporte le début, le mal a pris un nouveau développement; c'est alors que le volume du ventre et l'œdème des jambes attirèrent, pour la première fois, son attention, et que le rhume, qu'il avait au moins depuis un mois, lui parut augmenter beaucoup.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate l'état suivant : absence de fièvre; peau sèche et terreuse; ventre très développé par des gaz et un peu de liquide; œdème des membres inférieurs; râles sibilants dans les deux poumons; langue sèche; inquiétudes vives sur sa position; il répète souvent qu'il est perdu.

Ce malade succombe dans la première semaine d'août, dans un état de marasme assez avancé, et sans avoir offert rien de nouveau.

A l'autopsie, on trouve les altérations d'une péritonite tuberculeuse, des tubercules dans les ganglions bronchiques; mais on n'en découvre pas dans le parenchyme pulmonaire.

Nous n'avons pu accorder au témoignage du malade une grande confiance: aussi, pensons-nous que la constitution avait subi un affaiblissement très prononcé quand la péritonite s'est déclarée, probablement sous l'influence de la diathèse tuberculeuse. La même cause a produit le même effet chez notre second malade, qui, presque aussi insouciant que le premier, ne s'était jamais beaucoup occupé de son ventre, et n'a pu indiquer le début de la péritonite.

Obs. II. — Le 9 avril 1847, entre le nommé M., à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Jean, n° 14). Cet homme, âgé de vingt-six ans, né en Lorraine, demeure à Paris depuis neuf ans, et y exerce la métier de teinturier, profession fatigante, et qui expose à de fréquents et brusques passages d'un endroit chaud à une température basse ou modérée.

L'été dernier, à la suite de fatigues plus fortes encore qu'à l'ordinaire, il eut chaque soir des frissons pendant la première quinzaine d'août. Les forces et l'appétit diminuèrent en même temps.

En novembre, la toux se déclara et força presque aussitôt le malade à entrer à la Charité. Il avait alors une toux opiniâtre, des sueurs nocturnes et des douleurs dans le ventre. L'application de quatre vésicatoires sur cette dernière partie permet de présumer que c'est pour combattre une ascite qu'elle avait été faite, quoique le malade ne puisse fournir aucun renseignement à cet égard. Il ne s'est pas davantage occupé de l'état du ventre qui existe maintenant. Après sa sortie de la Charité, le 15 janvier, l'état général s'est amélioré; l'appétit est revenu, ainsi que le sommeil et l'embonpoint; les digestions sont devenues faciles; mais les sueurs nocturnes persistaient, et le dévoiement reparut quelque temps avant la rentrée à l'hôpital.

Pendant son séjour à l'hôpital Saint-Antoine, on constata l'existence d'une péritonite chronique et de tubercules pulmonaires : ventre uniformément développé, dur et résistant, peu sonore à la percussion; rénitence plus considérable dans tout le flanc droit, et qui s'étend jusqu'à l'ombilic et à la ligne blanche; dévoiement; amaigrissement augmentant de jour en jour; expiration prolongée sous les deux clavicules, etc.

Le malade succombe, sans avoir présenté aucun nouveau symptôme important, le 9 juillet.

Autopsie. — Tubercules pulmonaires. L'abdomen renferme deux cavités stercorales qui offrent beaucoup d'analogie avec celles que nous décrivons plus loin en détail (Obs. IV). L'une des cavités occupe le flanc droit, une partie du gauche et le petit bassin. Ses parois, parsemées de tubercules nombreux et volumineux, présentent l'orifice de plusieurs anses intestinales qui viennent s'y ouvrir et y verser des matières stercorales. Les tuniques des anses d'intestin avoisinant les cavités sont épaissies, indurées et d'une couleur gris-noirâtre.

Dans ce cas, le début du mal remontait probablement à un an, à l'époque où, sous l'influence de fatigues extraordinaires, s'étaient manifestés de la fièvre et un affaiblissement général. Un peu plus tard des tubercules avaient envahi les poumons, et il est à présumer que la péritonite, longtemps simplement inflammatoire, n'avait revêtu que dans les derniers temps la forme tuberculeuse. Nous reviendrons plus tard sur cette observation à propos de l'anatomie pathologique (1).

L'inflammation nous a paru, dans certains cas, pouvoir se propager des organes tapissés par le péritoine à cette membrane elle-même; nous pensons aussi que la phlegmasie de la muqueuse de l'intestin peut gagner la tunique péritonéale et donner lieu à la maladie qui nous occupe. C'est ainsi que les choses se sont probablement passées dans le fait suivant.

Obs. IV. — *Entérite-ascite-péritonite chronique. — Guérison.*

Le 15 novembre 1846, entre à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie, n° 20) une femme de soixante-neuf ans. Elle a toujours joui d'une bonne santé, quoiqu'elle ait eu quatorze enfants et qu'elle ait toujours fait le métier de marchande des quatre saisons; elle a souffert de la fatigue et de la misère, et a fait usage et peut-être abus des boissons alcooliques.

Il est difficile d'obtenir d'elle des renseignements positifs sur sa maladie, dont elle fait remonter le début à deux mois avant son entrée; depuis lors, de vives coliques ont eu lieu, suivies de dévoiement, de vomissements et de douleurs dans les flancs.

Au moment de l'admission de cette femme à l'hôpital, le ventre était douloureux, un peu plus développé qu'à l'ordinaire; il y avait de fois à autre des selles sanguinolentes; il existait un mouvement fébrile continu.

Le ventre, dont le volume augmenta peu à peu, devint le siége d'un épanchement liquide, qui diminua dans les premiers jours d'octobre, après l'application d'un large vésicatoire sur le ventre et des frictions mercurielles.

Pendant l'hiver, l'épanchement disparut complétement; le ventre resta douloureux; on y sentit une tuméfaction et une résistance analogues à celles qu'on observe d'habitude dans la péritonite chronique confirmée. La malade éprouvait de vives coliques tous les deux ou trois jours; elle avait peu d'appétit; l'embonpoint et les forces ne revenaient pas. Tous ces symptômes, qui n'avaient jamais eu une très grande intensité, finirent par se dissiper peu à peu à la fin de mai 1847. A cette époque, le ventre était volumineux, mais mou et flasque, tel, en un mot, qu'il est à peu près à l'état normal.

Dans cette observation, la maladie a commencé par une entérite; à cette dernière succéda une péritonite légère, qui s'est d'abord manifestée par un épanchement ascitique et, plus tard, probablement par des adhérences entre les anses intestinales qui produisent cette résistance et ce gonflement notés plus haut; ces adhérences ayant tout à coup disparu, le péritoine a repris à peu près son état ordinaire. L'impression du froid ou le refroidissement peut, en agissant de différentes façons, produire le même résultat, c'est-à-dire donner lieu à une péritonite chronique; ou bien alors l'effet du froid se porte d'emblée et directement sur le péritoine, comme dans un cas observé par Broussais (Obs. 49e); ou bien le refroidissement produit une suppression des règles, qui détermine d'abord probablement une ovarite et consécutivement une péritonite chronique. C'est ici que doivent se placer une observation de M. Gendrin (Obs. 43e) et deux faits recueillis par nous.

Obs. V. — Dans le courant du mois d'août 1847, la nommée B..., âgée de quarante-six ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine. D'une bonne santé habituelle, et ayant toujours été bien et régulièrement menstruée, elle n'a eu qu'un enfant à l'âge de vingt et un ans.

Le 16 mai de l'année courante, à la suite d'un bain de pieds pris pour faciliter l'écoulement des règles qui venaient de se montrer, le sang s'arrêta immédiatement et n'a plus reparu depuis. Presque aussitôt également les membres inférieurs enflèrent, le ventre acquit un volume anormal, et ce fut par l'hypochondre droit que se manifesta d'abord ce phénomène.

Quand nous vîmes cette malade, l'abdomen présentait un développement considérable; d'une forme régulière, il était le siége d'une fluctuation manifeste. La matité était absolue et toujours la même, quelle que fût la position donnée au corps. L'enflure des jambes avait disparu.

Quoique nous n'ayons pu suivre cette maladie, ni confirmer le diagnostic par l'examen cadavérique si la mort est survenue plus tard, nous n'en regardons pas moins cette observation comme un cas de péritonite chronique, dont nous rapprocherons un fait.

Obs. VI. — La nommée Br., âgée de vingt-huit ans, née dans le département de l'Aveyron, domestique, fut admise le 22 mai 1847 à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie, n° 18). Bien réglée depuis l'âge de quinze ans, et ayant toujours joui d'une bonne santé, elle habite Paris depuis deux ans. Pendant la première année de son séjour il lui est survenue une perte à l'époque des règles. Vers la fin de l'année dernière, du dévoiement s'est déclaré et a été bientôt accompagné de diminution des forces et de perte d'appétit. Le ventre commença alors à enfler et devint le siége de douleurs sourdes. Ce fut dans de pareilles conditions que cette femme alla laver à la rivière; les règles parurent, ne durèrent que deux heures seulement, et depuis lors ne sont pas revenues. Sortie il y a quelques jours de la Pitié, où elle est restée deux mois, et où deux vésicatoires furent appliqués sur l'abdomen contre un épanchement ascitique, elle rentre à l'hôpital avec tous les symptômes d'une péritonite chronique, et de tubercules pulmonaires. La fièvre s'alluma bientôt, et la mort survint le 8 juin.

Autopsie. — Quelques tubercules seulement dans les poumons; mais il en existe un grand nombre sous les plèvres, qui en sont pour ainsi dire doublées. — Dans l'abdomen, adhérences qui unissent intimement le grand épiploon à la paroi abdominale et qui circonscrivent derrière lui une poche, dans laquelle sont enfermées les anses du petit intestin, unies également entre elles par des filaments celluleux peu résistants. Tubercules pour la plupart d'un volume considérable, répandus en grand nombre dans les fausses membranes et au-dessous du péritoine sur les différentes anses intestinales. Sous le même feuillet séreux, points ecchymotiques qui donnent à cette membrane un aspect particulier. Enfin, ulcérations petites et nombreuses qui n'intéressent que la muqueuse, et autour desquelles existent de petits tubercules crus, logés en partie dans l'épaisseur de la muqueuse et en partie dans le tissu cellulaire sous-muqueux.

Dans cette observation, dont nous n'avons pu donner qu'une courte analyse, nous ferons surtout remarquer qu'un affaiblissement considérable existait au moment où cette fille commit l'imprudence qui détermina bientôt la phlegmasie abdominale. Il est probable même que la phthisie pulmonaire s'était déjà déclarée, et que c'était là la véritable cause des accidents dont se plaignait alors la malade. Dans ce cas, aucun doute ne peut rester sur l'évolution de l'affection morbide. C'est un bel exemple à l'appui de notre hypothèse, et l'on ne pourrait, selon nous, raisonnablement contester que la tuberculisation a été la cause prédisposante, et le refroidissement dans de pareilles conditions la cause déterminante de la phlegmasie abdominale.

En regard et en opposition avec le fait précédent, nous rapporterons une observation de péritonite chronique simplement inflammatoire. Dans ce cas, les accidents abdominaux ont été produits aussi par imprudence; mais la santé est restée parfaitement intacte jusqu'au début de la maladie. La maladie s'est, en un mot, déclarée tout à coup; aussi n'a-t-elle pas revêtu le caractère tuberculeux : elle est restée inflammatoire, comme pendant la vie le faisait présumer l'absence des signes de tubercules pulmonaires, et ainsi qu'est venu le démontrer l'autopsie. Seulement cette dernière, en relevant l'intensité des altérations anatomiques, a montré qu'elles étaient au dessus des ressources de l'art; ce qui n'a pas lieu dans une péritonite chronique simple et peu intense, et ce qui arrive toujours au contraire dans la péritonite tuberculeuse.

---

(1) Au moment de publier ce travail, il s'est offert à notre observation un nouvel exemple de péritonite chronique dont nous nous bornons à donner un résumé aussi court que possible.

Obs. III. — Le 26 juin courant, est mort à la prison de la Roquette un homme de trente-cinq ans, presque toujours détenu depuis l'âge de dix-sept ans, et entré à l'infirmerie de la prison le 14 mai pour une tumeur dans l'aine gauche. D'une bonne santé habituelle, ayant contracté il y a deux ou trois ans une blennorrhagie qui fut assez promptement guérie, il lui survint, il y a maintenant huit mois, une tumeur dans le testicule gauche, laquelle s'ouvrit huit jours après et ne s'est jamais fermée depuis. Huit jours avant d'entrer à l'infirmerie, un abcès se développa un peu au-dessus de l'aine gauche; ouvert quelques jours après son admission dans la salle, il fournit un pus abondant et crémeux.

Le 10 juin, la plaie étant guérie, le frisson se déclara pour la première fois, et revint souvent jusqu'au moment de la mort. Pendant cet intervalle on observa, outre la fièvre, un développement du ventre et un amaigrissement progressifs.

Autopsie. — Tubercules très volumineux qui occupent la moitié postérieure de chaque testicule; la substance de l'organe est refoulée en avant. Le grand épiploon, très épaissi par les fausses membranes qui le doublent, recouvre tout le petit intestin, dont les anses sont unies par des adhérences celluleuses peu résistantes entre elles et à la face postérieure du grand épiploon. Toute la surface du péritoine est le siége d'une injection arborisée très prononcée. Derrière l'orifice interne du canal inguinal existent des restes de la tumeur qui avait été ouverte pendant la vie. Nous n'avons trouvé de tubercules dans les intestins que dans les parois du duodénum, où il y en avait une masse du volume d'une petite amande. Les poumons renferment un grand nombre de tubercules gris, crus et de petit volume (le malade a commencé à tousser seulement huit jours avant d'entrer à l'infirmerie).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes :

M. Daremberg rend compte pour la troisième fois de la mission qu'il remplit en Italie.

1° Oblitération complète et congénitale du vagin.

M. Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, envoie une observation d'oblitération complète du vagin; le canal ayant été rétabli par une opération, une grossesse a eu lieu; elle est arrivée à terme; mais une éclampsie se développe au moment de l'accouchement; on applique le forceps, mais la mère et l'enfant meurent. Cette observation, extrêmement intéressante, ainsi que les réflexions qui l'accompagnent, est trop longue pour pouvoir être rapportée ici; nous la ferons connaître plus tard avec quelques détails. (Renvoyée à M. Huguier.)

2° Pellagre.

M. A. Courty, agrégé de la Faculté de Montpellier, envoie un mémoire sur quelques observations de pellagre recueillies dans la vallée de Vernet (Pyrénées-Orientales). — (Commission de la pellagre.)

Sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

M. Mazade, médecin à Anduze (Gard), envoie un mémoire sur ce sujet. Les conclusions de l'auteur sont que le sulfate de quinine n'est utile que lorsque la fièvre typhoïde présente des rémissions ou des paroxysmes même irréguliers. (Commission : MM. Louis et Grisolle.)

Nouveau céphalotribe.

M. Mathieu, fabricant d'instruments, envoie un nouveau céphalotribe, qui a pour caractère distinctif essentiel de présenter des appendices en forme de crochets mousses qui recouvrent les cuillers, et ont pour but d'empêcher le glissement et l'échappement de la tête du fœtus. (Commissaire, M. Moreau.)

— M. LE PRÉSIDENT prononce une courte allocution dans laquelle il remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait et promet de mettre dans l'exercice des fonctions qui lui sont confiées tout le zèle dont il est capable.

Il propose ensuite à l'Académie de nommer une commission de onze membres chargée de faire un rapport sur deux vacances à déclarer dans le sein de l'Académie. Une discussion longue et assez confuse s'élève, après laquelle l'Académie adopte une proposition de M. Cornac consistant dans la nomination d'une commission qui proposera à l'Académie le meilleur moyen d'empêcher, sans violer le règlement, l'extinction des sections, qui paraît possible si l'on suit le règlement à la lettre.

Après cette décision, l'Académie reprend le cours de ses travaux.

Engorgement de la rate.

En son nom et au nom de M. Bouillaud, M. Bousquet lit le rapport suivant sur un travail de M. Durand, médecin à Saint-Aubin (Calvados) :

A ne considérer que le titre de ce mémoire, on croirait que l'auteur va parler de l'engorgement de la rate en général, et le suivre dans toutes les maladies où il peut se rencontrer; mais telle n'est pas sa pensée : il se borne à l'étudier dans les fièvres intermittentes, et il lui fait jouer un si grand rôle qu'il se trouve conduit à renverser les termes de la question et à substituer dans le langage la cause à l'effet. Il rompt donc tout à coup avec la tradition, et, emporté par des idées de réforme, il écarte les lumières de la séméiotique pour s'attacher à celles de l'anatomie pathologique. De ces deux enseignements, le dernier paraît le plus savant en ce qu'il ne s'arrête pas à la surface, il vise au fond des choses; mais l'autre est plus simple et mieux approprié à notre faiblesse, car les signes extérieurs s'offrent aux yeux avant la lésion cachée qui les produit.

Au fond, le choix est peut-être assez indifférent : il faut toujours admettre qu'il existe une connexion, une liaison entre ce qui se voit et ce qui ne se voit pas, sinon il n'y aurait qu'incertitude dans le diagnostic, et le médecin, ne sachant où s'en prendre, flotterait au vent des conjectures.

Cependant, dans le cas particulier où s'est placé M. Durand, nous ne pouvons lui passer les libertés qu'il a prises. Est-il donc si certain que les fièvres intermittentes viennent de l'enflure de la rate qu'on soit autorisé à les appeler indistinctement du nom que l'usage leur impose ou du nom de la cause que leur assigne la théorie? N'est-ce pas poser en fait ce qui est en question? Méthode fort commode de raisonner, mais avec laquelle on n'avance pas la science.

Mais c'est trop nous arrêter au titre du mémoire. Passons aux doctrines.

M. Durand commence par nous faire connaître sa position géographique, et c'est un exemple que nous voudrions voir imiter, car c'est en grande partie de sa position que le médecin tire ses titres de créance. A cet égard, M. Durand est très heureusement placé; il habite une contrée où les fièvres intermittentes sont presque endémiques, et il n'y a pas moins de seize ans qu'il les observe et qu'il les traite.

Après la nature, le maître de son choix, son guide, son modèle est M. Piorry; il ne le dit pas, mais cela se voit à ses doctrines et même à son langage. Quel autre qu'un disciple dévoué et reconnaissant pourrait parler de *splénomacrosie!*

Ce n'est pas ici le lieu de dire notre sentiment sur cette manie de réformer tous les termes d'une science qui n'est pas à son début, et qui cependant est loin d'être fixée. L'auteur de cette facile réforme a promis du haut de cette tribune de faire connaître prochainement ses raisons. Nous les attendrons ces raisons, pour les opposer à ceux qui lui reprochent d'aller contre le but même qu'il se propose; il s'isole quand il voudrait se répandre; et, non content de submerger la science sous le flot du néologisme, il la décondidère par les variations qu'il lui prépare. Car enfin, disent-ils, à moins que le progrès qui vous fait créer un nouveau nom ne soit le dernier, c'est-à-dire à moins que vous n'ayez atteint la perfection, il faudra nécessairement remanier la langue à chaque mouvement de la science. Et comme dans la république des lettres tous les citoyens sont égaux, il est visible que, si chacun usait de son droit, la tour de Babel ne serait qu'une faible image de tant de désordre et de confusion.

Mais laissons là ce qu'on dit, et revenons à M. Durand. Sa marche est simple et naturelle. Comme, pour bien connaître les altérations que la maladie peut introduire dans un organe, il faut bien connaître cet organe à l'état sain, M. Durand commence par décrire la rate et par la mesurer au plessimètre. Elle a, selon cet instrument, de 7 à 7 centimètres et demi chez l'adulte, et de 6 à 6 centimètres et demi dans l'enfance.

Vous voyez, messieurs, la conclusion. Toute rate qui dépassera, ne fût-ce que d'un centimètre, l'étendue que lui assigne la plessimétrie, sera plus grosse qu'elle ne devrait l'être, elle sera malade.

La conséquence est dans le principe : elle est donc inattaquable; mais le principe est-il aussi certain que la conséquence est bien déduite? Est-il bien vrai que toutes les rates, sans exception, soient égales entre elles? Il n'est pas dans nos habitudes de contester avec des confrères sur ce qu'ils ont vu. Nous croyons donc que toutes les rates que M. Durand a vues de ses yeux ou percutées de ses doigts, et elles sont nombreuses, avaient 7 centimètres au moins, et 7 centimètres et demi au plus. Ce point convenu, nous portons la discussion ailleurs, nous la portons en pays neutre. M. Durand n'ayant pas vu toutes les rates, il doit nous être permis de dire de celles qu'il n'a ni vues, ni mesurées, qu'elles n'avaient pas toutes les mêmes dimensions. Il est des choses qu'on peut affirmer sans les avoir vérifiées. Outre l'observation directe, l'esprit a pour se conduire l'autorité des vérités acquises et celle de l'analogie. Tous les hommes n'ont pas la même taille; il est des géants et des pygmées; il y a de grands et de petits estomacs, de grands et de petits cerveaux; pourquoi n'y aurait-il pas de grandes et de petites rates? Pourquoi, entre tous les organes, la rate seule serait-elle invariable au milieu des variations de tout ce qui l'entoure? Celui qui l'a faite lui a-t-il dit, comme à la mer : Tu iras jusque-là, et tu n'iras pas plus loin? Que si on nous disait que la mesure que nous attaquons, c'est la plessimétrie qui l'a donnée, nous répondrions sans balancer que la plessimétrie s'abuse; car nous aimons mieux douter de la rigueur du procédé que des lumières de notre raison.

La structure même de la rate est une présomption de ses variations. Et d'abord l'anatomie nous apprend qu'il n'est pas d'organe plus mou, plus vasculaire, plus accessible au sang et par conséquent plus extensible.

Elle nous apprend encore qu'il revient sur lui-même avec la même facilité : deux propriétés qui l'ont fait comparer aux tissus érectiles.

Sans être malade, la rate est donc susceptible d'augmenter et de diminuer considérablement de volume. Comment concilier cette double propriété avec ces dimensions fixes, invariables que lui fait la théorie? La théorie, disons-nous, et vous la reconnaissez à ses procédés, c'est son habitude de poser le principe en vue des conséquences qu'elle veut tirer.

Ce que la raison et l'anatomie nous avaient fait pressentir, l'observation le confirme de son témoignage : tandis que M. Durand ne donne à la rate que 7 centimètres à 7 centimètres et demi, le docteur Assolant lui accorde, *terme moyen*, 4 pouces et demi, ce qui équivaut à 12 centimètres, et 2 pouces et demi d'épaisseur, soit 6 à 7 centimètres.

Le poids est naturellement en rapport avec le volume, et M. Cruveilhier, si bon juge en pareille matière, affirme qu'il varie de 2 à 8 onces, c'est-à-dire de 60 à 240 grammes environ.

Que si la rate est sujette à tant de variations, on voit combien il doit être délicat d'affirmer qu'elle est gonflée ou qu'elle ne l'est pas. Sans doute il n'y a pas de difficulté lorsque le gonflement est excessif; mais lorsqu'il est modéré, où est le médecin assez habile pour prononcer toujours avec certitude?

Quoi qu'il en soit, en partant de la mesure qu'il s'est faite ou qu'il a reçue toute faite, M. Durand déclare hautement que la rate est *constamment* gonflée dans la fièvre intermittente.

M. Piorry, plus expérimenté, est aussi plus réservé; il convient qu'il a rencontré quelques fièvres intermittentes où la rate avait conservé son volume naturel. Nous remarquons cette dissidence sans nous en étonner; en toutes choses, il est dans l'ordre que le disciple renchérisse sur le maître.

Par contre, M. Durand est plus conséquent; du moins il n'admet pas d'effet sans cause. Mais la rate fût-elle toujours engorgée, ce serait une grave et délicate question de savoir si c'est l'engorgement qui engendre la fièvre, ou au contraire si c'est la fièvre qui fait l'engorgement. Les deux hypothèses ont été émises et défendues avec une égale vraisemblance. M. Durand est pour la première; il admet donc que la fièvre intermittente commence par la rate, et à l'appui de ses préférences il dit qu'il a *prédit plusieurs fois des accès de fièvre intermittente à la douleur de la région splénique, douleur comparable à celle que cause une course rapide et prolongée.*

Ainsi tout apparaît clair et sans nuages à M. Durand, et il y paraît à son langage. Pour lui donc, point de fièvre d'accès sans engorgement splénique, et point d'engorgement splénique sans douleur. La seule restriction qu'il mette à ses paroles, c'est que le degré de l'engorgement ne répond pas toujours à la violence de la fièvre, et sur ce point il se rapproche de M. Lachaise, dont nous avons fait connaître les observations dans une autre séance.

Du reste, il est si convaincu de la solidité de sa doctrine, qu'il accorde le même effet à toutes les lésions capables d'enfler la rate. Ici M. Durand cite l'observation d'un ecclésiastique qui, placé au milieu des marais, se préserva longtemps par une bonne hygiène. A la fin cependant il eut le sort commun, il eut la fièvre intermittente; il se guérit avec le sulfate de quinine, dont il faisait encore usage lorsqu'il reçut un coup de pied de cheval sur la région splénique. A l'instant la rate se gonfla et la fièvre reparut.

Voilà le fait tel qu'il nous est raconté; mais nous sommes de ceux qui pensent que les faits ont besoin d'être interprétés pour être compris, sinon ils servent à légitimer l'erreur aussi bien que la vérité, et la science se perd par les moyens mêmes qui servent à l'établir et à la perfectionner.

Et, par exemple, de ce que cet ecclésiastique reçoit un coup sur la région splénique, s'ensuit-il que ce soit là la cause du retour de la fièvre? La réponse est au moins douteuse, et si elle est douteuse, elle ne prouve par préférence pour personne. En effet, le malade venait d'avoir la fièvre; il était encore en traitement et respirait toujours le même air, cet air qui lui avait donné sa maladie. Or la même cause qui lui avait donné la fièvre pouvait sans doute la lui rendre. Le cas serait différent si la fièvre s'était produite à la suite de la même cause ou d'une cause analogue sur une personne bien portante et loin du foyer d'infection.

A notre avis, une fièvre qui dépendrait d'une contusion de la rate trouverait plus facilement sa guérison dans les antiphlogistiques que dans le quinquina, ou au moins le quinquina n'en serait pas le spécifique exclusif, il partagerait ce privilége avec les saignées, deux médications pourtant fort différentes l'une de l'autre.

Quoi qu'il en soit de nos suppositions dans la théorie que nous vous exposons, le quinquina n'atteint la fièvre qu'indirectement; il commence par diminuer l'engorgement splénique, et la fièvre se dissipe. Il y a certainement de la conséquence dans ces idées, et, sous ce point de vue, nous rendons toute justice à ceux qui les défendent; mais est-ce bien sur la rate qu'agit le quinquina? Passe encore quand elle est malade. Mais quand elle ne l'est pas? A notre avis, le quinquina combat la périodicité ou plutôt la cause, quelle qu'elle soit, de la périodicité. Et la preuve, c'est qu'il se montre également efficace contre toutes les affections périodiques avec ou sans fièvre, avec ou sans enflure de la rate. Or, s'il a la même efficacité dans tous les cas, il faut conclure que ce n'est qu'accidentellement et comme par ricochet qu'il touche à cet organe, ou bien il faut lui reconnaître deux propriétés égales et presque jumelles, l'une pour résoudre l'engorgement splénique quand il existe, l'autre pour prévenir le retour de l'accès quand la rate se porte bien.

Mais c'est assez raisonner dans une question de pratique qui, après tout, peut se passer de raisonnement. Nous en avons dit assez pour faire voir que les faits, tout indispensables qu'ils sont, ne suffisent pas pour fonder une doctrine. Il faut y joindre le raisonnement et reconnaître que les sens n'ont d'autre avantage sur l'esprit que d'être les premiers en action et de lui fournir les éléments de ses opérations.

Ici finit ce rapport, et, quoiqu'il ne soit pas bien long, nous avions hâte d'y mettre fin. Il y a toujours quelque chose de pénible à se trouver en désaccord avec un confrère qu'on estime. Et M. Piorry s'identifie tellement avec ses élèves que les observations qu'on leur adresse il les prend volontiers pour lui, et peu s'en faut qu'il ne traite en ennemis de sa personne les adversaires de ses doctrines. Il ne lui suffit pas qu'on le traite avec importance, il veut qu'on soit de son avis, sans réfléchir que la nature a mis tant de diversité dans les esprits qu'il est presque impossible que les mêmes preuves agissent également sur tous. Chacun forme un peu ses convictions selon sa nature; nous obéissons à la nôtre en restant dans le doute et en demandant de nouvelles lumières. Il n'y a dans notre réserve rien d'offensant pour personne. Dans tous les cas, ce ne serait pas à M. Piorry à s'en plaindre; il n'est pas assez étranger à l'histoire de l'esprit humain pour ne pas savoir qu'il est toujours un peu dangereux pour un auteur d'être trop au-dessus de ses juges.

Au reste, la dissidence de nos opinions ne nous ôte rien de l'estime que nous avons pour le maître et pour le disciple, à qui nous vous proposons de faire écrire pour le remercier de sa communication et pour en solliciter de nouvelles.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

Eaux minérales. — Assistance publique.

M. Patissier a lu à l'Académie de Médecine, au nom de la commission des eaux minérales, le rapport pour les années 1847 et 1848.

Ce rapport est suivi d'un appendice sur les *eaux minérales considérées au point de vue de l'assistance publique*, appendice qui présente un vif intérêt.

M. le rapporteur examine d'abord ce qui se fait aujourd'hui dans plusieurs établissements thermaux en faveur de l'assistance des pauvres. On voit, par cet examen, que les administrations hospitalières, quelques riches familles, en fondant de leurs deniers des hôpitaux temporaires, quelques bureaux de bienfaisance, quelques conseils généraux des départements, les propriétaires des établissements thermaux et les personnes charitables unissent leurs efforts pour alléger les maux des indigents qui se rendent aux eaux; partout la gratuité du traitement thermal leur est accordée; mais là ne réside pas la difficulté principale; il s'agit de trouver des moyens permanents assurés de pourvoir à leur logement et à leur nourriture. Ici le législateur et le gouvernement doivent intervenir. Que doit-on faire? Faut-il agrandir les hôpitaux élevés près de quelques sources minérales, leur accorder une dotation plus considérable? et dans les localités thermales où il n'existe pas d'hospice, faut-il en établir de temporaires, ainsi qu'on l'a fait en faveur des militaires à Bourbonne-les-Bains, Baréges, Vichy?

M. Patissier, après avoir supputé les dépenses qu'occasionnèrent de pareils établissements, arrive à conclure :

1° Qu'il faut conserver et entretenir les hôpitaux existants près des thermes; mais qu'il n'est pas d'une bonne administration d'en créer de nouveaux aux frais de l'Etat ou des départements;

2° Que la somme nécessaire pour la création d'hôpitaux temporaires, employée en secours privés, permettrait de faire jouir des bienfaits des eaux un grand nombre d'indigents, et d'y prolonger leur séjour plus longtemps que s'ils étaient dans un hôpital, circonstance très favorable pour assurer la guérison;

3° Que le traitement thermal, c'est-à-dire l'usage de l'eau en boisson, des bains, des douches, des étuves, ainsi que les soins du médecin, doivent être gratuits pour les nécessiteux malades;

4° Que les frais de déplacement et de séjour aux eaux doivent être supportés par le département auquel ces malades appartiennent, et que l'allocation de 1 franc par jour est suffisante pour subvenir aux frais de logement et de nourriture;

5° Dans tous les thermes, des piscines ou des baignoires, des douches, des étuves administrées et entretenues convenablement, devront être affectées aux malades pauvres.

S'occupant ensuite des besoins du service médical, M. le

rapporteur signale l'opportunité de rétablir le *bain public*. Son but principal, dans cette seconde partie de cet appendice, a été de mettre en relief l'utilité des *piscines* et la puissance de ce moyen curatif pour faciliter l'assistance publique.

Enfin le rapporteur exprime, au nom de la commission, le vœu que, pour obtenir des eaux minérales toutes les ressources médicinales qu'elles peuvent fournir, on organise dans tous les thermes des bains de vapeur, des douches de toute espèce, etc., comme autant d'éléments de succès pour les médecins. Espérons, dit-il en terminant, que la création de piscines et les perfectionnements thermaux réclamés par nos commissaires pourront s'effectuer prochainement sur les plans de l'ingénieur chargé spécialement par M. le ministre de l'agriculture et du commerce de l'aménagement des sources minérales de la France.

Observations sur les réactions que présentent sur le linge les taches produites par le vin, et les moyens de les distinguer;

Par J.-L. LASSAIGNE.

Dans un rapport judiciaire dont nous avons été chargés, M. Chevallier et moi, nous avons été appelés à nous prononcer sur la nature des taches colorées qui avaient été formées sur un drap de lit, et qu'on attribuait à du vin qui y aurait été répandu. Afin d'avoir un terme de comparaison, nous avons entrepris de notre côté une série d'expériences dont les résultats ne peuvent être sans importance pour des questions analogues. C'est donc dans le but d'être utiles aux chimistes chargés de semblables travaux que nous publions les faits que nous avons observés.

On sait que lorsqu'une goutte de vin rouge vient à tomber sur un linge de table, elle produit une tache qui s'élargit peu à peu par l'imbibition du tissu, et que la couleur rouge de ce liquide change bientôt par l'action de la petite quantité d'alcali contenue encore dans le linge. Une tache bleuâtre plus ou moins foncée succède à la teinte rouge primitive du vin. La matière colorante de ce dernier, ainsi modifiée, se fixe peu à peu sur les filaments de la toile, et les teint en quelque sorte, car les lavages à l'eau froide et à l'eau savonneuse sont incapables de la faire disparaître complétement.

Dans l'état de dessiccation où peut se trouver une tache de vin non lavée, celle-ci ne renferme plus que les principes fixes que ce liquide fournit à l'analyse. Or parmi ces principes, la matière colorante étant la plus abondante, c'est donc sur elle que les recherches de l'expert doivent se porter tout d'abord.

Un simple lavage à l'eau distillée froide opérerait la solution des principes fixes salins non combinés au tissu, et l'évaporation directe du liquide permettrait de les recueillir pour les examiner ensuite. Mais l'évaporation du lavage deviendrait insignifiante si l'on agissait sur une seule tache de peu d'étendue, la petite quantité des principes extraits ne permettrait pas de se prononcer d'une manière certaine. La fixation de la couleur du vin sur le linge doit être prise en considération, bien que les réactions qu'elle manifeste dans diverses circonstances soient communes à quelques autres substances végétales colorées, et surtout à la couleur que nous extrayons d'un certain nombre de nos fruits indigènes, telles que groseilles rouges, cerises, mûres, baies de sureau, etc.

L'expérience démontre que la tache de vin desséchée sur un tissu blanc et qui a pris une teinte bleuâtre ardoisée devient rose ou rouge par le contact d'un acide faible. Cette dernière couleur repasse à son état primitif par l'action d'un alcali faible, elle prend aussi une teinte bleu-pâle par un solutum neutre d'acétate de plomb. En traitant un tissu taché de vin par un solutum faible d'acide tartrique, une grande partie de la matière colorante se dissout et se colore en rose; si on évapore ensuite à une douce chaleur ce solutum acide coloré, on obtient un produit rouge de vin qui présente tous les caractères de la couleur du vin, soit en saturant le produit par un alcali faible, soit en le précipitant par l'acétate de plomb, qui donne un composé bleu lapis-pâle, comme ce même réactif en produit avec le vin rouge naturel.

Les effets énoncés ci-dessus se produisent sur des taches de vin lavées à l'eau froide, et très souvent sur celles qui ont résisté à un léger savonnage; peuvent-ils permettre de se prononcer sur la véritable nature du liquide qui les a occasionnées? Nous ne le pensons pas; car d'autres liquides colorés, préparés avec les fruits indiqués ci-dessus, tachent de la même manière le linge, et les réactions que ces taches présentent ont plus d'un point de ressemblance avec les taches produites par le vin. Il serait donc intéressant de constater, par une série d'épreuves directes, si une distinction peut être nettement établie entre toutes ces taches. Si la saison n'avait pas été si avancée, nous aurions tenté de résoudre ces diverses questions. (*Journ. de chim. méd.*)

Charbon déterminé par l'usage de la viande cuite.

On lit dans plusieurs journaux l'article que nous rapportons ici : Le fait suivant est de nature à prévenir un grand nombre de nos pauvres habitants des campagnes sur le danger qui résulte de faire usage de la chair des animaux domestiques dont le genre de mort n'a pu être connu ou publiquement constaté. Une vache meurt dans la commune de Taulé, au bourg de Guiclan (Finistère). Les dépeceurs, après avoir retiré la peau de cet animal, en livrent les chairs à quelques femmes, qui s'empressent de les faire cuire et de s'en nourrir. Quelques jours après, deux de ces femmes sont atteintes au bras par des pustules qui présentent le caractère d'une affection charbonneuse. Les médecins consultés, après avoir examiné les restes putréfiés de la vache si imprudemment consommée, reconnaissent que cet animal est mort de la maladie connue vulgairement sous le nom de *charbon*. L'une des malades, conduite à l'hospice de Morlaix, y a reçu le traitement nécessaire, et se trouve aujourd'hui convalescente; l'autre, moins gravement affectée, a été guérie au bout d'une semaine.

Ce fait nous paraît devoir être le sujet d'examen, parce que des faits contraires sont arrivés à notre connaissance à A., près Paris. Un boucher tue un bœuf, il porte à ses lèvres le couteau avec lequel il avait saigné l'animal, le charbon se développe sur la partie qui a été en contact avec le couteau ensanglanté, la viande provenant de l'animal est livrée à diverses personnes de la commune, qui en font usage après l'avoir fait cuire, et qui n'éprouvent aucune maladie, aucune indisposition.

On doit être porté à croire que le vieux dicton : *Le feu purifie tout*, n'est pas sans valeur; cependant il en perdrait beaucoup si le fait annoncé par les journaux était exact.

Liste des médecins auxquels il a été accordé une médaille d'honneur, en récompense des services qu'ils ont rendus pendant l'épidémie de choléra.

AISNE. — MM. Peteaux, à Ribemont. — Petitjean, à La Capelle. — Labouret, à La Fère. — Fievet, à la Capelle. — Kricbten. — Chérubin, à Guise.

ARDENNES. — MM. Brion, à Busancey. — Meugy fils, à Retbel. — Joly, à Rethel. — Souillier, à Grandpré. — Mareschal fils, à Fumay. — Greuvé, à Vendresse. — Carton, à Château-Porcien. — Olivier, à Chateau-Porcien. —Chatel, à Chatel. — Lesur, à Attigny. — Jaisson.

AUBE. — MM. Tessier (Claire-Alexis), à Troyes. — Desguerrois (Louis , à Troyes. — Saussier, à Troyes. — Patin (Noël), à Troyes. — Peffaut-Delatour (Dominique), à Pont-sur-Seine. — Fautbier (Pierre-François), à Arcis-sur-Aube. — Cazenave (Pierre-François), à Romilly. — Bertrand, à Méry.

CALVADOS. — Labbey, à Bayeux. — Morice, à Bayeux. — Nicolle, à Bayeux. — Huvé, à Bayeux. — Lafosse, officier de santé à Caen. — Leprestre, officier de santé à Caen. — Litbare, à Luc-sur-Mer. — Edurent, à Luc-sur-Mer.

CHER. — MM. Boyn, à Nérondes. — Boyn-Bussy, à la Guerche. — Gastowt, à la Guercbe.

COTE-D'OR. — MM. Lépine, à Dijon. — Fleurot, élève en médecine à Dijon. — Molé, officier de santé à Laignes. — Cana, à Montbard. — Guyot, officier de santé à Pont-de-Passy. — Brahier, élève en médecine à Sainte-Colombe. — Rouhier, élève en médecine à Recey-sur-Ource. — Malachin, officier de santé à Montbard. — Raveneau, à Montbard. — Blesseau, pharmacien à Montbard.

EURE. — MM. Baudry, à Evreux. — Olivier, Lallemand, Mottet, à Pont-de-l'Arche. — Goujon, à St-Cyr-du-Vandreuil. — Vallée, à Vernon. — Filleul, Dulot, pharmacien, à Fleury-sur-Andelle. — Blain (Amédée), élève à Rouen.

EURE-ET-LOIR. — M. Greslou, à Cbartres.

FINISTÈRE. — MM. Bretel, Thierry, à Brest.

GIRONDE. — MM. Arnozan, interne à Bordeaux. — Dupont (Gustave), à Bordeaux.

HÉRAULT. — MM. Ménard (Alpbonse), à Lunel. — Golfin, à Montpellier. — Ménard (Marc-Antoine). — Ménard (Cbarles), pharmacien. — Fiackoski, à Lunel. — Avesque, à Lunel-Viel. — Lafaye, à Aniaoe. — Duffaut, Fraisse, Craveyra, Vieyra, Dunal, Ménard (Joseph-François), Latry, Ealo, élèves à Montpellier.

ILLE-ET-VILAINE. — M. Lebeurier, à Cancale.

INDRE-E-LOIRE. — MM. Thomas, Bretonneau, Allain-Dupré, Cbarcellay-Daplace, Tremblaye (Auguste de la), à Tours. — Moisant (Léon), Rcpin, Robert, élèves à Tours.

LOIR-ET-CHER. — MM. Beaussier, Dufay, Ivonneau, à Blois. — Ferrand, à Mer. — Pollet, à Selommes.

LOIRE-INFÉRIEURE. — MM. Riou (Constant), Josso (Fabien, pharmacien, à Paimbœuf. — Gosseaume, officier de santé à Chantenay. — Collineau (Emile), à Ancenis. — Mabilais, à St-Etienne-de-Montluc. — Puibaraud (Hippolyte), Thoinnet (Urbain), à Ancenis. — Jalaber, élève à Nantes.

LOIRET. — MM. Ganard, à Pithiviers. — Corbin, à Orléans. — Caron (Emile), à Gien. — Pelletier (Jules), Brechemier, à Orléans. — Gajon, à Patay. — Garnier, à Montargis. — Boitard, officier de santé à Boynes. — Auger, à Pitbiviers. — Desmoulins, Pommier, à Montargis. — Boyer fils, à Lorris. — Tartarin, à Bellegarde. — Bisson, à Orléans.

MAINE-ET-LOIRE. — MM. Taugourdeau, Martin, Davilla, élèves à Angers.

MARNE. — MM. Foucoult, à Epernay. — Carré, Nidart, à Sainte-Menebould. — Landouzy, à Reims. — Gillon, officier de santé à Saint-Just. — Nicaise, Mosnier, à Châlons. — Véron, Aubriet, à Vertus. — Forets, officier de santé à Montmort.

HAUTE-MARNE. — MM. Mougeot (Félix), à Chaumont. — Montrol, à Langres. — Guichemot, à Nogent. — Chatelain, Robert, Thivet, à Chaumont. — Reverchon, à Montigny. — Decbanet, à Bonnecourt. — Lhorgueilleux, officier de santé à Biesles.

MAYENNE. — M. Marie (Joseph), officier de santé à Bazougers.

MEURTHE. — MM. Pichon, officier de santé à Dieuze. — Musset, envoyé de Paris. — Scbaken, à Château-Salins. — Cueury, à Lunéville — Burckardt, à Sarrebourg. — Néret, Simonin fils, Laurens jeune, à Nancy.

MORBIHAN. — MM. Poussin, Bouchand, à Lorient. — Reveillère, Richer des Forges, chirurgiens de la marine. — Leponttois, officier de santé à Kerantrecb. — Le Diberder, à Lorient.

MOSELLE. — MM. Marx, à Thionville. — Desondins, Lavezan, Legrand fils, Maréchal (Felix), Warin, à Metz. — Humbert, à Vezun. — Degen, élève-médecin civil. — Petitgrand, à Gorze.

NIÈVRE. — MM. Mathieu, à la Charité-sur-Loire. — Marquet, Heullard-d'Arcy, à Clamecy. — Chauvet, pharmacien à la Charité-sur-Loire. — Bogros, à Château-Chinon. — Fartbouat, à Fourchambault.

NORD. — MM. Cbantreuil, à Cambrai. — Bagneris fils, à Douai. — Lemaire, à Dunkerque. — Averland (Victor), à Marquette. — Gravis (Antonin), officier de santé à Valenciennes. — Herbecq, officier de santé, Dupont, à Avesnes. — Brunelle, à Cambrai. — Maugin (Auguste-Ernest), Lequien (Xavier-Joseph), Duhem (Jean-Baptiste), Faucheux (Adolphe), Reytier (Etienne), à Douai. — Brueau, Lefebvre, Branche, à Valenciennes. — Catrice (Noël), officier de santé à Gravelines. — Daubresse, officier de santé à Armentières. — Rembry-Delva, à Menin — Pollet, Cadeau, à Tourcoing. — Bourgogne père (Florent), à Codé. — Farez (François), officier de santé à Quaroube. — Legentil (Constant), à Cysoing. — Lebreux (François), officier de santé à Raismes.

OISE. — MM. Texier, à Liancourt. — Colson, à Beauvais. — Boursier, à Creil. — Leroy, à Beauvais. — Vamaque, à Compiègne. Desmazures, élève de la Faculté de Paris. — Barbare, officier de santé à Lassigny. — Auxenfants, officier de santé à La Chapelle-aux-Pots. — Soyer, officier de santé à Guiscard. — Guillahon, élève. — Gavrelle, à Compiègne. — Villemonex, à Montataire.

ORNE. — MM. Cbambay, à Alençon. — Jousset, Fettu, Barbette, à Bellesmes.

PAS-DE-CALAIS. — MM. Dartus, officier de santé à Bertincourt. — Ganeutte, pharmacien à Ardres. — Dumoutier, Engrand, à Aire. — Caron (Jules), officier de santé à Saint-Martin-sur-Cojeul. — Serre (Guislain-Désiré), officier de santé à Vaulx-Vrancourt. — Lanthiez (Henri), à Baralle. — Boufflers, officier de santé à Pronville. — Cormon, Dauvin, à Hesdin. — Lecuq, officier de santé à Blingel. — Sagebien, officier de santé à Frévent. — Delattre (Alexandre), officier de santé à Harnes. — Gorré-Gassicourt, à Boulogne.

BAS-RHIN. — MM. Boeckel, Willman (Georges), aspirant officier de santé; Lach, Finck, élève, à Strasbourg.

HAUTE-SAONE. — Aleis, à Luxeuil. — Gevrey, Baulmont, Simonin, à Vesoul.

NOUVELLES.

M. Lemaire, médecin à Croisilles (Pas-de-Calais), maire de la même commune, vient d'être nommé chevalier de l'ordre national de la Légion-d'Honneur, pour les services qu'il a rendus et le dévouement dont il a fait preuve en prodiguant ses soins les plus empressés et les plus désintéressés aux malades atteints du choléra.

— A la suite d'un concours ouvert devant la Faculté de Médecine de Paris pour une place d'aide d'anatomie, M. Fano a été nommé à cette fonction.

— Par suite de l'instruction sur les événements du 14 juin, M. le docteur Sénac a été révoqué de ses fonctions de directeur de l'Ecole secondaire de médecine et de pharmacie de Lyon. On reproche à ce confrère distingué de n'avoir pas montré une suffisante énergie pour empêcher l'école d'être envahie par les émeutiers. M. le docteur Montain, doyen des professeurs, est chargé d'administrer provisoirement l'école.

— On écrit de Londres, le 29 décembre :

« Le Collége royal des chirurgiens de Londres vient de décider que dorénavant tout chirurgien, pour faire agréer sa candidature à cette compagnie, devra préalablement justifier qu'il sait les mathématiques et les langues grecque, latine et française.

» Le Collége a déjà désigné des personnes pour y examiner les candidats. C'est M. Brasseur, professeur à King's-College, à Londres, qui les interrogera sur la langue française. »

Les séances scientifiques de la Société allemande des Médecins et Naturalistes, à Paris, commencent, pour cette année, le 5 janvier, à huit heures du soir, et se continuent tous les quinze jours, le samedi à la même heure. Quant aux comptes-rendus, la langue française est également admise.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 8 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 4.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

MALADIES DES YEUX. — M. DESMARRES.

Microphthalmos double opéré de cataracte et de pupille artificielle.

Le microphthalmos, considéré comme un arrêt de développement du globe de l'œil, a été assez rarement observé; car en 1833, Seiler, à qui l'on doit un si beau travail sur les vices congéniaux des yeux, n'en avait réuni que 16 cas, et en 1844 on arrivait à peine à 30 ou 35 cas, en rassemblant les faits publiés par MM. D'Ammon et Jaeger, et ceux plus récents de MM. Stœber et Cunier.

Le microphthalmos, de même que toutes les autres maladies, présente des degrés différents. M. Gescheidt en admet trois, qu'il rapporte aux différentes phases du développement de l'œil; c'est la division la plus généralement admise.

Dans le premier degré, qui correspond à la période de la vie embryonnaire où l'iris n'existe pas encore, *l'iris manque entièrement.*

Dans le deuxième degré, qui correspond à une période plus avancée de la vie fœtale, il y a un iris incomplétement développé, il y a un *colobome de l'iris.*

Dans le troisième degré, toutes les membranes oculaires se sont formées; mais l'organe, demeuré stationnaire, n'a pas suivi son développement naturel, *l'œil est trop petit.*

Le microphthalmos est très rarement exempt de complications. Pour en donner une idée, je me bornerai à rappeler que Radius a vu dans un cas unilatéral un arrêt de développement de tout le côté correspondant de la tête, et Riecke, une monstruosité semblable, et portée si loin sur toute la moitié du corps d'un jeune homme, que ce malheureux semblait être fait de deux moitiés appartenant à deux individus différents. Souvent, cependant, les complications du microphthalmos ne sont pas portées aussi loin; il est accompagné quelquefois de bec-de-lièvre simple ou compliqué, du manque des nerfs olfactifs, d'un aplatissement considérable et plus ou moins étendu de la partie antérieure de la tête, de surdi-mutité, etc. Quant à l'œil, on note toutes les complications imaginables du côté de toutes les membranes, comme aussi du côté des paupières et de l'orbite. Il faut spécialement noter ici, cependant (car je ne veux entrer dans aucun développement à cet égard), la complication du travail de la lentille, la *cataracte.* Il est à remarquer seulement que presque toujours dans ce cas le cristallin est très profondément situé dans l'œil, qu'il a une forme irrégulière, que l'œil est inopérable, et que quelquefois la lentille manque complétement, et que la tache blanche du fond de l'œil est due à autre chose qu'au trouble du cristallin.

Le microphthalmos frappe assez rarement les membres d'une même famille. Pourtant Gescheidt a vu deux frères, et Wutzer un frère et une sœur, atteints de cette maladie. On l'a vue héréditaire, mais cela est fort rare; MM. Stœber et Cunier en citent des exemples très curieux. Dans le fait de M. Stœber, il s'agit d'une femme, née d'un père qui avait *perdu un œil* par accident, et qui avait un œil plus petit que l'autre. L'aîné de ses deux enfants, âgé de sept ans, était atteint de microphthalmie aux deux yeux, et le second, âgé de quatre ans, l'était à l'œil droit seulement. Les faits de M. Cunier ne sont pas moins curieux; dans l'un c'est un garçon de douze ans atteint de microphthalmie double, avec strabisme convergent qu'il opère, et dont la mère était microphthalmique d'un œil seulement; dans l'autre, il s'agit de faits de microphthalmie unie à la surdi-mutité que M. Cunier raconte ainsi :

« Une femme née d'une mère microphthalmique, mais ayant les deux yeux parfaitement développés, s'est unie à un homme dont la grand'mère était sourde et muette. De ce mariage sont nés cinq enfants, trois garçons et deux filles; ces deux dernières sont affectées de microphthalmie. Chez l'une d'elles, qui est en même temps sourde et muette, il y a absence complète de l'iris; l'autre est mariée, et un enfant qu'elle a mis au monde il y a trois ans est sourd et muet, en même temps qu'il est affecté de microphthalmie avec colobome de l'iris. Cette hérédité de la surdi-mutité et de la microphthalmie est bien digne de fixer l'attention. Elle vient en quelque sorte corroborer le raisonnement de M. Burggraëve, qui s'est attaché à faire ressortir l'analogie qui existe entre les imperfections innées de l'appareil de la vue et celles de l'appareil de l'ouïe. »

Les causes de l'arrêt de développement de l'œil sont entourées d'obscurité; on en est réduit, de même que dans d'autres affections congéniales, à faire des rapprochements qui ne manquent pas d'intérêt, mais qui ne s'appliquent malheureusement qu'à des cas plus ou moins exceptionnels, et qui, en définitive, n'expliquent rien quant à l'origine de la maladie. On a remarqué, en effet, cette bizarre circonstance, que souvent, parmi les parents ou même les grands-parents des individus nés microphthalmiques, une personne avait perdu un œil par accident ou par maladie. Ainsi, deux frères observés à Bruxelles par M. Cunier, et nés avec cette maladie, étaient accompagnés par leur père, qui avait perdu l'œil gauche quinze ans avant son mariage. D'autres faits rapportés par M. Gescheidt et par M. Stœber sont absolument semblables. Y aurait-il, dans ces cas, une cause occulte? N'y aurait-il qu'une bizarre coïncidence? C'est ce que personne, que je sache, ne pourrait décider.

Le microphthalmos s'est présenté cinq fois à mon observation. Dans deux cas il y avait colobome de l'iris. L'un des sujets était une femme qui demeure à Paris, rue des Maçons-Sorbonne, et qui était atteinte en même temps de strabisme convergent; l'autre, un garçon de dix ans. Dans le troisième cas, il s'agit d'une petite fille de quatre mois, que j'ai examinée avec M. le docteur Delacroix, de Chartres, et chez laquelle l'œil avait un volume d'une incroyable petitesse, bien qu'il fût, en apparence, pourvu de toutes ses membranes. La pupille y paraissait extrêmement resserrée et si étroite, qu'il semblait que l'épingle la plus fine l'aurait à peine traversée. L'autre œil était sain. Dans le quatrième cas, il s'agit d'un garçon de douze ans, dont l'œil gauche, microphthalmique, est parfaitement organisé, sauf qu'il est atteint de cataracte; la pupille y est extrêmement mobile, l'iris y est bien organisé, et la rétine est très impressionnable à la lumière. Je compte l'opérer. Le cinquième cas, semblable sous certains points de vue au précédent, sauf que la microphthalmie compliquée de cataracte avait atteint les deux yeux, est celui que je vais rapporter avec quelques détails sur les opérations dont il a été l'objet. Voici l'observation à laquelle j'ai ajouté trois figures, dont l'une est le portrait un peu embelli du jeune malade; les deux autres représentent les yeux de grandeur naturelle après l'opération de la pupille artificielle.

Le garçon Guérin, âgé de huit ans, 56, rue d'Argenteuil, à Paris, m'est présenté pour la première fois dans le mois d'août 1848.

Dans les antécédents du petit malade, que j'abrège, il n'y a d'utile à connaître que les circonstances qu'il est né avec des yeux encore plus petits, et qui se sont un peu développés; qu'il y voyait un peu, pas assez cependant pour se conduire ni pour reconnaître la plupart des objets; que, désespérée de l'état de son enfant, la mère le fit voir à un oculiste qui passait dans sa ville, et que, l'ayant fait opérer aux deux yeux d'une cataracte incomplète dont il était atteint, la vue fut entièrement abolie. Après un an et demi, la mère s'est décidée à me l'amener.

Je fais les remarques suivantes :

Les yeux sont d'un tiers environ plus petits qu'à l'état normal, et roulent incessamment dans les orbites avec une incroyable rapidité (mystagmus). Les paupières, quoique très petites, sont cependant évidemment trop larges pour les yeux; car il y a un espace profond entre elles et le globe, surtout dans l'angle interne, ce qu'il faut attribuer aussi aux attaches de l'orbiculaire placées trop en avant, si l'on considère le volume si petit des bulbes. Les points lacrymaux existent aux quatre paupières, et les larmes les traversent comme à l'état normal. Lorsque l'on touche les yeux à travers les paupières, ils fuient profondément dans l'orbite, comme s'ils étaient pourvus d'un muscle pyramidal. Les cornées sont transparentes, mais un peu aplaties et très petites; elles ont une limite scléroticale bien marquée; la gauche est assez fortement dirigée en dedans. Les iris, d'une couleur brun-clair, sont fort rapprochés des cornées; pourtant, il y a une chambre antérieure suffisamment grande. Il n'y a pas de colobome. Les pupilles sont immobiles et remplies de débris de cataracte. La gauche est absolument fermée par une fausse membrane. La droite présente, dans ses 7/8es internes, une large tache blanche constituée par la capsule devenue opaque et par les débris cristalliniens. Les adhérences qui se sont établies entre cette cataracte nouvelle et l'iris se présentent sous la forme de longs filaments brunâtres, pigmenteux, qui donnent à la marge pupillaire, de ce côté seulement, la forme d'un feston de dentelle noire. En dehors et en bas, il y a une lacune noire extrêmement petite, dans laquelle l'iris et la pupille sont libres, ou du moins paraissent l'être; car l'enfant ne distingue aucun objet.

La lumière impressionne l'œil très désagréablement; aussi roule-t-il avec rapidité sous la paupière supérieure et bientôt après dans tous les sens dès que l'enfant y est exposé.

Les membres et le corps de cet enfant sont bien conformés; mais la tête présente en avant un aplatissement marqué. L'intelligence est très peu active et peu développée. Le père et la mère sont bien conformés et ne connaissent personne dans leur famille qui ait eu des yeux semblables à ceux de leur enfant; ils n'ont connu aucun borgne parmi leurs grands-parents.

J'ai fait graver le portrait de ce petit malade moins pour faire voir exactement l'aspect général de sa tête que pour représenter les différences de proportion qui existent entre elle et les yeux. Malheureusement les dessinateurs ont la manie de chercher sans cesse le beau plutôt que le vrai, de sorte que dans cette figure le front est trop élevé et les yeux trop grands.

Fig. 1.



Pour rendre la vue à ce petit malheureux, il fallait essayer de détruire les adhérences établies entre l'iris et la cataracte fausse membraneuse secondaire. Mais il y avait là à surmonter de nombreuses difficultés, parmi lesquelles on devait noter en première ligne l'extrême petitesse du bulbe, son excessive mobilité, le nombre et la solidité des adhérences, etc.

L'opération est faite à l'aiguille le 5 août 1848 sur l'œil droit seulement. On est forcé de maintenir l'enfant sur un lit; les paupières sont écartées au moyen de petits élévateurs et le globe est fixé avec une pince à agrafe placée sur la conjonctive aussi près que possible de la cornée. Les adhérences ne se rompent qu'en partie et du côté externe seulement; quelques débris de cristallin sont abaissés ou broyés. La capsule opaque reste en grande partie dans la pupille. Une certaine quantité d'humeur vitrée s'écoule le long de la tige de l'aiguille pendant l'opération et l'œil s'injecte dans toutes ses parties. Des compresses d'eau froide sont appliquées sur l'œil et le petit opéré est soumis à la diète.

Le surlendemain, 7 août, la note suivante est prise par M. le docteur Hirschler, de Pesth :

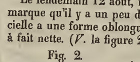
« Il n'y a pas d'inflammation, le *malade voit tous les objets.* Les fausses membranes et la capsule, qui n'ont pu être séparées que de la partie externe de l'iris, flottent encore dans la pupille, mais le nombre en est plus petit. Cette ouverture est notablement plus grande et plus libre; mais il y reste toujours une très grande partie de capsule épaissie et blanche. »

Six jours après avoir opéré l'œil droit de cette cataracte fausse membraneuse secondaire et après avoir amélioré la vue du petit malade, une opération de pupille artificielle est faite sur l'œil gauche par mon procédé de *déchirement* (V. l'atlas du *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, janv. 1850). Je cite textuellement la note de M. Hirschler :

« L'œil gauche offre une occlusion complète de la pupille par de fausses membranes qui s'y sont développées à la suite d'une opération de cataracte suivie d'inflammation de l'iris. Excepté l'extrême petitesse de la chambre antérieure et une rotation continuelle du bulbe atteint de microphthalmie, il n'y a pas d'anomalies remarquables. La perception du jour est assez prompte. M. Desmarres pratique l'opération de pupille artificielle par déchirement. Dès le premier moment, il se présente pendant la manœuvre une extrême difficulté due à l'enfoncement soudain du bulbe dans l'orbite chaque fois que le couteau lancéolaire se met en contact avec la cornée. L'opérateur parvient cependant à se rendre maître du bulbe au moyen d'une pince et après avoir vainement employé la pique de Pamart. La section est faite du côté interne à la limite de la cornée et de la sclérotique; la portion correspondante de l'iris est saisie, déchirée près des adhérences, tirée au dehors et coupée. »

Le lendemain 12 août, il n'y a pas d'inflammation; on remarque qu'il y a un peu de sang dans l'œil. La pupille artificielle a une forme oblongue transversale, et est presque tout à fait nette. (*V.* la figure 2 ci-contre.)

Fig. 2.



Le quatrième jour après l'opération (15 août), la vision est confuse, ce qu'on attribue d'abord au manque d'habitude de voir les objets; elle s'améliore chaque jour; mais le onzième (22 août) on s'explique parfaitement pourquoi elle demeure faible en constatant qu'il y a dans l'œil, derrière le corps vitré, une fausse membrane organisée depuis l'opération pratiquée autrefois en province sur cet œil, et, en même temps, un tremblotement léger de la rétine.

Ces modifications organiques si graves ne permettant pas d'espérer pour cet œil une amélioration suffisante, je me propose d'agrandir la pupille de l'œil droit en excisant l'iris; et un mois après l'opération de cataracte, je pratique cette opération de la manière suivante :

L'enfant étant couché sur un lit élevé, les paupières sont

écartées par deux élévateurs et l'œil fixé par une pince placée sur la conjonctive, au côté interne de la cornée; cette membrane est ponctionnée en bas et en dehors avec le couteau lancéolaire coudé de Beer. La plaie, large de 4 millimètres environ, laisse facilement pénétrer dans la chambre antérieure une pince courbe dont la convexité est en rapport avec l'iris, qui est saisi à sa marge dans la partie qui est demeurée libre, et facilement entraîné et excisé.

Il résulte de la perte de substance qui est faite dans le tissu iridien une belle pupille artificielle (*voyez* la figure 3) dont la forme est celle d'un V, à base tournée vers la circonférence de l'œil. La pupille nouvelle est bien noire, et il n'y a rien d'anormal dans le fond de l'œil. La fausse membrane secondaire a été respectée. Le pansement ordinaire est appliqué, et deux jours après la plaie de la cornée est si bien réunie qu'on l'enlève définitivement.

Fig. 3.



En peu de jours l'enfant voit assez pour se conduire, et le 30 juin 1849 je m'assure qu'il apprend à lire.

Je revois le petit malade le 4 janvier 1850, et je constate que la pupille est un peu plus grande que sur la figure, mais que l'enfant ne sait pas lire, bien qu'il voie parfaitement les aiguilles très fines de ma montre, et qu'il se conduise sans hésitation. Je suis certain qu'il pourrait apprendre à lire si on s'occupait convenablement de lui.

J'ai pensé que les lecteurs de ce journal trouveraient quelque intérêt à cette observation, dans laquelle un œil atteint de microphthalmos compliqué de cataracte a pu être opéré avec quelque succès; c'est pourquoi je me suis décidé à la publier.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Gibert.

Parmi les malades intéressants qui se trouvent dans le service de M. Gibert, il en est deux sur lesquels ce praticien a attiré plus spécialement aujourd'hui l'attention de ses auditeurs. Nous allons faire connaître en quelques mots l'histoire de ces malades, et les réflexions que le chef de service a présentées sur leur maladie.

Cas remarquable de psoriasis syphilitique.

Le malade placé au n° 25 de la salle Saint-Charles n'est pas seulement un cas remarquable d'affection syphilitique, c'est aussi un exemple frappant des mauvais résultats que peut avoir l'incurie des malades pour leur propre santé, et de la puissance de la thérapeutique dans des conditions en apparence si graves.

Obs. — Le peu d'intelligence dont le malade est doué ne permet guère d'attacher une grande importance aux antécédents qu'il fournit; ce n'est donc que sur son état depuis son entrée à l'hôpital que nous avons des renseignements précis.

Cet homme, âgé de quarante-quatre ans, mais en paraissant bien cinquante-quatre au moins, exerce la profession de roulier. Il dit avoir eu une chaude-pisse il y a trois ans et n'avoir rien fait pour la guérir. Quelques mois après, il se déclara des boutons sur la peau accompagnés d'un certain malaise général. Néanmoins le malade ne s'en préoccupa nullement; il fit deux voyages à Strasbourg pendant l'année 1847 (la maladie avait commencé vers la fin de 1846), et, pendant ce temps, la maladie s'aggrava toujours. De retour à Paris, il continua encore son travail, quoique ses forces commençassent à s'affaiblir; mais, tous ces symptômes allant en augmentant chaque jour, il fut enfin obligé de cesser tout travail et d'entrer à l'hôpital vers la fin de 1847 ou au commencement de 1848.

Son état était alors des plus déplorables. Les forces étaient abattues, l'amaigrissement considérable, l'appétit peu développé, les digestions mauvaises; des squames blanchâtres, épaisses d'un centimètre et même plus, d'une largeur variable entre deux et six à sept centimètres, recouvraient les jambes, les cuisses, les bras et une partie du tronc; mais, par une singularité remarquable et digne d'attention, ces squames laissaient complétement libre le pourtour des articulations. Au-dessous de ces squames existaient des ulcérations entamant une partie ou même toute l'épaisseur de la peau, à bords livides, rouge-foncé, taillés à pic, en général circulaires. Ces croûtes, suivant le malade, avaient toujours eu le même aspect; elles n'avaient fait depuis leur début que croître en étendue et en épaisseur. Aucun traitement n'avait encore été fait pour combattre les progrès de la maladie.

Dès l'entrée du malade dans le service de M. Gibert, un régime tonique lui fut administré et, avec ce régime, un traitement composé de sirop de deuto-iodure ioduré à l'intérieur et de pansements avec la pommade au calomel à l'extérieur. Sous l'influence de cette médication composée, l'état général s'améliora d'une manière sensible, quoique très lentement; les squames tombèrent et une partie des ulcérations sous-jacentes marchèrent vers la cicatrisation. Cependant, après quelques mois d'amélioration, celle-ci s'arrêta, et les ulcérations restèrent stationnaires. M. Gibert suspendit alors l'usage du sirop ioduré et administra un quart de grain de sublimé en le donnant, suivant son habitude chez les constitutions épuisées ou fatiguées par de longs traitements, sous la forme suivante :

Sel marin..........................	8 grains.
Sublimé..........................	1/4 de grain.

Mêlez, et prescrivez au malade un œuf frais, qu'il sale avec le mélange des deux sels.

Ce mode d'administration du sublimé est un des meilleurs, suivant M. Gibert, pour éviter les inconvénients que cause quelquefois cette préparation, en particulier la salivation et les douleurs épigastriques.

Ce nouveau traitement fut administré pendant quelques mois, mais ne produisit pas d'amélioration sensible; on le suspendit à son tour, et quelque temps après on reprit l'usage du sirop de deuto-iodure ioduré, sous l'influence duquel la maladie reprit de nouveau une marche favorable. Cette fois-ci l'amélioration, quoique lente, ne s'interrompit plus, et au bout de quatorze à seize mois le malade fut complétement guéri ou du moins toutes les croûtes étaient tombées, toutes les ulcérations cicatrisées. L'état général laissait seul encore quelque chose à désirer. Depuis huit mois environ que toutes les plaies sont cicatrisées, on continue le traitement tonique et aussi de temps en temps le sirop de deuto-iodure ioduré, qui ne semble pas être l'élément le moins efficace de ce traitement tonique.

Le malade a aujourd'hui repris, à peu de chose près, ses forces naturelles; son appétit est bon, ainsi que son sommeil; il n'est gardé dans l'hôpital qu'afin de consolider assez sa guérison pour empêcher, s'il est possible, toute récidive.

On peut constater encore sur les diverses parties du corps, mais particulièrement sur les membres, les nombreuses et larges cicatrices à surface lisse et satinée, à bords encore cuivrés, qui sont le cachet des lésions syphilitiques passées. Tout permet d'espérer aujourd'hui que la guérison de ce malade sera définitive.

Remarques. — Il est à peu près certain que, si ce malade s'était abandonné plus longtemps aux seules ressources de la nature, la maladie aurait continué sa marche progressive et aurait enfin conduit le malade au tombeau. C'est donc là un trop beau succès pour ne pas en faire honneur à la thérapeutique.

Une circonstance sur laquelle il n'est pas non plus sans importance d'arrêter son attention, c'est l'aspect assez rare qu'offraient les squames syphilitiques. Au premier abord, ces squames rappelaient parfaitement le *psoriasis inveterata*, et un examen plus attentif n'aurait peut-être pas suffi pour dissiper toute incertitude, si l'on ne s'était rappelé cette circonstance qu'il est sans exemple de voir le *psoriasis inveterata* sans envahir le pourtour des grandes articulations, tandis qu'ici, au contraire, c'était précisément ce siége de prédilection du psoriasis qui était épargné. C'est là assurément un fait très curieux, et d'une assez grande importance pratique.

Un autre caractère qui pouvait également servir à faire distinguer les deux maladies, c'est qu'au-dessous des squames du psoriasis, quelque épaisses qu'elles soient la peau, est enflammée, dépouillée de son épiderme (1), mais non profondément ulcérée, et chez notre malade on a vu que dans certains points elle était presque entièrement détruite. En outre, ces ulcérations offraient les caractères syphilitiques sur lesquels il est inutile de revenir.

Syphilide pustuleuse et ophthalmie syphilitique.

Le deuxième fait sur lequel M. Gibert a appelé l'attention est encore un cas de syphilide, mais compliquée ici d'ophthalmie syphilitique. La syphilide offre ici la forme pustuleuse acnéiforme; elle n'a rien de remarquable, ni comme antécédent, ni comme diagnostic. Mais ce qui mérite quelque attention, c'est la phlegmasie oculaire, qu'il n'est pas rare, comme on sait, de voir accompagner les syphilides. Cette phlegmasie, on le sait également, siége principalement sur l'iris, et a reçu, pour cette raison, le nom d'iritis syphilitique. Cependant, il s'en faut que ce siége soit exclusif; presque toujours les autres tissus, et surtout la conjonctive, participent plus ou moins à l'inflammation. Mais ce qu'il y a de remarquable, et c'est là le point pratique le plus important, c'est que, pendant que tous les symptômes syphilitiques secondaires suivent une marche chronique à toutes leurs périodes, l'ophthalmie, au contraire, affecte presque toujours, au début au moins, une forme aiguë ou subaiguë. Il paraîtrait rationnel, d'après cela, de penser que le traitement ne doit pas tout à fait être le même dans l'ophthalmie et dans les autres symptômes. Or, la pratique confirme, et au delà, cette manière de voir toute théorique. Non-seulement au début de l'ophthalmie, il est presque toujours nécessaire de recourir aux révulsifs de différentes natures, et quelquefois aux évacuations sanguines locales ou même générales, mais encore il est assez souvent indiqué de faire usage de ces mêmes moyens pendant la période chronique.

Chez le malade couché au n° 64 de la salle Saint-Charles, tous ces faits se sont présentés presque sous la forme de prototype. Chez cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, nous avons vu, comme nous le voyons presque sans exception, le sirop d'iodure ioduré modifier promptement la syphilide, qui a aujourd'hui à peu près entièrement disparu, tandis que la phlegmasie oculaire, qui s'est développée presque en même temps, n'a nullement été modifiée par la même médication, qu'elle s'est même développée pendant qu'on faisait usage de cette médication. M. Gibert a eu recours, contre cette inflammation, à l'application de quelques ventouses scarifiées et à des révulsifs, dont les plus actifs sont les pilules de Belloste à dose purgative, c'est-à-dire au nombre de six par jour. Dès le troisième jour, la maladie fut très sensiblement modifiée, et dès le sixième, elle était dans un état très satisfaisant. On peut voir qu'il ne reste plus aujourd'hui qu'une légère déformation de la pupille, sans altération de couleur de l'iris, et une inflammation légère de la moitié interne de la conjonctive. Néanmoins, en cet état, il convient de continuer encore l'administration des pilules de Belloste, et c'est ce que nous ferons de deux où de trois jours l'un, dit M. Gibert, jusqu'à ce que toute trace de phlegmasie ait disparu. Ce n'est qu'en procédant ainsi qu'on peut obtenir des succès durables, et se mettre autant que possible à l'abri des récidives. Nous disons autant que possible, parce qu'avec les plus grands soins et la meilleure direction dans le traitement, on ne parvient pas toujours à les éviter.

Nous n'avons point parlé des autres moyens qu'il ne faut jamais négliger dans le traitement de l'iritis syphilitique, tels que les opiacés, les frictions avec la pommade de belladone, etc. Nous n'avons voulu insister que sur une particularité pratique importante, et qu'on est peut-être un peu trop porté à perdre de vue. G.

(1) Nos lecteurs se rappellent sans doute que la *Gazette des Hôpitaux* a rapporté, il y a quelques mois, un fait de production cornée des plus remarquables, qui ne nous paraissait être autre chose qu'un psoriasis très intense, et, dans ce cas, on ne trouvait, sous les énormes squames dont le corps était couvert depuis des années, qu'un simple dépouillement de l'épiderme et une rougeur érythémateuse.

URTICAIRE FÉBRILE

produit par l'ingestion de la chair d'un lapin malade.

(Observation recueillie par le docteur J. HANNON.)

Je fus appelé au commencement de l'année dernière chez M. A. D. Je le trouvai atteint de céphalalgie, de malaise, de fièvre; il avait eu des nausées, des vomissements, des douleurs articulaires; de l'agitation, de l'insomnie et quelque peu de délire; — il se plaignait surtout d'un prurit général très intense, accompagné d'un sentiment de chaleur à la peau. Le malade s'était gratté, et partout où il l'avait fait étaient apparues des plaques saillantes, dures, circulaires, ovalaires et irrégulières, plus grandes que la surface de la main; plusieurs d'entre elles étaient grandes comme le fond d'un chapeau d'homme. Les épaules, la face interne des avant-bras, les lombes, les cuisses étaient surtout affectées.

Ces plaques présentaient d'abord une teinte rosée générale, puis devenaient d'un blanc mat. Le lendemain, de nouvelles plaques s'étaient développées; le nombre de celles-ci était considérable, elles étaient pour ainsi dire confluentes. Ces plaques étaient le siége d'une sensation très incommode de fourmillement qui se développait surtout sous l'influence de la chaleur causée par le séjour au lit. Le malade ne pouvait résister au besoin de se gratter; mais en y cédant, il exaspérait plutôt qu'il n'apaisait la douleur. Le scrotum était la partie du corps où le prurit se faisait sentir avec la plus grande violence.

Interrogé sur la cause de cette affection, M. A. D. me raconta avoir mangé du lapin sauvage acheté au marché; ce lapin avait la peau tachée de violet, ses muscles étaient cassants et ses veines étaient gorgées d'un sang noir caillé. Une autre personne ayant mangé du même lapin et ayant éprouvé des symptômes analogues, je regardai la cause du mal comme suffisamment connue pour prescrire un vomitif, bien que le malade eût déjà vomi spontanément la veille.

L'éruption parut et reparut irrégulièrement sur presque toutes les parties du corps les jours suivants; son retour, qui avait lieu surtout le soir, était accompagné d'une légère accélération du pouls. La durée individuelle des plaques variait de quelques minutes jusqu'à une, deux ou trois heures.

Cette maladie dura cinq jours; elle s'arrêta pour ainsi dire brusquement après l'ingestion d'une potion laudanisée. Tout rentra dans l'ordre sans que l'exanthème laissât après lui la moindre trace; une légère desquamation s'opéra seulement sur quelques parties du corps où l'éruption avait sévi fortement.

J'ai rapporté cette observation, parce que la cause qui l'amena mérite d'être étudiée. J'ai entendu discuter à l'Académie de médecine de Belgique une question bien voisine de celle que nous venons de traiter. Il s'agissait de savoir si le débit des viandes d'animaux morts de maladie pouvait être permis; un pareil débit, disait-on, pourrait se faire à très bas prix, et l'avantage qui en résulterait serait grand pour les pauvres, que le pain et les légumes sont loin de nourrir suffisamment. Ceux qui soutenaient cette thèse prétendaient que la chair des animaux malades ne pouvait avoir aucun inconvénient si elle était utilisée comme aliment. Nous ne discuterons point longuement cette question. L'observation précédente prouve cependant à l'évidence, nous semble-t-il, que l'ingestion de la chair d'un animal malade entraîne tout au moins une indisposition, qui pourrait devenir fort grave, malgré peut-être, chez des individus dont la constitution est affaiblie par un régime insuffisant.

Nous ferons observer que nous avons d'abord administré les purgatifs, et que cette médication n'eut qu'un effet très peu marqué sur la marche de l'urticaire. On le conçoit, puisque celle-ci était une manifestation à la peau dépendant de l'élimination par cette voie du principe toxique; or, le travail éliminatoire ayant déterminé sur le système cutané une hypersthénie qui entretenait le travail morbide, il suffisait de détruire cette exagération de sensibilité par un hyposthénisant, et c'est ce qui explique, selon nous, l'effet si rapide du laudanum.

Nous ne terminerons pas sans émettre la pensée que dans l'empoisonnement si fréquent produit par les moules on doit après l'élimination de la matière vénéneuse chercher à détruire par le même moyen le laudanum, l'excitation de la membrane muqueuse intestinale et de la peau.

(*Presse médicale belge.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 janvier 1850. — Présidence de M. Duperrey.

L'Académie procède au renouvellement du bureau pour l'année 1850.

M. Duperrey, vice-président en 1849, passant de droit président pour 1850, on procède au scrutin pour la nomination d'un vice-président.

Sur 46 votants, M. Rayer obtient..... 37 suffrages.
— M. de Jussieu...... 5 —
Voix perdues....... 4

M. Rayer est élu vice-président.

Cause des accidents produits par le chloroforme.

M. E.-A. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), envoie une note sur la cause la plus fréquente et la moins connue des accidents déterminés par l'inhalation du chloroforme. L'auteur conclut des observations renfermées dans son travail :

1° Que le chloroforme, pour produire promptement, facilement une insensibilité exempte de danger, ne doit jamais être employé qu'à jeun et avec certaines précautions;

2° Que toutes les fois que l'estomac n'est pas en état de vacuité, le chloroforme produit de l'agitation, de l'anxiété;

3° Que son influence anesthésique paraît insuffisante, et peut exposer à donner des doses incompatibles avec la vie;

4° Que la mort peut survenir pendant l'anesthésie si l'on ne parvient pas à délivrer l'estomac du poids des aliments, de la pression des gaz qui l'encombrent, et suspendent plus ou moins mécaniquement la circulation veineuse et l'innervation.

Nouveau fébrifuge.

M. Gendron, de Château-du-Loir, adresse une note cachetée sur l'emploi comme fébrifuge d'une substance végétale indigène.

Nouveau mode de percussion.

M. Poirson, interne à la Salpêtrière, communique un nouveau mode de percussion. Il consiste à percuter à la manière ordinaire sans plessimètre et avec le doigt (index ou médius) armé d'un dé à coudre poli, et ajusté de manière à emprisonner une certaine quantité d'air entre la culasse et l'extrémité du doigt. Cet instrument, sans altérer aucunement les qualités des sons, leur communique, suivant l'auteur, une netteté et une intensité remarquables. Il permet, en ménageant la percussion, d'épargner presque complétement au malade la douleur d'un choc souvent fort pénible, et d'apprécier les nuances que le doigt seul ne pourrait faire percevoir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 26 décembre 1849. — Présidence de M. Deguise père.

Polypes fibreux du pharynx et de la base du crâne.

M. Nélaton, à propos du procès-verbal, demande la parole pour faire quelques remarques relatives aux polypes fibreux de la base du crâne. L'intéressante observation communiquée par M. Robert mérite d'être suivie dans ses résultats ultérieurs; « car, dit M. Nélaton, le point capital pour les faits de ce genre n'est pas la guérison provisoire, mais la guérison définitive, tant il faut craindre une récidive quelque temps après l'opération. » C'était non-seulement pour mettre à découvert le siége ou le foyer de la maladie qu'il a pratiqué la perforation de la voûte palatine, mais c'était encore pour ménager ainsi une voie tout ouverte par laquelle on pût constater d'une manière continue l'état des parties et les suites de l'extirpation du polype; c'était, en un mot, pour avoir la facilité de prévenir ou de combattre plus sûrement et plus simplement la reproduction de la tumeur. Il y a un an que M. Nélaton a pratiqué cette opération, et il a constaté qu'il n'y avait pas encore la moindre trace de récidive.

C'est, du reste, le résultat qu'il est permis d'espérer lorsque le polype est pourvu d'un pédicule étroit, et se trouve ainsi facile à enlever; mais la guérison radicale est plus rare lorsque le polype est implanté largement.

« M. Larrey, ajoute M. Nélaton, a appelé l'attention de la Société sur un point important de la pathologie des os du crâne et de la face en indiquant la tendance de la nature à fermer ou à réparer les pertes de substance que ces os ont éprouvées. »

A l'appui des observations faites par M. Larrey, M. Nélaton a constaté un exemple remarquable de cette régénération sur un petit malade, auquel il avait enlevé une partie de la voûte palatine, en ayant la précaution de disséquer le périoste et de ménager aussi la membrane muqueuse. Le résultat de cette opération fut tel que la presque totalité de la voûte palatine se trouva plus tard reconstituée.

M. Lenoir (d'après une note communiquée) n'est pas convaincu que l'opération en partie renouvelée de Manne et perfectionnée par M. Nélaton, opération que ce chirurgien a exécutée avec un succès remarquable dans le cas qu'il vient de rappeler à la Société, remplisse mieux que l'opération faite par M. Robert l'indication, qui est de découvrir le polype jusqu'à son pédicule, afin de pouvoir d'abord en pratiquer facilement l'excision et, consécutivement, de pouvoir par des applications caustiques répétées s'opposer à la repullulation.

M. Lenoir trouve que l'ablation de l'os maxillaire tout entier donne plus de jour et établit une voie plus directe qu'une incision médiane du voile du palais, à laquelle on ajoute une perte de substance plus ou moins étendue des os qui forment la voûte palatine. Il trouve surtout que l'ouverture que l'on pratique dans ces deux cas a plus de tendance à persister quelque temps quand elle résulte de l'extirpation totale de l'os, que quand elle est la suite de la perforation de la seule apophyse palatine. M. Lenoir croit se rappeler que dans l'opération que fit M. Nélaton le rapprochement des bords de l'incision du voile du palais s'opéra spontanément dès le lendemain et qu'il fallut plusieurs fois les désunir afin d'entretenir l'ouverture qu'ils circonscrivaient.

La cicatrisation isolée de ces bords obtenue par ce moyen nécessita plus tard une opération de staphyloraphie, qui fut pratiquée au bout d'un certain temps, quand on eut acquis la certitude que le mal était détruit jusque dans sa racine.

Il semble à M. Lenoir que, si la désarticulation de la mâchoire supérieure dirigée contre les polypes de l'arrière-bouche constitue une opération grave dans ses suites et qui laisse après elle une difformité de la face, elle est cependant, dans ces cas difficiles de pratique chirurgicale, préférable à la perforation de la voûte palatine, car on ne peut nier qu'elle permette de mieux voir ce qu'on fait pendant tout le temps que dure le traitement et qu'elle n'exige pas d'être suivie comme l'autre d'une seconde opération.

M. Nélaton est de l'avis de M. Lenoir sous plusieurs rapports. Il admet comme lui que l'on ouvre une voie plus large au polype par l'ablation de l'os maxillaire; mais on doit reconnaître aussi que cette mutilation laisse plus de traces que la perforation de la voûte palatine. En effet, en enlevant la totalité du maxillaire, non-seulement on fait une opération plus grave et par elle-même et par ses suites, mais encore on sacrifie plusieurs dents, on détruit la base de l'orbite et on compromet plus ou moins les fonctions des organes en rapport avec cette portion de la mâchoire supérieure.

M. Nélaton croit enfin que M. Lenoir ne semble pas bien renseigné sur le fait qui lui est propre; et, s'il est vrai que l'adhérence du voile du palais se soit formée promptement, il faut ajouter que cette adhérence, ayant été aussitôt détruite, a permis pendant six semaines de voir ce qui se passait dans le fond de l'ouverture.

— M. Debout rappelle seulement que le polype enlevé par M. Robert nécessitait par sa nature et ses embranchements l'opération telle qu'elle a été faite.

Correspondance.

M. Vidal (de Cassis) offre une brochure qu'il a publiée récemment sous forme de lettres, et qui a pour titre : *Des Inoculations syphilitiques*. « J'ai cru, dit M. Vidal en terminant ce travail, que ma position à l'hôpital du Midi, que mes méditations sur la méthode expérimentale en médecine, me donnaient le droit de dire ce que je croyais être la vérité sur les *incertitudes*, les *difficultés* et l'*insuffisance* des inoculations syphilitiques. »

M. le président remercie M. Vidal de son envoi.

— M. Amussat adresse à la Société de Chirurgie un *Mémoire imprimé en 1842 sur l'anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus, et sur la possibilité d'extirper ces tumeurs lorsqu'elles sont encore contenues dans les parois de cet organe.*

M. Huguier est désigné par M. le président pour faire un rapport verbal sur ce mémoire, et M. le secrétaire adressera une lettre de remercîments à M. Amussat.

Élections.

On procède à l'élection de deux membres résidents : M. Amédée Forget, dont le travail sur la *grenouillette* a été le sujet d'un rapport de M. Danyau, et M. Demarquay, dont le mémoire sur *les plaies d'armes à feu de la vessie* a eu pour rapporteur M. Larrey, sont nommés l'un et l'autre, à la majorité des voix, membres de la Société de Chirurgie.

Tumeur osseuse de la face.

M. Michon présente un jeune homme d'une vingtaine d'années, d'assez bonne constitution, exempt de toute maladie constitutionnelle et notamment de syphilis, chez lequel une tumeur de la face s'est développée depuis trois ans. Cette tumeur, survenue sans cause appréciable, siége à la joue du côté droit. Elle s'est manifestée d'abord sans douleur; mais son origine près de l'orbite a rendu l'œil larmoyant et déterminé de l'exophthalmie. Les progrès du mal ont paru peu sensibles pendant six mois; mais depuis deux ans et demi ils ont été considérables. Le malade, envoyé à Lyon pour s'y faire traiter, n'a pu y rester, et il est venu à Paris. M. Michon, qui l'a reçu dans son service, l'a donc fait venir devant la Société pour que chacun de ses membres pût l'examiner et lui donner un avis sur le diagnostic et sur les moyens de traitement à employer.

M. Huguier, d'après le peu de mots que M. Michon vient de dire, et ayant bien examiné son malade, assignerait pour siége à cette tumeur, non la cavité du sinus maxillaire, mais l'épaisseur de ses parois, et surtout de sa paroi supérieure. Ce ne serait donc, selon lui, ni une hydropisie, ni un kyste ou toute autre affection du sinus, mais probablement une exostose, dont la consistance dure et dense est palpable; tandis que, si la cavité se trouvait malade, elle serait distendue et déterminerait la saillie, la mobilité de quelques dents. Toutes les parties, au contraire, sont en place; le mal semble bien localisé; une légère fluctuation se manifeste seulement à la partie interne, vers le grand angle de l'œil, où existe une tumeur lacrymale avec déformation du nez et refoulement de la cloison nasale de droite à gauche; une induration très prononcée est appréciable à l'extrémité du doigt introduit dans la fosse nasale correspondante. M. Huguier serait, d'après de tels signes, porté à admettre la possibilité d'un calcul des voies lacrymales, et il ne voit guère de raisons plausibles pour une exostose plutôt que pour un calcul. En y réfléchissant bien cependant, il incline davantage à croire qu'il s'agit ici d'une exostose.

Dans l'un ou l'autre cas, du reste, cette tumeur, selon M. Huguier, doit être enlevée, en ayant soin de l'attaquer par sa partie antérieure, et de ménager la lèvre et le nez dans cette opération.

M. Gosselin ne discute pas la question de savoir quelle peut être la nature de la maladie. Que ce soit probablement une exostose, que ce soit peut-être une dégénération de l'os maxillaire, la nécessité de l'enlever n'est pas douteuse. C'est donc de l'opération que M. Gosselin veut parler.

Ne serait-ce pas, selon lui, le cas d'appliquer une modification proposée par Auguste Bérard touchant 1° l'incision des parties molles, 2° la section des parties dures? Les difficultés qui se présentent d'après les procédés ordinaires rendent insuffisante une incision unique, soit verticale, soit oblique.

A. Bérard conseillait une incision en Y, ou deux incisions obliques l'une vers l'autre, prolongées en une seule, et constituant un lambeau externe, un lambeau interne et un lambeau à la base supérieure formant l'écartement de l'Y. Ce lambeau supérieur, étant disséqué et relevé, permet aisément de découvrir une large surface par l'écartement des deux lambeaux latéraux, et facilite l'opération en formant la branche inférieure de l'Y par une incision prolongée jusqu'à la lèvre.

Quant à la section osseuse, il semble que l'on pourrait conserver l'arcade dentaire qui est saine, en faisant usage soit de la scie à chaîne, soit de toute autre.

M. Chassaignac a remarqué, comme M. Huguier, la saillie rugueuse qui existe à la partie interne de la fosse nasale, et il pense que l'on pourrait peut-être agir efficacement sur ce point avec une pince à polype, par exemple, comme pour enlever un séquestre, parce qu'il lui semble que les deux cornets sont nécrosés. M. Chassaignac s'en réfère cependant au diagnostic d'une exostose, mais il dit que M. Lenoir a reconnu une dépression de la voûte palatine.

M. Huguier avait eu aussi l'idée d'une nécrose des cornets; mais alors il s'est dit que leurs articulations devraient les rendre mobiles, tandis que cette partie de la région malade fait corps avec la tumeur. Il pense enfin que c'est peut-être seulement une portion de cette tumeur nécrosée.

M. Lenoir, d'après les renseignements fournis par M. Michon, soupçonne une tumeur d'une toute autre nature. Il a vu sur un cadavre une tumeur analogue à celle-là : son siége était le même, et les effets mécaniques étaient semblables aussi. La dissection démontra que cette tumeur était formée par un fongus de la dure-mère, qui avait perforé la lame criblée de l'ethmoïde. « C'est là, dit M. Lenoir, un fait peut-être » unique dans la science, et il serait permis de supposer, jus- » qu'à un certain point, quelque chose de semblable chez le » malade de M. Michon; mais la voûte palatine est molle, » dépressible, et semble annoncer que la tumeur, développée » plutôt dans l'intérieur du sinus maxillaire, repose ainsi sur » la voûte palatine et se prolonge de ce côté. »

Quant à l'opération, M. Lenoir, admettant la nécessité d'enlever cette tumeur, propose d'agir comme il l'a fait dans un cas en ville, sous les yeux de Lisfranc. Il a pratiqué d'abord une incision verticale commençant à peu près à la racine du nez, et abaissée vers la lèvre; il a fait ensuite une incision transversale étendue de la commissure labiale vers la partie moyenne de la joue; puis, après avoir disséqué, relevé, soutenu le lambeau ainsi formé, il a ponctionné avec le histouri la tumeur dont la consistance et l'aspect se trouvaient comparables à un navet; et enfin, après avoir décidé que l'ablation de l'os maxillaire devait être faite, il l'a exécutée aussitôt. Ce serait là, sans doute, l'opération qu'il conviendrait de faire dans le cas présent.

M. Chassaignac rappelle le fait que M. Lenoir vient de rapporter, et il a examiné la pièce pathologique à la Société anatomique, lorsqu'il en était le secrétaire.

Il se souvient aussi d'avoir vu, à la Salpêtrière, une tumeur analogue formée par un fongus de la dure-mère. Le fait cité par M. Lenoir n'est donc pas le seul de ce genre.

M. Michon s'empressera de profiter des avis qui viennent de lui être donnés; mais il trouve que l'on n'a pas répondu à quelques points embarrassants de la question.

Pour ce qui est du diagnostic, on peut fort bien admettre l'existence d'une exostose, parce qu'en examinant la tumeur, on sent facilement la saillie formée par l'os maxillaire; son apophyse montante est très prononcée, ainsi que l'articulation de cet os avec l'os jugal, qui semble plus petit ou déprimé; le sinus est sain, car la fosse canine est intacte, tandis que l'apophyse malaire se trouve très développée; le plancher de l'orbite semble être le siége de la maladie, et le vomer, de même que la lame criblée de l'ethmoïde, paraissent déjetés de côté.

Pour ce qui est du traitement, les difficultés sont tout autres. Il faudrait, pour pratiquer une opération complète, arriver très près de la base du crâne, et on ne peut se dissimuler les dangers d'une semblable opération. Le malade, d'ailleurs, ne souffre pas, ou il ne souffre que très peu, et vit très bien, sauf cette difformité de la face. M. Michon craint donc la difficulté d'enlever et de séparer la tumeur, sans parler des indications secondaires, telles que la nécessité de refaire ultérieurement une partie du nez; mais, en tout cas, s'il se décide à pratiquer l'opération, il convoquera ses collègues à y assister.

M. Huguier distingue deux choses dans ce que M. Michon vient de dire : l'une tient au diagnostic, l'autre au traitement. Il lui suffira, pour le diagnostic, de déclarer n'avoir pas dit que ce fût une exostose simple, mais une tumeur osseuse; et les tumeurs osseuses, dans l'acception général du mot, peuvent être diversement composées.

Quant au traitement, c'est-à-dire quant à l'opération, M. Huguier n'admet pas, comme M. Michon, qu'il soit très difficile d'isoler et de séparer la tumeur, parce qu'elle s'avance vers la lame criblée de l'ethmoïde. Ce n'est pas en faisant corps avec les parties voisines, mais en les refoulant, que la tumeur semble s'être développée; c'est pourquoi elle laisserait peut-être assez de facilité à l'ablation.

M. Huguier croit donc que M. Michon s'exagère les difficultés de cette opération, et qu'il n'a pas assez de confiance dans son habileté chirurgicale.

— M. Chassaignac fait la communication suivante, qui lui paraît offrir de l'intérêt, comme prouvant la rapidité avec laquelle s'établit la récurrence anastomotique dans la carotide externe, immédiatement après la ligature de la carotide pri-

mitive du même côté. Il opérait dernièrement un homme de soixante-sept ans d'une énorme tumeur encéphaloïde ulcérée, siégeant à la région parotidienne droite. Cette tumeur envoyait un prolongement qui descendait dans la direction de la carotide. Ne connaissant pas à l'avance à quelle profondeur pénétraient les racines de la tumeur, et celle-ci paraissant richement pourvue de vaisseaux, il crut devoir passer sous la carotide primitive une ligature, qu'on peut appeler conditionnelle, car elle ne devait être serrée que s'il devenait indispensable de le faire. Cette ligature, dans le cas particulier, a rendu le double service 1° de modérer l'hémorrhagie à volonté pendant la dissection la tumeur, quand le sang jaillissait avec trop d'abondance; car il suffisait de presser avec le doigt sur l'artère au niveau du contre-appui formé par la ligature. 2° L'autre avantage résultant de cette précaution a été de se mettre en garde contre les hémorrhagies consécutives auxquelles on devait s'attendre après l'ablation de cette tumeur, qui comprenait toute la glande parotide. Celle-ci a été extraite complétement, de manière à laisser voir les muscles du bouquet de Riolan et toutes les parois de l'espèce de boîte dans laquelle elle est encaissée. Cette ablation complète de la parotide ne put avoir lieu sans la section du nerf facial, de la portion du conduit auditif compris dans la tumeur, et de la carotide externe, qui fut coupée en travers. Au moment où eut lieu cette section de la carotide, on vit sortir de son orifice inférieur un très beau jet sanguin en arcade. Il y avait seulement ceci de particulier, que le jet, au lieu d'être intermittent et saccadé, était continu à la manière de celui qui sort d'une veine. Il ne pouvait y avoir de doute sur l'exactitude de la ligature placée sur la carotide primitive; car on avait eu soin de la serrer assez fortement pour être sûr que les deux tuniques internes étaient coupées. Immédiatement après l'opération le malade était dans l'impossibilité de fermer l'œil droit, et il y avait paralysie de la commissure labiale du même côté. On a eu l'occasion de suivre chez ce malade la marche des altérations de la cornée quand l'œil reste constamment ouvert, sans pouvoir être protégé par la paupière supérieure. Il y a eu d'abord comme une desquamation de la couche la plus superficielle de la cornée; ce n'est qu'ensuite que s'est produite une ulcération perforante du corps même de cette membrane.

M. Huguier rappelle, à cette occasion, que M. Magendie a signalé autrefois des résultats semblables dus à la section du nerf facial.

Quant au rétablissement de la circulation anastomotique et à l'hémorrhagie artérielle sans saccade, il considère aussi ce phenomène comme curieux à connaître.

L'heure avancée de la séance ne permet pas d'engager une discussion sur le fait qui vient d'être communiqué.

H. L.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre excellent et distingué confrère M. le docteur Chapel (de Saint-Malo) la lettre suivante, que nous nous empressons de publier.

Monsieur le Rédacteur,

Jusqu'ici je m'étais contenté d'assister aux débats soulevés par l'importante question de la contagion du choléra, auxquels j'avais pris un intérêt d'autant plus vif que votre estimable journal défendait avec un grand talent une cause qui était la mienne. Mais l'appel que notre distingué confrère de Lyon vient de faire aux médecins me fait un devoir de vous donner quelques renseignements, que je vous prie d'accueillir favorablement si vous les trouvez de quelque importance.

Lorsque le choléra éclata à Saint-Malo, je m'adressai à l'administration des douanes, dont je suis le médecin en chef, pour placer la caserne de la douane dans les conditions les plus favorables pour que le fléau fît le moins de victimes possible. Malgré toute la surveillance que j'exerçais au milieu de plus de deux cents personnes de tout âge et de tout sexe entassées dans de petites chambres mal éclairées et mal aérées, le choléra vint nous visiter. Il choisit sa première victime parmi les femmes, et celle qui succomba après quatre jours de maladie était jeune et d'une bonne constitution. Ses amies vinrent à l'envi lui prodiguer des soins, qui ne furent pas épargnés. Les déjections restèrent une partie du jour et toute la nuit (je désirais qu'on les conservât pour me les montrer) dans une chambre basse et étroite sans qu'il se manifestât aucune indisposition au milieu de sa famille ou parmi les femmes qui l'avaient soignée avec tant de dévouement. Les matières ne furent point désinfectées, et furent jetées dans des fosses d'aisances étroites et mal aérées où toutes les femmes de la caserne se rendaient.

Le second cas de choléra fut observé chez un garçon qui n'avait eu aucune relation avec les personnes qui avaient donné leurs soins à la femme P..., et qui demeurait à un étage différent, à l'autre extrémité de la caserne. Je ne fis pas prendre plus de précautions que dans le cas précédent, et cependant les camarades de V..., qui passaient jour et nuit auprès de lui, respirant les déjections assez abondantes que je faisais conserver, ne furent pas malades. Les matières des déjections furent aussi jetées, sans précaution aucune, dans des fosses d'aisances communes étroites et assez infectes sans qu'il y ait eu à s'en repentir.

Mon troisième malade était un jeune homme de dix-huit ans, fils d'un brigadier de douane, commis et vivant toute la journée hors de la caserne. Il n'avait eu aucun rapports avec les douaniers qui avaient gardé P... — Sa nombreuse famille habitait deux petites chambres assez mal aérées et recevait des voisins qui, malgré ma défense, encombraient la chambre du malade. Des déjections nombreuses étaient conservées assez longtemps sans faire prendre de précautions, ensuite étaient jetées dans la fosse commune. Malgré ce défaut de précautions, je n'ai pas même observé un cas de cholérine chez les personnes qui avaient aidé à soigner le malade.

A quelque temps de là, un jeune enfant, frère du précédent malade, et qui avait été éloigné du lieu d'infection, est pris du choléra, et, malgré le peu de soins dont on l'entoure, j'ai le bonheur de le conserver à sa famille.

Ici se termine la courte histoire de l'épidémie qui a régné à la caserne de la Douane.

Malgré votre opinion si bien défendue, j'avoue, monsieur et très honoré confrère, que je ne pus me défendre d'un sentiment de frayeur en pensant à l'encombrement de mes malheureux douaniers et aux ravages que devait exercer sur ce théâtre une maladie contagieuse; cependant il n'en a rien été, et j'en ai été quitte pour la peur. Il n'y a eu évidemment ici ni infection, ni contagion; c'est ce que je me suis efforcé de faire ressortir par la courte analyse de quelques faits sur lesquels j'aurais pu insister davantage si je n'avais craint de donner à ma lettre beaucoup trop de longueur.

Vous dirai-je, d'autre part, monsieur et très honoré confrère, que notre ville offre tous les éléments pour résoudre la question posée par M. Gensoul. La ville de Saint-Malo, hâtie sur un rocher, a des rues étroites, mal pavées; des maisons élevées, mal éclairées, dans lesquelles on ne remarque pas toujours une extrême propreté. Dans presque toutes les maisons, les fosses d'aisances sont remplacées par des pots de service renfermés dans de petits cabinets qui sont bien loin d'être inodores, quelquefois très rapprochés de la chambre habitée. Tous les mois, et quelquefois plus souvent, on les fait vider à la mer. Les déjections cholériques étaient versées dans ces lieux d'aisances où elles répandaient une odeur des plus pénétrante. Eh bien! je n'ai pas observé une seule fois que le séjour plus ou moins prolongé dans ces lieux infectés ait été la cause d'un seul cas de choléra. Je savais que tous les habitants de la maison allaient respirer, *de très près*, les déjections cholériques avec une parfaite immunité. Ces observations ont porté sur un assez grand nombre de faits pour ne rien abandonner au hasard.

Je suis donc disposé à conclure dans un sens différent que mon honorable confrère de Lyon, puisqu'à Saint-Malo, quoique les fosses d'aisances y soient presque toutes très étroites et très mal aérées, le choléra a fait peu de ravages; tandis qu'à un demi-kilomètre, à Saint-Servan, ville de la même population que Saint-Malo, ayant des rues spacieuses et des fosses d'aisances d'une grandeur convenable et pour la plupart suffisamment aérées, situées dans les cours ou les jardins, le choléra a fait trois fois plus de victimes qu'à Saint-Malo.

Cette différence entre les deux villes me paraît un fait important dans la question et confirmatif de mon opinion, puisque, s'il en était ainsi que l'a observé M. Gensoul, la ville de Saint-Malo aurait dû être très maltraitée et celle de Saint-Servan très épargnée. On sait maintenant que le contraire a eu lieu.

Agréez, etc. Dr Chapel.

Saint-Malo, 30 décembre 1849.

Emploi de la glace dans les ophthalmies.

Paris, 3 janvier 1850.

Monsieur le rédacteur,

Malgré l'accueil vraiment libéral que fait aux discussions scientifiques la *Gazette des Hôpitaux*, je croirais abuser de votre bienveillance et de la patience de vos lecteurs, en cherchant à prolonger le débat engagé entre l'honorable M. Baudens et moi.

En terminant cette discussion, je ne demande qu'une chose, c'est de préciser en quelques mots le point où elle s'arrête.

M. Baudens, dans une lettre qui renferme, du reste, des réflexions très justes et des revendications que je crois respectables, n'a pas répondu à la question que je m'étais permis de lui poser. Je lui disais : pouvez-vous me citer une observation, une seule observation détaillée d'application de glace dans un cas d'ophthalmie, et qui ait été publiée par vous antérieurement au miennes?

Impossibilité absolue, pour mon honorable contradicteur, de citer cette unique observation. C'est là ce que je voulais établir, et ce sera là aussi ma seule réponse.

Ou plutôt lui dirai-je : est-ce l'idée d'appliquer la glace sur les yeux que vous revendiquez? Je n'y fais, en ce qui me concerne, aucune opposition; je n'y ai aucun droit, et je crois cette idée plus ancienne que nous deux. Est-ce l'honneur d'avoir fait connaître le premier des faits concluants en faveur de cette application thérapeutique? Produisez vos observations, et dites-nous où elles ont été publiées.

L'histoire de la science ne vous montre-t-elle pas, à chaque instant, que, même avec une sincérité parfaite, on se fait les illusions les plus étranges sur la valeur d'un moyen thérapeutique? Rien de plus commun que de voir des hommes d'une loyauté reconnue affirmer qu'ils obtiennent de telle ou telle médication des résultats surprenants. Tant que la chose reste à l'état d'assertion, certaines convictions sont entraînées, d'autres sont réfractaires. La science ne se fait pas.

Que si vous publiez des observations, on les examine, on les discute, on contrôle votre diagnostic, on tient compte de l'état antérieur du malade, de la durée comparative de l'affection, sous l'influence de tel ou tel moyen. Si de cet examen sort un jugement motivé, la science alors compte un progrès de plus.

Les exemples de ce que je viens d'avancer se trouvent si fréquemment sous nos pas, que le seul embarras qu'on éprouve c'est de les choisir, non de les chercher. L'érysipèle, par exemple, combien a-t-il compté de ces méthodes infaillibles qui le guérissaient tout juste dans l'espace de temps où, abandonné à lui-même, il accomplit ses périodes naturelles? La même remarque s'applique au traitement de la brûlure.

Procéder en thérapeutique par assertions, c'est se donner un innocent plaisir, mais c'est ne rien fonder. Procéder par démonstration rigoureuse et les pièces en main, c'est une marche plus longue, mais la seule qui signifie quelque chose aujourd'hui.

Agréez, etc. E. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Liste des médecins auxquels il a été accordé une médaille d'honneur, en récompense des services qu'ils ont rendus pendant l'épidémie du choléra.

(Suite et fin du n° précédent.)

SEINE. — MM. Braive, Delarue, Pegot-Ogier, Duval, Lecou, Morand, Wanner, Lozes, Naveteur, pharm., Bourrières, pharm., Collin, Gosset, Corbis, Géry, Grenat, Noiret, Maubec, Gasnault, Bourdon, Bois-Duval, Milne-Edwards, Montecla, Segaud, Forest, Guibout, Rialet, Baroillet, Crimotel, à Paris. — Desert, Waulier, Dornès, élèves, à Paris. — Boinet, Reiss, Becquerel, à Paris. — Vulpian, Gautier, Parmentier, Burq, Coffin, Triquet, Fabret fils, Trélat fils, Augé, Dufour, Dumesnil, Martin de Gimard, Moreau, Loyseau, Bisson, Denoub, Desnoix, Martinand, Boille Clement, Verdureau, élèves, à Paris. — Hahn, Martin (Alphonse), Wertbeim, Charcot (Jean-Martin), élève, à Paris. — Duplanty, à Saint-Ouen. — De Valles (Théodore), à Pantin. — Destouches, à Neuilly. — Haguette, Joreau-Beaurepaire, à Saint-Denis. — Fenet, Massart, à Clichy. — Damicourt, Rousseau, à Batignolles. — Loiseau, à Belleville. — Auhusson, Candrowitz, élève, à La Chapelle. — Acassat, Bigor, à Montmartre. — Doumeyron, Ballet, à Boulogne. — Baillon, anc. pharm., à Neuilly. — Foucault, à Nanterre. — Pourrat, à Colombes. — Bouchy, Roetlang, à Courbevoie. — Lanesscau, Morisson, à Bercy. — Fouques, à Grenelle. — Monfray, à Creteil. — Thore père, à Sceaux. — Bourdin, à Choisy. — Ramon, à Saint-Maurice. — Dabal, Delpech, pharmaciens. — Lacroix, à Fontenay-aux-Roses. — Galipeau, à Clamart. — Angot, Aladane, Dumont, à Grenelle. — Mene, Godard, Leroux, Montblanc, à Vaugirard. — Lombard fils, à Issy. — Sallé, à Vanves. — Thore fils, à Sceaux. — Belloli, Lahourdette, à Bercy. — Bonnet, Mitivier, Lacroix, à Ivry. Vollant, Sennéchal, Vincennot, à Gentilly.

SEINE-ET-MARNE. — MM. Carquet, officier de santé à la Chapelle-Véronge. — Avizard, à Coulommiers. — Goupil, à Montereau-Fault-Yonne. — Verges, à Annet. — Lautenois, à Tournan. — Raphaël, à Provins. — Franon, à Bray.

SEINE-INFERIEURE. — MM. Vingtrinier, à Rouen. — Ducbesne père, à Pavilly. — Levasseur, interne à Rouen. — Liépat, officier de santé à Fécamp. — Fauvel (Henri), officier de santé à Pavilly. — Bourdin (Pierre-Charles), Lasnel (François-Augustin), à Lillebonne. — Avenel, à Rouen. — Aubé, élève à Rouen. — Lechaptois, à Bolbec. — Dehroutelle, à Dieppe. — Rehut, Moncomble, officiers de santé à Darnetal. — Bataille, à Maronne. — Beauregard, à Graville-l'Eure.

SEINE-ET-OISE. — MM. Ortiguter, à Chevreuse. — Moss, officier de santé à Meulan. — Bourgeois, à Etampes. — Lefèvre, à Poissy. — Babie, officier de santé à Meudon. — Baduel, à Sèvres. — Tahère, à Saint-Cloud. — Morère, à Palaiseau. — Lionet, à Corbeil. — Seurat, à Essonnes. — Buisson, à Angerville. — Cretté, officier de santé à Villeneuve-Saint-Georges. — Hache, à Etampes.

DEUX-SÈVRES. — MM. Meschinet, à Niort. — Grelet, à Coulon. — Gaune, Fontan, à Niort.

SOMME. — MM. Bucquoy, à Péronne. — Faux, à Doullens. — Lefèvre, à Montdidier. — Marsille, officier de santé à Querrieux. — Rovillain, officier de santé à Camon. — Stalard, à Pas. — Douchet, Bachimont, à Amiens. — Dupré, à Moislaines. — Lescardé, à Roye. — Vincent, officier de santé à Pernois.

VAR. — MM. Calvy, à Toulon. — Bocamy (Joseph-François-Abdon), chef interne; Mourard (André), interne; Ramel (François-Joseph), aide-major; Perréal (Jean-François-Ernest), interne; Manne (Marius), interne, à Toulon. — Monge (Hyacinthe), Ventre fils (Jean-Jacques), Benet-Tropez, Aubert neveu (André-Victor), Ardoin (François), officier de santé, à Marseille.

VENDÉE. — MM. Dagron, Joffrion, Rabin, à Fontenay. — Benoist, Bouyer, aux Sables.

VOSGES. — MM. Blaise, Messager, à Chatenois.

YONNE. — MM. Souplet, étudiant. — Ravenneau fils, à Ancy-le-Franc. — Robin, à Saint-Vinnemer. — Mathieu, vétérinaire à Ancy-le-Franc. — Marquis (oncle), à Tonnerre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 10 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 5.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS.

Du traitement de l'entorse par le bain prolongé d'eau froide et le bandage inamovible gommé.

Par le docteur SERRIER, médecin adjoint au Val-de-Grâce.

Parmi toutes les maladies chirurgicales que nous avons à traiter dans les hôpitaux, dit M. Baudens, il n'en est peut-être pas de plus fréquente que l'entorse de l'articulation tibio-tarsienne, il n'en est pas une, par conséquent, dont le traitement dût être mieux apprécié, et qui, dans l'immense majorité des cas, dût se terminer d'une manière plus heureuse; il n'en est rien pourtant, et c'est ce qui m'engage à entrer aujourd'hui dans quelques considérations sur cette affection, et surtout sur la thérapeutique que je lui applique dans ma pratique.

L'entorse est, comme vous le savez, l'effet d'une distension plus ou moins violente éprouvée par l'articulation tibio-tarsienne à la suite d'une chute, d'un saut, ou d'une simple torsion du pied en dedans ou en dehors opérée pendant la marche. Cette distension produit dans l'articulation et dans les parties molles qui l'entourent des désordres variables, mais qui, dans tous les cas, aboutissent au même résultat pathologique: *une inflammation* qu'il faut combattre par les moyens les plus énergiques.

Ces désordres sont :

La déchirure du tissu cellulaire péri-articulaire;

La déchirure des petits vaisseaux et des nerfs d'un petit volume;

La distension outre mesure, la contusion, et quelquefois la rupture des muscles;

Dans certains cas, l'arrachement des surfaces osseuses épiphysaires sur lesquelles s'implantent les ligaments;

Toujours la distension violente, quelquefois même la rupture de ces ligaments;

Enfin, plus rarement, les fractures des os voisins.

Ces désordres une fois produits, isolément ou simultanément, se traduisent à l'extérieur par des phénomènes dénotant un état inflammatoire des plus francs, et ne diffèrent entre eux que par leur degré d'intensité. Nous allons vous les indiquer en peu de mots.

Dès qu'un malade vient, comme on le dit vulgairement, de se faire une entorse du pied, il éprouve dans l'articulation tibio-tarsienne une douleur des plus vives rendant la marche très difficile ou même impossible, et s'opposant dans certains cas à ce que le sujet appuie même très légèrement son pied sur le sol, ou à ce qu'on exerce le moindre mouvement dans la jointure tibio-astragalienne (1). Après cette douleur survient au bout d'un temps variable un gonflement, qui, léger quelquefois, est au contraire assez souvent très considérable, puisqu'il efface complètement les formes normales du pied, et masque tout à fait les deux saillies malléolaires (2). Ce gonflement s'accompagne bientôt d'une production abondante et incessante de *calorique morbide* (3), suivie à son tour d'une rougeur plus ou moins vive de la surface tégumentaire péri-articulaire. Je ne vous dirai rien des phénomènes généraux accompagnant d'ordinaire cet état local.

Il est facile, à l'aide d'un traitement convenablement dirigé, d'enrayer d'une manière victorieuse la marche de ces accidents, ou du moins de maintenir leur développement dans de telles limites, qu'ils n'exercent aucune réaction sympathiques sur les grands centres, de localiser, en un mot, d'enchaîner pour ainsi dire la lésion chirurgicale à l'endroit même où elle s'est produite. Nous exposerons dans quelques instants, devant vous, les règles de cette thérapeutique qui a été si heureuse entre nos mains dans un si grand nombre de cas.

Pour nous, le traitement de l'entorse se résume en deux grandes indications :

1° Prévenir ou combattre l'inflammation;

2° Assurer, quand cette inflammation est vaincue, l'immobilité des parties distendues ou déchirées pendant un temps plus ou moins long, afin qu'elles puissent reprendre leur ressort et que la marche s'effectue avec facilité.

Pour remplir la première de ces deux indications, on a préconisé l'immersion du pied dans l'eau froide *pendant quelques heures*, et encore n'emploie-t-on cette immersion que lorsqu'on est appelé immédiatement après l'accident; ce qui, pour le dire en passant, est assez rare. Cela fait, on passe aux antiphlogistiques généraux et locaux, mais surtout à ces derniers. On s'empresse de couvrir l'articulation malade d'un nombre plus ou moins considérable de sangsues et de cataplasmes émollients. Eh bien, nous sommes convaincu, par expérience, que ce mode de traitement antirationnel est une des principales causes de la dégénérescence d'un si grand nombre d'entorses qui grossissent chaque année dans les hôpitaux la statistique des amputations pratiquées sur la jambe.

En appliquant autour d'une articulation tibio-tarsienne, devenue le siége d'une entorse, une grande quantité de sangsues, vous produisez deux effets contraires à ceux que vous vous proposez d'obtenir, et par conséquent vous augmentez le mal au lieu de le pallier et de le guérir. En effet, le premier phénomène produit, avons-nous dit, c'est la douleur; l'indication la plus urgente est donc de calmer cette douleur, puisque d'elle découlent tous les phénomènes inflammatoires. Au lieu de l'apaiser, vous l'augmentez par les piqûres des sangsues. Il existe de plus, par le fait de la maladie, un afflux considérable de sang se traduisant évidemment par la production d'une grande quantité de calorique morbide, par le gonflement et par la rougeur, et vous augmentez l'intensité de ces effets pathologiques en appelant avec plus de force le sang dans la région enflammée au lieu de l'en refouler par une médication appropriée.

Cela est si vrai que nous proscrivons énergiquement dans le traitement des affections chirurgicales l'emploi des sangsues dans tout état inflammatoire aigu, et que nous en retirons au contraire les plus heureux effets dans les inflammations chroniques quand nous voulons déterminer une congestion mumentanée dans l'organe malade, afin de donner un coup de fouet, de réveiller l'inflammation qui y languit, qui y sommeille pour ainsi dire. S'il fallait tirer du sang à un malade atteint d'entorse, nous aurions recours à la saignée du bras, à l'exclusion des sangsues; mais telle est malheureusement la force de l'habitude, pour ne pas dire de la routine, que l'application de ces annélides dans l'entorse est considérée comme indispensable non-seulement par les chirurgiens, mais encore par les gens du monde, qui taxeraient très probablement d'ignorance celui qui n'aurait pas recours à ce moyen *prétendu si puissant.*

Je ne vous dirai maintenant qu'un seul mot des applications de cataplasmes émollients, complément nécessaire du traitement par la saignée locale, afin de favoriser l'écoulement du sang. Ils entretiennent une chaleur halitueuse préjudiciable; en effet, au lieu de prévenir l'afflux des liquides, ils le favorisent, et plus tard, par l'effet de la macération prolongée du pied dans le cataplasme, celui-ci est privé de tout ressort, devient le siége d'un engorgement pâteux avec prédisposition à la tumeur blanche.

Arrivons à notre traitement employé depuis une vingtaine d'années avec tant d'avantages que nous ne nous souvenons pas d'avoir fait une amputation pour une entorse dégénérée, et que tous les malades chez lesquels nous nous en sommes servi ont pu reprendre le service pénible des armes au bout d'un temps très court. Nous pourrions, si nous le voulions, appuyer ces propositions d'une statistique basée sur plusieurs centaines d'observations. *(La suite au prochain numéro).*

(1) Ainsi donc, le premier phénomène observé c'est la douleur.
(2) Deuxième phénomène, fluxus, comme considération de l'axiome *ubi dolor ibi fluxus.*
(3) Troisième phénomène, chaleur; et quatrième, rougeur.

Recherches cliniques SUR LA PÉRITONITE CHRONIQUE;

Par le docteur CH. BERNARD, médecin du dépôt des condamnés, ancien interne des hôpitaux, etc.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 5 janvier.)

OBS. VII. — On admet à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie, n° 18), le 25 juillet 1846, une femme de vingt-trois ans, née dans le Jura, qui habite Paris depuis quatre ans et y exerce le métier de domestique. Bien réglée à partir de l'âge de quinze ans, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Le 8 juillet, après avoir bu de l'eau froide, elle fut prise de fièvre et de douleurs dans le ventre, lequel commença à se développer.

Jusqu'au moment de la mort, survenue le 8 octobre, on ne constata d'autres symptômes que le développement, la tension et la dureté du ventre, du dévoiement et une fièvre lente et peu intense.

Autopsie. — Les poumons sont sains.

Toutes les anses de l'intestin sont intimement unies entre elles et aux parois abdominales à l'aide d'adhérences celluleuses déjà anciennes, et dans quelques-unes desquelles on observe déjà des traces d'injection vasculaire. On trouve, au-dessus des pubis, une vaste poche qui remonte à peu près jusqu'à l'ombilic; ce foyer envoie un prolongement dans le flanc gauche jusqu'au-dessous de la rate, est rempli de matières fécales d'une odeur infecte, et tapissé par une membrane noirâtre fort épaisse et fort résistante. A la partie inférieure et derrière la symphyse pubienne, on découvre une ouverture de communication avec une anse de l'intestin grêle. Toutes les anses qui sont en rapport immédiat avec la poche présentent de fortes adhérences entre elles; et quand on cherche à les écarter les unes des autres, la tunique péritonéale se sépare et reste adhérente à la paroi postérieure du foyer, laquelle paraît constituée par la tunique péritonéale seule. Çà et là, principalement dans le petit bassin, on trouve des kystes remplis de sérosité limpide et logés dans l'intervalle de plusieurs anses réunies. La muqueuse intestinale est saine; dans le duodénum seulement, il existe une arborisation très prononcée. — Les organes utérins sont englobés dans les altérations intestinales, et il n'a pas été possible de retrouver les ovaires.

Pour terminer ce qui a rapport aux conditions étiologiques, nous signalerons un dernier ordre de causes, dont il existe deux exemples dans Broussais : ce sont les contusions ou commotions générales qui, par l'ébranlement qu'elles impriment aux organes abdominaux et peut-être par la rupture de quelques vaisseaux sous-séreux, produisent l'inflammation du péritoine. Les contusions immédiates du ventre n'agissent pas absolument de la même façon, et donnent plutôt lieu à une phlegmasie aiguë qu'à une phlegmasie chronique. Nous voyons, dans l'Obs. 53 des *Phlegmasies chroniques*, un jeune soldat tomber sous les pieds d'un cheval, éprouver une forte contusion générale et être pris plus tard d'une péritonite chronique; le même accident arrive chez le sujet de la 54e observation à la suite d'une chute violente sur un fusil.

Symptômes et marche. — Les deux espèces ou formes de la péritonite que nous avons admises présentent-elles des symptômes et une marche différents? On n'est pas encore en état de résoudre cette question d'une manière positive. La plupart des phénomènes sont les mêmes dans l'une et l'autre variété, il est seulement certains accidents qui peuvent faire soupçonner la nature de la phlegmasie. Nous allons d'abord exposer les conditions communes aux deux formes.

Le début est toujours fort obscur, peu précis et assez vague; le plus ordinairement, il est impossible d'en fixer l'époque d'une façon exacte. Parfois, pendant plusieurs mois et même plusieurs années, les malades ressentent quelques douleurs passagères dans le ventre; les digestions se font moins bien, puis assez mal; il survient de l'affaiblissement et de l'amaigrissement. Puis enfin se manifestent les premiers symptômes qui d'ordinaire frappent peu l'attention des malades, surtout de ceux qu'on observe dans les hôpitaux, durs au mal et peu habitués à prendre garde à ce qu'ils éprouvent. Ce début, commun aux deux formes de la maladie, annonce plutôt la forme tuberculeuse, qui affecte un développement plus obscur et une marche plus lente.

Nous plaçons ici une observation où il a été impossible de préciser le diagnostic dans les premiers temps, et de remonter à la cause du mal.

OBS. VIII — *Au début, symptômes douteux d'une fièvre typhoïde. — Deux érysipèles successifs. — Péritonite chronique diagnostiquée pendant la vie et reconnue après la mort.*

Le nommé T..., âgé de vingt ans, chaudronnier, entre à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Jean, n° 11), le 28 juillet 1847.

A Paris depuis cinq ans seulement, il a été pris de dévoiement il y a trois semaines. La diarrhée continuait au moment de l'admission du malade, qui avait un peu de surdité, mais qui n'avait eu jusque-là ni céphalalgie, ni épistaxis; le ventre était météorisé et indolent. Râles sibilants dans la poitrine. — Eméto-cathartique.

Jusqu'au 7 mars, le malade reste à peu près dans le même état; il a une fièvre légère et continue; le ventre est toujours météorisé, mais indolent; appétit parfois impérieux. On observe un amaigrissement assez rapide. La diarrhée et les râles sibilants persistent.

Le 7 mars, une rougeur érysipélateuse commence à paraître sur le nez, et les symptômes généraux s'aggravent. L'érysipèle, les jours suivants, gagne lentement la face, le cuir chevelu et la nuque.

Le 22 mars, l'érysipèle a complétement disparu, et l'état général est assez satisfaisant, quoiqu'il y ait toujours de la diarrhée, du météorisme, des crachats et des râles sibilants, et que la peau soit toujours sèche et chaude.

Le 11 avril, la fièvre persistant, les forces ne se relevant pas, le malade fut examiné avec une nouvelle attention. On put alors diagnostiquer une péritonite chronique qui jusque-là avait été prise pour une fièvre typhoïde. Le ventre est développé, présente la tension et la dureté propres à la première affection. A gauche, on sent une rénitence qui occupe presque la moitié gauche de l'abdomen, et paraît au premier abord formée par une tumeur solide; mais de nouvelles investigations donnent à penser qu'elle est produite par quelques anses intestinales adhérant les unes aux autres et recouvertes par le grand épiploon; dans ce point, la percussion fait entendre un son clair. Quoique, à l'aide de la pression latérale sur deux points opposés du ventre, on ne sente pas de fluctuation, pourtant, en imprimant au bassin des mouvements rapides, on perçoit un bruit de liquide bien manifeste. Du côté de la poitrine, on entend des râles sibilants et sous-crépitants sous les deux clavicules et à la base des deux poumons. La peau est chaude, sèche, aride; l'amaigrissement général est très marqué. Il y a de temps en temps des vomissements verdâtres.

Le 16 avril, l'érysipèle reparaît sur le nez, et se dissipe deux jours après.

Le 21 avril, les vomissements ont cessé. L'amaigrissement, très considérable, contraste avec le développement du ventre, qui est toujours indolent, et dans lequel on produit du gargouillement en pressant sur les deux flancs.

L'amaigrissement et la faiblesse continuant à faire des progrès, le malade s'éteint dans le marasme le 4 mai.

Autopsie. — Le péritoine est parsemé d'une quantité presque innombrable de petits tubercules. Le grand épiploon est adhérent à la paroi abdominale antérieure à l'aide de fausses membranes épaisses, remplies de tubercules et réunies en une masse unique. Les anses intestinales sont d'ailleurs parfaitement libres; et, à l'exception de deux ou trois follicules de Brunner qui sont ulcérés, la muqueuse intestinale est saine.

Les poumons contiennent quelques tubercules au sommet.

Il est assez difficile de décider quelle fut la véritable nature des premiers accidents. Si on pensa d'abord à une fièvre typhoïde, on fut bientôt obligé de renoncer à un pareil diagnostic devant la marche ultérieure de la maladie et devant les altérations anatomiques constatées à l'autopsie. Du reste, les seuls symptômes observés au début, la diarrhée et le mouvement fébrile qui appartiennent également aux deux affections, l'absence de toute altération des follicules de Peyer qui auraient dû présenter au moins des traces de cicatrices, rendent peu probable l'hypothèse d'une fièvre typhoïde terminée par une péritonite chronique. Nous sommes donc plutôt porté à voir, dans le cas précédent, un exemple de péritonite tuberculeuse ayant offert une marche assez rapide et assez uniforme.

Lorsque la péritonite est confirmée, on observe les phénomènes suivants: L'abdomen est volumineux, et son développement contraste avec l'amaigrissement général du corps; le ventre prend une forme particulière qui est à peu près caractéristique; il présente une saillie au-dessous de l'ombilic et à l'hypogastre; les flancs sont un peu déprimés. On sent, en cherchant à déprimer les parois abdominales, une certaine résistance qui est un signe pathognomonique de la maladie, signe déjà assez bien indiqué par Broussais en ces termes: ventre un peu saillant et rénitent au milieu, comme s'il y avait quelque chose de plein et de solide derrière les muscles abdominaux (Obs. 48e).

Cette sensation, qu'on éprouve en appuyant sur le milieu du ventre, diffère de celle qui est due à la présence d'un liquide ou d'une tumeur solide, et cède seulement à une pression assez forte. La résistance dont nous cherchons en vain à donner une idée exacte, et que le toucher seul permet de reconnaître, est d'abord peu marquée et se dessine de plus en plus à mesure que la maladie fait des progrès; le ventre alors devient plus saillant et plus développé. Quand la maladie est encore plus avancée, et qu'il existe certaines lésions que nous aurons à examiner en parlant de l'anatomie pathologique, on remarque des inégalités à la surface du ventre, inégalités qui semblent parfois dues à une accumulation de gaz intestinaux, et dont la position varie par suite du changement de place de ces mêmes gaz. La palpation de l'abdomen ne permet pas le plus souvent de se rendre compte des lésions qui existent; la percussion, sans éclairer complétement le diagnostic, jette pourtant sur lui quelque lumière: ici on obtient un son clair et sonore, ce qui peut faire croire à la présence d'une poche remplie de gaz; là un son mat peut faire admettre une accumulation de matières solides ou liquides.

Les autres symptômes ont moins de valeur; ils sont communs à beaucoup d'affections abdominales. Parmi eux, nous citerons cependant les vomissements qui se montrent vers le début, et la diarrhée qui se déclare ordinairement de très bonne heure et augmente avec la maladie qu'elle accompagne jusqu'à la fin.

Aucun symptôme local ne peut servir à faire reconnaître la nature de l'affection; les phénomènes qui se produisent du côté du ventre et qui se traduisent par des altérations de forme ou des dérangements de fonctions ne présentent pas une différence marquée dans les deux variétés de la maladie. Les symptômes généraux et l'état des voies respiratoires constituent les meilleurs signes diagnostiques. Ainsi, on soupçonnera l'existence d'une péritonite tuberculeuse si, en même temps que les symptômes d'une péritonite chronique, on observe les phénomènes qui se rattachent à la présence de tubercules dans les poumons: sueurs nocturnes, craquements, expiration prolongée, râles humides au-dessous des clavicules, etc.

La durée de la maladie servira aussi à en montrer les caractères; la forme tuberculeuse affecte habituellement une marche bien plus lente et offre une durée beaucoup plus grande. Mais on doit bien se persuader que la marche et la durée de cette affection n'ont rien de constant. Tout ce qui précède a dû l'établir d'une manière assez claire; on ne possède pas encore un assez grand nombre de faits pour pouvoir rien avancer à cet égard; d'ailleurs il sera toujours difficile de fixer, même pour chaque cas particulier, la durée absolue du mal, par suite de l'incertitude où l'on est sur le moment du début.

Anatomie pathologique. — Les altérations que la péritonite chronique laisse à sa suite ont été déjà l'objet d'investigations laborieuses; il est cependant un point qui ne nous paraît pas avoir suffisamment attiré l'attention, c'est la formation aux dépens de l'intestin de cavités ou de poches stercorales. Aussi nous proposons-nous d'insister exclusivement sur cette lésion à peine indiquée par les auteurs, et de rappeler seulement les altérations déjà bien connues.

L'inflammation du péritoine, comme celle de toutes les autres séreuses, a pour premier effet d'augmenter la sécrétion normale. Quand la phlegmasie a peu d'intensité, le liquide reste séreux et ne renferme ni pus, ni fausses membranes. Il survient alors une ascite, altération qu'on observe assez souvent lorsque la péritonite affecte dès le début une marche lente et chronique. Souvent, en même temps que l'ascite et sans qu'il existât d'autre lésion, nous avons remarqué une matière blanche ou plutôt grise et pulpeuse qui unit faiblement les anses intestinales entre elles, et dont M. Gendrin attribue la sécrétion à une péritonite affectant dès le début et pendant toute la durée une marche chronique. Cette substance constitue-t-elle le second degré des lésions propres à la péritonite subaiguë, ou bien est-elle seulement un produit de l'inflammation, quelles que soient du reste sa marche et son intensité? Nous ne pouvons répondre à aucune de ces deux questions. Mais nous serions pourtant tenté d'admettre l'hypothèse de M. Gendrin et, en même temps, de considérer comme le troisième degré de ce même genre d'inflammation les lésions des parois intestinales que nous indiquerons en étudiant les poches stercorales. Ces lésions consistent en un ramollissement et une injection noirâtre des fibres de la tunique musculeuse des intestins, et précèdent immédiatement la formation des poches stercorales.

Si l'inflammation a présenté tout d'abord une marche aiguë, il en résulte la formation de fausses membranes dont le nombre, la densité, l'épaisseur et l'organisation augmentent avec le temps. Partout où la phlegmasie a existé pendant un temps un peu considérable, le péritoine est intimement uni aux tissus sous-jacents, au tissu cellulaire en particulier, qui a subi un épaississement et une condensation très marqués, et cette adhérence entre la séreuse et le tissu cellulaire est telle qu'il est souvent impossible de les séparer ou de les distinguer, et de s'assurer si, comme le prétend M. Gendrin, le péritoine lui-même a subi un épaississement incontestable.

Outre les lésions que nous venons d'indiquer, tous les auteurs ont signalé de petites granulations blanches, entièrement distinctes des tubercules; nous ne nous permettrons pas de mettre en doute le témoignage des illustres anatomo-pathologistes qui les ont décrites; nous dirons seulement que nous n'avons pas été assez heureux pour en rencontrer. Nous n'avons jamais observé que des tubercules ou du moins des granulations qui en offraient tous les caractères à l'œil nu.

Il nous reste à décrire les poches stercorales dont nous avons observé trois beaux exemples: ces poches sont formées par la rupture d'anses intestinales qui s'ouvrent les unes dans les autres et d'une capacité très variable. Pour ne pas répéter deux fois la même chose, nous nous bornons à reproduire intégralement les deux observations où ce genre d'altération s'est montré avec ses caractères les plus tranchés. On verra que ces poches constituent le dernier terme des lésions propres à la péritonite chronique; elles ne se développent qu'à la longue, et jusqu'à présent nous ne les avons rencontrées que dans la forme tuberculeuse.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 janvier 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui consulte l'Académie de Médecine sur l'emploi de la gélatine dans l'alimentation. (Renvoyé à une commission composée de MM. Chevalier, Gibert, Bérard.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes:

Devoirs des médecins.

1° Lettre du docteur Chardon, ancien praticien, à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie, avec l'envoi d'un mémoire sur les devoirs du médecin. (Renvoyé à M. Gueneau de Mussy.)

Emploi thérapeutique d'une cire blanche.

2° Lettre de M. de Paravey, ancien inspecteur de l'Ecole Polytechnique, sur la propriété médicale d'une cire blanche usitée en Chine pour raviver les plaies, donner de la force à la voix et aux poumons des orateurs, et servir, sous forme de bougies médicales, à la thérapeutique de certaines maladies. (Renvoyé à M. Mérat.)

Rôle de la rate dans les fièvres intermittentes. Nomenclature médicale.

M. Piorry. Il y a quelques mois, M. Bousquet fit un rapport sur un mémoire de M. Lachaise, dans lequel mes doctrines sur les fièvres d'accès étaient attaquées. J'eusse désiré alors être présent à la séance, à l'effet de répondre aux allégations de M. Lachaise et aux raisonnements de M. Bousquet. Mon cours à la Faculté ayant lieu à l'heure à laquelle se tient l'Académie, il me fut impossible de le faire. Craignant d'être privé, une autre fois encore, d'entendre notre collègue, je l'avais prié de vouloir bien lire son compte-rendu du travail de M. Durand, de Saint-Aubin, seulement lorsque j'aurais l'honneur d'assister à cette séance, et j'avais même demandé au bureau de me prévenir du moment où la lecture serait faite. Jeudi dernier, notre collègue dit qu'il ne parlerait pas, ce jour-là, du mémoire de M. Durand; et c'est avec quelque surprise que j'ai vu le rapport de M. Bousquet exposé avec détails dans un recueil périodique très généralement répandu. Il m'est impossible de ne pas répondre à M. Bousquet. Je le ferai le plus brièvement possible.

Notre honorable collègue saisit l'occasion du mémoire de M. Durand pour attaquer la nomenclature. Je ne le suivrai pas sur ce terrain. La nomenclature pathologique est destinée, comme les nomenclatures chimique et botanique, à servir de base à la science. Elle a des contradicteurs, elle en aura; elle a ses partisans, elle en aura de plus en plus. L'oreille s'y habituera; elle passera dans la langue médicale. Ce n'est pas M. Bousquet qui pourra l'en empêcher.

Il criera au néologisme, d'autres le feront comme lui; mais les praticiens finiront par l'adopter, parce qu'elle est commode, claire et pratique. La jeunesse s'en servira, et telle réputation médicale sera *submergée* dans l'oubli, que les mots nets, précis, significatifs, exprimant, non pas des hypothèses, mais des faits qui n'avaient pas reçu de nom, resteront, en dépit de ceux qui parlent contre la nomenclature sans même la connaître.

Libre à M. Bousquet, en général si peu disposé à admettre les hypothèses sur l'inflammation, de continuer à appeler splénite toute lésion de la rate. Les médecins de bon sens trouveront plus convenable de se servir des mots *splénomacrosie*, pour désigner que cet organe est volumineux; *splénémie*, pour dénommer sa congestion sanguine; *splenhypertrophie*, pour dire que sa nutrition est augmentée; *splénopathie*, pour faire connaître qu'elle est malade; ou *splénalgie* pour exprimer la douleur dont elle est le siége.

M. Durand a donc très bien fait de se servir du mot splénomacrosie, comme le font la plupart des élèves de l'Ecole de Paris. Il a compris l'esprit du temps; il a vu que la nomenclature avait pour but, non pas de créer des mots nouveaux et sans portée, mais qu'elle était indispensable pour l'exposition nette et précise des doctrines organiques qui sont dans les esprits de tous les véritables amis du progrès.

Dans la prochaine séance de l'Académie, j'aurai l'honneur de déposer sur le bureau le VIIIe et dernier volume du *Traité de Médecine*, dans lequel ces doctrines sont exposées, et je m'estimerai heureux si l'on veut bien discuter sérieusement sur la nomenclature et sur les principes que consacre ce long ouvrage.

M. Durand s'est livré à un travail du plus haut intérêt. Il a percuté, dans un pays où règnent les fièvres d'accès, quelques centaines d'individus, et M. Bousquet a oublié de le dire. Or, M. Durand rencontre sur les hommes sains une dimension telle à la rate, que, dans la direction d'une ligne verticale qui partait du sommet de l'aisselle et s'étendait au rebord iliaque, cet organe présentait une dimension de 7 1/2 à 7 centimètres. C'est ce que nous avons trouvé sur quelques milliers de personnes qui ne portaient pas d'affection splénique; c'est ce que nous avons encore trouvé hier sur vingt-trois individus dont la rate était saine. Au delà de cette mesure, M. Durand a observé, comme nous, des accidents fébriles. Que M. Bousquet se fâche contre M. Durand, qu'il dit être l'élève, et contre M. Piorry, qu'il devine être le maître. Il va chercher des mesures données par Assolant, par M. Cruveilhier, et qui, ayant été prises sur les cadavres de gens dont la maladie avait été inconnue, et qui avaient eu peut-être des fièvres intermittentes ou des fièvres graves rémittentes. Il prend ces mesures supérieures à celles que M. Durand et moi avons trouvées pour les opposer à nos résultats. Il est évident que les recherches dont il s'agit ne peuvent en rien éclairer la question, et que les seules mesures auxquelles on puisse ici s'en rapporter sont celles qui ont été faites pendant la vie. M. Bousquet ne manquerait pas de dire, contre la valeur des résultats nécroscopiques considérés en général, qu'ils ne donnent pas une idée de ce qui a lieu pendant la vie; mais pour contredire les résultats plessimétriques, il s'en rapporte plutôt aux faits cadavériques qu'aux résultats de l'investigation pendant la vie. Bien plus, notre honorable collègue ne dit pas dans quel sens la rate, dont la forme est oblongue, a donné sur les cadavres les mesures dont il parle, ce qui suffirait pour ôter toute valeur à cette partie de son argumentation.

M. Bousquet revient sur le fait de M. Lachaise qui dit que dans les fièvres intermittentes la rate n'est pas toujours volumineuse. Or, cinq malades venant de la Sologne et entrés dans notre service avaient été traités par M. Lachaise. Leur rate était énorme, et ne dépassait pas cependant le rebord costal; la fièvre avait récidivé; on n'avait donné, en Sologne, le sulfate de quinine qu'à des doses faibles. Ces malades déclaraient n'avoir pas été percutés; peut-être en imposaient-ils; mais ils assuraient que les autres fébricitants, en Sologne, n'avaient pas été examinés mieux qu'eux-mêmes. D'ailleurs, on ne peut juger, par la percussion, des dimensions de la rate qu'en employant le plessimètre, et M. Lachaise se servait du doigt comme instrument de médiation. Tout cela ne constitue en rien des faits scientifiques et propres à éclairer la question. Il ne s'agit pas ici de maître et d'élève, mais de savoir que, pour bien percuter, il faut l'avoir appris, et que beaucoup de gens embrouillent les questions les mieux résolues parce qu'ils portent dans la science des faits mal vus et mal observés, ou des raisonnements à perte de vue qui n'ont d'autres bases que des erreurs.

En vérité, il est bien facile de juger la question du volume de la rate chez l'homme sain. Que nos collègues, en commission ou autrement, veuillent se réunir dans le premier hôpital venu, dans le mien si cela leur convient. Maintenant il s'y trouve une douzaine de cas de splénomacrosie avec fièvre d'accès. Nous percuterons ensemble les gens sains et les malades. Des médecins versés dans la pratique du plessimétrisme le feront avec nous, et immédiatement après ils seront convaincus que les suppositions de M. Bousquet, que ses hypothèses sur l'état érectile de la rate, renouvelées des temps où l'on étudiait par les tissus, comme on le fait de nos jours, que la tradition qu'il veut placer avant l'observation ne peuvent ébranler des faits qu'à chaque instant on peut vérifier. La rate ne se tuméfie ni après la course, ni pendant la digestion, ni dans la panhypérémie. Tout cela est expérimentalement prouvé. C'est encore une question de savoir si pendant de certaines agonies elle prend du développement. Voilà ce qu'il aurait fallu avoir connu avant d'aborder la question devenue si simple des fièvres intermittentes, en rapport avec la rate qui ne diminue pas sous l'influence des pertes de sang. Ni M. Durand, ni moi, n'avons dit que la rate ne fût pas susceptible de variations chez les individus de différentes statures, ou chez les individus des deux sexes; mais j'affirme que dans l'état sain ces variations sont tout au plus de un centimètre à un centimètre et demi dans le sens vertical. Que l'on ne pense pas que ces variations soient insignifiantes; car une augmentation d'un sixième dans la circonférence est en rapport avec un accroissement considérable dans le volume total et dans le poids de la rate. M. Durand rapporte le fait d'une splénite de cause traumatique qui donnait lieu à des fièvres d'accès. On connaît un grand nombre d'autres faits analogues. Outre les observations que nous avions publiées, M. Behier nous a adressé un cas du même genre qu'il avait observé sur un malade au Bureau central. M. Larrey fils en a vu un très remarquable exemple. Plusieurs de nos élèves en ont recueilli des observations curieuses. L'une d'elles a donné lieu, lorsque ce médecin a soutenu sa thèse, à une discussion sérieuse. Notre honorable ami M. le docteur Bailly a observé hier avec moi un homme qui, ayant fait une chute sur le côté gauche, éprouva une splénite, une splénomacrosie et quatre accès réguliers de fièvres quotidiennes. Il y avait plus de vingt ans qu'il n'avait eu d'accidents fébriles.

Voici encore un fait curieux qui vient de se présenter dans mon service, et qui peut, avec tant d'autres observations semblables, éclairer la question de priorité dans l'apparition de la fièvre ou de la splénopathie. Un enfant d'un an est amené d'Afrique par sa mère; il est très pâle, très souffrant. Dans la colonie il n'a pas éprouvé d'accès fébrile; il arrive à Paris, est saisi d'une fièvre intermittente très marquée; la rate percutée était d'un volume énorme; on donne une solution acide de

sulfate de quinine en lavement et à haute dose. La rate revient à son volume normal, et l'enfant guérit.

Excusez-moi, messieurs, si je m'étends sur cette question, c'est pour moi un devoir de conscience de le faire. L'étude des rapports des splénopathies avec les fièvres d'accès intéresse éminemment la pratique et par conséquent l'humanité. Quatre personnes des colonies algériennes abandonnent leurs propriétés données par l'État et auxquelles elles tenaient beaucoup, et reviennent en France parce qu'elles sont malades, et que l'on n'a ni constaté, ni guéri d'énormes splénomacrosies. Ces personnes entrent dans notre service; en huit jours les tumeurs spléniques, sous l'influence de l'alcoolé de quinine à haute dose se dissipent, et la fièvre guérit. Si l'on eût agi de la même façon en Afrique, ces braves gens y fussent restés et n'auraient pas perdu leurs biens actuels et leurs moyens d'existence.

Plusieurs fois nous avons découvert des fièvres pernicieuses fort obscures, parce que la rate était volumineuse. En faisant dissiper la splénopathie, on guérit la fièvre.

En se bornant à combattre quelques accès, on se borne à pallier et on laisse l'organe s'altérer de plus en plus. En s'adressant à la cachexie splénique seule, on ne s'oppose pas à la cause persistante de l'état général, laquelle est la splénopathie.

En vérité, messieurs, ne discutons pas inutilement des choses de la dernière évidence. Les raisonnements déduits des faits, ceux même qui sont fondés sur des analogies nombreuses ont leur côté utile, et personne plus que nous n'a cherché dans tous les temps à allier, comme l'ont voulu les grands maîtres, une expérience prudente à une théorie éclairée. Mais les raisonnements sans pratique sont bien dangereux. Ils conduisent à embrouiller les questions dont les solutions sont les plus simples, à mettre le sophisme à la place de la philosophie, à fausser les conséquences des principes que l'on pose mal. On pourrait prouver qu'à midi, et lorsque le soleil éclaire, il fait nuit, et le prouver d'une manière absolue...... à ceux qui le nieraient, la réponse serait facile et victorieuse. Il suffirait, pour en donner la démonstration, d'ajouter : Dans l'hémisphère opposé au nôtre !

C'est ainsi que, par des moyens oratoires, et même qu'en posant mal un principe, un point de départ, on arrive à l'absurde. Eh bien, en médecine, à force de se livrer à l'abus des raisonnements sans bases solides, il arrive souvent qu'on tombe dans cet absurde, et que malheureusement l'absurde a quelquefois une enveloppe qui le fait prendre pour la vérité.

Je ne suivrai pas M. Bousquet dans toutes les parties de son rapport qui attaquent mes élèves ou moi-même. M. Durand est un médecin de quinze ans de pratique; il est mon ami, mais pas mon élève : je serais le sien sur certains points de la science; je serais celui de M. Bousquet sur les faits pratiques qu'il a recueillis sur la vaccine. Il ferait peut-être bien d'être élève de lui-même ou de quelque autre pour bien étudier le plessimétrisme, car dans notre vaste science il arrive que nous sommes en définitive les élèves les uns des autres. Que M. Bousquet sache bien qu'on ne me blesse pas et que je ne crois pas être attaqué *quand on combat mes opinions*. Pour les résultats matériels de sensation maintes fois renouvelés, tels que ceux qui ont été depuis vingt-cinq ans constamment obtenus par nous (et par exemple la mesure plessimétrique des organes), je ne souffre pas de discussion, parce que les vérités évidentes cessent d'en avoir besoin; mais, pour ce qui tient à l'interprétation des faits, je sais gré, au contraire, à ceux qui agitent avec moi les questions que cette interprétation peut élucider. Du reste, je vois avec plaisir que M. Bousquet marche dans le sens de nos idées et de nos doctrines; dans ses discours sur les fièvres intermittentes, il ne mettait pas en doute que les maladies de la rate ne fussent consécutives aux accès fébriles, et aujourd'hui il reste indécis entre les deux doctrines. Encore un pas, M. Bousquet, et nous aurons la satisfaction non pas de vous compter au nombre de nos élèves, mais de vous trouver au nombre des médecins qui voudront bien entrer dans nos idées quand elles reposent sur des faits.

Je crois avoir répondu aux argumentations de M. Bousquet, avoir prouvé que le mémoire de M. Durand (de Saint-Aubin) est un travail fort utile, et je pense n'avoir pas donné à ma réponse une forme qui puisse le moins du monde altérer les rapports de bonne confraternité qui doivent exister entre tous les membres de l'Académie.

M. Rochoux. Messieurs, comme vous l'a dit M. Piorry, sa nomenclature passera. Je n'en veux pour preuve que le mot *splénomacrosie*, qui vaut bien l'expression vulgaire gonflement de la rate, et a l'avantage de satisfaire par son euphonisme au précepte d'Horace :

Græco fonte cadant parcè detorta.

Cela dit en passant, j'arrive au fond de la question.

Bien que nos connaissances anatomiques et physiologiques sur la rate ne soient pas très avancées, il n'est pas possible de les passer sous silence dans la discussion actuelle. En anatomie, nous savons à n'en point douter que le tissu de la rate appartient à ce que l'on désigne sous le nom d'érectiles, et qui ont pour caractère essentiel de se gonfler et de diminuer rapidement de volume par un jeu hydraulique du sang réellement normal. Des expériences bien faites le démontrent sans réplique. En effet, on voit sur les animaux dans les veines desquels on injecte de l'eau la rate se gonfler promptement, comme l'a constaté M. Bouillaud; diminuer avec la même rapidité quand on la saupoudre avec une substance irritante, comme le sel de cuisine. D'un autre côté, il y a des exemples avérés d'ablation complète de la rate chez l'homme qui n'ont donné lieu à aucun accident. D'où l'on doit conclure que son rôle fonctionnel nous est à peu près inconnu. Il n'y a rien là, il faut bien l'avouer, de bien propre à nous porter à accorder à la rate l'influence que M. Piorry lui attribue dans la production des fièvres intermittentes. La nullité de ce rôle ressort de faits que voici, savoir :

1° Que la fièvre intermittente s'observe sans gonflement de la rate;

2° Que ce gonflement peut être porté très loin sans qu'il y ait de fièvre intermittente.

Il me suffira pour établir le premier point de rappeler que notre savant collègue lui-même en est arrivé à reconnaître que les accidents des fièvres intermittentes ne sont pas en rapport avec l'augmentation du volume de la rate, et cependant ce rapport devrait exister si l'accès fébrile était sous la dépendance de la lésion splénique. Quant au second point, je me bornerai à dire que, dans des cas où la rate gonflée s'étend jusque dans la fosse iliaque, le quinquina supprime aussi facilement la fièvre que dans les autres cas. Ainsi, évidemment, il n'existe aucun lien de causalité entre le gonflement de la rate et l'accès fébrile. C'est, au contraire, ce gonflement qui est sous l'influence des accès, puisque constamment il est d'autant plus considérable qu'ils ont été plus nombreux; ce que savait très bien Hippocrate, dont, bon gré, malgré, il nous faudra bien, pour ce cas comme pour beaucoup d'autres, reconnaître l'autorité quasi infaillible.

Digitaline.

M. Bouillaud lit un rapport sur le mémoire de MM. Homolle et Quevenne sur la digitaline.

Ce mémoire n'est que l'extrait d'un grand travail de ces auteurs sur la digitale. Ce mémoire, presque entièrement chimique, contient l'histoire de divers principes retirés jusqu'à ce jour de la digitaline. Un second mémoire contient les faits et observations du ressort de la physiologie et de la thérapeutique.

En attendant la publication et la discussion de ce travail ultérieur, M. le rapporteur conclut ainsi : Nous ne croyons pas nous tromper en disant que ce mémoire est, sous tous les rapports, digne de l'intérêt de l'Académie; et après en avoir pris connaissance, on éprouve le désir de voir bientôt ses auteurs en présenter le complément, c'est-à-dire la partie de leur travail relative aux faits et observations du ressort de la physiologie et de la thérapeutique. Ces recherches méritent de trouver place parmi celles qui font époque dans une science.

La lecture de ce mémoire donne lieu à une courte discussion à laquelle prennent part MM. Guibourt, Martin-Solon, Gibert, Nacquart et Robinet, et dans laquelle la plupart de ces honorables académiciens expriment leurs craintes de voir un médicament tel que la digitale, dont l'action est déjà si active et si puissante, et dont l'efficacité est si grande dans son état ordinaire, devenir une source de dangers par la substitution de son élément extractif; et, en outre, ne plus renfermer, réduit à ce seul principe immédiat, peut-être les mêmes propriétés que le médicament dont il est extrait. Au reste, l'Académie se réserve une discussion plus approfondie ultérieurement.

Ce mémoire est renvoyé au comité de publication.

Recherches chimiques sur les œufs de carpe.

M. Gobley lit un mémoire dont nous donnons les conclusions suivantes :

Les œufs de carpe présentent la plus grande analogie avec le jaune d'œuf de poule;

Ils paraissent ne pas contenir une albumine alcaline semblable à celle qui enveloppe le jaune d'œuf ordinaire;

Ils renferment plus de la moitié de leur poids d'eau;

La matière albumineuse ou paravitelline possède la propriété et la composition de la vitelline;

La substance grasse est formée, comme celle du jaune d'œuf, de deux parties distinctes : d'une huile fixe et d'une matière visqueuse, d'oléine et de margarine; elle ne contient ni soufre, ni phosphore;

L'huile fixe, qui s'y trouve en petite quantité, est formée comme celle du jaune d'œuf;

La matière visqueuse, qui forme à elle seule la presque totalité de la substance grasse des œufs de carpe, constitue un corps complexe renfermant du phosphore, dont l'auteur a retiré de la cholestérine et deux substances particulières qu'il a signalées dans le jaune d'œuf de poule et qu'il a désignées, la première sous le nom de *lécithine* et la seconde sous celui de *cérébrine;*

La lécithine est la substance phosphorée du jaune d'œuf de poule et des œufs de carpe; elle constitue un corps neutre qui donne toujours avec la plus grande facilité comme produits de décomposition en présence des acides et des alcalis minéraux, sous l'influence de l'eau comme sous celle de l'alcool et sans l'intervention de l'oxygène de l'air, les acides oléique, margaris et phosphoglycérique;

La cérébrine est un corps neutre renfermant de l'azote et du phosphore, qui fond à une température élevée et se gonfle dans l'eau à la manière de l'amidon;

En faisant bouillir les œufs de carpe dans l'eau, on obtient un liquide acide qui le devient davantage par l'addition de l'alcool. Cette propriété est due à l'acide lactique ou à un acide qui s'en rapproche beaucoup par ses propriétés;

Les œufs de carpe renferment les sels que l'auteur a rencontrés dans le jaune d'œuf, et que l'on trouve dans l'économie : chlorures de sodium, potassium, etc., etc.;

La matière colorante des œufs de carpe pourrait être formée, comme celle du jaune d'œuf, de deux principes colorants, l'un rouge qui contient du fer, et qui serait l'analogue de la matière colorante du sang, et l'autre jaune qui pourrait être l'analogue de la matière colorante jaune du sang et de la bile.

— La séance est levée à cinq heures.

Quelques considérations

SUR LA NOUVELLE CLASSIFICATION DU STRABISME,

proposée par M. le Dr E. Corvisart (1).

Nous recevons d'un de nos plus distingués correspondants, M. le docteur Philippe, chirurgien-major en chef de l'hôpital militaire Saint André, à Rome, la lettre suivante, que nous publions avec notre impartialité accoutumée.

Les classifications du strabisme répondent-elles aux exigences de la théorie et aux besoins de la pratique dans l'état actuel de la science? Est il nécessaire de venir compliquer encore cette partie de la médecine opératoire, qui déjà compte de si nombreux procédés, d'une nouvelle nomenclature dont le résultat, au lieu d'éclairer la question, ne fait que lui créer encore des difficultés, comme nous allons chercher à le prouver en analysant le travail de M. le docteur L. Corvisart?

Ce médecin définit ainsi son innovation : « La seconde espèce de strabisme consiste en une *paralysie* ou défaut d'action d'un muscle de l'œil, mais sans excès d'action absolu ou relatif de la part du muscle antagoniste. L'œil malade n'est dévié ni dans ses mouvements simples, ni dans ses mouvements coordonnés, et l'œil sain se dirige normalement. » (*Gazette des Hôpitaux*, page 555.)

M. Corvisart, pour soutenir une idée nouvelle, viole les plus saintes lois de l'organisme, en niant que la paralysie d'un muscle entraîne inévitablement la rétraction du muscle opposé. Il a beau défendre sa théorie en admettant des nuances dans la paralysie, soit par défaut de nutrition, soit par manque d'éducation; qu'il y ait paralysie complète ou incomplète, il y aura toujours prédominance de l'antagoniste; ce sera seulement une différence de degré, et voilà tout; mais jamais la résistance de l'organe privé plus ou moins de l'influx nerveux ne pourra contre-balancer la puissance de l'organe sain. Il y aura contraction relativement excessive du second par rapport au premier. Cette première proposition de l'auteur est donc inadmissible en bonne physiologie.

Quant à la seconde, qui consiste à dire qu'il n'y a déviation ni dans l'œil malade, ni dans l'œil sain, nous démontrerons facilement que le texte même de M. Corvisart et les observations qu'il cite fournissent les arguments les plus péremptoires pour la démentir. Nous discuterons plus loin ce point de doctrine.

L'auteur (page 555) continue : « Je l'appelle strabisme droit ou direct, parce que l'œil malade reste droit lorsqu'il devrait se porter dans une autre direction, qu'il reste droit et n'est pas dévié. »

Ce genre de strabisme n'est pas plus droit ni plus direct que les autres; il ne paraît droit que parce que la mobilité de l'œil est bornée dans un certain sens; que cet organe est bridé en prenant cette même direction. Il n'est donc pas dans l'état normal; il est réellement dévié par rapport à l'autre; car on ne peut juger de l'action de loucher qu'en comparant les globes oculaires. Or, dans ce cas, ils présentent une position irrégulière tous les deux, et rentrent dans les conditions ordinaires du strabisme, comme nous le démontrerons en commentant les observations citées.

Nous commencerons par celle de Boyer, qui est donnée la première, par exemple. La voici :

« L'œil droit d'un homme de quarante ans ne pouvait parcourir que la moitié de l'espace compris entre l'angle externe et l'angle interne de l'orbite. Tant que les mouvements s'exerçaient dans cet espace limité, la direction des yeux était naturelle, au delà il y avait strabisme; de manière que toutes les fois que le malade regardait devant lui et à droite, les axes visuels étaient en harmonie; mais s'il cherchait à porter ses regards à gauche, la cornée de l'œil droit restait au milieu de l'orbite, tandis que celle de l'œil gauche se dirigeait seule vers le petit angle de l'œil, et le malade voyait double. »

M. le docteur Corvisart se demande à quel genre de strabisme appartient ce cas; évidemment c'est un strabisme divergent de l'œil droit. En effet, il y a rétraction du droit externe. Lorsque l'organe de la vision se porte à droite, sens de la rétraction, le regard est harmonique; mais toutes les fois qu'il progresse à gauche, l'excès de force qu'il est obligé d'employer pour vaincre la résistance qu'il éprouve à cause de l'insuffisance du droit interne étant partagé par l'œil opposé, ce dernier est entraîné vers l'angle externe, proportionnellement à l'effort auquel se livre le premier. Il est si vrai qu'il y a rétraction du droit externe de l'œil droit, que Boyer a le soin de faire observer que ce n'est que lorsque le sujet regarde devant lui et à *droite* que la vue est normale. Dans cette position, en effet, l'œil est nécessairement dans l'angle externe ou à peu près, parce que les mouvements en dedans sont impossibles. Boyer a oublié cette circonstance; elle lui est échappée, bien qu'elle découle évidemment de la situation qu'il donne à la personne. D'un autre côté, cette direction de l'œil étant la plus naturelle, l'œil opposé n'éprouve aucune déviation tant que le premier la conserve; mais aussitôt qu'il prend la direction contraire, l'œil gauche est entraîné pour ainsi dire convulsivement vers l'angle externe.

La diplopie provenait du défaut de parallélisme.

Ce n'était donc pas un strabisme *droit*, puisqu'il n'y avait rectitude des globes oculaires que lorsque l'œil droit était dans l'angle externe, et que pour peu qu'il s'en éloignât, il y avait strabisme très marqué et impossibilité de la part du premier de se porter en dedans. Il y avait donc une véritable déviation de l'œil affecté du strabisme *qu'on appelle droit* (page 561).

Nous passons à l'observation de M. Verhaeghe, citée par M. Corvisart :

« M. Verhaeghe rapporte que chez un de ses opérés le mouvement de l'œil vers le côté interne est impossible. L'œil opéré reste dans une position droite, taudis que l'autre roule en dehors; ce qui produit un effet bizarre. »

Cette observation est le pendant de celle de Boyer. C'est un phénomène qui se présente après le plus grand nombre des opérations de strabisme convergent, qui alors est devenu divergent. En effet l'œil, étant privé du droit interne, devient limité dans ses mouvements vers le grand angle; c'est cette immobilité que l'auteur appelle strabisme *droit* et qui n'est en réalité que l'effet de l'excès d'action du droit externe sur son antagoniste : il y a donc déviation; et l'on voit que cette manière de loucher, que M. Corvisart trouve très rare et dont il n'a rencontré que quelques cas dans les auteurs, est au contraire une des circonstances les plus communes de la strabotomie; c'est à cette particularité qu'on doit attribuer presque exclusivement les insuccès attachés à l'opération et que nous éludons dans le procédé qui nous est propre. Notre manière d'opérer consiste dans la myotomie, ayant pour but de conserver un lambeau antérieur au muscle. Ce bout sclerotical se resoudant avec l'autre portion musculaire (travail qui se fait dans quatre ou cinq jours), l'œil reprend ses mouvements vers l'angle interne; et ce que M. Corvisart appelle strabisme droit, persistant dans les méthodes ordinaires, n'est que momentané dans notre mode opératoire : le parallélisme se rétablit plus ou moins vite, eu égard à la déviation de l'œil non opéré, qui disparaît dans un espace de temps proportionnel à cette même déviation. Nous avons eu une opérée chez laquelle le retour complet de ce dernier organe à l'état normal ne s'est établi qu'au bout d'un espace de cinq années.

L'expression d'ailleurs dont se sert M. Verhaeghe, en disant que le regard produisait *un effet bizarre*, n'est qu'un euphémisme. Il y avait réellement strabisme divergent consécutif à l'opération, puisque l'un des globes oculaires était au milieu de l'orbite, tandis que l'autre occupait l'angle externe.

Nous arrivons à la deuxième observation, qui sert pour ainsi dire de base aux idées de M. Corvisart et que nous discuterons avec beaucoup de détails. L'auteur dit (p. 561) : « Notre deuxième observation nous offre aussi un exemple de strabisme direct par paralysie

(1) *Voir* les numéros du 27, du 29 novembre, et du 1er décembre 1849 de la *Gazette des Hôpitaux.*

de l'élévateur (côté gauche). Aujourd'hui que la malade est opérée, ce strabisme direct se montre dans tout son jour, parce que la contraction du muscle élévateur droit, qui était morbide, est devenue normale. Quand on présente un objet à regarder en haut, l'œil droit, qui se portait trop en haut, s'y porte convenablement : l'œil gauche reste immobile au milieu de l'orbite. » Même illusion que pour les observations de Boyer et de M. Verhaeghe. M. Corvisart attribue à la paralysie du droit supérieur la difficulté qu'éprouve l'œil gauche à dépasser le milieu de l'orbite dans son mouvement ascendant : cette circonstance ne dépend pas de cette cause, mais bien de la rétraction sympathique du muscle abaisseur, qu'on doit attribuer à la synergie d'action des yeux, par laquelle l'un suit toutes les vicissitudes de son congénère dans les mouvements des muscles homologues. Ainsi qu'arrive-t-il lorsqu'un des globes oculaires est atteint de strabisme en haut? Toutes les fois que cet organe veut se porter en bas, il est obligé de se livrer à des efforts excessifs, de dépenser une force musculaire extranormale qui, se communiquant à l'œil opposé, jette celui-ci dans le sens opposé à la rétraction dont le premier est le siége, c'est à-dire qu'à la longue il se développe une véritable rétraction de l'abaisseur contrairement à celle de l'élévateur de l'œil primitivement affecté de strabisme. Cette loi domine toutes les sortes de déviations oculaires. C'est sur elle que sont basées les indications rationnelles de l'opération.

Lorsque M. Corvisart s'écrie que le strabisme *direct* de l'œil gauche se *montre dans tout son jour* à cause de l'immobilité plus apparente de cet organe, l'autre ayant repris ses mouvements normaux, il proclame un triomphe prematuré ; car il est tellement vrai que le muscle élévateur n'est pas paralysé que, si M. Corvisart veut se donner la peine de suivre l'opérée de M. le docteur Huguier pendant un espace de temps suffisant, il pourra s'assurer que ce prétendu strabisme direct se dissipera complétement, lorsque tout le bénéfice de l'opération aura produit son effet ; car celle-ci en ayant détruit la véritable cause par la section de l'élévateur, qui était primitivement rétracté, le muscle abaisseur reprendra ses fonctions ; et nous allons plus loin : non-seulement l'œil gauche ne sera plus borné dans ses mouvements en haut, mais encore il deviendra très probablement strabique dans ce dernier sens au bout d'un temps plus ou moins long ; ce qu'on devra attribuer aux difficultés que l'œil opéré éprouvera à se porter en haut, son élévateur étant coupé. Ce mauvais résultat a lieu après le plus grand nombre d'opérations de strabisme faites par les méthodes ordinaires ; c'est à cette espèce d'échange d'action musculaire des deux yeux qu'est dû le strabisme divergent, qui suit presque toujours le strabisme convergent après la section du droit interne.

Quant aux expériences faites par l'auteur sur les yeux soit avant, soit après l'opération, elles ne servent qu'à constater l'état actuel de la vision, mais n'éclairent nullement l'étiologie du strabisme de sa malade.

La quatrième observation (p. 561), qui a pour sujet un prêtre, ne peut être caractérisée par M. Corvisart ; cependant, il paraît avoir de la tendance à reconnaître le strabisme qu'il a imaginé ; pour nous, c'est celui qu'il appelle droit et qui est tout à fait analogue à la variété présentée par le sujet de la deuxième observation. En effet, lorsque l'ecclésiastique tenait le livre un peu élevé, l'œil opposé à celui qui était le siége de la rétraction primitive du droit supérieur pouvait se porter assez haut pour être parallèle à l'autre ; alors la vue était normale ; mais, toutes les fois qu'il regardait en bas, l'effort excessif que faisait l'œil strabique pour se porter dans cette direction entraînait l'autre vers la région inférieure de l'orbite. C'était, en un mot, le strabisme droit de l'auteur. Il y avait aussi strabisme divergent de l'œil droit : le trouble de la vision en regardant à gauche le prouverait.

Après avoir passé en revue les observations sur lesquelles M. Corvisart étaie ses opinions, nous devons examiner les principes qui servent de point de départ à sa nouvelle classification. Il prétend qu'il y a trois caractères bien tranchés qui font reconnaître son strabisme direct :

« 1° Il n'y a nulle déviation;

» 2° C'est dans l'action de regarder qu'apparaît le strabisme;

» 3° C'est dans le sens où il y a immobilité que le malade doit sentir son œil bridé. » (P. 556.)

Nous avons répondu à la première proposition en prouvant que l'œil qui est le siége du strabisme de M. Corvisart, mis en regard de son congénère, se trouve dans un état anormal, que sa direction est vicieuse, qu'il est *dévié de sa position ordinaire ;* pour juger sainement le mécanisme de la vision, on doit examiner les yeux ensemble et non isolément.

Quant à la deuxième proposition, nous dirons qu'il est indifférent que ce soit en regardant avec intention ou d'une manière distraite que le strabisme ait lieu, ce sont de simples nuances qui ne nécessitent pas une distinction particulière. Le strabisme appelé droit par l'auteur rentre parfaitement dans celui avec rétraction proprement dite admis par M. J. Guérin.

Enfin, l'expérience la plus ordinaire de la symptomatologie des déviations oculaires apprend que, dans le plus grand nombre des cas, il y a immobilité des deux yeux toutes les fois que l'un de ces organes se porte vers le côté de l'orbite opposé à la rétraction musculaire. M. Corvisart aurait pu s'assurer de ce fait s'il avait observé ce qui arrivait chez la strabique de M. le docteur Huguier toutes les fois qu'elle regardait en bas : il devait y avoir alors strabisme direct, selon l'auteur, sur l'œil droit, qui était borné dans ses mouvements en bas par la rétraction du droit supérieur et fixe par conséquent lorsqu'il était arrivé aux dernières limites de sa puissance d'action vers la région inférieure de l'orbite.

Après avoir discuté les idées théoriques de M. le docteur Corvisart, nous avons à examiner leurs conséquences pratiques Le sujet est plus grave ; les erreurs deviennent des faits. Il est necessaire que la science soit rationnellement établie sur ce point.

L'auteur, partant d'une fausse donnée, ne pouvait que tirer de fausses conclusions. Il se demande ce qu'il faut faire dans un cas de strabisme direct? Et il répond (p. 564) : « On serait autorisé à pratiquer une ténotomie sur l'agent de la déviation pour guérir le strabisme direct. » Ce ne serait pas pour guérir le strabisme direct que cette opération serait indiquée (car ici M. Corvisart est dans le vrai), mais bien pour dissiper la déviation produite par la rétraction proprement dite, et non consécutive à la paralysie.

(*Idem.*) L'auteur se demande encore sur quel muscle, en général, on devrait pratiquer l'opération : « Serait-ce sur le muscle sain? On aurait une immobilité complète au lieu d'une demi-mobilité; on aurait deux paralysies au lieu d'une. » Mais voilà l'erreur; il n'y a point de paralysie. La véritable indication est d'opérer le muscle rétracté ; celui-ci revenant à l'état normal, le muscle antagoniste, qui n'était rétracté que sympathiquement, reprendra insensiblement ses mouvements normaux, bien loin qu'il y ait immobilité complète, comme le prétend M. Corvisart. C'est le seul moyen de guérir l'infirmité. La manière de raisonner de l'auteur bouleverse tout ce qui a été dit et fait de plus rationnel sur l'opération du strabisme, ainsi que sur la nature de cette maladie. Il continue : « Sur le muscle inactif? On lui enlèverait la résistance qu'il possède contre son antagoniste ; on rendrait le strabisme direct strabisme vrai. » (*Idem.*) Mais si le muscle est inactif, comment peut-il opérer une résistance? Vous dites vous-même qu'il est paralysé ; il est donc impropre à l'action ; et, d'après vous, c'est justement dans son impuissance que l'antagoniste puise toute sa force. Il y a évidemment contradiction. En admettant votre théorie, l'opération sur le muscle paralysé ne devrait avoir aucune conséquence.

Partant toujours du même principe erroné, M. Corvisart veut employer la gymnastique, l'électricité, tous les excitants du système nerveux, pour réveiller les propriétés vitales des muscles paralysés. La gymnastique sera insuffisante, comme l'expérience l'avait déjà prouvé jusqu'à la découverte de Stromeyer. D'ailleurs, dirigée comme l'indique l'auteur, elle ne ferait qu'augmenter le strabisme en le rendant double, les moyens artificiels employés agissant dans le sens opposé à la déviation primitive, et augmentant, par conséquent, la rétraction sympathique du muscle antagoniste.

Quant aux excitants énergiques, ils porteront leur action simultanément sur les muscles rétractés, en augmentant encore cette rétraction. Ce serait produire un effet opposé à celui qu'on se propose.

Nous allons terminer en suivant M. Corvisart dans ses conclusions (p. 564). Nous ferons observer que nous négligeons celles qui n'ont pas une valeur réellement pratique, et prenant le contre-pied des propositions de ce médecin, nous dirons :

1° Qu'il n'y a point de strabisme droit méritant une classification particulière ; qu'il rentre dans le strabisme ordinaire avec rétraction proprement dite;

2° Qu'il y a déviation réelle, dans une certaine direction de l'œil, le plus souvent.

4° Dans toute espèce de strabisme, l'œil affecté, lorsqu'on l'ouvre seul, est limité dans ses mouvements, et inapte à se tourner d'un certain côté. Il n'est pas juste de dire que dans le strabisme vrai (non fixe) « l'œil malade, étant seul ouvert, reste mobile dans tous les sens. » Cette dernière proposition est une véritable hérésie pratique.

5° Dans le strabisme vrai, ce n'est point dans le sens du muscle rétracté que l'œil est bridé ; c'est le contraire qui a lieu, aussi bien que dans le strabisme appelé droit.

6° La theorie de la rétraction explique parfaitement le strabisme de M. Corvisart.

7° C'est le strabisme par rétraction *proprement dite* de M. J. Guérin.

8° Le sens dans lequel le louche regarde ne doit nullement être pris comme base de classification ; dès l'instant qu'il y a véritablement strabisme, peu importe cette circonstance.

13° La loi de prédominance de l'antagonisme d'un muscle paralysé ne souffre pas d'exception.

18° Un strabisme vrai peut être cause d'inaction d'un muscle ; mais il ne faut pas confondre l'insuffisance d'action avec l'inaction complète ; c'est la première qui constitue ce qu'on nomme le strabisme direct.

19° La guérison du strabisme vrai peut seule amener celle du strabisme fixe, puisqu'il y a identité entre les deux.

20° La ténotomie oculaire est formellement indiquée dans cette variété de strabisme vrai ; mais elle doit être pratiquée sur le muscle rétracté primitivement, exclusivement de toute espèce de préoccupation de paralysie.

21° L'application d'un excitant musculaire ne peut qu'aggraver la déviation sur les deux yeux.

23° La loi d'impulsion proportionnelle est toujours juste.

Nous croyons avoir fourni des preuves assez nombreuses de l'inutilité et même des dangers de l'innovation de M. Corvisart. Jusqu'à ce qu'on enrichisse la science de faits concluants et véritablement pratiques en faveur d'une nouvelle espèce de strabisme, les anciennes classifications, et particulièrement celle de M. J. Guérin, ne doivent subir aucun changement ; elles suffisent à l'interprétation de tous les cas connus jusqu'à présent. S'il y avait quelque modification à faire à ce sujet, il y aurait plutôt à retrancher qu'à embarrasser encore la nomenclature chirurgicale de nouvelles dénominations qui ne peuvent qu'amener la confusion dans l'esprit des observateurs et compliquer une question déjà hérissée de beaucoup de difficultés.

Rome, le 24 decembre 1849.

PHILIPPE, D.-M.-P.,
Chirurgien-major et en chef de l'hôpital
militaire Saint-André.

De l'autoplastie appliquée à la dénudation des testicules.

Par M. GOYRAND.

A la suite des plaies du scrotum avec issue du testicule au dehors, on voit parfois le testicule dénudé rester privé d'enveloppe. En effet, quoique le scrotum se referme le plus souvent par un procédé naturel, il arrive aussi que, dans certains cas, les bords de la plaie cutanée se rapprochent derrière le testicule ; et, au lieu de se trouver recouvert, cet organe se dégage de plus en plus à mesure que la cicatrisation s'opère.

M. Goyrand ayant eu à traiter un accident de ce genre, a réussi en disséquant les bords de la solution de continuité, et en les réunissant au-devant du testicule par la suture. C'est à cette opération restauratrice qu'il donne le nom d'oschéoplastie.

Voici, du reste, les sages préceptes qu'il donne sur la conduite à tenir dans les divers cas de lésion du scrotum avec sortie du testicule.

S'agit-il d'une blessure récente, on doit réintégrer immédiatement ces organes dans les bourses, sans crainte d'opérer les débridements nécessaires à la réduction.

Si le chirurgien, appelé plusieurs jours après l'accident, trouve le testicule adhérent par sa grande partie postérieure au pourtour de la blessure devenue trop étroite pour le laisser repasser dans les bourses, il doit détruire les adhérences, détacher les bords de la plaie, débrider et réduire.

Dans le cas de dénudation des testicules par la gangrène, on attendra la détersion de la plaie et les effets du travail de rapprochement qu'opère la force de cicatrisation. Le plus souvent ce travail inodulaire suffira pour réparer le désordre et attirer la peau sur les testicules dénudés ; mais s'il n'en est point ainsi, si, arrivée sur les côtés du testicule, la peau du scrotum cesse d'être attiré en avant, dès qu'il est bien reconnu que la cicatrice doit s'achever par exsiccation des bourgeons charnus à la surface des testicules dénudés, la chirurgie expectante ne convient plus; on doit recourir à l'oschéoplastie, et cette opération doit être pratiquée avant que l'exsiccation de la surface de la plaie soit commencée.

(*Revue médicale.*)

Nouvelles du choléra.

LE CHOLÉRA A LYON. — Depuis notre dernier bulletin, dit la *Gazette Médicale* de cette ville, le choléra a continué sa marche décroissante, et depuis plusieurs jours il n'y a pas eu un seul décès. Les derniers malades entrés sont peu gravement affectés, et il est permis d'espérer qu'ils seront promptement rétablis : un moment on a pu croire à l'irradiation de l'épidémie. Dans les rues qui avoisinent l'hôpital militaire, quatre cas suivis de mort ont été constatés. Actuellement l'état sanitaire de la ville, des casernes et des hôpitaux est excellent.

Notre honorable confrère M. le docteur Ansiaux nous écrit de Liége les lignes suivantes :

Le choléra a disparu complétement de notre cité ; mais en revanche la petite vérole y a sévi avec une violence extrême ; les environs de la ville n'ont pas été épargnés. Les individus vaccinés ont été atteints comme les autres ; bon nombre ont succombé ; d'autres sont restés borgnes ou aveugles à la suite de l'ophthalmie qui accompagne presque toujours cette maladie éruptive. La ville de Liége compte plus de 80.000 âmes de population. Ce chiffre donne la portée des ravages que peut faire une épidémie. Le choléra a enlevé plus de 2,000 personnes, et le nombre des malades de ce fléau a dépassé 6,000, d'après les rapports officiels.

NOUVELLES.

M. le docteur Récamier est nommé officier de la Légion-d'Honneur.

— A la suite d'un rapport de M. le contre-amiral Romain-Desfossés qui rend hommage au dévouement dont les officiers de santé de la marine, à Rochefort, ont fait preuve pendant la triste période du choléra, des décrets individuels comprennent :

Une nomination au grade de commandeur de la Légion-d'Honneur: M. Le Prédour, premier médecin en chef de la marine ;

Cinq nominations au grade d'officier : MM. Mougeat, premier médecin en chef; Reynaud, premier chirurgien en chef; Lefèvre, second médecin en chef ; et MM. Duval et Mayer, seconds chirurgiens en chef ;

Quatorze nominations de chevalier : MM. Bretel, Liautaud et Beau, chirurgiens de 1re classe ; MM. Rivaud, Pichaud, Augier, le Houelleur, Leconte, Gueit, Lecontour et Thiéry, chirurgiens de 2e classe ; M. Lallour, chirurgien de 3e classe ; MM. Cornu et Hiriard, pharmaciens de 3e classe.

En outre, des témoignages de haute satisfaction ont été adressés à MM. Blache, médecin ; Glou-Villeneuve, Reveillon, Rassy, Pommier, Richer-Desforges, chirurgiens, et MM. Fradin, Meunier de Fayolle, élèves de l'École de médecine de Rochefort.

— HOSPICE DU PERRON. — Le service médical de l'hospice du Perron avait été fait jusqu'ici par les médecins suppléants des hôpitaux de Lyon Ce service vient de leur être enlevé par décision de l'administration, en dépit des règlements et des droits acquis par le concours. Les médecins des hôpitaux ont adressé des réclamations à MM. les administrateurs, qui ont passé outre en désignant M. Aillaud, médecin à Oullins, pour remplir les fonctions de médecin de l'hospice du Perron. (*Gazette Medicale de Lyon.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 11 JANVIER 1850.

SUR LA DERNIÈRE SÉANCE

De l'Académie de Médecine.

Nos pressentiments ne nous avaient point trompé. Le gant qui avait été jeté dans la séance de la semaine dernière devait être nécessairement relevé. Pour ceux qui connaissent l'intrépide ardeur avec laquelle M. le professeur Piorry a toujours défendu ses doctrines, il n'était pas douteux que l'illustre inventeur de la plessimétrie et de la nomenclature organo-pathologique ne vînt répondre fièrement à la provocation directe contenue dans le dernier rapport de M. Bousquet. Dès le commencement de la séance, M. Piorry s'est emparé de la tribune, et, a lu une note vivement conçue, longuement développée; il est venu défendre avec sa vigueur ordinaire ses idées favorites si ouvertement contestées dans la dernière réunion de l'Académie.

M. Piorry est un de ces hommes que nous aimons à voir sur la brèche, et dont nous admirons la puissance d'activité et l'inexorable logique de discussion. C'est l'homme fait système. L'organicisme est sa religion scientifique. Opiniâtre dans ses croyances, il en poursuit les conséquences jusqu'aux plus extrêmes limites. Rien ne l'arrête.

Dans cette doctrine si répandue aujourd'hui dans le monde médical, qui compte de si nombreux adeptes, et qui a des partisans même au sein de l'Académie, le célèbre nosologiste de la Pitié dépasse tous ses coreligionnaires par la logique à outrance de ses déductions. Il a le génie de son système et en proclame hautement les applications les plus extrêmes : « Il n'y a point de maladies, ce sont des entités chimériques, dit l'école des organiciens; il n'y a que des organes souffrants. » Donc, déduit avec juste raison M. Piorry, débarrassons la science de ces noms de maladies qui consacrent l'erreur ontologique, et substituons à leur place des appellations qui désignent le siége de l'organe affecté, son mode d'expression pathologique. A ce point de vue, rien ne nous semble plus légitime que la nomenclature proposée par l'auteur de l'*Onomisme* pathologique et nous comprenons parfaitement que, si, comme on le fait généralement, on ne reproche à ce nouveau langage que son originalité, sa singularité, ce ne soit pourtant pas, aux yeux de M. Piorry, une sérieuse et véritable objection pour ne pas l'adopter. La question de forme importe peu en matière de science, et, ce n'est pas une querelle de mots que le zélé nomenclateur est venu faire à l'Académie; c'est une véritable question de fond et d'idées; c'est une application rigoureuse de l'organisme à la grammaire de la pathologie, et M. Piorry nous paraît beaucoup plus conséquent que ceux qui, professant les mêmes prémisses, répugnent cependant à l'exigence forcée de leurs corollaires.

Dans quelques circonstances, nous nous sommes montré l'adversaire déclaré, mais uniquement scientifique, de l'ononisme médical; si l'Académie avait voulu engager sur ce point un débat sérieux, nous aurions cherché à faire voir comment, sous une question de mots, se cache la plus importante question de choses. Mais cette question n'étant point à l'ordre du jour, nous nous bornons à la signaler et à constater que M. Piorry a défendu avec un véritable talent le vocabulaire qu'il a édifié si laborieusement. Du reste, ainsi que le savant professeur l'a annoncé, la semaine prochaine verra la fin de l'ouvrage considérable auquel il travaille depuis si longtemps. A propos de cet ouvrage important, nous aurons à discuter sérieusement l'onomisme de M. Piorry et l'organicisme dont il n'est que la fidèle expression.

Dans la seconde partie de son discours, M. Piorry a soutenu avec non moins de talent sa doctrine sur les fièvres intermittentes; on sait que sous ce point de vue encore nous différons d'opinion avec le savant professeur; mais nous nous plaisons à reconnaître que, malgré les réclamations de priorité de divers personnes, M. Piorry est évidemment le premier et le seul pathologiste qui ait étudié d'une manière complète les lésions spléniques dans les fièvres d'accès.

Après le discours de M. Piorry et les quelques objections qu'on lui a adressées, l'Académie a eu la satisfaction de voir qu'un de ses membres les plus distingués, M. le professeur Bouillaud lui, revenait, après une longue absence, vigoureux et plein de bonne volonté. M. Bouillaud a eu le bon esprit de signaler son retour par un excellent rapport sur l'emploi thérapeutique de la digitaline. (Mémoire de MM. Homolle et Quevenne.)

Ce rapport, analyse judicieuse des travaux et expériences des auteurs, recommande leurs recherches au monde médical, comme méritant de trouver place parmi celles qui font époque dans la science.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. Gobley sur la composition chimique des œufs de carpe. Nos lecteurs ont trouvé à la fin du compte-rendu les conclusions intéressantes de ce travail.

Revue clinique hebdomadaire.

Hémoptysies abondantes. — Douleurs singulières dans les membres. — Toux. — Diagnostic obscur. — En réfléchissant aux lésions matériellement presque irrémédiables que produit dans les organes les plus essentiels à la vie la phthisie tuberculeuse, on est naturellement conduit à penser que, si jamais la thérapeutique parvient à arrêter les progrès de cette cruelle maladie, ce sera sans doute en l'attaquant avant qu'aucun des graves désordres auxquels nous faisons allusion n'ait été produit. Déjà nous savons que l'influence favorable des causes hygiéniques, telles que le changement de climat, le repos, l'alimentation, ne s'exercent guère qu'autant que la maladie est encore à son début. On comprend donc déjà combien il est important de pouvoir reconnaître la maladie dès sa première manifestation, et combien cela serait plus important encore dans le cas où la thérapeutique viendrait à faire le progrès dont nous venons de parler. Malheureusement, autant le diagnostic est facile à une certaine période de la maladie, autant il est obscur à une période moins avancée.

M. Cruveilhier nous a fait voir dans son service un malade dont l'histoire est intéressante sous bien des rapports, et qui nous montre en particulier toutes les difficultés qu'on peut rencontrer dans le diagnostic de la phthisie commençante.

Voici en quelques mots l'histoire de ce malade.

Fleury, âgé de vingt-six ans, d'une belle et vigoureuse constitution, n'ayant jamais été sérieusement malade avant la maladie dont il est actuellement atteint, est entré le 6 janvier 1850 dans le service de M. Cruveilhier, à l'hôpital de la Charité.

Depuis dix ans, c'est-à-dire depuis l'âge de seize ans, ce malade est employé, comme ouvrier d'abord, puis comme contre-maître, dans une grande fabrique de papier. Il dirigeait les opérations du blanchiment, et maniait, dit-il, ou voyait passer sous ses yeux deux mille bouteilles d'acide muriatique par jour. Il en respirait donc abondamment les vapeurs. Néanmoins, il avait continué à se porter parfaitement bien jusque vers la fin de 1847. A cette époque, après avoir travaillé énergiquement à éteindre un incendie, il fut pris d'un crachement de sang abondant; à la suite de cette hémoptysie, il resta sujet à une petite toux qui ne l'a jamais quitté depuis d'une manière complète, et qui est, au contraire, devenue de plus en plus fréquente, sans cependant être jamais violente. Depuis deux ans, le crachement de sang s'est renouvelé quatre fois, et a toujours été très abondant. Mais dans l'intervalle de ces hémoptysies abondantes, le malade n'a jamais craché de sang en petite quantité, ni même vu des stries sanguines dans les rares crachats qu'il rendait, quelquefois seulement à la suite de la toux.

Malgré ces accidents, la santé générale s'était encore maintenue dans un assez bon état, et le malade continuait sans difficulté sa pénible profession. Mais, il y a six mois, les déjections commencèrent à se déranger; des renvois acides se manifestèrent après chaque repas; la bouche était mauvaise; le sommeil devint moins bon; enfin, les forces, qui étaient assez développées pour que le malade pût porter sans difficultés des poids de 500 livres, commencèrent à s'affaiblir. Lorsque le malade voyait sa femme, ce qui lui arrivait plus que rarement, il restait comme exténué pendant quelques heures, et se sentait très fatigué le lendemain.

Enfin, à la marche progressive de ces symptômes se sont joints, depuis trois semaines, des sueurs nocturnes abondantes, des douleurs très vives, surtout la nuit, le long des tibias, revenant par élancements violents, à des intervalles très rapprochés. Ces douleurs existent, mais à un degré plus modéré, dans les poignets, dans les pieds et un peu vers les articulations scapulo-humérales. Ces douleurs troublent le sommeil, et quelquefois l'empêchent complétement. La nuit dernière, par exemple; le malade n'a pas dormi un seul instant. Le caractère principalement nocturne de ces douleurs, quoiqu'elles existent cependant aussi le jour, a dû faire penser à une infection syphilitique; mais le malade, qui est un de ces ouvriers modèles qui n'ont d'autre satisfaction que les plaisirs du ménage et l'accomplissement de ses devoirs, assure, de manière à ne laisser aucun doute, qu'il n'a jamais eu de chancre ni de blennorrhagie, et qu'il n'a jamais connu d'autre femme que la sienne. Quoique âgé de vingt-six ans seulement, il est déjà marié depuis cinq ans, et il a deux enfants bien portants, ainsi que ses parents.

Depuis le moment où les symptômes ont pris de la gravité, le malade est tourmenté par une constipation opiniâtre, dont il se plaint aujourd'hui presque autant que de ses douleurs.

Etat actuel. — A tous les symptômes que nous venons d'énumérer et qui tous existent aujourd'hui, nous devons ajouter que le malade est en proie à une vive excitation. Sa figure, très intelligente, a une expression des plus vives; sa parole est animée, accentuée, et le pronostic qu'on doit porter sur sa maladie préoccupe vivement ce malheureux jeune homme, moins encore à cause de lui-même qu'à cause de sa femme et de ses deux enfants, dont il parle sans cesse. On dirait, au premier abord, un hypochondriaque exalté.

L'exploration de la poitrine par la percussion et l'auscultation ne fournit aucun signe, si ce n'est une rudesse du bruit respiratoire en avant et en haut de la poitrine; en arrière, la respiration est tout à fait normale. Aucune douleur n'existe dans le thorax; nous avons déjà dit qu'il y avait de la constipation.

Pour commencer nos réflexions sur ce fait intéressant par le point le plus important, quel diagnostic convient-il de porter en présence des symptômes que nous venons d'énumérer? Personne n'ignore l'intime relation qui existe entre l'hémoptysie et les tubercules pulmonaires; c'est donc à la phthisie qu'on doit songer toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une hémoptysie. Cependant, quand on considère que l'hémoptysie existe dans un certain nombre de cas sans tubercules; que le malade dont il est ici question est depuis longues années exposé aux vapeurs chlorhydriques, et que ces vapeurs sont considérées comme une cause de pneumo-hémorrhagies idiopathiques; lorsqu'on réfléchit qu'il n'existe chez lui ni diarrhée, ni douleurs thoraciques, et qu'enfin, malgré la durée déjà longue de la maladie, aucun signe physique positif de phthisie ne peut être perçu; lorsqu'on voit, en outre, ces douleurs singulières qui existent dans diverses parties du corps et surtout dans les tibias, douleurs qui ne font nullement partie du cortége habituel de la phthisie, on a bien des raisons de douter de l'existence de cette maladie, même à sa période initiale. Mais à quelle cause rapporter ces douleurs? Est-ce à l'influence des vapeurs chlorhydriques, en l'absence au moins extrêmement probable de tout accident vénérien? On ne concevrait pas trop, s'il en était ainsi, pourquoi ces douleurs ne se seraient développées qu'au bout de dix ans après que le malade a été exposé à ces vapeurs, et cela d'une manière presque subite.

Aussi, pour toutes ces raisons, M. Cruveilhier a-t-il cru prudent de suspendre jusqu'à plus ample examen un diagnostic positif. En cela, nous ne pouvons que l'approuver, et engager ceux qui sont à même de voir ce malade d'en suivre attentivement l'observation.

En attendant que celle-ci soit plus complète et permette de se prononcer plus positivement, M. Cruveilhier s'est contenté de prescrire un traitement calmant pour tâcher de remédier aux accidents les plus pressants, les douleurs et l'insomnie. C'est aussi tout ce que pouvait faire la thérapeutique dans l'état actuel d'incertitude où se trouve le diagnostic. Nous pensons, toutefois, que, si les opiacés ne réussissent pas à calmer les douleurs dans quelques jours, ce sera le cas de recourir à l'iodure de potassium, qui, même chez quelques malades non atteints de syphilis, parvient à combattre avec succès ces vives souffrances sans nom qui inquiètent souvent à un si haut degré les malades et les médecins. Nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des suites de cette importante observation.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

M. BAUDENS.

Du traitement de l'entorse par le bain prolongé d'eau froide et le bandage inamovible gommé.

Par le docteur SERRIER, médecin adjoint au Val-de-Grâce.

(Suite et fin du n° précédent.)

Du bain prolongé d'eau froide.

L'application de l'eau froide au traitement de l'entorse n'est pas assurément chose nouvelle; mais ce qui fait l'*originalité* de notre méthode thérapeutique, ce qui nous l'approprie essentiellement, c'est que : 1° l'eau froide à elle seule constitue pour nous, dans l'immense majorité des cas, *le fond* du traitement; 2° c'est la durée pendant laquelle nous nous servons de ce puissant agent thérapeutique. Permettez-moi, à

ce sujet, et pour mieux caractériser la différence qui sépare ma manière d'employer l'eau froide de la manière dont on s'en sert dans les cas d'entorse, permettez-moi, dis-je, de faire passer devant vos yeux les opinions de quelques praticiens dont l'autorité scientifique est tout à fait incontestable.

« Larrey, par exemple, dit que l'emploi du froid expose le membre à être frappé de gangrène, surtout *si quelques heures se sont écoulées depuis l'accident*; il veut seulement qu'on s'en serve *immédiatement après l'entorse*, et qu'on ne donne pas aux vaisseaux le temps de se gonfler. » (Voyez *Clinique chirurgicale*, volume III, page 289; 1830.)

« Il est manifeste, dit Delpech, que la douleur, et surtout un état fluxionnaire passif, constituent la première période de l'entorse. On peut concevoir ainsi comment l'observation a tant accrédité en pareil cas l'emploi de l'eau froide. Ce topique jouit toutefois d'une propriété sédative propre à faire cesser l'attraction humorale que la douleur exerce, et d'une propriété légèrement tonique capable d'arrêter les progrès de l'*intumescence immédiate*. » (Voyez *Maladies réputées chirurgicales*, volume III, page 149.)

D'après Boyer, « l'eau froide est le meilleur moyen de prévenir l'engorgement inflammatoire; elle apaise la douleur, elle empêche l'abord humoral, surtout quand on y ajoute de l'acétate liquide de plomb. Pour en retirer des avantages, il faut l'appliquer *pendant plusieurs heures* et la renouveler quand elle s'échauffe. Il est dangereux de l'employer chez les femmes réglées ou sur le point de l'être, et chez les personnes délicates ou sujettes à l'hémoptysie. » (Voyez *Maladies chirurgicales*, volume IV, page 11.)

D'après le docteur Jourdan, « l'immersion de la partie dans l'eau froide ou la glace pilée est un excellent moyen de prévenir les suites de l'entorse, lorsqu'on peut la mettre en usage *immédiatement après que l'accident a eu lieu*. Il faut avoir soin cependant de prolonger longtemps l'immersion, sans quoi, loin d'être utile, elle deviendrait dangereuse, parce que les fonctions de la vie, assoupies en quelque sorte par elle, ne tarderaient pas à se réveiller avec une nouvelle énergie. » (*Dictionnaire des Sciences médicales*, volume XII, page 386.)

Vous trouverez écrit dans le *Dictionnaire de médecine en trente volumes*, le conseil d'employer l'eau froide dans l'entorse récente, et l'auteur de cet article ajoute : « Il faut avoir soin de prolonger l'immersion de la partie malade *pendant plusieurs heures de suite*, » et de renouveler l'eau à mesure qu'elle s'échauffe. Il considère de plus ce moyen comme pernicieux chez les phthisiques et les gens à poitrine délicate. (Cloquet, volume XII, page 39.)

« L'eau à une température très basse et très souvent renouvelée, dit M. Vidal (de Cassis), voilà l'application la plus usitée et la plus utile pour prévenir l'engorgement; *elle doit être continuée pendant huit ou dix heures*; autrement, au lieu d'empêcher l'afflux des liquides, on le favoriserait en provoquant une réaction, qui ne se fait pas longtemps attendre quand l'immersion n'a pas été assez longtemps continuée. » Il proscrit ensuite l'eau froide chez les gens à poitrine délicate, chez les femmes réglées, et dans l'entorse ancienne. (*Pathologie externe*, volume II, page 276.)

Lisfranc pensait que l'eau froide pouvait avoir des inconvénients chez les personnes disposées à la phthisie et chez les individus très nerveux; il voulait qu'elle ne fût employée que dans l'entorse récente, *et pendant cinq ou six heures seulement*. (*Gazette des Hôpitaux*, 1844, n° 120.)

En 1842, après avoir pris connaissance de nos travaux, ainsi qu'il le déclare lui-même, le docteur Poulain, chirurgien militaire dont nous regrettons la perte récente, et qui, comme plusieurs de nos courageux collègues, vient d'être frappé à son poste par le terrible fléau qui a ravagé la France entière et l'Algérie, publia dans le *Journal de Médecine de Lyon* un excellent mémoire sur le traitement de l'entorse par le bain froid. D'après ce chirurgien, le bain froid doit être employé, si on veut en retirer de bons effets, immédiatement après l'accident. On peut encore y recourir trois, quatre, six, et même douze heures après l'accident, mais avec moins de chance de succès. Le malade doit y séjourner une demi-journée, ou même une journée entière, jusqu'à ce qu'il y ait refroidissement complet de la partie. Il affirme enfin que l'immersion du pied dans l'eau froide est suivie, *pendant la première heure*, d'une augmentation dans la douleur, que les malades ont souvent beaucoup de peine à supporter.

Si maintenant nous tirons quelques conclusions de ces citations que nous avons accumulées ici à dessein, nous voyons :

1° Qu'avant nous, l'application du bain froid n'a été conseillée que pendant un laps de temps n'excédant pas cinq ou six heures;

2° Que, depuis nos travaux, ce nombre d'heures a été élevé, au maximum, jusqu'à vingt-quatre;

3° Que ce moyen n'a été jugé opportun que lorsqu'il peut être employé immédiatement après l'accident ou, au plus tard, douze heures après;

4° Qu'on l'a accusé de pouvoir déterminer la gangrène;

5° D'occasionner une douleur très vive au moment de son application;

6° De donner lieu à de fâcheuses répercussions chez les gens nerveux ou à poitrine délicate, et chez les femmes menstruées ou sur le point de l'être.

Pour nous, toutes ces craintes sont exagérées et toutes ces objections sont démenties par l'observation d'un très grand nombre de faits ; arrêtons-nous cependant sur quelques-unes d'entre elles.

A. *Époque de l'application.* — Nous avons appliqué la réfrigération immédiatement après l'accident, deux, quatre, six, huit, dix, douze, vingt-quatre heures après ce dernier, plusieurs jours après et même dans l'entorse chronique; toutes les fois, en un mot, qu'il s'est agi de soustraire du *calorique morbide*, et, dans tous ces cas, nous n'avons eu qu'à nous louer de notre manière d'agir.

B. *Durée de l'application.* — L'immersion du pied dans l'eau froide a duré dans certains cas, dans nos salles, huit ou dix jours : jamais elle n'a été moindre de deux jours, et vous pouvez voir en ce moment à l'hôpital (salle 30, n° 12) un garde républicain qui vient de garder son pied droit dans l'eau froide pendant quatorze jours.

C. *Gangrène.* — Jamais nous ne l'avons observée et nous pensons qu'elle ne peut être que le produit de l'inexpérience. Voici comment nous expliquons les faits de gangrène qui ont pu être observés par certains praticiens. Quelques malades, après avoir tout d'abord accepté le bain froid avec défiance, finissent, après en avoir ressenti les heureux effets, par refuser d'en retirer leur pied, et prolongent ainsi outre mesure la durée de l'immersion. Voici alors ce qui arrive et à quels symptômes on reconnaît qu'on a dépassé la limite thérapeutique. Après trois ou quatre jours, le blessé, qui jusque-là avait éprouvé un grand bien-être du moyen réfrigérant, qui avait vu graduellement diminuer ou disparaître le gonflement, la rougeur, la chaleur, la douleur, s'aperçoit tout à coup d'un engorgement accidentel autour de l'articulation malade; la peau se tend, se refroidit, prend une teinte rouge-brun, sur laquelle se dessinent parfois quelques vergetures, de nouvelles douleurs se font ressentir, etc. Témoin de ces symptômes, le chirurgien inexpérimenté peut croire que le froid n'est pas assez intense et que la durée de son application n'a pas été suffisante; il se trompe grossièrement; et, en continuant l'immersion du pied dans l'eau froide, il commet une grave erreur; car, en persistant dans cette voie, le membre qui présente les indices précurseurs de la congélation offrira bientôt des plaques de gangrène plus ou moins étendues. Il suffit d'être prévenu que ces accidents peuvent se produire pour les éviter à coup sûr.

Les soldats de l'expédition de Constantine, qui avaient eu pendant plusieurs jours les pieds trempés dans une boue froide qui remontait jusqu'au-dessus des malléoles, nous offrirent beaucoup de congélations de ce genre, c'est-à-dire des congélations occasionnées par la soustraction du *calorique normal*.

Quand les accidents que nous venons de vous énumérer se produisent, le chirurgien doit laisser le pied hors de l'eau, et l'envelopper d'une fomentation de décoction de fleurs de sureau et de têtes de pavot à la température atmosphérique; dès ce moment, le membre se réchauffe par degrés, et en quelques heures tout est dissipé.

D. *Douleurs.* — Il faut qu'un homme sérieux comme l'était le docteur Poulain nous dise avoir constaté ce phénomène pour que nous nous y arrêtions ici. Nous ne l'avons *jamais* observé, et, loin de là, les nombreux malades chez lesquels nous avons employé et ceux chez lesquels nous employons journellement le bain froid prolongé bénissent ce moyen thérapeutique pour lequel ils ont une reconnaissance qui les porte souvent à en abuser.

E. *Répercussions.* — Elles sont purement théoriques et fort difficiles à comprendre pour le médecin qui réfléchit sérieusement à ce qui se passe dans une partie enflammée et au mode d'action de la réfrigération. En effet, si un organe est échauffé à l'état normal par un nombre de degrés de calorique représenté par le chiffre 1 (calorique normal), lorsque cet organe sera enflammé, sa température pourra s'élever jusqu'aux chiffres 1 et 1/3, 1 et 1/2 ou 2 (calorique morbide). Eh bien, ce n'est que cet excès de calorique accidentellement développé par la maladie qu'agira le moyen réfrigérant; ce n'est, en un mot, que le *calorique morbide* qui sera soustrait à la partie malade. La répercussion ne serait logiquement compréhensible, aussi bien que les accidents du côté de la poitrine, que dans le cas où le froid, agissant sur une partie du corps normalement calorifiée, opérerait la soustraction d'une partie de la chaleur nécessaire à la vitalité ou le refoulement de cette partie.

Un mot maintenant sur le mode d'application, sur les effets et sur la durée du bain froid prolongé.

A. *Mode d'application.* — Le malade atteint d'entorse une fois couché dans son lit, on place à droite ou à gauche de ce dernier (suivant le côté de la lésion) un tabouret sur lequel doit reposer la terrine destinée à contenir l'eau froide. La hauteur de ce tabouret doit être calculée de manière que, la jambe étant pendante hors du lit, le talon vienne aboutir au fond du récipient. Le vase qui renferme l'eau froide doit être vaste et avoir une forme évasée, afin de contenir une grande quantité de liquide et de ne pas blesser par ses bords la face postérieure de la jambe. Si on employait un vase de petite dimension, l'eau se réchaufferait très promptement, et dès lors on serait obligé de la renouveler trop fréquemment sous peine de ne pas lui voir remplir le but qu'on se propose d'obtenir. Avec les vases que nous employons au Val-de-Grâce, le malade a de l'eau jusqu'à mi-jambe, et il suffit de la renouveler toutes les trois heures pour quelle se maintienne à la température voulue. Nous plaçons au fond du vase une grosse éponge, à la surface de laquelle le talon et la plante du pied reposent comme sur un coussin moelleux. Le lit est préservé de toute humidité par une toile cirée imperméable couchée sous le malade et pendant en dehors du côté où se trouve placé l'appareil réfrigérant.

Comme le blessé doit passer plusieurs jours dans l'appareil et que la position qu'il affecte pourrait devenir fort gênante, il faut tâcher de la lui rendre aussi commode que possible en faisant porter d'une manière égale sur le bord du lit la face postérieure de la cuisse et le mollet à l'aide de coussins de crin de forme et de volume différents.

Dans les cas ordinaires, nous employons l'eau de puits ou de fontaine, que nous aiguisons par un mélange de glace quand les accidents inflammatoires se développent ou menacent de se développer avec une grande intensité. Nous administrons en outre, dans ce cas, un purgatif, et nous pratiquons une ou plusieurs saignées générales, suivant l'indication.

B. *Effets du bain froid.* — Un des premiers effets de l'immersion du pied dans l'eau froide, c'est la cessation de la douleur. Cette cessation est le plus souvent instantanée; quelquefois elle ne survient qu'une ou deux heures après. Mais, ce qu'il y a de certain pour nous (et nous parlons par expérience), c'est que si, dans certains cas, elle ne cède pas immédiatement, *jamais elle n'augmente par la réfrigération.* Le plus souvent nos malades goûtent un sommeil paisible la première nuit après l'accident. Du moment où le pied a été plongé dans l'eau froide, le gonflement reste stationnaire et diminue graduellement ; la chaleur et la rougeur subissent dans leur décroissance une diminution proportionnelle à celle du gonflement.

Au quatrième ou cinquième jour, le pied immergé est blanc et plissé *comme la main d'une blanchisseuse*, et on voit apparaître une ecchymose due à l'infiltration sanguine opérée au moment de l'accident par la rupture des petits vaisseaux. Cette ecchymose se montre surtout au périmètre de l'articulation du pied; quelquefois elle remonte jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Pour ce qui est maintenant des effets généraux, la réfrigération localise le mal, l'enchaîne là où il s'est produit; si bien que la plupart de nos malades atteints d'entorse arrivent à la guérison sans avoir éprouvé le moindre mouvement fébrile.

C. *Durée du bain froid.* — Nous ne pouvons déterminer d'une manière précise la durée que doit avoir l'immersion du pied dans l'eau froide. Nous pouvons dire cependant qu'en moyenne les blessés y restent au moins deux jours, et au plus quinze jours. Ils conservent d'ordinaire le pied complètement plongé dans l'eau trois ou quatre jours. A cette époque, la douleur n'existant plus, la température étant normale et le gonflement étant singulièrement amendé, ils commencent à trouver l'eau trop froide. Nous plaçons alors sur le lit une toile cirée imperméable, sur laquelle ils reposent leur membre retiré de l'appareil réfrigérant qui reste placé à côté d'eux, et qu'ils mettent de nouveau en usage à la moindre menace de réaction inflammatoire. Généralement, nous laissons nos malades juges du temps pendant lequel ils doivent employer la réfrigération; nous leur disons : « tant que vous éprouverez du bien-être dans l'eau, restez-y » ; et en prenant ainsi pour guide principal leurs sensations, nous sommes toujours arrivé à de très heureux résultats.

Bandage inamovible gommé.

Rien de plus simple que le mode d'application de ce bandage. Il suffit d'avoir à sa disposition, pour le faire, de la ouate, une bande longue de 9 à 10 mètres et large de 5 centimètres, et une solution aqueuse très concentrée de gomme. Le pied une fois bien entouré d'ouate, de manière à combler les différentes dépressions qu'il présente, on applique (en supposant qu'il s'agisse du pied droit) l'extrémité de la bande derrière le talon, et en la déroulant sur le pied on lui fait parcourir le trajet suivant: elle longe son bord externe jusqu'à l'articulation métatarso-phalangienne du petit doigt; elle passe sur le dos du pied, puis sous sa face inférieure; monte de nouveau sur le pied, où elle croise le premier jet, pour gagner le bord interne de cet organe, qu'elle suit jusqu'à la rencontre de l'extrémité fixée derrière le talon. En continuant la même marche jusqu'à l'entier épuisement de la bande, le pied est enveloppé d'un véritable cothurne commençant en bas, à la naissance des orteils, et s'arrêtant, en haut, immédiatement au-dessus des malléoles. Quand le bandage est ainsi appliqué, on l'enduit, à l'aide d'un pinceau, d'une ou de plusieurs couches de la solution gommeuse qui lui fait acquérir, au bout de très peu de temps, une dureté presque ligneuse.

S'il s'agissait maintenant du pied gauche, vous commencerez le bandage par le bord interne, au lieu de le commencer par le côté externe du pied, comme vous venez de voir qu'il faut le faire dans le cas précédent; et dans les deux cas, vous aurez soin de ne pas exercer une trop forte constriction au niveau des malléoles, pour que la circulation ne soit pas entravée inférieurement.

Les malades gardent ce bandage vingt-cinq ou trente jours. A cette époque, nous l'enlevons, et nous permettons à l'articulation un exercice lent et gradué.

Nous ne saurions trop vous rappeler en finissant que c'est pour avoir négligé cette dernière précaution que beaucoup de malades (surtout parmi ceux qui ont été traités par les sangsues et les cataplasmes) souffrent d'une entorse pendant de longues années, qu'ils conservent dans l'articulation tibio-tarsienne des douleurs assez vives et un gonflement augmentant sous l'influence de la moindre fatigue; en un mot, une véritable subinflammation des tissus blancs n'aboutissant que trop fréquemment à la tumeur blanche.

Recherches cliniques

SUR LA PÉRITONITE CHRONIQUE;

Par le docteur Ch. BERNARD, médecin du dépôt des condamnés ancien interne des hôpitaux, etc.

(Troisième et dernier article. — *Voir* le n° du 10 janvier.)

Obs. IX. — Madame D... entre le 30 avril 1845 à la Maison royale de Santé, et accuse des douleurs dans le bas-ventre qui font penser à l'existence d'une péritonite. Agée de quarante-cinq ans, toujours bien réglée et n'ayant eu d'assez bonne heure qu'un enfant, elle a toujours joui d'une excellente santé ; elle n'a point fait de maladie grave et n'a été sujette, à aucune époque de la vie, aux indispositions qui affectent si souvent les femmes pendant la période menstruelle. Dix jours avant d'entrer, madame D... fut prise, sans cause appréciable, de douleurs abdominales un peu vagues, sans siége ni caractère bien précis, ayant progressivement augmenté d'intensité, et qui furent accompagnées de constipation. En ville, deux saignées, quelques sangsues appliquées sur le ventre et de légers purgatifs n'amenèrent aucun soulagement. Ces phénomènes ne pouvaient être rapportés ni à une affection hépatique (la malade n'avait jamais eu ni jaunisse, ni douleurs dans la région du foie, ni n'avai[t] rendu de calculs intestinaux), ni à une affection des voies urinaires il ne s'était point déclaré de coliques néphrétiques, et les urin[es] n'avaient pas non plus offert de dépôt morbide.

Etat de la malade au moment de son entrée. — Facies un pe[u] grippé ; pouls assez plein et résistant, battant 95 fois à la minut[e] ventre développé et douloureux, météorisme, matité et douleu[rs] plus vives au niveau de la fosse iliaque gauche; urines rares et d'[...]

émission difficile ; constipation depuis deux jours ; vomissements bilieux qui ont lieu depuis la veille. Le toucher ne montre aucune lésion du côté du corps ou du col de l'utérus. — 15 sangsues sur le bas-ventre le lendemain.

Le 2 mai, cette femme, après avoir pris un lavement émollient, ressent des coliques atroces qui l'obligent à se tenir pliée en deux et qui continuent presque avec la même intensité pendant trente-six heures, accompagnées de constipation et de vomissements. A la suite de cette crise, l'état général s'aggrave : 100 à 110 pulsations ; face grippée.

Le 5 mai, les vomissements s'arrêtent ; il y a une selle copieuse. Les douleurs et le développement du ventre diminuent, et tous les autres phénomènes vont en s'améliorant jusqu'au 12 mai, où paraissent des symptômes d'ictère (coloration jaune de la peau et des conjonctives, et teinte foncée des urines). Le ventre, qui était un peu tombé les jours précédents, se développe de nouveau ; et la tension des parois abdominales devient telle que la peau est luisante, et les veines sous-cutanées sont très dilatées.

Le 14 mai, on remarque qu'il se forme une tumeur à droite et au-dessous de l'ombilic, là où les premières sangsues ont été appliquées. Le ventre est sonore à sa partie moyenne, et présente un son mat à sa circonférence. Les vomissements ont reparu depuis la veille.

Le 15 mai, la malade accuse au niveau de l'ombilic une douleur vive, et qui augmente à la pression. Les deux hypochondres, le droit dans toute sa hauteur, le gauche dans sa moitié inférieure, sont plus saillants et plus élevés que le reste du ventre ; la peau qui tapisse ces deux régions est d'une couleur bleuâtre et livide. — 0,75 de calomel et 20 sangsues sur l'abdomen.

Le 17 mai, apparaît à l'ombilic, où la malade ressent de vives douleurs depuis trois jours, une petite tumeur, qu'on peut faire rentrer en partie en la soumettant à une pression modérée ; la peau qui la recouvre est très amincie. Les vomissements ont changé de caractère ; de verts, ils sont devenus jaunâtres, mais sans odeur de matière fécale. Du reste, l'affaiblissement de la malade augmente chaque jour.

Le 20 mai, la tumeur ombilicale s'ouvre et laisse échapper des matières fécales jaunâtres et liquides ; en même temps la tension du ventre diminue à la partie moyenne ; mais on remarque trois saillies bien prononcées qui répondent, l'une au cœcum et au colon ascendant, c'est la plus élevée et la plus considérable ; la seconde à l'S du colon ; la troisième occupe le pourtour de la fistule ombilicale. La peau qui recouvre ces tumeurs est noirâtre et livide ; pouls petit et très fréquent ; facies de plus en plus grippé ; respiration courte et précipitée ; vomissements jaunâtres.

La malade succombe le 21 mai, sans avoir rien présenté de nouveau.

Autopsie, par un temps frais et humide.

Examen de l'abdomen. — Les altérations anatomiques sont telles que, tout d'abord, il paraît impossible de distinguer quelles sont les parties qui se présentent sous le bistouri. Avec quelque précaution qu'on incise les téguments du ventre et dans quelque point que l'on porte le scalpel, on pénètre toujours dans un foyer stercoral d'où s'échappent des matières jaunâtres, liquides et d'une odeur caractéristique. Ce n'est qu'après une longue et laborieuse dissection qu'il est possible de constater la disposition suivante : les deux feuillets du péritoine et les différentes anses intestinales qu'il recouvre sont partout intimement unis, excepté dans deux espaces limités ; l'un s'étend de la cinquième à la dixième côte, et renferme l'estomac, excessivement dilaté, le colon transverse, le pancréas, la première partie du duodénum et le lobe gauche du foie ; le second espace, moins considérable que le premier, siége à l'hypogastre et remonte à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic.

Immédiatement au-dessous de la peau et de la première couche musculaire, il existe un vaste foyer rempli de matières fécales, et qui occupe toute la hauteur de l'hypochondre droit jusque sur la surface convexe du foie ; cette poche est limitée en avant par la paroi abdominale antérieure, dont il est impossible de séparer les différents éléments, et qui est excessivement amincie, surtout derrière le ligament de Fallope, où elle paraît être en voie d'ulcération ; en arrière, par la fosse iliaque, le muscle carré des lombes recouvert par le rein et par le foie ; en dedans, par le colon transverse, qui communique par une fistule en boutonnière avec la poche que nous décrivons. Ce foyer présente un prolongement sous les neuvième et huitième côtes, au niveau duquel la peau paraît très amincie, comme au niveau du ligament crural.

Le second foyer est situé derrière l'ombilic, à travers lequel il s'est, comme on le sait déjà, ouvert au dehors ; il communique par deux ou trois ouvertures avec les anses intestinales qui sont au-dessous : quelques brides noirâtres, qui semblent être des débris de tissu intestinal, le traversent. Cette poche nous a paru (la dissection ne nous a pas permis de nous en assurer d'une manière positive) être séparée de la première par le colon ascendant. Enfin, on découvre un troisième et dernier foyer, plus profond et logé sous l'S iliaque et sous le colon descendant ; il offre, du reste, à peu près le même aspect et les mêmes altérations que le premier.

Après avoir décrit la disposition de ces grands clapiers stercoraux, nous allons examiner les altérations des tissus qui les entourent et des anses intestinales éloignées de ces foyers. Les tuniques des intestins sont injectées, présentent ici une coloration noirâtre, là la couleur des muscles de la vie animale un peu décolorés ; elles sont ramollies. Les filaments celluleux et, dans quelques endroits, comme muqueux qui unissent les anses cèdent facilement en entraînant avec eux une partie des membranes sous-jacentes. Ce genre d'altération est pour nous le degré qui précède la communication de deux ou d'un plus grand nombre d'anses intestinales, par suite de l'ulcération de leurs parois. Le rectum offre un degré plus avancé de la même lésion, c'est une imbibition d'un liquide séro-purulent. Enfin, entre les deux lames du mésentère, on trouve quelques cuillerées d'un pus parfaitement louable.

Nous terminerons le paragraphe relatif à l'anatomie pathologique en rapportant une dernière observation qui, sous plus d'un rapport, peut être placée à côté de l'histoire de madame D...

Obs. X. — B..., âgée de quinze ans, entre, le 5 juillet 1847, à l'hôpital Saint-Antoine (salle Sainte-Marie, nº 14). Elle avait déjà été traitée l'année dernière pour le carreau.

Au moment de son admission, le ventre est douloureux, tendu, dur et résistant ; la malade a du dévoiement ; on constate l'existence de tubercules dans les poumons.

Le 8 juillet, le ventre devient le siége de douleurs plus vives, qui augmentent d'intensité jusqu'au 9 à sept heures du matin ; à ce moment, la figure est fortement altérée, décolorée et un peu cyanosée. Pouls insensible, ventre développé, ballonné, sonore, douloureux à la pression. L'anneau ombilical est le siége d'une petite tumeur rouge, tendue et très douloureuse ; elle contient une anse d'intestin qu'on fait rentrer par le taxis. Mort quelques heures après.

Autopsie. — Dans les poumons, on ne trouve qu'un gros tubercule situé à la base d'un des poumons.

Abdomen. — Le grand épiploon adhère complétement à la paroi abdominale ; il est injecté et enflammé, et renferme un grand nombre de tubercules d'un volume variant de celui d'un grain de millet à celui d'une lentille.

Le petit bassin est rempli d'un liquide jaunâtre, qui ressemble à de la sérosité mêlée de matières fécales et de pus.

Les anses intestinales présentent deux espèces d'adhérences, les unes de formation récente et constituées par de fausses membranes molles ; les autres anciennes, cellulaires, résistantes ; la tunique séreuse a disparu, et la membrane musculaire d'une des anses est appliquée directement sur la membrane musculaire de l'autre. Quand on cherche à écarter les deux anses ainsi unies, on produit une déchirure et une communication entre elles deux. On remarque un grand nombre de tubercules du volume, pour la plupart, de petits pois répandus sur la surface interne du péritoine.

A la partie supérieure du jéjunum, existe une perforation de deux millimètres de diamètre, qui répond au fond d'une ulcération allongée, irrégulière, ayant détruit, par points seulement, la muqueuse ; dans d'autres, la membrane musculeuse aussi. Aux environs de l'ulcération, qui est tout à fait détergée, se remarquent de petites tumeurs logées dans la muqueuse et d'où l'on fait sortir un pus tuberculeux.

A deux centimètres au-dessous, on rencontre une seconde ulcération de même forme, qui, dans un point, repose sur le péritoine seul, et encore tellement aminci que la moindre traction eût suffi pour le rompre. Dans toute son étendue, la muqueuse intestinale présente çà et là des ulcérations à peu près semblables, moins profondes pourtant, et aux environs desquelles existent de petits tubercules.

Les ganglions bronchiques et mésentériques sont également envahis par la tuberculisation.

Traitement. — La nature même de ce travail indique le peu de développement que nous serons obligé de donner à la partie thérapeutique ; ne pouvant nous étendre autant que nous l'eussions voulu, nous nous bornerons à présenter des considérations générales sur ce point important de l'histoire de la maladie qui nous occupe. Le peu d'attention qu'on a jusqu'à présent portée à la péritonite chronique, la difficulté qu'on éprouve encore à en préciser le diagnostic, souvent même la nature des altérations anatomiques, ont fait négliger surtout le traitement, qui n'a été pour ainsi dire que vaguement énoncé par les auteurs. Cet abandon s'explique principalement par le pronostic constamment funeste qu'on porte d'ordinaire sur cette maladie ; cependant Broussais déjà en avait admis la curabilité et, dans son ouvrage sur les *Phlegmasies chroniques*, avait rapporté quelques cas de guérison.

Parmi les observations que nous avons recueillies, il en est une qui s'est terminée d'une manière favorable ; il est vrai que les symptômes n'ont jamais offert une intensité très grande ; mais l'inflammation chronique de la séreuse abdominale n'en ayant pas moins existé, nous nous rangeons à l'opinion de Broussais, et nous admettons comme lui que cette phlegmasie peut aussi bien guérir que toutes les autres. Il faut, bien entendu, tenir compte ici de la division toute naturelle que nous avons indiquée en péritonite chronique inflammatoire et en péritonite chronique tuberculeuse. La première seule, cela va presque sans dire, se trouve dans les conditions de curabilité ; la seconde est constamment au-dessus des ressources de l'art et de la nature. On nous reprochera peut-être d'être trop absolu dans cette assertion et de tirer un peu vite de quelques faits particuliers une conclusion générale, que viennent démentir les altérations tuberculeuses des poumons ; ces dernières s'arrêtant dans leur marche et subissant un travail de guérison, ne pourrait-il pas en être de même des tubercules abdominaux ? Nous repoussons cette hypothèse, parce que nous ne pensons pas que la tuberculisation intestinale puisse durer un certain temps sans produire la même altération dans les poumons si elle n'y existe déjà, et qu'alors la maladie ainsi généralisée laisse quelques chances favorables à celui qui en est atteint. Donc ce que nous allons dire maintenant ne s'applique qu'à la première espèce ; nous laisserons entièrement la péritonite tuberculeuse suivre sa marche fatalement funeste. Nous répétons, d'ailleurs, que nous ne pouvons tracer ici que quelques indications générales qui doivent dominer tout le traitement. La péritonite chronique étant déclarée, le médecin doit avoir en vue deux problèmes à résoudre : rendre des forces au malade ; guérir le plus promptement possible la phlegmasie chronique, dans la crainte qu'elle ne devienne tuberculeuse ou que la phthisie pulmonaire ne se développe.

La première indication exige l'emploi sagement combiné d'un petit nombre de toniques et de moyens hygiéniques. Quant à ces derniers, il est bien difficile d'y avoir recours dans nos hôpitaux ; le meilleur moyen et le plus simple est celui qu'ont réclamé en vain les médecins sous la monarchie et que la République leur refusera peut-être longtemps encore, quoi qu'elle ait des châteaux dont elle ne saurait faire un meilleur usage, c'est la création d'un hôpital de convalescence. Aussi, tant que cette réforme n'aura pas eu lieu, il faudra renoncer à l'espérance de guérir beaucoup de malades qu'un peu d'air pur et de bonne nourriture eussent suffi à rendre à la santé, à la société, et eussent éloignés pour toujours des hôpitaux dont ils sont, selon l'expression triviale et vraie, les *piliers*. Jusque-là il faudra administrer, dans le cas de péritonite chronique, des toniques, tels que des vins généreux pris à petite dose, une, deux ou trois onces au plus de vin de quinquina. Souvent l'état de l'estomac ne permet pas de continuer l'usage de ces moyens ; on est alors obligé de se contenter de toniques moins énergiques ; une infusion aromatique et amère, une poudre à peu près de même nature, mélange de quinquina, de cannelle, de gentiane ou de fer, seront souvent employées avec avantage, pourvu que les effets en soient soigneusement surveillés.

La seconde indication sera remplie à l'aide des révulsifs et des fondants, qu'on me pardonne ces expressions un peu surannées ! Cependant, s'il existe encore des signes de réaction, si l'inflammation paraît encore un peu aiguë, on commencera par une ou plusieurs émissions sanguines locales, en ayant soin de les graduer d'après l'état des forces du malade. Quand les moyens antiphlogistiques cesseront d'être indiqués, on s'adressera aux révulsifs locaux pour combattre la maladie ; les vésicatoires volants et entourant toute la partie antérieure et saillante de l'abdomen produiront surtout un bon effet si le développement du ventre tient en partie à du liquide épanché ; ce n'est même que dans ce cas qu'un pareil moyen est avantageusement employé. Lorsque la maladie est plus avancée, que l'abdomen est dur et tendu, les frictions résolutives faites avec la pommade d'iodure de potassium, ou même les frictions fortement irritantes faites avec une pommade stibiée, sont indiquées et doivent être continuées pendant un temps fort long, quelquefois pendant plusieurs mois. Le médecin ne saurait, dans cette maladie, montrer trop de persévérance ; ce n'est qu'à la longue qu'il peut espérer voir ses efforts couronnés de succès.

Résumé. — 1° La péritonite chronique est une maladie encore peu connue, et qui appelle de nouvelles investigations de la part des médecins.

2° Toutes les conditions qui jettent l'économie dans un grand affaiblissement prédisposent à cette affection, dont les causes les plus légères peuvent alors déterminer l'apparition.

3° Le symptôme en quelque sorte pathognomonique est une tension, une résistance toute particulière de l'abdomen.

4° La marche de la péritonite chronique est lente et passe souvent inaperçue pendant les premiers temps de la maladie.

5° Les lésions qui nous ont semblé appartenir spécialement à la péritonite chronique sont, d'après leur ordre de succession :

a. Une augmentation dans la sécrétion normale de la séreuse ;

b. La production d'une matière grise, pulpeuse et qui unit faiblement entre elles les anses de l'intestin ;

c. Le ramollissement et l'injection par un sang noirâtre des tuniques intestinales, ramollissement qui est bientôt suivi de la formation de poches stercorales.

6° La péritonite chronique nous paraît seule susceptible de guérison ; la péritonite tuberculeuse a été jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art et de la nature.

7° On ne peut, dans l'état de la question, que poser certaines indications thérapeutiques générales.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Troisième épreuve. — Leçon orale d'une heure, après trois heures de préparation sans le secours de notes ni de livres.

M. Robert.

Des opérations que l'on pratique sur l'iris.

M. Robert s'occupe d'abord des indications et des contre-indications de la pupille artificielle, et décrit ensuite les opérations qui ont pour but de faire disparaître les fausses membranes développées dans l'ouverture pupillaire ; il donne la préférence à l'extraction de ces membranes, pratiquée à l'aide d'une pince introduite dans la chambre antérieure par une ouverture faite à la cornée.

Lorsque la pupille, après s'être graduellement rétrécie, a fini par s'oblitérer, ou bien lorsqu'elle ne correspond plus à un point transparent de la cornée, quatre méthodes se présentent pour ouvrir une nouvelle voie au passage des rayons lumineux :

1° L'*incision.* — Cette méthode, inventée par Cheselden, donne une ouverture linéaire qui offre une grande tendance à s'oblitérer, malgré les modifications que lui ont fait subir plusieurs chirurgiens ; elle est abandonnée.

2° L'*excision.* — Elle fut pratiquée pour la première fois par Wenzel. En donnant lieu à une perte de substance, cette méthode produit une pupille plus large qui ne présente pas la même tendance à s'oblitérer. Aussi est-elle bien préférable à la simple incision.

3° Le *décollement* de la circonférence de l'iris, dont l'invention appartient à Scarpa. La pupille produite par ce décollement, assez large d'abord, se rétrécit ensuite d'une manière graduelle, et devient plus tard insuffisante.

4° L'*enclavement*, qui fut proposé à peu près à la même époque par Adams et Himley, a pour effet de produire une hernie de l'iris, et par suite une traction sur une partie de la circonférence de la pupille qui se trouve ainsi déplacée ; de telle sorte que cette ouverture s'agrandit ou vient correspondre à une partie transparente de la cornée.

Les accidents qui peuvent entraîner ces opérations consistent principalement dans une inflammation des diverses parties constituantes du globe oculaire.

— Quoique moins remarquable que dans la précédente épreuve, M. Robert s'est cependant montré encore dans celle-ci praticien éclairé et chirurgien instruit. Il a exposé peut-être avec un peu de laconisme les quatre méthodes à l'aide desquelles on pratique la pupille artificielle. Il en a signalé en quelques mots les avantages et les inconvénients, et a fait de chacune une appréciation judicieuse. Mais il a été en général sobre de détails ; il a surtout négligé de décrire les divers procédés qui dans une semblable opération ne manquent pas d'une certaine importance. C'est là une faute réelle, mais qui nous paraît moins grave qu'on ne semble porté à le croire trop généralement, si nous en croyons les échos de la rumeur publique.

M. Jarjavay (1).

Ce candidat, après quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'iris, passe en revue les diverses affections de cette membrane qui peuvent requérir une opération, et se trouve ainsi conduit à poser les indications et les contre-indications de la pupille artificielle. Parmi ces affections se trouvent les abcès, les corps étrangers, les épanchements de sang dans le champ pupillaire, les hernies de l'iris, le staphylome de cette membrane, et surtout l'occlusion ou l'oblitération de la pupille. La plupart de ces maladies ne comportent point d'opérations réglées ; chacune d'elles porte avec elle ses indications. Ainsi, dit M. Jarjavay, les opérations qui devront surtout faire l'objet de cette leçon sont presque exclusivement celles qui ont pour but une pupille artificielle.

Le candidat entre ensuite dans l'étude des quatre méthodes précédemment mentionnées, et les apprécie rapidement ainsi que M. Robert l'avait fait ; mais il insiste beaucoup plus sur les nombreuses modifications proposées pour l'exécution de ces méthodes, c'est-à-dire qu'il entre dans la description des principaux procédés. La dernière partie de la leçon est consacrée aux accidents qui se montrent à la suite de ces opérations et à l'appréciation des résultats définitifs qu'elles donnent.

(1) Dans cette épreuve, les deux candidats qui passent le même jour traitent la même question.

— Le luxe d'érudition déployé dans cette leçon par le candidat a séduit l'auditoire et contrasté en sa faveur avec la sobriété de M. Robert. M. Jarjavay, tout en conservant les qualités d'exposition qu'il avait montrées dans les précédentes épreuves, a su mêler à son érudition, d'ailleurs de bon aloi, une sage critique. C'est un progrès que nous aimons à constater.

M. Malgaigne.

Des opérations que l'on pratique pour les anévrismes des artères carotides.

Ce candidat débute par quelques considérations générales sur la ligature des gros troncs artériels; il rappelle les phénomènes qui ont lieu autour de la ligature et les expériences faites par Travers sur ce sujet. Il fait ensuite l'anatomie chirurgicale de la région carotidienne et de l'artère carotide primitive; puis il aborde le côté chirurgical de la question.

M. Malgaigne divise les anévrismes de la carotide primitive en supérieur, moyen et inférieur, suivant qu'ils occupent la terminaison, la partie moyenne ou l'origine du tronc carotidien.

Les anévrismes qui ont leur siége à la terminaison de l'artère, sont ceux qui se prêtent le mieux aux opérations chirurgicales. La ligature par la méthode de Hunter est le procédé qu'il convient d'adopter pour leur traitement. Ici, M. Malgaigne expose le manuel opératoire de cette ligature.

Lorsque l'anévrisme occupe la partie moyenne du tronc artériel, le champ de l'opération se trouve considérablement rétréci; cependant, il est quelquefois encore possible de pratiquer la ligature par la méthode de Hunter; et alors il faut avoir recours à une incision horizontale qui longe la clavicule et comprend le faisceau externe du sterno-mastoïdien. On ne saurait adopter le procédé de M. Sédillot, qui consiste à lier l'artère à travers une boutonnière formée entre les deux portions des muscles sterno-mastoïdiens.

Quant aux anévrismes de la partie inférieure de la carotide primitive, leur diagnostic, le plus souvent, demeure incertain. Dans cette incertitude, un chirurgien prudent s'abstiendra de toute opération. Si, par exception, l'existence de la tumeur anévrismale était bien établie, on pourrait faire usage de la méthode de Brasdor, ressource ultime et bien précaire!... On a voulu aussi opposer aux anévrismes de la base du cou la ligature du tronc brachio-céphalique, qui a été pratiquée *deux fois*, et deux fois avec insuccès.

La ligature de la carotide primitive est toujours une opération très grave; des troubles physiologiques lui succèdent fréquemment, soit du côté des organes des sens, soit du côté de l'encéphale, soit du côté des organes de la phonation, soit enfin du côté du cœur et des poumons, dont les lésions sont la cause la plus fréquente de la mort après la ligature de la carotide primitive. Il faut donc explorer attentivement ces derniers organes avant de se décider à lier ce vaisseau.

— Nous avons à remplir, à l'égard de M. Malgaigne, un pénible devoir, auquel ne nous fera point faillir toute notre sympathie pour ce candidat éminent. Nous le dirons donc tout d'abord, cette leçon a été au-dessous de tout ce qu'il était possible de prévoir. Non-seulement M. Malgaigne n'a traité qu'une partie de la question en ne s'occupant que des opérations à pratiquer sur la carotide primitive, mais encore cette seule partie traitée l'a été de la manière la plus défectueuse.

Dans l'anatomie chirurgicale, le candidat ne mentionne ni la veine jugulaire externe antérieure, ni la veine thyroïdienne moyenne, ni même le corps thyroïde, dont la présence et les rapports sont cependant si importants à connaître; il place les nerfs pneumogastriques tantôt en dehors, tantôt en arrière, quelquefois *en avant* de la carotide. Enfin, dans l'exposition des détails, c'est un vague qui trahit d'une manière évidente le défaut de connaissances anatomiques précises.

La partie chirurgicale n'est pas moins maltraitée. Non-seulement M. Malgaigne n'établit aucune discussion sérieuse sur la valeur relative de la méthode d'Anel et de Brasdor, et se borne à faire sur cette dernière méthode, comme sur la ligature du tronc brachio-céphalique, des quolibets pour le moins très déplacés dans un pareil sujet, mais encore il commet de nombreuses erreurs d'appréciation et même de faits. Il fait lier à M. Maisonneuve le grand sympathique avec la carotide primitive, tandis qu'il n'en est rien; il dit que la ligature du tronc brachio-céphalique a été faite *deux* fois pour des anévrismes de la carotide, tandis que la science possède au moins *neuf* exemples de cette ligature *toujours* suivie d'insuccès; il fait mourir la plupart des malades à qui l'on a lié la carotide d'affections des poumons et du cœur, tandis que sur un relevé de 27 cas de mort, fait par M. Norris, *deux* fois seulement les poumons étaient malades, et *jamais* le cœur! etc.

Ce devoir rempli, nous en remplirons encore un autre. Ce qui nous a surpris le plus douloureusement après la leçon de M. Malgaigne, ce sont les applaudissements presque frénétiques qui l'ont suivie. Dans l'intérêt de la justice, dans l'intérêt de nos jeunes et futurs confrères, dont nous avons si souvent défendu les droits, nous avons vivement regretté que, par des applaudissements aussi intempestifs, ils aient ainsi enlevé toute autorité à leurs appréciations.

M. Richet.

Il est impossible, dit ce candidat, de comprendre ce qui est relatif à l'histoire des anévrismes des carotides sans connaître parfaitement le trajet, les rapports, la distribution et les anastomoses de ces vaisseaux.

Après avoir rappelé succinctement les notions d'anatomie chirurgicale qui se rattachent à son sujet, M. Richet entre dans quelques considérations pathologiques sur les diverses espèces d'anévrismes qui appartiennent aux carotides primitives externe et interne. Ces anévrismes forment deux classes : ils sont traumatiques ou spontanés; les premiers peuvent être tantôt diffus, tantôt circonscrits, quelquefois variqueux. Les anévrismes diffus ou faux primitifs sont rares; ils exigent la ligature des deux bouts du vaisseau divisé. Les anévrismes faux consécutifs ou circonscrits doivent être traités par la méthode d'Anel; les anévrismes variqueux ne déterminent le plus souvent d'autres symptômes qu'un bruissement incommode pour le malade; ils tendent à rester stationnaires; on doit donc s'abstenir de pratiquer, pour cette affection, la ligature des troncs carotidiens, qui est toujours une opération grave.

Ayant ainsi divisé son sujet et indiqué le traitement qui convient à chaque variété d'anévrisme, M. Richet expose le manuel opératoire de la ligature de la carotide primitive, et arrive à l'appréciation de la valeur relative des méthodes d'Anel et de Brasdor; l'une et l'autre sont utiles, mais dans des conditions différentes. La première convient aux anévrismes de la terminaison de la carotide primitive; la seconde est la seule ressource dont le chirurgien puisse user contre les anévrismes de la base du cou.

Ce candidat termine en passant en revue les divers troubles fonctionnels qui peuvent se montrer à la suite de la ligature des carotides, tels que la syncope, l'aphonie, la toux, l'hémiplégie, et la cécité.

— Quoiqu'ayant envisagé son sujet d'une manière plus complète que M. Malgaigne, M. Richet n'a cependant pas fait ressortir les différences importantes qui existent, au point de vue de la médecine opératoire et de la chirurgie, entre les anévrismes de la carotide primitive, de la carotide externe, et de la carotide interne. Il n'a pas non plus établi sur des raisons solides la préférence qu'il a donnée dans tel ou tel cas aux méthodes d'Anel et de Brasdor, et n'en a nullement fait ressortir les différences et surtout les analogies. Enfin son préambule anatomique, sans contenir d'erreur grave, a manqué de précision et de netteté. Néanmoins, dans cette épreuve, M. Richet a mis un peu plus d'ordre et de convenance dans sa narration; il a apprécié davantage, et en résumé a fait un progrès sensible.

M. Sanson.

De la blépharoplastie.

La blépharoplastie est l'application des procédés autoplastiques aux paupières. Après cette définition, M. Sanson décrit succinctement la conformation extérieure et la structure des voiles palpébreux, énumère les maladies qui peuvent réclamer la blépharoplastie, parle en termes fort généraux de la méthode indienne et de la méthode française, et termine par quelques mots sur les accidents propres à ces opérations.

Une plus longue appréciation serait inutile.

M. Gosselin.

On désigne sous le nom de blépharoplastie un ensemble d'opérations à l'aide desquelles on restaure les paupières en empruntant aux régions voisines une suffisante quantité de parties molles pour réparer la perte de substance que ces organes ont éprouvée ou doivent subir.

Ces opérations forment l'une des conquêtes les plus récentes de la chirurgie; depuis plus de deux siècles Bianco, Branca, Tagliacozzi avaient pratiqué la rhénoplastie; vers la fin du siècle dernier, la méthode indienne fut aussi appliquée à la restauration du nez; plus tard, on appliqua à la restauration des lèvres ces deux méthodes; mais personne ne songeait à faire aux paupières l'application des procédés autoplastiques. Ce fut en 1816 seulement, lorsque Carpne, chirurgien anglais, eut ramené l'attention des chirurgiens sur ces procédés, qu'on eut la pensée de les employer pour combattre les vices de conformation accidentels des paupières; Græfe le premier et ensuite Fricke taillèrent un lambeau sur la région temporo-frontale et l'adaptèrent à la paupière supérieure pour guérir un ectropion suite de brûlures. Ces premiers essais trouvent bientôt des imitateurs, et l'impulsion une fois donnée, la science s'enrichit dans l'espace de quinze ans de la plupart des procédés autoplastiques que nous possédons aujourd'hui.

Parmi les affections auxquelles on peut appliquer la blépharoplastie, il faut surtout mentionner :

1° L'ectropion occasionné par une perte de substance des téguments;

2° Certains entropions;

3° La déviation des voiles palpébraux par les grandes cicatrices du voisinage;

4° Toutes les affections qui nécessitent l'ablation partielle ou totale de l'une ou de l'autre paupière.

Ces diverses affections deviennent pour la blépharoplastie autant d'indications pressantes; car, si le globe de l'œil reste à découvert, les larmes s'écoulent sur la joue, l'inflammation s'empare de la conjonctive et s'étend à la cornée, qui d'abord s'ulcère, puis se perfore, en sorte que le malade est menacé de perdre la vue si l'art n'intervient en sa faveur. Cependant, cette intervention est soumise à certaines conditions : ainsi, il faut s'abstenir d'opérer si la santé générale est altérée, si l'état de l'atmosphère est défavorable, s'il existe une épidémie régnante, si les régions sur lesquelles on doit prendre le lambeau réparateur sont recouvertes de cicatrices étendues et profondes.

La chirurgie autoplastique compte aujourd'hui quatre méthodes : la méthode par restitution, la méthode italienne, la méthode indienne et la méthode de Celse ou méthode française; les deux dernières seulement sont applicables à la restauration des paupières.

La méthode française compte plusieurs procédés : celui de Celse, celui de Jones, celui de Dieffenbach. Dans le premier, après avoir incisé transversalement la paupière déformée, on dissèque les brides celluleuses, et on écarte les lèvres de la plaie de manière à ramener le bord palpébral dans sa situation normale; ce procédé est toujours suivi du retour de la difformité. Dans ces derniers temps, M. Maisonneuve a cherché à le faire revivre en réunissant par la suture les deux bords palpébraux chez un malade dont l'œil correspondant était privé de la vision; cette modification est fort ingénieuse, mais elle n'est applicable qu'aux malades qui se trouvent dans les conditions de celui de M. Maisonneuve.

Le procédé de Jones, qui consiste dans une incision en raquette et l'élévation consécutive du lambeau triangulaire inscrit dans cette incision, n'est utile que dans les cas où la déviation de la paupière est peu considérable.

Pour pratiquer le procédé de Dieffenbach, on fait descendre des angles palpébraux sur la joue deux incisions obliques ou verticales, afin de circonscrire un lambeau qu'on dissèque et qu'on élève ensuite.

Dans la méthode indienne, on taille un lambeau sur le front, la tempe, la région malade ou sur la joue; on lui fait subir une demi-torsion, et, après l'avoir adapté à la plaie palpébrale préalablement avivée, on le fixe à l'aide de la suture entrecoupée ou à l'aide des serres-fines; la compression proposée par A. Bérard comme moyen de fixation du lambeau a le grand inconvénient de le prédisposer à la gangrène.

Après quelques mots consacrés aux phénomènes qui se passent dans le lambeau après l'opération, le candidat s'occupe des accidents propres à la blépharoplastie, et insiste principalement sur la gangrène du lambeau, qui peut être totale ou partielle, et sur l'érysipèle, qui est toujours fâcheux et qui a pu même chez quelques malades déterminer la mort.

— Dans cette leçon, remarquable par la méthode, par une grande netteté d'exposition, par la justesse des appréciations, par la variété et en général par la précision des connaissances, M. Gosselin a montré qu'il était déjà familier avec les difficultés de l'enseignement. Les reproches que nous avons à lui adresser ne portent que sur quelques points secondaires : ainsi, ce candidat a omis de parler du parti qu'on peut tirer de la conjonctive palpébrale dans la blépharoplastie; il a mal décrit le procédé de Dieffenbach; il a rattaché à tort aux méthodes autoplastiques la méthode par restitution, qui constitue une opération toute différente; il a avancé que la peau de la région malaire est plus mince que celle de la région temporale et que cette dernière est plus vasculaire que la peau du front; il n'a pas parlé de l'inflammation et de la fonte purulente du globe oculaire comme accident de la blépharoplastie, etc. Mais ces erreurs ne sauraient entrer en comparaison avec toutes les qualités dont le candidat a fait preuve dans cette leçon. ****

NOUVELLES.

Les chaires d'anatomie et de physiologie de l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon sont réunies, et la chaire de médecine opératoire est confiée à M. Bouchacourt. (*Gazette Méd. de Lyon.*)

— Les journaux allemands annoncent la mort du docteur Philippe-François de Walther, un des médecins les plus célèbres de l'Université de Munich, où il est décédé le 29 décembre après une courte maladie.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 15 JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 7.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Mort de M. Prus.

La science, l'Académie de Médecine, la profession médicale tout entière, ont fait une perte cruelle dans la personne de M. Prus, qui vient de succomber à une longue et douloureuse maladie, contractée pendant son séjour à Alexandrie, où il remplissait, comme tout le monde le sait, les fonctions de médecin sanitaire français. Revenu trop tard en France pour rétablir sa santé, le mal avait déjà fait des progrès irremédiables, et tous les soins de la science et de l'amitié n'ont pu que prolonger la triste agonie du savant malade.

Entré d'une manière remarquable dans la carrière scientifique par un travail sur *l'Irritation et la Phlegmesie*, ou *Nouvelle Doctrine médicale,* travail dans lequel l'auteur combattait avec succès la doctrine physiologique au moment où celle-ci était encore toute-puissante, M. Prus soutint la réputation de son premier début par un second travail sur *la Nature et le Traitement du cancer de l'estomac*, par plusieurs articles intéressants publiés dans divers recueils périodiques ; enfin, par un mémoire remarquable sur l'*Hémorrhagie méningée* publié dans ceux de l'Académie de Médecine.

Les hôpitaux d'abord, l'Académie plus tard, récompensèrent le zèle du savant médecin en lui ouvrant leurs portes. C'est quelques années après sa réception à l'Académie qu'il publia ce magnifique et colossal rapport sur la peste, qui a été la base de notre importante réforme quarantenaire et la cause de l'institution des médecins sanitaires d'Orient. Le zèle scientifique, l'ardeur extrême que M. Prus avait pour le travail promettaient à la science des travaux plus riches et plus importants encore que ceux qu'il avait déjà accomplis. Malheureusement ses forces ont trahi son talent et son grand courage. En demandant pour lui le poste le plus périlleux parmi ceux qui devaient être occupés par les médecins d'Orient, M. Prus n'avait consulté que son amour pour la science et pour l'humanité. Sa mort n'est que la conséquence du plus admirable dévouement.

L'Académie et la profession médicale ne perdent pas seulement, dans M. Prus, un savant distingué; elles perdent encore un de ces hommes sans tache qui font l'honneur du corps auquel ils appartiennent, et dont les panégyristes n'ont qu'à raconter purement et simplement la vie pour inspirer le respect et l'admiration.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Quelques mots sur le traitement de l'anévrisme de l'artère crurale.

Si tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur la méthode opératoire à laquelle on doit avoir recours pour obtenir la cure radicale d'un anévrisme spontané de la partie moyenne de la cuisse; si, en d'autres termes, ils admettent que c'est à celle d'Anel ou de Hunter que l'on doit accorder la préférence, ils sont loin de s'entendre aussi bien lorsqu'il s'agit de préciser les points où la ligature doit être appliquée. Les uns, partisans du procédé ancien, veulent que l'on ouvre le sac et que l'on passe le fil immédiatement au-dessus; les autres prétendent, au contraire, que l'on doit s'éloigner le plus possible de la poche anévrismale; tous apportent à l'appui de leur manière de voir des arguments dont nous ne discuterons pas la valeur; nous nous contenterons d'emprunter au Bulletin de Thérapeutique une observation recueillie dans le service de M. Jobert (de Lamballe), laquelle suffit pour prouver, comme l'a fort justement dit cet habile chirurgien, qu'il existe des cas où il est tout à fait indispensable de pratiquer l'opération loin de l'altération, dût-on laisser entre l'anévrisme et le point de l'artère où l'on applique la ligature, quelque collatérale volumineuse.

OBS. — Le 20 janvier 1849 entra à l'hôpital Saint-Louis le nommé Vernus, âgé de quarante-trois ans, pour y être traité d'une tumeur située vers le milieu et sur le trajet de l'artère fémorale. Cette tumeur était mal circonscrite, peu saillante, indolente, sans changement de couleur à la peau; de plus, elle était le siége de forts battements synchroniques avec le pouls; mais ils disparaissaient quand on comprimait la fémorale sur l'éminence iléo-pectinée; en même temps la tumeur s'affaissait. A tous ces signes, il n'était pas possible de méconnaître l'existence d'un anévrisme de l'artère fémorale.

Le 22, on appliqua le tourniquet pour permettre aux collatérales de se dilater.

Le 3 février, M. Jobert pratiqua la ligature de l'artère fémorale par la méthode de Scarpa, c'est-à-dire au-dessous de la crurale profonde. Le malade alla bien jusqu'au 9 février.

Le lendemain matin, pendant le pansement, un peu de sérosité sanguinolente s'échappa de la plaie; le soir, vers sept heures, il survint une hémorrhagie abondante occasionnée par un violent effort que fit l'opéré.

Le 12 février, à onze heures du matin, l'hémorrhagie reparut, et malgré les soins les plus empressés, le malade succomba à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie de la cuisse révéla les particularités suivantes :

Au niveau de la ligature, on remarqua que le vaisseau était coupé sur toute sa circonférence, excepté en un point, où ses deux bouts tenaient encore l'un à l'autre par un mince lambeau de membrane celluleuse. Le calibre de l'artère fémorale était notablement agrandi, ses parois épaissies, sa surface interne rouge et rugueuse. L'artère était malade dans l'étendue de plusieurs pouces au-dessus du sac, et l'altération remontait même jusqu'au-dessus de la ligature, qui avait porté sur des tissus altérés.

La membrane interne se continuait, sans solution de continuité, avec celle du sac, mais elle manquait complétement au niveau du point où la dilatation était la plus considérable.

La portion d'artère inférieure au sac ne paraissait pas altérée; son calibre seulement semblait rétréci, mais on n'y apercevait pas d'épaississement notable. Au moment où cette partie inférieure s'échappait du sac, elle était fermée par un caillot conique distinct de ceux contenus dans l'intérieur de la poche. Ce caillot fermait l'ouverture de communication et se continuait avec une autre plaie au centre du sac anévrismal, et qui renfermait du sang liquide dans son intérieur, tandis qu'il était plus solide à la circonférence.

Comme je l'ai dit plus haut, cette observation me semble démontrer que l'on ne saurait, en pareille circonstance, trop s'éloigner de la portion altérée de l'artère. Sans doute le malade a commis une très grave imprudence; mais cela n'empêche pas que la ligature a été appliquée sur un point enflammé de l'artère, c'est-à-dire sur des tissus friables et qui n'offraient pas le degré de consistance désirable. Aussi, dès le huitième jour, l'artère était-elle entièrement coupée. Cependant le chirurgien, dans la prévision d'une complication de cette nature, avait eu soin de pratiquer l'opération loin du sac anévrismal. Peut-être, s'il s'en fût éloigné encore davantage, s'il eût pratiqué la ligature de l'artère iliaque externe, eût-il eu plus de chances de réussir. Mais c'est là, il est vrai, une simple conjecture, et par elle-même la ligature de l'artère iliaque externe est une très grave opération. R.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE.

De l'albuminurie et de sa coïncidence avec l'amaurose

Par M. ABEILLE, médecin adjoint.

Plus d'un médecin dû être surpris depuis la communication de M. Landouzy au sujet de la fréquente coïncidence ou complication de l'amaurose avec l'albuminurie. Toute surprenante que dût paraître cette énonciation, le nom de l'auteur, la publicité dont elle était le sujet devaient commander la réserve et laisser les esprits indécis jusqu'à de nouvelles recherches capables de faire disparaître tous les doutes.

Déjà quelques faits conformes à la proposition de M. Landouzy ont été publiés; ces faits sont rares au milieu de tant d'autres négatifs; mais il ne serait peut-être pas impossible de concilier ce qu'a observé notre distingué confrère avec les démonstrations contraires nombreuses et évidentes qui ont été produites jusqu'à présent.

Pour notre compte, depuis un an que nous analysons soigneusement et tous les jours les urines des malades confiés à nos soins dans les hôpitaux, nous déclarons dès à présent avoir rencontré 65 cas d'albuminurie (non compris l'albuminurie que nous avons vue dix-sept fois sur vingt chez les cholériques).

Il convient d'établir tout d'abord une distinction rigoureuse dans ce nombre en apparence si considérable.

Il est une albuminurie peu intense, peu durable, passagère, qui semble tenir à un effort critique de la nature dans certaines affections. Telle est celle observée par MM. Andral, Becquerel, Grisolle, etc., dans la pneumonie. Nous-même l'avons observée 27 fois sur 75 cas de pareille phlegmasie, et, nous le disons sans crainte d'être démenti, presque toujours dans le commencement de la décroissance de l'affection ou peu d'instants avant. Nous devons ajouter encore une remarque : dans nos expérimentations, l'albuminurie nous a paru, dans un cas, se montrer plus fréquemment sous l'influence du traitement par le tartre stibié à haute dose que sous celle des émissions sanguines répétées.

Après la pneumonie, nous avons encore observé l'albuminurie de même nature : 1° dans trois cas de péritonite aiguë;

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les belles pages du docteur Pidoux.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Vous me comblez, mon cher confrère ! Moi répondre à M. Pidoux ! c'est trop d'honneur en vérité ! Il est vrai que cet honneur, comme tous les honneurs, est une rose qui a bien quelques épines : après avoir entendu les *belles pages* de M. Pidoux, comme dit le plus honnête des docteurs de l'univers et de mille autres lieux, il me faut encore les lire ! C'est un peu dur; mais, je me plais à le reconnaître, l'honneur de lutter avec l'illustre inventeur du *galipidoux*, quintescence admirable du galimatias, ne saurait se payer trop cher. J'accepte donc l'honneur que vous me proposez, et je commence ma rude tâche sans plus tarder.

Pas n'est besoin de rappeler que la *Gazette des Hôpitaux* s'était permis, liberté extrême ? de critiquer le pindarisme déroulé par M. Pidoux dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique. M. Pidoux, qui a une immense sollicitude pour les malades, paraît en avoir très peu pour les gens sains d'esprit. Aussi, pour la légère égratignure que vous vous étiez permis de lui faire, s'est-il empressé de vous lancer le pavé suivant par le rez-de-chaussée d'un journal aussi loyal que modéré et aussi modéré qu'honnête :

« Mon cher confrère, » écrit le docteur Pidoux, « la *Gazette des* » *Hôpitaux*, rendant compte de la séance solennelle de nomination » des élèves des hôpitaux et de distribution de prix aux internes, » trouve plaisant d'imaginer que, dans mon allocution aux externes, » j'ai détourné ces jeunes gens des méthodes physiques d'explora- » tion, et qualifié l'auscultation et la percussion en particulier de » nécropsie anticipée. Ce thème adopté, la fantaisie s'est donné » carrière.

» Si le critique de la *Lancette* m'a entendu, que dire de son in- » telligence ? S'il ne m'a pas entendu, que dire de son honnêteté ?... » C'est le public qui jugera après m'avoir lu. »

Hélas! mon cher monsieur Pidoux, si vous attendez que le public vous ait lu pour prononcer entre vous et la *Gazette*, je ne suis que trop certain qu'il ne se prononcera jamais, et vous avez assez d'esprit pour qu'il soit inutile de vous en dire la raison. J'espère donc vous rendre un véritable service en mettant le public en position de juger, c'est-à-dire en lui présentant en quelques mots l'essence de vos *belles pages*, dont il n'aurait certainement pas la force de supporter toutes les beautés depuis le commencement jusqu'à la fin.

Avant de l'initier à cette belle œuvre, je me permettrai cependant une question préalable qui sera un conseil pour vous. On dit que, si vous êtes un médecin illuminé, vous êtes du moins un honnête homme; moi, qui crois si volontiers les choses de ce genre qu'on me raconte, je l'ai cru et je vous tiens pour tel; je vous demande la même faveur envers les rédacteurs de la *Gazette*, et, si vous avez des leçons de morale à dispenser, je vous engage à les garder pour le monde où vous vivez; vous y trouverez sans doute les meilleures occasions de les utiliser. Quant à l'esprit des rédacteurs de la *Gazette*, vous en penserez absolument ce que vous voudrez et vous leur permettrez d'en user de même vis-à-vis du vôtre, j'aime à le croire. Cela bien entendu, parlons de vos belles pages.

Vous vous défendez donc d'avoir reproché à l'auscultation et à la percussion d'être des autopsies anticipées : j'avoue cependant que je vous en croyais coupable; ce n'est pourtant pas faute de ne pas vous avoir entendu; car je vous ai entendu, bien entendu, trop entendu, puisque je devais être forcé à vous lire. Eh bien ! je vous le dis en toute franchise, votre intonation, la manière dont la phrase était amenée, la construction de la phrase elle-même, tout m'avait fait penser que vous aviez très sérieusement fait reproche à l'auscultation et à la percussion d'être des *nécropsies anticipées*. Auriez-vous par mégarde changé cette phrase dans vos belles pages ? Je l'ignore; mais, ce qui est certain, c'est que je ne suis pas tout à fait détrompé. Voyez en effet : vous faites bien l'éloge de l'auscultation et de la percussion, qui font, dites-vous, la gloire de l'Ecole de Paris, mais vous conseillez implicitement de n'en point faire usage, au moins dans les maladies aiguës. Du reste, vous faites à cet égard une phrase trop belle pour que je prive mes lecteurs du plaisir de la lire; elle leur permettra d'ailleurs, aidée de deux ou trois autres, d'apprécier complétement les beautés de votre discours.

« Allez-vous assaillir ces malheureux par une recherche qui exige » l'intervention de leur activité personnelle ? Non. *Sachez alors* » *vous passer en quelque sorte du malade pour l'examiner*. Votre » exploration peut se faire presque sans lui ou du moins dans un » état presque passif de sa part. Ne l'importunez pas de questions » inutiles. Si ses réponses ne sont pas nettes, si elles sont contra- » dictoires et obscurcissent votre recherche, abandonnez cette ma- » nière, ne discutez pas, ne vous obstinez pas à mettre le sujet d'ac- » cord avec lui-même. Votre observation n'en retirerait qu'une » *précision superflue*; vous auriez fatigué, agité fâcheusement le » malade sans mieux connaître la maladie. Ici les antécédents, le » tempéraments, la vie pathologique antérieure n'ont qu'une ims

2° dans cinq cas de bronchite capillaire aiguë ; 3° dans quatre cas d'érysipèle très étendu de la face et du cuir chevelu ; 4° trois fois dans des fièvres d'accès, après un accès très intense et très long, presque pernicieux ; 5° dans un tic douloureux consécutif à une affection cérébrale que, d'après le commémoratif, nous avons vue être une cérébrite ; 6° deux fois dans des péricardites intenses ; 7° une fois dans une hydro-péricardite avec anasarque consécutive (l'albuminurie dura cinq jours, temps que mit l'anasarque à s'épuiser) ; 8° deux fois dans des pleurésies aiguës avec épanchement ; 9° deux fois dans des méningites cérébro-spinales ; 10° deux fois dans la pourriture d'hôpital frappant des vésicatoires placés sur le dos des malades ; ici l'albuminurie a duré jusqu'à la mort, se prolongeant neuf jours dans un cas et vingt-sept dans l'autre ; dans ces cas, elle apparut le septième et neuvième jour de l'application des vésicatoires, et coïncida avec l'avénement de la pourriture d'hôpital. Les reins étaient anémiés, sans altération de nature.

Enfin, ce genre d'albuminurie s'est déclaré dans cinq cas de fièvre typhoïde, au moment où existait à son summum la pneumonie hypostatique si fréquente dans cette maladie. De ces cinq cas, quatre se sont terminés par la mort, et l'albuminurie a persisté jusqu'à la fin. Les reins étaient plus ou moins congestionnés, une fois un peu ramollis ; jamais ils n'étaient le siége de granulations, même après avoir été soumis à l'ébullition.

Sur nos 65 cas d'albuminurie, il n'en est donc que cinq que nous puissions rattacher à la maladie de Bright. De ces cinq cas, deux ont été relatés dans le n° 108 de la *Gazette des Hôpitaux* (1849) au sujet de notre article sur la gomme-gutte ; les trois autres sont actuellement dans notre service : nous aurons à nous en occuper bientôt.

On voit, d'après notre exposé, que, si l'albuminurie se montre fréquemment, elle est, dans la très grande majorité des cas, passagère, et ne saurait indiquer aucune altération précise des reins, ainsi que nous l'ont démontré les autopsies. Dans cette très grande majorité, l'albuminurie n'est, à nos yeux, qu'une tendance de la nature vers une élimination critique. Nous croyons avoir péremptoirement démontré, dans un article inséré il y a peu de temps dans la *Gazette des Hôpitaux*, que l'albuminurie cholérique est le résultat de la surcharge de l'albumine dans le sang, surcharge qui a lieu par la formation spontanée de ce principe par le fait de la maladie.

Il nous reste donc bien avéré que l'albuminurie consécutive à l'affection granuleuse des reins est fort rare.

Pour quelqu'un qui a l'habitude de l'analyse des urines, il est aisé de distinguer *à priori* l'albuminurie qui appartient à l'affection granuleuse des reins de celle qui est étrangère à cette affection. Les caractères sont si tranchés qu'il est impossible de se méprendre, sans même tenir compte du restant de la symptomatologie. L'albuminurie de la maladie de Bright, quand on traite les urines par l'eau bouillante, se traduit par des flocons albumineux condensés, d'un blanc neigeux ou tout au moins clairement opalins, se précipitant avec rapidité. Les urines sont lactescentes, opalines, conservant presque toujours une légère teinte blanchâtre, comme si par l'ébullition elles avaient donné lieu à une décoction de l'albumine.

Dans l'albuminurie passagère, fugace, au contraire, les flocons, plus ou moins épais et tenus en suspension dans le liquide, se précipitent plus difficilement, conservent une teinte ambrée ou diversement colorée ; mais ils n'offrent jamais cette belle blancheur lactescente qu'ils ont dans la maladie de Bright. Nous n'exceptons pas même l'albuminurie cholérique, quelquefois aussi abondante que dans celle-ci, mais se distinguant toujours, comme les précédentes, par la couleur ambrée plus ou moins prononcée des flocons et de l'urine.

On sait que M. Bouillaud a diagnostiqué une albuminurie cantharidienne résultant de la phlegmasie de la séreuse du bassinet sous l'influence de l'absorption de la cantharide, albuminurie que M. Morel-Lavallée avait observée avant lui, et qu'il rapportait à une cystite cantharidienne.

Nous craignons fort que le savant professeur et M. Morel-Lavallée n'aient commis quelque erreur. Nous craignons qu'ils n'aient rapporté à l'action de la cantharide ce qui n'était qu'une conséquence de la maladie qui avait nécessité son emploi. En effet, quand on lit attentivement les observations rapportées dans le mémoire de M. Bouillaud, on voit qu'il s'agit de pneumonies, et de pneumonies résolues le surlendemain ou peu de jours après l'application des vésicatoires. L'albuminurie était trouvée par le savant professeur le lendemain de l'application du vésicatoire. Précisément, d'après la fréquence observée par nous de cette albuminurie dans la pneumonie, il aurait fallu que les observations, pour être favorables à l'influence cantharidienne, eussent tenu compte de l'état des urines la veille et les jours précédents ; ce qui n'a pas été fait. Il nous reste dans la conviction que l'albuminurie cantharidienne de MM. Bouillaud et Morel-Lavallée n'était que la conséquence de la phlegmasie primordiale en voie de s'exécuter. Et nous sommes d'autant plus fondé à penser ainsi que nous possédons aujourd'hui plus de cent observations de malades ventousés sur lesquels on a appliqué de larges vésicatoires et chez lesquels nous n'avons jamais observé l'albuminurie consécutive à l'action de la cantharide. Nous avons bien, en effet, recueilli une dizaine de cas d'albuminurie parmi ces malades, mais alors elle existait déjà avant l'application des vésicatoires ou se manifestait longtemps après (cinq, six, sept, huit jours), et coïncidait toujours avec le commencement de la rétrocession de l'affection morbide initiale. Ces dix cas d'albuminurie ont été recueillis dans des pneumonies ou des bronchites capillaires aiguës.

Nous avons eu occasion de remarquer quatre fois la cystite après l'action des vésicatoires, dont deux fois avec expulsion de pseudo-membranes. Eh bien, dans ces cas, les urines n'étaient point albumineuses. Dans un cinquième cas, la cystite s'accompagna d'hématurie. Les urines étaient légèrement albumineuses à cause de la présence du sang. Le surlendemain, l'hématurie avait cessé, la cystite persistait encore et les urines n'étaient plus albumineuses.

Il n'y a que l'analyse journalière des urines de chaque malade qui puisse faire éviter de semblables erreurs. Avec une telle manière de procéder, on constate ce qui se passe et on n'est point exposé à voir les faits d'après des idées préconçues. C'est ce que nous avons fait depuis un an à l'hôpital de Givet, à celui de Toulon et enfin au Val-de-Grâce, nos observations étant toujours recueillies par nous-même jusque dans leurs moindres détails.

Comment pouvoir, en effet, déclarer le lendemain de l'application d'un vésicatoire que l'albuminurie qu'on observe en dépend quand on ne s'est pas assuré la veille ou les jours précédents de l'état des urines ?

Tous ces points une fois bien établis, et nous avions besoin de le faire, nous arrivons aux trois maladies de Bright qui se trouvent actuellement dans notre service et dont l'une présente une complication d'amaurose.

Obs. I. — Bourgues, soldat du 18e de ligne, vingt-six ans, grand, bien constitué, teint brun, avec pâleur tranchée de la face, entrait le 3 décembre à l'hôpital du Val-de-Grâce accusant douze jours d'invasion.

Il y avait eu pendant ces douze jours quelques accès de fièvre sans régularité ni périodicité. Depuis quatre jours, il n'en avait point ressenti lors de son entrée à l'hôpital. Pour diagnostic, fièvre éphémère. Du reste, il n'y avait aucune souffrance d'organe, aucun dérangement de fonctions. Il fut mis à la demi-portion. Sept jours s'écoulèrent sans qu'il se manifestât rien de nouveau. Les urines étaient examinées tous les jours depuis l'entrée et ne présentaient rien d'anormal.

Le 11, de quatre à cinq heures du soir, survint brusquement un accès de fièvre qui dura jusqu'à onze heures du matin. Cet accès fut caractérisé par les trois stades de froid, de chaud et de transpiration.

Le 12 au matin, les urines étaient fortement albumineuses et de ce caractère propre à la maladie de Bright. L'examen le plus minutieux ne put rien révéler du côté des reins et ne révèle encore rien aujourd'hui ; la pression, la percussion ne réveillent aucune sensibilité insolite dans ces organes. Cet accès de fièvre passé, le malade s'est toujours bien porté, a voulu quitter l'hôpital plusieurs fois. Les urines ont toujours été depuis albumineuses au même degré (le précipité occupe les densations de la colonne de liquide). Une seule chose nous frappe, c'est la pâleur de ce militaire.

Le 23, il lui est pratiqué une saignée exploratrice de deux centigrammes dont nous allons relater l'analyse. Des ventouses scarifiées ont été appliquées sur les reins, puis des vésicatoires, ensuite des cautères. Il a été soumis à l'usage de la limonade sulfurique, du bicarbonate de soude. Les urines restent ce qu'elles étaient le premier jour de l'apparition de l'albuminurie. La vue est intacte. Il n'y a chez lui aucune infiltration séreuse. Il mange bien et veut toujours nous quitter disant qu'il n'a rien.

Analyse du sang. Proportion sur 1,000.

Fibrine	4 04
Globules	136 45
Matériaux solides	77 30
Eau	782 21
	1,000 00

Obs. II. — A côté de ce malade couché au n° 63, se trouve un autre militaire couché au n° 62. Le hasard semble les avoir réunis.

Bruant, soldat au 3e de ligne, bien fait, brun, à tempérament sanguin, entrait à l'hôpital le 21 décembre accusant huit jours d'invasion et présentant des signes de gastricité non douteuse. Une application de sangsues et l'usage de l'eau de Seltz le débarrassèrent promptement. Il allait bien et mangeait la demi-portion quand, le 26, il fut pris d'un accès de fièvre dans la nuit. Les urines avaient été analysées tous les jours depuis l'entrée et n'avaient jamais rien présenté d'anormal.

Le 27, au matin, elles furent analysées de nouveau et trouvées albumineuses, avec le cachet propre à la maladie de Bright. Dans un examen minutieux, nous reconnûmes alors les deux reins douloureux à la percussion, et cette sensibilité s'est maintenue. Il n'y a pas eu d'autre accès de fièvre. Les urines se sont constamment maintenues albumineuses au même point.

Il lui a été pratiqué une saignée exploratrice. Des ventouses scarifiées ont été appliquées sur les reins, puis des vésicatoires. — Limonade sulfurique et bicarbonate de soude.

Ce militaire se porte très bien d'ailleurs. Il a la vue intacte. Pas le plus léger point d'infiltration.

Analyse du sang. Proportion sur 1,000.

Fibrine	2 16
Globules	144 38
Matériaux solides	78 92
Eau	774 54
	1,000 00

Obs. III. — Nous tenons notre troisième malade de la bienveillante obligeance de M. le professeur Champouillon. Ce professeur avait remarqué une amaurose compliquant un cas d'albuminurie. Nous lui demandâmes à analyser le sang. Il l'évacua dans notre service pour que nous puissions l'examiner tout à notre aise.

Tisserant est le nom de ce jeune militaire appartenant à l'arme de l'artillerie. Il est bien constitué, assez fort, la face un peu bouffie ; il porte quatre cautères aux reins et un vésicatoire sur la tempe gauche.

Le commémoratif nous apprend que son albuminurie remonte à plus de trois mois, qu'il a été porteur d'une anasarque qui s'est dissipée sous l'influence du traitement employé par M. le professeur Champouillon ; que, quittant l'hôpital pour aller en convalescence, il fut obligé d'y rentrer bientôt après ; que sa vue s'est affaiblie au point, qu'un moment il aurait eu de la peine à se conduire. C'est le 29 décembre qu'il entre dans notre service. Les urines sont albumineuses comme dans la maladie de Bright, comme chez nos deux précédents malades. Pas d'infiltration séreuse, à part la légère bouffissure de la face.

Voici ce que nous remarquons pour la vue. Vue presque intègre de l'œil droit ; contractilité de la pupille. On voit que la position s'est améliorée. Absence presque complète de la vue de l'œil gauche. Le malade a de la peine à distinguer la lumière ; il méconnaît les objets qu'on lui présente, et cependant, quand, après avoir clos les paupières, on les ouvre, la pupille se contracte. Le globe oculaire semble un peu plus gros, un peu plus saillant que l'autre. — Saignée exploratrice de 120 grammes ; deux vésicatoires à pommade de Gondret sur l'arcarde sourcilière. Limonade sulfurique ; bicarbonate de soude ; demi-portion.

Le 2 janvier, le malade distingue les objets par la moitié inférieure de l'œil, la moitié supérieure n'ayant pas de vision, en sorte qu'il est obligé de lever la tête pour regarder un objet placé en face.

Le 3, la vision, fort incomplète, paraît siéger dans tout l'organe ; mais le malade accuse en même temps une sensation intra-oculaire semblable à celle qu'on éprouverait avec

---

» portance très secondaire *quand ils en ont une*. Les maladies ai-
» guës ne viennent pas de la constitution, celle-ci ne fait que les
» modifier. Voilà pourquoi tout ce qui tient à la personne, à son
» genre de vie, à ses maladies antérieures, à ses parents, etc., etc.,
» est à peu près inutile à savoir, si ce n'est dans certaines circons-
» tances déterminées. Et cela est d'autant plus vrai que les maladies
» sont plus aiguës, c'est-à-dire plus impersonnelles, ou, ce qui est
» la même chose, plus épidémiques. »

Laissant de côté les profondes théories médicales qui brillent dans ce beau passage, vous m'avouerez, mon cher M. Pidoux, que, si dans les maladies aiguës il faut se passer du malade pour l'examiner, si un examen approfondi ne peut servir qu'à donner une *précision superflue*, il est assez inutile d'avoir recours à l'auscultation, dès qu'il est sans intérêt de distinguer une bronchite d'une pneumonie, celle-ci d'une pleurésie, etc., ou qu'on peut faire cette distinction à la seule vue de la physionomie du malade ; comme vous l'avez dit plus d'une fois quand vous faisiez un service à l'hôpital de la Charité, la gloire de ceux qui ont découvert l'auscultation et la percussion est assez stérile, et il est bien naturel de croire que ceux qui, ainsi que vous, la considèrent comme telle, ne lui accordent pas une grande considération. Si la *Gazette* avait commis une erreur, ce que je suis loin de croire, une telle erreur serait donc bien pardonnable.

Je crois en avoir dit assez sur ce point. Je pourrais m'extasier maintenant, et faire extasier mes lecteurs sur la beauté et la profondeur de vos doctrines ; je pourrais admirer le génie qui vous a inspiré lorsque vous avez proclamé que tout ce qui tient aux maladies antérieures, à la personne, à son genre de vie, etc., est inutile à connaître dans les maladies aiguës, ou *impersonnelles*, ou *épidémiques*, ce qui est tout un ; tandis que c'est tout le contraire dans les maladies chroniques, ou *personnelles*, ou non épidémiques ; ce qui est tout un encore. Mais je craindrais que moi et mes lecteurs ne fussions point à la hauteur d'esprit qu'exige l'intelligence de ces doctrines, et je me contente de ne pas comprendre en silence.

Voici, par exemple, une phrase que je ne manquerai pas de signaler aux applaudissements de ceux qui aiment l'éloquence.

« Lorsque, obéissant à son esprit et secourue par les autres scien-
» ces, la médecine aura conquis sur elles son indépendance et les
» dominera ; lorsque, à la hauteur de sa mission et maîtresse d'elle-
» même, elle comprendra l'homme tel qu'il est, et l'embrassera
» tout entier, l'enseignement pourra, j'en suis sûr, asseoir sur une
» seule et même base et les principes scientifiques et les obligations
» morales du médecin et de l'élève des hôpitaux. Alors, cette science
» austère, en descendant d'une chaire savante, se revêtira d'autorité
» et de grandeur. Le sentiment est aujourd'hui dans les âmes, l'idée
» passera alors dans les doctrines. Elle animera, elle ennoblira les
» leçons de l'Ecole........... »

Ce que cette phrase ou ces phrases signifient en langue vulgaire et intelligible, je ne saurais trop le dire ; mais je reconnais qu'elles sont d'autant plus belles que je les comprends moins. D'ailleurs, je suis certain qu'elles contiennent une idée, puisque vous ajoutez immédiatement après :

« Par malheur, et pour des raisons impossibles à donner ici, la
» science n'a pas encore de place pour recevoir philosophiquement
» cette idée. »

Eh bien ! s'en moque qui voudra, mais j'en suis vivement contrarié ; j'aurais été curieux et bien aise de voir que la science eût « *une place pour recevoir* PHILOSOPHIQUEMENT *l'idée* : que *lorsqu'obéissant à son esprit*, » etc. Certes, cette idée aurait dû plaire à beaucoup de gens, ainsi que beaucoup d'autres qui doivent se trouver dans votre discours, quoiqu'on ne les y distingue pas clairement. Il y en a quelques-unes cependant qui ne sont pas tout à fait de mon goût ; telle est la suivante que vous formulez en terminant : « Je vous ai parlé un langage grave, messieurs. » Je sais, mon cher M. Pidoux, qu'il n'est pas défendu à un honnête médecin d'être un peu farceur, mais vous poussez un peu loin la plaisanterie.

Après avoir raconté à de braves jeunes gens qui ne sont pas tout à fait simples d'esprit que la pleurésie est une maladie *impersonnelle* ou *épidémique*, tandis que le rétrécissement de l'urètre et la fistule à l'anus sont des maladies constitutionnelles, prétendre qu'on a parlé un langage grave, c'est un peu dépasser les bornes du bouffon quand on n'est pas en carnaval, et je ne crois pas que nous y fussions quand vous avez récité votre épître. Avouez que vous avez voulu faire une jovialité, et je trouverai, avec votre honorable apologiste, que vous avez écrit quelques belles pages ; que, si vous vous obstinez à donner votre discours comme sérieux, je vous accorderai, non pas que vous avez écrit de belles pages, mais seulement que vous avez tracé quelques belles lignes ; ce sont celles que, dans une intention que je n'ai pas bien saisie, vous avez remplies par des . . . .

. . . .

X...

Service de Chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — A partir du 1er janvier 1850, le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu est composé de MM. Barrier, chirurgien en chef, Desgranges et Vallette, aides-majors, Bonnet et Pétrequin, professeurs de clinique.

(*Gazette Médicale de Lyon.*)

beaucoup de poussière répandue sur l'œil. — Purgation saline; pédiluve sinapisé matin et soir.

Le 7, la vision est toujours obscure du côté gauche, assez bonne du côté droit. Tisserant nous dit qu'il voit de l'œil gauche par quatre points s'entre-croisant perpendiculairement. Il faut ajouter que la chambre postérieure n'offre aucune trace d'opacité, et que l'humeur aqueuse paraît parfaitement limpide.

Le 8, le malade nous montre son ventre, qui est le siége d'une collection séreuse assez abondante.

Cette collection s'est effectuée assez rapidement, puisque le malade ne s'en apercevait pas il y a deux jours.

Analyse du sang. Proportion sur 1,000.

Fibrine	4 47
Globules	113 92
Matériaux solides	160 39
Eau	821 29
	1,000 00

Dans ces trois cas, dont deux de fraîche date, le dernier offre une complication d'amaurose; il a été infiltré de haut en bas déjà une fois; maintenant il a une ascite. Tout porte à croire que l'amaurose est le résultat ou d'une modification survenue dans les humeurs de l'œil par suite de l'abaissement prononcé de l'albumine du sang, et alors ces humeurs ne jouissent plus de l'action physiologique qui leur est dévolue par rapport aux membranes et aux ramifications nerveuses avec lesquelles elles sont en contact; ou bien il serait survenu quelque épanchement séreux sous-arachnoïdien qui pourrait exercer une compression sur l'origine des nerfs qui président à la vision.

De quelque manière qu'on explique ce phénomène, nous sommes autorisé à conclure, d'après les résultats donnés par l'analyse du sang, que les épanchements séreux sont ici le résultat de la modification survenue dans le sang, par suite de la fuite longtemps prolongée de l'albuminurie, modification qui fait que l'eau de ce liquide monte bien au-dessus de la normale, est combinée avec une bien moins grande quantité d'albumine, et donne ainsi au sérum plus de fluidité pour s'échapper à travers les parois des vaisseaux. Cette modification, se prolongeant, peut déterminer à une époque donnée les accidents que nous avons observés du côté de la vue. Maintenant tel médecin peut rester deux ou trois ans sans rencontrer des albuminuries arrivées à ce degré; tel autre, par l'effet du hasard, peut tomber dans un court espace de temps sur un nombre assez considérable de ces mêmes cas, et croire d'après ces données à la fréquente complication de l'amaurose avec l'albuminurie. Nos deux premiers cas datant de peu de temps, l'analyse nous montre l'albumine du sang encore à ses proportions normales ou à peu près.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 2 janvier 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Tumeurs dites fongueuses de la dure-mère.

M. Larrey, après la lecture du procès-verbal, et à propos des faits indiqués de tumeurs fongueuses, rappelle d'abord que M. Lenoir a cité, comme étant unique peut-être, un cas de fongus de la dure-mère développé à la base du crâne et saillant au grand angle de l'œil; il rappelle aussi que M. Chassaignac a dit avoir observé, sur le cadavre, un second cas analogue; mais M. Larrey ajoute que ces deux faits ne sont pas les seuls vraisemblablement; et, à part ceux qu'il serait possible de trouver dans les auteurs, il désigne l'une des dix-neuf observations du mémoire de M. Louis comme offrant des caractères analogues à ceux des deux cas précités.

M. Larrey signale à cette occasion, et sur le même sujet, une thèse qui lui paraît devoir être mentionnée (1). L'auteur de cette thèse, M. Valette, chirurgien aide-major de l'armée, a étudié la question des tumeurs fongueuses, non-seulement d'après les auteurs, et surtout d'après M. Louis, dont il a analysé les observations, mais encore d'après quelques faits qu'il a eu occasion d'examiner lui-même pendant son internat à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il démontre que le diagnostic des tumeurs dites fongueuses de la dure-mère a été souvent erroné; que leur siége n'a pas toujours été bien défini; qu'elles se développent dans l'épaisseur des os du crâne, et spécialement du diploé, bien plus souvent qu'aux dépens des méninges; et que le plus grand nombre de ces tumeurs sont des cancers. « Presque toutes celles qui ont été décrites, dit M. Valette, étaient constituées par du tissu encéphaloïde; il peut arriver cependant, ajoute-t-il, que ces dégénérescences soient d'une autre nature. »

M. Larrey, sans insister sur les citations qu'il pourrait faire de cette thèse, y trouve l'observation de M. Louis à laquelle il faisait allusion en commençant, indiquée en ces termes : *Tumeur fongueuse de la base du crâne faisant saillie au grand angle de l'œil. Cautérisation de la partie exubérante avec une pierre à cautère. Mort deux jours après.*

M. Giraldès se souvient que M. Cruveilhier a cité un ou deux cas analogues à celui-là, soit dans son *Anatomie pathologique*, soit ailleurs. L'une de ces tumeurs fongueuses, faisant saillie à la base du crâne, proéminait dans le nez, où elle fut prise et liée pour un polype par un chirurgien que M. Giraldès ne nomme pas.

M. Chassaignac, à propos de la communication faite par M. Larrey, exprime l'opinion suivante :

Sous le nom de fongus de la dure-mère, ont été décrites des affections qui, avec une physionomie symptomatologique commune, offrent des différences de siége aussi bien que des différences de nature.

Sous le rapport du siége, ou point de départ, ces tumeurs peuvent provenir du péricrâne externe, des lames osseuses externes, du diploé, des lames osseuses internes, de la face externe, de la dure-mère, de la face interne de la même membrane, ainsi que l'a prouvé Chélius, et même des autres membranes du cerveau et de la substance cérébrale elle-même. Sous le rapport de la nature, M. Chassaignac a avancé, dans sa thèse sur les tumeurs du crâne, qu'on devait admettre quatre variétés, savoir : le fongus encéphaloïde, le fongus squirrheux, le fongus fibro-plastique et le fongus érectile.

Si l'on veut tenir compte des faits consacrés dans la science sous le nom de fongus de la dure-mère, on voit que c'est un groupe nosologique très mal constitué, puisqu'il renferme, sous une dénomination commune, des lésions qui n'ont ni la même nature, ni le même point de départ; un jour viendra peut-être où l'on possèdera assez d'observations de fongus naissant directement de la dure-mère pour qu'on puisse constituer sur des caractères bien arrêtés une histoire des véritables fongus de cette membrane. Jusque-là, l'identité de cette maladie n'est pas constituée, et l'on tombe aussi bien dans l'erreur en se rapportant à la théorie exclusive de Louis, qui a enseigné que les tumeurs fongueuses se développaient primitivement sur la face externe de la dure-mère, qu'en s'en rapportant à la théorie non moins exclusive de Walther, qui prononce d'une manière absolue que les fungus de la dure-mère n'appartiennent point à cette membrane, mais bien aux os du crâne, et particulièrement au diploé. L'erreur de Louis provient de ce qu'ayant cru voir dans les deux seuls faits observés par lui le point de départ de la maladie à la dure-mère, il avait indûment généralisé cette idée, en admettant, par une induction fort peu légitime, qu'il en était de même dans les dix-neuf autres observations citées par lui. L'erreur de Walther provient de ce qu'ayant parfaitement constaté, dans certains cas, l'origine de la tumeur dans le diploé, il a pensé qu'il en était toujours ainsi, que cela faisait loi, et que toutes les tumeurs qualifiées de fongus de la dure-mère avaient cette même origine.

Avec les faits que la science possède aujourd'hui, ces opinions exclusives ne sauraient être admises. Il en est de même de celles qui assignent à ces tumeurs une composition toujours identique, soit squirrheuse, soit encéphaloïde, soit fibro-plastique.

On voit donc, ainsi que M. Chassaignac l'a dit en commençant, que le groupe nosologique désigné sous le nom de fongus de la dure-mère renferme des maladies qui, avec un ensemble de symptômes à peu près semblables, présentent des différences de siége et de nature, ce qui va contre le principe de toute bonne classification.

M. Larrey fait observer que M. Valette n'a pas eu la prétention d'exposer dans sa thèse des idées absolument originales sur les tumeurs dites fongueuses de la dure-mère, ni de leur assigner le diploé pour siége ou pour origine à peu près unique. Et la preuve, c'est que, en tenant compte de l'opinion des auteurs et de la nature des faits, il établit, à peu près comme M. Chassaignac, que les tumeurs peuvent avoir leur siége tantôt dans les membranes, tantôt dans les os; ainsi, dans le premier cas, leur point de départ peut-être :

1° Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou même la pie-mère;
2° La face interne de la dure-mère;
3° La face externe de cette membrane.

Les tumeurs appartenant aux os peuvent avoir leur point de départ :

1° Dans le diploé;
2° Dans le péricrâne ou dans le tissu cellulaire qui unit cette membrane aux os.

M. Larrey, en citant cette classification, regrette que M. Chassaignac n'ait pas eu connaissance du travail de M. Valette, qui aurait pu lui fournir quelques utiles indications pour sa thèse sur les *tumeurs de la voûte du crâne* (1).

— M. Vidal (de Cassis) écrit qu'une bronchite assez forte l'empêchera d'assister à la séance.

Relâchement des symphyses du bassin.

M. Ferdinand Martin lit un mémoire sur un relâchement particulier des symphyses du bassin persistant après l'accouchement.

Il expose d'abord les erreurs de diagnostic auxquelles a donné lieu ce relâchement généralement méconnu; il en signale l'existence constante manifestée à des degrés différents, et il en signale les caractères, qui sont du reste en rapport avec les conditions physiologiques propres à faciliter l'accouchement.

La question essentielle examinée par M. Martin dans cet état devenu pathologique après l'acte de la parturition, c'est le remède applicable au mal; et sa thérapeutique, fondée sur le diagnostic, s'appuie elle-même sur quatre observations.

Ces observations sont relatives à des femmes chez lesquelles le relâchement des symphyses du bassin, méconnu pendant fort longtemps, avait déterminé une gêne extrême ou absolue dans la locomotion. Les traitements les plus variés avaient été par conséquent inutiles, et la guérison ne put s'effectuer qu'à l'aide d'une large ceinture en acier. Cette ceinture, imaginée par M. Martin, embrassait le bassin, et, en lui rendant sa solidité, permettait aux malades de marcher immédiatement; et, ramenant peu à peu les symphyses à leur état physiologique, assurait la guérison au bout d'un certain temps.

M. Martin croit cette guérison toujours possible dans les cas analogues à ceux qu'il rapporte, et il termine son mémoire en indiquant certaines précautions propres à assurer le succès de ce moyen contentif.

Une commission, composée de MM. Danyau, R. Marjolin et Chassaignac, examinera le mémoire de M. F. Martin et en rendra compte à la Société.

Tailles périnéales.

M. Lenoir a eu récemment l'occasion de pratiquer deux opérations de taille dans des circonstances qui lui paraissent offrir de l'intérêt.

La première observation est relative à un homme qui éprouvait depuis plusieurs mois des pesanteurs vers le périnée. Il en ressentit un tel malaise qu'il consulta un médecin, et, d'après son conseil, fit une application de sangsues dans la région douloureuse. L'existence d'un calcul n'avait été nullement soupçonnée; les accidents persistèrent, et le malade alors vint consulter M. Lenoir, qui, en pratiquant le cathétérisme, sentit une résistance au passage de la sonde dans la région prostatique, et constata dans ce point la présence d'un calcul. D'après cette seule indication si précise, il fit au périnée une simple incision demi-circulaire, comme celle du premier temps de l'opération de la taille bilatérale. Le doigt, introduit dans la plaie, toucha facilement la pierre; le lithotome double de Dupuytren divisa la prostate sans pénétrer dans la vessie, et l'extraction du calcul fut faite sans difficulté.

Ce calcul offre le volume d'un petit œuf de pigeon et une forme olivaire assez remarquable. Sa face antérieure, répondant au verumontanum, semble en conserver l'empreinte en se prolongeant dans la portion membraneuse, et sa face postérieure, en rapport avec le col de la vessie, est lisse et polie comme si elle avait été soumise à des contractions et à des frottements; car ce calcul se trouvait évidemment contenu dans la prostate en deçà de la cavité de la vessie, circonstance qui a permis à M. Lenoir de limiter son incision à la prostate sans intéresser le col vésical; et la preuve, c'est qu'il ne s'écoula point d'urine pendant l'opération, tandis qu'une sonde ayant été introduite immédiatement après permit au malade d'uriner abondamment, et il eut plus tard la faculté de satisfaire ce besoin à volonté.

Ce n'est pas tout pour ce malade: deux ou trois jours après son opération, M. Lenoir, en introduisant une sonde dans la vessie, y trouva un second calcul qui lui parut offrir peu de consistance, et, pour cette raison, il se disposait à employer la lithotritie, lorsqu'il reconnut ensuite que cette nouvelle pierre, assez petite du reste, avait franchi le col et s'était logée dans l'espèce qu'il désigne sous le nom de poche prostatique. Il opéra sur place le broiement du calcul, et en fit ainsi l'extraction. Le malade, presque guéri maintenant, est sur le point de sortir de l'hôpital.

La seconde observation se rapporte à un homme de soixante-seize ans, entré d'abord à Necker dans le service de M. Civiale, qui constata que la lithotritie était inapplicable à cause d'un catarrhe vésical et d'une hypertrophie de la prostate, et qui, en conséquence, adressa le malade à M. Lenoir.

La taille latéralisée, malgré la difficulté prévue résultant de l'épaisseur du périnée, fut faite de préférence à toute autre méthode, et plutôt surtout que la taille suspubienne, parce qu'en opérant par le périnée on a, dit M. Lenoir, l'avantage de faire à la prostate une incision qui agit comme moyen de dégorgement. De plus, ajoute-t-il, en agissant par-dessus le pubis, on éprouve des difficultés à introduire la sonde à dard dans la vessie et aussi à faire sortir l'urine, comme on peut d'ailleurs s'en rendre compte.

L'opération annihilée pour ainsi dire, quant à la douleur, par le chloroforme, fut très laborieuse dans son exécution, à cause de l'épaisseur considérable du périnée qui rendait l'accès de la vessie difficile; la prostate était volumineuse; l'ouverture de quinze lignes faite avec le lithotome fut insuffisante, et il fallut, par une forte dépression de la prostate, élargir la voie. M. Lenoir introduisit le bouton d'abord, puis les tenettes, et il parvint à extraire successivement quatre calculs. Il ne mit rien dans la plaie, afin de laisser couler l'urine librement; aucun accident primitif ne survint; le malade n'eut point de fièvre, et il se trouva très bien pendant deux ou trois jours. Mais alors se déclara une rétention d'urine produite par le gonflement des tissus et les adhérences des bords de la plaie. Il fallut, pour y remédier, détruire ces adhérences, et aussitôt s'effectua l'issue d'une grande quantité d'urine; une grosse sonde introduite par la plaie fut maintenue à demeure dans la vessie; l'accident ne s'est pas reproduit; le malade est en bon état, et on peut présumer sa guérison.

M. Chassaignac a écouté attentivement l'intéressante communication faite par M. Lenoir, et, en prenant la parole, il n'a en vue que le premier des deux malades. Il y a cinq ou six ans qu'il a fait précisément à Necker, sous les yeux et sous la direction même de M. Lenoir, une taille de ce genre, qu'il a appelée *taille prostatique* en publiant l'observation. Il éprouva des difficultés extrêmes à faire agir le lithotome, à tel point qu'il fut obligé d'inciser directement sur la saillie formée par le calcul, comme on aurait agi pour l'extraction d'une balle.

M. Chassaignac demande à M. Lenoir comment il a pu ouvrir et développer le lithotome dans le point qu'il a indiqué sans pénétrer dans la vessie. Il ne comprend pas, quant à lui, que cela ait été possible. Et d'ailleurs, la disposition du calcul, par sa surface lisse et polie, annonçait sans doute son contact avec le second calcul d'abord contenu dans la vessie.

M. Morel-Lavallée n'a que peu de chose à dire: c'est relativement à l'influence du nombre des calculs sur l'aspect de leur surface. Ainsi, les calculs multiples peuvent offrir une surface lisse et arrondie en raison sans doute de leurs frottements réciproques, et à l'exclusion de tout point de contact. Par conséquent, l'explication donnée par M. Chassaignac ne serait pas juste.

M. Robert veut seulement adresser une question à M. Lenoir au sujet de son second malade. Il lui demande pourquoi il a introduit la sonde par la plaie plutôt que par l'urètre; n'y avait-il pas à craindre une fistule en détruisant les adhérences qui s'étaient formées ?

M. Lenoir répond que le moyen le plus sûr, selon lui, de remédier vite aux accidents de la rétention d'urine était d'ouvrir la voie déjà faite, et il ne pense pas avoir pour cela

(1) Dominique Valette, *Des tumeurs fongueuses de la dure-mère et des os du crâne*. Paris, 1846.

(1) M. Chassaignac.

compromis la guérison de son malade, d'autant que l'opération était récente, en lui réservant la facilité de pénétrer ensuite dans la vessie par l'urètre. Il a suivi d'ailleurs, dans cette circonstance, la pratique de M. Cloquet, et il espère que rien de fâcheux n'en adviendra.

M. Michon désire avoir quelques renseignements et faire quelques réflexions sur la communication qui vient d'être faite.

« M. Lenoir, dit-il, en pratiquant la taille périnéale, et en choisissant la taille latéralisée, a exposé les raisons qui l'ont décédé à agir ainsi; mais il n'en a pas moins éprouvé de grandes difficultés. Il devait s'attendre d'abord à voir le malade exposé aux accidents d'une rétention d'urine; car en fendant une prostate aussi volumineuse et aussi dure, il avait à craindre la réunion de son tissu divisé, ainsi que l'engorgement inflammatoire; accidents auxquels il put remédier en donnant issue à deux litres d'urine. — Vous avez fait, en un mot, dit M. Michon à M. Lenoir, une plaie très élastique avec tendance à la rétention d'urine; et en portant une canule dans cette plaie, vous favorisez la formation d'une fistule qui s'organisera, en même temps que vous faites perdre à la vessie l'habitude de se débarrasser de l'urine. — Mieux vaudrait certainement placer la sonde dans les voies naturelles. »

Quant à la facette du calcul, M. Michon croit en effet que c'est là une facette de contact, et il lui semble probable que la facette du calcul brisé correspondait à l'autre.

Pour ce qui est de la manœuvre opératoire, il répond à l'objection faite par M. Chassaignac en disant que M. Lenoir agissait dans une espèce de poche prostatique accessible à l'action du lithotome, comme le serait une excavation vésicale. M. Michon, enfin, a observé une disposition semblable, c'est-à-dire l'existence d'une poche prostatique chez un ancien professeur d'histoire du collége Louis-le-Grand, M. Durozoir, qui fut opéré par M. Le Roy-d'Etiolles.

M. Chassaignac prie M. Lenoir de comprendre dans la réponse quelque chose sur la taille bilatérale, qu'il croit préférable aussi pour débrider la prostate.

M. Lenoir répondra en quelques mots.

Il maintient d'abord ce qu'il a dit pour le premier malade, à savoir : que le calcul logé dans la prostate l'avait distendue sensiblement. La disposition de ce calcul, répondant d'une part à la saillie du verumontanum, ne communiquait pas, d'une part, avec la vessie, et n'était point en contact avec l'autre calcul. Pas une goutte d'urine ne s'est écoulée pendant l'opération; donc l'instrument n'a pas pénétré dans la vessie, et par conséquent le col de cet organe est resté intermédiaire aux deux calculs.

M. Lenoir rappelle, pour le second malade, que le calcul laissait autour de lui un petit intervalle ou espace libre permettant l'action de l'instrument. C'est en retirant le lithotome que la portion membraneuse a été incisée, et c'est par cette espèce de débridement que l'extraction du calcul a été faite. Quant à la sonde, M. Lenoir a l'intention d'en introduire une par l'urètre dans quelques jours, et sous ce rapport, dit-il, il n'y a pas péril en la demeure. Il fera le cathétérisme dès qu'il le pourra.

« On m'a demandé, ajoute M. Lenoir, pourquoi je n'avais pas eu recours à la taille bilatérale. Je l'ai dit, en incisant la prostate j'ai voulu en même temps en opérer le dégorgement. Je regrette même de n'avoir pas fait dans ce but une double incision demi-transversale, demi-oblique, d'après le procédé de Senn; mais j'aurais eu de la peine à y réussir, à moins d'un bistouri boutonné très long ou du lithotome simple. L'incision que j'ai faite, quoique insuffisante, me semblait indiquée en définitive. »

M. Robert exprime l'idée que l'on aurait pu recourir à la taille quadrilatérale de M. Vidal (de Cassis).

M. Lenoir, pour compléter son argumentation, croit que la taille bilatérale de Dupuytren n'assure pas d'aussi bonnes conditions d'extraction. On a, dit-il, une incision moins étendue en réalité que dans l'opération indiquée par Senn; mais il reconnaît, avec M. Michon, que l'on aurait par cette méthode mieux divisé la prostate. S'il avait fait une taille bilatérale, il n'aurait pas choisi le procédé de Dupuytren, dont l'incision est mal disposée pour l'extraction des gros calculs. Il aurait préféré une incision à angle plus ouvert, comme l'a très bien indiqué M. Senn dans sa thèse, et M. Lenoir en trace le dessin au tableau.

M. Chassaignac considère ce que vient de dire M. Lenoir comme un argument plus favorable que contraire à la taille bilatérale de Dupuytren. En effet, selon lui, le danger du procédé de Senn est précisément de ne pouvoir éviter de sortir de la prostate, malgré ce qu'a de spécieux, de géométrique même la démonstration de ce procédé, tandis que le véritable principe de l'opération a été posé par Dupuytren.

M. Lenoir ne conteste pas qu'il en soit ainsi, et il rappelle le précepte de Boyer, à savoir: qu'il faut suivre l'incision avec l'instrument ou le lithotome simple, pour ne pas s'exposer à blesser les parties placées sur les côtés de la prostate. Or l'opération eût été très faisable ainsi chez son malade. C'est tout ce qui lui restait à dire.

MM. Chassaignac, Giraldès et quelques autres membres, échangent encore quelques réflexions secondaires sur le même même sujet; mais l'heure avancée nécessite la levée de la séance.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

CORRESPONDANCE.

Glace dans les ophthalmies.

Monsieur le Rédacteur,

Je comprends que la polémique soulevée entre l'honorable M. Chassaignac et moi ne peut guère se prolonger sans devenir fastidieuse. Toutefois, nous n'aurions pas à nous en repentir si nous avions réussi à porter les praticiens à expérimenter la méthode réfrigérante par la glace. J'ai peu de mots à répondre à mon estimable contradicteur, et j'espère que ce seront les derniers; car, déjà, après une seconde lettre, on pouvait croire que toute controverse sérieuse était devenue impossible. Quel était l'objet du litige? M. Chassaignac prétend avoir appliqué le premier la glace au traitement des inflammations de l'œil. Je revendique pour moi-même cet honneur. Je pouvais me borner à dire que je préconise et emploie depuis des années, comme *méthode générale*, la réfrigération par la glace simple ou additionnée de sel marin, dans toutes les inflammations chirurgicales, accidentelles ou consécutives à des opérations, et que l'application partielle faite par M. Chassaignac rentrerait dans ma méthode comme la partie dans le tout. C'était la grande preuve, la preuve générale, doctrinale, philosophique. J'ai fait plus, je suis descendu du principe au détail, du général au particulier, et j'ai prouvé, *texte en main*, qu'avant, bien avant M. Chassaignac, j'ai fait pour l'œil enflammé accidentellement ou par suite d'une aetioni chirurgicale, ce que j'ai fait, ce que je fais pour toutes les parties du corps dans les mêmes circonstances. (*Gazette des Hôpitaux*, 1840. Voir ma dernière lettre). C'est ce que l'on pourrait appeler la petite preuve, la preuve locale, particulière. J'ai donc administré à M. Chassaignac la grande et la petite preuve. Que faut-il de plus? A la vérité, mon honorable confrère demande des observations *détaillées*. Mais, pour démontrer mon droit à la priorité, de quel autre *détail* puis-je avoir besoin, après celui qui consiste dans une date précise de laquelle il résulte que j'ai employé la glace contre les phlogoses oculaires très-longtemps avant les intéressants essais de M. Chassaignac? Ce n'est que par les détails, dit mon très honoré confrère, que l'on peut juger de l'opportunité et de l'efficacité d'un moyen thérapeutique. J'en suis d'accord; mais il ne s'agit ni d'opportunité, ni d'efficacité, il s'agit tout simplement de priorité. Il s'agit de savoir qui de lui ou de moi a appliqué le premier le traitement par la glace aux yeux enflammés (1). M. Chassaignac me lance un dernier trait : ce ne serait ni lui, ni moi qui aurions fait cette dernière application. En tout cas, c'est toujours moi avant lui. Maintenant, si c'est quelque autre avant moi, je m'incline; mais, pour le coup, je demande à mon spirituel et habile contradicteur des preuves, c'est-à-dire des faits, et je l'avertis que je le tiens quitte des *détails*.

Agréez, etc. Baudens.

Discipline professionnelle.

Nous avons inséré avec empressement la note publiée par la *Presse Médicale belge*, sauf quelques expressions un peu exaltées qui auraient pu nuire à l'objet de la réclamations dans le cas où cette réclamation aurait été fondée. Nous ne mettons pas moins d'empressement à accueillir la justification suivante que nous envoient les membres de la commission. Nous tenons avant tout à ce que la lumière se fasse, et à ne pouvoir point passer pour faire une opposition systématique, ni chez nous, ni chez l'étranger. Voici la lettre que nous adressent les honorables confrères membres de la commission attaquée.

Ostende, 5 janvier 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Aussi longtemps que l'affaire concernant le docteur de Jumné, dans laquelle on fait jouer un certain rôle à l'*invidia médicorum* n'a servi d'aliment qu'à deux ou trois journaux de médecine belges, nous avons cru devoir nous abstenir de répondre : mais depuis que vous, un des organes de la presse médicale les plus respectables de l'Europe, avez trouvé bon d'en entretenir vos lecteurs dans le numéro du 27 décembre de la *Gazette des Hôpitaux*, il ne nous est plus permis de nous taire. Nous venons donc protester contre l'insinuation malveillante que l'on fait planer sur les médecins d'Ostende : aucun d'eux n'est capable de commettre un acte de déloyauté. Si M. de Jumné éprouve des désagréments au sujet d'un accouchement malheureux, il ne le doit qu'à lui-même pour ne pas s'être conformé à la loi de 1818 qui régit la profession médicale en Belgique. L'article 11 de l'instruction pour les accoucheurs porte : « Lorsqu'une femme en travail meurt sans être délivrée, il (l'accoucheur) en donnera avis dans les vingt-quatre heures au président de la commission médicale, en y joignant, par écrit, les motifs qui ont empêché que l'accouchement eût lieu par les moyens de l'art. S'il en est requis, il produira des certificats constatant d'une manière satisfaisante qu'il les a proposés ou conseillés à la femme en travail ou à ses proches. » Cet article, qui doit sauvegarder l'honneur du médecin autant que l'intérêt de la société, n'a pas été observé par M. de Jumné; et, comme Ostende n'est distant de Bruges, où siége la commission médicale de la Flandre occidentale, que de trente minutes, il est aisé de comprendre qu'une affaire qui, dès le lendemain, faisait le sujet de toutes les conversations, soit arrivée aussitôt à la connaissance de cette commission. Celle-ci, voyant que M. de Jumné ne se conformait pas à la loi, et ne pouvant pas faire une exception à son égard, d'autant moins qu'elle venait de sévir contre un médecin de la province auquel un malheur semblable venait d'arriver, écrivit, par l'organe de son président, à M. de Jumné, pour le prier de se rendre à la plus prochaine séance, afin de donner des explications sur ce cas malheureux.

Pour toute réponse, M. de Jumné retourna la lettre à son auteur, acte qu'il qualifie lui-même d'affront sanglant. Dès lors la commission crut devoir référer le cas à la justice, force devant rester à la loi.

Nous le répétons, monsieur, votre article ne nous permet pas de différer davantage de protester contre l'insinuation malveillante qu'on fait planer sur nous, mettant au défi qui que ce soit de prouver que l'un ou l'autre des médecins d'Ostende se soit constitué dénonciateur à l'égard de M. de Jumné. Quel que soit le résultat de notre démarche, nous sommes fermement décidés à terminer là toute polémique à ce triste sujet.

Vous priant de vouloir publier la présente lettre dans votre plus prochain numéro, nous avons l'honneur d'être, etc.

Dr Filleul, Dr Verhaeghe, A. Sausheez, De Lennynk, m. d.

(1) Du reste, s'il faut absolument une observation complète pour satisfaire notre estimable contradicteur, je lui signalerai une bonne thèse, soutenue à Paris en 1847, par mon chef de clinique, M. Verjus, et dans laquelle il trouvera une observation d'ophthalmie purulente traitée par le nitrate d'argent et par la glace.

NOUVELLES.

On lit dans le *Moniteur algérien* du 5 janvier.

« Le choléra s'éloigne de l'Algérie! Après avoir payé un juste tribut de regrets à ceux de nos camarades qui ont succombé en si grand nombre, le moment est venu de rendre grâces à tous ceux dont la sollicitude, le dévouement et la science ont contribué à diminuer nos pertes. Le gouverneur-général, organe de toute l'armée, vient accomplir ce devoir.

» M. l'intendant de l'armée, MM. les intendants et sous-intendants militaires ont bien mérité de l'armée en organisant rapidement tous les moyens de secours nécessaires, en redoublant de surveillance pour tous les détails du service hospitalier.

» MM. les officiers de santé militaires, les officiers d'administration des hôpitaux et les infirmiers militaires, les auxiliaires de toutes armes qui ont dû leur être adjoints, appelés à lutter corps à corps, pour ainsi dire, avec le fléau, ont généreusement satisfait à ce périlleux devoir.

» Nul parmi eux n'y a failli. Cet éloge se justifie trop bien par la nombreuse liste de leurs morts!

» *Officiers de santé.* — MM. Poullain, chirurgien principal à Oran; Goëdorp, médecin ordinaire à Oran; Julia, médecin ordinaire à Oran; Bellot, chirurgien sous-aide à Oran; Denis, chirurgien-major à Tenez; Douzinelle, chirurgien sous-aide à Tenez; Barra, chirurgien aide-major à Tlemcen; Lallart, chirurgien aide-major à Sétif; Jacquot, médecin adjoint à Arzew; Dispot, chirurgien sous-aide à Arzew; Suirolle, chirurgien sous-aide à Gastonville; Sainte-Marie, chirurgien sous-aide à El-Arrouch; Balbien, chirurgien sous-aide à Aumale; Barhaud, chirurgien sous-aide à Mascara.

» *Officiers d'administration des hôpitaux.* — MM. Reboux, adjudant en 1er à Alger; Berteloite, Lefort, Florentin, Berton, Boisset, Dauriac, adjudants en 2e à Oran; Estagnasié, adjudant en 2e à Tenez; Ricard, adjudant en 2e à Bathna.

» *Infirmiers militaires.* — Un huitième environ de l'effectif a péri.

» Que ces hommes courageux reçoivent ici un dernier hommage!

» Le gouverneur général ne nommera point après eux leurs collègues, qui, animés d'un dévouement égal au leur, ont échappé à la mort. Le corps entier est honoré par le sacrifice noblement accompli par plusieurs de ses membres. L'estime et l'affection de l'armée, acquises depuis longtemps au corps médical et au personnel d'administration des hôpitaux, se sont encore accrues; chacun a sa part équitable dans la reconnaissance générale.

» Les nouveaux titres acquis par tous et par chacun ont été mis sous les yeux du ministre de la guerre et recommandés vivement à sa bienveillante justice.

» *Le gouverneur général de l'Algérie*,

« Signé V. Charron. »

— Les affections cancéreuses du genou étant assez rares, nous croyons devoir informer nos lecteurs de Paris que M. Jobert pratiquera mercredi prochain, 16 janvier, une amputation de cuisse pour une affection de ce genre siégeant sur le genou.

Le vendredi suivant, le même chirurgien pratiquera une ligature de l'artère crurale pour un anévrisme.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis, dans la première semaine de janvier, leurs collections de 1849, peuvent les faire reprendre à notre bureau : elles sont très solidement reliées.

Le prix de l'année 1849, reliée, est de 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 17 JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 8.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal; hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 16 JANVIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le secrétaire perpétuel a douloureusement ouvert la séance d'hier par les quelques paroles qu'il a prononcées sur la tombe de M. Prus. Ceux qui, comme nous, ont connu de près le médecin éminent que l'Académie vient de perdre avaient pour lui la plus haute estime, la plus vive sympathie; ils l'aimeront et le respecteront plus encore quand ils connaîtront les sentiments de dévouement pour la science, de gratitude pour l'Académie qui l'animaient, même à son lit de mort. Ils apprécieront davantage aussi M. Fr. Dubois, qui se montre, chaque jour, de plus en plus le digne interprète du premier corps médical de France.

Après le touchant discours de M. Dubois, qui a produit la plus vive impression sur l'assemblée, la question des engorgements de l'utérus a reparu à la tribune avec la parole de M. Huguier. Après l'éloquence, la chirurgie. Décidément, la médecine proprement dite ne paraît pas s'intéresser beaucoup à la solution d'une question qui a suscité tant d'orages à l'Académie parmi les chirurgiens, seuls engagés dans ces débats. Les orateurs que nous avons déjà entendus viennent de nouveau défendre leurs opinions, et les médecins laissent recommencer la lutte sans intervenir largement dans une question où cependant ils auraient encore beaucoup à faire, selon nous.

M. Huguier avait déjà fait part à l'Académie de ses nombreux travaux sur les affections, ou, pour mieux dire, sur les altérations diverses de l'organe utérin. Il est venu répondre aujourd'hui à quelques objections dirigées contre certains résultats de ses recherches par divers orateurs. Il s'est appesanti sur les distinctions que l'on doit établir, d'après lui, entre l'engorgement et l'hypertrophie de l'utérus. Louons M. Huguier, et constatons que ses efforts pour arriver à une distinction nette et précise entre ces deux sortes d'altérations n'ont pas été perdus. Nous mettrons nos lecteurs à même d'apprécier ce côté presque entièrement neuf encore de la question, en mettant sous leurs yeux le discours tout entier de M. Huguier.

Quant à nous, nous admettons que ces différences sont très fondées au point de vue de l'anatomie pathologique; mais il est permis de se demander si elles sont aussi nettes et aussi tranchées dans la pratique. Ce n'est pas un reproche que nous adressons à M. Huguier, mais nous demanderons à ce laborieux observateur comment, après ces distinctions, il fait, de l'engorgement de l'utérus, une affection complexe tenant le milieu entre l'inflammation et l'hypertrophie de cet organe? Si cette affection est le plus souvent le résultat d'une inflammation répétée à courts intervalles sur l'utérus, pourquoi séparer le résultat de la cause productrice habituelle? Où sera la limite vraie, saisissable, pratique, entre cet état de l'utérus cessant d'être une inflammation pour devenir un engorgement? N'y a-t-il pas là tout au plus deux périodes d'évolution d'une même transformation morbide, plutôt que deux affections distinctes et séparées? M. Huguier ne s'est-il pas laissé emporter un peu trop loin dans ses habitudes d'une analyse basée trop exclusivement sur l'anatomie pathologique? Nous nous contenterons de poser la question. Peut-être aurons-nous occasion, plus tard, d'en tenter la solution.

Après ce travail, l'Académie a entendu un long mémoire de M. Fourcault, à propos de la discussion pendante, intitulé : *De l'Influence des diathèses sur la formation des lésions locales.* Ce travail est de telle nature, qu'il faudrait beaucoup plus qu'une lecture pour l'apprécier, et même pour le comprendre.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Sappey.

Tumeur volumineuse de la région ombilicale, de nature fibro-plastique, prise pour une tumeur encéphaloïde. — Extirpation. — Emploi du chlorure de soude. — Guérison.

(Observation communiquée par M. Jules LEGRAND, interne.)

Obs. — Le nommé Boussard, journalier, âgé de cinquante et un ans, entre le 19 mai 1849 à l'hôpital des Cliniques, service de chirurgie.

Cet homme raconte que sa maladie commença, il y a douze ans, par une petite tumeur qui avait déjà le volume d'une noisette lorsqu'il s'en aperçut. Cette tumeur, autant qu'il peut se le rappeler, donnait la sensation d'une boule mobile roulant sous le doigt; elle était molle, indolente et sans changement de couleur à la peau.

Son accroissement resta très lent jusqu'à l'hiver dernier; mais à partir du mois de janvier, elle augmenta très rapidement et de plus des deux tiers. Un peu plus tard, il se forma çà et là, à sa surface, de petites excoriations qui se recouvrirent de croûtes. Ce fut seulement à dater de cette époque, c'est-à-dire il y a deux mois, que le malade ressentit quelques élancements dans la tumeur. La difformité et surtout la gêne qu'il éprouvait en marchant le déterminèrent à venir réclamer des soins à l'hôpital.

Le 19 mai, jour de l'entrée, on voit dans la région ombilicale une tumeur qui a le volume d'un melon d'assez forte dimension. Cette tumeur représente un ovoïde à grand diamètre transversal étendu d'un hypochondre à celui du côté opposé, et dont l'extrémité droite est la plus volumineuse; son diamètre vertical a environ 7 à 8 pouces. Elle est arrondie et légèrement pédiculée; ses limites, lorsque le malade est dans le décubitus dorsal, sont appréciables seulement à la partie supérieure; elles remontent jusqu'à 1 centimètre et demi au-dessous de l'appendice xyphoïde; en bas elles sont cachées par le relief de la tumeur, qui dépasse de trois travers de doigt l'insertion inférieure du pédicule; celle-ci se fait précisément au niveau de la cicatrice ombilicale.

La tumeur est dure, lisse, parfaitement arrondie dans son tiers droit, mamelonnée, ulcérée dans le reste de son étendue, et couverte de croûtes d'un brun-jaunâtre qui alternent avec une coloration violacée de la peau. Dans quelques points, et notamment en bas et sur la ligne médiane, on constate une certaine mollesse et une fluctuation douteuse. Les points ulcérés ne fournissent jamais d'hémorrhagies. Enfin, la tumeur est assez mobile; elle paraît être superficielle et ne pas faire de saillie intérieurement.

L'état général du malade est satisfaisant; son teint est bien un peu jaunâtre, mais l'appétit est parfaitement conservé; les fonctions digestives sont normales, et, sans la gêne que nous avons déjà signalée, le malade ne se ressentirait point de sa maladie.

Malgré l'absence des fongosités et des hémorrhagies, la marche lente de l'affection, on s'arrête au diagnostic suivant comme étant le plus probable : Tumeur encéphaloïde ayant subi un commencement de ramollissement.

On propose l'extirpation au malade, qui l'accepte sans difficulté.

L'opération est pratiquée le 26 mai. Une incision unique ovalaire circonscrit toutes les parties de la tumeur, dont la peau est altérée. On dissèque les lambeaux de peau saine jusqu'au niveau de l'insertion du pédicule à la paroi abdominale; pendant ce temps de l'opération, on ouvre un petit kyste séreux sous-cutané, qui donnait lieu à la fluctuation de la partie inférieure.

La dissection est continuée ensuite à la face profonde de la tumeur, qui est plane et adhérente à la paroi abdominale. L'adhérence est constituée par un tissu cellulaire assez lâche, excepté vers le centre, où le tissu morbide pénètre dans l'interstice des fibres aponévrotiques de la ligne blanche. Cette petite portion de la tumeur se déchire très facilement, et l'on éprouve alors quelque difficulté à l'extraire complétement; on y parvient cependant en râclant avec la pointe du histouri le tissu, dont la pénétration n'est pas profonde.

Il reste après l'opération une énorme perte de substance de forme ovalaire, comme la tumeur; les bords supérieur et inférieur de la plaie peuvent être rapprochés et mis au contact, quoique avec peine; on dissèque, pour faciliter la réunion, le lambeau supérieur seulement, car l'inférieur, dont le bord libre est à un pouce et demi de l'ombilic, a été primitivement disséqué jusqu'au niveau de cette cicatrice. Il s'est écoulé fort peu de sang; on n'a eu affaire qu'à de petites artères, qui ont été tordues. Le malade a été soumis au chloroforme.

Enfin, les lèvres de la plaie affrontées sont réunies par douze points de suture entortillée, d'où résulte une caverne complète, aplatie, à paroi antérieure constituée par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, à paroi postérieure formée par les aponévroses abdominales.

La tumeur, incisée largement, offre à la coupe une surface blanche assez brillante, homogène, cloisonnée, très dure, plus grise que le tissu encéphaloïde, ne fournissant pas au râclage le suc laiteux caractéristique et sans aucune vascularisation. Nous avons déjà mentionné le petit kyste séreux placé inférieurement à sa surface.

M. Robin, prié d'examiner cette tumeur au microscope, n'y trouve point de cellules cancéreuses, mais seulement du tissu fibro-plastique.

Le 28, la peau, autour de la suture, est d'un rouge légèrement violacé; la pression fait sortir de la plaie un peu de liquide fétide, grisâtre, mêlé de bulles d'air; on enlève trois épingles vers l'extrémité gauche; l'ouverture qui en résulte donne issue à une certaine quantité (deux cuillerées environ) du même liquide séro-purulent brun-grisâtre et fétide. L'état général du malade est satisfaisant.

Le lendemain, on retire deux nouvelles épingles vers le milieu.

Le 30, on trouve encore au-dessous des pièces de pansement, et s'écoulant de la plaie, une grande cuillerée de liquide séro-purulent, demi-opaque; cependant le fond se recouvre de bourgeons de bonne nature, et ces bourgeons sont tapissés çà et là d'un pus concret de bon aspect. On ne laisse qu'une épingle à l'extrémité gauche, et deux en dedans de l'extrémité droite, qui s'est seule cicatrisée par première intention.

Les bords de la plaie ont perdu de leur coloration violacée; les épingles y ont laissé des trous ulcérés, dont quelques-uns, arrivant jusqu'au rebord libre, ont près d'un centimètre et demi de longueur, ce qui donne aux lèvres de la plaie un aspect dentelé, crénelé.

Le 1er juin, la plaie a une bonne apparence, mais son étendue est à peu près la même que le jour de l'opération. Quelques jours plus tard, son fond devient pâle, les bourgeons s'affaissent. On panse avec de la charpie imbibée de chlorure de soude étendue d'eau. Dès lors la plaie rougit, suppure peu et marche avec une grande rapidité.

Le 25, la plaie n'a guère plus que trois travers de doigt de hauteur sur cinq de longueur, toujours bon aspect sous l'influence du chlorure. Santé parfaite de l'opéré, qui, depuis cinq à six jours, peut se promener dans le jardin.

Vers le 15 juillet, le malade sort guéri ou à peu près; il ne conserve qu'une plaie ovalaire à bords rayonnés, froncés, dont le plus grand diamètre ne dépasse pas trois centimètres.

Remarques. — L'observation précédente est un nouvel exemple de ces tumeurs que M. Lebert a désignées sous le nom de fibro-plastiques, et qui ont été confondues jusqu'à nos jours avec les tumeurs cancéreuses. Ces tumeurs, d'après M. Lebert, offrent, comme caractères extérieurs propres à les distinguer des cancers, une forme sphérique ou ovoïde, ou lobulée à lobules plus ou moins ronds, l'absence de suc cancéreux, une consistance tantôt de poumon carnifié avec aspect finement grenu, tantôt molle, mais avec une certaine sécheresse et élasticité des tissus. M. Lebert avoue toutefois qu'il peut se présenter des cas dans lesquels le diagnostic offre de grandes difficultés.

Pour la tumeur qui nous occupe, en faisant abstraction de ces caractères qui ne pouvaient être constatés avant l'opération, le diagnostic fut particulièrement difficile. Cependant, en considérant le volume et la forme de la tumeur qui excluaient l'idée d'un squirrhe, en considérant d'autre part la lenteur de l'accroissement, la sécheresse des ulcérations (au lieu des fongosités hémorrhagipares) qui excluaient l'idée de l'encéphaloïde; en considérant enfin la situation superficielle de la tumeur, peut-être eût-il été possible de soupçonner la véritable nature de la maladie.

Il est rare de rencontrer dans cette région des tumeurs aussi volumineuses et qui laissent après elles des pertes de substance aussi étendues. Les auteurs se sont généralement peu occupés des meilleurs moyens à employer pour en obtenir la cicatrisation. Boyer donne bien le précepte de rapprocher simplement par des bandelettes agglutinatives, par une douce compression, et surtout par la position du malade, qui doit avoir la tête fléchie sur la poitrine, celle-ci sur le bassin et les genoux relevés; mais Boyer passe rapidement sur ce point, et sans parler de l'opportunité de la réunion immédiate.

Ce dernier mode de réunion présente l'avantage incontestable de substituer une cicatrisation de quelques jours à une cicatrisation très longue dans une plaie aussi vaste qu'on laisse suppurer. Chez le malade dont il s'agit, les lambeaux de la plaie furent disséqués dans le but d'obtenir la réunion par première intention. La tentative ne fut pas couronnée de succès. Les contractions incessantes des muscles abdominaux dans les mouvements respiratoires eurent pour effet d'éloigner la paroi postérieure de la plaie de sa paroi antérieure, celle-ci constituée par deux lambeaux de peau séparés des tissus sous-jacents et fortement tendue elle-même par la suture, ne pouvant suivre le retrait de la paroi opposée ni se maintenir toujours en contact avec elle; de là la formation d'une caverne, toute prête à recevoir une accumulation de liquide. On fut donc obligé, pour cette raison, d'enlever les épingles qui d'ailleurs avaient déterminé des ulcérations dans les bords de la plaie, et de panser simplement.

On peut déduire de là qu'il serait plus convenable, en pareil cas, de ne point pratiquer la dissection des lambeaux et de panser à plat, ou de maintenir autant que possible les bords rapprochés par des bandelettes de diachylum, comme le recommande Boyer.

Nous ne terminerons pas ces quelques réflexions sans faire remarquer les bons effets produits par le chlorure de soude sur la marche de la cicatrisation; quoique ce médicament soit très connu et assez employé, on ne peut trop insister sur les avantages qu'il présente dans toute plaie de mauvaise nature, et dans les ulcères en général. C'est un moyen simple, peu coûteux, dont l'action rapide se manifeste du jour au lendemain, et qui nous paraît préférable aux applications d'eau froide qu'on a préconisées dans ces derniers temps. L...

Note sur les maladies de l'utérus.

Par M. M., médecin à Laigle (Orne).

Nous avons reçu depuis quelque temps déjà l'intéressant travail qui suit; en le publiant aujourd'hui, nous regrettons que la modestie de l'auteur et des scrupules sans doute exagérés ne nous aient permis que de mettre son initiale.

Dans le compte-rendu des dernières séances de l'Académie nationale de médecine, la question des engorgements du col

de la matrice, dans laquelle M. le docteur Velpeau a soutenu une opinion que je partageais déjà, et dans laquelle la discussion de la savante assemblée va me confirmer, c'est que sur vingt engorgements du col de la matrice, reconnus par quelques-uns de nos confrères, on pourrait, sans danger pour les malades, en rayer dix-neuf.

Pratiquant la médecine et la chirurgie depuis 1822 dans la ville de L., j'ai eu l'occasion de beaucoup voir et de beaucoup observer. Il y a quinze à seize ans, un médecin pensa que beaucoup d'affections de l'appareil digestif des femmes dépendaient du déplacement ou de l'état pathologique de l'utérus ou de ses annexes. Deux dames, à cette époque, qui souffraient depuis longtemps des douleurs d'estomac assez vives, accompagnées de trouble dans les digestions, me déclarèrent qu'elles étaient guéries depuis qu'elles avaient consulté une sage-femme de la capitale qui leur avait appliqué un pessaire.

Il n'en fallut pas davantage pour me décider à proposer un examen sérieux, sous ce rapport, aux personnes qui m'ont consulté, chaque fois qu'une affection de ce genre, par sa ténacité ou par ses symptômes, m'a fait croire à un dérangement dans l'état normal de l'utérus. De là sont résultés de nombreuses investigations, auxquelles je dois une expérience pratique sur la prétendue fréquence des maladies du col de la matrice.

J'ai acquis la conviction que le col de la matrice, chez la femme, varie presque autant en forme, en grosseur, en longueur et en position que les parties extérieures du reste du corps dont nous pouvons observer les innombrables variétés sur les individus près desquels nous passons chaque jour du matin au soir : on doit donc souvent croire que telle femme n'a éprouvé aucune altération du col utérin, quoique chez elle il soit développé, pas plus qu'on ne doit reconnaître l'atrophie de cet organe chez une autre qui l'aurait très petit. Il faudrait, pour être à même de prononcer avec vérité sur la fréquence de cette maladie, que l'état normal de cette partie fût connu du médecin avant son état pathologique ; ce qui, n'ayant presque jamais lieu, rend la comparaison impossible, et elle le sera toujours, puisque les femmes ne réclament cet examen qu'à l'époque où une souffrance, un dérangement de de ce côté les y contraint.

En supposant même que cette comparaison fût possible, elle nécessiterait une autre connaissance, celle de la vie, de la sensibilité de cette partie de l'utérus, si variable dans chaque individu, et de la facilité avec laquelle le col de la matrice augmente et diminue alternativement de volume et même de longueur chez quelques personnes, et en peu de jours.

Je ne puis oublier une jeune dame, effrayée de cette maladie par tout ce qu'elle avait entendu dire de sa fréquence et du danger auquel elle exposait les femmes qui la négligeaient. Cette dame venait souvent provoquer un examen, tant elle craignait d'en être affectée. J'ai plusieurs fois été près de partager ses craintes en trouvant le col utérin très développé. Si je m'étais permis de lui prescrire une simple injection, elle n'eût pas manqué de croire à la maladie. Je me suis donc constamment abstenu de toute prescription, et me suis convaincu que, chez cette dame, cette disposition dans le changement de volume du col était un effet, non d'un état pathologique, mais de son organisation. Sa santé, sous ce rapport, n'a jamais subi la plus légère atteinte.

Ce changement de volume du col utérin est-il fréquent chez toutes les femmes? Est-ce la règle générale ou l'exception? Je l'ignore. Il a souvent lieu à l'époque de la menstruation ; c'est, je crois, une règle générale.

La fatigue, la constipation, la fréquence du coït, la masturbation utérine, les pensées érotiques, etc., peuvent-ils exercer beaucoup d'influence sur l'engorgement passager érectile, muqueux, fongueux, inflammatoire, hypertrophique, etc., du col de la matrice, qui paraît et disparaît si facilement? Je n'ai aucune raison pour avoir une opinion à cet égard, et je crains bien que toujours il y ait dans les opinions qui seront émises par la suite plus de conjectures que de vérité. Dans cet état de la science, je donne un peu, très peu raison aux praticiens qui trouvent des engorgements du col de la matrice partout ; et beaucoup raison à ceux qui n'en trouvent presque nulle part.

Quant aux déplacements, c'est bien différent; non-seulement ils sont fréquents, mais encore ils donnent lieu assez souvent à des méprises, dont la cause principale pourrait, je pense, être attribuée à la préoccupation du médecin consulté.

Il y a deux ans à peine, une jeune dame fort instruite, demeurant à Paris, me consulta pendant son séjour à la campagne, et voici ce qu'elle me raconta :

Je me suis mariée il y a bientôt deux ans; j'étais d'une santé parfaite et n'avais jamais souffert. Au bout de quelques mois de mon mariage je commençai à souffrir, en marchant surtout, des douleurs assez vives du coté du ventre. Ces douleurs m'obligèreut de m'abstenir de bien des choses....., qui devenaient trop douloureuses. Mon mari, désolé, m'avoua qu'avant notre union il avait eu une indisposition dont il avait été parfaitement guéri avant notre mariage. Quoiqu'il n'eût rien, absolument rien éprouvé depuis qui pût le faire douter de sa guérison, il voulut par prudence me faire voir à un vieux médecin expérimenté; ce qu'il fit. Ce médecin déclara que je portais un engorgement à la matrice, et qu'il ne pouvait en opérer la résolution qu'en cautérisant cette tumeur à plusieurs reprises.

Dès le lendemain, il me cautérisa. Je n'éprouvai, le jour même, pas grande souffrance; mais la nuit suivante, et le lendemain surtout, les douleurs du ventre, les vomissements et la fièvre furent si violents que l'on fut obligé de me couvrir de sangsues, et il a fallu quatre mois de repos, de régime, de bains et de cataplasmes pour me mettre dans l'état où je me trouve aujourd'hui. Je ne puis me tenir debout sans douleur; il m'est impossible de marcher. La tumeur est toujours la même; je ne puis me décider à subir un traitement local; chaque fois qu'on a voulu le tenter, il est survenu des inflammations qui m'ont mis à deux doigts de la mort. Je suis cependant décidée à subir un traitement, mais un traitement général, et je voudrais, pour cela, profiter de mon séjour à la campagne.

J'eus de la peine à obtenir une exploration, indispensable pour décider le traitement utile, nécessaire à suivre. L'extrême sensibilité des parties génitales était cause d'une opposition que je parvins cependant à vaincre. La vulve et le vagin étaient dans l'état normal, si j'en excepte une grande sensibilité ; un écoulement muqueux, peu abondant, épais et presque limpide avait lieu une ou deux fois par jour à la suite d'une légère colique.

Mon exploration, faite avec beaucoup de ménagement, ne causant qu'une douleur très supportable, je pénétrai jusqu'au col de la matrice. Je le trouvai lisse et sans gonflement, mais assez fortement appuyé sur la paroi postérieure du vagin. Une tumeur assez volumineuse se faisait remarquer en avant du col ; elle était assez dure, mais parfaitement unie, sans aucune bosselure ni rugosité.

N'apercevant rien qui pût justifier un engorgement syphilitique ou tout autre symptôme de cette maladie, je déclarai à cette dame que je ne croyais point que son mari lui eût communiqué aucune maladie; que je me trouvais d'ailleurs d'une opinion si différente de celle des médecins qui lui avaient donné des soins jusqu'à ce jour, qu'il m'était nécessaire de lui faire subir un second examen avant de formuler définitivement mon opinion sur sa maladie, et que je me croyais déjà autorisé à lui dire qu'elle n'avait point la gravité qu'on lui avait supposée. Je prescrivis le repos au lit et l'application d'une éponge imbibée d'une forte décoction de tête de pavot sur la vulve.

Le lendemain, la sensibilité de ces parties avait beaucoup diminué ; le moral de la malade était beaucoup plus calme. Je touchai avec bien plus de facilité. En repoussant en baut la tumeur, elle s'éloignait du col de l'utérus, qui cependant suivait un peu le même mouvement. Tout bien examiné, je diagnostiquai une antéversion avec flexion du corps de la matrice sur le col. A l'application de l'éponge, j'ajoutai deux injections matin et soir pendant trois jours. Je prescrivis, en outre, le repos au lit, le bassin élevé sur un fort oreiller.

Le quatrième jour, la tumeur était moins apparente et la sensibilité à peu près disparue. Je pus avec le doigt, et sans faire éprouver une grande douleur, repousser le corps de la matrice assez loin. J'introduisis un pessaire ovale qui, en servant d'allonge à mon doigt, servait à repousser plus loin et à maintenir le corps de la matrice. Je laissai ce pessaire en place, verticalement posé entre le pubis et le col de la matrice. Tout cela avait été précédé d'un lavement copieux qui avait provoqué une évacuation abondante.

La prescription fut encore : le repos au lit, le bassin très élevé pour renvoyer vers l'épigastre le poids des viscères, deux injections par jour, un lavement avec recommandation de le rendre sans effort et sans changer de position. Quatre jours après cette première tentative, je mis un second pessaire pour soutenir le premier ; je donnai à ce dernier une position borizontale. Le huitième jour, je retirai les deux pessaires ; ils commençaient à irriter la muqueuse vaginale, malgré les injections.

La tumeur avait complétement disparu, même en toussant. Deux jours après, je permis à la malade de se lever et de prendre tous les jours, graduellement, un peu plus d'exercice.

Un mois plus tard, je vis cette jeune dame courant dans la campagne avec deux demoiselles qu'elle accompagnait. L'antéversion n'avait pas reparu; la pâleur de la face, l'amaigrissement, les douleurs du ventre, tout avait cessé, après une durée d'un an et demi de souffrance et de désolation.

Je fus appelé dans la commune de V... pour me réunir à deux confrères près de la femme d'un cultivateur. Cette femme gardait le lit depuis bientôt trois mois. Elle avait peu de fièvre; une douleur continuelle dans tout le ventre, et un amaigrissement considérable ; répugnance pour une nourriture un peu solide, dégoût même des liquides. Le cas avait paru grave, puisque, jusque-là, aucun soulagement n'avait été possible. Il y avait une constipation babituelle sans être très forte, un peu de difficulté à uriner. La douleur du ventre n'augmentait point à la pression.

Les sangsues, les bains, les cataplasmes, les lavements, la diète, tout cela ne procurait qu'un soulagement momentané. Aucune cause apparente ne l'avait rendue malade ; seulement elle se rappelait que ses premières souffrances avaient paru après avoir enjambé par-dessus un ruisseau en courant, ayant un fardeau dans chaque main. Cette circonstance me fit penser à un déplacement de la matrice ; le toucher le fit reconnaître en effet, et nous fûmes tous trois d'accord sur l'existence d'une antéversion, à laquelle on remédia par des moyens analogues aux précédents. La guérison fut prompte et complète.

Une femme de quarante-deux ans environ, maigre, pâle, le ventre très volumineux, se fit conduire chez moi pour me consulter à l'occasion d'une hydropisie du ventre, pour laquelle un médecin de son voisinage la traitait sans succès depuis plus de deux mois. Le ventre offrait un volume et une fluctuation qui ne pouvaient laisser ignorer la présence d'un liquide abondant soit dans la cavité péritonéale, soit dans un kyste. Les urines étaient très rares, et ne sortaient pour ainsi dire que par gouttes. Il y avait constipation, dégoût, altération, peau sèche, et aucun œdème aux extrémités. Son teint, la contraction des traits, tout son ensemble était celui d'une personne affectée d'une hydropisie ascite ou enkystée. Son ventre, quoique volumineux, avait un peu la forme d'une poire renversée. La distension du ventre était arrivée au point de ne plus permettre l'emploi des diurétiques, dont l'inefficacité précédente laissait trop entrevoir l'inutilité.

Je pensai à la ponction, et voulus d'abord m'assurer de l'état des voies urinaires. L'écoulement si médiocre de l'urine devant tenir soit à une affection des voies urinaires, soit au défaut de sécrétion de ce liquide, je mis une sonde dans le canal de l'urètre et la fis parvenir dans la vessie avec un peu de difficulté ; je rencontrai une résistance assez analogue à celle qu'opposerait un corps étranger ou une tumeur développée dans ce canal ou dans son voisinage.

L'urine jaillit avec assez de force, et remplit assez promptement le vase qui la recevait. Un second, un troisième, un quatrième vase devinrent nécessaires, et, au grand étonnement de la malade, elle ne cessa de couler que quand le ventre eut repris son volume naturel. Dix litres de ce liquide sortirent immédiatement et causèrent un soulagement aussi grand qu'inattendu.

En retirant la sonde, je sentis la même résistance à l'extrémité supérieure du canal de l'urètre. Je touchai pour en reconnaître la cause : je reconnus une antéversion avec développement du corps de la matrice. C'était un commencement de grossesse.

Ce renversement de la matrice ne put être réduit qu'avec difficulté. La malade, étendue sur un lit pendant cette opération, y resta pendant plusieurs jours, et fut reconduite chez elle couchée dans une voiture.

Huit jours après, elle put vaquer à ses affaires ; sa grossesse comme son accouchement n'offrirent rien de particulier.

Ces observations prouvent combien il est facile de commettre une méprise et, par suite de cette première erreur, d'en commettre un nombre assez grand dans le cours d'un traitement soit des affections des organes digestifs, soit même de celles de la matrice.

Je citerai un dernier cas à cause, non de l'erreur qu'il aurait pu faire commettre, on ne pouvait s'y tromper, mais à cause des accidents subits qui suivirent immédiatement.

Une fille, âgée de dix-neufs ans, d'une bonne constitution, travaillant à la campagne, vint chez moi me consulter pour une impossibilité d'uriner qui la faisait souffrir depuis le matin.

Montée dans un banneau avec un jeune homme qu'elle devait épouser la semaine suivante, elle avait refusé le secours de son prétendu pour descendre de cette voiture ; quand elle fut arrivée, elle sauta seule par terre, où elle tomba sur les deux pieds. Elle ressentit de suite une douleur assez forte dans le bas-ventre. L'envie d'uriner la poursuivit depuis ce moment sans pouvoir la satisfaire. Cette fille, quoique d'une conduite et d'une réputation irréprochables, n'osa se plaindre; mais, comme les souffrances allaient en augmentant, elle choisit un prétexte pour aller à la ville et vint me trouver.

Après avoir écouté son histoire, je crus d'abord à un spasme du col de la vessie. Le ventre était gros; la vessie, distendue, était douloureuse à la pression; j'introduisis une sonde dans cette cavité, mais non sans rencontrer une résistance assez forte, résistance qui persista même en retirant la sonde.

Cette fille me dit que l'entrée de la sonde lui avait fait éprouver une sensation qui répondait à l'anus, et qu'à cela près du besoin d'uriner qu'elle n'éprouvait plus depuis l'introduction de la sonde, elle continuait de souffrir dans le basventre.

Je crus qu'il devenait inévitable de porter mes recherches plus loin. Je touchai, et je reconnus en effet une rétroversion, dont j'opérai la réduction en agissant sur le col de la matrice par le vagin et sur le corps de cet organe par l'anus. La réduction d'un déplacement si récent fut très facile et suivie d'un soulagement immédiat.

Sans distraction, sans préoccupation, les médecins commettraient bien moins d'erreurs. Les malades qui les consultent n'ont souvent aucune idée de la cause de leurs souffrances; souvent même, en s'adressant aux médecins, ils les induisent en erreur en attribuant leur maladie à des circonstances qui leur sont tout à fait étrangères. C'est souvent par l'inefficacité des moyens d'abord employés que le médecin est conduit et arrive à reconnaître la vérité. Mais le plus souvent ce n'est pas celui qui a commis l'erreur qui la découvre et la répare. Nous ne pouvons donc être trop en garde contre l'opinion des malades, et quelquefois contre celle du médecin qui nous a précédés quand l'inefficacité de ses moyens a conduit son malade chez un autre médecin.

Les maladies à la mode sont encore une des causes les plus fréquentes de ces erreurs médicales. Elles développent chez bien des personnes la tendance à l'imitation, la propension à se croire affectées de la même maladie que leur parent, leur voisin ou leur ami. Il y a bien des années, c'étaient la bile et les glaires. Vinrent ensuite les gastrites et les gastro-entérites : tout le monde en avait. Les maladies de matrice sont venues faire oublier les gastrites, et vont se trouver détrônées à leur tour par le diabète sucré. Mais, comme il est coûteux de faire analyser ses urines, les riches seuls pourront avoir cette maladie à la mode.

A l'ombre de ces fictions, qui attirent l'attention du médecin, qui l'obligent même, sous peine d'être taxé d'ignorance, à sacrifier tout ou partie de son opinion, il se développe souvent une véritable maladie, dont on ne voit les symptômes qu'à l'époque où le danger ne peut être conjuré.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 15 janvier 1850. — Présidence de M. ORFILA, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, adressant un rapport de MM. Boutan, Compardon, Castaing et Lartet, sur une *épidémie de suette miliaire* qui a régné dans l'arrondissement de Condom;

2° Lettre du même ministre, soumettant à l'Académie les *chaînes galvano-électriques* de M. Goldberger (de Berlin), destinées au traitement des douleurs nerveuses et rhumatismales;

3° Lettre du même ministre, adressant à l'Académie quelques réflexions de M. le docteur Bayard (de Cirey-sur-Blaise), relative à l'*influence de la vaccine sur la mortalité*;

4° Tableau des *vaccinations granuleuses* dans le département de Maine-et-Loire.

Renversement de la matrice.

M. le docteur Demeaux (de Piq-l'Evêque) adresse une observation de renversement de la matrice survenu après l'accouchement, et réduit huit jours après l'accident.

Guérison du diabète.

Le même médecin adresse encore une observation de diabète chez un homme de trente-deux ans, après trois mois de l'usage du *lactate de fer*. (Commissaires : MM. Villeneuve et Capuron.)

Scarificateur rotatif.

M. le docteur Eguisier adresse à l'Académie un scarificateur rotacé destiné à remplacer les sangsues naturelles et les scarificateurs en usage jusqu'à ce jour.

Engorgement de la rate.

M. le docteur Lachaise écrit à l'Académie une copie d'une lettre que nous avons reçue nous-même, et que le défaut d'espace nous a empêché de publier jusqu'aujourd'hui. (Elle se trouve à l'article *Correspondance*.)

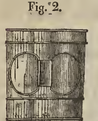
Appareil à fumigations.

M. Charrière adresse à l'Académie un appareil nouveau à fumigations, destiné surtout aux organes respiratoires, et expérimenté avec succès par plusieurs praticiens.

Fig. 1.



Fig. 2.



Les appareils jusqu'ici connus et répandus dans la pratique avaient l'inconvénient d'être munis de tuyaux qui ne laissaient passer les principes médicamenteux des fumigations que sous forme de vapeur d'une température trop élevée pour être supportable.

Certaines exigences du moment ont conduit à imaginer des appareils improvisés qui, bien que plus avantageux, ne remplissent qu'imparfaitement toutes les indications.

L'appareil actuel a l'avantage de permettre au malade : 1° d'inspirer et d'expirer dans un large conduit élastique faisant partie lui-même du réservoir du liquide ; 2° d'inspirer seulement (l'expiration se faisant au dehors) les vapeurs médicamenteuses à toutes les températures ; 3° enfin de diriger à volonté ces vapeurs sur un organe isolé.

Les deux figures ci-jointes donneront une idée exacte de cet appareil.

Fig. 1re. — Appareil monté prêt à fonctionner :

A. Lampe à alcool destinée à chauffer ou entretenir la chaleur du liquide contenu dans le réservoir ;

B. Cercle fenêtré par lequel on peut éteindre la lampe si la température du liquide devient trop élevée ;

C. Réservoir dans lequel est contenu le liquide destiné à former la fumigation ;

D. Gros conduit en tissu élastique ;

E. Embouchure destinée à couvrir les voies respiratoires.

Fig. 2. — Appareil complet renfermé dans sa boîte.

Baume d'Opodeldoch.

M. le docteur Van den Broeck adresse un exemplaire de son mémoire sur les effets salutaires du baume Opodeldoch dans les cas de *carie des os*.

Choléra.

M. Braudon, officier de santé à Dompierre (Charente-Inférieure), adresse un mémoire sur le choléra qui a régné dans cette ville et à Ronsay, commune du même canton.

— M. le docteur Ch. Pellarin adresse un nouvel exposé des faits de l'épidémie de choléra qui a régné à Givet.

— M. le docteur A. Limousin (de Bergerac) adresse un mémoire intitulé : *De l'influence du choléra sur le cours des maladies pendant lesquelles il survient.* L'auteur conclut que le choléra influe surtout sur les manifestations *dynamiques* des maladies, quelles qu'elles soient, et les détruit à l'instant. Or, il est bon nombre d'affections dans lesquelles cette manifestation est en même temps le symptôme et l'effet : telles sont les névroses, les névralgies ; aussi le choléra les guérit. D'autres affections ont leur point de départ aussi bien dans une disposition particulière de l'organisme que dans une disposition superficielle de tissu, comme les bronchites, les leucorrhées ; celles-ci, bien qu'arrêtées dans leur marche et un instant supprimées, reparaissent promptement. Enfin, il en est d'autres accompagnées de lésions profondes, anciennes ou récentes sur lesquelles le choléra n'a d'autre action que de produire un temps d'arrêt ; elles reprennent leur marche exactement au point où elles se trouvaient au moment de la complication ; c'est là du moins ce qui fait croire à la persistance de la lésion propre. (Commissaire, M. Rochoux.)

— Lorsque le dépouillement de la correspondance est terminé, M. le secrétaire perpétuel prononce le discours suivant :

Discours prononcé aux obsèques de M. Prus.

Messieurs,

Le cruel événement qui nous réunit sur les bords de cette tombe causera une bien douloureuse surprise dans le sein de l'Académie, au nom de laquelle, cependant, je porte en ce moment la parole.

Beaucoup de nos collègues, en effet, pleins de sécurité sur le sort de M. Prus, en sont encore à ignorer son retour précipité en France et la fatale maladie dont il était atteint ; de sorte qu'ils vont apprendre tout à la fois et son retour, et sa maladie, et sa mort.

Lui que nous avons vu naguère plein de force, plein d'espoir, comptant sur un long avenir, n'hésitant pas à s'expatrier pour aller, de sa personne, réaliser la plus généreuse des entreprises ; lui qui nous écrivait que le climat sous lequel il était allé vivre était une sorte de préservatif contre les affections de la poitrine ; que les inflammations du poumon y étaient à peu près inconnues : le voilà atteint lui-même de la plus redoutable des affections de poitrine, obligé de fuir précipitamment ce ciel qu'il avait regardé comme si salutaire, n'ayant pas même le temps de demander un congé au gouvernement.

Moi-même, messieurs, j'aurais partagé l'étonnement général ; mais j'appris l'un des premiers peut-être que notre malheureux collègue était à Paris, qu'il ne pouvait quitter son lit, et qu'il me priait instamment d'aller le trouver.

Le mercredi, 10 octobre dernier, j'étais près de lui ; je m'étais senti tout d'abord le cœur serré en le voyant pâle, amaigri au delà de toute expression ; les yeux caves, mais brillants ; la tête ardente et l'esprit tout préoccupé de l'avenir réservé aux institutions qu'il avait voulu fonder en Orient.

« Je vous ai prié de venir, me dit-il, pour vous communiquer mes dernières volontés ; c'est mon testament scientifique que vous allez entendre, une sorte de confession générale que je vais vous faire. Asseyez-vous tout près de moi, et laissez-moi parler sans m'interrompre. Il ne me reste que bien peu de forces. Si je ne puis finir aujourd'hui, je reprendrai une autre fois.

» Vous êtes, ajouta-t-il, l'interprète naturel de l'Académie auprès du public ; il faut que vous soyez le mieux auprès de l'Académie. C'est d'elle que je tenais ma position, mon influence et mes pouvoirs : j'avais des comptes à lui rendre. C'est vous, mon ami, qui devrez vous en charger ; vous direz à nos collègues plutôt encore ce que j'aurais voulu faire que ce que j'ai fait. Ce sont de suprêmes confidences ; vous les transmettrez à notre Académie, que j'ai tant aimée. »

Comme bien vous le pensez, messieurs, je cherchais à éloigner de son esprit ces idées de mort. J'ajoutai cependant que, si j'étais destiné à lui survivre, que si j'avais un jour à rappeler les services rendus par lui à la science, j'insisterais tout particulièrement sur l'attachement qu'il avait voué à l'Académie, sur le dévouement qu'il avait professé pour elle en toute occasion, et sur la dépendance dans laquelle il avait voulu rester à son égard ; que je savais combien il avait cherché à la grandir et à la glorifier auprès des étrangers. « Non, me répondit-il, il ne faudrait pas trop insister sur ce point, qui est vrai cependant ; mais, qui sait ! d'autres peut-être croiraient y voir des allusions blessantes. » Après ces quelques mots de préambule dits avec une grande fermeté, M. Prus me raconta les premières années de sa vie ; comment il était né à Noyon en 1793, le 28 avril ; comment il avait fait ses études à Sainte-Barbe.

Il avait suivi ensuite les cours de l'Ecole de droit jusqu'à l'époque de la conscription, époque si redoutable dans les dernières années de l'Empire.

Sa famille s'était épuisée pour sauver son frère aîné ; on n'aurait pu faire pour lui les mêmes sacrifices ; mais comme de l'Ecole de droit il était passé à l'Ecole de médecine, il put entrer dans l'armée en qualité de sous-aide, et c'est ainsi qu'il fit la campagne de 1813, qu'il assista à la bataille de Leipsick, et que Larrey, ayant remarqué son zèle, fit de lui l'un de ses aides-de-camp.

Une fois entré dans la carrière médicale, bien qu'un peu contre son gré, M. Prus y prit goût et il y obtint de remarquables succès ; il exerça d'abord la médecine à Gournay, dans le département de la Seine-Inférieure ; ce n'est qu'en 1826 qu'il vint s'établir à Paris et en 1827 seulement qu'il se fit recevoir docteur ; il ne tarda pas à entrer dans le service des hôpitaux ou plutôt des hospices, car il passa successivement de Bicêtre à la Salpêtrière : ses travaux dès lors sont bien connus ; l'Académie les a fait insérer pour la plupart dans le volume de ses Mémoires ; je me bornerai à citer ici son *Traité du cancer de l'estomac*, ses *Recherches sur les maladies de la vieillesse*, son *Traité de l'emphysème pulmonaire considéré comme cause de mort*, et son *Mémoire sur les deux maladies connues sous le nom d'apoplexie méningée.*

Une fois nommé membre de l'Académie, M. Prus prit au sérieux ses nouveaux devoirs ; chacun sait quel retentissement eut dans le monde médical cette grande discussion sur la peste d'Orient, discussion dont M. Prus supporta en quelque sorte tout le fardeau ; ce qui eut pour résultats pratiques les plus importantes réformes qu'on eût faites jusque-là dans le régime quarantenaire.

Le gouvernement s'empressa de sanctionner les principes posés par l'Académie, et une grande institution en fut la conséquence ; je veux parler de l'institution des médecins sanitaires en Orient, institution en vertu de laquelle on ne se bornera plus à empêcher la peste de pénétrer dans les Etats de l'Occident, on l'empêchera de sortir de son propre berceau, des lieux où elle pourrait prendre naissance.

C'est pour assurer l'avenir de cette institution due à l'Académie que M. Prus demanda à faire partie des médecins qui devaient aller s'établir en Orient ; on lui donna en quelque sorte le poste d'honneur, Alexandrie.

Ces explications, messieurs, ne m'ont pas été données par M. Prus : elles sont de notoriété publique ; mais je tiens de M. Prus ce qui me reste à dire : ce fut la matière d'un dernier entretien. Reprenant son récit, il se mit à me raconter son itinéraire de Paris à Alexandrie, en passant par Marseille, Livourne, Civita-Vecchia et Malte.

L'intimité de M. Prus avec l'ancien vice-roi Méhémet-Ali commença dès le premier jour de son arrivée en Egypte.

Présenté à ce grand personnage par M. A. Barrot, notre consul général, on engagea une conversation dans le cours de laquelle M. Barrot fit connaître à Méhémet-Ali que M. Prus, envoyé par le gouvernement français, était un médecin très distingué ; que, placé à la tête de grands établissements destinés aux vieillards des deux sexes, il s'était tout particulièrement livré aux maladies de la vieillesse. Rien ne pouvait être dit plus à propos : Méhémet-Ali était vieux et malade, il se dit qu'il avait trouvé son vrai médecin, et bientôt il lui accorda toute sa confiance.

M. Prus en usa non-seulement dans l'intérêt de Méhémet-Ali lui-même, mais aussi dans l'intérêt de la science et de la civilisation.

Il n'est pas jusqu'au souvenir de cette confiance accordée à M. Prus et si bien justifiée par lui qui n'ait tourné plus tard au profit de l'humanité.

Dans ce pays, en effet, les choses sont aussi instables que la volonté des maîtres. Après la mort d'Ibrahim-Pacha et de Méhémet-Ali, les institutions les plus utiles furent menacées ; on disait qu'Abbas-Pacha allait en ordonner la suppression !

M. Prus n'hésite pas un moment ; il écrit à Artin-Bey, et va trouver directement le nouveau vice-roi ; heureusement pour la cause qu'il allait défendre, Abbas-Pacha avait conservé le souvenir des soins qu'il avait donnés à son aïeul. M. Prus, admis en sa présence, se mit à plaider, avec toute la chaleur que nous lui connaissions, la cause des institutions sanitaires : « L'Europe tout entière, dit-il au pacha, a les yeux fixés sur votre altesse ; il tient encore à vous d'illustrer votre gouvernement en marchant dans cette voie glorieuse que vous a tracée Méhémet-Ali. »

Abbas-Pacha, ému de ces véhémentes paroles, se leva du divan sur lequel il était placé, déposa sa pipe sur un meuble, puis, étendant la main, il dit à M. Prus : « Tant que j'aurai le pouvoir, je maintiendrai les institutions dont vous venez de me parler ; comptez sur ma parole ! »

Mais bientôt notre collègue voulut voir par lui-même comment les médecins répandus dans la Basse-Egypte remplissaient les fonctions que leur avait confiées le gouvernement ; il obtint pour cela une mission officielle, et c'est dans cette tournée qu'il éprouva les premiers symptômes de la maladie à laquelle il devait succomber ; c'est par suite d'énormes fatigues, de privations de tout genre, de nuits glaciales succédant à des journées brûlantes, qu'il fut pris de cette phthisie qu'il appelait catarrhale, phthisie à laquelle il était sans doute prédisposé, mais qui aurait pu peut-être sommeiller encore bien des années.

Sa carrière se trouva ainsi arrêtée tout à coup. Je n'ai pu indiquer qu'une faible partie des choses qu'il a faites ; mais que de projets, que de réformes, que d'améliorations il rêvait tout récemment encore sur son lit de douleur ! Je le vois d'ici, messieurs, soulevant sa tête, étendant les mains et s'écriant douloureusement : « Ah ! si j'avais encore trois années seulement devant moi ! trois ans de sursis ! je n'en demanderais pas davantage ; mais cette implacable fatalité qui m'a couché sur ce lit ne me les accordera pas ! »

Tristes paroles ! fatale prophétie ! qui ne s'est que trop tôt réalisée !

Mais puisque c'est cette mission toute d'humanité qui a tué notre infortuné confrère, il nous sera permis de dire que lui aussi est mort au champ d'honneur, et l'Académie lui accordera d'autant plus de regrets que c'est elle qui l'avait envoyé au feu en tête de ses jeunes collègues.

Cette lecture est suivie de nombreux applaudissements et produit une vive émotion dans l'assemblée.

Discussion sur les engorgements de l'utérus.

La parole est ensuite donnée à M. Huguier pour répondre aux objections qui lui ont été faites relativement aux engorgements de l'utérus. La longueur du discours de M. Huguier nous oblige à en renvoyer l'impression au prochain numéro.

Diathèses.

M. le docteur Fourcault lit, à propos de la discussion actuellement pendante, un travail dans lequel il cherche à déterminer l'influence des diathèses sur la formation des lésions locales.

Ce travail est une dissertation de philosophie médicale transcendante qui se refuse à toute analyse.

Commission pour la déclaration des places vacantes.

L'Académie procède ensuite, par voie de scrutin, à la nomination de 11 membres chargés de présenter un rapport pour concilier un article du règlement relativement aux nominations à faire dans diverses sections.

Ce sont : MM. Bouvier, Bricheteau, Bégin, Jolly, Lagneau, Fouquier, Villeneuve, Chevalier, Barthélemy, Gaultier de Claubry et Guibourt.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 janvier 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Note sur l'ozone.

M. Becquerel communique quelques observations relatives à l'*ozone*, nouvelle substance sur laquelle il a été fait des expériences par M. Shœnbein, de Bâle, et à laquelle on a fait jouer récemment un grand rôle dans la production des maladies épidémiques.

M. Shœnbein, dit M. Becquerel, se procure l'ozone en grande quantité en mettant dans un ballon de 10 à 15 litres de capacité une petite quantité d'eau et des bâtons de phosphore d'un centimètre de diamètre, de manière qu'ils plongent moitié dans l'eau, moitié dans l'air, en élevant la température de 15 à 20° et fermant imparfaitement le ballon. Quand l'opération est achevée, ce dont on s'aperçoit à l'odeur que répand l'air *ozonisé*, on renverse le ballon dans une cuve à eau pour en faire sortir les bâtons de phosphore, puis on le retire et l'on agite pour laver le composé. Cette seconde opération terminée, on adapte au ballon un bouchon dans lequel passent deux tubes, l'un servant à faire arriver l'eau dans le ballon, l'autre à transmettre l'air ozonisé dans des vases ou des tubes renfermant les substances soumises à son action.

L'ozone, quand il est concentré, a l'odeur du chlore ; quand il est mêlé d'air, il a l'odeur qui se dégage lorsqu'on tourne le plateau d'une machine électrique. L'air fortement chargé d'ozone gêne la respiration et produit, suivant M. Shœnbein, des affections catarrhales ; de petits animaux qu'on y plonge y périssent promptement. L'ozone est insoluble dans l'eau ; il détruit promptement les matières colorantes organiques, ainsi que les matières ligneuses et albumineuses.

Suivant M. Shœnbein, l'ozone est l'agent oxydant le plus puissant de la nature. L'ozone, se formant invariablement dans l'air par l'action des décharges électriques artificielles, doit se produire également dans l'atmosphère, partout où il y a des décharges électriques naturelles. Rien n'est plus facile que de constater la présence de l'ozone dans l'atmosphère et les variations des quantités produites avec un papier imprégné de sulfate ou de chlorure de manganèse. L'ozone décompose rapidement le sel de manganèse, et le papier brunit.

En général, la réaction est plus grande en hiver qu'en été. M. Shœnbein a constamment observé que, pendant la chute de la neige, elle est beaucoup plus forte que dans tout autre temps.

Ce corps a échappé jusqu'à présent à tous les moyens d'analyse ; M. Marignac le considère comme une modification particulière de l'oxygène qui exalte ses affinités chimiques, et M. Shœnbein comme un degré supérieur d'oxydation de l'hy-

drogène, c'est-à-dire comme un corps renfermant probablement plus d'oxygène que l'eau oxygénée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 janvier 1850. — Présidence de M. Andral.

Démission de la commission chargée de faire un rapport sur la note présentée par M. Bouchut : *De la nature du ramollissement sénile.*

La séance s'ouvre par la lecture d'un rapport de M. Marotte sur un travail présenté par M. Bouchut, médecin du Bureau central, travail intitulé *Note sur la nature du ramollissement sénile*. La commission, composée, concurremment avec M. Marotte, de MM. Gendrin et Delasiauve, exprimant le regret d'avoir été trop pressée pour examiner avec soin et d'une manière convenable le travail de M. Bouchut, et croyant voir qu'il y avait, à cet égard et dans cette forme, un manque de confiance de la part des membres du bureau, la commission s'est décidée à donner sa démission, d'autant mieux qu'elle n'avait pas trouvé la note de M. Bouchut convenablement présentée ; qu'il lui avait semblé qu'elle était écrite d'une manière trop écourtée, illisible, etc.

Ce rapport a donné lieu à une discussion des plus regrettables, en ce sens qu'il a déterminé une grand nombre de membres à qualifier sévèrement un rapport qui ne pouvait pas en être un, puisque la commission donnait sa démission, et à demander de nouveau la suppression pure et simple de ce rapport. La Société se trouvait donc dans l'alternative fâcheuse ou de faire une injure grave à la commission qu'elle avait elle-même nommée, ou d'accueillir d'une manière peu favorable le travail d'un médecin déjà distingué, et que la plupart des membres de la Société désiraient vivement admettre parmi eux. Ce fait était d'autant plus grave en lui-même, que c'était la première fois qu'un travail était présenté à l'appui d'une demande d'admission dans le sein de la Société, et que ce précédent pourrait éloigner à tout jamais de nouvelles candidatures.

Les titres scientifiques de M. Bouchut lui donnaient droit à plus de bienveillance, et son travail méritait une critique et des conclusions moins puériles et mieux appréciées au point de vue de la science.

Cette discussion s'est terminée par la nomination d'une nouvelle commission composée de MM. Martin-Solon, Valleix et Becquerel. Cette commission devra s'entendre avec M. Bouchut, et examiner de nouveau la note qu'il a présentée à la Société.

Analyse d'un mémoire de M. Lévy sur la cure du choléra par le nitrate d'argent.

M. Barth fait une remarquable analyse du travail de M. Lévy, travail distingué et des plus consciencieux.

L'auteur de ce mémoire, dit-il, a commencé par étudier la nature de la maladie en tenant compte des symptômes, des influences qui précèdent, des phénomènes qui suivent cette affection. Il se demande si ces principaux signes de la maladie et son point de départ se trouvent sur la muqueuse, sur la peau ; si c'est une affection primitive du sang ; si c'est un empoisonnement ; si, enfin la peau est le premier élément malade. La réponse est négative ; de sorte que, par voie d'exclusion, M. Emmanuel Lévy arrive à placer le point de départ de la maladie dans le système nerveux.

Dans quel ordre, dans quelle section du système nerveux existe cette maladie première ? Est-ce une paralysie ? Non. Est-ce un spasme ? Par voie d'exclusion, l'auteur se trouve porté à le penser. Dans quelle section du système nerveux doit-on placer le germe de cette maladie ? Ce ne peut être ni dans le cerveau, ni dans la moelle, puisqu'il n'y a pas de trouble de l'intelligence, ni de paralysies appréciables. Ce doit donc être dans le système nerveux ganglionaire, et plus particulièrement dans le plexus solaire ; car tous les troubles du système nerveux donnent naissance aux symptômes observés.

M. Barth fait remarquer que les médecins allemands sont portés généralement à admettre avec une grande facilité des troubles pathologiques sur lesquels les notions cliniques sont sans influence. Ainsi, dans cette affection, pour eux, la diarrhée serait au choléra ce que la bronchite est à la coqueluche. Les symptômes observés pourraient donc, selon l'auteur, se rapporter à une hypéresthésie du grand sympathique vers son point d'origine dans le plexus solaire. M. Barth trouve la preuve admise par les signes et les actes pathologiques de cette affection beaucoup trop obscurs.

C'est sur ces données que l'auteur a basé son plan de médication. Il prouve que les antiphlogistiques, que les autres méthodes perturbatrices, etc., sont nuls, et qu'ils n'offrent pas de succès constants ; que les astringents, qui ont présenté dans leur administration le plus d'efficacité, ne font, en somme, que diminuer les sécrétions sans en tarir la source. La médication, basée sur la nature de la maladie, doit donc chercher à faire avorter cette excitation nerveuse. Le nitrate d'argent est le médicament qui lui a paru réunir les propriétés les plus convenables pour remplir le but de cette médication.

L'action chimique de ce médicament n'est pas douteuse. Il agit en coagulant le mucus que l'on trouve en grande quantité dans les sécrétions intestinales. Sa puissance antiputride a été constatée par de nombreuses expériences faites antérieurement par Kramer. A la dose de 60 grammes en solution, il produit des effets caustiques. Des moutons ont pu en supporter des doses de 15 à 30 grammes sans avoir éprouvé de phénomènes sérieux. Les études cliniques ont fait voir qu'il a une action réelle dans un grand nombre de circonstances. C'est ainsi qu'il a été employé avec succès dans des cas de diarrhée, de dysenterie, d'hémorrhagie, d'épilepsie, de chorée ; dans l'hystérie, dans la coqueluche, etc.

Son administration remplit donc trois indications importantes ; il agit :

1° Sur les muqueuses, dont il coagule les produits ;

2° Sur le sang, dont il empêche la dissolution ;

3° Sur le système nerveux, où il exerce une action spéciale sur le système nerveux ganglionaire.

L'administration du médicament est, du reste, exempte de dangers ; il est très facile à supporter, et son action est dans un rapport tout spécial avec la portion du système nerveux sur lequel le choléra agit plus particulièrement.

C'est en janvier 1849 que ce médicament a été employé pour la première fois à Cologne ; mais en avril, l'auteur a eu de fréquentes occasions de l'appliquer, et son administration a été suivie de succès presque constants.

Son effet est de modérer les déjections, puis de calmer les troubles nerveux spasmodiques, de rétablir la chaleur, enfin de faire rétrograder la maladie sans opérer de crise appréciable.

Le mode d'administration est celui-ci : c'est le nitrate d'argent cristallisé qui doit être dissous de préférence dans l'eau ; cette solution doit être conservée dans une fiole de verre opaque et versée dans un verre de cristal au moment seulement de l'administration. La dose est d'un huitième de grain de quart d'heure en quart d'heure. Dans les cas graves, on l'a donné de demi-heure en demi-heure, à la dose d'un quart de grain. La dose totale est de 5 à 10 grammes. Certains médecins allemands ont administré le médicament à des doses plus élevées ; on sait qu'en France la dose a été beaucoup moins forte.

En même temps l'auteur a employé quelques moyens adjuvants, tels que les frictions, les bains tièdes ; dans les cas où la peau se maintenait sèche ; on discontinuait l'action du médicament si les évacuations cessaient ; on continuait les frictions, les toniques, le café, etc.

Certaines indications faisaient modifier la médication, et c'est dans ce but que l'auteur faisait, dans certains cas, appliquer des compresses d'eau froide sur la tête, administrait l'oxyde de zinc, faisait appliquer des ventouses dans le cas où il se déclarait quelque congestion pulmonaire.

Les résultats pratiques ont été de deux sortes : les uns ont été propres à l'auteur ; les autres sont des faits communiqués ; et parmi ceux-ci, quelques-uns ont été assez exagérés pour que les auteurs aient prétendu que le nitrate d'argent dans le choléra était aussi infaillible que le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente.

Dans les 58 cas qui ont servi de base à ce travail, et qui ont présenté des cas de choléra bien confirmés, 34 ont guéri, 24 ont succombé. Les 34 guérisons se sont divisées de cette manière : 6 cas se sont manifestés chez des individus au-dessous de 15 ans ; 37 chez des sujets âgés de 15 à 45 ans. Dans ces derniers, il y a eu 13 morts.

Chez 17 de ces malades, le nitrate d'argent a été le seul médicament employé. Dans 4 cas, on a employé concurremment d'autres médicaments. Chez 6 autres, on avait administré des remèdes qui étaient restés sans efficacité.

Dans 5 cas, l'action du médicament, mêlée à celle d'autres moyens, a été à peu près sans action.

Dans deux cas, l'action du nitrate d'argent a été sans action appréciable.

Sur les 24 morts, 6 malades ont succombé après avoir pris de la solution de nitrate d'argent.

12 ont péri, après la période algide et après avoir éprouvé des signes de congestion dans différents organes.

Chez 6 malades, il n'y a pas eu de réaction.

En somme, il y a eu 32 cas de succès bien évident.

L'auteur a donc été porté à conclure que l'action du médicament n'est pas douteuse, et qu'il doit être rangé parmi les agents thérapeutiques les plus efficaces dans le traitement du choléra.

M. Barth termine cette consciencieuse et savante analyse en proposant à la Société de voter des remercîments à l'auteur du mémoire, qui a bien mérité de la science.

CORRESPONDANCE.

Rate et fièvres intermittentes.

10 janvier, 1850.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi, je vous prie, de répondre quelques mots à la nouvelle attaque que M. Piorry a dirigée contre moi, dans la dernière séance de l'Académie de Médecine, à l'occasion de l'opinion que j'ai émise, l'année dernière, sur le rôle que joue la rate dans les fièvres intermittentes paludéennes.

J'ai dit, et je répète, que les observations que j'ai recueillies sur plus de *cinq cents* malades m'ont convaincu que la rate n'est, en aucune façon, *le point de départ* de ces fièvres. Les faits sur lesquels j'établissais cette conviction sont ceux-là mêmes qu'invoquent, avec l'honorable M. Rochoux, tous les praticiens qui ont étudié ces maladies de bonne foi et sans préventions ; à savoir :

1° Que j'ai rarement trouvé la rate gonflée dans les premiers accès ;

2° Que j'ai rencontré de nombreux malades chez lesquels la rate avait acquis un développement extraordinaire sans qu'ils éprouvassent de fièvres intermittentes.

M. Piorry persiste à admettre que j'ai mal examiné mes malades, et il en donne pour preuve que je me servais simplement du doigt *comme instrument de médiation*, ce qui veut dire pour percuter. J'avoue le fait, mais j'en trouve une excuse dans la conduite de la plupart de nos professeurs de clinique qui, n'ayant pas eu la gloire d'inventer le plessimètre, croient pouvoir s'en passer.

Quant à l'argument que M. Piorry tire de nouveau contre moi de l'état dans lequel il a trouvé *cinq* de mes malades qui, renvoyés de la Sologne à Paris et admis dans son service, lui ont présenté des rates énormes, *sans* toutefois *qu'elles dépassassent le rebord costal*, j'ai déjà eu l'honneur de lui répondre que ces malades étaient des malheureux qui, ayant eu trois, quatre et même six fois la fièvre en Sologne, en avaient été renvoyés comme le moyen le plus rationnel de guérison qu'il y eût pour eux. Je lui opposerai d'ailleurs une douzaine d'autres malades qui se trouvaient encore au mois d'avril dernier à l'hôpital du Canal, lors de son évacuation, et que j'ai conduits à l'hospice d'Orléans, ayant la rate et la plupart des viscères abdominaux horriblement tuméfiés, sans éprouver depuis longtemps le plus léger accès de fièvre.

Or, avec un peu de bonne volonté, M. Piorry me permettra sans doute de conclure que, si les cinq malades dont il parle ne déposent en rien contre mon opinion, ceux au contraire que j'ai conduits à Orléans sont une réfutation péremptoire de celle qu'il soutient avec un zèle, je pourrais dire une opiniâtreté, digne en vérité d'une meilleure cause.

J'ai l'honneur d'être etc.

Dr Lachaise.

NOUVELLES.

Par décrets individuels en date du 9 janvier 1849, rendus par le président de la République, sur le rapport du ministre de la guerre, et d'après les propositions du gouverneur-général de l'Algérie, ont été nommés membres de la Légion-d'Honneur, à l'occasion de la prise de Zaatcha, MM. Malapert, chirurgien-major ; Martenot de Cordoux, chirurgien aide-major ; Leuret, chirurgien-major.

— La Société médicale d'émulation de Paris tiendra sa séance générale samedi prochain, 19, à trois heures, dans la salle des actes de la Faculté.

L'ordre du jour comprend : 1° une lecture du secrétaire général sur l'histoire de la Société, et sur la part qu'elle a prise au développement et aux progrès des sciences médicales depuis un demi-siècle ; 2° l'éloge historique de M. Mojon, un de ses anciens présidents, mort du choléra en 1849, par M. Caffe.

Cette séance est publique. *(Communiqué.)*

— La Société médicale du Temple vient de renouveler son bureau pour 1850 de la manière suivante ;

Président, M. Bréon ; vice-président, M. Géry ; secrétaire général, M. Collomb ; secrétaire archiviste, M. Jamain ; trésorier M. Poulenc.

— La Société médicale du 6e arrondissement a renouvelé son bureau pour 1850 ainsi qu'il suit :

Président, M. Collomb ; vice-président, M. Florian-Lemaître ; secrétaire général, M. Maillot ; secrétaire adjoint, M. Clerc ; trésorier, M. Fleury.

— Le docteur Crowther, de Wakefield, a laissé par testament toute sa fortune, s'élevant à 40,000 liv. sterling (un million de francs), à sa ville natale, pour fonder un hôpital.

— M. le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée le dimanche 20 janvier à une heure. Ce cours sera continué les dimanches suivants à la même heure. — Une attention particulière sera donnée à l'anatomie du cheval et du ver à soie.

— *Erratum*. Dans la publication du dernier procès-verbal de la Société de Chirurgie, au sujet des tumeurs fongueuses de la dure-mère, l'imprimeur a attribué à *M. Louis* les citations que M. Larrey avait eu soin d'appliquer à Louis (le secrétaire de l'Académie de Chirurgie).

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 19 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 9.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

PARIS, 18 JANVIER 1850.

Sur la diminution de la fibrine du sang par l'agitation.

M. le professeur Andral a communiqué à l'Académie des Sciences, lundi dernier, une note de M. Marchal (de Calvi), sur laquelle nous nous étions réservé d'appeler l'attention, à raison de son importance. Dans une première communication faite il y a quelque temps à la même Compagnie, M. Marchal avait démontré, par un nombre suffisant d'expériences, que la chaleur augmente la fibrine. Ayant fait coaguler à froid, dans de la glace, les 1er et 4e quarts du sang d'une saignée, ou, indifféremment, les 2e et 3e, les deux autres quarts étant coagulés à chaud, à 55-60 c., il a vu que, constamment, la fibrine avait augmenté dans le sang coagulé à chaud. Dès lors il s'était demandé si, dans l'inflammation, l'excès de fibrine n'est pas imputable à la chaleur fébrile; et il lui a paru, nonobstant quelques objections sérieuses qu'il n'a pas éludées, que l'on pouvait admettre l'affirmative. De plus, comme il n'y a dans le sang que l'albumine qui puisse se solidifier par la chaleur, l'auteur a été conduit à admettre que la fibrine n'est pas autre chose que de l'albumine ayant changé d'état, de l'albumine en voie de coagulation, ou, si l'on veut, à l'état de coagulation moléculaire, infinitésimale. La diminution de l'albumine dans l'inflammation (fait constaté par MM. Becquerel et Rodier) coïncidant avec l'augmentation de la fibrine, la grande ressemblance, si ce n'est l'identité complète, admise par M. Mulder, de la fibrine et de l'albumine au point de vue de la composition élémentaire, sont des faits invoqués par M. Marchal à l'appui de cette transformation de l'albumine en fibrine sous l'influence de la chaleur. Cette théorie, comme on voit, ne se rapporte pas seulement à l'étude de l'inflammation, dont l'hyperplasticémie est le caractère diathésique; elle se rattache aussi à l'étude si compliquée, si obscure encore, des vicissitudes de la nutrition.

Rasori admettait que l'augmentation de la fibrine dans l'inflammation était due à l'excès de calorique et à l'excès de mouvement, le sang étant projeté avec plus de force dans son appareil par le cœur.

M. Marchal croit avoir apporté quelques preuves à l'appui de la première partie de cette théorie. C'est ce que l'on vient de voir. Quant à l'influence de l'excès du mouvement, il est arrivé, au contraire, à des résultats qui contredisent formellement l'opinion de Rasori. Ce sont ces résultats qui viennent d'être communiqués à l'Académie des Sciences par M. le professeur Andral.

Voici comment M. Marchal a procédé. Il a fait coaguler *au repos* les 1er et 4e quarts du sang d'une saignée, ou, indifféremment, les 2e et 3e quarts, tandis que les deux autres quarts ont été *agités* fortement dans un flacon pendant dix minutes. Dix fois sur douze, il a constaté une diminution sensible de fibrine dans le sang agité. L'excès de mouvement, l'agitation, tend par conséquent à diminuer la fibrine. M. Marchal pense qu'on pourrait peut-être expliquer de cette manière les accidents de défibrination que l'on dit avoir été observés dans quelques cas chez les animaux forcés à la course.

Les dernières recherches de M. Marchal ont, quant aux procédés d'analyse du sang, une importance notable. En effet, si l'agitation prolongée tend à diminuer la fibrine, il n'est pas indifférent, lorsqu'il s'agit de déterminer la proportion de cet élément, d'employer le battage, l'agitation dans un flacon, ou simplement le lavage du caillot.

Nous ne faisons qu'exprimer l'opinion de M. Marchal lui-même, en disant que des faits d'un aussi grand intérêt ont besoin d'être répétés et vérifiés par plusieurs observateurs avant d'être admis à prendre rang dans la science. Dans l'intérêt de l'hématologie, on doit vivement désirer cette vérification.

Revue clinique hebdomadaire.

Fracture de la tête de l'humérus. — Le service des femmes de M. Velpeau renferme en ce moment une malade sur laquelle M. Velpeau a avec raison attiré l'attention de ses nombreux auditeurs.

Une femme de soixante-do[illegible] soixante-quinze ans, dans une chute sur l'épaule, s'est fracturée la tête de l'humérus en plusieurs fragments, de telle sorte que les mouvements qu'on imprime au membre font entendre un bruit de crépitation multiple, analogue, dit le professeur, à celui que feraient entendre des fragments de coquilles de noix qui seraient renfermés dans une capsule; les fragments osseux sont très mobiles, et semblent par conséquent être parfaitement libres dans l'intérieur de la capsule elle-même. Cette circonstance, jointe à l'âge avancé de la malade, devait nécessairement inspirer des doutes touchant la consolidation de la fracture, qui se trouve ainsi dans des conditions semblables à la fracture intra-capsulaire de la hanche; ces doutes ont été émis par M. Velpeau, et il était intéressant de suivre la malade pour voir de quelle manière ils seraient dissipés.

Jusqu'à présent, l'issue de la maladie semble devoir être plus heureuse qu'on n'aurait pu s'y attendre. L'articulation est peu douloureuse; le gonflement modéré; l'état général excellent. Il semble, en un mot, qu'un travail régulier de réparation et de consolidation se soit établi. On ne peut encore se prononcer d'une manière définitive; mais il est très à espérer que la fracture guérira d'une manière complète. C'est, dans tous les cas, un fait qui mérite d'être suivi avec soin par tous les auditeurs du savant professeur.

Symptômes d'affection de la moelle à la suite d'une extirpation du testicule. — Nous avons insisté, dans une de nos dernières *Revues cliniques*, sur le malade si intéressant placé dans le service de M. Martin-Solon, et présentant, à la suite d'une amputation du testicule, des symptômes anesthésiques qui n'étaient pas parfaitement dessinés, mais à la présence desquels cependant il n'était guère possible de méconnaître une affection de la moelle, sur la nature de laquelle d'ailleurs il était fort difficile de se prononcer.

On sait que, dans la prévision où cette affection serait une production accidentelle, M. Martin-Solon avait prescrit l'iodure de potassium dans l'espoir d'en obtenir la résolution. L'amélioration qui s'était produite dès les premiers jours de l'administration de ce médicament s'est soutenue et accrue les jours suivants, au point qu'aujourd'hui le malade, sans aucun appui étranger, marche avec facilité, et que tous les symptômes du côté de la sensibilité ont disparu. Tout porte à croire que ce malade va être définitivement guéri. C'est assurément là un fait qui, au point de vue théorique, pourrait donner lieu à de nombreuses considérations, et qui, au point de vue clinique, offre un vif intérêt aux praticiens.

Aliénation mentale à la suite de l'usage du chloroforme pendant la parturition. — Parmi les résultats cliniques les plus singuliers que peut produire l'administration du chloroforme se trouverait certainement celui qu'on va lire, si l'observation était de nature à ne laisser aucun doute dans l'esprit.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique appliquée à la chirurgie et aux différentes branches de l'art de guérir ; par le professeur BOUISSON (de Montpellier).

Lorsqu'il y a trois ans les journaux américains annoncèrent la découverte d'une méthode nouvelle qui permettait d'affranchir les êtres vivants des douleurs atroces jusqu'alors compagnes inséparables de toute opération chirurgicale, lorsque les expériences de quelques praticiens eurent, dans notre pays, prouvé l'exactitude des assertions qui, bien que venant du Nouveau-Monde, paraissaient cependant être vraies, l'enthousiasme général n'eut plus de bornes, et l'on crut à une révolution dans la pratique de la chirurgie. Au milieu de cet engouement qui nous parut irréfléchi, nous osâmes, dans les colonnes supérieures de ce journal, recommander la réserve, l'expérimentation prolongée, et nous prédisions dès lors que des accidents graves viendraient peut-être, viendraient probablement donner de sévères leçons aux imprudents qui se jouaient d'un agent dont le pouvoir, encore peu connu, se faisait sentir d'une si énergique façon sur le système nerveux.

Inutile de rappeler comment fut accueillie par d'autres organes de la presse médicale cette réserve que l'on voulut faire passer pour une opposition systématique, à laquelle nous n'avions jamais songé. Dès lors, nous prîmes la résolution d'enregistrer avec soin dans les colonnes de la *Gazette* les faits malheureux qui pourraient se rencontrer, tout en suivant avec la plus scrupuleuse impartialité la marche de la découverte nouvelle, et signalant les avantages dont l'expérience des faits la démontrerait susceptible. Nos lecteurs nous rendront cette justice que nous avons tenu parole, et que les deux faces de la question ont été étudiées avec la même attention pendant les trois ans qui viennent de s'écouler.

L'événement nous a donné bientôt raison, et peu s'en est fallu que dès les premiers mois les éthérisateurs n'aient tué l'éthérisation. Cependant les savants de tous les pays poursuivaient leurs recherches, et bientôt détrônant l'éther, le chloroforme, doué d'une puissance immensément plus forte, était seul mis en usage par les chirurgiens jaloux d'abréger pour leurs patients le temps de l'épreuve, et d'obtenir des résultats plus complets.

Si l'insensibilité fut en effet plus entière, si les inhalations durent être moins prolongées, les accidents se multiplièrent aussi d'une manière notable, et il ne fut plus permis à l'opérateur d'employer le chloroforme sur un malade sans l'avertir préalablement des dangers qu'il courait en se soumettant à la méthode anesthésique.

Depuis trois ans, éther et chloroforme ont fait le sujet de nombreuses brochures, de dissertations inaugurales, de mémoires tracés pour la plupart avec talent, mais n'envisageant chacun qu'un certain nombre de points isolés de la question en litige. Mais de livre complet, rassemblant tous ces documents épars, prenant la question *ab ovo* pour en poursuivre l'examen dans ses limites les plus reculées, de livre qui contînt à la fois les succès et les insuccès de la méthode anesthésique, les moyens les plus certains d'obtenir les uns et d'éviter les autres, il n'en existait point encore il y a quelques semaines. C'est la Faculté du Midi qui cette fois s'est trouvée en avance sur la nôtre, et l'ouvrage dont nous allons rendre compte nous arrive de Montpellier.

Peut-être cela a-t-il été un bonheur pour l'auteur, comme il le dit lui-même, d'avoir été placé assez heureusement pour pouvoir vérifier les faits par lui-même dans le grand hôpital dont il est le chirurgien en chef, et d'être en même temps à l'abri des communications agitées et hâtives qui auraient pu compromettre le succès d'une découverte aussi intéressante. S'il n'a pas, en raison de ces conditions, participé à la première moisson de résultats livrés à la curiosité du public, il a eu l'avantage de commencer ses observations à un moment où il était devenu possible de leur donner une direction rationnelle.

M. Bouisson range sous trois chefs principaux les fins de la thérapeutique chirurgicale. Arrêter le sang d'abord, obtenir promptement la réunion de la plaie résultant de l'opération, atténuer ou supprimer la douleur. Des deux premiers chefs, il n'a point à s'en occuper ici; mais le troisième le conduit à étudier la douleur produite par les opérations chirurgicales, l'influence de l'état moral sur elle, sa durée et son siége, ses conséquences possibles. Puis vient l'historique de la médication anesthésique depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Inutile de dire que les écrits des anciens ne sont cités que pour mémoire, comme aussi ceux des Chinois, dans lesquels on a depuis quelque temps la singulière manie de trouver après coup les découvertes modernes. Pourquoi donc un de ces fanatiques sinologues ne s'attache-t-il pas à chercher dans les manuscrits chinois quelque découverte faite par eux et encore ignorée de nous, de laquelle soit susceptible de profiter notre civilisation occidentale? Après un assez court chapitre où il examine les différents moyens anesthésiques locaux et généraux connus avant ceux qui nous intéressent actuellement, l'auteur entre dans l'historique de la découverte de Jackson, de celle de Simpson, et se livre à une discussion approfondie des qualités des divers agents, des appareils destinés à leur administration, des voies par lesquelles elle doit se faire, et il arrive enfin à l'étude de leur action.

Un tableau tracé de main de maître et copié sur la nature dont il est un calque fidèle présente la série des phénomènes par lesquels passe le sujet soumis aux inhalations anesthésiques. Sommairement, on peut établir qu'il y a dans l'action des anesthésiques une influence antérieure à l'absorption, une autre consécutive à l'exercice de cette fonction. Les phénomènes de la première espèce sont directs et locaux, et produits par l'impression exercée sur l'appareil respiratoire. Ceux de la seconde, résultat de l'absorption de l'éther, sont bien plus importants, plus nombreux et d'une nature plus diverse. Ils comprennent en effet l'action des vapeurs anesthésiques sur la sensibilité, les facultés intellectuelles, les mouvements, le système nerveux, sur les fonctions de la vie organique.

La marche et la théorie des phénomènes anesthésiques ont fait l'objet de bien des recherches de la part d'hommes instruits et observateurs intelligents. Une sévère analyse critique a empêché M. Bouisson d'accepter leurs résultats, qui classe ces phénomènes en deux périodes seulement. La première, à laquelle il donne le nom d'*éthérisme animal*, est celle pendant laquelle l'existence n'est pas menacée, mais simplement privée des manifestations de la vie animale; c'est proprement celle que le chirurgien doit connaître et provoquer, dont il est appelé à mesurer l'étendue d'après les indications. L'auteur y distingue trois temps : excitation générale, suppression de la sensibilité et de l'intelligence, abolition des mouvements volontaires. La seconde période, qu'il appelle d'*éthérisme organique*, correspond à tous les effets de l'éthérisation qui s'exercent sur les fonctions indispensables à la vie, lorsque les fonctions de relation sont annulées et que l'être est réduit à la vie végétative. Ici encore trois temps : abaissement de la chaleur animale, extinction des mouvements respiratoires et de l'hématose, paralysie du cœur.

Quant à la théorie de la production des phénomènes, pour M. Bouisson, ce n'est ni de l'ivresse, ni du narcotisme, ni de l'as-

Le docteur Webster a exposé devant la Société médicale de Westminster le cas suivant, qui lui a été communiqué par un de ses confrères et amis, à propos du rapport sur trois cas semblables qu'il a lu dans une des précédentes séances de la Société.

Dans le présent cas, une *drachme* seulement (environ 4 gr.) de chloroforme fut versée sur un mouchoir et respirée. L'effet produit fut tellement soudain et violent que la patiente, après l'inhalation, tomba dans une insensibilité complète qui alarma vivement les assistants. En même temps que l'insensibilité se manifestèrent une pâleur mortelle et un aspect cadavéreux. Cependant la malade se remit lentement, mais le travail fut long et douloureux. Pendant plusieurs jours subséquents, cette dame fut dans une agitation nerveuse extrême, quoique non déraisonnable; mais bientôt elle tomba dans une manie furieuse. On fut obligé de recourir à la camisole de force.

Après avoir été en démence pendant plusieurs mois, la malade recouvra graduellement sa raison, qui ne s'est pas altérée depuis.

Quelques membres de la Société ont fait observer avec raison à l'auteur de cette communication que le fait était trop peu détaillé pour être concluant; les observations de ces membres sont parfaitement fondées en tant que les accidents manifestés chez cette malade seraient considérés comme une aliénation mentale; la maladie n'a eu en aucune façon ni la marche ni, à proprement parler, les caractères de la folie; c'était, suivant toute apparence, ce qu'on appelle et ce qu'on doit continuer à appeler un délire aigu; mais, même en considérant ainsi ce fait, il est toujours fort remarquable et digne d'intérêt pour les praticiens; il mérite sous tous les rapports d'être porté à leur connaissance.

Ankylose du coude. Fracture de l'ankylose. — Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. Michon, à la Pitié, il y a quelques jours, un fait excessivement curieux, dont voici le résumé en deux mots.

Un homme reçut il y a un an un coup de feu dans l'articulation du coude du côté gauche. A la suite des désordres occasionnés par le projectile dans l'articulation, il se forma une ankylose; le bras et l'avant-bras, fixés l'un sur l'autre dans une demi-extension, formaient un angle obtus très ouvert. Inutile de dire qu'en même temps que les mouvements de flexion et d'extension étaient abolis les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras.

Il y a peu de temps, le malade fit une chute sur le côté gauche, chute assez violente pour que les téguments du tronc et du bras portent encore la trace d'ecchymoses très étendues déterminées par la violente contusion produite par la chute. Lorsque le sujet est tombé, son membre supérieur s'est trouvé placé de telle sorte que l'ankylose s'est rompue, mais d'une assez singulière façon. Au lieu d'être faite dans le centre même de l'articulation, et par décollement en quelque sorte des surfaces osseuses anormalement soudées, il y a eu fracture nouvelle du cubitus, qui a laissé l'olécrane attenant et solidement fixé à l'humérus. De sorte que, lorsque l'on fait exécuter à l'avant-bras les mouvements de flexion rendus possibles par la fracture, l'alécrane, au lieu de suivre le cubitus, reste immobile.

Ce fait est curieux en ce sens qu'il nous présente la réalisation, par le fait de la nature, d'un procédé opératoire dont on avait fait si grand bruit il y a quelques années et qui est maintenant tombé dans un juste oubli, nous voulons parler de la méthode de M. Louvrier, qui, à l'aide de machines puissantes, avait la prétention de rétablir les mouvements en brisant les ankyloses. On sait de quels accidents terribles a été suivie l'application de cette méthode inintelligente et brutale, dont les résultats furent souvent des ruptures de vaisseaux, des inflammations terribles, qui purent même déterminer la mort. C'est probablement quelque fait de ce genre qui aura conduit M. Louvrier à l'institution de sa dangereuse méthode.

Ici la nature, plus prudente, n'a permis que le rétablissement de mouvements incomplets. M. Michon cherche, en imprimant chaque jour à la fracture de légers mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras, à empêcher la consolidation et à obtenir une fausse articulation. Les mouvements seront loin d'être aussi complets que dans une articulation normale; mais le malade trouvera encore dans cette mobilité bornée un grand avantage sur l'état d'immobilité parfaite qui précédait l'accident.

Sur les réactions acides ou alcalines présentées par l'urine des malades soumis au traitement par les eaux de Vichy. — M. le docteur Max. Durand-Fardel, ex-inspecteur de l'établissement thermal de Vichy, membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de faire connaître des recherches cliniques sur les eaux de Vichy, qui méritent à un haut degré de fixer l'attention des praticiens.

On sait que les eaux minérales alcalines, et celles de Vichy en particulier, passent généralement pour jouir de la propriété d'alcaliniser les urines d'une manière constante et continue, si bien que M. Petit, s'appuyant sur les assertions de d'Arcet, avait cru pouvoir fonder sur cette propriété l'espoir d'obtenir la dissolution des calculs dans la vessie; c'est encore au degré d'alcalinité acquise par l'urine que la plupart des praticiens attachent le plus d'importance, dans le traitement, par les eaux de Vichy, de la gravelle, de la goutte, et d'un certain nombre d'autres affections.

Cependant on ne trouve dans les écrits de d'Arcet et de M. Petit aucune trace d'expériences régulières à ce sujet, et leurs assertions ne paraissent se baser que sur des faits isolés, tout à fait insuffisants pour légitimer des conclusions un peu positives. C'est cette lacune que M. Durand-Fardel a essayé de combler en soumettant l'étude de l'alcalinisation de l'urine par les eaux de Vichy à des expériences nombreuses, dont voici le résultat, fort différent de celui qui avait été annoncé dans les écrits précédemment publiés sur cette question.

L'urine de quatre-vingt-sept malades, presque tous observés à l'hôpital civil de Vichy, dont le service avait été confié à M. Durand-Fardel, fut examinée à l'aide du papier réactif, à diverses époques de la durée de leur cure; chaque malade prenait tous les jours un bain, un grand nombre de douches, et la moyenne de l'eau minérale bue par chacun d'eux s'élevait de cinq à sept verres d'eau par jour; chaque verre d'environ 250 grammes de capacité. Voici le résumé des observations faites par M. Durand-Fardel.

Un des effets les plus ordinaires du traitement par les eaux de Vichy est d'enlever aux urines leur acidité normale, et de les rendre neutres ou alcalines.

Ce n'est que dans un nombre de cas restreint, et qui a à peine dépassé le tiers des observations de M. Durand-Fardel, que l'on observe un degré d'alcalinité prononcée et à peu près persistante de l'urine.

Dans le plus grand nombre de cas, l'urine est neutre ou faiblement alcaline, et présente de nombreuses variations d'un jour à l'autre, dans son degré d'alcalinité.

Dans les cas les plus rares, elle demeure acide pendant toute la durée de la cure.

Il est généralement difficile d'apprécier les circonstances qui donnent lieu aux modifications que l'urine subit dans ses réactions acides ou alcalines.

La diarrhée rend ordinairement acide l'urine alcalinisée par l'eau de Vichy, ou quelquefois en diminue seulement l'alcalinité.

Le travail de la digestion paraît quelquefois diminuer passagèrement l'alcalinité de l'urine.

Le régime alimentaire paraît exercer une influence bien moindre sur ces diverses conditions de l'urine que la disposition individuelle.

Dans deux cas de gravelle urique, M. Durand-Fardel a vu le traitement thermal déterminer, non pas une guérison complète, mais les effets favorables qui suivent ordinairement une seule saison passée à Vichy, bien que l'urine fût demeurée acide pendant la durée de la cure elle-même.

Les assertions de d'Arcet et de M. Petit touchant la facilité avec laquelle l'urine s'alcaliniserait sous l'influence des eaux de Vichy, et le degré d'alcalinité qu'elle y acquerrait, ne sont donc point exactes.

Il n'est pas permis non plus, comme a essayé de le faire M. Barthez, de baser sur le degré d'alcalinité de l'urine la direction du traitement, de telle sorte que l'on dût, suivant la pratique et les conseils de ce médecin, augmenter la dose de l'eau prescrite tant que l'urine ne s'alcaliniserait pas, et cesser de l'accroître dès que l'urine aurait atteint un certain degré d'alcalinité. En effet, les expériences de M. Durand-Fardel semblent prouver, d'après différents tableaux joints à son mémoire, que le degré d'alcalinité de l'urine des malades n'est en rapport ni avec la dose des eaux, ni avec la nature de la maladie, ni avec les résultats du traitement.

Les conséquences pratiques de ce travail sont: que le degré d'alcalinité de l'urine obtenue à l'aide des eaux de Vichy, tout en méritant de fixer l'attention, surtout pour la recherche des conditions spéciales qui la favorisent ou l'entravent, n'a que peu d'importance dans la pratique: c'est ailleurs qu'il faut étudier le mode d'action thérapeutique des eaux et chercher un guide pour la direction du traitement thermal.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Cruveilhier.

Douleurs poly-articulaires de forme rhumatismale. — Symptômes d'affection de la moelle. Myélite articulaire. — Évacuations sanguines abondantes. — Guérison.

L'observation qu'on va lire se recommande aux observateurs par la coïncidence singulière qui a existé entre des douleurs articulaires d'apparence franchement rhumatismale et d'autres symptômes paraplégiques qu'on devait être naturellement porté à attribuer à la même cause que les premiers. Si cette opinion, qui a été celle de M. le professeur Cruveilhier, est fondée, on aurait donc eu affaire, dans ce cas, à une inflammation, ou au moins à une affection rachidienne de nature rhumatismale. Or, on comprend l'intérêt que doit avoir, au point de vue de la pathologie, du pronostic et de la thérapeutique, l'examen d'une semblable opinion et du fait qui la provoque. Nous allons d'abord faire connaître ce fait avec quelques détails.

Un malade est entré, le 7 janvier dernier, à l'hôpital de la Charité donnant sur ses antécédents les renseignements qui suivent:

Il y a neuf jours que cet homme est malade. Le premier symptôme qu'il ait éprouvé a été une violente douleur dans la région frontale, douleur superficielle, comme névralgique, qui n'a pas tardé à disparaître pour se faire sentir à la nuque, et successivement dans les oreilles, la mâchoire inférieure, les épaules, les bras; puis elle est descendue tout le long de la colonne vertébrale, et s'est fixée dans la région lombaire. Depuis quatre jours elle s'est portée sur les membres inférieurs, après avoir abandonné les reins. Le malade éprouve un engourdissement douloureux; les genoux sont tellement sensibles, qu'on ne peut les frictionner comme les autres parties. Au niveau des articulations, dans le membre inférieur, existe un sentiment de constriction, de serrement.

Quand le malade entre à l'hôpital, il est dans le même état; il ne souffre que dans les membres inférieurs; tout le tronc est parfaitement intact, ainsi que les bras.

---

phyxie pure. L'action des anesthésiques est une action primitivement dynamique. Elle impressionne les forces propres de la vie, comme une sensation impressionne l'âme, et c'est à l'altération de ces forces et du principe qui les résume qu'il faut tout rapporter. Cette impression est spécifique, et se révèle par des caractères propres dans lesquels on découvre une association jusqu'ici inconnue dans les effets des médicaments, maximum d'intensité, minimum de durée. L'éthérisme participe de l'énergie du médicament et de la subtilité du poison. C'est une intoxication particulière, hostile à la vie quand le développement en est complet, mais qui offre un secours inappréciable à la pratique de l'art quand ses effets sont contenus dans des limites convenables.

L'éthérisme, on le sait, varie suivant les âges, les sexes, les constitutions; nous ne suivrons pas M. Bouisson dans les développements qu'il donne à cet examen, non plus que dans les conseils qu'il donne à ceux qui veulent se servir du chloroforme ou de l'éther. Ces conseils sont maintenant vulgaires, et cependant nos lecteurs, même les plus instruits, trouveront encore dans ce chapitre quelques avis dont ils pourront faire leur profit.

Vient le chapitre des accidents, qui n'est pas l'un des moins intéressants. Deux tableaux comprennent les cas de mort causée par l'éther (5) et par le chloroforme (15). Et encore, ajoute l'auteur, avons-nous évité de grossir le nécrologe du chloroforme de plusieurs exemples de mort survenue immédiatement après l'inhalation de cet agent dans des cas non compris dans la médecine opératoire. Nous recommandons à l'attention un parallèle éminemment pratique entre les effets du chloroforme et ceux de l'éther, leur mode d'action, leurs dangers, leurs indications.

L'application du chloroforme au diagnostic dans certains cas où l'exploration doit être douloureuse, les indications et contre-indications, le pronostic des opérations après son emploi, font le sujet d'autant d'articles spéciaux dont quelques-uns renferment des données statistiques d'une haute importance. Il en est de même de l'application des anesthésiques à la pratique de certaines opérations spéciales, hernies, taille et lithotritie, réduction de luxations, et à l'obstétrique. Bien que, dans ces derniers cas, M. Bouisson regarde comme le plus souvent innocente l'anesthésie provoquée, nous le voyons cependant avec plaisir se ranger à l'opinion de ceux qui pensent que le mieux est de s'abstenir et de ne pas contrarier le procédé de la nature. C'est tout au plus si dans certains accouchements laborieux M. Bouisson ose conseiller l'emploi de l'anesthésie, et encore reste-t-on persuadé qu'il s'appuie plus alors sur les faits observés par les auteurs que sur ses propres convictions.

L'emploi des agents anesthésiques dans la thérapeutique médicale, contre un grand nombre d'affections douloureuses, névralgies, névroses, aliénation mentale, délires; leur application topique pour combattre les douleurs rhumatismales, les ophthalmies, ne devaient pas être et n'ont pas été passés sous silence par M. Bouisson.

Un dernier chapitre est consacré à l'éthérisation considérée dans ses rapports avec la médecine légale, dans le diagnostic, par exemple, des maladies simulées; l'irresponsabilité des sujets éthérisés; les questions médico-légales introduites par l'anesthésie artificielle dans l'obstétrique, dans la détermination des attentats contre la vie; enfin la recherche des causes de la mort sur des individus présumés victimes de l'éther et du chloroforme, sont autant de points sur lesquels s'est étendu longuement M. Bouisson et dont il a fait l'objet de discussions approfondies.

Nous arrivons à la conclusion du livre, au jugement général sur les moyens anesthésiques. « Nous ne faisons, dit M. Bouisson, qu'énoncer une vérité dont l'évidence est aujourd'hui démontrée, en déclarant que la méthode anesthésique représente un progrès réel dans l'art de guérir, une acquisition majeure pour la chirurgie, et que son efficacité est aussi grande qu'avérée... Sans prétendre que les agents anesthésiques soient exempts d'inconvénients, sans les regarder comme des armes inoffensives entre toutes les mains, nous sommes fondé à voir en eux l'instrument d'une action nouvelle et puissante qui, sous la direction prudente et éclairée de l'homme de l'art, peut atteindre sûrement le but le plus élevé et longtemps le plus inaccessible de la chirurgie, l'abolition de la douleur. »

M. Bouisson termine par l'examen de quatre importantes objections faites à l'emploi de la méthode anesthésique:

1° Est-elle irrationnelle? Non. On a objecté qu'il n'est pas rationnel d'enivrer un homme pour l'opérer. Mais l'anesthésie n'est pas l'ivresse. Puis on n'obtient pas de résultat aussi grand sans modifier profondément l'organisme. Quant à cette autre objection, que l'on prive le malade de sa liberté et de son intelligence, elle n'est pas sérieuse. On n'opère et on n'éthérise pas un homme sans avoir son consentement.

2° Est-elle immorale? Dans l'état actuel de la science, nous croyons pouvoir avec l'auteur répondre: Non, sans tenir compte d'objections sans valeur qu'il s'est cru obligé de réfuter.

3° Est-elle inutile? Pour M. Bouisson, elle n'est pas inutile, que l'on interprète cette expression dans le sens d'impuissante ou d'inopportune. L'expérience et l'observation des faits ont réduit à néant cette objection.

4° Enfin, est-elle dangereuse? Ici, M. Bouisson établit une distinction entre les agents et la méthode. Les agents sont dangereux, d'un maniement délicat. La méthode, appliquée avec discernement, se présente avec toute l'innocuité que l'on peut demander dans les procédés de l'ordre thérapeutique. Les dangers attribués à la méthode sont à peu près nuls, et la crainte qu'ils ont inspirée doit être effacée par l'incomparable supériorité de ses avantages.

Ici, tout en rendant pleine et entière justice à la réserve, à la prudence de M. Bouisson, nous ne saurions être entièrement de son avis. Si la méthode est aussi utile qu'il le dit, et on se laisserait facilement convaincre par son beau travail, pourquoi craindre d'avouer qu'elle est dangereuse? Redouterait-on d'en voir, par cet aveu, l'emploi moins généralisé? Mais encore, où serait le mal de ne pas livrer à toutes les mains une arme de cette importance? Il faut, nous dit l'auteur, des chirurgiens expérimentés, et entre leurs mains, les dangers sont *à peu près* nuls. Les accidents mortels tiennent, pour la plupart, à ce que les règles mal connues de cette méthode n'ont pas été convenablement expliquées. Mais des accidents de ce genre sont survenus, et sans que l'on puisse révoquer en doute l'habileté, la prudence, l'expérience des hommes qui ont mis la méthode en pratique.

Pour notre part, si, ce qu'à Dieu ne plaise, un accident mortel arrivait à un malade de M. Bouisson, nous ne l'attribuerions pas au chirurgien, dont nous connaissons tout le mérite et toute l'habileté, nous le rapporterions tout entier à la méthode, qui, si utile soit-elle, n'en reste pas moins, à nos yeux, des plus dangereuses et d'un maniement extrêmement difficile.

Le savant professeur de Montpellier ne nous en voudra pas, nous l'espérons, de cette légère divergence d'opinion. Elle n'enlève rien au mérite de son livre, que tout opérateur devra lire et méditer, et de l'étude duquel il retirera plaisir et profit.

Dr A. Foucart.

— M. le docteur Joly vient d'être nommé chirurgien en chef du grand hospice de Bruxelles, en remplacement de M. Langlet, décédé.

La marche est très difficile; le malade doit s'appuyer à son lit pour en faire le tour. La jambe droite paraît plus faible que la gauche; le malade s'appuie plus longtemps sur celle-ci en marchant; il traîne un peu l'autre. Il ne peut se retourner dans le lit sans souffrir beaucoup, et il reste couché sur le dos.

Les genoux sont moins sensibles; c'est dans le jarret que la douleur est la plus forte. Pas de symptômes généraux. — Saignée de 16 onces; ventouses scarifiées à la région lombaire; lavement avec séné et sulfate de soude, 60 grammes; infusion de laurus sassafras; diète.

Le 9, il n'y a pas d'amélioration; la difficulté de remuer les jambes est encore plus grande. Ce n'est qu'à grand'peine que le malade plie le genou et maintient la jambe élevée au-dessus du lit. Aujourd'hui celle du côté droit semble plus vigoureuse que l'autre; hier c'était le contraire.

Fourmillements dans tout le membre inférieur. La sensibilité est intacte. Le malade a eu des crampes dans le pied. — Nouvelle saignée de 12 onces (le sang tiré de la veine est couenneux); lavement purgatif; même régime.

Le 10, les crampes ont été très fréquentes; douleurs dans les jambes et les cuisses; la pression est douloureuse sur les pieds; le poids des couvertures semble énorme au malade; la faiblesse générale est grande; les mouvements des membres inférieurs ne sont pas faciles. Sang de la saignée encore couenneux. — Même régime.

Le 11, depuis hier soir, les mains et les avant-bras se sont engourdis, puis sont devenus douloureux, au point que le poids de la couverture détermine des élancements qui remontent jusque dans l'épaule; quelques mouvements convulsifs les accompagnent parfois; les mains et les avant-bras sont le siége de crampes; le bras est moins attaqué. En passant la main sur la peau, on ne provoque pas de douleurs, mais le malade souffre si on presse sur elle, surtout au niveau des poignets et des doigts; il se produit en même temps un mouvement convulsif des membres. Articulations douloureuses; mouvements difficiles.

Les battements du cœur sont réguliers; la respiration n'est pas gênée; le malade ne souffre pas dans le dos.

Les mouvements des jambes sont plus faciles et plus étendus. De ce côté, il y a de l'amélioration. — Saignée le soir; le sang est couenneux.

Le 12, les membres inférieurs paraissent presque complétement dégagés. Les mouvements sont très étendus et faciles; ils ne déterminent aucune douleur.

Les phénomènes morbides sont concentrés dans les avant-bras et dans les mains. Pendant toute la nuit, celles-ci ont été le siége de douleurs et de mouvements convulsifs qui agitaient les doigts; le malade n'a pu dormir. Le poignet gauche est un peu tuméfié, d'un rouge pâle; il est très douloureux à la pression.

Le poignet droit est seulement un peu sensible. Faiblesse très grande. Besoin de manger. — Bouillons, potages.

Le 13, la douleur est maintenant plus prononcée dans le poignet droit, qui est un peu tuméfié. Encore un peu de douleur dans le pied droit derrière la malléole interne et à la plante du pied; sensation de rétraction des muscles. Pas de sommeil; appétit. — Une pilule cynoglosse. Même régime.

Le 15, la douleur a abandonné le poignet droit pour se porter dans le gauche. — Même prescription.

Le 16, le malade n'éprouve plus aucune douleur; il est seulement très faible; il demande à manger et à se lever. — Une portion.

Le 17, plus aucune souffrance. Le malade s'est levé hier et ne s'en est pas mal trouvé: toutes les articulations sont libres. Il peut être considéré comme étant en convalescence.

Engelures aux pieds (premier degré). — Guérison prompte et complète par la cautérisation superficielle des parties malades avec le nitrate d'argent.

Par M. ALPHONSE PETIT, interne des hôpitaux de Lyon.

Les engelures aux pieds, même à leur état le plus simple, constituent, comme chacun sait, une affection rendue tellement désagréable et par la démangeaison parfois insupportable, et par la douleur assez vive qui les accompagnent, et par la gêne qu'elles apportent à la marche qu'il serait d'un immense avantage de pouvoir leur opposer un mode de traitement qui pût en triompher sûrement et promptement. La cautérisation des parties malades à l'aide du nitrate d'argent promené pendant quelques instants à leur surface préalablement humectée de salive me semble réunir toutes les conditions possibles de simplicité et d'efficacité. On peut en juger d'après les deux observations suivantes: j'ai pris la première sur moi-même, je dois la seconde à l'obligeance d'un étudiant en médecine, mon ami, M. Chaux (Camille).

OBS. I. — Dans les derniers jours de novembre 1849, je commençais à souffrir de deux engelures siégeant l'une sur la tête du gros orteil du pied droit, l'autre à la face postérieure du talon du même pied. Pendant quinze jours, je les abandonnai complétement à elles-mêmes; mais, la marche devenant de plus en plus douloureuse, ne pouvant presque plus me servir de mes chaussures habituelles, souffrant une partie de mes soirées de démangeaisons extrêmement pénibles, je songeai à chercher un moyen de me soulager. Trouvant dans les divers traités de chirurgie une foule de médications assez curieuses, mais dont l'application me semblait ennuyeuse et le résultat douteux, j'eus l'idée de recourir à la cautérisation superficielle des parties malades avec le nitrate d'argent. Au moment donc où la démangeaison extrêmement vive ne me laissait aucun repos j'humectai avec de la salive les endroits douloureux et j'y promenai pendant quelques instants le crayon de nitrate d'argent. Une heure après, la démangeaison avait disparu; le lendemain, l'engorgement des parties, la douleur avaient diminué de beaucoup. Dès le surlendemain, ne me sentant plus du tout incommodé, je pus regarder la guérison comme complète. L'épiderme noirci par la cautérisation n'a guère commencé à se détacher que quinze jours après. Depuis lors, je n'ai souffert d'aucune récidive. Ajoutons qu'aucune précaution hygiénique n'est venue seconder l'influence du traitement.

OBS. II. — (Je transcris textuellement la note que m'a remise M. Chaux). Il y a environ trois semaines, je fus pris d'engelures au pied gauche. Les symptômes qui se montrèrent le premier jour furent un sentiment de chaleur, de cuisson légère, de démangeaisons très vives, qui se reproduisaient régulièrement tous les soirs, ou chaque fois que le pied était plus échauffé que de coutume. Bientôt j'éprouvai une assez forte douleur à la pression; je marchais péniblement. C'est alors qu'un de mes amis, M. Alphonse Petit, me conseilla de promener le nitrate d'argent sur les parties érythémateuses, m'assurant que ce moyen lui avait réussi dans pareille circonstance. Quelques heures après, au moment où une démangeaison insupportable se faisait sentir, je me décidai à l'emploi de ce nouveau mode de traitement. L'une des engelures occupait toute la face dorsale du gros orteil, les parties recouvrant le métatarsien correspondant, toute la face interne, et une partie de la face plantaire; l'autre n'occupait que la face dorsale du petit orteil. Ayant humecté ces parties avec de la salive, je promenai le crayon de nitrate d'argent pendant six à huit minutes, et à deux reprises différentes. Depuis ce moment je n'ai plus ressenti aucune démangeaison; la douleur que j'éprouvais en marchant a rapidement diminué, et aujourd'hui, troisième jour après la cautérisation, tout a disparu.

Du strabisme droit ou direct.

Par M. LUCIEN CORVISART.

M. le docteur Philippe, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André, à Rome, a adressé à la *Gazette des Hôpitaux* du 10 janvier 1850, une lettre au sujet de mon article sur le strabisme droit ou direct inséré dans le même journal les 27, 29 novembre et 1er décembre 1849. C'est beaucoup d'avoir d'éminents lecteurs, je remercie M. le docteur Philippe de l'attention qu'il a bien voulu me prêter, c'est une bonne fortune pour moi.

L'argumentation de M. le docteur Philippe est ardente, très affirmative.

Mon travail n'a pas ces caractères; je dis et ne m'*écrie* pas, je ne *prétends* point, j'expose, je ne *proclame* nul triomphe.

C'est un travail tout simple et sans emportement.

J'admets dans ce mémoire, avec tout le monde, qu'il y a un strabisme produit par la rétraction d'un muscle, c'est le *strabisme vrai;* avec *déviation* de l'œil malade, c'est le cas le plus commun.

J'admets une seconde espèce de strabisme: il consiste en une paralysie ou défaut d'action d'un muscle de l'œil sans excès d'action, absolu ou relatif de la part du muscle antagoniste, par conséquent *sans rétraction.* L'œil malade n'y est dévié ni dans ses mouvements simples ni dans ses mouvements coordonnés, il cesse simplement de se mouvoir dans un sens; l'œil sain se dirige normalement.

Il y a simple paralysie sans qu'il y ait rétraction. Dans le regard en face, l'œil malade est *droit* au milieu de l'orbite, parce qu'aucun muscle n'a d'action prédominante.

Il pourra plus tard y avoir rétraction, actuellement il n'y en a pas. J'explique comment le strabisme droit pourra devenir strabisme vrai.

Pour ce strabisme dans le regard en face, l'œil malade est dévié en dedans, en haut, etc., par le muscle rétracté, on dit le strabisme vrai, convergent, ascendant, etc.

Dans le strabisme que je décris, l'œil malade dans le regard en face *reste droit* au milieu de l'orbite, n'étant dévié par aucune rétraction; si le malade regarde dans le sens où il y a une paralysie du muscle, l'œil sain s'y oppose, l'œil malade reste *encore droit* au milieu de l'orbite comme dans le regard en face; c'est le *strabisme droit.*

Ces propositions, je les crois nettes, claires, faciles à comprendre.

Aussi, ma meilleure et ma plus complète réponse est mon mémoire tout entier; car après la polémique de M. Philippe il *subsiste tel quel*, rien à y ajouter, rien à y retrancher

Quidquid dixeris, argumentabor, semble m'avoir dit M. Philippe, ceci vaut bien une réponse.

Ardeur dans la contradiction n'est pas raison; c'est ce que j'espère ici surabondamment démontrer.

La manière de raisonner de l'auteur, dit M. Philippe à mon sujet, bouleverse tout ce qui a été dit, etc. (P. 20).

Ce ne sont pas des raisonnements que je fais, ce sont des observations que j'expose; ce sont des faits qui font la loi, et si quelqu'un bouleverse la raison par les raisonnements, on va voir qui de nous.

Voici un fait observé par Boyer:

Si un homme de quarante ans cherchait à porter ses regards à gauche, la cornée de l'œil droit restait *au milieu* de l'orbite, tandis que celle de l'œil gauche se portait vers le petit angle de l'œil, et ce malade voyait double. Toutes les fois qu'il regardait *devant lui* ou (*Mal. chir.*, t. IV, p. 727, 5e édit.) *à droite* les axes visuels *étaient en harmonie.* L'œil ne pouvait parcourir que la *moitié* de l'espace compris entre l'angle interne et l'angle externe de l'orbite, tant que les mouvements s'exerçaient dans cet espace limité, *la direction des yeux était naturelle.*

« Or il est bien évident, dit Boyer, que chez cet homme le strabisme était dû à la faiblesse du muscle adducteur. »

Ecoutons M. Philippe: Il y avait *évidemment une rétraction du droit externe*, un *strabisme divergent* de l'œil droit.

Ainsi voilà la conclusion de l'auteur, qui a mal compris, mal lu, mal interprété, et qui m'attaque avec vivacité!

M. Philippe a peut-être besoin d'une garantie plus grande que celle de Boyer? On pense en général Boyer assez bon maître, assez bon observateur pour le croire; demander une garantie plus grande que Boyer, quelle témérité! Où la trouver? Eh bien, je vais la donner à M. Philippe, c'est celle de M. Louis, l'observateur à l'exactitude proverbiale.

M. Louis a vu le même fait sur le même homme, à la Charité. Il le rapporte plus longuement même que Boyer dans sa thèse inaugurale (1813). Là, sur son indication, je l'ai lu avec bien plus de plaisir que dans Boyer, car M. Louis ne se contente pas de le relater, il en saisit aussitôt toutes les conséquences. Je regrette vivement que mon mémoire ait été imprimé bien avant cette lecture; car en tête et à la place de mes premières réflexions, j'y eusse mis celles de M. Louis.

« Le strabisme, dit M. Louis (*loc. cit.*, p. 29) après avoir rapporté l'observation, se présente *sous deux formes bien différentes.* Tantôt les deux yeux, isolément considérés, peuvent exécuter tous les mouvements possibles, et dans toute leur étendue aller à droite, à gauche, en haut, en bas, dans toutes les directions intermédiaires à celles-ci; mais quand ils se meuvent simultanément, leurs axes sont toujours plus ou moins divergents, de manière que l'un d'eux se détourne de l'objet fixé par l'autre; tantôt, au contraire, les mouvements de l'un des deux yeux sont renfermés dans une certaine limite; la vision est naturelle, au delà il y a strabisme. »

M. Louis se déclare pour la théorie de Buffon dans le premier cas; il remarque que, si on couvre le bon œil de ces louches, le mauvais pointe et se dirige vers l'objet aussi régulièrement et aussi directement qu'un œil ordinaire. (*Voyez* Expérience IXe de ma deuxième observation.) C'est justement ce qui arrivait pour le strabisme vrai ascendant de la malade. Quant à mon strabisme droit, il agissait comme va le dire M. Louis.

Dans le second cas, passé une certaine limite, l'œil ne peut se mouvoir, soit isolément, soit simultanément, avec celui du côté opposé.

« Ainsi la *simple* exposition des faits conduit *naturellement* à reconnaître *deux espèces de strabismes.* »

Passant au traitement, M. Louis déclare que « dans le second cas il serait peut-être permis d'attendre quelque succès de l'application de l'électricité ou de tout autre moyen propre à combattre l'asthénie musculaire. »

Poursuivant, M. Philippe examine ma deuxième observation. L'expérience 2 *bis* expose que, dans le regard en face, les deux axes visuels sont sur un même plan parallèle au sol; l'expérience 1 *bis*, que le regard en *bas* est *harmonique;* l'expérience 3 *bis*, que, dans le regard en haut, la pupille de l'œil gauche reste *droite* au milieu de l'orbite, directement en avant, alors qu'elle devrait, comme celle de l'autre œil, se porter en haut vers l'objet.

Conclusion de M. Philippe: Il y avait *rétraction de l'abaissement.*

Les deux affirmations sont positives, claires, nettes, et les miennes sont en contradiction flagrante, brutale.

Examinons.

Le raisonnement tuerait la raison si M. Philippe admettait que:

Le malade regardant en *face*,

Les deux pupilles étant également pointées vers l'objet,

Les deux axes visuels étant sur le même plan horizontal,

Les deux yeux parallèles,

Dans une position exactement intermédiaire entre l'abaissement et l'élévation, l'adduction et l'abduction,

L'œil malade étant droit au milieu de l'orbite:

Il y a *rétraction d'un muscle quelconque.*

Là est le nœud de la question.

Il est déjà tranché: le fait observé par Boyer et M. Louis a sapé par avance dans ses fondements la laborieuse contradiction de M. Philippe.

M. Philippe me ménage un peu plus que Boyer au sujet de mon observation: il semble admettre comme moi que, dans le regard en haut (il s'agit d'une simple paralysie de l'élévateur gauche), l'œil malade était droit au milieu de l'orbite; car il écrit, à propos du cas où l'œil droit s'élevait bien, mais où l'œil gauche, arrivé au milieu de l'orbite, s'y arrêtait invinciblement: « Ce n'est pas de la paralysie du muscle élévateur que dépend la difficulté qu'éprouve l'œil gauche à *dépasser le milieu* de l'orbite dans son mouvement ascendant: cette circonstance ne dépend pas de cette cause, mais bien de la rétraction sympathique du muscle abaisseur. »

Il faut noter que, quand le strabisme vrai fut guéri, l'œil, qui ne pouvait dépasser le milieu de l'orbite, restait encore droit au milieu de lui dans le regard en haut ou en face (expériences 2 et 2 *bis*, 3 et 3 *bis*).

Je ne puis croire que M. Philippe admette qu'un œil, qui dans le regard en face reste droit, qui dans le regard en haut reste droit, puisse avoir un abaisseur rétracté.

Car alors la phrase de M. Philippe: « La manière de raisonner de l'auteur bouleverse, etc., » s'appliquerait trop bien à lui.

J'admets donc que ce n'est point par erreur, mais par bonne grâce, que M. Philippe a laissé passer que cet œil restait droit au milieu de l'orbite.

Si c'est par bonne grâce, je dois dire que le cas que j'ai observé dans le service de M. Huguier je l'ai fait constater à MM. Bouvier et Sandras, pour ne citer que des autorités; ces messieurs ont vu ce que j'avais vu, c'est-à-dire ce qui était.

M. Philippe est trop enclin à se laisser dominer par les idées théoriques.

Il écrit plusieurs phrases pareilles: *il devait y avoir, etc.*

Ainsi, à propos de la malade chez laquelle il y avait strabisme vrai ascendant de l'œil droit, M. Philippe dit: M. Lucien Corvisart aurait pu s'assurer d'une chose s'il avait observé ce qui arrivait chez la strabique toutes les fois qu'elle regardait en bas. « Il *devait* y avoir strabisme direct sur l'œil droit, qui était borné dans ses mouvements en bas par la rétraction du droit supérieur et fixé *par conséquent* lorsqu'il était arrivé aux dernières limites de sa puissance d'action vers la région inférieure de l'orbite. » (P. 20.)

Pourquoi dire il devait y avoir?..... Or il n'y avait pas..... (1re Expérience.)

Voyant qu'un œil étant dans le regard en haut, l'autre dans le regard en face, tous deux arrivaient à se mettre parallèles, sur le même plan, harmoniques dans le regard en bas (ce qui est l'objet de cette expérience que M. Philippe me reproche de n'avoir pas faite), j'en avais conclu que la loi d'*impulsion proportionnelle* n'était pas toujours vraie, puisque l'un des yeux parcourait la *moitié*, l'autre la *totalité* de l'arc que décrit l'œil dans ses mouvements de haut en bas. Cette conclusion, je la donnais comme très naturelle et découlant simplement des faits.

M. Philippe, ayant déclaré qu'il prenait le contre-pied de toutes mes propositions, a compris nécessairement cette dernière dans sa réfutation.

Sur 23 propositions que j'ai formulées comme résumé de mon travail, M. Philippe en attaque 13 et les formule, dit-il, *à contre-pied.*

Celle-ci est la dernière : « La loi d'impulsion proportionnelle est toujours vraie. »

Les 1re, 2e, 6e, 7e, 13e, 18e, 19e, 20e, 21e nient le strabisme droit et en font une rétraction ; d'où conséquences !

A la 4e répond sans réplique mon expérience première, et cette expérience est réputée vraie par les auteurs les plus recommandables d'ophthalmologie. M. Philippe dit que c'est une *véritable hérésie !*

La 5e se trouve également dans mon observation et dans les auteurs, notamment M. J. Guérin (*Gazette Médicale*).

La 8e contre-proposition est celle-ci : Le sens dans lequel le louche regarde ne doit nullement être pris comme base de classification. L'énoncé de la contre-proposition n'est-il pas sa réfutation ?

Total : 13 contre-propositions erronées.

Je renvoie donc purement et simplement à mon travail.

M. Philippe déclare que, *partant de fausses données, je ne pouvais arriver qu'à de fausses conclusions* (p. 20) ; et à propos du traitement, « le sujet devient plus grave, car ici les erreurs *deviennent des faits* » (*ibid*).

Que M. Philippe me permette de retourner sa phrase, car sous sa plume les *faits* deviennent des *erreurs* proscrites par les saintes lois de l'organisme (*sic*), et, *partant* de fausses *conclusions*, il n'a pu arriver qu'à de fausses données.

Pour moi, je répète avec M. Louis (*loc. cit.*) : *L'analogie est trompeuse, il n'y a de certain que les faits.*

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Vinaigre cantharidé.

On fait en Angleterre un assez fréquent usage d'un oxéolé de cantharides, que l'on obtient en laissant macérer un mélange de 60 grammes de poudre de cantharides et de 15 gr. de poudre d'euphorbium (résine d'euphorbe) dans 150 grammes d'acide nitrique. Après huit jours de macération, on passe avec expression et l'on filtre.

Ce vinaigre mis en contact avec la peau au moyen d'un morceau d'amadou, y détermine, en peu de temps, le soulèvement de l'épiderme par l'extravasation du sérum, et détermine une prompte vésication. (*Van Corput.*)

Pilules toniques de Formey.

Chlorure de fer ammoniacal.	de chaque : 2 grammes.
Rhubarbe.	
Extrait de quinquina.	
Alun.	
Huile volatile de cannelle.	6 gouttes.

F. S. A. des pilules de 20 centigrammes.

Dose : 3 à 5 pilules, matin et soir.

Rachitismes, fièvres intermittentes, hémorrhagies passives.

Infusé de rose composé (Pharmac. de Londres).

Roses rouges.	12 grammes.
Acide sulfurique dilué.	6
Sucre.	24
Eau bouillante.	500

Mettez les roses dans un vase de verre ou de terre ; versez l'eau bouillante dessus, ajoutez l'acide, laissez infuser pendant 6 heures, passez et ajoutez le sucre.

A prendre par quart de verre, dans la journée, contre la leucorrhée, les hémorrhagies.

Mixture alcoolique. (Mixtura spiritus vini).

Eau-de-vie.	de chaque : 96 grammes.
Eau de cannelle.	
Jaunes d'œufs.	N° 2.
Sucre.	15 grammes.
Teinture de cannelle.	0,8

Cette mixture, dont la formule est donnée par les principales pharmacopées anglaises, est une imitation d'un mélange bien connu en Angleterre sous le nom de Egg-flip. Elle rappelle encore une préparation populaire en France, que l'on désigne sous le nom de lait de poule.

Stimulant restauratif. Dose : 10 à 50 grammes.

Miel ferrugineux (Pharmac. allemande). *Opiat, ou électuaire au carbonate de fer.*

Carbonate de fer.	20 grammes.
Quinquina en poudre.	10
Cannelle en poudre.	5
Miel.	120

F. S. A. un mélange homogène.

Dose : deux cuillerées par jour, dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Assainissement de la voirie de Bondy.

On sait que la voirie de Bondy, qui a remplacé celle de Montfaucon, reçoit le produit de toutes les vidanges de Paris. Les communes de Bondy, de Livry, de Clichy-sous-Bois, de Vaujours, etc., étant incommodées par les émanations infectes qui s'élèvent de ce dépôt, où il y a quelquefois 80,000 mètres cubes de matière, ont demandé d'être débarrassées de ce voisinage incommode et insalubre.

La commission provisoire du conseil municipal s'est occupée de cette demande ; M. Pelouze, chargé de faire le rapport, a terminé ce rapport en invitant l'administration à faire faire des études dont le but serait d'appliquer aux matières qui se trouvent dans ce dépôt un système de désinfection qui présenterait le double avantage de faire disparaître les odeurs infectes et d'utiliser les résidus pour travaux agricoles.

M. Pelouze dit qu'il serait possible, par suite de cette application, de tirer du dépôt une masse d'engrais qui serait suffisante pour la culture de 13 millions d'hectares.

Il est vivement à désirer que les vœux de M. Pelouze soient entendus.

Révocation de M. le professeur Sénac, de Lyon.

La *Gazette Médicale de Lyon* donne les quelques détails suivants sur la révocation de M. Sénac, que nous avons annoncée dans un de nos derniers numéros. Nous n'avons pas besoin de joindre nos vœux à ceux du journal local pour voir réintégrer dans ses fonctions le savant confrère, qui ne nous paraît coupable, comme M. Pouillet, que de n'avoir pu résister à une force majeure.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le professeur Sénac vient d'être révoqué des fonctions de directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Lyon. Cette mesure a vivement ému le corps médical. Les collègues de M. Sénac, convoqués par leur doyen d'âge, M. Montain, ont adressé au grand-maître de l'Université un exposé des faits dont l'appréciation a provoqué sa sévérité. La Société nationale de médecine, que M. Sénac a eu longtemps l'honneur de présider, s'est empressée de transmettre à M. de Parieu l'expression de sa sympathie pour l'ancien chef de notre Ecole, et le vœu de le voir réintégrer. Les circonstances qui ont motivé la destitution de notre honorable confrère se rattachent à l'affaire de juin. L'Ecole de médecine de Lyon, de même que le Conservatoire des Arts et Métiers à Paris, avait été désigné par un certain nombre d'insurgés pour lieu de réunion. M. Sénac, ainsi que M. Pouillet, n'a pu s'opposer à l'envahissement de l'établissement confié à sa garde. Ce n'est point ici le lieu de discuter s'il était possible d'agir autrement. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que M. Sénac était entouré de l'estime publique ; qu'il remplissait depuis près de vingt ans des devoirs difficiles avec un zèle et un dévouement auxquels professeurs, médecins et élèves sont heureux de rendre hommage.

CORRESPONDANCE.

Le défaut d'espace nous a seul empêché d'insérer plus tôt les deux lettres suivantes qui dénoncent un fait très grave et que M. le docteur Solaville a bien fait de signaler à l'attention publique.

Paris, 5 janvier 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Voici un fait qui intéresse assez le corps médical pour mériter qu'il soit porté à la connaissance de tous nos confrères.

Un commissaire de police, accompagné de quatre autres individus, ont envahi mon cabinet à l'heure de ma consultation et sans avertissement préalable.

Pourquoi cette irruption brutale dans le cabinet d'un médecin alors qu'il était occupé ? Pourquoi livrer ainsi à des agents subalternes de la police le secret et l'honneur des familles ? Et quel motif si pressant invoquait-on pour justifier une pareille violence ?

Ces messieurs se présentaient, au nom de la loi, *pour rechercher si je n'avais pas chez moi quelques cigares de contrebande.*

Je joins ici copie de la lettre que j'ai cru devoir immédiatement adresser à M. le doyen de la Faculté, me réservant en même temps de porter ma plainte à M. le ministre de la justice ou à M. le préfet de police, qui ne manquera pas, je l'espère, de désavouer l'étrange conduite de messieurs ses agents.

Recevez, etc. Dr SOLAVILLE.

A M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Paris, 5 janvier 1850.

Monsieur le doyen,

Privés que nous sommes d'un corps délibérant et disciplinaire qui puisse se faire l'organe de nos plaintes ou de nos réclamations, c'est naturellement à vous que nous devons les soumettre et demander conseil, comme à notre chef et au défenseur des droits et des prérogatives de notre profession.

Il importe, je crois, à notre dignité, en même temps qu'à notre indépendance personnelle, qu'il soit statué sur la position des médecins dans les cas semblables à celui que je vais avoir l'honneur de vous signaler.

Hier, 3 janvier, à l'heure ordinaire de ma consultation, deux hommes, dont un porteur d'une écharpe, firent irruption dans mon cabinet, au moment où une dame s'y trouvait, *pour rechercher si je n'avais pas chez moi des cigares de contrebande.*

Ces deux hommes étaient accompagnés de deux autres, qui restèrent dans la salle d'attente.

Je dus interrompre ma consultation pour laisser ces messieurs procéder à leur perquisition, qui n'eut pas le résultat qu'ils en attendaient sans doute.

En présence d'un pareil fait, que devient l'article 378 du Code pénal ? Peut-on admettre que, sous un prétexte aussi frivole, le domicile des citoyens soit ainsi violé ?

En invoquant les intérêts de la régie, le cabinet du médecin ne sera pas même respecté ; la sécurité de nos clients et le secret des familles seront désormais à la discrétion d'un commissaire de police.

Vous vous rappelez, monsieur le doyen, quelle généreuse indignation souleva dans le corps médical tout entier la malheureuse idée d'un préfet de police qui voulut, à une certaine époque et en vertu de je ne sais quelle vieille ordonnance, nous contraindre à dénoncer les blessés que la guerre civile jetait dans nos bras.

Un moyen bien plus simple, et auquel M. Gisquet n'a pas songé, c'était, sous prétexte de contravention aux lois de la régie, d'opérer, comme de nos jours, des descentes de police dans la demeure des médecins. Certes, on y eût trouvé plus d'un proscrit.

Je n'ai pas la folle prétention d'établir que nous soyons inviolables, et que la nature de nos relations nous mette à l'abri des recherches de la justice. Mais je crois que rien ne peut autoriser un agent de l'autorité à pénétrer brusquement dans le cabinet d'un médecin, alors que son cabinet est occupé. Je crois fermement, et vous le savez comme moi, monsieur le doyen, qu'il y a tel cas où l'apparition subite d'un étranger, et bien plus encore d'un fonctionnaire revêtu de ses insignes, pourrait causer chez certaines personnes et dans de certaines conditions les accidents les plus graves.

C'est donc dans l'intérêt de notre dignité, à nous médecins ; c'est pour l'honneur et la sécurité de nos clients, que je viens vous prier, monsieur le doyen, d'appuyer et de défendre auprès de M. le ministre de la justice la plainte que je crois devoir lui adresser, et qu'approuveront, j'en suis persuadé, tous mes honorables confrères.

Agréez, etc. Dr SOLAVILLE.

NOUVELLES.

Le concours ouvert le 19 novembre 1849 devant la Faculté de médecine de Strasbourg, pour trois places d'agrégé, dont une dans la section d'anatomie et de physiologie, et une dans la section de chirurgie, a été clos le 7 janvier courant.

Le résultat des divers scrutins, transmis immédiatement à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, conformément aux dispositions du règlement sur les concours dans les Facultés de médecine, désigne : pour la première place, M. le docteur Michel ; pour la seconde, M. le docteur Wieger. Quant à la troisième place, le résultat du scrutin a été négatif.

— On écrit des Deux-Sèvres :

Une épizootie, dont les effets sont terribles, exerce sa funeste influence sur les bestiaux de quelques fermiers des environs de Melle (Deux-Sèvres). Un seul cultivateur a perdu, dans l'espace de peu de jours, cinq magnifiques juments poulinières. Cette maladie se manifeste par de violents battements de cœur et par une décomposition du sang, que tous les secours ne peuvent empêcher, et qui est toujours suivie de mort.

— M. le docteur Thiry, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre (section des maladies vénériennes et cutanées), vient d'être appelé à la chaire de pathologie externe vacante par la mort du docteur Langlet.

— *Errata.* — Dans l'article de M. Abeille sur l'albuminurie, il est indispensable de faire les corrections suivantes :

1° Dans la seconde colonne, au paragraphe qui commence par ces mots : On sait que M. Bouillaud a diagnostiqué une albuminurie cantharidienne résultant de la phlegmasie de la séreuse du bassinet, etc., *lisez* muqueuse *au lieu* de séreuse.

2° Dans l'analyse du sang de la 3e observation, *au lieu* du chiffre 160,39, pour les matériaux solides, *lisez* 60,39.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 22 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 10.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 21 JANVIER 1850.

De l'enseignement clinique des maladies mentales.

Dans un premier article publié en 1847 dans les Annales Médico-Psychologiques, M. Falret avait soulevé une question qui mérite à un haut degré de fixer l'attention, non-seulement des médecins, mais aussi de tous les hommes qui s'intéressent au progrès des institutions sociales; car cette question touche par plus d'un côté à tout ce qu'il y a de plus cher dans les sociétés, les liens de la famille, l'honneur, la sécurité et même la vie des citoyens. L'enseignement clinique des maladies mentales, telle est cette question. Dans le dernier numéro du même recueil, M. Falret vient de donner la solution du problème qu'il n'avait d'abord fait que poser. C'est sur les idées que ce médecin distingué a émises que nous croyons important d'appeler un instant l'attention de nos lecteurs.

Nous voudrions, à l'exemple du savant auteur luimême, pouvoir aborder ce sujet dans tout son ensemble; mais, borné par l'espace, nous serons obligé, pour nous attacher uniquement à l'idée capitale, de passer sous silence les pages neuves et pleines d'intérêt consacrées à l'historique de la question, ainsi que beaucoup de faits de détail, d'aperçus ingénieux dont il appuie et enrichit à la fois la donnée principale de son travail.

La question de savoir s'il est utile, important de répandre les connaissances pratiques sur les maladies mentales est de celles qu'on ne peut plus faire aujourd'hui. Le nombre d'infortunés aliénés condamnés chaque année France comme criminels, la fréquence des guérisons dans la folie récente, comparée à la rareté de ces mêmes guérisons dans la folie déjà ancienne, sout deux faits qui ne prouvent que trop le haut intérêt qu'il y a, pour la société comme pour l'individu, à ce que tous les médecins possèdent des connaissances beaucoup plus approfondies que celles qu'ils ont généralement sur cette triste maladie.

M. Falret a démontré cette nécessité par bien d'autres considérations importantes; mais nous croyons que les deux précédentes suffisent pour ne pas permettre le doute, encore moins l'opposition.

Mais comment parvenir à répandre chez tous les médecins ces connaissances précieuses? C'est ici que commencent les difficultés, difficultés toutefois qui ne résident pas dans la conception des moyens nécessaires pour arriver au but, mais bien dans leur mise en œuvre, dans l'exécution.

L'aliénation mentale, en effet, ne diffère point, sous le rapport pratique, des autres maladies; pour la connaître pratiquement, il faut, comme dans toutes les autres, plus que dans toutes les autres, voir et observer des malades. Malheureusement l'aliénation mentale diffère des autres maladies par la répulsion qu'inspirent au monde ceux qui en sont atteints, et même leurs familles, par l'absence de tout lien moral qui puisse garantir les malades des plus graves désordres; enfin, suivant quelques médecins, par les dangers que la vue de personnes étrangères peuvent faire courir aux malades.

Aussi, ces trois considérations, le respect dû à une grande infortune et au secret des familles, l'intérêt de la morale publique et celui des malades, ont-elles fait de presque tous les administrateurs et de beaucoup de médecins les adversaires des cliniques des maladies mentales.

Ces derniers, toutefois, unanimes sur l'importance du but, ont imaginé divers moyens de l'atteindre sans s'exposer aux graves inconvénients que nous venons de signaler, ou du moins en les atténuant beaucoup.

Quelques médecins out proposé avec Wasse de placer dans les cliniques médicales ordinaires quelques aliénés, sur lesquels le professeur appellerait l'attention des élèves comme sur les autres malades.

D'autres ont proposé de construire, près des Facultés, de petits établissements contenant une trentaine d'aliénés, plus ou moins, et dans lesquels on admettrait tous les élèves.

D'autres enfin ont conseillé d'admettre pendant trois ou quatre mois, dans les grands asiles d'aliénés, un petit nombre de jeunes médecins arrivés à la fin de leurs études pour leur permettre de les compléter par la clinique des maladies mentales.

Nous insisterons peu sur les vices du premier de ces trois projets. Le moindre de ces vices est de rendre le projet complétement impossible en France, où la loi exige, et avec raison, que les aliénés soient reçus dans des établissements spéciaux.

Le second partage avec le premier plusieurs défectuosités. Si le secret des familles et l'intérêt des malades exigent l'isolement complet de ceux-ci, il est assez difficile de comprendre que des hommes scrupuleux aient pu proposer dix, vingt ou trente victimes pour les sacrifier aux besoins de l'enseignement. Mieux vaudrait mille fois renoncer à l'étude de la clinique mentale que de l'acheter au prix d'un pareil sacrifice. Ajoutez à cette considération de haute moralité qu'une semblable clinique ne remplit que bien imparfaitement le but auquel elle est destinée, parce qu'il serait impossible de réunir dans un aussi petit établissement toutes les formes si variées de l'aliénation, et vous rangerez ce second projet à peu près dans la même catégorie que le premier.

Quant au troisième projet, préconisé surtout par Roller et Flemming, il n'y a aucune objection sérieuse à lui faire, sinon qu'il ne peut instruire qu'un très petit nombre de médecins; d'abord, parce qu'on n'en peut recevoir que bien peu dans les asiles; et en second lieu, parce qu'il n'y a que très peu de jeunes médecins qui se trouvent, à la fin de leurs études, dans des conditions de fortune ou autres qui leur permettent de consacrer encore cinq ou six mois à une étude en quelque sorte complémentaire et toute spéciale. Cette méthode, dit fort ingénieusement M. Falret, peut bien former des médecins spécialistes et des directeurs d'asiles; mais elle est insuffisante et défectueuse pour ceux qui veulent se livrer à la pratique ordinaire de la médecine.

Après ces exclusions si justement motivées, M. Falret est nécessairement conduit à examiner une méthode plus vaste, plus complète, plus utile que toutes les précédentes; c'est celle qui consiste à introduire les élèves dans les asiles mêmes des aliénés, « en ne s'imposant d'autres bornes que celles commandées naturellement par le respect dû à une si grande infortune et par la spécialité des maladies mentales. »

La première question qui se présente dans un pareil examen, c'est de savoir si l'introduction d'un grand nombre d'étrangers dans les asiles nuit réellement à la guérison des aliénés. M. Falret traite cette question avec une telle hauteur de vues, une connaissance si consommée de la matière, une si remarquable lucidité dans l'exposition et l'appréciation des moindres détails, qu'on est bien forcé de convenir que toutes les craintes, en apparence si légitimes, émises par les adversaires de la clinique des maladies mentales, sont fondées sur des raisonnements *à priori*, et nullement sur la connaissance et l'interprétation exactes des faits.

Nous ne donnerons pas ici toutes les preuves que M. Falret a su accumuler pour arriver à sa démonstration; mais nous espérons en dire assez pour ne laisser de doute dans l'esprit de personne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les prochaines nominations à l'Académie. — Une imperfection dans le génie dentaire. — Opulence médicale.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cber confrère,

C'est un peu à l'Académie comme jadis dans le beau royaume de France où l'on criait le lendemain des funérailles du monarque : Le roi est mort, vive le roi! Je dis un peu et non tout à fait : l'Académie, par un scrupule qui part d'un sentiment louable, mais dont on pourrait peut-être critiquer les raisons, attend beaucoup plus d'un jour pour crier : Vive un académicien! témoin la commission des onze qui a été nommée il y a quinze jours à peine ponr déclarer des places vacantes dont les titulaires sont décédés depuis cinq ans et plus. Il y a peut-être quelques améliorations à faire à ce sujet dans les habitudes de l'Académie; mais comme je ne suis pas fort sur les réformes, je me sens peu disposé à traiter la matière aujourd'hui et sans préparation. Je vous réserve ce privilége ou cette tâche, comme vous voudrez. Mais ce que je puis vous dire, car ceci ne me coûte qu'une indiscrétion, et vous savez si les indiscrétions rentrent dans ma spécialité. D'ailleurs, cette indiscrétion ne sera pas bien grande, car le secret que j'ai à vous révéler est un peu le secret de la comédie. Personne n'ignore, en effet, que les deux vacances vont être déclarées, l'une dans la section de pbarmacie, l'autre dans celle d'accoucbements.

Quant aux candidats, ils ne sont pas plus ignorés que les places. Pour la place d'accouchements, trois se placent en première ligne; ce sont MM. Cazeaux, Danyau et Depaul. Si nous ne consultions que nos sympathies, nous serions assez embarrassé pour cboisir entre ces hommes également distingués, également honorables; mais les antécédents de M. Danyau, sa position dans les bôpitaux, son expérience pratique déjà si riche lui assurent tous les suffrages; MM. Cazeaux et Depaul n'auront que des voix de consolation qui n'en seront pas moins honorables et encourageantes. Nous savons, du reste que ces deux candidats ne chercheront point à lutter sérieusement contre leur compétiteur; ils s'empressent eux-mêmes de reconnaître que les titres de leur heureux compétiteur doivent lui assurer la première place : ainsi cette nomination offrira le rare exemple d'être acceptée comme juste même par des concurrents. Il semblerait donc que tout ne va pas absolument aussi mal que d'aucuns le répètent dans le meilleur des mondes médicaux possibles.

Mais en revanche, si l'on est assez généralement d'accord sur la nomination dans la section d'accoucbements, il s'en faut bien qu'il en soit de même dans celle de pbarmacie. Comme dans la première, trois candidats semblent aussi devoir se disputer le triomphe; ce sont MM. Bouchardat, Boudet (Félix) et Mialhe. Mais ici la lutte semble aussi devoir être plus sérieuse, et il me serait bien difficile de vous désigner d'avance le vainqueur. Cc sera donc à vous de discuter sérieusement leurs titres; vous avez eu assez de bonheur depuis quelque temps dans vos appréciations pour ne pas manquer l'occasion de plaider une fois de plus pour la justice. Quant à moi, mes sympathies sont acquises à M. Bouchardat. Ses travaux, que je ne veux point donner tous comme des chefs-d'œuvre, portent cependant une empreinte scientifique incontestable. M. Bouchardat est en outre voué exclusivement à ses devoirs de pharmacien en chef d'hôpital et à ses études; il a concouru plusieurs fois avec talent pour les chaires de la Faculté de Médecine; il appartient à la Société centrale d'Agriculture, où il rend de grauds services par son zèle et ses connaissances. Tous ces titres sont de beaucoup supérieurs à ceux que pourraient lui opposer scs compétiteurs. Je déclare donc dès à présent voter pour lui, mentalement bien entendu, et je vous engage à faire de mêmc.

— Assez causé sur ce sujet; passons à un autre qui rentre peut-être un peu plus dans mes attributions. Tout bomme qui sait lire en France, et même on peut dire tout homme qui, sans savoir lire, sait distinguer le bruit d'une grosse caisse de tout autre bruit, connaît mieux que son *Pater* le nom de tous les grands génies dentaires que possède la France et Paris en particulier. Je dis génies, et je ne retire pas le mot, quelque étrange qu'il puisse vous paraître. C'est un génie véritable qu'il faut pour inventer chaque jour ces formules toujours plus renversantes dont on croirait depuis longtemps la source tarie, et qui cependant jaillissent hebdomadairement, mensuellement tout au moins, de la cervelle de nos Fattets. Mais il est dit et écrit que rien n'est parfait ici-bas, et le génie ne fait pas exception à la règle. Voici un fait qui le prouve, et que je signale plus encore dans l'intérêt du savant confrère en dentition que pour la satisfaction de mes lecteurs. Le grand savant dont il s'agit ici annnonce tous les jours depuis trois mois l'avis suivant :

« Le célèbre dentiste N..... a l'honneur de prévenir son immense clientèle qu'il est de retour depuis quelques jours de son voyage de Bruxelles, où il avait été appelé pour extraire une auguste dent..., » etc.

Je comprends facilement qu'on publie un pareil avis pendant huit, dix, et même quinze jours; mais il me semble qu'au bout de deux ou trois mois il serait temps de changer de formule; car il me paraît évident qu'un homme qui arrive toujours ne doit pas partir souvent, et je crains fort que le public ne se fasse le même raisonnement. L'intérêt que m'inspire tout génie me fait donc un devoir de signaler à mon savant confrère cette légère imperfection.

— Il paraît que nos sommités médicales n'ont pas souffert autant qu'on pourrait le croire de la détresse générale : vous avez pu voir qu'une de ces sommités s'était permis d'acheter l'un des deux plus beaux portraits de Molière qui existent pour la modique somme de 1,740 fr. J'approuve trop hautement l'heureuse alliance de la science et de l'art pour ne pas louer un pareil emploi de la fortune. Mais pourquoi, à côté de cette honorable libéralité envers les arts, faut-il que nous constations une surdité presque générale lorsque nous faisons un appel en faveur d'une digne infortune? Je n'aime pas à creuser de semblables questions, et vous me permettrez de m'en tenir là.

X...

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Pneumonie. — Saignées et tartre stibié. — Considérations générales.

Le malade est âgé de soixante-deux ans. Il y a vingt jours environ, il a senti une douleur au côté, douleur qui aurait cédé à des frictions; son sommeil est devenu en même temps plus agité et plus difficile. Il fut pris, presque à la même époque, de douleurs rhumatismales et de légers frissons.

Son indisposition resta huit jours stationnaire.

Enfin, le mardi 8 janvier, il fut pris d'un frisson plus fort que ceux des jours précédents, et qui le força à se mettre au lit. Pendant la nuit, les crachats sanguinolents se montrèrent.

Le mercredi matin, une saignée lui fut pratiquée; immédiatement après, le point de côté reparut. Le lendemain jeudi, la douleur qu'il occasionnait étant devenue plus vive, une application de sangsues fut faite; la douleur diminua.

Le vendredi, le malade est pris de tous les symptômes généraux de la pneumonie : toux, fièvre, inappétence, céphalalgie, vomituritions. Ces symptômes continuant pendant trois ou quatre jours, il se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 6.

Voici l'état du malade à son entrée :

Le pouls compte 108 pulsations par minute. Il se plaint d'une douleur vive au côté droit; toux fréquente; crachats sanguinolents, de couleur sucre d'orge. La moitié supérieure du poumon droit donne à l'auscultation une respiration bronchique; la moitié inférieure, du râle sous-crépitant. — Saignée de trois palettes; huile de ricin, 15 grammes.

Le 13 janvier, 100 pulsations; le malade a eu plusieurs évacuations. — Saignée nouvelle; tartre stibié.

Le 14, 76 pulsations. L'emploi du tartre stibié n'a produit aucun effet. La crépitation de retour a paru au sommet du poumon. — Julep gommeux; oxymel *scillitique*.

Le 15, le râle crépitant est beaucoup moins fort. Le malade a eu un peu de diarrhée la veille.

Le 16, le malade entre en convalescence; néanmoins il conserve un léger enduit visqueux sur la langue et un peu de douleur au côté. — Boissons délayantes. Régime sévère.

Réflexions. — La pneumonie se montre sous la forme épidémique vers la fin de l'hiver, au printemps. On la retrouve également à l'automne; mais à cette époque de l'année elle est beaucoup moins intense. Il semblerait donc que le froid est une des causes principales de cette maladie. Cependant l'on observe que c'est seulement à la fin de l'hiver, époque où l'on a déjà passé les plus grands froids, et où par conséquent le corps y est plus habitué, que se déclare l'épidémie; qu'au commencement de l'hiver on n'en a jamais observé d'aussi intenses, et que pourtant le contraire devrait avoir lieu si le froid agissait comme cause locale; que, d'un autre côté, les cas observés dans les hôpitaux sont rarement causés par des refroidissements; il faut conclure que si le froid agit comme cause, ce n'est qu'en préparant peu à peu l'économie et en la prédisposant à l'épidémie.

Chez le malade dont il est question ici, la cause prédisposante serait difficile à déterminer. En effet, il assure n'avoir éprouvé aucune fatigue, aucun refroidissement, aucune émotion morale antérieure.

Pendant sept ou huit jours il conserve son appétit ordinaire; il n'est incommodé que par une douleur rhumatismale assez vive, ayant débuté par un léger point de côté et des frissons très pénibles. Les sangsues sont appliquées, les douleurs disparaissent. Il ne faut jamais négliger le rhumatisme avec douleurs dans les articulations costales. Ces maladies légères négligées peuvent donner lieu tout à coup à des pleurésies ou à des pneumonies intenses, surtout lorsque ces rhumatismes sont accompagnés de fièvre. Les moyens qui nous paraissent devoir être mis en usage sont les émissions sanguines, ventouses sèches, vésicatoires. Enfin, le mardi 8, il est pris d'un frisson violent qui le force à se mettre au lit. A dater de ce moment les symptômes de la pneumonie apparaissent.

Une saignée est pratiquée le lendemain matin. Elle paraît le soulager sur le moment; mais bientôt après une douleur violente se fait sentir au côté, et ne cède qu'à l'application des sangsues. Il ne faut pas conclure de ce que la saignée n'a pas amené d'amélioration notable dans le cas actuel qu'elle a été nuisible; nous pensons que de petites saignées répétées fréquemment peuvent être suivies de succès chez les sujets jeunes et très sanguins, et où l'inflammation commence d'une manière violente.

Le jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la maladie est arrivée à son degré le plus intense. On distingue la respiration bronchique dans la moitié supérieure du poumon droit. La crépitation continue dans la moitié inférieure. Puis, vingt-quatre heures après, la période de retour se manifeste dans la moitié inférieure; la respiration est normale dans la moitié supérieure; le souffle bronchique a disparu pour faire place à la crépitation de retour.

La maladie paraît ici avoir fait un chemin considérable vers la guérison dans un bien court espace de temps; car il est fort rare qu'au bout de quatre jours le mal ne fasse plus de progrès, et il arrive souvent dans des cas semblables que la prompte guérison est mise sur le compte du traitement. Mais il faut tenir noter des pneumonies antérieures, les premières étant les plus graves. Et ici nous avons affaire à un cas de ce genre, le malade ayant eu une de ces affections précédemment.

Chez ce malade, la potion stibiée n'a été employée qu'un seul jour et elle n'a pas agi. Nous avons dû y renoncer. En effet, l'expérience prouve que tout l'effet qu'on doit attendre de ce médicament est produit au début de son administration.

Convalescence. — On trouve à l'auscultation une crépitation plus humide que la première. Cette crépitation est toujours l'indice de la période de retour et de la terminaison heureuse de la maladie lorsqu'elle reparaît après la période hépatique.

La douleur dans le côté qui accompagne quelquefois et ici en particulier la dernière période de la maladie peut s'expliquer de cette manière. L'inflammation qui a atteint le poumon ne respecte pas davantage la plèvre; il se forme des adhérences; de là les tiraillements pendant la respiration et la douleur qui en est la suite.

Des remèdes actifs ne déterminent le plus souvent aucune diminution dans la douleur, qui passe naturellement ou à l'aide de légers dérivatifs. Si, d'un autre côté, l'adhérence s'étendait aux parties voisines, les surfaces adhérentes présentant plus de largeur, le tiraillement n'étant plus aussi limité, la douleur cesse.

Cependant, dans ce cas, nous conseillons, pour ne rien négliger, l'emploi de calmants, ventouses sèches, emplâtres d'opium.

Un léger enduit visqueux restant sur la langue nous indiquerait l'emploi d'un purgatif, si une diarrhée légère n'existait en même temps chez le malade. Si l'enduit muqueux ne disparaissait pas par l'effet des boissons délayantes et du régime, et que, d'un autre côté, la diarrhée cessât, nous emploierions le purgatif indiqué.

Enfin les crachats sont visqueux, blancs, tels qu'on les observe au déclin de la pneumonie.

HOPITAL MILITAIRE DE VARSOVIE.

MM. les docteurs Bortkewicz et Saxe.

(Section des ophthalmies.)

De l'emploi de la solution de nitrate d'argent comme caustique sur les parties extérieures du globe de l'œil;

Par le docteur B. Taron, décoré des Deux-Siciles, etc.

Il y a actuellement à l'hôpital militaire de Varsovie cinq salles affectées au service des maladies des yeux, lesquelles contiennent 180 malades. Après avoir parcouru assez rapidement cet hôpital, nous nous sommes convaincu que la section des ophthalmies était la partie de ce vaste établissement la mieux disposée et la plus saine. Nous reviendrons sur cette particularité hygiénique quand nous nous occuperons des dispositions générales de ce bâtiment.

Déjà nous avions remarqué dans les rues de la ville un bon nombre d'individus portant des taches bleuâtres sur le globe de l'œil et à son pourtour. Aujourd'hui nous en avons trouvé l'explication dans les salles de l'hôpital militaire. C'est un effet de l'application de la solution concentrée de nitrate d'argent à l'extérieur, dont la population de Varsovie fait peut-être un usage un peu trop général. Quoi qu'il en soit, voici comment MM. les docteurs Bortkewicz et Saxe opèrent : dans les ophthalmies graves ayant quelque analogie avec celle d'Égypte, c'est-à-dire dans les cas où le malade se présente à l'hôpital les paupières boursouflées, le globe de l'œil considérablement gonflé et injecté de sang, la cornée fortement distendue et prête à se rompre, tous les nerfs de la tête faisant éprouver des douleurs atroces au malade, ces messieurs prescrivent l'application suivante :

Nitrate d'argent..............	15 grammes.
Eau distillée..................	30 —

Trempez dans cette solution une compresse de la largeur de la paume de la main et laissez-la appliquée sur les parties extérieures du globe de l'œil jusqu'à ce que l'eschare soit formée.

Le premier effet de cette application, c'est de calmer les fortes douleurs de tête. Pendant les trois premiers jours qui suivent, on prescrit l'usage d'un collyre d'extrait gommeux d'opium dans une infusion de graines de lin. Puis, après quelques jours, s'il existe encore un peu de douleur et que la cornée paraisse ramollie, injection avec 5 centigrammes de nitrate d'argent dans un gramme d'eau distillée. Dans d'autres cas, insuflation de poudre de calomel. Enfin, quand il y a des granulations, acétate de plomb en poudre comme caustique, etc., etc.

M. le docteur Bortkewicz, praticien distingué, apporte dans son service beaucoup de précision et de tact médical; son diagnostic est sûr et son traitement presque toujours efficace. Tandis que M. le docteur Saxe, possédant à fond la philosophie médicale, recherche avec minutie tout ce qui peut aider et faciliter la guérison, il examine avec soin le tempérament du malade, le principe sous l'influence duquel la maladie se trouve; ainsi, il modifie son traitement général selon que le malade présente une diathèse rhumatismale, dartreuse, vénérienne, etc.

Nous espérons puiser dans la section des ophthalmies de bonnes leçons pratiques, lesquelles ne seront pas sans intérêt pour la science.

Deux mots sur la théorie de l'intermittence en général.

Dans un travail sur les fièvres intermittentes que j'ai publié à Constantinople en 1842, je me suis tenu en réserve relativement au phénomène de l'intermittence. Cependant j'avais déjà reconnu que l'intermittence en général est un effet nerveux.

Depuis lors je n'ai cessé de rechercher et d'observer chez tous mes malades les signes qui pourraient m'éclairer sur une question si obscure.

Voici le résultat de mes investigations.

Il existe un virus névralgique qui produit des effets différents, selon qu'il atteint des nerfs plus ou moins profondément situés, plus ou moins volumineux, enfin plus ou moins importants à la vie. Quand certains nerfs reçoivent l'impression morbide de ce virus, ils s'irritent et déterminent des phénomènes caractéristiques; l'excès de l'irritation, émoussant leur sensibilité, empêche l'action du virus, qui n'en existe pas moins. Alors tout semble rentrer dans l'état normal; mais aussitôt que la faiblesse du nerf a cessé, le virus reproduit les mêmes effets jusqu'à ce qu'enfin il ait emporté le malade, ou bien que la nature et le médecin soient parvenus à le détruire.

Dans les cas où la névralgie est continue, il n'existe pas de virus; la maladie n'est pas sous l'influence d'une cause spécifique, et elle se comporte comme toutes les autres.

Les maladies nerveuses méritent d'attirer l'attention des médecins, de provoquer leur méditation; car nous devons l'avouer, la science est bien pauvre à cet égard. Cependant les maladies nerveuses sont une mine qui présente de grandes ressources, et de laquelle les princes de la science pourraient bien tirer des trésors inappréciables pour l'humanité.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 15 janvier.

DISCUSSION SUR LES ENGORGEMENTS ET LES DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS.

Discours de M. Huguier.

Après avoir de nouveau posé la question dans ses véritables termes, et reproché à M. Velpeau de n'avoir point défini lui-même l'engorgement, puisqu'il l'admet dans quelques cas très rares, M. Huguier dit :

1° La preuve que l'engorgement du corps de l'utérus n'existe pas ou est au moins très rare, c'est que MM. Moreau, Jobert, Robert, Roux, Amussat et Huguier, ont donné chacun une description différente de cette maladie. Mais ici la mémoire de notre savant confrère est en défaut, comme on peut s'en convaincre en jetant un simple coup d'œil sur les procès-verbaux de nos séances. Tous ces orateurs se sont plus ou moins spécialement occupés d'affections diverses de l'utérus, tout en admettant l'engorgement; mais ils n'ont point, à l'exception de M. Roux, cherché à définir cette altération. M. Velpeau n'est donc pas en droit de dire que les personnes qui ont pris part à cette discussion ne sont pas d'accord et entendent chacun à leur façon l'engorgement. Loin de là, il n'y a jamais entre elles le moindre dissentiment à cet égard.

2° Les pièces de M. Huguier, conservées dans l'alcool depuis un temps plus ou moins long, depuis plusieurs années peut-être, ne sont pas probantes. Il est possible qu'elles ne le soient pas pour M. Velpeau qui ne les a pas examinées de très près; mais elles le sont pour les autres membres de l'Académie qui ont pris ce soin. Est-ce que l'alcool peut développer les dimensions d'un organe, atrophier ou hypertrophier son tissu propre, dilater ou bien oblitérer entièrement ses vaisseaux, épaissir, ramollir ses membres et faire que celles-ci soient plus lisses, polies, ou bien au contraire comme fongueuses et végétantes; épaissir d'une manière très sensible son tissu cellulaire ou produire des adhérences anormales? Il est évident que l'action de l'alcool sur les pièces anatomiques peut bien enlever quelques-uns des caractères de l'engorgement, mais non en ajouter. Mais comment convaincre le scepticisme de M. Velpeau qui, lorsque deux de ses collègues les plus compétents sur cette matière, MM. Roux et Moreau, viennent lui dire : Nous avons vu, tenu, examiné un utérus engorgé que, sur le vivant, nous avions cru cancéreux, leur répond : « *Il y avait très probablement dans cette matrice des lésions que vous n'aurez pas vues;* » et à M. Roux en particulier : « *Vous vous êtes calomnié; vous n'avez pu prendre un engorgement pour un cancer, quand on sait qu'en définitive l'engorgement ne produit que des symptômes très peu graves en comparaison de ceux qu'entraîne le cancer.* » Cette réponse très ingénieuse à un fait embarrassant pourrait bien satisfaire la modestie et le talent si connus de M. Roux; mais je doute que la science soit aussi satisfaite; et j'avoue que ces dernières paroles m'ont étonné dans la bouche de M. Velpeau, qui doit savoir que souvent nous rencontrons des cancers utérins qui ont à peine déterminé quelques troubles locaux et n'ont eu aucun retentissement sur le reste de l'économie, et qu'il ne faut quelquefois rien moins que l'action réunie du scalpel et du microscope pour déterminer si les tissus sont cancéreux ou seulement engorgés.

3° « La statistique de M. Huguier, loin d'être contre nous, est favorable à notre manière de voir, puisque, sur 2,527 maladies utérines, il n'a observé que 9 cas d'engorgement du corps de l'utérus. » Ici encore la mémoire de notre honorable collègue est en défaut sur plusieurs points : 1° Je n'ai pas dit que je possédais 2,527 maladies utérines, mais bien 2,527 observations de maladies de femmes, afin de faire connaître à l'Académie que les opinions que j'émettrais dans la discussion seraient basées, non sur des vues théoriques, mais sur des faits nombreux. 2° Ce n'est pas seulement 9 cas d'engorgement du corps que nous avons cités, comme le dit M. Velpeau, mais bien 21 : 13 du corps seul, 8 du corps et du col, et 160 du col seulement.

4° « On nous a dit, continue M. Velpeau, que, si l'on ne » trouvait pas plus souvent l'engorgement sur le cadavre, » cela tenait à ce que cet état disparaissait après la mort. » Cette proposition m'a surpris. Je ne sache pas qu'une hypertrophie siégeant sur un tissu aussi serré que celui de » l'utérus puisse disparaître en quelques heures, je ne crois » pas que le tissu utérin soit si volatil. »

Cette réponse peut être très spirituelle; malheureusement

elle n'est pas exacte. Nous n'avons jamais dit que l'hypertrophie d'un organe disparût quelque temps avant la mort, pas plus que l'organe lui-même, mais bien que les engorgements diminuent ou disparaissent lorsque la mort survient lentement; et la preuve que nous n'avons pas dit qu'ils disparaissaient tous et complétement, c'est que nous en avons apporté plusieurs exemples à l'Académie. Cette proposition, je la soutiens encore, et je vais en démontrer l'exactitude par les analogies et par les faits.

Analogies. Ici M. Huguier passe en revue différentes parties de l'économie dans lesquelles l'engorgement ne laisse que peu de traces après la mort.

Les *faits.* Dans les précipitations de l'utérus, circonstances dans lesquelles l'organe est directement soumis à tous les moyens d'investigation, il a vu son volume et tous les caractères de l'engorgement considérablement diminués après la mort.

Dans les cas d'utérus engorgés et mesurés avec l'hystérométrie pendant la vie, la même diminution a été reconnue sur le cadavre.

5° Notre savant adversaire dit que les espèces d'engorgement que nous avons admises l'embarrassent beaucoup..... Je le crois, du moment qu'il confond l'engorgement de l'utérus avec l'hypertrophie de cet organe. S'il est embarrassé par les espèces que, d'après l'observation rigoureuse, nous avons été obligé de reconnaître, pourquoi donc augmenter encore son embarras en nous faisant admettre des engorgements *simples* et *tuberculeux* que nous avons rejetés dès le début de notre communication? Jamais nous n'avons dit qu'il y eût des engorgements *simples*, mais bien idiopathiques, essentiels. Qui dit engorgement dit lésion complexe et non simple; c'est ce que nous avons toujours pris soin de faire remarquer, et c'est ce que notre description anatomo-pathologique prouve.

Pourquoi n'admettrait-on pas plusieurs espèces de cette affection? On admet bien plusieurs espèces de métrite, de péritonite, de pneumonies, d'ophthalmies, d'abcès, etc., bien que chacune d'elles soit si différente qu'elle formerait une maladie à part sans le lien commun qui les rattache au caractère principal de l'affection.

6° Suivant l'hypothèse que notre honorable président croit devoir défendre, le toucher vaginal combiné avec le toucher hypogastrique est tantôt un moyen de diagnostic infaillible, tantôt très infidèle. S'agit-il pour lui de reconnaître des déviations et des incurvations de l'utérus que ses collègues auraient prises pour des engorgements, il est facile, pourvu que la femme n'ait pas trop d'embonpoint, de circonscrire l'utérus, de le mesurer presque comme s'il était sur une table de dissection, et de voir qu'il n'est nullement augmenté de volume; mais, au contraire, s'agit-il pour les autres de prouver l'existence d'un engorgement, ce moyen explorateur n'a plus de valeur que chez les femmes très maigres et à parois abdominales souples. Donc *ils n'ont pu apprécier le volume, la direction de l'utérus; et il leur a été d'autant plus facile de se tromper qu'on ne songe pas aux inflexions. Or si nous appliquons ces propositions à la statistique de M. Huguier, et si nous admettons qu'il se soit trompé seulement dans la moitié des cas, ce sera 7 cas d'engorgement seulement.* Ici notre collègue a commis une erreur tout à fait involontaire; c'est sans doute 10 ou 10 1/2 qu'il a voulu dire, puisque nous avons observé 21 cas d'engorgement du corps. Certes, messieurs, nous sommes loin de prétendre que nous soyons infaillible et que nous ne nous soyons pas quelquefois trompé; mais, dans cette circonstance, je me demande lequel des deux a fait le plus souvent erreur. Je crains quelque peu que ce soit notre savant adversaire. Non pas que nous ayons le moins du monde la prétention de nous croire plus d'expérience, de sagesse ou de perspicacité, tant s'en faut; mais c'est parce que nous n'examinons pas les malades de la même manière, que nous ne nous servons pas des mêmes moyens de diagnostic. M. Velpeau nous a plusieurs fois dit comment il explorait l'utérus à l'aide du toucher vaginal, hypogastrique et même rectal, trois modes d'exploration dont nous ne nous dispensons jamais; mais après un certain temps d'exercice, nous nous sommes bien vite convaincu qu'ils étaient souvent insuffisants, et nous leur avons adjoint le cathétérisme explorateur et l'hystérométrie. Nous avons fait faire un hystéromètre que voici, et à l'aide duquel nous pouvons, dans la grande majorité des cas, pour ne pas dire dans presque tous, reconnaître non-seulement l'étendue de la cavité de l'organe, le volume de celui-ci, ses déviations et incurvations, sans parler de la facilité avec laquelle il nous permet d'amener l'utérus au-dessous de la main qui palpe l'hypogastre et au-dessus du doigt qui touche par le rectum pour juger l'état dans lequel cet organe se trouve. Avec cet instrument, nous pouvons le plus ordinairement reconnaître si l'utérus renferme ou non une tumeur, quel est le volume de celle-ci, quel est son point d'insertion, si elle est intra ou extra-utérine, etc. Il n'y a qu'un seul cas où l'hystérométrie ne puisse pas nous servir; c'est celui où, avec une oblitération de l'orifice cervico-utérin, il existe une tumeur devant ou derrière le col, tumeur qui peut être aussi bien produite par le fond de l'utérus en incurvation que par un kyste extra-utérin ou interstitiel. Dans une semblable circonstance, une ponction exploratrice faite avec ce petit trocart lève toute difficulté sans rien compromettre. Deux fois cette ponction nous a parfaitement réussi; sans elle, un diagnostic exact eût été impossible. C'est après avoir fait usage de tous ces moyens de diagnostic que nous sommes arrivé à distinguer les déviations et les incurvations de l'utérus de l'engorgement du corps de cet organe.

7° Enfin, messieurs, lorsque nous avons dit, avec M. Roux, que l'engorgement était un état intermédiaire à l'inflammation et à l'hypertrophie, une sorte de subinflammation, un peu moins, a dit M. Roux, que l'inflammation, un peu plus que l'hypertrophie, on nous a répondu à plusieurs reprises qu'on ne concevait pas et qu'on ne pouvait concevoir. l'existence d'un gonflement qui ne fût pas une hypertrophie ou une inflammation; que dès lors n'existait pas. Cependant, comme dans la discussion on avait admis l'engorgement du col, pour être conséquent avec soi-même, on s'est retranché derrière l'hypertrophie. Une semblable opinion pouvait tout au plus être admise il y a vingt à vingt-cinq ans, époque où florissait le système de Broussais, qui rattachait toutes les tuméfactions et productions anormales, même les cancers, les tubercules, les excroissances syphilitiques et les fièvres éruptives, à l'inflammation. Mais aujourd'hui que l'anatomie et la physiologie pathologiques, aidées de l'analyse sévère des faits, de la chimie organique et du microscope, nous ont démontré qu'il suffit de l'altération la plus légère du sang ou de la congestion la plus simple dans un organe pour y déterminer une foule de lésions diverses, il n'est plus permis de raisonner ainsi. Nous admettons, avec tout le monde, que, dans un grand nombre de cas, les engorgements de l'utérus, du col ou du corps sont le résultat, la conséquence d'une inflammation aiguë ou chronique; que, lorsqu'on examine ces engorgements à une époque très rapprochée de leur formation, on y reconnaît la présence de l'inflammation, ce serait, si vous voulez, des engorgements inflammatoires ou une période, un état de l'inflammation, et pour eux on pourrait à la rigueur se passer, comme le veut M. Velpeau, et nous sommes volontiers de son avis sur ce point, du mot *engorgement*.

Mais, à côté de ceux-ci, il en est d'autres qui, bien qu'ayant eu pour point de départ une inflammation, ne sont nullement inflammatoires, l'inflammation ayant disparu depuis un temps plus ou moins éloigné. Ces engorgements ont alors une existence propre, individuelle, une symptomatologie à part tout à fait indépendante de la cause qui les a déterminés; ils sont, comme je l'ai dit, à la métrite ce qu'est l'engorgement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané aux trajets fistuleux, aux ulcérations, aux eczémas chroniques, aux érysipèles plusieurs fois répétés sur une même partie. De ce que l'inflammation l'a déterminé, il ne vient à l'esprit de personne de le confondre avec elle.

Ici M. Huguier décrit avec un grand soin les diverses variétés d'engorgement qu'il admet, et en explique avec beaucoup de talent la pathogénie; puis il établit ainsi la distinction entre l'engorgement et l'hypertrophie :

1° Dans l'engorgement, il y a une lésion anatomo-pathologique complexe. Non-seulement le tissu propre de l'organe le plus souvent est altéré, mais encore un plus grand nombre des tissus qui entrent dans sa composition anatomique. Dans l'hypertrophie simple, essentielle, il n'y a pas d'altération du tissu; il est seulement plus abondant.

2° L'engorgement est le plus souvent la conséquence d'une inflammation aiguë qui s'est manifestée plusieurs fois et à de faibles intervalles, ou d'une inflammation chronique qui, après avoir disparu, a laissé les altérations que nous avons décrites, altérations qui continuent à s'étendre, bien que l'inflammation ait cessé. L'hypérémie passive, qui est loin d'être une inflammation, peut aussi le déterminer. L'hypertrophie simple, au contraire, se développe sans inflammation préalable, le plus souvent sous la stimulation et l'action trop réitérées de l'organe.

3° Dans l'engorgement, la couleur, la consistance, la chaleur, la circulation, la sensibilité, les sécrétions de l'organe sont altérées. Rien de tout cela n'existe dans l'hypertrophie simple ou du corps. De véritables troubles fonctionnels n'arrivent que lorsque cet organe, par son excès de volume et de poids, gêne ceux qui l'entourent et avec lesquels il a des connexions directes. Et M. Velpeau l'a dit lui-même en parlant de l'allongement hypertrophique du col, qu'il confond avec l'engorgement, il s'est écrié : Est-ce que c'est là une maladie? Non, sans doute, et je ferai remarquer à M. Velpeau que cet allongement hypertrophique du col, qui a été si bien vu et indiqué par Leroux (de Dijon), par Lallement, par Ségard, par Buisson, par Bichat, Dugès et Boivin, M. Roux, par nous-même, et en voici deux exemples assez curieux, n'a jamais été considéré par personne comme une maladie, mais bien comme une simple anomalie.

4° L'engorgement dégénère souvent, l'hypertrophie très rarement, si même cela lui arrive. L'engorgement disparaît très fréquemment sous l'influence d'un traitement convenable, du repos des organes sexuels et de la cessation des règles; l'hypertrophie presque jamais. L'engorgement se complique dans un grand nombre de cas et pour la moindre cause d'inflammation; l'hypertrophie beaucoup plus rarement.

5° Le pronostic des deux maladies est donc beaucoup plus grave pour l'une que pour l'autre.

6° On doit toujours traiter l'engorgement tant pour remédier aux troubles fonctionnels qu'il détermine que pour prévenir une dégénérescence grave. On peut jusqu'à un certain point abandonner l'hypertrophie à elle-même, excepté cependant lorsqu'elle cause des troubles plus ou moins sérieux.

En résumé, de l'examen sévère des faits, de leur étude anatomique physiologico-pathologique, il résulte qu'entre l'inflammation de l'utérus et l'hypertrophie essentielle de cet organe il existe une autre affection complexe qui ne saurait prendre un autre nom que celui d'engorgement, expression qui ne préjuge rien et ne peut en aucune circonstance jeter le praticien dans une fausse voie thérapeutique.

Non-seulement l'étude attentive des maladies de l'utérus met hors de doute l'existence et la fréquence des engorgements utérins, mais encore nous force à reconnaître qu'il en existe un grand nombre d'espèces, qui sont :

D'après la lésion qui les a précédés :

Inflammatoires, sthéniques, asthéniques, mécaniques;

D'après la nature de leur cause :

Essentiels, syphilitiques, dartreux, diphthéritiques;

D'après les tissus principalement atteints :

Complexes, fongueux, hypertrophiques, œdémateux, variqueux.

C'est pour n'avoir pas tenu compte de toutes ces données, qui forment tout un système régulier basé sur l'observation, sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, que nous n'avons eu jusqu'à ce jour qu'une description incomplète, souvent erronée, de cette affection, et qu'un grand nombre de praticiens ont échoué dans la thérapeutique qu'ils ont dirigée contre elle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 9 janvier 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Taille bilatérale.

A l'occasion du procès-verbal, une discussion s'engage entre MM. Vidal (de Cassis) et Chassaignac, au sujet du procédé de Senn, pour la taille bilatérale.

M. Vidal rappelle qu'il a proposé un procédé d'incisions multiples pour la prostate, comme moyen de dégorgement plus sûr que tout autre mode opératoire; et, à cet effet, un bistouri long lui semble préférable au lithotome.

M. Chassaignac reproduit ce qu'il a avancé dans la précédente séance. La taille bilatérale, dit-il, telle que l'a faite Dupuytren, permet d'admettre qu'il en a établi les principes. Quant aux incisions multiples et successives, elles lui semblent moins avantageuses que l'incision double simultanément faite ou d'un seul coup, par un instrument approprié à cette opération.

Correspondance.

M. Robert demande un congé de quinze jours à l'occasion du travail des thèses pour le concours de médecine opératoire.

MM. Lenoir et Gosselin font la même demande. (Accordé.)

— Le secrétaire-général de l'Académie chirurgicale de Madrid, M. José Lovera, adresse le compte-rendu de la quatrième session anniversaire de cette Académie, et renouvelle la demande qu'il a déjà faite en son nom :

1° D'entretenir des relations scientifiques et confraternelles entre les deux sociétés;

2° D'échanger les journaux qui publient leurs procès-verbaux officiels;

3° D'accorder réciproquement aux membres de chacun des deux bureaux los diplômes de correspondants étrangers, si cette proposition n'est pas incompatible avec le règlement de la Société de Chirurgie.

M. le président invite M. Giraldès à vouloir bien hâter le rapport qu'il s'est chargé de faire sur la demande de l'Académie chirurgicale de Madrid.

Ablation d'une exostose du maxillaire supérieur.

M. Michon, dans une précédente séance, a présenté un malade qui avait une tumeur osseuse de la face, et pour lequel il avait consulté ses collègues, afin d'apprécier par la discussion la nature de cette tumeur et le choix d'un traitement chirurgical. M. Michon avait indiqué ensuite son intention d'opérer; c'est ce qu'il a fait lundi dernier, en présence de MM. Laugier, Denonvilliers et Gosselin.

Il s'empresse de dire tout d'abord que cette opération a été très pénible et très longue, puisqu'elle a duré soixante-cinq minutes environ. Pour pratiquer l'ablation de cette tumeur osseuse, il a conservé l'arcade dentaire. L'opération lui eût offert beaucoup moins de difficultés en enlevant la totalité du maxillaire supérieur, et il aurait eu recours à cette ablation s'il n'avait pu terminer autrement ce qu'il avait commencé.

C'est après un débridement assez considérable que M. Michon a extrait d'une seule pièce cette tumeur osseuse; et en la présentant comme un type d'exostose des plus remarquables, il fait comprendre qu'il n'a pu la détacher ainsi en totalité qu'avec un labeur extrême et beaucoup de précautions, pour ne pas léser, dans la manœuvre opératoire, les parties voisines.

La circonstance principale signalée par lui, c'est que le nerf optique s'était allongé par l'entraînement de l'œil, ou l'exophthalmie, et paraissait très douloureux.

La maladie avait commencé par le plancher de l'orbite, et ce qui semblait être une nécrose partielle était une partie de l'exostose à l'air libre; car il s'agissait bien, en effet, d'une exostose, mais d'une exostose aussi fortement enclavée, dit M. Michon, qu'un rocher immobile. De là des difficultés grandes pour prendre un point d'appui dans tous les sens; la forme même de la tumeur, irrégulièrement arrondie, quoique bosselée à sa surface, rendait pour ainsi dire sa préhension difficile. Cependant, à force d'avoir été prise et reprise plusieurs fois et ébranlée, la tumeur fut saisie fortement avec un davier; elle céda enfin, et fut extirpée après tant d'efforts, en laissant une vaste cavité à la place occupée par elle. Quelques portions se trouvèrent fracturées à sa superficie, mais sans autre lésion notable. Le pansement fut fait ensuite.

Quant au lambeau des parties molles, M. Michon, après avoir projeté de faire une incision ordinaire en V ou en Y, l'a simplement modifiée d'après le conseil de M. Laugier, en abaissant les deux branches du V ouvert en haut sur deux points séparés de la lèvre, au lieu de réunir les deux incisions à la commissure des lèvres.

Après l'opération, que le malade supporta héroïquement, la plaie fut réunie par la suture; une hémorrhagie veineuse, peu abondante à l'extérieur, se fit dans la cavité buccale et força le malade d'avaler une certaine quantité de sang; des accidents d'indigestion en furent la conséquence; la peau, enfin, avait fait craindre l'imminence de la gangrène; mais ce ne fut qu'un érythème.

Le résultat de cette opération si récente, puisqu'elle ne date que de deux jours, est jusqu'ici satisfaisant; le malade est en assez bon état; il parle d'une voix assez forte, et guérira sans doute promptement.

Quant à la tumeur, elle sera divisée par la scie, et restera dans la possession de la Société de Chirurgie, à laquelle M. Michon s'empresse de l'offrir. Il ajoute que le périoste des os voisins était enflammé comme dans la nécrose.

La tumeur, passée de main en main, est remarquable par son volume, sa forme et sa pesanteur; elle est à peu près aussi grosse que le poing, irrégulièrement arrondie à sa surface et aussi lourde, aussi dure que le marbre; elle avait détruit le sinus maxillaire, et elle présente deux points qui correspondent l'un à la paroi inférieure de l'orbite, l'autre à la paroi interne de la fosse nasale. Cette exostose, enfin, n'avait

pas de pédicule, et le mécanisme de sa formation reste difficile à expliquer.

M. Chassaignac rappelle qu'il avait proposé d'essayer d'enlever une partie des rugosités de la tumeur avant d'en venir à l'opération; il ne regrette pas que cela n'ait point été fait; mais il pense que, dans un cas analogue, ce serait peut-être utile pour le diagnostic.

M. Michon répond que son diagnostic primitif avait été celui d'une exostose éburnée, et il a fait dès le lendemain une leçon clinique dans ce sens. La seule disposition qu'il ne s'attendait pas à rencontrer, c'était la surface bosselée, anfractueuse de la tumeur. Il aura soin du reste de recueillir cette observation dans tous ses détails, pour la donner complète à la Société de chirurgie.

Tumeur polypiforme de l'utérus produite par un œuf abortif.

M. Giraldès présente une pièce anatomique qu'il compare à une production polypeuse et qu'il a extraite de l'utérus chez une malade entrée à la Clinique dans un état exsangue. Cette femme avait éprouvé depuis quelques jours des symptômes graves de métrorrhagie, dont M. Giraldès rechercha la cause par une exploration immédiate. En pratiquant le toucher il crut sentir une tumeur fongueuse avec un pédicule appréciable au doigt, et autour de ce pédicule il reconnut l'ouverture circonscrite de la matrice. Il a excisé cette production le plus haut possible, et l'a examinée ensuite au microscope. Mais en voyant tout d'abord une masse rougeâtre sanguine et une cavité dans son intérieur, il a interrogé la malade, à l'effet de savoir s'il ne s'agirait pas d'un œuf dont cette production offre des flocons ressemblants à des flocons placentaires.

MM. Maisonneuve, Danyau et quelques autres membres, après avoir examiné la tumeur, déclarent en effet qu'elle est le produit d'un avortement.

Corps étrangers dans l'œsophage.

M. Larrey communique un fait qui lui semble présenter de l'intérêt pour l'histoire des corps étrangers engagés dans l'œsophage, et il expose préalablement les réflexions suivantes :

« Les observations relatives à des fragments d'os engagés dans les voies alimentaires sont, dit M. Larrey, assez communes dans les hôpitaux militaires. La précipitation avec laquelle les soldats mangent à la gamelle suffit pour expliquer la fréquence de cet accident, dont les conséquences diverses ont été vues par la plupart des chirurgiens de l'armée. Les Mémoires de médecine militaire en contiennent un assez grand nombre d'exemples; et de tous ces travaux, le plus important est le Mémoire de M. Bégin (1), qui a nettement exposé le mécanisme des effets produits par la présence de ces corps étrangers dans l'œsophage, les indications chirurgicales qui s'y rapportent, et surtout l'opération de l'œsophagotomie pratiquée par lui avec succès en 1832, dans deux cas dont nous avons été témoin.

» Le fait dont il s'agit en ce moment, continue M. Larrey, sans avoir nécessité cette ressource extrême, m'a paru offrir quelques particularités notables; en voici l'exposé :

» Un jeune soldat du 15e de ligne, doué d'un grand appétit et habitué à manger très vite, prenait la soupe à la gamelle, lorsqu'en avalant les dernières cuillerées, il sentit qu'un os s'était arrêté profondément dans l'arrière-gorge. C'était le 27 décembre au soir, il éprouva tout d'abord de la gêne dans la déglutition, de la dypsnée même, et, détachant précipitamment son col, il essaya de provoquer le vomissement par l'introduction de son doigt dans le gosier; il rejeta les aliments qu'il venait de prendre, mais ne put se débarrasser de cet os. Cependant au bout de quelques instants, l'oppression diminua peu à peu et disparut presque entièrement. Le chirurgien de son bataillon essaya, durant près de vingt minutes, de refouler le corps étranger dans l'estomac, mais ce fut en vain; et il adressa le soldat à l'hôpital.

» Celui-ci, arrivé le soir même au Gros-Caillou, fut examiné par M. l'aide-major Leguey, qui, le trouvant fort calme et endormi, après la fatigue qu'il venait d'éprouver, crut fort sagement ne pas devoir renouveler des tentatives susceptibles d'être différées sans danger.

» Le lendemain 28, à ma visite du matin, je trouvai le malade encore assez calme; il éprouvait seulement un peu de gêne et une sensation de picotement dans l'œsophage, vers le niveau supérieur du sternum, mais sans dyspnée, sans dysphagie, sans spasme, ni efforts d'expulsion. L'exploration du conduit œsophagien avec la tige de baleine ne me laissa aucun doute sur l'existence et le siége du corps étranger, mais les moyens de diagnostic devenaient insuffisants pour apprécier d'une manière exacte, précise, son volume, sa forme et sa direction. Il paraissait être saillant et assez régulier. Réfléchissant, d'une part, à la gravité du pronostic dans beaucoup de cas de ce genre, suivis même d'érosion, de déchirure et d'hémorrhagie mortelle, mais appréciant, d'autre part, l'abscence de tout accident, la facilité de la déglutition et la mobilité du corps étranger, ainsi que les chances de son issue, au dehors ou de sa précipitation dans l'estomac, j'essayai d'abord de l'extraire à l'aide de l'instrument dit de Dupuytren, ou à double crochet mousse : saisi facilement, il céda aux tractions de la tige et fut ramené de bas en haut jusqu'au-dessous du pharynx; mais il s'arrêta dans ce point, et malgré le conseil donné par quelques chirurgiens, je ne crus pas devoir exercer d'effort violent, dans la crainte d'occasionner quelques lésions par déchirure. Au double crochet, je substituai la longue pince courbe dont les mors semblaient manquer de prise, et j'invitai M. Leguey à faire à son tour des tentatives qui furent aussi inutiles.

» Nous essayâmes vainement ensuite de déplacer le corps étranger pour le refouler dans l'estomac. De mobile qu'il était d'abord, il était devenu fixe; et la tige à éponge de J.-L. Petit fut sans effet. L'emploi du chloroforme ne nous aida pas davantage; et n'empêcha point (pour le dire en passant) la persistance des contractions musculaires du pharynx et l'expectoration des mucosités.

» Le sujet, sans avoir beaucoup souffert de ces diverses manœuvres, était cependant fatigué; je jugeai à propos de le laisser reposer tout à fait, en lui prescrivant pour toute alimentation des panades assez épaisses pour détacher l'os de la place qu'il occupait et l'entraîner peut-être dans l'estomac. C'était, en un mot, faire de l'expectation, dans le but aussi de calmer l'irritation mécanique de l'œsophage.

» Tel fut en effet le résultat obtenu d'abord, et je songeais cependant à l'indication de l'œsophagotomie, si le corps étranger restait dans un état de fixité absolue; je me proposais même, à cet effet, d'appeler M. Bégin en consultation. Mais le 29, dans l'après-midi, le malade, éprouvant une douleur brusque et assez vive au niveau du larynx, fit appeler le chirurgien de garde, qui essaya inutilement de refouler l'os dans l'estomac. M. Leguey y réussit ensuite avec la tige à éponge, et sentit le corps étranger parvenu jusque vers l'orifice cardiaque.

» Le malade put avaler alors une assez grande quantité de mie de pain; il cut, le 30, la sensation que l'os était parvenu dans l'estomac, et il éprouva un mieux continu le 31, sauf quelques coliques très légères et vagues. Le 1er janvier, enfin, en allant à la selle, il rendit son os en éprouvant une faible douleur de déchirure à l'anus. C'était donc au sixième jour de l'accident que le corps étranger avait été ainsi expulsé.

» Cet os, long de 4 centimètres et demi, très irrégulier dans sa forme, présente plusieurs saillies aiguës et des rebords tranchants dans des directions diverses. Il semble appartenir à l'un des os palatins du bœuf.

» Quant au malade, il n'a éprouvé aucun accident depuis, et il est sorti de l'hôpital le 3 janvier.

» Ce fait, trop longuement détaillé peut-être, ajoute M. Larrey, m'a paru cependant pouvoir être cité à la Société de Chirurgie, parce qu'il ressort de la marche générale des corps étrangers du conduit œsophagien.

» La forme irrégulière et les aspérités de cet os, sa présence et sa fixité secondaire dans l'œsophage, son séjour dans l'estomac et sa migration dans le canal intestinal, dont il a parcouru toute l'étendue sans donner lieu à aucun accident vers les différents points du tube digestif où son passage devait être cependant difficile, sont autant de conditions qui auraient sans doute amené quelque lésion grave par des essais trop violents d'extraction et d'impulsion forcées, en même temps qu'elles semblent témoigner en faveur de l'expectation, du moins pour ce cas exceptionnel. »

Après cette communication, aucun membre ne demandant la parole, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

(1) Mémoire sur l'œsophagotomie. — *Voir* aussi, sur le même sujet, une bonne thèse de M. A. Germain et un intéressant mémoire de Lavacherie.

Sur la cicatrisation des plaie

DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

Le titre de cet article surprendra beaucoup de nos lecteurs. Ils se demanderont comment le fœtus situé dans la cavité utérine, au milieu du liquide amniotique, peut présenter une plaie de quelque étendue, à moins de quelques sévices directs. La science compte déjà un bon nombre de cas d'amputations d'un membre ou d'une extrémité, survenues dans la cavité utérine, et dont on trouvait, à la naissance, la surface cicatrisée ou en voie de cicatrisation; mais on n'avait jamais, jusqu'ici, observé de plaie superficielle cicatrisée dans une partie de son étendue et en voie de cicatrisation dans le reste. Ces sortes de plaies ne s'expliquent pas, comme les autres, par l'enroulement du cordon; et il faut bien admettre que des causes parfaitement inconnues peuvent produire ces sortes de plaies.

M. Jones vient de publier le fait d'un enfant mâle, né à terme, qui portait sur le dos, depuis la troisième vertèbre dorsale, en traversant l'omoplate jusqu'auprès du coude droit, une plaie cicatrisée dans le tiers interne de son étendue, et couverte de bourgeons charnus de bonne nature dans les deux autres tiers.

Pour expliquer cette plaie, on ne pouvait faire intervenir qu'une petite chute que la mère avait faite dans l'escalier six semaines avant sa délivrance.

Sous le point de vue médico-légal, ce fait est encore d'une haute importance; car si l'on observait, chez des enfants exposés ou morts-nés, des altérations de même nature, on pourrait être tenté de rapporter à un crime ce qui serait seulement le résultat d'un travail morbide survenu dans la cavité utérine. On voit d'ailleurs que la présence de l'eau de l'amnios n'empêche pas la cicatrisation de se faire.

(*London med. chirurg. Transac.*)

Efficacité de l'huile de foie de morue dans un cas de cachexie syphilitique.

Pour tous ceux qui ont eu à traiter des maladies syphilitiques, il n'est pas douteux que certains accidents secondaires ou tertiaires résistent aux préparations mercurielles, même à l'iodure de potassium. Cela a lieu surtout lorsque la constitution est profondément détériorée, lorsque les malades offrent les signes de la cachexie syphilitique. Alors, tant qu'on n'a pas rétabli l'état général, tant que les forces du malade ne sont pas revenues, c'est en vain que l'on prodigue les spécifiques. Si, au contraire, on suspend tout traitement spécial, si on envoie les malades à la campagne, si on les met à l'usage d'une alimentation substantielle, si on les soumet à l'emploi du quinquina ou du fer; autrement dit, enfin, si l'on cherche à reconstituer l'organisme, on voit les ulcérations profondes et jusque-là stationnaires se cicatriser, les douleurs nocturnes disparaître, etc., en même temps que les forces et l'embonpoint reviennent sous l'influence de cette médication reconstituante. L'huile de foie de morue, dont l'action sur l'embonpoint est si remarquable, devait être essayée sur des cas de ce genre; et, si nous pouvons conclure d'un fait publié dans les Mémoires de l'Académie de Médecine de Madrid par le docteur Vicenta Manas, son efficacité ne serait pas moindre dans la cachexie syphilitique que dans la cachexie tuberculeuse.

Chez un malade de vingt-huit ans, dont la face était pâle et amaigrie, la peau jaunâtre, sèche et rude, qui portait sur la partie latérale gauche du cou une ulcération longue de deux pouces sur un et demi de largeur, au fond pâle, aux bords inégaux, tortueux et coupés à pic, sécrétant une sérosité d'une odeur désagréable et de couleur jaunâtre; chez lequel il y avait en outre des douleurs nocturnes ostéocopes; qui avait perdu presque entièrement l'appétit; dont les digestions étaient difficiles et laborieuses; un traitement par la liqueur de Van Swiéten avait eu pour effet de calmer les douleurs; mais l'ulcération marchait toujours, malgré des cautérisations avec le nitrate d'argent et la pâte de Vienne. Plus tard, M. Manas eut recours aux frictions mercurielles, aux tisanes de salsepareille et de gaïac; enfin, s'apercevant que l'ulcération du cou continuait ses progrès, ce médecin eut l'idée de traiter le malade comme atteint de cachexie. Il lui prescrivit une grande cuillerée, matin et soir, d'huile de foie de morue, deux cuillerées de sirop de Cuisinier, le lait d'ânesse, la promenade à cheval et une alimentation azotée. Il se contenta de faire couvrir l'ulcération avec un mélange de parties égales de cérat simple et de baume tranquille. Sous l'influence de ce traitement si simple, la cicatrisation se fit presque par enchantement : en vingt-cinq jours, le large ulcère du cou était complétement cicatrisé, et le malade ne conservait qu'un peu de faiblesse due à la débilitation des fonctions digestives. Ces derniers accidents ont cédé parfaitement à l'usage du carbonate de fer et de l'extrait de quinquina.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 24 JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 11

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 23 JANVIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux discours importants ont rempli aujourd'hui la séance de l'Académie : le premier était un rapport officiel de M. Bérard sur les propriétés alimentaires de la gélatine; le second, un résumé théorique et pratique extrêmement remarquable de la discussion sur les affections utérines : ce discours était de M. Paul Dubois. L'excellent esprit, l'extrême convenance de forme que ces deux savants académiciens ont su mettre dans leurs discours nous dispensent de toute réflexion. Nous ne pourrions qu'affaiblir les vérités qu'ils ont si bien exposées en les commentant ici. Nous renvoyons donc purement et simplement nos lecteurs à ces deux œuvres également remarquables, quoiqu'à des titres différents.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Nécrose des os du tarse. — Amputation tibio-tarsienne. — Comparaison de cette opération avec l'amputation de la jambe.

Le malade du n° 11, entré dans le service au mois d'août dernier, offrait une nécrose grave des os du tarse. Les moyens généraux ayant été employés sans succès, nous dûmes nous décider à l'amputation.

Lorsque les os du métatarse sont seuls malades, sans que les os du tarse soient atteints, on pratique l'amputation tarso-métatarsienne (Lisfranc); dans les cas de nécrose de la première rangée du tarse, l'amputation médio-tarsienne (Chopart) : il était donc naturel ici, où tous les os du tarse étaient nécrosés, de penser à l'amputation tibio-tarsienne ou à la désarticulation de l'astragale avec la mortaise tibio-péronière.

Cette opération, déjà pratiquée autrefois, avait été repoussée par les chirurgiens modernes. En voici les principales raisons :

1° Difficulté de recouvrir la plaie;

2° Difficulté de l'opération en elle-même;

3° Enfin, et la meilleure de toutes, la difficulté et la gêne qui devaient résulter de la saillie des malléoles.

A cette époque, sans rejeter cette méthode opératoire, nous ne l'avions cependant pas pratiquée faute d'occasion. Depuis, plusieurs chirurgiens éminents, entre autres M. Baudens, l'ont modifiée en enlevant d'un trait de scie les pointes des malléoles.

Si l'on se fût posé cette question il y a trente ans : Quelle est la méthode la plus avantageuse de l'amputation de la jambe ou de la désarticulation du pied? la réponse n'eût pas été douteuse, puisqu'on pratiquait l'amputation au lieu d'élection, à quelques pouces au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Mais aujourd'hui que l'opération se pratique dans toutes les parties de la jambe, il y a lieu d'examiner.

Quand l'amputation est pratiquée au-dessus des malléoles, le malade ne peut se servir de son moignon, trop étroit comme point d'appui : de là la nécessité d'une jambe de bois prenant son point d'appui au-dessus du genou et même à la tubérosité de l'ischion.

Dans la désarticulation du pied sur la jambe, rien de semblable. En effet, la surface que présente en bas la mortaise tibio-péronéenne est assez large pour offrir un point d'appui au poids du corps, permettre par conséquent l'emploi d'un simple brodequin, et maintenir une sorte de coussinct formé par les parties molles rétractées et de même nature que celui qui existe au talon.

Ainsi la désarticulation, offrant le double avantage de la commodité et de la solidité, doit être préférée.

L'opération ayant été pratiquée, le malade sort aujourd'hui parfaitement guéri.

Phlébite externe suite de la saignée. — Distinction avec la phlébite interne.

Le n° 20, sortant aujourd'hui, est un maçon âgé de trente-sept ans; cet homme, s'étant trouvé indisposé à la suite d'une chute dans un puits, entra à l'hôpital Cochin, où on le saigna. Au bout de cinq jours, il sortit; quelque temps après sa sortie, la piqûre de la saignée s'étant enflammée, la douleur le décida à se présenter à la Charité.

A la place de la piqûre se trouvait une plaie. Les parties voisines étaient tuméfiées. L'inflammation avait gagné tout le bras et le creux de l'aisselle. En même temps, le malade fut pris de frissons et de fièvre revenant tous les jours dans l'après-midi et ne le quittant que le lendemain. Une ouverture pratiquée avec le bistouri donna issue à du pus.

D'un autre côté, malgré l'intensité de l'inflammation, le malade conserve ses forces. On ne remarque pas chez lui d'adynamie concomitante: La langue n'est pas sèche.

Ces derniers symptômes durent diminuer nos craintes sur la nature de la phlébite, que nous distinguons en interne et en externe, distinction fondée sur l'inflammation séparée des membranes interne et externe des veines. Eu effet, on conçoit toute la différence de gravité lorsque le sang se trouve en contact immédiat avec la membrane enflammée ou bien lorsque celle-ci communique avec l'extérieur.

C'est à la dernière de ces deux affections que nous devons nous reporter au sujet de notre malade, qui, après avoir subi plusieurs ponctions avec le bistouri, sort aujourd'hui complétement guéri.

Contagion de l'érysipèle.

A la fin de sa clinique, M. Velpeau émet une opinion qu'il ne donne pas comme certaine et qui cependant lui paraît confirmée par un grand nombre d'exemples, c'est celle de la contagion de l'érysipèle. Il cite un malade de son service qui, atteint en ce moment de cette maladie, l'aurait communiquée à son voisin. Un autre malade, entré antérieurement, ayant eu un érysipèle, quatre de ses compagnons, qui avaient les rapports les plus fréquents avec lui, furent atteints de cette maladie.

De l'utilité de l'ergot de seigle

ET DE QUELQUES ACCIDENTS POUVANT SURVENIR A LA SUITE DE SON ADMINISTRATION,

Par M. le docteur E. LANGLADE fils (de Nîmes).

La propriété que possède l'ergot de seigle de réveiller les contractions utérines, d'abord méconnue par quelques médecins, est maintenant incontestable, car l'expérience vient la confirmer chaque jour. Quant à moi, j'ai vu le seigle ergoté produire les meilleurs résultats; et dans un mémoire que j'ai lu en 1847, dans une de nos séances de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier, j'ai cité un grand nombre de faits se rapportant à ce sujet et empruntés surtout à la vaste pratique de M. le professeur Delmas. J'ai eu récemment l'occasion d'en constater de nouveau les bons effets.

Voici rapidement énoncées les principales circonstances du cas auquel je fais allusion.

Obs. I. — Mme V..., demeurant à Paris, rue de Seine-Saint-Germain, enceinte pour la seconde fois, était parvenue au neuvième mois de sa grossesse; elle accoucha, après un travail assez prolongé, d'un enfant bien portant. La sage-femme qui lui donnait des soins tenta ensuite d'opérer la délivrance. Les tractions qu'elle exerça sur le cordon, peut-être d'une manière intempestive, furent suivies de la déchirure de cet organe. Près de trois heures s'étant déjà écoulées depuis le moment de la naissance, et la matrice ne se contractant pas, je fus appelé pour terminer l'accouchement. A mon arrivée, je trouvai la malade affaiblie; le pouls battait lentement; la main, appliquée sur les pubis, ne percevait pas la sensation de cette tumeur caractéristique annonçant la rétraction de l'utérus; il y avait de plus un écoulement sanguin trop faible encore, il est vrai, pour faire craindre une hémorrhagie grave. Les excitations ordinairement mises en usage, les frictions sur l'hypogastre, ayant été inutiles, je prescrivis deux grammes d'ergot de seigle divisés en trois doses égales, à prendre à dix minutes d'intervalle. Dix minutes après la première prise, les contractions utérines s'établirent, le placenta vint bientôt se présenter au col et je n'eus qu'à l'extraire des parties vaginales. L'examen du placenta me donna la conviction qu'il était sorti en totalité. Dès ce moment, la malade se sentit soulagée et il n'est survenu aucun accident consécutif.

J'ai cru devoir rapporter cette observation, parce qu'elle démontre que le seigle ergoté peut rendre de grands services dans certains cas de délivrance tardive, et que plusieurs médecins mettent encore en doute cette propriété, qui, pour n'être pas infaillible, n'en est pas moins évidente, comme le prouvent d'ailleurs les faits cités par Balardini, Duchâteau, Morgan, etc.

Mais, tout en reconnaissant l'utilité de l'ergot de seigle, il est cependant des circonstances où, il faut le dire, son administration n'est pas suivie de succès, et où on peut même lui attribuer des accidents. Sous ce double rapport, le fait suivant, que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant un court séjour que je fis dans cette ville, ne sera pas dépourvu de quelque intérêt.

Obs. II. — La nommée Marguerite Chaumette, âgée de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, couchée au n° 11 de la salle clinique, a ressenti il y a trois jours des coliques à la région hypogastrique et des douleurs lombaires. Dans la soirée du même jour, pendant son repas, une métrorrhagie subite et abondante se déclara et elle éprouva en même temps la sensation d'une tumeur du volume d'un œuf faisant hernie dans la vagin. Une potion prescrite par un pharmacien n'arrêta pas l'hémorrhagie pour laquelle elle entra à l'Hotel-Dieu, trois jours après l'accident; c'est-à-dire le 5 octobre.

Réglée à quatorze ans, elle a accouché il y a six mois d'un enfant qu'elle n'a pas nourri. L'accouchement a été naturel, seulement elle est sujette depuis cette époque à une aménorrhée peu abondante. Les menstrues ont paru d'une manière irrégulière et en petite quantité. La malade ignore d'ailleurs si elle est enceinte.

Parmi les causes qui ont pu occasionner l'hémorrhagie, ont doit signaler un vif sentiment de frayeur qu'elle éprouva à la vue d'une rixe où les jours de son mari pouvaient être compromis.

A son entrée à l'hôpital, on remarque un abattement général, des sueurs abondantes suivies de syncopes; le pouls est faible; le toucher explorateur fait reconnaître la présence de caillots de sang pur, dont l'extraction augmente l'hémorrhagie; ce qui fait renvoyer au lendemain des recherches plus attentives.

Le 6, l'état général paraît s'être amélioré depuis hier. En explorant les parties génitales, on extrait un fœtus de quatre mois putréfié, engagé à l'orifice du col. Les parties fœtales sont très friables et sont sorties sans le placenta, dont l'extraction avec la main est impossible, vu la rigidité du col. Des pinces introduites dans l'utérus amènent une portion du placenta qui se déchire très facilement. L'hémorrhagie continuant, quoique à un faible degré, et l'arrière-faix n'ayant pas été totalement expulsé, on prescrit, pour remplir une double indication, une potion avec deux grammes d'ergot de seigle; tis. viol. et mauve.

Le 6 au soir, l'écoulement sanguin très liquide se maintient; la malade a de la fièvre; le pouls est petit, accéléré; le toucher est aussi difficile que le matin, et ne produit aucun résultat.

Le 7, la nuit a été assez bonne; l'hémorrhagie a diminué. Une nouvelle introduction du doigt fait sortir un fragment de placenta et en fait constater une portion beaucoup plus volumineuse. — Potion avec ergotine, 0,30; même tisane.

Le 8, l'écoulement de sang a cessé. Il est survenu de la céphalalgie, des étourdissements, un peu d'agitation. Les sueurs ont reparu. On constate qu'il existe encore des fragments de placenta, et pour déterminer leur expulsion, on prescrit une nouvelle potion avec ergotine, 0,40.

Le 9, à quatre heures du matin, la malade a été en proie à un froid glacial et à une roideur extrême des membres inférieurs. A l'heure de la visite, le froid et la rigidité des membres n'existent plus; mais on remarque tous les caractères de l'opisthotonos. La tête est fléchie fortement en arrière; il y a une sensation vive d'étranglement; la malade ne peut rien avaler. — Lavement avec mauve, valériane, pavot et laudanum 10 gouttes; 2 pilules avec 0,02 extr. thébaïque chaque.

Le 9 au soir, les pilules n'ont pu être prises, vu l'impossibilité de la déglutition. Le lavement a été rendu presque immédiatement après son administration.

L'opisthotonos a augmenté; douleur vive à la région postérieure du cou arrachant des cris à la malade; la bouche est remplie d'écume; les pupilles sont dilatées; le pouls est dur, plein, fréquent. — Un quart de lavement avec addition de 15 gouttes de laudanum, de deux heures en deux heures pendant trois fois.

L'état de la malade est si grave qu'il est facile de prévoir une issue funeste. La mort eut lieu, en effet, le lendemain 10, à sept heures du matin.

A l'autopsie, on reconnaît que la face interne de l'utérus est ramollie, de couleur grisâtre, présentant plusieurs points rouge-noir.

La matrice contient encore deux ou trois fragments de placenta, chacun du volume d'une noisette et à moitié gangrénés.

Les autres organes ne présentaient rien de particulier.

Quelques médecins attribueront probablement à l'ergot de seigle les accidents nerveux qui sont survenus. On a cité, en effet, des exemples où l'emploi de ce médicament aurait été suivi de symptômes dont quelques-uns se trouvent dans l'observation précédente, tels que la céphalalgie, les vertiges, la roideur des membres, la dilatation des pupilles, et enfin le tétanos.

Quant à moi, je crois que, tout en admettant l'influence qu'a dû exercer l'ergot de seigle, il faut néanmoins tenir compte des circonstances dans lesquelles il a été administré. La malade, en effet, était déjà affaiblie par une perte de sang; l'avortement avait eu du retentissement sur tout l'organisme, et la rétention prolongée du placenta avait été une très fâcheuse complication. Eh bien! l'ergot de seigle, donné dans de pareilles conditions, n'a pas, à lui seul, entraîné des accidents mortels.

Ce qu'il m'importe de signaler ici, c'est l'impuissance du seigle ergoté pour faire contracter l'utérus et pour s'opposer à l'hémorrhagie, quoique celle-ci ait, toutefois, légèrement diminué. Le même agent, qui avait été si prompt, dans la première observation, à produire les contractions utérines et à provoquer la sortie du délivre, a complétement échoué chez la seconde malade, quoique prescrit par des mains habiles et exercées. Dira-t-on, avec quelques auteurs, M. Villeneuve, par exemple (1), que le seigle ergoté n'a d'action prononcée sur l'utérus que lorsque cet organe, contenant le produit de la conception, est au moment de l'expulser? Mais l'expérience a démontré maintenant que l'état de l'utérus n'influe pas sur la production des contractions. Il est utile, pour s'expliquer l'insuccès en même temps que les effets nuisibles de l'ergot de

(1) *Mémoire historique sur l'emploi du seigle ergoté pour accélérer ou déterminer l'accouchement ou la délivrance dans le cas d'inertie de la matrice*, p. 73.

seigle, de se rappeler qu'il possède deux actions remarquables : l'une sur l'utérus, l'autre sur le système cérébro-spinal. (*V.* MM. Trousseau et Pidoux, *Thérapeutique et Matière médicale*, t. 1, p. 821.) Il arrive, comme chez la malade de Lyon, que l'influence du seigle ergoté, au lieu de se produire sur la matrice, se concentre sur le système nerveux, et fait alors développer des accidents plus ou moins graves.

L'ergot de seigle ne jouit donc pas toujours d'une complète innocuité, et il serait à désirer qu'on traçât d'une manière plus positive les limites de sa sphère d'application.

De l'observation précédente et des réflexions auxquelles elle a donné lieu, je crois pouvoir tirer cette conclusion, qui, en pratique, ne manque pas d'importance : si, ayant affaire à une femme déjà épuisée par une hémorrhagie, la prolongation du travail, etc., on reconnaît l'indication de combattre l'inertie de l'utérus par l'ergot de seigle, et que ce remède ne provoque pas de contractions, la prudence exige de ne pas en réitérer l'emploi, qui très souvent serait inutile, et pourrait même devenir dangereux.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 janvier 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre du commerce et de l'agriculture, avec envoi d'une notice sur l'usage vulgaire des racines d'ahyssence (espèce inconnue de la famille des cucurbitaires) pour la guérison de la rage, et demande d'expérimenter le médicament. (Renvoyée à une commission composée de MM. Mérat et Renault.)

2° Lettre de M. le ministre de la marine et des colonies, qui adresse une note faite par M. Maher, chirurgien en chef de la marine à Lorient, sur le choléra qui a régné dans ce port. (Commission du choléra.)

3° Relevé statistique des décès dans la ville de Paris pendant le mois de décembre 1849, envoyé par M. le préfet de police.

Correspondance manuscrite. — Choléra.

M. Lannurieux (de Morlaix) fait connaître à l'Académie plusieurs observations qui tendent à démontrer la *contagion du choléra* dans certaines conditions indéterminées, comparables, par exemple, à celles qui sont admises par la plupart des médecins de province pour la fièvre typhoïde.

— M. Prosper Deny (de Commercy), membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Toul, envoie une lettre pour annoncer à l'Académie la disparition complète du choléra dans cet arrondissement.

— La parole est à M. Bérard, qui donne lecture du rapport suivant :

Emploi de la gélatine comme substance alimentaire.

Messieurs, il vous a été donné lecture, dans l'avant-dernière séance, d'une lettre ministérielle relative à l'emploi de la gélatine dans l'alimentation. Voici à quelle occasion vous avez été consultés :

Des travaux ont été entrepris en 1840 dans les hospices de Toulouse pour la construction d'un appareil propre à extraire la gélatine des os. La commission administrative de ces hospices (*sur l'annonce que l'Académie de médecine avait désapprouvé l'emploi de la gélatine dans l'alimentation*) a fait suspendre les travaux, et demandé avis à M. le ministre de l'intérieur. Celui-ci a répondu à M. le ministre de l'instruction publique de consulter l'Académie de médecine sur la question d'hygiène soulevée par les scrupules de la commission administrative des hospices de Toulouse. Il est vraisemblable que votre réponse décidera s'il y a lieu de compléter l'appareil commencé, ou si l'on doit se borner à acquitter les dépenses faites, sans pousser plus loin une expérimentation dont les indigents ne recevraient peut-être aucun bénéfice, à supposer qu'elle ne leur fût pas nuisible.

Jamais, que je sache, l'Académie de médecine n'a été appelée à se prononcer sur les effets de l'emploi de la gélatine dans l'alimentation, et la lettre ministérielle vous a fait honneur d'une opinion qui appartient à l'Académie des sciences. Mais vous n'avez pas pensé que ce fût un motif de décliner votre compétence sur la question proposée. Vous avez nommé une commission pour l'étudier et formuler un projet de réponse au ministre; c'est au nom de cette commission, c'est-à-dire au nom de MM. Chevalier et Gibert, auxquels j'ai été associé, que je porte la parole en ce moment. *La gélatine préparée aux dépens des os par l'un des procédés usités aujourd'hui dans les arts peut-elle être employée avec quelque avantage dans l'alimentation de l'homme? Une certaine dose de gélatine peut-elle remplacer dans le bouillon les principes solubles qu'une quantité déterminée de viande aurait abandonnés à ce liquide?* Voilà, je pense, comment il convient de poser la question aux points de vue hygiénique et économique. Deux routes pouvaient conduire à sa solution : rassembler et comparer les documents nombreux que la science possède sur cette matière, ou bien expérimenter à nouveau sur les animaux dont le régime se rapproche de celui de l'homme. Nous avons dû éviter de nous engager dans la voie expérimentale. En admettant en effet que votre commission de la gélatine fût douée du même degré d'activité dont a fait preuve dans la publication de ses recherches la sœur de l'Académie des sciences, l'administration des hospices de Toulouse courrait risque de rester encore pendant plusieurs années incertaine de savoir si elle devait achever son appareil ou régler les mémoires de son architecte. Heureusement, les essais nombreux tentés sur l'homme, les expériences pratiquées sur les animaux vivants nous offrent des éléments suffisants pour la solution du problème.

La gélatine, en effet, est de tous les principes immédiats celui qui, au point de vue diététique, a le plus éveillé la sollicitude des savants et des administrations préposées à l'assistance publique. On ne s'est pas seulement occupé de déterminer si seule elle pouvait nourrir; on a dû rechercher encore, et c'était même le point capital, si, associée à d'autres aliments, elle contribuait pour sa part à la réparation du corps. L'emploi si répandu de cette substance jetait un vif intérêt sur ces recherches; elles avaient d'ailleurs un côté scientifique que je demande la permission de signaler.

Y a-t-il quelque raison plausible d'élever des doutes sur les propriétés alibiles de la gélatine? Oui, messieurs.

La gélatine diffère à quelques égards des autres substances azotées qui font partie de nos aliments. Nos organes, vous le savez, ne renferment pas de gélatine, mais seulement des parties susceptibles de se convertir en gélatine entre les mains du chimiste ou dans les préparations culinaires. Nous n'avons pas la preuve que ce *produit artificiel* jouisse de la faculté de se reconstituer à l'état de tissu organique par le fait de la digestion et de la nutrition. Ce n'est pas tout : la gélatine n'est pas une combinaison *protéique;* elle ne contient ni phosphore ni soufre, et, d'après cette considération encore, il y a lieu de supposer qu'elle ne peut se transformer ni en muscle, ni en cerveau, ni en nerf, ni en fibrine du sang, ni en albumine du sang, toutes substances qui sont *protéiques*, c'est-à-dire formées d'un principe quaternaire azoté auquel s'ajoute une certaine proportion de phosphore et de soufre.

Nous n'ignorons pas que les idées de Mulder sur la *protéine*, après avoir obtenu l'assentiment de la plupart des chimistes et physiologistes allemands, paraissent avoir perdu quelque peu de leur faveur auprès d'eux, et qu'elles n'ont été acceptées que par un petit nombre de nos compatriotes; mais les critiques ont porté sur le mode de combinaison des éléments et non sur leur nature, et cela suffit pour notre argumentation.

La gélatine, en un mot, n'appartient point à la série des composés albuminoïdes.

Loin de nous la pensée d'engager la responsabilité de l'Académie sur des vues purement théoriques ou des inductions. Si nous avons touché en passant le côté scientifique de la question, c'est que nous ne voulons pas qu'on puisse même insinuer que cette savante assemblée ne l'a pas aperçu. Voyons donc maintenant la partie expérimentale, pratique ou médicale du sujet. C'est à elle surtout que nous allons demander une solution.

Le fameux digesteur de Papin avait révélé, depuis plus d'un siècle, que les os contiennent une notable quantité de matière organique, lorsqu'au début de notre première révolution on s'occupa des moyens d'extraire cette matière organique et de l'utiliser. Changeux, Grenet, d'Arcet père, Proust, Cadet de Vaux rivalisèrent de zèle pour atteindre ce double but, et le gouvernement s'associa à ces louables tentatives. On croyait alors qu'une livre d'os donnait autant de bouillon que six livres de viande, car on calculait les propriétés alibiles du bouillon sur les proportions de gélatine qu'il contenait, et, chose véritablement extravagante, on ne mettait pas en doute que le bouillon d'os ne fût préférable au bouillon de viande sous les rapports diététiques.

Au procédé de Papin, qui était dispendieux, dangereux, et qui donnait une gélatine altérée par l'excès de la chaleur, on avait substitué l'emploi des acides pour extraire la gélatine, lorsqu'en 1817 M. d'Arcet, continuateur des travaux de son père, appliqua en grand l'action de la vapeur à la préparation de la gélatine des os. Cette gélatine prit le nom, un peu décevant peut-être, de *gélatine alimentaire*. Grâce à l'application de son procédé, on pouvait, suivant M. d'Arcet, *de quatre bœufs en faire cinq.*

Joignez à cette proposition séduisante l'approbation donnée fort légèrement sans doute par l'ancienne Faculté de Médecine de Paris à la gélatine de M. d'Arcet, et vous ne serez point étonné que de toutes parts, dans les maisons hospitalières des provinces, comme dans les grands hôpitaux de la capitale, des appareils aient été établis pour extraire des os, à l'aide de la vapeur, la gélatine qui doit remplacer, dans le bouillon des malades, les principes solubles qu'une certaine quantité de viande y aurait abandonnés. Ainsi, une dose de bouillon qui aurait exigé 2 kilogrammes de viande, par exemple, était obtenue avec 500 grammes de viande seulement, et 60 grammes de gélatine sèche, lesquels tiennent lieu de 1500 grammes de viande. La viande qui n'était pas entrée dans le pot-au-feu était alors distribuée sous une autre forme aux malades.

Mais bientôt il y eut des plaintes dans divers établissements, et j'appelle sur ce point toute l'attention de l'Académie. Ces plaintes, formulées dans un excellent rapport des médecins de l'Hôtel-Dieu, portaient sur l'apparence louche de ce bouillon, sur son odeur et sa saveur peu agréables, sur sa putrescibilité, sur la teinte rouge qu'il donnait à la chair qu'on y faisait cuir, sur ce qu'il ne restaurait pas bien, sur ce qu'il donnait de la soif, troublait la digestion et causait de la diarrhée.

Déjà quelques établissements avaient fait démonter leurs appareils. Pourtant, la confiance n'était pas complétement détruite, et des milliers de rations étaient distribuées journellement à Paris, lorsque M. Donné (1) annonça à l'Académie des Sciences, d'après des expériences faites sur lui-même et sur des chiens, que la gélatine était peu nourrissante, et que peut-être elle ne l'était pas du tout. M. Donné avait introduit la gélatine pour une notable proportion dans son régime; il avait rapidement perdu deux livres de son poids; il s'était senti continuellement tourmenté par la faim, et avait même éprouvé de véritables défaillances. Une tasse de chocolat et deux petits pains à café l'avaient mieux nourri que deux litres et demi de bouillon à la gélatine, accompagnés de 80 à 100 grammes de pain. Quant aux chiens mis en expérience, ils avaient promptement manifesté du dégoût pour la gélatine, et s'étaient enfin laissé mourir auprès de cet aliment sans y toucher.

(1) Séance de l'Académie des Sciences du 6 juin 1831.

Pendant que ces recherches concouraient à ébranler la confiance qu'on avait eue jusqu'alors dans les propriétés nutritives de la gélatine, un travail remarquable auquel avait pris part un homme extrêmement ingénieux et habile, tendait à réhabiliter en partie cette substance dans l'opinion des physiologistes et des économistes; nous voulons parler du mémoire de MM. Edwards aîné et Balzac (1). Ces savants ont expérimenté sur des chiens qu'ils ont eu soin de peser avec des balances très sensibles pendant toute la durée des expériences. Comme la gélatine administrée seule eût dégoûté les animaux, ils lui ont associé une certaine quantité de pain blanc (vous savez que le pain blanc donné seul ne peut suffire à la nutrition des chiens). Ces animaux, soumis à ce régime, se sont amaigris en conservant l'apparence de la santé; mais si l'expérience eût été continuée, l'amaigrissement eût atteint la limite où d'ordinaire il est mortel dans les cas de nutrition insuffisante. Si les expériences étaient faites sur de jeunes chiens, leur poids augmentait un peu; mais leur accroissement était moindre qu'avec la nourriture ordinaire de l'animal.

Pour faire la part de la gélatine et celle du pain dans ces résultats, les expérimentateurs supprimèrent la gélatine en ne laissant à l'animal que le pain, l'eau et le sel; l'amaigrissement marcha plus vite qu'avant la suppression de la gélatine. La conclusion de cette première partie du travail était : 1° que le régime du pain et de la gélatine est nutritif, mais *insuffisant;* 2° que la gélatine associée au pain a une part relative dans les qualités nutritives du mélange. Mais nous voici arrivé au résultat le plus étonnant de ces expériences, et je dirais aussi le plus satisfaisant s'il eût été confirmé. Les animaux soumis aux régimes indiqués plus haut sont sur le point de succomber. On substitue au bouillon de gélatine une même quantité de bouillon de viande, en conservant la même dose de pain; l'animal reprend de la force, il augmente de poids, il revient à la santé. Or, qu'avez-vous fait dans cette expérience? Vous avez (dit M. Edwards) remplacé une dissolution de gélatine par une dissolution de gélatine, avec cette différence que la gélatine de bouillon de viande est aromatisée par les principes sapides des chairs, et notamment par l'osmazome. Mais, dit encore M. Edwards, ce n'est pas l'osmazome qui a nourri; ce principe est en trop petite quantité dans le bouillon. M. Edwards pense que l'osmazome a développé la propriété nutritive de la gélatine.

D'après cette idée, il suffirait d'ajouter quelques cuillerées de bouillon de viande à un bouillon de gélatine des manufactures pour développer dans celle-ci une faculté nutritive qu'elle possédait en quelque sorte à l'état latent. Dans un travail plus récent, M. Edwards (2) a essayé d'apprécier à l'aide du dynamomètre l'influence immédiate de l'administration de la gélatine sur la force musculaire. Trente et un soldats d'une compagnie du centre et une compagnie de grenadiers se prêtèrent à ces essais, dont M. Edwards crut pouvoir conclure que la gélatine a une action réparatrice. Si l'Académie paraissait disposée à attacher quelque importance à ces derniers résultats, je l'informerais qu'en 1835 M. Duficholin (3) a répété avec le dynamomètre de Régnier les expériences de M. Edwards, et qu'il n'a point vu que l'alimentation par la gélatine eût sur l'état des forces l'influence que ce savant lui avait attribuée.

L'Académie des sciences n'avait pas cru devoir rester simple spectatrice du mouvement qui se produisait autour d'elle et dont les résultats venaient si fréquemment à l'ordre du jour de ses séances. Elle avait voulu expérimenter de son côté et avait désigné à cet effet une commission dite de la *gélatine*. Après dix ans de silence, cette commission a publié un travail fort important (4), dont les conclusions sont peu favorables à l'opinion soutenue par M. d'Arcet et par M. Edwards. En effet :

1° Les chiens se laissent mourir de faim à côté de la gélatine dite alimentaire après en avoir ou non essayé pendant les premiers jours.

2° Si, au lieu de cette gélatine insipide, on donne l'agréable gelée que les charcutiers préparent par la décoction de différentes parties de porc et d'abatis de volailles, les chiens la mangent comme nous avec un plaisir extrême les premiers jours, puis ils n'y touchent plus et meurent vers le vingtième jour, presque aussi vite que s'ils n'avaient pas mangé.

3° Si l'on associe la gélatine en notable quantité à une petite proportion de pain ou de viande ou de l'un et de l'autre, les animaux vivent plus longtemps, mais ils maigrissent et finissent par succomber du soixantième au quatre-vingtième jour.

4° Enfin, si l'on expérimente comparativement avec le bouillon de la Compagnie hollandaise, préparé avec de la viande seule, et le bouillon de l'hôpital Saint-Louis, préparé, comme il a été dit plus haut, avec une petite proportion de viande et un équivalent de gélatine (l'un et l'autre bouillon associés au pain), on constate que les chiens, qui maigrissent en usant de la soupe à la gélatine, reprennent leur embonpoint et leurs forces en recevant celle qui ne contient que le bouillon de la Compagnie hollandaise.

D'autres faits, les uns expérimentaux, les autres de chimie organique, et applicables au sujet qui nous occupe, se sont produits depuis la publication du travail de l'Académie des Sciences.

L'Institut du royaume des Pays-Bas, consulté par le ministre, a publié, par les soins de MM. Vrolik, Swart et Van Breda (5), un rapport dont le conclusions corroborent celles de l'Institut de France. La gélatine obtenue par l'action de la

(1) *Recherches expérimentales sur l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire*, mars 1833. *Arch. génér. de Méd.*, 2e série, tome Ier, p. 33.

(2) Séance de l'Institut du 16 février 1835. *Arch. gén. de Méd.*, 2e série, tome VII, p. 246.

(3) Séance de l'Institut du 23 février 1835.

(4) Rapport fait à l'Académie des Sciences au nom de la commission dite de la gélatine (M. Magendie, rapporteur); séance du 2 août 1841.

(5) *Archiv. gén. de Méd.*, 4e série, tome IV.

vapeur sur les os réduits en fragments, avait, malgré les soins apportés à la préparation, une saveur peu agréable et que le sel n'améliora pas; elle avait aussi une grande disposition à se putréfier. On lui associait d'autres aliments, mais à doses insuffisantes, pour entretenir les nutritions. La couclusion du rapport est que la gélatine n'a aucune propriété nourrissante quand on en prend isolément, et qu'elle n'en reçoit pas si on la combine avec d'autres suhstances.

Enfin M. Devienne, pharmacien à l'hôpital militaire de Saint-Denis, a parlé dans le même sens à l'Académie des Sciences de Paris (1). Après avoir reconnu qu'il était suffisamment nourri en se mettant au régime du bouillon de bœuf et de pain, il a remplacé le bouillon de bœuf par le bouillon de gélatine. Celui-ci ne calmait la faim que pendant trois quarts d'heure, au bout desquels il éprouvait des borborygmes, des éructations et de la soif. Une certaine quantité de pain le nourrissait aussi bien que la même quantité de pain associé à la gélatine.

Vous penserez sans doute, messieurs, que, si cet ensemble de faits ne vous permet pas de dire que la gélatine est absolument dépourvue de propriétés alibiles, il vous autorise à prononcer que cette substance, extraite des os au moyen de la vapeur, constitue un mauvais aliment, et qu'il n'y a pas lieu d'encourager la construction d'appareils destinés à l'introduire dans le régime des hôpitaux. La gélatine obtenue par l'action des acides sur les os donnerait-elle de meilleurs résultats? Nous ne le pensons pas. Sans doute, ainsi que l'a fait observer M. Souheiran, cette gélatine extraite des os frais par l'acide chlorhydrique, et mise encore humide dans la marmite, donne un bouillon très clair; mais cela n'ajoute rien à ses propriétés réparatrices. Si, en effet, on donne à des chiens la trame organique d'un os qui a été privé de sa matière nerveuse par un acide affaibli, cette trame organique ne le nourrit pas, à moins pourtant qu'elle ne soit empruntée aux os des pieds de mouton, lesquels conservent une matière animale insoluble, qui est sans doute digérée et assimilée. Chose remarquable! les os de la tête de bœuf ou de mouton donnés pour toute nourriture à des chiens les entretiennent en santé, et cependant la matière animale extraite de ces os par la vapeur ou les acides ne peut suffire à la conservation de la vie. C'est que les os contiennent, avec les sels et la matière animale susceptible d'être convertie en gélatine, une matière grasse et une notable quantité de sang, lequel est très composé lui-même. L'estomac, d'ailleurs, s'accommode mieux d'une partie organisée qu'il élabore à sa manière et à son profit, que de la gélatine de chimiste.

Il reste, messieurs, un point assez important à éclaircir: le bouillon de viande en gélatine; il en est de même de celui qu'on forme en faisant dissoudre dans l'eau la matière obtenue par l'action de la vapeur sur les os. Le premier, uni au pain, restaure; le second ne jouit pas de cette propriété; à quoi tient cette différence? Nous pourrions répondre que, si pour le chimiste la matière tenue en dissolution dans l'eau qui a bouilli avec de la chair et la matière extraite des os sont une seule et même substance, la *gélatine*, cela n'est plus identique pour notre estomac, qui retire du bouillon de bœuf des principes réparateurs et qui ne se trouve pas bien du bouillon préparé avec la gélatine des os. Mais les progrès de la chimie organique nous offrent une solution plus satisfaisante de la difficulté que nous venons de soulever. M. Berzélius a signalé dans la chair un assez grand nombre de matières extractives qu'elle doit céder au bouillon; lorsqu'on a obtenu un extrait aqueux de viande, si on traite cet extrait par l'alcool absolu, on enlève au moins deux matières azotées, dont l'une précipitable par le chlorure de mercure et l'autre par l'acétate de plomb. L'alcool faible en tire ensuite une troisième matière azotée qui, chauffée, répand l'odeur de viande rôtie. Enfin, ce que les deux alcools ont laissé contient encore plusieurs principes extractifs, parmi lesquels figure la *zomidine*.

L'osmazone de M. Thénard est un composé de plusieurs de ces substances. Des documents importants sur la composition de la chair ont été adressés sous forme de lettres par M. Liébig à M. Gay-Lussac (2); plus récemment, on a donné la traduction d'un mémoire fort étendu du même auteur sur les principes des liquides de la chair musculaire. La gélatine que M. Chevreul a découverte dans le bouillon de viande a été trouvée par M. Liébig dans la chair du bœuf, du veau, du mouton, du cochon, du cheval, du lièvre, de la poule et du brochet. Aussi sa présence dans la chair n'est pas accidentelle, comme l'ont cru Berzélius (3) et Schœnberger (4); cette substance existe dans le bouillon de viande qui nourrit et n'existe pas dans le bouillon de gélatine improprement nommé alimentaire; sur mille parties de chair, l'eau froide en dissout soixante parties; cette même quantité de chair ne céderait pas plus de six parties de gélatine à l'eau bouillante. La *créatine*, l'acide cinosique, qui possède une saveur de bouillon très agréable, figurent au nombre des parties solubles de la chair, et nous ne devons pas oublier les principes volatils odorantes signalés par M. Chevreul.

Nous nous empressons de reconnaître que, si les matières extractives sont nombreuses dans le bouillon de viande, leur proportion est bien plus considérable, car l'eau bouillante en enlève moins à la chair que l'eau froide. Ce que nous tenions à constater, c'est qu'il ne faut pas assimiler le bouillon de viande au bouillon de gélatine, et que ces deux liquides doivent avoir une action différente sur l'économie.

L'insuffisance de la gélatine dans l'alimentation provient-elle de ce que cette substance se digère mal, ou de ce que le produit de la digestion est impropre à la nutrition? Cette question pourrait être négligée par ce qui concerne les conclusions du rapport; mais l'Académie nous permettra sans doute de lui consacrer un petit paragraphe.

On a imaginé, dans ces derniers temps, une sorte de *criterium* fort ingénieux, je l'avoue, pour constater qu'une substance organique introduite dans le sang est ou non mise à profit pour les actes de la vie organique. Cette substance est-elle soumise à l'assimilation, ou bien encore fournit-elle un aliment pour cette combustion lente dont les animaux vivants sont le foyer, elle est décomposée dans le sang au bout d'un certain temps; dans le cas contraire, elle passe en substance, non altérée, dans les urines, où on la retrouve. Injectez une dissolution de sucre de canne dans le sang, à l'exemple de M. Bernard, ce sucre sortira par les urines sans que l'économie en ait tiré parti; injectez une dissolution de glucose ou sucre de raisin; celui-ci ne passera pas par les urines, il sera détruit dans le sang, pour peu que ce liquide ait son degré d'alcalinité normal; que si le sucre de canne a éprouvé l'action du suc gastrique avant d'être injecté dans les veines, il ne passe plus par les urines. L'albumine liquide introduite dans le sang est éliminée par les reins; a-t-elle été modifiée par une digestion artificielle dans le suc gastrique, l'animal dans les veines duquel on l'injectera ne sera pas atteint d'albuminurie. Je n'ai pas besoin de dire à l'Académie quel intérêt allait s'attacher à ce genre d'épreuves si la gélatine y était soumise à son tour. Des expériences sur ce sujet ont été faites par M. Bernard (1) en présence de M. d'Arcet, qui, en préconisant l'usage de la gélatine alimentaire avec un zèle digne d'une meilleure cause, donnait au moins l'exemple de ce qu'il y a de plus respectable au monde, le culte de la mémoire d'un père et le désir ardent d'être utile à l'humanité. Quel ne dut pas être le désappointement du digne philanthrope, lorsqu'il vit s'échapper en nature et mélangé aux produits de la sécrétion rénale le précieux aliment sur les vertus réparatrices duquel il avait tant compté! L'introduction directe de la gélatine dans le sang occasionnait même un accident qu'on n'y avait point observé en expérimentant avec l'albumine; c'était le vomissement qui se reproduisait par intervalles, pendant tout le temps où le système vasculaire contenait de la gélatine. Ces expériences, à la vérité, ne jugeaient pas la question; elles montraient que la gélatine, mise directement dans le sang, en était éliminée comme un corps étranger. Mais cette gélatine n'avait pas éprouvé l'action du suc gastrique, et il devenait important de rechercher si cette substance, introduite dans l'estomac, était absorbée purement et simplement (et alors il faudrait désespérer de ses vertus nutritives), ou si elle y était modifiée dans ses propriétés chimiques, pour la solution de ce nouveau problème qui n'avait peut-être pas été posé au point de vue qui nous occupe ici.

La science nous offre des documents d'où il résulte que la gélatine ne se digère pas à la manière des matières albuminoïdes, et que pourtant elle n'est pas réfractaire à l'action du suc gastrique. En effet, en examinant attentivement les résultats des expériences de Tiedman et de M. Gmelin sur les animaux, de Beaumont sur un homme atteint de fistule gastrique, de M. Blondlet sur des chiens portant des fistules établies artificiellement, nous ne voyons point que le suc gastrique coagule la gelée de viande avant de la dissoudre, nous ne voyons point se former cette matière molle, pultacée, qui appartient à une des périodes de la digestion des matières albuminoïdes. Très peu de temps après que la gelée a été mise en contact avec le suc gastrique, soit au dedans, soit au dehors de l'estomac, le tout se fludifie et donne naissance à un liquide d'un brun clair, peu trouble et à réaction acide.

Voilà donc une différence notable entre la digestion de la gélatine et celle des matières albuminoïdes; mais, pour avoir été liquéfiée si promptement, la gélatine n'a pas moins senti l'action métamorphosante du ferment gastrique. Essayez, messieurs, de faire prendre en gelée une solution de gélatine dans le suc gastrique après l'avoir évaporée et refroidie, vous n'y parviendrez pas; essayez de la précipiter en filaments par le chlore, vous n'y parviendrez pas davantage. Vous obtiendriez ce double résultat si la gélatine avait été simplement dissoute dans un acide dilué. Il faut enfin donner des conclusions à ce rapport; elles serviront de réponse à la question qui vous a été posée.

La commission a l'honneur de vous proposer d'écrire au ministre:

1° Que les propriétés réparatrices du bouillon ne sont point proportionnées à la quantité de gélatine qu'il contient;

2° Que ces propriétés sont dues en grande partie à d'autres principes que la viande abandonne à l'eau dans laquelle on la fait bouillir;

3° Que la dissolution de gélatine dite *alimentaire* ne contient pas ces principes;

4° Que l'introduction de la gélatine dans le régime ne permet pas de diminuer sensiblement la quantité d'aliments dont on fait usage, et qu'à ce titre elle n'offre aucun avantage économique;

5° Que l'addition de cette substance aux aliments dérange les fonctions digestives d'un grand nombre d'individus, et qu'à ce titre encore son emploi offrirait quelques inconvénients au point de vue de l'hygiène et de la diététique;

6° Enfin, que d'après ces considérations il n'y a pas lieu d'encourager la construction d'appareils pour la préparation de cette substance dans les établissements destinés à l'assistance publique.

Ces conclusions sont adoptées.

Discussion sur les engorgements et déviations de l'utérus.

La parole est à M. Paul Dubois pour continuer le résumé de la discussion. La haute importance pratique du discours prononcé par le savant académicien et le défaut d'espace nous obligent d'en renvoyer l'impression à notre prochain numéro.

Pessaires.

M. le docteur Capuron lit un rapport sur le pessaire de Mme Coquillard (de Belleville), et conclut en proposant à l'Académie de répondre au ministre que la communication de Mme Coquillard, loin de présenter quelque intérêt, n'offre au contraire que des défauts et des inconvénients pour la pratique.

— La séance est levée à cinq heures.

(1) Séance de l'Institut du 3 octobre 1843.
(2) Séance de l'Institut du 28 janvier 1847.
(3) *Traité de chimie*, t. IX, p. 589.
(4) *Analen der chemie und pharmacie*, t. XIX, p. 343.

(1) Communication orale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 janvier 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire par les douches froides et la sudation.

M. Fleury, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, envoie une note sur les douches froides et la sudation appliquées au traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire. Dans ce nouveau travail, M. Fleury a étudié l'action combinée des douches froides et de la sudation dans le traitement des névralgies et du rhumatisme musculaire.

Quarante-six observations recueillies à l'établissement hydrothérapique de Bellevue en 1846, 1847, 1848 et 1849, ont donné des résultats qui peuvent être résumés de la manière suivante:

1° Cinq malades atteints depuis quatre à quinze jours d'une *névralgie aiguë*, fixe et très intense (névralgie faciale, intercostale, sciatique), ont été guéris de une à trois séances de sudation en étuve sèche, suivie d'une douche froide générale et locale. Employés à titre d'agents de la médication transpositive, et suivant les principes que j'ai établis ailleurs, le calorique et l'eau froide ont exercé une révulsion énergique sur toute la surface cutanée et ont eu une action plus promptement efficace que celle des vésicatoires volants et de la cautérisation transcurrente.

2° Onze malades atteints depuis plusieurs jours d'un *rhumatisme musculaire* aigu, fixe et très violent (torticolis, lumbago, pleurodynie, etc.), ont été guéris de la même manière; la médication employée ayant eu manifestement un effet plus rapide et plus heureux que celui des topiques émollients ou irritants et des émissions de sang locales.

3° Quatre malades atteints depuis quatre à dix ans d'une névralgie fixe ayant résisté à toutes les médications connues (méthode endermique, vésicatoires volants, cautérisation transcurrente, sulfate de quinine, préparations de zinc, de fer, de potassium, eaux thermales, etc.), ont été guéris par l'usage de douches froides locales et générales, quelquefois précédées de sudation en étuve sèche. La durée du traitement a été au minimum de un mois, au maximum de cinq mois, et en moyenne de trois mois. La guérison doit être attribuée à une action révulsive souvent renouvelée et à une régularisation des fonctions cutanées, de la circulation capillaire et de l'innervation générale.

4° Trois malades présentent depuis cinq à quinze ans cet ensemble de phénomènes morbides que l'on désigne par les noms de *névropathie générale*, d'*état nerveux;* arrivés au dernier degré du dépérissement et ayant épuisé toute la thérapeutique, ont été guéris de la même manière. La durée du traitement a été au maximum de dix-huit mois, au minimum de sept mois, et en moyenne de treize mois. Le succès doit être attribué à l'action qui a été exercée sur toutes les grandes fonctions de l'économie par la médication hydrothérapique, laquelle, à ce point de vue, n'a point d'équivalent.

5° Vingt-trois malades, affectés depuis quelques mois à plusieurs années de rhumatisme musculaire chronique, fixe ou ambulant, ayant résisté aux médications les plus diverses et aux eaux thermales les plus célèbres, ont été guéris par la même méthode. La durée du traitement a été au minimum de un mois, au maximum de sept mois, et en moyenne de quatre mois.

Action physiologique des agents anesthésiques.

M. Edouard Robin communique quelques recherches qui lui paraissent éclairer l'action physiologique de l'éther, du chloroforme et des agents anesthésiques analogues.

L'éther sulfurique et le chloroforme exerçant sur le sang une action puissante, l'action est de nature à produire tous les phénomènes de l'anesthésie.

Voici comment il est arrivé à ce résultat.

Considérant que les substances qui préservent de la putréfaction les matières animales mortes agissent en les mettant à l'abri de la combustion lente qui en serait opérée aux températures ordinaires par l'oxygène humide, j'ai pensé, dit M. Robin, que, lorsque ces substances antiputrides après la mort pénétraient à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, elles s'opposeraient aussi à la combustion lente des éléments protéiques du sang, et par suite causeraient la mort par asphyxie.

Voulant savoir quels phénomènes physiologiques précéderaient cette mort par asphyxie, et se produiraient aux doses suffisantes pour la déterminer, M. Robin a étudié l'influence exercée chez les divers animaux par une diminution d'oxygénation graduellement portée jusqu'à la suppression complète. Il a trouvé que, non-seulement, comme on le savait, la combustion du sang est dans tous les animaux essentielle à l'activité de la vie, mais encore que dans tous la quantité de vie est en proportion de la quantité de combustion qui s'y opère, et en a conclu que si les agents, qui, après la mort, protégent les matières animales contre l'action de l'oxygène humide, exercent la même protection quand ils pénètrent à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, ils diminueront la quantité de vie, c'est-à-dire la sensibilité et la contractilité, en même temps que la quantité de combustion; en sorte que, suivant la dose, ils seront sédatifs, hyposthénisants, anesthésiques, et enfin capables de causer la mort par asphyxie.

M. Robin, prenant ensuite la réciproque du principe qu'il vient de poser, s'est cru fondé à penser que, pénétrés à dose suffisante dans la circulation, l'éther sulfurique et le chloroforme devaient s'opposer à la combustion du sang, à sa conversion complète en sang artériel, et que leurs effets anesthésiques provenaient, sinon en totalité, au moins en grande partie, de cette source. Les expériences auxquelles il s'est

livré à ce sujet lui ont fait reconnaître que telle est précisément l'action de ces agents sur les matières animales.

Après la mort, ils les protégent de la manière la plus puissante contre toute putréfaction, contre toute combustion par l'oxygène humide.

L'action s'exerce tant dans l'éther sulfurique et le chloroforme à l'état des liquides purs que dans leur vapeur et dans des quantités d'eau considérables où la vapeur se répand, bien que pourtant elle ne s'y dissolve qu'en proportion extrêmement faible.

En résumé, il ressort de ces recherches ce fait que M. Robin considère comme bien constaté; savoir: que, hors de toute influence nerveuse, et même à doses extrêmement faibles, l'éther sulfurique et le chloroforme paralysent l'action de l'oxygène humide sur le sang et, en général, sur les matières animales; que, pénétrés à dose suffisante dans la circulation pendant la vie, ils y paralysent plus ou moins l'action de l'oxygène; et que c'est cette diminution de l'oxygénation qui contribue puissamment à déterminer les phénomènes de l'anesthésie, si tant est qu'elle n'en soit pas la cause unique.

Procédés de conservation et d'assainissement.

M. Sucquet adresse quelques nouveaux renseignements sur l'assainissement des amphithéâtres d'anatomie par l'emploi des *injections de sulfite de soude*.

Mes efforts incessants pour améliorer et perfectionner cette méthode, dit l'auteur, ont atteint, je l'espère, leur terme définitif par un dernier moyen destiné à *prévenir très efficacement l'altération des instruments de dissection*. Lorsque les solutions de sulfite de soude, marquant 24° ou 25° à l'aréomètre de Beaumé, ont été rendues neutres, au lieu d'y ajouter de l'oxyde ferreux, je les fais séjourner actuellement pendant 48 heures dans des tonnes contenant de la limaille de zinc. Il se fait une petite proportion de sulfite de zinc, et les solutions de sulfite de soude y perdent toute leur action sur les instruments.

Diminution de la fibrine par l'agitation du sang.

M. Marchal (de Calvi) envoie une note sur la diminution de la fibrine par l'agitation du sang. J'ai démontré, dit l'auteur, par des expériences, que, sous l'influence de la chaleur, la fibrine augmente dans le sang tiré de la veine. Par une application naturelle de ce fait à l'hyperplastécémie inflammatoire, je me suis demandé si ce phénomène n'était point dû, au moins en partie, à la chaleur fébrile inhérente aux inflammations aiguës de quelque importance. Il m'a semblé que la première partie de l'opinion de Rasori, qui expliquait l'augmentation de fibrine par l'excès de calorique et par l'excès de mouvement, était fondée. Quant à la part attribuée à l'excès de mouvement, je suis arrivé, dans une nouvelle série d'expériences, à des résultats qui contredisent formellement l'opinion de Rasori. Voici comment j'ai procédé: J'ai fait coaguler, au repos, le premier et le quatrième quarts du sang d'une saignée, ou, indifféremment, les deuxième et troisième quarts, tandis que les deux autres quarts étaient agités pendant dix minutes dans un flacon.

Sur douze expériences, j'ai trouvé dix fois la fibrine sensiblement diminuée dans le sang agité. Je ne sais comment me rendre compte des deux exceptions. Toujours est-il qu'on peut inférer de ces recherches que l'agitation du sang tend généralement à diminuer la fibrine. Peut-être pourrait-on comprendre, de cette manière, les accidents de défibrinations observés chez les animaux surmenés.

Choléra.

M. Pellarin communique, pour être transmise à la commission chargée de s'occuper de ses communications sur le choléra, la relation d'un fait de transmission de la maladie par un matelas qui avait servi à une femme cholérique plus de deux mois auparavant.

Instinct des animaux.

M. Delfraysse, ancien médecin des armées, à Cahors, adresse quelques observations relatives à l'instinct des animaux, soit dans l'état de santé, soit dans celui de maladie. L'auteur rapporte des observations desquelles il résulte, suivant lui, que l'instinct naturel est le guide le plus infaillible de l'animal, comme il l'aurait été de l'homme s'il avait obéi à ses inspirations. « L'étude et l'interprétation des sensations instinctives, dit-il en terminant, deviendra tôt ou tard la boussole de la thérapeutique. »

CORRESPONDANCE.

Mon très honoré confrère,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt la lettre de M. le docteur Chapel. Elle fournit des renseignements utiles à consulter pour la question de l'infection. Mais vous comprenez comme moi qu'elle est loin de la résoudre.

Le choléra n'existe plus à Lyon où nous l'avons seulement entrevu, je suis donc désarmé pour me défendre, et vous ne serez pas surpris que je me serve des armes que me fournissent mes confrères pour défendre mon opinion.

Je vous rappellerai le fait cité par M. Brierre de Boismout, à Claphane, dans l'Inde anglaise, terre natale du choléra.

Le 24 août 1829, dans une pension de jeunes gens, une ancienne fosse d'aisance abandonnée ayant été ouverte et vidée, les matières qui en provenaient étant répandues dans le jardin de l'établissement, le choléra se déclara le surlendemain avec une telle violence, que 21 pensionnaires sur 28 furent attaqués. Ce fait serait très concluant si l'auteur eût ajouté que la fosse d'aisance avait été fermée à une époque où le choléra sévissait; je l'admets seulement comme une présomption. J'en dirai autant des observations faites à Morlaix lors de la première épidémie cholérique, et dernièrement à Gray. On assure que dans ces deux villes les maisons situées sur le bord de la rivière, dont les fosses d'aisance s'ouvraient directement dans l'eau, ont été à peu près toutes épargnées. Enfin voici un fait récent qui a été rapporté par M. Gauley, chirurgien militaire, et ne peut s'expliquer qu'en admettant l'infection.

A Riheauvilliers (Haut-Rhin), petite ville de quelque mille âmes, le choléra a fait de nombreuses victimes. Le 31e régiment de ligne, qui y était en garnison, n'a pas eu un seul homme malade lors de son séjour dans cette ville. Si l'on rapproche ce qui s'est passé à Ribeauvilliers de ce qui s'est passé à Lyon, où la garnison a compté près de cent cas bien constatés de choléra, tandis que notre ville immense n'a offert que quatre cas, le choléra n'est pas un être imaginaire, malfaisant, qui connaît les uniformes, les costumes civils, et donne la préférence tantôt aux uns, tantôt aux autres. Il existe certainement dans les habitudes ou les conditions hygiéniques semblables une cause qui propage la maladie d'un individu à un autre soumis aux mêmes influences.

En supposant l'infection admise, il resterait encore à chercher et à prouver par quelle voie elle a lieu; sont-ce les déjections, les sueurs ou la respiration? Je persiste à penser que ce sont les déjections qui sont le mode le plus actif de propagation, et j'engage de toutes mes forces mes confrères à opérer la désinfection des matières vomies et rendues par les selles par le moyen que j'ai indiqué dans vos numéros précédents.

Agréez, etc. GENSOUL.

Lyon, 18 janvier 1850.

Monsieur le rédacteur,

Depuis quelque temps votre journal continue une polémique entre M. Baudens et M. Chassaignac sur l'emploi de *l'eau froide* dans le traitement des maladies externes. Cette contestation, toute de priorité, prouve que ces honorables confrères n'ont pas lu un petit ouvrage que j'ai publié sur ce sujet en 1824: *Du froid et de son application dans les maladies*, 1 vol. in-8°. Je n'en extrairai que quelques corollaires, en tenant le petit volume à votre disposition ainsi qu'à celle de ces messieurs pour de plus amples renseignements.

« Le *froid* est l'antidote naturel de l'inflammation. (Coroll. V.)

» Dans les inflammations aiguës, le *froid* doit être appliqué d'une manière progressive, permanente et soutenue, suivant les phases du mal. On doit observer la même gradation décroissante avant de le cesser. (Coroll. XVI.)

» Dans tous les cas, l'action du *froid* doit dominer le degré de l'affection contre laquelle on l'emploie. (Coroll. XVII.)

» Dans les inflammations aiguës, *externes et circonscrites*, il doit être employé localement et sur la partie malade. (Coroll. XVIII.)

» L'application du *froid* ne doit jamais être abandonnée avant qu'on se soit rendu maître de la maladie contre laquelle on l'emploie. Il faut en mesurer le degré sur l'intensité du mal, et réserver la température la plus basse pour les cas les plus graves... (Coroll. XXIV.)

» J'ai encore employé le *froid* dans beaucoup d'autres maladies, telles que l'érysipèle, la brûlure, la goutte, le rhumatisme articulaire, l'orchite, la péritonite, la fièvre typhoïde, etc., d'où il résulte que je considère le *froid* comme le plus précieux et le plus puissant agent thérapeutique; mais son emploi ne doit pas être laissé à de communes mains; car, lorsqu'il ne fait pas de bien, il peut faire beaucoup de mal. » (Coroll. XIII.)

Agréez, etc. TANCHOU.

Paris, ce 19 janvier 1850.

NOUVELLES.

Conformément aux propositions qui lui ont été faites par le conseil de salubrité, M. le préfet de police a nommé, par arrêté du 4 de ce mois, M. le docteur Bégin, vice-président, et M. Trébuchet, secrétaire de ce conseil, pour l'année 1850.

— Sont nommés chirurgiens dans le corps des officiers de santé de la marine: Second chirurgien en chef, M. Dufour; chirurgiens de 1re classe, MM. Giraud, Souleyot, Gibert, Andrieu et Mittre; de 2e classe, MM. Bonnescuelles, Romain, Daniel, Vincent et Villaret; de 3e classe, MM. Simon, Gayme, Roche, Decugis, Huillet, Bonnet et Auvely.

— La science médicale et l'Italie ont à déplorer la mort du professeur Giacomandrea Giacomini, décédé dans les derniers jours de l'année 1849. (*Gazetta Medica Lombarda.*)

— *Incendie de l'hôpital militaire à Athènes.* — On écrit d'Athènes que l'hôpital militaire, le plus bel établissement de cette ville, qui avait coûté près de 300,000 drachmes (environ 270,000 fr.), vient d'être la proie des flammes. En un instant, des milliers de citoyens, prêts à porter secours, étaient sur le lieu de l'incendie. Il n'y avait pas une seule pompe dont on eût pu se servir, pas une seule bâche, point de seau, rien enfin de ce qu'il fallait pour éteindre le feu. Les eaux des aqueducs, qui devaient arriver en abondance dans un aussi vaste établissement, se perdent en dehors des conduits mal soignés; les citernes étaient vides.

Heureusement, tous les malades ont été sauvés et transportés dans les maisons voisines. Cet incendie cause une perte bien douloureuse dans ce moment d'extrême pénurie où se trouve les caisses de l'Etat.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis, dans la première quinzaine de janvier, leurs collections de 1849, peuvent les faire reprendre à notre bureau: elles sont très solidement reliées.

Le prix de la *Gazette des Hôpitaux* reliée (année 1849), est de 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 26 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 12.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Diagnostic de l'arthrite blennorrhagique et de l'arthrite rhumatismale. — M. Cazenave a fixé l'attention de ses auditeurs ces jours derniers sur un malade entré récemment dans son service, et qui est en effet digne d'intérêt pour les praticiens.

Voici, résumée en quelques mots, l'histoire de ce malade:

X....., domestique, âgé de vingt-huit ans, fut pris dans le courant de décembre dernier de douleurs vagues dans les lombes. Ces douleurs, auxquelles il fit peu d'attention d'abord, changèrent bientôt de place, et se firent sentir en avant et en arrière de la poitrine, mais toujours d'une manière assez modérée. Au premier de l'an, cet homme eut des rapports avec une femme, et deux ou trois jours après un écoulement se déclara. Cet écoulement ne s'accompagna pas de douleurs urétrales.

Vers le 8, les douleurs, qui avaient à peu près complétement abandonné la région lombaire, se manifestèrent plus vives dans le genou et sur le cou-de-pied gauche, puis dans le poignet du même côté et dans l'épaule droite; en même temps elles devinrent plus violentes en arrière et surtout en avant de la poitrine, au point que la respiration était très notablement gênée. Comme la marche était également difficile, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Nous devons ajouter qu'au moment où les douleurs se manifestèrent dans les articulations, l'écoulement, qui était en voie d'accroissement, continua à devenir plus abondant, mais sans s'accompagner de douleurs.

Aujourd'hui 21, après six jours de séjour à l'hôpital, le malade se trouve à peu près dans le même état qu'au moment de son entrée. Les douleurs du genou gauche et de l'épaule droite sont modérées, ainsi que celles de la partie antérieure gauche du thorax; mais ces dernières, ainsi que celles de l'épaule, ont été très vives la nuit dernière, et ont empêché complétement le sommeil, tandis qu'auparavant le malade avait toujours plus ou moins bien dormi. Il y a eu ces jours derniers un léger mouvement fébrile; aujourd'hui il n'en existe pas. Le palper permet de constater que les douleurs des articulations et surtout celles des parois thoraciques sont en partie au moins superficielles.

La première question qu'on devait s'adresser lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital était, ainsi que nous le faisait remarquer M. Cazenave, était de savoir à quelle cause on devait attribuer les douleurs articulaires ressenties par le malade de l'affection blennorrhagique ou d'un rhumatisme. C'est encore là la question que peuvent s'adresser les médecins qui approchent le malade pour la première fois. C'est à cette question intéressante que M. Cazenave a répondu en quelques mots, et c'est sur elle également que nous voulons un instant arrêter l'attention de nos lecteurs.

Constatons d'abord que le malade n'a jamais eu de douleurs analogues à celles qu'il éprouve aujourd'hui, ni même d'un genre quelconque; il n'a non plus jamais eu aucune affection vénérienne avant celle qu'il porte actuellement. Les antécédents doivent donc être mis hors de cause en faveur ou contre la probabilité de telle ou telle affection. La question se réduit donc à l'étude du diagnostic de l'arthrite blennorrhagique et rhumatismale, abstraction faite des antécédents.

Avant de pénétrer plus loin dans cette étude, il ne sera peut-être pas inutile de dire deux mots d'une locution à l'aide de laquelle quelques médecins semblent quelquefois vouloir trancher ou éluder, je ne sais trop lequel des deux, la difficulté de diagnostic qui se présente au lit du malade : sont-ils embarrassés pour se prononcer entre une arthrite blennorrhagique ou un rhumatisme articulaire, ils déclarent avoir affaire à un *rhumatisme blennorrhagique*, et se croient ainsi hors de la difficulté. Cette dénomination, conséquence naturelle de la doctrine de la localisation des maladies, ne saurait être acceptée par ceux qui attachent aux manifestations symptomatiques une signification plus philosophique, plus conforme à la véritable interprétation des faits cliniques. Pour ceux-ci, il serait tout aussi logique de dire : voilà une *colique de plomb mercurielle*, que de dire : voici une *arthrite rhumatismale* ou un *rhumatisme blennorrhagique*, ce qui est la même chose. Dans le rhumatisme en effet, comme dans l'affection saturnine, il y a une altération générale *et sui generis* de l'économie, et il est tout aussi absurde de dire que cette altération puisse être à la fois plombique et mercurielle, blennorrhagique et rhumatismale, que de dire qu'une plante est à la fois rose et violette. Ainsi, ceux qui tranchent la difficulté par la dénomination dont il s'agit font un non-sens et rien de plus. Il faut donc tâcher d'aller un peu plus au fond des choses.

Selon nous, il est très rare qu'entre le rhumatisme et l'arthrite blennorrhagique le diagnostic puisse être longtemps douteux, et les considérations que nous allons présenter à propos du malade placé dans le service de M. Cazenave s'appliquent à la grande majorité des cas qui semblent douteux au premier abord.

Lorsqu'on a affaire à un rhumatisme, il est rare que cette affection se développe précisément à l'époque où survient habituellement l'arthrite blennorrhagique, c'est-à-dire vers la quatrième, cinquième ou sixième semaine; en interrogeant attentivement les malades, on arrive presque toujours à s'assurer que des douleurs rhumatismales ou se sont développées avant l'apparition de la blennorrhagie ou bien ont eu lieu d'autres fois sous une forme analogue; on a vu que, chez le malade de M. Cazenave, les douleurs ont réellement commencé avant la blennorrhagie. — Le siége des douleurs rhumatismales et blennorrhagiques n'est presque jamais le même; la blennorrhagie se porte presque toujours sur le genou, quelquefois sur le coude ou l'articulation tibio-tarsienne; le rhumatisme affecte, au contraire, à peu près indistinctement toutes les articulations, et, en outre, assez souvent les muscles, ainsi que cela se voit chez le malade de M. Cazenave. — Quand par hasard l'arthrite rhumatismale se développe après l'écoulement et reste fixée sur l'articulation du genou, quand il y a rhumatisme *mono-articulaire*, les symptômes réactionnels sont habituellement plus intenses que dans l'arthrite blennorrhagique, où ils manquent fréquemment d'une manière complète, et, en outre, l'écoulement urétral n'est nullement influencé dans sa marche; tandis qu'il est presque toujours, au moins pour quelque temps, diminué ou même suspendu par l'apparition de la blennorrhagie arthritique.

En appliquant ces données au malade dont nous avons esquissé l'histoire, on voit qu'on ne peut avoir de doute sur la véritable nature du mal qu'il éprouve, et que c'est bien à un rhumatisme qu'il faut attribuer ces douleurs.

Quant à l'utilité qu'il peut y avoir à porter un diagnostic positif entre les deux affections, nous espérons la faire apprécier très prochainement en rendant compte d'un cas d'ophthalmie blennorrhagique que nous avons récemment observé.

Du traitement des vomissements. — Insuccès des moyens ordinaires. — Utilité de la potion sédative. — M. le docteur Berton, chirurgien-major attaché à l'Ecole d'état-major et à la première division militaire, nous communique le fait et les observations suivants :

On a conseillé bien des moyens contre les vomissements; sans les énumérer tous, je rappellerai que les principaux, les plus vantés ou prescrits sont l'eau gazeuse, l'eau de Seltz, l'eau de Vichy, la glace, les potions effervescentes ou laudanisées, etc., etc.; les affusions froides, qui ont leurs succès. J'indiquerai même la formule de M. le docteur Padioleau, de Nantes, consistant dans l'emploi de trois gouttes de teinture de noix vomique dans 90 grammes d'eau distillée, que le malade doit prendre par cuillerées à bouche de quatre en quatre heures; médication qui semblerait avoir été récemment modifiée par M. le docteur Debout, qui a proposé, je crois, une solution de 5 centigrammes de strychnine dans 100 grammes d'eau distillée à administrer de la même manière.

Ces divers remèdes ont été prescrits séparément, successivement ou même parfois associés les uns aux autres.

Il demeure toutefois bien reconnu que les meilleurs antiémétiques dans le vomissement symptomatique d'une inflammation patente de l'estomac, sont les moyens les plus aptes à combattre cette phlegmasie; que dans ceux qui dépendent de l'émotion du trouble de l'estomac, lors de l'affection d'un organe en relation sympathique avec ce viscère, c'est le traitement de cette affection qui arrête le plus sûrement les vomissements; que c'est plus spécialement dans l'état de névrose de l'estomac, dans l'état où se manifestent les vomissements dits nerveux, que l'on a conseillé et que l'on conseille quelques-uns des moyens dont la série a été présentée, et c'est d'ailleurs presque exclusivement dans ces circonstances qu'on le fait avec succès. J'accorde aussi quelque préférence à certaine préparation pharmaceutique qui m'a maintes et maintes fois réussi, même quand telles ou telles autres m'avaient fait défaut. Je l'indique, au reste ici, comme une ressource de plus; car les praticiens savent que l'on est quelquefois bien embarrassé, bien pauvre au milieu des richesses thérapeutiques. Cet antivomitif n'est autre que la potion sédative qu'a conseillée M. Magendie dans les affections de poitrine. Je la formule de la manière suivante :

Eau distillée de lierre terrestre.....	90 grammes;
Sirop de capillaire................	30 grammes;
Acide prussique médicinal........	15 gouttes.

Une cuillerée à bouche de quatre heures en quatre heures.

Je le répète, ce moyen m'a constamment réussi dans les vomissements essentiels, nerveux; il apaise et dissipe fréquemment ceux liés à l'affection d'organe autre que l'estomac, et diminue, calme même, dans quelques circonstances, ceux qui dépendent d'affection organique du ventricule.

Une des conditions d'ailleurs qui paraît essentielle pour qu'il y ait amendement ou réussite dans les vomissements sympathiques et symptomatiques, c'est qu'il y ait apyrexie.

D'autre part, dans la plupart des cas, les douleurs gastralgiques sont dissipées par l'usage de cette potion.

Je me bornerai à citer aussi brièvement que possible un fait au sujet duquel j'ai encore été, et tout récemment, à

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel de Clinique médicale, ou Principes de Clinique interne, par HILDENBRAND; traduit par le docteur DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier.

Successeur et digne émule du grand Stoll, Valentin Hildenbrand fut, comme lui, un des plus grands clioiciens de cette illustre école de Vienne qui a contribué à répandre dans l'Europe médicale le goût des études clioiques. Il ne se borna point à continuer l'enseignement de ses prédécesseurs, il l'agrandit et le perfectionna; et c'est le résumé de l'expérience de sa vie entière qu'il consigna dans le petit livre, si peu connu aujourd'hui, dont nous signalons une nouvelle traduction. L'auteur de cette traduction, l'interprète et, nous pourrions dire, le commentateur d'Hildenbrand, M. G. Dupré, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, a fait précéder son travail d'une importante introduction sur laquelle nous croyons devoir surtout insister.

L'utilité, l'*indispensabilité*, qu'on nous passe le mot, des études cliniques n'est plus révoquée en doute par personne. Mais pour être fructueuses, elles doivent être précédées d'études théoriques complètes; avant de pratiquer l'art, il faut connaître la science; le but du professeur est de dimiouer autant que possible les embarras immenses de l'application de ces connaissances théoriques préalablement acquises.

« En effet dit M. Dupré, le Manuel dont il s'agit ici présente le programme de toutes les choses qu'il faut étudier à la clinique médicale; il indique la méthode à suivre pour recueillir tous les éléments qui doivent servir à donoer la notiou précise de la maladie actuelle; il énumère les circonstances qui doiveot fixer l'attention de l'élève, soit dans le malade lui-même et dans les aptitudes spéciales de sa nature, soit dans les circonstances qui ont agi sur lui pour les créer, les agrandir, les mettre en jeu; il préseote un véritable plan d'examen qui doit être compris et suivi par celui qui veut deveoir praticien; c'est enfin un abrégé de tous les devoirs du médecin au poiot de vue de la pratique, devoirs scientifiques, moraux et professionnels. »

Les symptômes ne sont que des mots au moyen desquels la nature souffrante exprime ses idées (*idea morbi*), c'est-à-dire l'affection morbide dont elle est atteiote. Ce langage, il faut savoir le lire et le comprendre; constater et enregistrer des phénomènes sans en pénétrer la signification, c'est ressembler à un homme en présence duquel on parlerait une langue inconnue.

L'enseignement clinique conduit l'élève à cette interprétation indispensable, et par suite à la connaissance de la constitution complète des maladies. La clinique, c'est la pathologie générale en action, et la pathologie générale telle qu'on l'enseigoe à Montpellier. On se tromperait grandement si l'on pensait n'y trouver qu'un échantillon de tous les genres morbides.

Dans la pratique tout se passe en *anomalies*; chaque fait doit être considéré individuellement, exige une analyse spéciale et une thérapeutique qui lui est propre. La clinique est le moyen, la pratique est le but.

L'art d'observer et d'interpréter en clinique n'est autre chose que l'application de la méthode expérimentale à la connaissance de l'homme, de ses maladies et de leur traitement. Elle repose exclusivement sur des principes déduits du plus grand nombre possible d'observations comparées et combinées entre elles, principes qui ne soot que des formules génériques qui facilitent la classification des faits et en établissent les rapports. Constater l'existence des phénomèoes, en chercher les causes, en pénétrer les tendaoces: tels sont la base et le triple but de toute science pratique. Du diagoostic, de l'anamoestique ou étiologie, du pronostic, résulte la thérapie, c'est-à-dire la scieoce des indications et des moyens de les remplir.

Ici, M. Dupré reproche à la clinique moderne, qui prend pour base et pour point de départ les doctrioes organiciennes, de ne voir dans l'agrégat humain qu'une machine, et dans ses maladies que des dérangements mécaoiques, d'anéantir la science étiologique. Il fait l'énumération des moyeos empruntés aux sciences physiques dont elle fait usage, moyeos dont l'emploi ne constitue qu'un côté de la question, et le moins important. Il regrette que les hôpitaux se soient transformés en amphithéâtres de dissection, en laboratoires de chimie; que le diagnostic soit ainsi devenu d'une facilité séduisante, etc. Il croit voir complétement anéantir la doctrine de la *causalité*, ce critérium des systèmes et de leurs inventeurs, sans laquelle la médecine est une lettre morte, et la thérapeutique un empirisme méprisable. Il se plaint que l'on néglige l'étude des causes finales, des rapports qui existent entre la maladie actuelle et les besoins du système qui la subit, comme aussi le fait capital de l'identité des causes dans des maladies d'apparences diverses, et la possibilité d'étudier la nature d'une maladie dans le traitement qui lui convient.

On conçoit la gravité des reproches de M. Dupré, lorsqu'on le voit soutenir que le véritable clinicien doit concentrer toute son attention sur les affections de l'*impetum faciens*, de cette cause, à la fois et tour à tour créatrice, conservatrice et destructrice. A ses yeux, la science ne peut être lumineuse, la pratique utile, que par la connaissance de l'agrégat complexe étudié dans ses éléments physiques

même de comparer et d'apprécier les résultats obtenus par d'autres remèdes et par celui dont il est ici question.

Mme A..., âgé d'environ quarante-six ans, grande, forte, puissante, d'une excellente santé habituelle, fut gravement atteinte, dans les derniers jours de novembre dernier, de symptômes de méningite cérébro-spinale. Après quinze jours, et à peine était-elle convalescente, qu'il se manifesta chez elle une scarlatine presque générale. Quelques rares vomissements accompagnèrent les prodromes et l'apparition de cette fièvre éruptive dont l'évolution fut d'ailleurs régulière, et dont la disparition eut lieu vers le huitième jour. Le dixième jour, l'apyrexie était complète, et de nouveau la convalescence de la malade paraissait définitive et franche. Cette dernière prenait plusieurs bouillons, et ne tarda pas à digérer quelques potages.

Vers le 25 décembre, sans que le régime ait été changé, sans qu'il se fût manifesté la moindre réaction, sans qu'il y eût ni rougeur de la langue, ni sensibilité à l'épigastre, ni même de dérangement dans l'acte de la digestion, sans que la malade fût à une époque menstruelle ou aux approches de cette période, enfin, sans nul motif apparent ou explicable, Mme A... fut, à diverses parties de la journée et de la nuit, prise de nausées et de vomissements; ceux-ci étaient peu abondants, accompagnés d'efforts assez grands, et consistaient en quelques gorgées de liquide jaunâtre ou verdâtre, sans mélange de substances alimentaires. La malade, dès lors, avait été mise soit à la diète, soit réduite, pour tout aliment, à l'usage de quelques tasses à café de bouillon de poulet ou de veau, qui d'ailleurs ne furent jamais rejetées avec les matières vomies. Les vomissements, d'abord au nombre de 7 à 8 dans les vingt-quatre heures, atteignirent les chiffres de 10, 12, 15, 20 et plus dans le même espace de temps.

La diète, des boissons gazeuses, l'eau de Vichy, l'eau de Bussang, la glace furent vainement prescrites et n'amenèrent guère que quelque diminution passagère.

La potion anti-émétique de Rivière resta sans nul effet; quelques prescriptions opiacées ne réussirent guère mieux, et celles avec la strychnine ou la noix vomique demeurèrent également sans résultat. Je fus donc, pour ainsi dire, réduit à recourir à la potion avec l'acide prussique, que j'avais tout d'abord proposée, mais dont le nom avait effrayé la malade ou son entourage. Dès la deuxième cuillerée les accidents diminuèrent considérablement, et après la quatrième ils cessèrent complétement et ne se renouvelèrent plus. Néanmoins, et par précaution, la médication fut continuée au delà de 48 heures. Les boissons alimentaires et les aliments solides furent successivement et progressivement rendus; enfin, après dix jours, le succès ne s'est pas une seule fois démenti, et le rétablissement de la malade, faisant chaque jour de sensibles progrès, sera incessamment bien complet.

De la régénération des nerfs. — La possibilité de la régénération des nerfs n'est plus à démontrer aujourd'hui : les recherches de Fontana, de Haighton, de Tiedeman, de M. Flourens et de plusieurs autres physiologistes ne peuvent laisser de doute à cet égard. Cependant il faut remarquer que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, cités comme des *preuves* de la régénération, le retour de la sensibilité et de la motricité n'a pas été absolument complet. Le fait suivant, communiqué récemment par M. Brown-Séquard à la Société de Biologie, prouve la possibilité d'un retour intégral des facultés perdues après la section des nerfs, et permet d'espérer des résultats cliniques plus satisfaisants que ceux qu'on a obtenus jusqu'à ce jour dans les plaies des nerfs.

Le 15 août 1848, le nerf sciatique fut coupé sur un cochon d'Inde adulte à la partie supérieure de la cuisse. Pour éviter les altérations pathologiques qui surviennent au membre paralysé en pareil cas par suite des frottements contre des corps durs, cet animal fut mis dans une cage, où il avait pour litière du son, du vieux linge, du coton et du foin.

Un mois après l'opération, il y avait déjà un commencement de retour de la sensibilité. Deux mois après, la sensibilité était augmentée, mais elle était bien moindre que dans l'autre membre postérieur; les muscles paralysés commençaient à obéir à la volonté. Six mois après la section, l'animal opérait assez bien les divers mouvements de la jambe et des doigts; la sensibilité était revenue presque entièrement. A partir de ce moment jusqu'au mois de juillet de cette année, il regagna peu à peu ce qui lui manquait encore. Le retour de la sensibilité et de la motricité ne s'est donc accompli qu'au bout de onze mois. Cet animal a été montré à la Société dans la séance du 22 septembre; on a constaté que la sensibilité était également vive dans les deux membres postérieurs. Quant aux mouvements, on les a trouvés aussi complets, aussi énergiques dans le membre qui a été paralysé que dans l'autre.

Ce cochon d'Inde fut tué quelques jours après en coupant le tronc du nerf au-dessus de la réunion. Aussitôt après la mort de l'animal, on vit tous les muscles auxquels il se distribue se mouvoir vivement.

M. Lebert a bien voulu faire avec M. Brown-Séquart l'examen du nerf. On trouva d'abord pour seule trace extérieure de l'opération des adhérences de fibres musculaires avec le névrilème. Si l'on n'avait pas eu soin de noter que la section était faite au niveau de l'émission par le nerf sciatique d'une grosse branche allant aux muscles de la cuisse, il aurait été difficile de reconnaître le lieu de la réunion. En effet, il n'y existait plus de renflement. On sait que tous les auteurs s'accordent à signaler comme constante l'existence d'un renflement là où les deux bouts d'un nerf coupé se réunissent; quelques-uns ont noté la disparition de ce renflement dans les cas de régénération nerveuse très ancienne. C'est ce qui a eu lieu sur l'animal opéré par M. Brown-Séquart. L'existence du renflement ayant été constatée par lui il y a six mois, des portions du nerf à l'endroit de la rejonction ont été examinées avec soin et dans une étendue suffisante. MM. Lebert et Brown-Séquart y ont reconnu les fibres nerveuses parfaitement normales.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Leçons cliniques sur la pneumonie. — Préliminaires.

Il se trouve en ce moment dans le service de M. Chomel deux malades atteints de pneumonie, qui offrent un certain intérêt sous le point de vue de la différence qui existe dans les conditions physiques des individus atteints; ils serviront en même temps d'introduction aux leçons générales sur la pneumonie que ce professeur va faire, et dont nous rendrons compte dans ce journal. On peut d'ailleurs rapprocher ces faits de l'observation du même service que nous avons publiée dans notre avant-dernier numéro.

Au nº 28 de la salle Saint-Bernard se trouve une femme âgée de soixante-treize ans, d'une constitution chétive, atteinte depuis vingt ans d'une affection catarrhale et d'une douleur au côté. Il y a quinze jours, la toux, qui ne la quitte guère de tout l'hiver, aurait augmenté, sans cependant l'obliger à renoncer à ses occupations ordinaires, qui consistent dans les soins qu'elle donne à son ménage et à ses enfants. Quelques jours après, la douleur au côté devint plus forte, la toux un peu plus vive, et les crachats légèrement teints en rouge et visqueux. Au reste, elle put se lever comme les jours précédents; enfin lundi elle entra à l'Hôtel-Dieu.

La malade donne sur les symptômes qu'elle a éprouvés dans ces derniers temps des renseignements tellement obscurs, qu'il est difficile de déterminer le moment où l'affection, de bronchique qu'elle était, est devenue pneumonie. Cependant, selon les probabilités, l'époque où la maladie a fait irruption date de quatre jours.

Le mardi, le pouls est à 96 pulsations; le sang provenant d'une saignée opérée hier est couenneux. La malade paraît très affaiblie. Inappétence, soif, bouche pâteuse. Les crachats, par leur opacité et leur viscosité en même temps, tiennent de la bronchite et de la pneumonie.

Aucun de ces symptômes n'est bien tranché; il existe d'ailleurs un souffle très prononcé, mêlé de crépitation à la base du poumon gauche. La voix retentit aigre et saccadée, véritable égophonie; la percussion donne un son obscur.

Remarques. — Il est souvent difficile de juger de la gravité d'une pneumonie par la simple auscultation; car, si elle nous rend compte de l'état des couches superficielles du poumon, souvent l'état des couches profondes nous échappe par ce moyen. Dans ce cas, c'est au degré de gravité des autres symptômes que nous devons nous en rapporter pour le diagnostic.

L'égophonie nous démontre ici l'existence de la pleurésie, et la crépitation qui l'accompagne doit nous faire croire plutôt à l'existence de fausses membranes entre les deux feuillets de la plèvre qu'à l'accumulation d'un liquide. En effet, dans la pleuro-pneumonie avec épanchement de sérosité considérable, les phénomènes crépitants ou bronchiques disparaissent. Ici, au contraire, l'oreille perçoit immédiatement une crépitation forte et éclatante.

Les crachats, quoique appartenant à une affection catarrhale, sont visqueux, sanguinolents et présentent à un haut degré les caractères des crachats que l'on observe dans la pneumonie.

L'absence de délire, le peu d'intensité de la fièvre, la voix assez claire et sans oppression peuvent faire espérer une terminaison heureuse de la maladie; toutefois, remarquons que l'affection catarrhale est déjà une maladie fort grave chez les vieillards; que la pneumonie qui est venue compliquer cette première affection est mortelle dans la plupart des cas; enfin, que la malade est d'une très mauvaise constitution.

Traitement. — La saignée d'hier ayant affaibli la malade, nous attendrons pour une nouvelle prescription de ce genre une nouvelle indication. — Application d'un vésicatoire de 0m,15 de diamètre à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche.

Tartre stibié. — Nous n'administrerons le tartre stibié que dans le cas où la maladie ferait des progrès et serait sur la limite de la deuxième période.

— L'autre malade est couché au nº 12 de la salle Sainte-Agnès. Il est charretier, travaille la nuit à conduire les voitures de vidanges. Il est âgé de vingt-trois ans, d'une constitution sanguine, robuste. Dans la nuit du vendredi au samedi, il est pris tout d'un coup d'un frisson sans refroidissement apparent, sans avoir fait d'imprudence d'aucune sorte. La nuit était moins froide que les précédentes, il dégelait. Il continue à travailler jusqu'à six heures du matin; à ce moment il n'en peut plus, se met au lit et boit une bouteille de vin chaud pour se réchauffer.

Depuis, céphalalgie qui ne l'a pas quitté; douleurs dans les jambes, qui ont disparu hier; douleurs à droite et à gauche dans la poitrine, plus vives à droite; inappétence; soif; insomnie. — Saignée.

A son entrée, l'auscultation donne du râle crépitant dans toute la partie postérieure du thorax. La figure est rouge; crachats sanguinolents, rutilants. — Saignée de 500 grammes.

Le sang provenant de la saignée est couenneux; pris en masse, très dense. Crachats visqueux, transparents, rouges, abondants; le sang et le mucus sont parfaitement mêlés.

A la percussion, son mat des deux côtés.

A l'auscultation, en avant des deux côtés, respiration normale.

En arrière à gauche et dans la partie sus-scapulaire, respiration faible mais pure.

Au tiers moyen, souffle bronchique prononcé. Plus bas, souffle bronchique sans crépitation; la voix donne un retentissement faible et saccadé (égophonie).

En bas à droite, le souffle crépitant qui existait hier a disparu aujourd'hui.

Remarques. — Si l'on rapproche les faits constatés par l'auscultation, la crépitation disparue à la base des poumons au bout de quatre jours seulement, à dater de l'époque de l'invasion; le son mat donné par la percussion dans cette même région; la douleur, qui a également persisté des deux côtés, on concluera à un épanchement pleurétique dans la période d'augment, avec pleurésie double et pneumonie peut-être également dans les deux poumons.

Néanmoins, le pronostic doit être favorable si l'on a égard à l'âge et à la constitution du malade.

Ici le traitement doit être l'opposé du précédent. Evacuations sanguines fréquentes et abondantes. Cependant, il ne faut pas s'écarter des règles de la prudence.

Lorsque la pneumonie s'attaque à une constitution épuisée, en vingt-quatre heures elle arrive à une terminaison fatale. Il faut prendre garde d'amener, par des émissions sanguines inconsidérées, le malade à cet état d'épuisement. Il y aurait d'autant moins de prudence à agir trop vigoureusement, que l'effet de la saignée n'est pas de terrasser la maladie, mais bien de modifier l'inflammation et de préparer en quelque sorte la résolution.

Repos et diète; silence; immobilité; boissons rafraîchissantes; purgatifs, dans le but de favoriser la révulsion, tels sont les moyens qui doivent venir en aide aux saignées administrées en temps utile et avec sagesse.

Le vésicatoire pourra être également employé ici; mais le moment serait mal choisi, il pourrait occasionner une exci-

---

et métaphysiques, mécaniques et dynamiques, et par celle du but de la médecine qui peut se nommer ainsi : aider la nature dans l'accomplissement de ses lois.

Si l'homme est composé d'éléments matériels et de puissances métaphysiques, les sens et leurs applications, les sciences anatomiques ne donneront jamais les moyens de le connaître entièrement. Il faut chercher, au moyen de l'esprit, ce que les sens ne peuvent apercevoir. Négliger cette ressource, c'est renoncer à l'espoir de connaître la nature des maladies; et par ce mot, *nature*, l'auteur entend, non pas l'essence, qui est impénétrable, mais seulement le résultat de cette opération de l'esprit qui consiste à rapprocher les affections morbides que l'on observe d'autres objets mieux connus. Déterminer la nature d'une maladie, c'est, pour lui, la décomposer en ses divers éléments pour arriver à sa cause génératrice. Par ce moyen, on constate ce qu'elle a de spécial, on découvre la raison suffisante de son existence et l'on fixe la thérapeutique.

L'enseignement clinique moderne et les livres de médecine pratique publiés depuis le commencement du siècle n'ont pas embrassé le problème dans toute son étendue. Ils se sont attachés à la connaissance des altérations de texture, et tous les efforts ont été dirigés dans ce sens. Or, suffit-il de connaître ces modifications? suffit-il de savoir que, dans une apoplexie, il existe une congestion sanguine des vaisseaux intracrâniens ou qu'une hémorrhagie s'est effectuée dans la substance cérébrale? suffit-il de savoir le lieu précis où s'est effectué l'épanchement? Les notions de ce genre ne révèlent que des caractères extérieurs de la maladie, n'en indiquent pas la nature, et ne peuvent fournir que des indications secondaires. Les indications fondamentales se puisent à d'autres sources, et, pour les constituer, il faut invoquer la connaissance des prédispositions naturelles ou acquises, de l'âge du malade, etc.; enfin de toutes les conditions individuelles ou extérieures qui ont préparé, dirigé ou accompli le mouvement congestionnaire. Ce n'est que par la combinaison de toutes ces recherches que l'on peut arriver à la véritable nature de l'apoplexie et à la connaissance du traitement le plus efficace.

Ainsi donc, au-dessous des conditions formelles révélées par la séméiotique anatomique, il existe des conditions d'un ordre différent que les procédés de cette espèce ne peuvent faire connaître. C'est à ce point de vue que le Manuel d'Hildenbrand s'éloigne complétement des manuels récents de clinique médicale. Il présente le problème clinique dans toute sa complexité, et c'est pour ce motif que M. Dupré a jugé utile d'en faire une nouvelle traduction.

De tout cela, résulte-t-il que l'auteur de cette traduction repousse les méthodes de l'école organicienne? Malgré la bonne envie qu'il paraît en avoir souvent, il ne le peut cependant. Il insiste sur leur exagération et sur leur impuissance pratique; mais il les accepte avec empressement, en use dans la limite de leur pouvoir; il veut que l'on combine dans une juste proportion les riches faits de détail de l'observation moderne avec les vues supérieures de l'école d'Hippocrate, On ne peut nier les services qu'a rendus l'école organicienne à la symptomatologie et à la nosologie. Mais Bichat et les Cartésiens modernes ont rendu fausse et trompeuse la science des altérations organiques en voulant, par son secours, pénétrer jusqu'au sanctuaire de la vie et deviner les procédés de la force plastique.

L'école de Vienne a su maintenir les grands principes hippocratiques du diagnostic et de la thérapeutique, que l'on retrouve tous dans le Manuel d'Hildenbrand. L'école de Montpellier, illustre devancière de l'école de Vienne au point de vue pratique, l'a de beaucoup dominée, dit M. Dupré, en cherchant à perfectionner la clinique par la connaissance de plus en plus approfondie de l'homme tout entier.

En résumé, les bases de l'expérience, comme celles de la médecine et de la clinique, sont la connaissance de l'homme à laquelle on ne parvient que par l'observation et le raisonnement, par un effort combiné des sens et de l'esprit. Ces principes fondamentaux se trouvent réunis dans le livre à l'occasion duquel nous avons fait ce court article analytique. S'ils n'y sont pas tous énoncés avec la clarté, la précision, les détails suffisants, ils y sont pourtant assez explicitement indiqués pour qu'avec l'aide de la réflexion on les y découvre sans peine. Le traducteur s'est d'ailleurs efforcé d'en éclaircir ou d'en compléter quelques-uns par des notes ajoutées au texte. Il a eu le désir d'en faire, suivant l'expression d'Hildenbrand lui-même, un *bréviaire* de tous les devoirs du praticien.

Nous nous sommes abstenu dans ce compte-rendu, auquel l'espace ne nous a pas permis de donner plus de développement, de toute critique, de toute objection, quoique nous soyons loin d'être toujours et partout du même avis que M. Dupré sur la valeur qu'il accorde à l'une ou à l'autre des méthodes qui doivent concourir à la détermination du diagnostic et du traitement. Ce Manuel, populaire à Montpellier, et destiné à se trouver entre les mains de tous les élèves de cette école, sera, ainsi que sa remarquable introduction, lu avec fruit par les praticiens de l'école de Paris, qui, nous l'avons déjà dit souvent, ignorent trop complétement les doctrines, un peu exclusives peut-être, mais importantes de la Faculté du Midi.

Dr A. Foucart.

tation trop vive, et produire un effet défavorable. Nous le réservons pour un moment plus calme.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 22 janvier.

DISCUSSION SUR LES ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

Discours de M. Paul Dubois.

Messieurs,

Avant de reprendre le sujet de ma communication précédente, je pense qu'il ne sera pas inutile de vous rappeler en peu de mots le point où je l'ai interrompue. J'avais dit que les éléments essentiels et ordinairement primitifs des affections utérines qui font l'objet de cette discussion étaient presque toujours associés chez le même sujet à d'autres faits pathologiques qui en ont souvent usurpé l'importance et la signification. Je m'étais en conséquence appliqué à séparer ces derniers des autres par un examen analytique, et je m'étais cru autorisé à ranger les inflexions, la chute et les déviations de l'utérus, quand ces dernières ne sont pas exagérées, parmi les phénomènes accessoires et le plus souvent étrangers à la symptomatologie des affections utérines chroniques. J'avais également exclu l'engorgement et les érosions simples ou granuleuses, non parce que ces lésions m'ont paru devoir être placées sur la même ligne que les précédentes, mais parce que, liées beaucoup plus étroitement que ces dernières aux affections utérines, et plus importantes sous ce rapport, elles ne constituent cependant pas encore les éléments primitifs et fondamentaux de ces maladies. Il me restait donc à dire quels sont les phénomènes qui me paraissent mériter cette qualification, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue des indications thérapeutiques.

Ce sont évidemment ceux qui dans l'énumération que j'ai faite n'ont pas été soumis encore à mon appréciation, à savoir : l'augmentation de la coloration, de la chaleur et surtout de la sensibilité de l'utérus, modifications accompagnées d'une hypersécrétion muqueuse et purulente; c'est en un mot une phlegmasie utérine, et dans presque tous les cas une phlegmasie catarrhale.

La membrane muqueuse est donc le plus souvent le siége principal et primitif de la maladie, mais elle n'en est pas le siége exclusif, car il est rare que l'inflammation ne s'étende pas à la couche la plus voisine du tissu propre sous-jacent. Si j'ajoute maintenant que cette dernière limite est assez souvent dépassée, parce l'inflammation peut pénétrer plus profondément dans le parenchyme utérin, soit de prime-abord, soit par la prolongation de la phlegmasie muqueuse; si j'ajoute surtout que la phlegmasie, qu'elle soit superficielle ou profonde, est presque toujours limitée au col de l'utérus, j'aurai indiqué le siége, la nature et les limites de la lésion qui constituent dans presque tous les cas l'élément fondamental des affections utérines les plus communes. Je vais maintenant donner quelques détails nécessaires pour ne pas laisser trop incomplet cet exposé des éléments locaux essentiels des affections utérines.

J'ai déjà dit que la phlegmasie pouvait naître de ces faits pathologiques dont la discussion s'est occupée; ce sont d'une part des érosions qui, simples d'abord, deviennent probablement granuleuses en pénétrant plus profondément dans les tissus qu'elles affectent; c'est, d'autre part, l'engorgement des points que la phlegmasie a frappés, et dans lesquels elle persiste pendant longtemps, engorgement souvent limitée à une partie seulement du col utérin, quelquefois l'occupant tout entier, et dans quelques cas enfin s'y montrant en plusieurs point séparés les uns des autres, et donnant lieu en conséquence à des tubercules distincts et mamelonnés.

Jusqu'à présent j'ai supposé, puisque c'est en effet le cas le plus fréquent, que la phlegmasie et ses effets sont bornés à la région cervicale de l'utérus; mais il est certain, malgré les restrictions qui ont été exprimées à cet égard dans la discussion, qu'elle peut franchir cette limite, se développer dans le corps de l'organe, pénétrer plus ou moins profondément dans ses éléments anatomiques, et en accroître le volume et la densité, c'est-à-dire en produire l'engorgement. J'ai déjà rappelé les faits de cette nature qui ont été mentionnés dans la discussion.

Cependant, si je m'arrêtais ici, je comprends que je n'aurais encore résolu qu'une partie de la question soulevée par M. Baud et par la discussion de l'Académie. En effet, avoir établi qu'une phlegmasie catarrhale du col utérin est l'élément anatomique ordinaire de ce que M. Baud appelle une affection utérine et regarde comme le résultat d'une perturbation générale de la santé, ce n'est pas avoir prouvé que la nature de cette maladie est essentiellement locale, car des phlegmasies, même limitées, des membranes muqueuses, peuvent se développer sous l'influence de causes évidemment diathésiques.

J'ajouterai donc maintenant, pour dissiper tous les doutes à ce sujet, que cette inflammation locale est elle-même, dans presque tous les cas, le produit de causes provocatrices qui ont incontestablement le même caractère; s'il est un fait bien constaté, en effet, c'est que la phlegmasie catarrhale du col utérin succède le plus souvent à l'action de l'une des trois causes que je vais indiquer dans un ordre qui est en rapport avec la fréquence de leur intervention, savoir : 1° un avortement; 2° un accouchement à terme qui a été pénible, ou après lequel le repos ordinairement nécessaire n'a pas été assez prolongé; 3° des imprudences commises pendant une période menstruelle; 4° des rapports sexuels trop répétés, ou qui ont eu lieu dans des circonstances inopportunes.

Si un avortement ou un accouchement pénible sont suivis d'une phlemasie catarrhale du col utérin, il est absolument impossible, lorsqu'on sait, et surtout lorsqu'on a vu les lésions locales inséparables de l'expulsion du fœtus à terme, et plus encore de l'avortement, de voir dans le développement de la phlegmasie utérine autre chose que l'effet d'une cause réellement traumatique.

Le caractère d'une cause tout à fait locale se retrouve également dans l'impression du froid, les secousses d'une voiture, celles d'une course rapide ou d'une marche trop prolongée, subies pendant une période menstruelle et qui en ont troublé la marche; on les retrouve de même enfin dans l'excitation directe produite par des rapports sexuels trop répétés, ou ayant lieu lorsque les organes génitaux féminins ont une impressionnabilité insolite. C'est ainsi qu'on voit souvent se développer une phlegmasie catarrhale du col utérin chez les jeunes femmes, et sous l'influence des premières habitudes du mariage. Dans tous ces cas, qui sont certainement les plus communs, le caractère local de la lésion et celui de la cause qui l'a provoquée paraissent trop évidents pour qu'ils puissent être sérieusement révoqués en doute.

Vous reconnaîtrez, messieurs, qu'en rapportant les souffrances nombreuses et variées des affections utérines à une phlegmasie ordinairement catarrhale, quelquefois parenchymateuse, du col utérin, c'est-à-dire à leur cause, non pas constante, mais assurément la plus commune, je n'ai pas exprimé une opinion nouvelle. Il y a seize ans déjà que notre collègue M. Mélier, dans un excellent travail qu'il soumit à l'Académie, signala les caractères et l'importance de cette affection, et fit au moins pressentir le rang qu'elle devait occuper dans la pathologie de l'utérus. Aujourd'hui, si je ne me trompe, cette manière d'envisager la phlegmasie catarrhale de l'utérus a tout à fait cours dans la science. Aussi, me serais-je dispensé de rétablir devant vous ce point de doctrine, s'il ne m'avait paru nécessaire d'atténuer quelques-uns des effets de la discussion, et en particulier celui qu'avaient dû produire les premières paroles de notre collègue M. Malgaigne. En effet, elles tendraient à faire croire que les notions jusqu'à présent acquises sur les maladies utérines, dont M. Baud a fait le sujet de son mémoire, sont notoirement incomplètes ou vaincs, et que, si l'on s'accorde à rejeter les opinions de Lisfranc, on cesse de s'accorder quand il s'agit de les remplacer par d'autres. Il importait donc de ramener les esprits au but que des travaux persévérants et nombreux ont maintenant atteint, et d'où ils avaient été détournés par les écarts de la discussion.

En disant qu'une phlegmasie catarrhale ou parenchymateuse est, dans la plupart des cas, l'élément fondamental des affections utérines les plus communes, je crois avoir exprimé une opinion généralement admise aujourd'hui, et une conclusion légitimement déduite de l'observation générale des faits. Je ne me dissimule pas cependant qu'elle est loin de donner une satisfaction complète aux exigences de la pratique. L'utérus peut être, en effet, le siége de souffrances qui n'impliquent en aucune manière un état phlegmasique de sa membrane muqueuse ou de son tissu propre, bien qu'elles soient accompagnées d'une partie des troubles fonctionnels que j'ai considérés comme la conséquence ordinaire d'une phlegmasie utérine chronique. Indépendamment des déviations, auxquelles il faut faire une part très restreinte, il est vrai, dans la symptomatologie, et que je tenterai de déterminer plus loin, on ne saurait nier que l'exaltation de la sensibilité de l'utérus, à divers degrés, et sans l'intervention d'aucune lésion de tissu, puisse occuper une place assez importante dans la pathologie de cet organe; aussi, quelle qu'ait été la tendance de Lisfranc à concentrer l'attention de ses élèves sur les lésions de tissu de l'utérus, il n'en a pas moins reconnu la nécessité de faire entrer les névralgies de cet organe dans son cadre nosologique. Ainsi l'ont fait d'ailleurs la plupart des pathologistes.

Dans la première partie de cette communication, j'avais déjà fait allusion à ces causes de souffrances utérines et je m'étais promis de les rappeler encore; elles offrent, en effet, dans l'étude symptomatologique des affections utérines un intérêt qu'il est aisé de comprendre.

Cependant je n'irai pas plus loin dans cette voie, qui me conduirait sans aucun doute à l'examen de quelques-unes des questions les plus difficiles du sujet qui nous occupe et que la discussion n'a pas abordées; quoique cette omission soit regrettable, je reconnais que les limites qui me sont imposées ne me permettraient pas de la réparer.

J'arrive maintenant au traitement des phlegmasies utérines chroniques.

Pour cette partie de ma communication, comme pour la précédente, je suivrai le programme qui m'est en quelque sorte tracé par le mémoire de M. Baud, le rapport de vos commissaires et la discussion qui s'est engagée devant vous.

Je ferai néanmoins précéder d'une observation préliminaire ce que je dois dire sur ce sujet.

Le traitement des affections utérines comprend l'emploi de procédés et d'agents thérapeutiques nombreux et divers. Non-seulement je n'ai pas l'intention d'apprécier la valeur absolue ou relative de chacun d'eux, mais je ne me propose même pas d'étendre mon examen à tous ceux qui ont été mentionnés dans la discussion; je me contenterai donc de rappeler ceux de ces procédés ou de ces agents thérapeutiques qui me paraissent les plus importants et dont la valeur mérite réellement d'être discutée.

D'une autre part, les affections phlegmasiques de l'utérus qui ont été l'objet principal de ces débats se présentent avec des degrés d'intensité différents, savoir : à l'état aigu ou subaigu et à l'état chronique. Le traitement de ces affections aux deux premiers degrés est trop connu et trop généralement accepté pour qu'il y ait le moindre intérêt à m'en occuper. La discussion, d'ailleurs, ne s'y est pas arrêtée. Je ne parlerai en conséquence que du traitement des phlegmasies utérines chroniques et de quelques-unes de leurs complications.

Dès l'abord se présente une question digne d'intérêt et dont la solution rigoureuse n'est probablement pas possible dans l'état actuel de la science, mais qui cependant peut être utilement discutée. Il s'agit de savoir si le traitement des affections utérines est nécessaire, non-seulement comme moyen curatif d'un mal actuel, mais encore comme moyen préventif d'une dégénérescence future.

J'ai dit dans la première partie de cette communication que Lisfranc regardait l'intervention de l'art comme nécessaire à ces deux titres; j'ajouterai que cette opinion a été adoptée et publiée par un de nos savants confrères, M. Duparcque, et que, pour en établir la validité, il a cité des faits qui lui paraissent démontrer l'influence salutaire d'un traitement préventif. Il est vrai qu'à l'époque où cette doctrine était enseignée des médecins éminents plaçaient dans les phlegmasies chroniques la cause la plus commune, sinon même la cause unique du développement des affections cancéreuses, et contestaient la possibilité de leur manifestation spontanée et la réalité d'une prédisposition héréditaire.

Il ne me paraît pas douteux que ce fut sous l'impression de ces idées que Lisfranc donna à l'engorgement utérin, c'est-à-dire à un épiphénomène, l'importance d'un élément capital et dominant dans les affections utérines, et qu'il voulut en faire l'expression significative de l'opinion qui paraissait prévaloir alors sur la généralisation du cancer. Il y vit sans doute un moyen de frapper plus sûrement les esprits. L'engorgement c'était tout à la fois le fait d'une phlegmasie chronique présente et celui d'une transformation cancéreuse future, ou du moins possible. Le germe du cancer était là ou pouvait y être, l'altération pathologique était la preuve et l'avertissement d'un danger.

L'activité, la nécessité même d'un traitement curatif et en même temps préventif était la conséquence logique de cette doctrine.

La science peut-elle, cependant, accepter aujourd'hui comme fondées des appréhensions de cette nature, dont les malades sont sans cesse agitées et dont la légitimité paraît évidente encore à certains esprits? Il eût été peut-être désirable que cette question n'eût pas aussi complétement échappé à nos débats. Le mémoire de M. Baud invitait d'ailleurs à l'aborder; notre confrère ne balance pas, en effet, à la discuter et à la résoudre. Pour lui, le danger d'une dégénérescence cancéreuse n'existe que chez les femmes qui y sont malheureusement prédisposées déjà, et l'influence de la phlegmasie chronique se borne alors à faire de l'organe qu'elle affecte le siége électif de l'affection cancéreuse. Il me paraît probable que cette opinion, assez généralement substituée aujourd'hui à celle que j'ai rappelée, aurait prévalu dans la discussion si elle s'était engagée sur ce point spécial de pathogénie, et qu'elle aurait pu servir d'autorité à nos confrères si souvent interrogés à ce sujet.

Mais si le traitement des affections utérines n'a pas pour but essentiel de prévenir la transition regardée comme possible de la phlegmasie chronique au cancer, il n'en est pas moins justifié par des motifs différents et très valables.

Il n'est pas douteux que ces affections puissent se dissiper en quelques circonstances par le seul secours du temps, de quelques précautions locales très simples et d'une bonne hygiène; mais il n'en est pas moins certain que, comme les phlegmasies chroniques en général, et peut-être plus encore que la plupart d'entre elles, les phlegmasies utérines peuvent se prolonger indéfiniment quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Cette prolongation fréquente résulte, en effet, de deux conditions exceptionnellement réunies et cependant opposées, savoir: une vitalité habituellement très restreinte et qui exclut les mouvements organiques intérieurs, grâce auxquels les phénomènes pathologiques peuvent marcher promptement à une solution salutaire; et, d'autre part, les surexcitations temporaires et répétées dont l'utérus est tantôt accidentellement et tantôt périodiquement le siége, et sous l'influence desquelles le mal affaibli se ravive et se perpétue.

En second lieu, parmi les épiphénomènes dont j'ai parlé, il en est quelques-uns, les érosions, par exemple, qui, lorsque la phlegmasie a essentiellement le caractère chronique, ne tendent presque jamais à une guérison spontanée, et prennent au contraire, dans la plupart des cas, un accroissement qui en rend la guérison plus lente et plus difficile. Si j'ajoute à cette circonstance les désordres fonctionnels graves que j'ai indiqués déjà, et que les affections utérines, quand elles se prolongent, provoquent presque toujours, soit dans l'organe malade lui-même, soit dans les appareils les plus importants de l'économie, j'aurai établi, j'espère, la convenance d'instituer contre ces affections un traitement curatif plus énergique que celui auquel plusieurs de nos collègues me paraissent disposés à donner la préférence.

Cette convenance étant admise, le traitement doit-il être exclusivement ou à peu près exclusivement général, comme le voudraient M. Baud et notre collègue M. Gibert, ou essentiellement local, comme m'ont paru l'indiquer presque tous ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion? Cette question, en raison même des solutions différentes qu'elle a reçues dans ces débats, et plus encore peut-être du peu d'attention que lui prêtent, à tort je pense, un très grand nombre de médecins, me paraît mériter quelque examen.

J'ai dit précédemment qu'il est rare qu'une phlegmasie se soit prolongée pendant plusieurs mois, et à plus forte raison pendant un temps beaucoup plus long encore, sans qu'elle ait exercé une influence notable et fâcheuse sur la santé générale. Cette altération consécutive réagit presque toujours à son tour sur la maladie locale, et concourt, sans aucun doute, à en rendre la guérison plus difficile et plus lente. Aussi, quoique j'admette volontiers qu'un traitement purement local peut procurer une guérison durable dans quelques cas exceptionnels, et que je sois également certain que le même succès pourra être obtenu en d'autres circonstances par un traitement exclusivement général, il ne m'en paraît pas moins nécessaire que le traitement soit institué avec la double intention de prévenir ou d'atténuer les effets de l'altération générale de la santé et de guérir les lésions locales. Je n'hésite donc pas à regarder comme indispensable, dans la plupart des cas, l'association des moyens thérapeutiques qui doivent satisfaire à ces deux indications essentielles.

Cependant, la part d'importance relative qu'il convient de donner à chacun de ces deux genres de traitement mérite d'être étudiée; évidemment elle ne saurait être égale dans tous les cas, et je pense qu'elle doit être réglée d'après la considération du tempérament, des habitudes, du genre de vie des

malades, de la durée actuelle et des effets de la maladie.

A ce sujet, je ne puis m'empêcher de faire une remarque ; c'est qu'il existe, si je ne me trompe, une différence bien manifeste entre les affections utérines, telles qu'elles se présentent chez la plupart des malades de nos établissements hospitaliers, et celles qui s'offrent à notre observation et qui réclament nos secours dans la pratique civile.

L'influence des habitudes et de l'éducation chez ces dernières imprime à la symptomatologie des affections utérines dont elles sont atteintes un caractère particulier de prédominance nerveuse, qui en rend la guérison plus difficile et qui donne au traitement général une importance qu'il n'a pas au même degré chez les autres.

Les idées que je viens d'énoncer à l'égard de l'association nécessaire du traitement local et du traitement général dans les affections utérines se sont naturellement appliquées, dans mon esprit, à celles de ces affections qui sont étrangères à l'intervention de toute cause spécifique; il est évident, en effet, que, dans les cas où il en serait autrement, le traitement devrait avoir pour objet essentiel une action générale sur l'économie, et que l'emploi des moyens thérapeutiques propres à exercer cette action serait l'indication dominante. Mais cette prépondérance incontestée du traitement général dans ces cas implique-t-elle l'inutilité ou l'insignifiance d'un traitement local ? Il est évident qu'elle ne l'implique pas; même alors une place importante devrait lui être réservée. Les motifs à l'appui de cette opinion ne manquent assurément pas, et il me serait facile de les puiser dans quelques analogies probantes, et en particulier dans le traitement de certaines affections qui, je le suppose du moins, doivent se rencontrer souvent dans le service hospitalier de celui de nos collègues qui s'est montré le plus opposé à l'emploi d'un traitement local énergique contre les affections utérines.

Si donc une médication locale peut être utilement appliquée aux lésions utérines, même lorsqu'elles ne seraient que des épiphénomènes d'une affection générale évidente, elles doivent l'être, à plus forte raison, dans les cas très communs où elles sont primitivement exemptes de toute complication résultant d'une altération générale de la santé. Aussi me paraît-il que l'exclusion à peu près complète de tout traitement local actif, conseillée par M. Baud, laisserait une lacune regrettable et dangereuse dans le traitement de la plupart des affections utérines chroniques; pour ce motif également, je ne saurais accepter l'opinion exprimée sur le même sujet par notre collègue M. Gibert, et qui, pour n'être pas aussi explicite, n'en est pas moins une critique du traitement local généralement adopté contre les maladies de l'utérus.

Le traitement général a occupé dans la discussion une place trop secondaire pour qu'on en ait même exposé les éléments. Je ne crois pas qu'il soit réellement utile de m'éloigner, à cet égard, de la voie tracée; je me contenterai donc d'en indiquer rapidement les bases en rappelant le but qu'il importe d'atteindre.

Les affections utérines, quand elles se prolongent, sont souvent, ainsi que je l'ai dit, accompagnées ou suivies de certains troubles généraux qui se remarquent surtout dans les fonctions de l'appareil génital, dans celles du système nerveux, dans celles enfin de l'appareil digestif. Ces troubles se traduisent le plus souvent par un état semi-chlorotique, une grande impressionnabilité, des souffrances erratiques nombreuses et variées, un amaigrissement et une débilitation remarquables. Un état pathologique ainsi caractérisé trace assez nettement les indications thérapeutiques pour qu'on en puisse naturellement conclure qu'une médication tonique intérieure et extérieure, associée dans une mesure convenable à l'usage des antispasmodiques, devront constituer la base du traitement général; j'ai déjà dit l'importance que j'y attachais dans la plupart des cas. Je ne veux ajouter qu'un mot : au nombre des moyens de guérison considérés comme les plus nécessaires, Lisfranc avait placé le repos absolu et prolongé dans la situation horizontale, et aujourd'hui encore le précepte du maître est trop souvent appliqué avec une grande rigueur. Je pense que cette partie du traitement, dont la discussion ne s'est pas occupée, doit être généralement abandonnée. Je ne sais pas, en effet, de cause plus propre à provoquer et à entretenir les désordres fonctionnels que je viens de rappeler que ce repos absolu et prolongé dans la situation horizontale, lorsqu'il n'est pas exigé par des souffrances réelles. Au lieu de cette inactivité énervante, c'est l'exercice qui doit être conseillé dans la plupart des cas. Sans aucun doute, quelque réserve est nécessaire à cet égard, et il convient que l'exercice soit subordonné aux sensations de la malade, qu'il soit étendu, modéré, ou même supprimé, selon les résultats favorables ou non qui en auront été obtenus; mais il importe beaucoup, à mon sens, de n'y renoncer que si des souffrances plus vives en indiquaient formellement la nécessité.

Le traitement local a occupé une place très méritée dans la discussion, soit qu'il ait été considéré eu égard à la phlegmasie utérine locale et à ses complications, soit qu'il l'ait été relativement aux déviations de l'utérus.

Des poudres absorbantes de riz ou d'amidon, des injections ou des irrigations astringentes, des douches ascendantes froides, l'emploi de caustiques solides ou liquides appliqués sur la portion vaginale du col, ou introduits dans les cavités de l'utérus, enfin le cautère actuel, tels sont les agents thérapeutiques qu'on a surtout signalés dans la discussion, et tels sont ceux qui, aujourd'hui, occupent à peu près exclusivement une place dans le traitement local des affections utérines. Je ne m'occuperai que de ceux dont l'emploi a provoqué quelques remarques importantes ou quelques critiques. Les caustiques liquides ou solides sont dans ce cas.

L'Académie n'a pas oublié qu'une vive réprobation déjà manifestée ailleurs s'est élevée à leur sujet de la part de notre collègue M. Gibert; il admet l'utilité des douches ascendantes froides et des injections vaginales astringentes, mais il proscrit les cautérisations comme irrationnelles, inutiles ou dangereuses. Cette opinion n'a été exprimée, il est vrai, que par celui de nos collègues que je viens de nommer; mais il n'est pas impossible qu'elle soit partagée par quelques autres, et je suis sûr qu'elle l'est par un certain nombre de nos confrères en dehors de l'Académie. Quelques mots sur ce point ne seront donc pas inutiles.

Evidemment l'opinion que je viens de rappeler se fonde sur une appréciation inexacte de l'action même des substances caustiques mises en usage, des conditions pathologiques dans lesquelles elles sont employées, et surtout des résultats obtenus. Sans aucun doute, cette médication consiste à appliquer des substances irritantes sur des surfaces irritées; mais, d'une part, soit à cause de la nature des agents thérapeutiques, soit à cause du mode de leur application, l'irritation produite est légère et superficielle; d'autre part, l'inflammation des surfaces est à l'état chronique, et enfin la vitalité des tissus est très restreinte et leur tolérance très prononcée. Le caustique n'est donc ici qu'un modificateur sous l'influence duquel les mouvements organiques nécessaires à la guérison sont heureusement sollicités, et cette médication, incendiaire en apparence, ne provoque presque jamais de sensation douloureuse, ni de réaction générale inquiétante, et elle a pour conséquence ordinaire une guérison souvent lente encore, mais néanmoins assurée dans la très grande majorité des cas. Elle offre une des preuves aujourd'hui très nombreuses des succès qu'on peut obtenir en substituant à une phlegmasie lente et tendant à se prolonger indéfiniment une phlegmasie plus active et dont la guérison est plus sûre et plus prompte que celle qui pourrait être obtenue par des procédés moins périlleux en apparence, mais certainement moins efficaces. Trop de faits déposent aujourd'hui en faveur de cette médication substitutive appliquée au traitement des affections utérines chroniques pour que ses résultats heureux et son innocuité puissent être sérieusement contestés. Une observation attentive et répétée des faits dissipera, j'en suis certain, les convictions contraires de notre collègue.

Le traitement des déviations de l'utérus a été l'un des sujets importants de cette discussion. Cette partie de la thérapeutique locale des affections utérines est la seule dont M. Baud ait admis l'utilité.

A cette occasion, l'honorable rapporteur de votre commission vous a rappelé les résultats heureux qu'il a obtenus des procédés à l'étude et au perfectionnement desquels il a depuis longtemps appliqué ses intelligentes et ingénieuses recherches, et enfin notre collègue M. Velpeau, qui dans un long enseignement s'est efforcé de rattacher aux effets mécaniques des déviations utérines les désordres fonctionnels que Lisfranc attribuait à l'engorgement, vous a fait connaître les moyens nombreux de support ou de redressement auxquels il a eu successivement recours. L'Académie doit pressentir mon opinion à l'égard de procédés qui me paraissent avoir été imaginés et appliqués sous l'impression d'une idée que, pour la grande majorité des cas, je ne crois pas fondée. J'ai dit, en effet, dans la première partie de ce résumé que les inflexions constituent presque toujours des états pathologiques incurables; et, à mon avis, les ressources de la thérapeutique à leur égard sont impuissantes ou dangereuses : je ne m'y arrêterai donc pas. Quant aux déplacements de l'utérus, lorsqu'ils ne sont pas exagérés et lorsqu'ils sont exempts de toute complication phlegmasique, j'ai dit qu'ils ne donnent pas lieu aux troubles fonctionnels locaux dont on les accuse, et j'ai exposé mes motifs à l'appui de cette opinion. Je dirai de nouveau que la sensation d'un poids incommode dans le bassin, celle d'un corps qui tendrait à franchir la vulve, celle d'une pesanteur douloureuse sur le coccyx ou, comme l'expriment la plupart des malades, sur le *fondement*, que tous ces phénomènes, qui paraissent pathognomoniques des déplacements de l'utérus, s'observent chaque jour dans les cas de phlegmasie catarrhale ou parenchymateuse chronique, exempte de toute déviation utérine, et surtout quand de ce degré la phlegmasie revient, comme on le voit souvent, à l'état subaigu. Il est d'ailleurs facile de se convaincre de la vérité de cette assertion; en effet, il suffit dans les cas dont je parle, et qui, je le répète, sont exempts de toute déviation, d'exciter la douleur par une pression exercée avec le doigt sur l'utérus souffrant. A l'instant même les malades accusent quelques-unes des sensations pénibles que je viens de rappeler et qu'on ne saurait attribuer alors à un déplacement. Ce que démontre l'observation attentive des faits s'explique d'ailleurs naturellement par des circonstances qui ne me semblent pas avoir assez frappé les esprits.

L'utérus est fixé aux parois du bassin par des liens qui lui laissent encore une assez grande mobilité; d'une autre part, il est placé au-dessous d'organes nombreux et mobiles eux-mêmes; enfin il est rapproché des parois solides et résistantes de la cavité qui le renferme. Mobile, il se déplace dans tous les mouvements du corps et dans ceux des organes qui le surmontent ou qui l'avoisinent; dominé ou environné par des organes nombreux pesants et expansibles, il en supporte nécessairement dans certaines attitudes le poids ou la compression; rapproché des parois osseuses, il peut, grâce à la laxité de ses liens contentifs, s'en rapprocher plus encore ou s'y appliquer même. Or, ces effets naturels de la mobilité, de la situation et des rapports de l'utérus sont inaperçus dans l'état normal. Les pressions qu'il subit, les frottements qui se produisent contre les parois pelviennes ou les organes voisins, les tiraillements auxquels ses liens contentifs sont exposés, tous ces phénomènes sont inoffensifs, parce que l'organe ainsi agité ou comprimé est indolore; mais ils cessent de l'être dès que la sensibilité de l'utérus et de ses annexes est pathologiquement accrue, et de là naissent des sensations douloureuses dont la cause réelle est trop souvent méconnue et presque toujours attribuée à des déviations qui n'existent pas ou qui leur sont tout à fait étrangères. Telle est ma pensée sur cette question que la modeste autorité de mon expérience et de ma parole ne tranchera certainement pas, mais qu'elle présentera, je l'espère, comme un sujet digne encore de réflexion et de recherches attentives. Je serais heureux de penser qu'il ne suffira plus désormais à ceux de nos confrères qui, en dehors de l'Académie, suivent ces débats, d'avoir constaté un déplacement de l'utérus, si léger qu'il soit, pour se croire parfaitement édifiés sur la cause réelle des souffrances que j'ai rappelées. (*La fin au prochain numéro.*)

NOUVELLES.

Parmi les nouvelles découvertes qui ont du retentissement du côté de l'Atlantique, on parle d'une substance analogue à la poudre-coton, appelée à jouer un rôle important dans le traitement des maladies nerveuses. On jette la glycérine dans des acides, en guise de coton. On obtient un résidu huileux qui semble agir très énergiquement sur le cerveau.

— *Hôpitaux en Espagne.* — On a fait il y a quelque temps à l'hôpital militaire de Madrid un essai des améliorations que l'on devrait apporter dans les hôpitaux modernes. Les murs sont revêtus de plaques de faïence colorées jusqu'à la hauteur de quatre pieds ; les fenêtres sont garnies de stores transparents ; les anciens bois de lits sont remplacés par des lits de fer; les fournitures de lit sont d'excellente qualité, ainsi que l'habillement en laine destiné aux malades. Mais comme le fait observer avec juste raison la *Gaceta medica*, il ne suffit pas d'améliorer la partie matérielle des hôpitaux, il faut encore améliorer le service proprement dit.

— Un état du mouvement des malades traités et décédés par mois dans les hôpitaux de Madrid pendant l'année 1849 se termine par le résumé suivant :

Malades existants au 31 décembre 1848...	1,012
Entrés pendant l'année 1849............	13,452
Total............	14,464
parmi lesquels :	
sont sortis guéris....................	11,526
sont décédés..........................	2,014
sont restés pour 1850.................	924
Total égal...........	14,464

— *Dentition dans la vieillesse.* — M. Plessinck a vu, chez une femme de quatre-vingt-douze ans, paraître successivement une, puis deux, puis trois incisives, les unes à côté des autres; et, quelques semaines après, deux nouvelles molaires. Ces dents étaient peu solides dans leurs alvéoles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 29 JANVIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 13.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 28 JANVIER 1850.

De l'enseignement clinique des maladies mentales.

(Suite du numéro du 22 janvier.)

On a attribué aux cliniques faites dans les asiles des aliénés deux graves dangers, consistant, l'un dans la simple présence des étrangers dans l'asile, l'autre dans l'interrogatoire public des malades.

Nous devons croire, avec M. Falret, que, si Pinel et Esquirol se sont prononcés pour la séquestration presque absolue des aliénés, ils ont été conduits à une semblable opinion par le scandale et le mal que produisaient de leur temps ces visites processionnelles dans lesquelles une des plus grandes infortunes était livrée à la curiosité, à la risée et aux sarcasmes d'une populace toujours avide d'émotions poignantes, quelle qu'en soit la source, légitime ou impure.

Mais, au point de vue de la véritable science et d'une raison impartiale, l'isolement des aliénés ne doit avoir en thérapeutique d'autre signification que l'éloignement des personnes et des lieux au milieu desquels la maladie s'est développée, et qui peuvent par conséquent exciter ou entretenir des souvenirs funestes.

Si quelques auteurs ont pensé que des visites faites avec décence et recueillement, comme doivent les faire et comme les font des élèves qui suivent une clinique, peuvent avoir une influence fâcheuse sur les aliénés, c'est que ces auteurs ont raisonné vis-à-vis de l'aliéné, dit avec raison M. Falret, comme on raisonnerait à l'égard de l'homme sain. Or il ne faut pas oublier qu'entre l'un et l'autre il y a la différence de la raison à la folie.

Il ne faut pas oublier, et M. Falret développe cette vérité beaucoup mieux que nous ne pouvons le faire ici, il ne faut pas oublier que ce qui distingue l'aliéné d'une manière générale, ce sont les impressions toutes nouvelles que produisent chez lui les objets extérieurs, c'est sa vie concentrée et tout intérieure, c'est, en un mot, son défaut de sociabilité (1). Il suit de là qu'à moins de tomber dans ces déplorables abus si communs au temps d'Esquirol et surtout au temps de Pinel, les visites dans les asiles sont indifférentes à la plupart des malades, et utiles à beaucoup d'autres, parce qu'elles peuvent contribuer à réveiller chez eux cette faculté si essentielle à l'homme, la sociabilité.

(1) M. Falret cite un exemple remarquable qui prouve l'indifférence des aliénés pour le monde extérieur : que des étrangers entrent dans un atelier de personnes bien portantes, à l'instant tous les regards se fixent sur eux; qu'ils soient introduits, au contraire, dans un atelier d'aliénés, deux ou trois individus seulement seront à peine distraits de leurs occupations.

Quant à l'interrogatoire qu'on doit faire subir aux malades, tous les aliénés, dit M. Falret, peuvent être sous ce rapport divisés en trois catégories. « Les uns s'offrent d'eux-mêmes à l'observation, soit par l'effet de leur maladie qui les pousse irrésistiblement à se manifester, soit par suite du plaisir qu'ils éprouvent à se mettre en scène, à parler de leurs idées, de leurs dignités ou de leurs persécutions imaginaires; les autres, fortement préoccupés, concentrés dans l'objet de leur délire, ne le font connaître que lorsqu'ils y sont sollicités; mais par cela même qu'ils s'en occupent constamment, et que par attrait ou malgré eux ils y sont invinciblement attachés, ils ne peuvent en général éprouver aucune répugnance à le manifester, et cette manifestation ne saurait leur être nuisible. Les autres enfin sont trop troublés ou trop faibles d'intelligence pour être blessés des questions qui leur sont adressées, ou pour en être influencés défavorablement, et cependant ils ont une conscience assez précise et assez nette de ce qui se passe en eux pour le raconter exactement quand on les interroge.

M. Falret ne se contente pas de poser, conformément à l'expérience et à une raison élevée, ces principes généraux; il se livre, après les avoir établis, à l'examen minutieux et pratique des nombreuses formes que revêt l'aliénation mentale, et il démontre, par des faits d'une observation délicate non moins que rigoureuse, comment, dans un asile même considérable, on trouve à peine un très petit nombre d'aliénés qui fassent exception à la règle générale. Ces exceptions se rencontrent dans les catégories, très rares d'ailleurs dans les asiles, des mélancoliques avec conservation d'une partie de leur raison, des érotiques (quand ce sont des femmes) avec prédominance de l'élément physique, et enfin chez quelques convalescents. Or, rien n'est plus facile au professeur que d'éloigner ces rares malades de la clinique et de les visiter isolément. Nous regrettons vivement de ne pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs cette partie du savant plaidoyer en faveur de la clinique des maladies mentales, où l'auteur donne la preuve des connaissances les plus approfondies sur le sujet qu'il traite, et où nous croyons qu'on trouverait les éléments d'une conviction inébranlable en faveur de l'opinion qu'il défend.

Avoir démontré qu'une clinique faite dans un asile d'aliénés ne pouvait offrir aucune conséquence fâcheuse pour leur santé, c'est avoir fait justice des plus graves objections que l'institution de cet enseignement pouvait rencontrer. On lui en a cependant fait plusieurs autres: ainsi, on a dit qu'un pareil enseignement faisait perdre un temps précieux au médecin; qu'il ne servait d'ailleurs à rien, soit parce que les médecins ne pouvaient le suivre assez longtemps, soit parce que les malades, influencés par la présence d'un grand nombre de personnes, ne se montraient pas aux élèves tels qu'ils sont habituellement; qu'enfin, on ne pouvait pas se livrer à cet enseignement sans violer le secret des familles.

De ces objections, la dernière est évidemment la seule qui mérite une réponse, et celle-ci n'est point difficile. Il n'est guère nécessaire de faire remarquer que les élèves d'une clinique et les malades n'appartenant en aucune façon aux mêmes classes de la société, les uns et les autres ne sont nullement exposés à se revoir dans le monde et par conséquent à se reconnaître, les élèves pourraient donc savoir tout au plus le nom des malades; or, comme ce nom n'importe aucunement au profit des études, rien n'est plus facile que de le taire, si l'on juge cette précaution utile, et nous sommes loin de penser qu'elle le soit: les élèves de la clinique mentale ne seraient pas différents de ceux qui suivent les autres cliniques, et nous savons, dieu merci, que ceux-ci sont assez pénétrés de leurs devoirs pour ne jamais les oublier au point de vue de la discrétion.

Tels sont, résumés dans le moins de mots possible, et malheureusement bien affaiblis, les arguments décisifs que M. Falret oppose aux adversaires de la clinique des maladies mentales; il aurait pu en ajouter un autre en quelque sorte plus décisif encore, c'est l'expérience. La clinique des maladies mentales n'est plus, en effet, à l'état de théorie; M. Falret a eu soin de citer au début de son travail les efforts tentés par plusieurs médecins français et par lui-même pour répandre les connaissances pratiques sur les maladies mentales, et il n'est aucun membre de la génération médicale de 1832 à 1839 qui n'ait encore présents à la mémoire ces cours brillants de la ferme Sainte-Anne que M. Ferrus savait rendre aussi séduisants pour les auditeurs que profitables pour les infortunés qui en étaient le sujet. Nos abonnés de douze ans n'ont point oublié non plus l'un de ces cours publié dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1837 et rédigé avec un talent remarquable par M. le docteur Dugast, aujourd'hui l'un des praticiens les plus distingués de Dijon, et qui était digne de briller sur un théâtre plus vaste encore. Or les cours de M. Ferrus ont-ils jamais donné lieu à aucune plainte de la part des malades ou de leurs familles? les guérisons ont-elles été moins nombreuses ou moins rapides? Nullement. Pourquoi donc chercher dans le raisonnement des arguments contre une opinion condamnée par les faits d'une manière si éclatante? Pour notre compte, cela nous aurait paru inutile, s'il n'était toujours bon de montrer que les raisonnements justes ne sont jamais en opposition avec les faits.

M. Falret ne s'est point borné à l'utilité d'une clinique des maladies mentales et son innocuité relativement à la situation des malades; il a encore étudié et indiqué les meilleurs moyens de rendre cette clinique fructueuse pour les élèves, profitable pour les aliénés. L'examen des sages préceptes, tous frappés au coin d'une profonde et intelligente expérience, que M. Falret a formulés, nous entraînerait beaucoup trop loin; nous terminerons donc par un vœu ce trop rapide examen, c'est que le savant aliéniste mette promptement en pratique les principes qu'il a si judicieusement établis.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la phthisie. — Anatomie pathologique.

Les phthisies sont généralement regardées comme des maladies toujours mortelles, et on arrive, dans la pratique, avec

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les nominations prochaines à l'Académie. — Tribulations du citoyen Davesne. — Une vacance à l'Institut.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je suis vraiment heureux avec l'Académie. Si j'ai des sympathies pour un candidat, c'est celui-là qui passe; si je fais un vœu pour une réforme, ce qui, à la vérité, m'arrive rarement, ce vœu est aussitôt exaucé; mais cette fois-ci, je dois le dire, j'ai été comblé au delà de mes espérances, et même au delà de ce que j'aurais voulu. J'avais, en effet, osé exprimer très incidemment le désir de voir l'Académie plus prompte à remplir les vides que la faux du temps fait dans son sein, et voici qu'il ne s'agit de rien moins pour elle que de se mettre d'un seul coup, par une détermination un peu violente, au courant de tout son arriéré. Tel serait, du moins, le projet de la commission des onze, si les murs de la rue de Poitiers ont de bonnes oreilles.

Ce projet, sans doute, vient d'un sentiment louable; je le crois toutefois un peu irréfléchi. Quelque intérêt que l'Académie ait à se rajeunir, il me semble qu'il y aurait peu de dignité pour elle à faire des académiciens par fournées comme on ferait des chevaliers de la Légion-d'Honneur ou des juges de paix. Si le projet dont je parle est sérieux, et que mon profond respect pour l'Académie me donne quelque crédit auprès d'elle, elle se contentera de déclarer deux vacances, sauf à en déclarer une ou deux autres dans quelques mois, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'elle soit rentrée dans les limites posées par le règlement.

— Je vous ai raconté, mon cher confrère, comment le citoyen Davesne, par des calculs aussi profonds qu'ingénieux, était parvenu à réaliser, sur la nourriture des internes des hôpitaux, une économie annuelle de 11,000 fr. Mais il est dit que la vertu ne sera jamais complétement récompensée dans ce meilleur des mondes possibles. Il paraît que, sans respect pour ses hautes méditations financières, quelques subordonnés de M. Davesne n'ont rien trouvé de mieux à faire, pendant que leur directeur était tout entier à ses combinaisons économiques, que de se livrer, de leur côté, à des économies très profitables pour eux, mais très peu réconfortantes pour la caisse de l'administration. Il n'a fallu rien moins, dit-on, que les investigations d'une commission de surveillance pour ouvrir les yeux du directeur général, qui a été tout ébahi d'une telle découverte, et qui a fini par s'apercevoir enfin qu'il y avait encore mieux à faire, pour le bien de l'administration, que de couper les vivres aux internes des hôpitaux.

On m'a raconté sur les *irrégularités* (terme parlementaire) des divers services de l'assistance publique de Paris des détails les plus graves, mais qu'en raison de leur gravité même je ne puis vous répéter aujourd'hui. La lumière, sans doute, ne tardera pas à se faire, et bientôt, je l'espère, je pourrai causer avec vous longuement à ce sujet.

— Pendant que des confrères attendent et frappent aux portes de la rue de Poitiers, quelques habitants de cette rue, sollicités ici, deviennent solliciteurs au quai de Conti. Vous savez qu'une place d'académicien libre est, en effet, déclarée vacante au palais Mazarin, et vous n'ignorez pas non plus que pour les places de cette catégorie les médecins ne manquent pas ordinairement parmi les concurrents. Pour celle-ci, deux membres de l'Académie de Médecine sont déjà sur les rangs; on dit qu'ils ne seront pas les seuls, mais je crois qu'ils seront les plus sérieux.

Ces concurrents sont MM. Dubois (d'Amiens) et Bussy. Tous les deux paraissent devoir réunir un grand nombre de suffrages, qui seront d'ailleurs suffisamment justifiés. Si j'étais académicien, j'hésiterais peut-être à me prononcer entre les deux si je ne consultais que mes sympathies; mais au point de vue des intérêts de l'Académie, je crois que toutes les chances seraient pour M. Dubois. M. Bussy ne pourrait être utile à l'Académie que comme chimiste, et les chimistes ne manquent pas à l'Académie. Ce qu'il y manque, c'est plutôt des hommes ayant des connaissances générales, et sachant, au besoin, écrire un discours ou une dissertation en français. Or, M. Fr. Dubois remplirait parfaitement ces conditions.

Par décret du 22 janvier, rendu par le président de la République, sur le rapport du ministre de la guerre, M. Renou (Jean), chirurgien, médecin du collège de La Flèche, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

ces idées préconçues sans avoir étudié ces affections avec soin : aussi sont-elles peu connues de la plupart des médecins. Cependant, le médecin n'est pas sans influence sur cette affection; il peut prolonger l'existence des malades de plusieurs années, et, en agissant sur les accidents qui se présentent, conduire les sujets affectés jusqu'aux limites ordinaires de la vie.

Si on définissait la phthisie pulmonaire d'après son nom, on la considérerait comme le dessèchement de toutes les parties du corps (φθίω, *je sèche*). L'amaigrissement est, en effet, une des formes les plus communes de cette maladie; et comme c'est le poumon qui est son point de départ le plus fréquent, on y a ajouté la désinence de pulmonaire, car il y a d'autres phthisies.

Avant Laënnec, on marchait encore sur les traces de Morton et de Bayle; on considérait comme phthisie pulmonaire toute maladie chronique de poitrine, et qui pouvait se rapporter à plusieurs lésions; on la subdivisait en plusieurs espèces; ainsi, on l'appelait *phthisie pleurétique* quand c'était la plèvre qui était affectée; *pneumonique*, quand c'était le parenchyme pulmonaire; *laryngienne*, quand c'était le larynx; *tuberculeuse*, quand elle était causée par le développement de tubercules dans le poumon, etc. Mais, grâce aux travaux de Laënnec, on a restreint cette dénomination de phthisie pulmonaire à une seule maladie, connue déjà des anciens, et qui consiste dans le développement dans le parenchyme du poumon ou dans les tuyaux aérifères de concrétions tuberculeuses qui peuvent se développer dans d'autres organes : aussi définit-on la phthisie pulmonaire : « tuberculisation des poumons. »

Mais les symptômes qui appartiennent à cette affection peuvent être variables.

Anatomie pathologique. — On sait que le tubercule est constitué par des molécules de substance blanche concrète, susceptible de se ramollir, et que sa présence, jouant le rôle d'un corps étranger, est la cause d'un état pathologique. Les tubercules se forment en petites masses, d'abord microscopiques, dans la cloison qui sépare les cellules pulmonaires, et s'accroissent ensuite. Un petit point blanc, opaque, nacré, à peine apercevable à l'œil, et qu'on reconnait bien à la loupe, est le point de départ; il croît peu à peu; bientôt des granules miliaires se présentent dans les cellules qui, autour d'elles, sont encore à l'état normal, et la circulation continue dans les vaisseaux capillaires.

Admettons que des cellules plus ou moins nombreuses dans un lobule ou dans un lobe présentent ces granulations en grand nombre, on a la phthisie miliaire. On conçoit que ces petites concrétions ne seront pas partout de même volume; les unes seront plus grosses par le développement qu'elles auront subi, ou formées qu'elles seront par la réunion de plusieurs; les autres seront plus petites et moins avancées; les unes seront d'un blanc nacré, les autres d'un blanc mat, d'autres d'un blanc jaunâtre, d'autres enfin seront ramollies, et leur centre devenu comme de la bouillie; elles s'écraseront entre les doigts avec facilité.

Lorsque nous avons fait des recherches sur ce point, en 1826, nous avons reconnu ce qui, du reste, a été depuis constaté par Müller, c'est que le système vasculaire fonctionnel du poumon est aussitôt modifié. Le tubercule envahit aussitôt sa formation, une cellule l'éteint, et éteint aussi l'appareil vasculaire de cette cellule.

Ainsi, lorsqu'on fait une bonne injection dans les veines ou dans les artères pulmonaires d'un poumon infiltré de tubercules, on constate que les radicules extrêmes de ces vaisseaux cessent d'être perméables autour des concrétions tuberculeuses. C'est pour cette raison que les sujets sont facilement pris d'hémoptysie dans cette période, car l'obstruction d'une certaine proportion des capillaires de l'artère pulmonaire force les autres capillaires à recevoir la totalité du sang apporté par l'artère ; il faut que l'équilibre de capacité que l'appareil vasculaire du poumon est obligé de soutenir avec celle de l'appareil vasculaire général soit maintenu par ce qui reste de vaisseaux capillaires : de là congestion de ces capillaires ; de là leur rupture et, par suite, crachements de sang.

Les concrétions, une fois formées, croissent, s'agrègent, forment de petites masses, puis le travail de ramollissement commence et les convertit en apostbèmes; l'obstruction des vaisseaux capillaires d'un tissu parenchymateux amène leur oblitération, puis l'induration et l'atrophie de ce tissu : de là induration et phlogose chronique autour des tubercules; de là aussi les désordres qui arrivent avec leur accroissement, leur ramollissement, jusqu'à leur expectoration lorsqu'ils sont suffisamment ramollis. Si une portion du poumon est occupée par des masses tuberculeuses plus ou moins avancées, suivant les progrès de la maladie, on trouvera tous ces désordres à différents degrés d'évolution. Sur le poumon d'un sujet phthisique, on trouvera une excavation anfractueuse, à parois dures et comme fibro-cartilagineuses; elle présentera dans son intérieur des filaments fibreux qui sont des débris de vaisseaux oblitérés, des bronches oblitérées aussi, ou bien ouvertes dans ces excavations et les faisant communiquer avec l'extérieur; en dehors est une couche d'un jaune rougeâtre ayant l'aspect de l'hépatisation. C'est l'apostbème tuberculeux qui s'est vidé, et il n'est resté que la coque composée d'une agrégation de tubercules crus présentant des vaisseaux capillaires oblitérés; puis autour le poumon induré et enflammé; enfin, en dehors, des tubercules plus ou moins avancés et disséminés.

Dans d'autres circonstances on trouve des rameaux de l'artère pulmonaire obstrués dans une longueur d'un pouce, et s'éloignant d'une masse tuberculeuse à divers degrés. En général, quand tous les capillaires ont été oblitérés, l'oblitération monte des capillaires aux gros vaisseaux; il en est de même pour l'artère pulmonaire, dont un rameau peut devenir comme ligamenteux et aller rejoindre les rameaux encore perméables; ou bien ce rameau peut rester ouvert au sang, se rompre dans la caverne et déterminer une hémorrhagie. Ce qui vient d'être dit des artères pourrait se répéter pour les veines.

La phlogose qui entoure les tubercules peut se prolonger dans les tuyaux bronchiques ou dans le tissu cellulaire interlobulaire du poumon jusque sous la plèvre; de là les diverses phlogoses qui peuvent survenir comme épiphénomènes dans les portions tuberculisées des poumons.

Le développement des tubercules est une addition de substance; de là tuméfaction du poumon, qui peut devenir fixe dans la cage thoracique et ne plus faire exécuter aux deux plèvres pariétale et viscérale le mouvement de frottement continu dont elles sont le siége à l'état normal. Ces deux feuillets ayant ensemble des rapports non physiologiques s'enflamment et se soudent au niveau des masses tuberculeuses. Cette addition de substance est aussi longue à se faire que les tubercules mettent de temps à se ramollir et à être expectorés. Dans ce dernier cas, la masse du poumon diminue. Si en dehors il s'est formé d'autres tubercules qui s'accroissent, l'affaissement n'aura pas lieu; mais s'il ne s'en est pas formé, le poumon s'affaissera et on aura une dépression thoracique qui du reste sera favorisée par l'amaigrissement. C'est un symptôme que présentent les grandes cavernes. Si au lieu de présenter de grandes cavernes le poumon présente des tubercules ramollis, petits et en grand nombre, ces tubercules se videront de même par les bronches, et on aura une espèce de dissection du poumon, qui pourra, du reste, se rencontrer sur le même poumon avec la forme précédente d'altération.

Les concrétions tuberculeuses disséminées peuvent se trouver en contact avec la plèvre viscérale, qui devient alors la paroi externe de l'apostbème lorsque ces concrétions sont ramollies; cette plèvre viscérale s'enflamme alors, devient adhérente à la plèvre pariétale, et la paroi thoracique devient la paroi réelle de l'apostbème. Mais la petite masse tuberculeuse peut atteindre la plèvre viscérale dans une anfractuosité interlobaire; il n'y aura pas alors d'adhérence possible entre les deux plèvres : l'apostbème se produit néanmoins, il peut se rompre par la plèvre, et il y aura fistule pleuro-bronchique : de là pneumo-thorax à la suite de tubercules. Dans d'autres circonstances plus rares, l'adhérence s'est produite; il y a perforation de la plèvre, et, les accidents continuant, il peut se faire une perforation des parois de la poitrine : on en a vu à travers lesquelles on pouvait passer le doigt; un exemple de ce genre s'est trouvé dans nos salles il y a environ deux ans. Dans d'autres circonstances encore, les masses tuberculeuses du poumon peuvent se trouver en contact avec celles qui se sont formées dans les ganglions lymphatiques placés aux bifurcations des grosses bronches; les deux apostbèmes s'ouvrent d'abord l'un dans l'autre, puis leur rupture se fait consécutivement dans les grosses bronches.

Pendant que les tubercules se disséminent dans le poumon sous la forme miliaire, il s'en forme sur la plèvre qui présentent l'aspect de petites concrétions nacrées, y produisent des adhérences, se ramollissent et constituent des pleurésies chroniques tuberculeuses.

Il peut encore survenir d'autres concrétions tuberculeuses dans le poumon : on en voit arriver dans le tissu cellulaire sous-muqueux des bronches et dans les cryptes mucipares, dans le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx, et sous le périchondre des arceaux cartilagineux du larynx et de la trachée; de là carie des cartilages et ouverture de ces abcès dans le larynx. Cette dernière forme est celle de la phthisie laryngée, qui souvent est accompagnée de la phthisie pulmonaire, mais qui la précède quelquefois et se présente chez des sujets sur lesquels on ne trouve pas de tubercules dans les poumons.

Ajoutez à cela les accidents inflammatoires qui peuvent survenir comme épiphénomènes dans cette affection, et vous aurez toutes les formes qu'elle peut présenter.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 22 janvier.

DISCUSSION SUR LES ENGORGEMENTS ET DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

Discours de M. Paul Dubois.

(Suite et fin.)

Après avoir ainsi exposé ma pensée relativement aux inflexions et aux déviations utérines non exagérées, j'ai à peine besoin de dire que les moyens contentifs artificiels, pessaires ou autres qui leur sont si banalement appliqués, me paraissent presque toujours inutiles et trop souvent nuisibles. Je ne prétends pas cependant que tous les déplacements de l'utérus soient exempts de souffrances et doivent être abandonnés à eux-mêmes. Dans la première partie de cet examen critique, j'ai fait des réserves à l'égard des déviations exagérées, et j'ai indiqué quelques circonstances dans lesquelles les déplacements peuvent être des causes incontestables de douleur. J'ajouterai seulement que, en dehors même des cas que j'ai déjà signalés, il est possible d'en rencontrer d'autres dans lesquels les déplacements uterins, bien qu'ils ne soient pas très-prononcés, provoquent des souffrances réelles et réclament un traitement spécial; mais je désire m'expliquer à cet égard.

Trois espèces de déplacements peuvent requérir les secours de l'art : l'antéversion, la rétroversion, et surtout le prolapsus ou la chute de l'utérus. A ce dernier presque seul me semble réellement applicable la pénible ressource d'un moyen contentif efficace, et ce moyen, c'est l'emploi d'un pessaire. Le pessaire dit en bilboquet et fabriqué en ivoire m'a toujours paru préférable à tous les autres, mais je lui veux une condition que j'ai signalée déjà dans cette enceinte, et à une autre occasion, et sans laquelle ce procédé thérapeutique me semble être le témoignage d'une imperfection déplorable de notre art. Je veux qu'il ne substitue pas une infirmité à une autre; qu'il ne soit pas une cause de gêne et de dégoût; qu'il ne rompe pas les habitudes et qu'il ne relâche pas peut-être les liens du mariage. Or, pour qu'il en soit ainsi, il faut que le pessaire soit d'un volume tel qu'il puisse être retiré chaque soir et replacé chaque matin par la malade elle-même; et comme les dimensions nécessaires alors sont moindres que celles qui en assureraient le maintien dans les voies génitales, il faut que la tige en soit adaptée à un support artificiel. J'ai, par expérience, la certitude que ces avantages peuvent être obtenus.

Il y a plusieurs années, une dame venue des Indes-Orientales à Paris réclama mes conseils pour un prolapsus utérin dont elle était affectée depuis une couche déjà ancienne. Ce qu'elle désirait de moi, c'était que je pusse la soustraire à la nécessité de porter un pessaire dont elle faisait usage depuis longtemps, et grâce auquel elle était exempte de toute incommodité. Cet appareil se composait d'une tige de 5 à 6 centimètres (environ 2 pouces), et à l'extrémité de laquelle était fixé un tampon sphérique en caoutchouc. Ce tampon devait être en contact avec le col de l'utérus et le supporter, tandis que l'extrémité opposée, légèrement saillante au dehors de la vulve, s'adaptait à deux branches en fil de fer, dont l'une placée en avant et l'autre en arrière se fixaient par leur extrémité supérieure à une ceinture en toile. Tout cet appareil, dont la malade pouvait se délivrer chaque soir, était grossier; cependant il répondait assez bien au but qu'on s'était proposé. Ne sachant rien de mieux que je pusse conseiller à la malade, je me contentai de rendre moins imparfait l'appareil auquel elle était habituée. Je remplaçai le tampon et son support par un pessaire en ivoire dont la tige légèrement saillante au delà de la vulve fut adaptée à une petite capsule que soutinrent deux branches métalliques minces et très-flexibles, disposées d'ailleurs comme l'étaient celles de l'appareil qui avait servi de modèle. Depuis ce temps, plusieurs de mes malades ont usé de ces pessaires mobiles; elles ont facilement appris à les déplacer chaque soir et à les remettre chaque matin, profitant ainsi des avantages de ce procédé sans souffrir de ses tristes inconvénients. Je ne me dissimule pas que l'appareil dont je viens de parler est imparfait encore, mais je suis convaincu qu'il peut être perfectionné ou remplacé par d'autres qui atteindraient mieux le but que j'ai signalé.

Il résulte de ce qui précède que l'application d'un pessaire peut être une ressource efficace dans quelques cas exceptionnels de prolapsus utérin. Ce procédé conviendrait-il de même au traitement de l'antéversion et de la rétroversion, lorsque ces déplacements paraissent donner lieu à des souffrances réelles, et pourrait-on en espérer les mêmes avantages? Un examen comparatif de ces états anormaux, considérés au point de vue anatomique, éclairera probablement cette question.

Dans les cas de prolapsus utérin dont je viens de m'occuper, les conditions les plus favorables à la réduction et au maintien de l'organe, sont heureusement réunies. L'utérus, conservant sa forme et sa direction, s'est déplacé de haut en bas par un mouvement de totalité; il peut être réintégré dans sa situation normale par la propulsion la plus simple de bas en haut. Ajoutez que cette action s'exerce sans intermédiaire sur l'organe abaissé, et que le mouvement ascensionnel qui lui est imprimé n'a de limite que celle qui résulte de la longueur du vagin. Il s'en faut de beaucoup que les mêmes facilités se rencontrent dans l'antéversion et la rétroversion, lorsque, accidentellement, elles réclament des secours de cette nature. Dans ces cas, en effet, c'est essentiellement la région supérieure de l'utérus qui s'est déviée : c'est donc sur cette partie qu'il faut agir pour la remettre dans la situation naturelle. Je vais démontrer que cette action est rendue nécessairement insuffisante par la nature de la déviation et les rapports anatomiques de la partie déplacée. Ce que je vais dire s'appliquera d'abord à la rétroversion.

Lorsque le corps de l'utérus s'incline en arrière, le premier effet de cette déviation c'est qu'il se rapproche de la face antérieure du rectum et s'y appuie. Si l'inclinaison s'accroît, la partie déviée descend par degrés vers le cul-de-sac péritonéal postérieur, et finit par l'atteindre et s'y appliquer; alors le fond de l'utérus est déjà placé sur un plan plus déclive que l'insertion du vagin à cet organe, et cette déclivité peut s'accroître encore si l'utérus, pressé par les viscères qui le dominent, déprime à son tour le point réfléchi du péritoine sur lequel il reposé. Dans cet état, le doigt introduit dans le vagin peut souvent, sans beaucoup de peine, refouler le fond de l'utérus, s'il est libre de toute adhérence aux parties voisines, et le remonter jusqu'à la hauteur de l'insertion utéro-vaginale; mais, d'une part, cette propulsion n'est pas directe, car elle s'exerce par l'intermédiaire gênant de la paroi postérieure du vagin, et, d'une autre part, quand l'utérus est parvenu au point que je viens d'indiquer, le fond de cet organe est encore bien au-dessous de son niveau normal; sans doute une impulsion plus forte du doigt en distendant la partie supérieure du vagin peut la lui faire dépasser; mais l'extensibilité de cette partie limitée du canal est bornée, et, si elle permet que le fond de l'utérus soit poussé un peu plus haut encore, elle ne permet presque jamais qu'il soit réintégré complétement dans sa situation naturelle; la rétroversion sera sans doute atténuée, mais elle persistera à un degré notable encore. Maintenant il est certain que la déviation se reproduira en partie si l'instrument qui l'a corrigée abandonne l'utérus, ou si, étant maintenu dans les voies génitales, l'action que cet instrument exerce n'est pas capable de résister à la pression continue des organes supérieurs qui tendent à reproduire le déplacement. Or, cette action propulsive efficace manque aux pessaires généralement employés pour cet usage et qui n'ont pas inférieurement un point d'appui solide. J'ajouterai d'ailleurs que, si ce point d'appui lui était donné, l'instrument fortement poussé sur le point même où la présence de l'utérus déplacé était regardée comme une cause de compression douloureuse, il devrait réveiller la souffrance qu'il était destiné à guérir. Je ne veux pas affirmer cependant que la réduction partielle d'une rétroversion ne saurait en aucun cas devenir une cause de soulagement; les faits cités par notre collègue M. Hervez, et auxquels j'en pourrais, pour ma part, ajouter un petit nombre, démentiraient cette assertion ; mais ces faits eux-mêmes méritent d'être étudiés, car il ne serait pas impossible que, quand les pessaires sont utiles dans les cas de rétroversion utérine, ils le fussent moins par les effets qu'on leur prête que par d'autres qui ont été méconnus.

Et peut-être trouverait-on en effet que, si l'on a produit un soulagement réel dans ces cas, ce n'est pas pour avoir réduit

un organe déplacé, mais pour avoir soustrait un organe souffrant en lui donnant quelque fixité aux mouvements et aux frottements douloureux que j'ai précédemment signalés. Quant à l'antéversion, elle se prête beaucoup moins encore que la rétroversion à l'emploi d'un moyen mécanique intérieur de réduction. Dans ce genre de déplacement, l'utérus n'est pas séparé de l'action directe du doigt ou des instruments seulement par la paroi antérieure du vagin, il l'est encore par la vessie ; il ne serait donc possible d'exercer une pression contentive sur l'utérus déplacé qu'en y soumettant aussi des parties qui la supporteraient difficilement. Je ne pense donc pas, pour cette raison et pour d'autres encore qu'il serait trop long d'exposer ici, qu'en aucun cas il convienne d'appliquer un appareil intérieur quelconque pour remédier à une antéversion utérine ; je sais cependant que des pessaires d'une forme particulière ont été proposés pour cet objet.

Lorsque des déviations de cette espèce sont, par exception, la cause de quelque souffrance, je ne sais qu'un appareil qui puisse en certains cas les atténuer : c'est une ceinture bien faite, par exemple celle de Hull, modifiée et perfectionnée, ou toute autre. Cet appareil, que notre collègue M. Velpeau a recommandé avec juste raison, a l'avantage très réel de soustraire l'utérus dévié à la pression des organes mobiles qui le surmontent; il ne corrige pas le déplacement, mais il s'oppose, selon toute apparence, à ce qu'il soit accru par le poids des viscères abdominaux pendant la marche ou la station. Au même titre, la ceinture de Hull perfectionnée me paraît très utile dans les phlegmasies utérines, chroniques ou subaiguës, en soustrayant l'utérus malade à des pressions et à une mobilité douloureuses, et elle est ainsi un auxiliaire recommandable de la médication que j'ai indiquée; elle a particulièrement le précieux avantage de rendre souvent inoffensif l'exercice à pied, qui me paraît, ainsi que je l'ai déjà dit, exercer une influence heureuse sur les résultats du traitement. Je n'ignore pas que ces ceintures ne sont pas toujours supportées, mais elles le sont dans la grande majorité des cas.

Je n'ai pas voulu compliquer l'exposé thérapeutique que vous venez d'entendre de l'examen d'une doctrine et d'un mode de traitement qui appartiennent à notre savant collègue M. Récamier, et dont, au début même de la discussion, notre collègue M. Robert vous avait entretenus ; il m'a semblé que pour la clarté de ce sujet il convenait d'en faire en quelque sorte un appendice.

Il y a quelques années, M. Récamier présuma que la surface interne de l'utérus pouvait être le siége d'un développement anormal de végétations, des règles abondantes irrégulières et prolongées chez quelques femmes, des avortements répétés chez quelques autres, et chez quelques-unes enfin des douleurs profondes accompagnées des malaises divers que j'ai précédemment indiqués comme résultant d'une phlegmasie utérine, catarrhale ou parenchymateuse. Ces différentes circonstances lui parurent être dans un grand nombre de cas la conséquence et le témoignage de productions morbides intra-utérines; c'est ainsi qu'il fut conduit à l'application d'un procédé opératoire qu'il vous a fait connaître.

Vous vous rappelez que ce procédé consiste à introduire dans la cavité utérine une curette métallique légèrement courbe et étroite et à détacher les végétations par un mouvement de rotation imprimé à l'instrument. Cette opération, à laquelle notre collègue a donné le nom d'*abrasion*, répétée une ou deux fois à quelques jours d'intervalle, n'est cependant encore qu'un procédé préliminaire, elle est en effet suivie un peu plus tard d'une cautérisation intérieure, et celle-ci est exécutée à l'aide d'un porte-caustique chargé de nitrate d'argent solide, et qui, introduit dans la cavité utérine, est appliquée sur ses parois et en parcourt la surface.

Cette double opération a, selon notre collègue, suspendu ou supprimé les accidents pour lesquels elle avait été pratiquée. Ainsi les pertes ont été modérées ou arrêtées, aux avortements répétés ont succédé des grossesses heureuses, les souffrances et les malaises divers se sont apaisés ou ont disparu. A l'exemple de notre collègue, plusieurs jeunes chirurgiens ses élèves ont introduit ce procédé opératoire dans le traitement des affections utérines ; il a été employé pour un autre objet, il est vrai, dans un pays voisin où les innovations hardies sont généralement accueillies avec une certaine faveur, notre collègue M. Velpeau en a fait le sujet de quelques réflexions ; enfin la curette de M. Récamier se vend aujourd'hui dans tous les magasins des fabricants d'instruments de chirurgie. Ces raisons, et surtout le nom et l'autorité du savant collègue qui a eu la première idée de ce procédé opératoire, me justifieront, je l'espère, de le rappeler encore à votre attention.

Quelle est la nature des productions morbides signalées par M. Récamier ? Notre collègue pense qu'elles sont tantôt granuleuses, tantôt érectiles, par conséquent vasculaires, mais étrangères à la structure propre de l'utérus.

Selon M. Robert, elles résulteraient d'une inflammation de la membrane muqueuse utérine et se composeraient des éléments hypertrophiés de cette membrane; elles seraient donc analogues aux granulations des autres membranes muqueuses et surtout des conjonctives, quand elles sont atteintes de phlegmasie chronique.

Vous savez que des végétations rouges d'un volume variable, mais en général restreint, pédiculées ou non, saignant au moindre contact, souvent même sans aucune provocation, peuvent se développer à la surface interne du col de l'utérus, et qu'il n'est pas rare alors que, se rapprochant par degrés de l'orifice utéro-vaginal, elles l'entourent et y apparaissent. Ce sont des productions pathologiques évidemment vasculaires dont la présence provoque assez souvent des douleurs, un suintement muqueux et purulent, des règles exagérées, et dans leurs intervalles des écoulements sanguinolents irréguliers et parfois très abondants.

Des végétations de ce genre peuvent sans aucun doute se développer à la surface interne de la cavité du corps de la matrice, en nombre plus ou moins considérable, et y provoquer, selon toute apparence, des douleurs analogues à celles qui se produisent dans la cavité du col. Est-ce à des productions morbides de cette nature que M. Récamier fait allusion, et auxquelles il a appliqué son procédé opératoire? Cela n'est pas probable, car les végétations vasculaires dont je viens de parler sont rares, et les cas qui ont réclamé l'intervention de notre collègue paraissent être très fréquents. D'une autre part il n'est pas non plus impossible que des granulations inflammatoires apparaissent sur la membrane muqueuse de l'utérus enflammé comme sur d'autres membranes du même genre ; mais ces granulations, si nous en jugeons par celles qui nous sont bien connues, n'ont ni assez de saillie, ni assez de résistance pour qu'on ait pu les extraire et les observer séparément, comme on assure l'avoir fait. Voyons, au reste, ce que l'expérience apprend à cet égard.

L'abrasion n'a presque jamais d'autre résultat que l'extraction de corps mous, pulpeux, d'un gris rosé, membraniformes et non granuleux, qui ne sauraient être considérés que comme des fragments ou des lambeaux de la membrane muqueuse de l'utérus. Et ce n'est pas seulement l'aspect qu'ils offrent à l'œil nu qui révèle leur origine et leur nature, c'est aussi l'examen microscopique qui permet d'y constater tous les éléments anatomiques de cette membrane; étalés d'ailleurs avec soin ou flottant dans un liquide, ces fragments muqueux ne présentent aucune des granulations indiquées.

Les abrasions pratiquées par M. Récamier, considérées dans leur résultat brut, si je puis ainsi dire, ne démontrent donc qu'une chose, c'est qu'à l'aide d'un instrument introduit dans la cavité utérine, il est possible de détacher des lambeaux de la membrane muqueuse qui la tapisse, mais elles ne démontrent ni la présence sur cette membrane de productions granuleuses ou érectiles, ni celle de granulations inflammatoires. Cependant l'extraction de ces parties membraneuses n'implique-t-elle pas un boursouflement, un ramollissement, enfin un état pathologique quelconque de la membrane interne, qui en rendrait la séparation possible? L'observation clinique est trop incomplète pour qu'elle autorise à exprimer à cet égard une opinion positive, et les partisans de l'abrasion ne me semblent posséder encore aucun des éléments nécessaires pour répondre à cette question.

En effet, le procédé opératoire de M. Récamier n'ayant été appliqué jusqu'à présent qu'à des femmes atteintes de quelque affection utérine, on a cru devoir en conclure que la possibilité d'extraire les productions membraneuses était la conséquence d'un état pathologique. Aucune tentative du même genre n'a été faite contradictoirement, que je sache, chez des femmes exemptes de toute affection utérine, et cependant l'étude des effets de l'abrasion tentée sur l'utérus à l'état normal ne serait pas sans intérêt pour l'éclaircissement de cette question. Je rappellerai, en effet, que la membrane muqueuse de l'utérus a la singulière faculté de s'exfolier, que des lambeaux s'en séparent spontanément chez quelques femmes pendant les éruptions menstruelles, et qu'on a pu la voir expulsée sous la forme d'un sac presque complet sans être accompagnée d'aucun élément organique accessoire qui pût faire penser qu'elle avait servi d'enveloppe à un produit de conception.

On voit, d'après ce court exposé, que les productions morbides qui ont été regardées comme les éléments essentiels des affections utérines, et pour lesquelles l'abrasion et la cautérisation ont été proposées, sont au moins problématiques. J'admettrai néanmoins pour un instant qu'elles soient réelles, une difficulté se présenterait encore. Ce procédé opératoire vaut bien qu'avant d'en faire l'application on en ait sérieusement reconnu la convenance ou même la nécessité. Or l'accomplissement de ce préliminaire indispensable ne s'appuie, que je sache, sur aucune notion décisive. D'une part, il ne ressort pas des communications que vous avez entendues qu'aucun désordre fonctionnel ayant la valeur d'un symptôme caractéristique indique la présence des productions morbides intra-utérines ; d'une autre part, développées dans une cavité profondément située et dont les parois ont une épaisseur et une densité remarquables, ces productions doivent échapper à la vue et au toucher, par conséquent à nos recherches directes les plus utiles et les plus probantes. Je sais qu'on a vanté l'emploi de sondes exploratrices comme un moyen précieux d'investigation dans ces cas ; mais il suffit de songer au peu de volume et à la mollesse des corps dont il s'agirait de constater la présence, et au peu de liberté dont l'instrument explorateur jouirait dans une cavité dont les parois sont résistantes et presque contiguës, pour juger de la valeur des signes qu'elles peuvent donner.

Si donc les altérations signalées par nos collègues sont encore douteuses, et s'il est vrai qu'en admettant la réalité de leur présence, celle-ci ne saurait être sûrement reconnue, que reste-t-il de la doctrine et de l'opération proposée par notre savant collègue ? Il ne reste plus, ce me semble, que l'application empirique d'un procédé opératoire dont les effets méritent d'être étudiés. J'ai dit que, selon notre collègue, les accidents pour lesquels il l'avait employé avaient été suspendus; j'ai reçu la même assurance de quelques-uns de nos jeunes confrères qui y ont eu assez souvent recours ; et enfin je sais que, chez une jeune femme sur laquelle l'abrasion et la cautérisation ont été pratiquées en ma présence par notre éminent collègue, une grossesse heureuse a succédé à des avortements répétés. Cette dernière circonstance, qui se présente si souvent à l'observation des accoucheurs, et sans aucune intervention de notre art, doit-elle être considérée, chez la jeune femme dont je viens de parler, comme le résultat des opérations qu'elle a subies? Je crois qu'à cet égard le doute est au moins permis.

Mais si des résultats heureux ont été obtenus par le procédé opératoire de notre collègue, il ne faut pas oublier que nous devons à sa noble sincérité la connaissance d'échecs graves qui l'auraient suivi. Il est permis de conclure de ce qui précède que l'abrasion et la cautérisation de la cavité utérine, empiriquement appliquées jusqu'à présent, ne prendront une place méritée dans la thérapeutique des affections utérines que quand leur adoption sera fondée sur des notions positives, et quand leur emploi sera soumis aux règles qui régissent l'application de tout procédé opératoire important, et qui n'est exempt ni de douleurs parfois très vives, ni de dangers.

Ici, messieurs, se termine la tâche que je m'étais donnée ; je ne me dissimule pas les nombreuses et importantes lacunes que j'ai laissées en traitant le sujet étendu et difficile du mémoire de M. Baud. Mais l'Académie m'a déjà accordé une part assez grande du temps qu'elle doit à d'autres travaux, et j'aurais craint d'abuser de cette faveur si j'avais voulu remplir tous les *desiderata* de cette communication.

J'ai dit en commençant que je me proposais de ramener dans une voie réellement profitable une discussion qui me paraissait s'en être écartée, et appeler l'attention de l'Académie et du public médical sur celles des questions soulevées par le mémoire de M. Baud que je jugerais les plus importantes au point de vue de la science et de la pratique ; je m'estimerais heureux de n'avoir pas été trop au-dessous de l'œuvre que j'avais entreprise.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 16 janvier 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Extraction des corps étrangers de l'œsophage.

M. Debout demande la parole sur la rédaction du procès-verbal, au sujet de la communication faite par M. Larrey d'un corps étranger dans l'œsophage, et il pense que M. le secrétaire s'est trompé en désignant sous le nom d'*instrument dit de Dupuytren* la tige de baleine terminée à l'une de ses extrémités par un double crochet mousse et mobile. C'est à Graefe, dit M. Debout, et non à Dupuytren, qu'il faut attribuer l'invention de cet instrument, dont l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est servi avec succès dans un cas particulier.

M. Larrey s'empresse de répondre à M. Debout qu'en maintenant au procès-verbal ces mots : *instrument dit de Dupuytren*, il a précisément voulu faire entendre, par une expression réservée, que cet instrument était, non pas dû, mais attribué à Dupuytren, selon l'opinion de quelques auteurs.

Quant au cas particulier auquel M. Debout vient de faire allusion, M. Larrey se le rappelle d'autant mieux qu'il assistait à l'opération pratiquée par Dupuytren à l'aide de cet instrument. C'était au mois de mai 1830. Un homme était entré à l'Hôtel-Dieu pour s'y faire débarrasser d'une pièce de cinq francs qu'il avait avalée par défi. Le corps étranger s'était arrêté dans l'œsophage, un peu au-dessous du pharynx. Les premières tentatives d'extraction furent inutiles ; on ne pouvait que heurter la pièce sans la saisir ni la déplacer avec les instruments ordinaires, parce qu'elle était placée en travers de l'œsophage, qu'elle bouchait presque complétement, et qui s'était contracté sur elle. Quelques gorgées de liquide parvinrent cependant à faire glisser le corps étranger un peu plus bas; mais Dupuytren réfléchit que, si l'on cherchait à le pousser dans l'estomac, on s'exposerait à rencontrer de nouveaux obstacles au cardia, au pylore, à la valvule iléo-cæcale, points dans lesquels les investigations seraient impraticables. Il essaya encore l'extraction à l'aide d'un fil d'archal recourbé en anse, à l'aide aussi des grandes pinces courbes, sans y réussir. Ce fut alors qu'il se servit de l'instrument à double crochet mousse confectionné par M. Charrière, qui venait de le lui apporter tout exprès. L'application en fut si heureuse et le résultat si instantané, que la pièce d'argent, à peine accrochée par l'anneau métallique, fut entraînée vers le pharynx par un effort de traction rapide, et rejeté aussitôt par la bouche.

Le succès et la promptitude de cette opération excitèrent dans la foule des élèves des applaudissements spontanés, qui firent peut-être regarder Dupuytren comme l'inventeur de l'instrument dont il s'était servi avec tant d'habileté.

Correspondance.

M. Giraldès, rapporteur de la commission chargée d'examiner les pièces de l'Académie de Chirurgie de Madrid, annonce qu'il attend des renseignements nécessaires à l'appréciation de ces pièces pour faire son rapport.

1° Résultats de la trachéotomie. 2° Effets de l'engorgement des amygdales.

M. Guersant appelle l'attention de la Société sur certains résultats de la trachéotomie dont il ne se rend pas bien compte, et il demande à ses collègues si, après cette opération, ils auraient vu notamment l'issue des matières alimentaires par l'ouverture trachéale. Quant à lui, depuis longtemps attaché à l'hôpital des Enfants, il a été à même de pratiquer cette opération bien des fois; il l'a souvent faite aussi en ville, et il a été surpris d'observer ce phénomène. Il compte actuellement quarante-huit observation de trachéotomie dans sa pratique particulière; sur ce nombre, il a obtenu six succès, et un septième lui semble assuré aujourd'hui; mais il ne saurait déterminer le nombre des opérations qu'il a faites à l'hôpital.

C'est chez un enfant trachéotomisé par lui en ville il y a onze jours qu'il a constaté l'accident auquel il fait allusion. La canule, chez cet enfant, est restée en place pendant sept jours dans les meilleures conditions possibles; mais depuis le huitième jour, toutes les substances alimentaires avalées passent par l'ouverture de la trachée. Le petit malade, en un mot, et selon l'expression vulgaire, avale de travers, malgré les soins et les précautions convenables pour empêcher qu'il en soit ainsi. Il en résulte un état de gêne et de souffrance marqué, ainsi qu'un affaiblissement des forces et de la nutrition.

M. Guersant attribue cet accident à un défaut d'action de l'épiglotte, et il demande comment on pourrait rendre à cette partie l'action qui lui manque, afin de rétablir l'équilibre ainsi troublé entre les fonctions du pharynx et celles du larynx. Ce phénomène, qui a d'ailleurs été observé quelquefois, semble dans le cas actuel se prolonger bien plus que dans tout autre.

M. Michon, en prenant la parole, ne prétend pas donner

M. Guersant l'indication d'un moyen curatif, mais il espère lui démontrer que le rôle attribué par lui à l'épiglotte n'est pas suffisant pour expliquer le phénomène en question. Il y a autre chose sans doute, car on ne comprend pas comment l'épiglotte serait un obstacle inévitable au passage des matières alimentaires dans les voies aériennes. C'est plus probablement dans les muscles du larynx que réside la cause de ce phénomène ou dans l'articulation des cartilages; l'épiglotte, n'étant en réalité qu'un adjuvant dans l'acte de la déglutition, n'a qu'une fonction mécanique d'abaissement. Ce qu'il y a à faire ici, selon M. Michon, c'est de temporiser, et de nourrir le malade avec une sonde œsophagienne pour ménager le larynx, car l'occlusion de son ouverture est la condition essentielle à remplir.

M. Deguise fils s'exprime de la manière suivante :

« Je partage entièrement, dit-il, l'opinion de M. Michon relativement au rôle que joue l'épiglotte dans l'acte de la déglutition. Il est évident, d'après les faits que possède la science, que certains individus ont continué d'avaler parfaitement quoique ayant perdu l'épiglotte. L'inflammation du tube aérien joue sans doute un grand rôle dans le phénomène observé par M. Guersant. Je pense en outre que l'ouverture de la trachée ou, pour mieux dire, l'état des bords de la plaie, leur affrontation plus ou moins exacte peut bien être pour quelque chose dans la sortie des liquides. J'ai eu l'occasion d'observer deux ou trois fois le même phénomène, et j'ai remarqué que les liquides avaient d'autant plus de tendance à tomber dans la trachée que la plaie était plus béante. Une fois, entre autres, il y a un an environ, je consultai MM. Guersant et Nélaton pour un cas absolument semblable. Les liquides s'écoulaient presque en totalité par la plaie; ces messieurs m'engagèrent à ne rien faire, je suivis leurs conseils, et quelques jours après les liquides ne sortaient plus par la plaie. »

M. Guersant ajoute à ce propos, et comme complément de sa communication, qu'il a essayé de fermer l'ouverture extérieure en y appliquant des handelettes agglutinatives; mais il n'a pas réussi; les liquides avalés ont passé de même par la plaie.

M. Larrey demande à M. Guersant si, chez son petit malade, il n'existe pas dans l'arrière-gorge quelque obstacle mécanique à la déglutition et à la respiration, tel, par exemple, qu'un engorgement des amygdales, parce qu'il ne serait pas impossible que ce fût là une cause au moins indirecte de l'accident signalé par lui. En adressant d'ailleurs cette question à M. Guersant, M. Larrey croit pouvoir l'appuyer sur une remarque faite par Dupuytren, à savoir : que l'hypertrophie des amygdales, chez les enfants, tend à gêner plus ou moins le libre exercice des organes respiratoires et à produire secondairement certaines déformations du thorax, sans parler de l'influence que le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu attribuait à la même cause sur l'ensemble de la constitution.

M. Guersant répond à M. Larrey qu'il a examiné avec soin l'arrière-gorge de son petit malade et qu'il en a trouvé toutes les parties à l'état normal.

M. Giraldès pense que la véritable cause de l'accident, la seule peut-être qui existe, a été indiquée par M. Michon. Il est probable que l'inflammation s'est propagée du voisinage de la plaie à l'ouverture de la glotte devenue béante par cet état de phlogose, tandis que l'épiglotte n'est pour rien sans doute dans le passage des liquides à travers la plaie de la trachée.

M. Morel-Lavallée n'a que deux mots à dire : il croit d'abord que M. Guersant pourrait suivre utilement dans le cas actuel le conseil qu'il a donné lui-même à M. Deguise dans un cas analogue à celui-là, c'est-à-dire attendre.

Il fait observer ensuite que l'opinion de Dupuytren citée par M. Larrey sur les conséquences de l'engorgement des amygdales est une opinion très contestable, très peu admissible même, malgré l'autorité de son illustre auteur.

M. A. Forget appuie la citation faite par M. Larrey, en rappelant à la Société que l'un de ses membres, M. Robert, a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* un mémoire contenant des faits confirmatifs des observations et de l'opinion de Dupuytren; car Dupuytren, sans nul doute, fondait sa manière de voir sur l'observation des faits, et on ne saurait contester à sa grande expérience une haute valeur.

« Pour ma part, dit M. Forget, j'ai vu un fait qui m'a démontré la justesse de cette opinion. Une petite fille de neuf ans présentait à peine le développement d'un enfant de cinq ans; elle était pâle, chétive, et avait la poitrine peu développée. Or, chez elle, les amygdales étaient énormes, à ce point que, bouchant les orifices des trompes d'Eustache, elles avaient produit une surdité très marquée. J'enlevai les amygdales comme moyen de remédier à tous ces accidents; et depuis l'opération, faite il y a quinze mois, un changement si favorable s'est effectué dans l'état de cette jeune fille, que je crois rationnel d'admettre ici une relation sensible, d'une part, entre l'hypertrophie des amygdales et les accidents mentionnés, et, d'autre part, entre l'opération et ses conséquences favorables. »

M. Morel ne persiste pas moins dans l'idée contraire, et conteste la corrélation établie par Dupuytren comme fait général.

M. Guersant est en position de pratiquer l'excision des amygdales autant que qui que ce soit, et il a été à même de vérifier la justesse de la remarque faite par Dupuytren; mais il lui reproche d'en avoir exagéré les conséquences, et tout en admettant qu'elles existent quelquefois, il ne croit pas que l'hypertrophie des amygdales produise fréquemment la déformation de la poitrine, malgré les observations que M. Robert a citées à l'appui de cette opinion.

M. Loir, revenant à la question de la trachéotomie, dit que, par suite de l'opération, il survient souvent de l'inflammation et un gonflement plus ou moins considérable des tissus ou des organes environnants; l'œsophage lui-même peut y participer, et se trouvant alors gêné dans ses fonctions, il offre de la résistance au passage des aliments, qui tendent ainsi à refluer vers le larynx, où une issue plus facile leur est offerte. Si, dans ce cas, un abcès dû à la même cause s'ouvre spontanément et se vide par la plaie, il fera cesser l'accident, qui d'ailleurs disparaîtra sans doute à mesure que le gonflement inflammatoire des parties disparaîtra lui-même.

Une autre considération que M. Loir croit utile de signaler et qui se trouve peut-être applicable au cas cité par M. Guersant, est celle-ci : Le défaut momentané d'élasticité des tissus enflammés peut empêcher le larynx de s'élever et de se rapprocher de la base de la langue pour appliquer son ouverture contre l'épiglotte, et faciliter ainsi l'acte de la déglutition. S'il en était encore ainsi, ajoute M. Loir, l'accident dont se préoccupe M. Guersant cessera, selon toute probabilité, en même temps que cessera l'inflammation.

M. Guersant aura soin d'observer ce qui adviendra chez son petit malade, et il rendra compte à la Société du résultat de son observation.

M. Demarquay a eu occasion de voir un enfant de cinq mois qui, ayant avalé de travers un morceau de pomme, éprouva aussitôt de la toux, de la suffocation, les accidents, en un mot, dus à la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes. M. Demarquay s'assura d'ailleurs qu'il n'était ni dans le pharynx, ni au commencement de l'œsophage, et il pratiqua la trachéotomie. L'enfant se trouva soulagé, mais il ne rendit pas le corps étranger, et il mourut 24 heures après, sans que l'autopsie ait pu être faite. M. Demarquay demande à M. Guersant s'il a rencontré des cas de ce genre.

M. Guersant répond que, s'il y avait eu réellement un corps étranger, il eût été probablement expulsé par la toux.

Quant à lui, il a pratiqué six fois la trachéotomie pour extraire des corps étrangers, des haricots surtout, engagés dans les voies aériennes depuis plusieurs jours, et que dans cinq cas l'expulsion du corps étranger s'est faite spontanément à travers l'ouverture de la trachée. Dans un cas seulement, il n'est point sorti; c'était chez un enfant qui avait avalé un haricot et qui se trouvait en proie à une dyspnée extrême, sans que les signes de l'accident fussent caractéristiques. A l'auscultation, par exemple, le bruit de grelot, ou le mouvement de va et vient, n'était pas perceptible. M. Guersant fit l'opération, et fut obligé ensuite de saisir avec une pince le haricot qui avait pénétré assez bas dans la bronche gauche. L'enfant succomba, et on reconnut que le poumon correspondant avait été privé de respiration trop longtemps par l'obstacle que le corps étranger avait opposé au passage de l'air.

M. Debout a été témoin d'un fait curieux dont voici l'exposé sommaire : Un jeune garçon de sept ans jouait avec des haricots tenus dans sa bouche; il en avala plusieurs dans une inspiration précipitée, et les rejeta dans une quinte de toux provoquée par la pénétration de l'un d'eux dans les voies aériennes. Les accidents de suffocation imminente cessèrent tout à coup, firent place à un calme parfait de quelques heures, et reparurent ensuite avec une nouvelle intensité. Le frère de M. Debout, ayant été appelé, pratiqua la trachéotomie sans pouvoir donner issue au corps étranger, et lui-même, venu après, constata d'abord par l'auscultation un bruit cadencé de soupape au niveau des ventricules du larynx. Que fallait-il faire? M. Debout, en réfléchissant à la structure du haricot, pensa qu'en se gonflant par la chaleur et l'humidité sa coque se romprait et que ses deux cotylédons, séparés ainsi, pourraient être chassés par l'ouverture de la glotte. Cette prévision se réalisa un mois après dans une quinte de toux; et, chose singulière, les cotylédons ainsi expulsés offrirent un certain degré de germination. L'ouverture de la trachée, qui s'était maintenue ouverte tant que l'occlusion de la glotte avait duré, se cicatrisa aussitôt après la sortie du corps étranger, en même temps que la respiration se rétablit par les voies naturelles.

M. Morel rappelle que Pelletan père a rapporté un cas analogue dans sa *Clinique chirurgicale*, et on en trouverait deux ou trois autres ailleurs.

M. le président se disposait à lever la séance; mais M. Guersant demande à prolonger cette discussion pendant quelques instants encore.

Il maintient que les résultats de la trachéotomie sont ordinairement favorables dans les cas de corps étrangers, défavorables au contraire dans les cas de croup; et pour ceux-ci, il reproche à la plupart des médecins une tendance très nuisible à employer les sangsues; les émollients, et d'autres moyens débilitants, au lieu de recourir assez tôt à la cautérisation, et par conséquent il regrette que l'opération soit trop tardive dans ces cas-là. Il n'a réussi, pour sa part, que dans les cas où on n'avait point essayé une médication antiphlogistique. Il attache enfin une grande importance aux soins consécutifs à l'opération, et il attribue ses propres insuccès à ce qu'il se contentait de laisser la canule en place, sans faire rien de plus. Mais il a eu soin depuis, comme M. Trousseau, de placer au-devant de la canule une cravate légère qui permet à l'air d'arriver lentement, sans que son contact soit irritant, et qui prévient aussi l'amas des mucosités dans les bronches. Un autre soin encore recommandé par M. Trousseau et par lui, c'est de cautériser dès le lendemain de l'opération. M. Miquel (d'Amboise) conseille alors le calomel et l'alun.

M. Guersant ajoute à ces réflexions que, sur les quarante-huit opérations qu'il a faites, il a échoué successivement jusqu'à la vingt-troisième.

M. Deguise père signale une cause importante d'insuccès qu'il ne faut pas oublier, c'est la nature de la maladie.

M. Guersant s'empresse de reconnaître que cette cause est sans doute essentielle.

M. Deguise fils fait observer que, tout en admettant l'utilité des soins consécutifs, on ne saurait contester leur insuffisance dans bien des cas. Il a vu, quant à lui, échouer les soins les meilleurs et les mieux dirigés lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfants. La précaution, par exemple, suivie d'après M. Trousseau, de placer un tissu léger au-devant de la canule, n'empêche pas que l'opération n'ait le plus habituellement un résultat funeste.

M. Forget demande à M. Guersant s'il serait en mesure de tracer une règle à suivre dans le manuel opératoire. A quelle époque et dans quelle opportunité convient-il d'opérer? C'est là ce qu'il serait utile de préciser.

M. Guersant répond que, si le croup est bien constaté, il faut, comme pour une hernie étranglée, une médecine active, non débilitante; employer surtout la cautérisation; mais si les phénomènes graves persistent, tels que les étouffements, et si les moyens indiqués ont été sans effet, il faut opérer sans retard.

La discussion étant close, la séance est levée.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOUVELLES.

— Par décret du président de la République du 1er janvier, ont été nommés à trois emplois de Chirurgien aide-major de 2e classe :

Concours de 1842. M. Dubois, chirurgien aide-major commissionné au 5e chasseurs, en rempl. de M. Chambert, démissionnaire.

Concours de 1849. M. Gauvrit, chirurgien aide-major commissionné au 70e de ligne, en rempl. de M. Lemaire démissionnaire.

M. Petitgand, chirurgien aide-major commissionné au 63e de ligne, en rempl. de M. Bezu, démissionnaire.

— Par décret du président de la République du 14 janvier, ont été nommés à denx emplois de Chirurgien aide-major de 2e classe :

Concours de 1846. M. Dauvais, chirurgien aide-major commissionné au 17e léger, en rempl. de M. Fix, décédé.

Concours de 1849. M. Damour, chirurgien aide-major commissionné au 60e de ligne, en rempl. de M. Barra-Lévi, décédé.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 31 JANVIER 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 14.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 30 JANVIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le comité secret a aujourd'hui occupé la plus grande partie de la séance, et la déclaration de cinq places vacantes a été le résultat prévu par notre collaborateur des discussions qui se sont passées dans ce comité. Cependant l'Académie a entendu avec intérêt un dernier mot de M. Velpeau sur la discussion des maladies de l'utérus, et une courte allocution de M. Piorry, qui a fait de louables efforts pour engager la discussion sur la nomenclature qu'il défend avec tant de chaleur et de persévérance depuis vingt ans. L'Académie ne paraît pas très disposée à accepter la discussion sur ce terrain; nous le regrettons. Si nous sommes nous-même assez peu disposé à accepter la nomenclature du savant professeur, ou une nomenclature quelconque, comme l'expression d'une vérité médicale générale, nous n'en sommes pas moins très convaincu qu'une discussion sérieuse sur un pareil sujet offrirait le plus grand intérêt et pourrait faire époque en fixant l'état actuel des esprits touchant les doctrines médicales.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Leçons cliniques sur la pneumonie.

(Première et deuxième leçons.)

La pneumonie aiguë se présente sous deux états différents ; ainsi on distingue :

1° La *pneumonie accidentelle*, occasionnée par une cause extérieure connue, telle, par exemple, qu'une blessure, une contusion, etc.

Cette sorte de pneumonie est sujette elle-même à des variétés de formes, suivant qu'elle résulte de blessure par arme blanche ou par arme à feu, de contusion, etc. Ces pneumonies sont ordinairement limitées au voisinage de la plaie ou du point qui a souffert la lésion, et appartiennent plus spécialement au domaine de la chirurgie.

2° La *pneumonie spontanée*. C'est de cette forme de pneumonie que nous allons nous occuper.

Etiologie. — Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer la cause de cette maladie. Ordinairement le malade confond le frisson qui en est le premier symptôme avec un refroidissement subit, et attribue à ce dernier l'invasion de la maladie. On la met souvent aussi sur le compte d'une fatigue excessive, d'un écart de régime. Mais en interrogeant le malade avec soin, et sans lui dicter en quelque sorte ses réponses, toutes ces prétendues causes disparaissent.

Cependant nous admettons jusqu'à un certain point l'influence des causes occasionnelles, mais dans le cas seulement où elles viennent seconder une cause que nous appellerons prédisposante, et sans laquelle elles sont pour nous de nulle valeur.

Il est des circonstances très rares où l'observation permet de deviner jusqu'à un certain point la cause première de la pneumonie. Ainsi, l'on remarque que cette maladie règne surtout à certaines époques, à la fin de l'hiver, par exemple; dans ce cas, on peut admettre que c'est l'action d'un froid prolongé qui, en agissant comme cause prédisposante, détermine son invasion.

Pour nous résumer sous le rapport de l'étiologie, nous dirons qu'elle nous paraît insaisissable dans la plupart des cas; seulement on observe qu'à une certaine époque, et sous l'influence d'une cause presque toujours inconnue, il se fait une modification dans la partie intime des tissus de nos organes, modification qui décide l'invasion de la pneumonie, et qui est accompagnée des symptômes extérieurs que nous allons exposer.

Marche de la pneumonie. — La pneumonie est une maladie qui doit avoir nécessairement une période d'augment. On peut abréger cette période, en atténuer l'intensité, mais il est impossible de l'arrêter au début.

Il existe bien quelques cas qui paraîtraient prouver le contraire, mais ils n'ont été observés que dans les pneumonies par récidive.

Si les saignées amènent une amélioration notable, si un médicament inactif devient tout d'un coup efficace, il ne faut pas se méprendre sur la cause du changement qui s'opère, et ne pas mettre sur le compte du remède ce qui n'est dû qu'à l'influence naturelle du laps de temps écoulé depuis le début.

Invasion. — L'invasion est presque toujours marquée par un frisson accompagné d'un claquement de dents, en même temps que le malade est pris d'un violent tremblement. Ce premier symptôme dure ordinairement quelques heures. Du reste, son intensité dépend des conditions dans lesquelles se trouve le malade au moment de l'invasion. S'il est chaudement couché, le frisson sera moins fort et moins prolongé; il arrive même qu'il manque complétement.

Il n'est pas rare de voir le frisson accompagné de phénomènes digestifs, tels que la blancheur de la langue, la diarrhée, les vomissements. On trouve également, chez les vieillards, de la difficulté à parler, du balbutiement ; d'un autre côté, et en même temps, un manque total des phénomènes caractéristiques, tels que la toux, les crachats. L'auscultation et la percussion ne font alors rien découvrir du côté de la poitrine ; en un mot, l'organe le moins malade en apparence est le poumon. On peut soupçonner, dans ce cas, une affection abdominale, une inflammation du cerveau. Cependant cette période n'est pas de longue durée, et les phénomènes pneumoniques ne tardent pas à paraître.

Point de côté. — C'est ordinairement au mamelon ou dans un rayon de deux ou trois pouces que se manifeste la douleur qui constitue le point de côté; il arrive aussi quelquefois qu'elle se trouve située au-dessous des dernières côtes. Ordinairement très aiguë, elle se fait sentir principalement pendant la toux et la respiration.

Assez souvent la douleur est sourde; elle consiste, en ce cas, plutôt dans un sentiment de gêne et de pesanteur qu'en une douleur véritable ; d'autres fois, enfin, elle est tout à fait nulle. Dans les cas de pneumonie double, le malade peut la sentir aux deux côtés de la poitrine.

Le point de côté est un des premiers symptômes de la pneumonie. Très vif au début, il disparaît ordinairement avant la fin ; quelquefois cependant il persiste assez longtemps après la résolution. Enfin, il peut alternativement paraître et se dissiper.

La *dyspnée* accompagne presque constamment la pneumonie ; elle se manifeste en même temps que la douleur, et son intensité est toujours en rapport avec celle-ci.

C'est principalement chez les sujets jeunes qu'on remarque ce phénomène. Il peut manquer complétement chez les vieillards.

Toux. — La toux, sèche au commencement, devient humide à mesure que l'expectoration s'établit.

Crachats. — Au début de la maladie, ils sont incolores et transparents, formés de mucus en grande partie. Bientôt ils se colorent en rouge, en jaune ou en vert, imitant la couleur de la rouille ou du sucre d'orge. Ces différences de nuances sont dues aux différentes proportions du sang qu'ils renferment. Ils sont aérés et parfois tellement visqueux, que lorsqu'ils ne sont pas en trop grande quantité le vase qui les contient peut être renversé sans qu'ils tombent; ils se détachent en un seul morceau, et sont tellement consistants qu'ils ne laissent pas de traces au fond du vase.

Souvent dans cette période on observe des crachats de différente nature; les uns présentent de l'opacité et les caractères des crachats bronchiques; les autres les caractères distinctifs des crachats pneumoniques. Mais lorsque le degré d'inflammation est le même dans toutes les parties affectées, ils sont homogènes.

Les crachats pneumoniques n'ont pas d'odeur.

Phénomènes d'auscultation. — Il arrive quelquefois au début de la pneumonie que les phénomènes d'auscultation manquent complétement, soit que les modifications n'aient pas atteint un degré suffisant, soit qu'elles se trouvent situées dans une région trop profonde pour que l'oreille puisse les distinguer; mais le plus souvent le début de la pneumonie est caractérisé par une crépitation éclatante, forte, sèche et nombreuse. Ces trois derniers caractères manquent quelquefois; le premier ne manque jamais. Cette crépitation s'étend rapidement, et souvent dans l'espace de quelques heures elle a parcouru toute la surface du poumon.

Phénomènes de percussion. — Dans la première période ces phénomènes sont à peu près nuls, ou la différence est très légère, et en général laisse de l'incertitude. Il peut arriver que le son mat, obscur, que l'on observe provienne de la contraction des muscles, contraction causée par la maladie. Ainsi au début la percussion est un phénomène de peu de valeur.

Lorsque les phénomènes de percussion et d'auscultation sont annulés à raison du début de la maladie dans les parties profondes du poumon, on constate alors la marche croissante de la pneumonie au moyen de la respiration supplémentaire et des autres symptômes, toux, crachats, etc.

La période d'augment dans la pneumonie primitive dure quatre ou cinq jours. Quand la maladie doit s'aggraver et passer du premier au deuxième degré, on observe les phénomènes suivants :

Augmentation dans la force et la fréquence du pouls ; dyspnée plus prononcée; les crachats deviennent épais, grisâtres, l'expectoration plus difficile, la toux plus violente; en même temps la crépitation devient grasse, humide et mêlée de souffle bronchique. Peu à peu, et lorsque la maladie s'aggrave davantage, la crépitation disparaît complétement pour faire place au souffle bronchique ; la percussion alors donne un son mat.

Quelquefois lorsque la crépitation paraît avoir cessé complétement, elle n'est que masquée par un épanchement pleurétique. Dans ce cas on peut voir apparaître la crépitation de retour après un jour ou deux; mais lorsqu'il y a eu absence réelle de crépitation pendant vingt-quatre heures, on observe rarement la crépitation de retour.

En même temps que la crépitation de retour, apparaissent les symptômes rassurants. La respiration redevient facile, le pouls se ralentit, la toux et les crachats fatiguent moins le malade, et la résolution est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune et plus robuste.

On observe fréquemment dans la marche de la pneumonie des rémissions et des exacerbations; celles-ci ont lieu le soir. Il y a accélération du pouls, dyspnée plus prononcée, etc. Le souffle et la crépitation deviennent aussi plus évidents.

Il est souvent difficile d'apprécier les différents degrés d'une même période et la limite exacte des différentes périodes entre elles. La maladie a quelquefois une marche tellement rapide, et les phénomènes se succèdent avec une telle vitesse, que les différents degrés se fondent pour ainsi dire les uns dans les autres.

Souvent l'auscultation ne donne ni crépitation, ni souffle bronchique, ni égophonie; la percussion donne un son mat. A l'ouverture du cadavre, on trouve le poumon présentant les caractères de la pneumonie (absence d'air, plus lourd que l'eau), avec cela sa texture est molle et présente les caractères de la splénisation. Cette forme ne se rencontre que chez les sujets affaiblis.

Il arrive souvent qu'une saignée pratiquée au début de la pneumonie paraît affaiblir les symptômes, et arrêter la maladie dans sa marche. Ces phénomènes ne sont pas trompeurs dans les cas de récidive; mais si la pneumonie est primitive, cette amélioration, après s'être maintenue pendant un temps variable, de vingt-quatre heures à trois jours, cesse tout à coup, les symptômes graves reparaissent avec plus de violence, et la terminaison est souvent fatale.

Il est très rare que la pneumonie primitive n'ait pas une durée de sept, huit et douze jours. A mesure qu'elle disparaît dans un point du poumon, elle se montre dans un autre point, et passe souvent d'un poumon à l'autre.

Cette durée moyenne de la pneumonie est quelquefois dépassée chez les vieillards. Ainsi, il se forme souvent un engorgement du parenchyme pulmonaire, qui persiste plus ou moins longtemps après la guérison. La place où l'inflammation s'est développée avec le plus d'intensité est occupée par un noyau induré, cause de la persistance d'une partie des phénomènes pneumoniques, persistance qui se prolonge quelquefois plusieurs mois. La crépitation encore assez éclatante, un peu humide, la bronchophonie accompagnent aussi ces derniers symptômes, mais en même temps l'état général est complétement rassurant.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Catarrhe vésical intense. Action avantageuse des injections de nitrate d'argent à haute dose.

Le nommé Cheveaux (Jean-Baptiste), maçon, âgé de cinquante-deux ans, entre dans le service de M. Ricord le 30 octobre 1849; il est couché au n° 3 de la salle deuxième.

Cet homme, avant la maladie actuelle, a toujours joui d'une santé parfaite; il n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Il raconte qu'il y a (aujourd'hui) huit mois environ, c'est-à-dire vers le mois de mai, il commença à éprouver des cuissons dans le canal au moment de la miction; ces cuissons augmentèrent de jour en jour, et s'accompagnèrent, au bout de deux mois, de besoins d'uriner plus fréquents; les émissions avaient lieu huit ou neuf fois dans la journée, et plus encore dans la nuit. Les douleurs devinrent en même temps si vives que le malade cessa de pouvoir dormir. Ces douleurs siégeaient dans toute la longueur de la verge et au col de la vessie; elles atteignaient leur summum d'intensité lors de l'émission des dernières gouttes d'urine. Dès la même époque, l'urine était déjà altérée; elle laissait déposer, la nuit, au fond du vase, une masse visqueuse et transparente que le malade compare à du blanc d'œuf cru.

Vers le quatrième mois, le malade rendit, après chaque miction, une petite quantité de sang, mais de sang altéré, d'eau rousse. Ce phénomène ne dura que quelques jours.

Le sixième mois, le catarrhe avait acquis une violence extrême: le malade, s'il faut l'en croire, urinait quarante à

cinquante fois dans une heure; il ne quittait le vase que pour se relever aussitôt et le reprendre. Le dépôt avait considérablement augmenté. En supposant le vase rempli d'urine, les mucosités en occupaient, vers le matin, plus de la moitié inférieure. L'insomnie était horriblement pénible; les douleurs sans relâche; il y avait de la pâleur, un amaigrissement prononcé. L'appétit cependant s'était conservé, et les fonctions générales étaient restées normales.

Cet état se continua, ou plutôt s'aggrava, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 30 octobre 1849, M. Ricord pratique le cathétérisme avec la sonde d'argent. L'urètre est complétement libre. La vessie est d'une exiguïté remarquable; on y constate l'existence de colonnes très développées et très saillantes. En faisant exécuter à la sonde un mouvement de rotation sur son axe, le bec donne à la main la sensation de secousses successives dues au ressaut brusque qu'il éprouve en franchissant une des colonnes pour retomber sur la colonne voisine. Pas de trace de calcul. Le cathétérisme donne issue à des eaux rousses semblables à de la lavure de chairs.

M. Ricord laisse reposer le malade pendant cinq jours. Le sixième jour, injection vésicale avec une solution de nitrate d'argent à 1 gramme pour 100 d'eau distillée; injection d'eau froide avant et après. On prescrit en outre 6 grammes de térébenthine cuite à prendre par la bouche; tisane de bourgeons de sapin.

La première injection détermine une vive douleur dans toute l'étendue du canal, et ensuite, pendant quatre à cinq heures consécutivement, des envies d'uriner continuelles avec émissions difficiles et peu abondantes.

Huit jours après, seconde injection semblable. Depuis ce temps, tous les huit ou neuf jours, on fait une injection, d'abord avec 2 grammes de nitrate d'argent pour 100 d'eau, puis 3 grammes. Enfin, vers les derniers jours de décembre, on arrive à 4 grammes pour la même proportion d'eau.

A partir de la première injection, et après les quelques heures qui la suivirent, le malade commença à éprouver un soulagement marqué; les envies d'uriner devinrent beaucoup moins fréquentes, le dépôt sensiblement moins abondant. Ce dépôt changea d'aspect après la troisième injection; de glaireux qu'il était jusque-là, il devint louche, puis mucosopurulent.

A la sixième injection, le sommeil revint; il n'y eut plus chaque nuit que quatre ou cinq émissions d'urine de plus en plus copieuses et accompagnées d'une douleur incomparablement plus faible.

Aujourd'hui le malade se trouve grandement soulagé des souffrances continuelles auxquelles il était en proie depuis si longtemps. Sauf les jours d'injection, il urine quatre ou cinq fois dans la journée, trois ou quatre fois au plus dans la nuit. On lui a d'ailleurs recommandé de garder son envie le plus possible, dans le but de distendre la vessie et de rendre à cet organe sa capacité normale. Le dépôt continue à diminuer.

L'appétit est excellent. Le malade a complétement repris son embonpoint et sa physionomie ordinaires. Les injections sont répétées actuellement tous les cinq ou six jours.

La médication hardie entreprise par M. Ricord a été, comme on le voit, couronnée des plus heureux succès. En considérant l'état de souffrance extrême dans lequel le malade se trouvait lors de son entrée à l'hôpital, on est nécessairement frappé d'une amélioration aussi grande et aussi rapide. Toutes les personnes qui suivent la visite de M. Ricord ont pu être témoins de l'état satisfaisant de cet homme, et nous pourrions presque dire du bonheur qu'il éprouve en se rappelant les cruelles insomnies, les douleurs insupportables qui l'assiégeaient naguère encore, et les comparant à son bien-être actuel. C'est là certainement un résultat remarquable de l'emploi du nitrate d'argent digne d'être enregistré à côté de ceux déjà si nombreux fournis à la thérapeutique par ce précieux médicament.

Les injections vésicales astringentes et caustiques ne sont pas un fait nouveau dans la science. Déjà depuis longtemps Chopart avait signalé les bons effets qu'il avait obtenus avec l'eau végéto-minérale dans un catarrhe vésical accompagné d'une sécrétion muqueuse très abondante. On sait que, plus tard, MM. Lallemand, Bretonneau et Civiale préconisèrent le nitrate d'argent; mais les doses qu'ils indiquèrent sont infiniment plus faibles que celles dont M. Ricord a fait usage. C'est ainsi qu'une solution d'un grain de nitrate d'argent pour quatre onces de liquide leur paraît assez active, et nous ne pensons pas que ces éminents praticiens soient allés beaucoup plus loin.

Cette réserve tient probablement à tout ce qu'on a dit des accidents redoutables que pouvait déterminer le nitrate d'argent introduit dans la vessie. On a recommandé les plus grandes précautions dans l'application de cet agent; on a même donné le précepte de n'injecter le liquide que goutte à goutte.

L'observation précédente prouve qu'on s'est exagéré ces craintes, un peu plus fondées sans doute sur la théorie que sur l'expérience. Chez le malade dont nous avons raconté l'histoire, on a débuté d'emblée par une solution à 1 gramme du sel pour 100 d'eau distillée, dose de beaucoup supérieure à celles déjà employées, et cependant on n'a eu à regretter aucun accident sérieux. L'injection détermine, il est vrai, de la douleur, encore même aujourd'hui; mais nous avons remarqué que cette douleur, que le malade accuse dans toute la longueur de la verge et au périnée, se fait sentir au moment où l'injection est rendue, et tient évidemment au passage d'une petite portion de liquide entre les parois de la sonde et celles de l'urètre. L'irritation du col de la vessie, traduite par les envies plus fréquentes d'uriner, se dissipe complétement au bout de quelques heures, et les cinq ou six jours d'intervalle entre deux injections sont cinq ou six jours de repos complet pour le malade. Il ne reste dès lors comme symptôme morbide que le dépôt de muco-pus qui, pour un vase entier d'urine, est à peine d'une cuillerée.

Le seul inconvénient de l'injection est donc la douleur, et encore cette douleur est-elle bien moins vive que celle qu'on détermine avec une solution analogue dans le traitement abortif de la blennorrhagie, maladie sans contredit beaucoup moins pénible et beaucoup moins grave que le catarrhe vésical arrivé à ce degré.

Faisons remarquer toutefois avant de terminer qu'on a observé depuis le commencement du traitement et qu'on observe toujours les plus grandes précautions dans l'emploi du moyen indiqué. L'injection, faite avec une seringue en verre de la capacité de 60 grammes d'eau environ, ne séjourne qu'une minute dans la vessie; enfin, elle est immédiatement précédée et suivie d'une injection d'eau froide.

Nous n'avons pas tenu compte ici de l'effet thérapeutique de la térébenthine, à laquelle on pourrait attribuer une trop grande part de succès; nous regardons dans le cas actuel ce médicament comme tout à fait accessoire, et ce qui nous le prouve, c'est que pendant douze jours son administration a été suspendue (par défaut d'approvisionnement de l'hôpital) sans qu'on ait observé le moindre ralentissement dans les progrès de l'amélioration.

Nous ferons connaître le résultat définitif du traitement.

J. Legrand,
Interne du service.

DISPENSAIRE D'YORK.

Note sur le traitement de l'angine tonsillaire aiguë par le gaïac à hautes doses;

Par M. MORRIS, médecin du Dispensaire.

Le traitement de l'angine tonsillaire aiguë par le gaïac à hautes doses a été, si je ne me trompe, introduit dans la pratique, il y a quelques années, par M. Bell, de Barrhead; mais je ne vois pas qu'il en ait été beaucoup question depuis dans les journaux de médecine. J'ai essayé ce mode de traitement dans un grand nombre de cas, et j'ai pu ainsi vérifier ce qu'en avait affirmé M. Bell. Le plus souvent, non pas toujours toutefois, j'ai trouvé nécessaire de donner des apéritifs durant le traitement. Pour l'ordinaire, j'administre au début un émétique doux, suivi d'un apéritif; puis la mixture de gaïac à la dose d'un demi-gros (2 grammes), trois fois par jour. La rapidité avec laquelle ce traitement réussit est vraiment extraordinaire; quant à son mode d'agir, généralement on voit les sécrétions augmentées, plus particulièrement celles de la peau et des reins, avec une très rapide disparition des symptômes les plus urgents. J'ai essayé, à diverses époques, d'autres plans de traitement; mais aucun n'a égalé celui-ci pour la certitude et la rapidité.

En prescrivant le gaïac, je me suis abstenu de toute autre espèce de traitement, afin d'avoir des résultats plus nets; et je n'ai pas eu à le regretter, ce moyen ayant toujours suffi pour la guérison.

Obs. I. — Le 10 septembre 1841, mistriss W., trente-cinq ans, malade depuis sept jours. Elle a depuis ce temps beaucoup de douleurs et de difficulté à avaler. Le pouls est modéré, la langue sale, le ventre paresseux; les amygdales arrivent presque à se toucher, et sont d'un rouge sombre. — *Prescription* · *illico* 8 onces d'eau de sulfate de magnésie; après quoi :

Pr. Gaïac en poudre	15	grammes.
Mucilage et sirop, ãã	30	—
Eau de casse	15	—
Eau	180	—

M. A prendre à la dose de 30 grammes, trois fois par jour.

Le 12, mieux prononcé; les amygdales encore un peu gonflées. — Même traitement.

Le 14, convalescence.

Obs. II. — Le 12 septembre 1841, Mary Dobson, soixante-huit ans, malade de la veille, offre les amygdales gonflées et rouges, avec douleur et difficulté d'avaler; le pouls accéléré, la langue très sale, avec un enduit brun; le ventre paresseux. Elle avait été longtemps maladive. — *Prescription* : *illico* pillules de coloquinte, 10 grains; mixture de gaïac, une once, trois fois par jour.

Le 13, amygdales fort diminuées; la langue presque nette, très rouge et excoriée. — Même traitement, et gargarisme de borate de soude.

Le 14, amygdales à l'état naturel; la langue meilleure, mais toujours excoriée. Cette circonstance seule prolongea le traitement de quelques jours.

Obs. III. — Le 12 novembre 1843, Elisa W..., âgée de dix-neuf ans, malade depuis cinq jours. Elle avait été prise, au début, de frissons et de malaise; puis, bientôt après, de douleur et de difficulté en avalant, qui n'avaient fait que s'accroître. Beaucoup de céphalalgie et de soif; le pouls à 84, mou; langue très sale, avec un enduit jaunâtre. Elle pouvait à peine ouvrir la bouche. Les amygdales étaient très tuméfiées, arrivant presque au contact, et d'un rouge sombre. Un purgatif avait amené des selles. — *Prescript.* : *illico* 15 grains de poudre d'ipéca; une heure après, 10 grains de pilules de coloquinte, puis la mixture de gaïac à la dose de 1 once trois fois par jour.

Le 13 novembre, elle avale aisément; les amygdales sont très diminuées; pas de douleur. — Même prescription.

Le 14, Les amygdales diminuent de plus en plus; la rougeur est presque partie; selles naturelles. — Répéter les pilules de coloquinte et la mixture de gaïac.

Le 16, les amygdales sont encore un peu gonflées; elle se sent bien. — Même traitement.

Le 18, convalescence.

Obs. IV. — Le 7 août 1844, Sarah C..., âgée de vingt-cinq ans, a eu, il y a huit jours, des frissons et des vomissements; et, bientôt après, la gorge est devenue douloureuse, avec difficultés d'avaler. Aujourd'hui, elle se plaint beaucoup de la gorge, et aussi des oreilles et de la céphalalgie; la langue est très sale, avec un enduit brunâtre; le ventre libre, le pouls à 90; l'amygdale droite considérablement gonflée et d'un rouge vif; la malade a été sujette à des angines de ce genre, et l'amygdale gauche paraît hypertrophiée d'une manière permanente; elle a pris de l'émétique ce matin. — Mixture de gaïac, une once, trois fois par jour.

Le 11, convalescence; mais la malade est faible, et on lui prescrit des toniques. Il serait aisé de multiplier les cas de ce genre; mais ceux qu'on vient de lire suffisent, je pense, pour montrer la valeur du gaïac comme remède dans l'angine tonsillaire aiguë; comme on pouvait s'y attendre, il ne serait d'aucun secours dans les cas chroniques.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

Sur la dystocie, avec présentation du tronc,

Par M. JOUBERT, D.-M. à Chinon (Indre-et-Loire).

Les présentations du tronc, bien qu'assez fréquentes, n'ont pas été étudiées dans toutes leurs variétés. Les différentes circonstances qui les déterminent ou les accompagnent ne sont pas si bien connues, et la conduite que doit tenir l'accoucheur dans tel cas donné n'est pas si bien fixée, que je ne croie utile de faire connaître les remarques que m'ont suggérées deux faits intéressants de ma pratique.

Le mardi 9 janvier 1844, à huit heures du soir, je fus appelé par mon confrère, le docteur Gendron, près d'une femme nommée Rouleau, demeurant commune de Rivières (une lieue de Chinon).

Cette femme est âgée de vingt-quatre ans, bien constituée; taille, 1 mètre 55 centimètres; se livre aux travaux de la campagne, n'a jamais été malade, et se trouve au terme d'une première grossesse.

Les douleurs ont commencé le dimanche 7 janvier, neuf heures du matin. Une sage-femme, appelée dès le commencement du travail, nous raconte que, dans la nuit du dimanche au lundi, les eaux amniotiques s'écoulèrent; les contractions utérines, faibles et lentes, continuèrent avec ce caractère, la femme restant tantôt debout et tantôt assise, jusqu'au mardi matin où elles devinrent plus intenses. La matrone pratique alors le toucher, et trouve le bras de l'enfant à la vulve. Plus prudente que tant d'autres, elle demande les secours d'un médecin, et à une heure le docteur Gendron arrive près de la femme Rouleau.

La sortie du bras constatée, notre confrère tente de suite la version. La main franchit assez facilement l'orifice vaginal et le col utérin; après quelques difficultés pour s'élever au-dessus de l'angle sacro-vertébral, la main arrive enfin aux pieds du fœtus, reconnaît les orteils et va saisir le talon, lorsqu'une contraction utérine violente la refoule, l'engourdit, et oblige notre confrère à la retirer comme paralysée et tout à fait impuissante.

Une nouvelle tentative après la contraction passée rencontre plus de difficultés, et la main ne peut plus pénétrer au-dessus du promontoire.

Appelé alors, je me rends à huit heures du soir près de la femme Rouleau, et après avoir reçu les renseignements que je viens de relater, je constate les phénomènes suivants :

L'avant-bras droit du fœtus a franchi la vulve; il est froid, sans engorgement ni changement de couleur. Une anse du cordon pend à sa gauche, froide et sans battements. Les parties génitales externes sont molles, facilement et largement dilatables, sans gonflement, ni chaleur, ni sécheresse. Un doigt introduit trouve le col utérin largement ouvert, mou, sans chaleur, et se promène aisément entre la moitié gauche de cet orifice et la partie correspondante du bras du fœtus; mais, à droite, il rencontre la tête du fœtus inclinée sur l'épaule qui se présente, et en première position (occipito-cotyloïdienne gauche). Le pouls ne donne que 75 pulsations par minute; le bas-ventre n'est pas sensible à la pression; mais nous constatons en ce point une saillie tout à fait anormale, formée par une tumeur de forme conique, dont la base répond au pubis, et dont le sommet s'élève à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle est molle, fluctuante, bien circonscrite en haut et sur les côtés, où l'on trouve comme contraste la résistance, la dureté des parois utérines, et donne un son mat à la percussion.

Le siége, la forme, la fluctuation et la matité de cette tumeur nous font l'attribuer à la dilatation de la vessie par une grande quantité d'urine; et bien que la femme nous affirme avoir uriné souvent depuis le commencement des douleurs, je pratiquai le cathétérisme. 125 grammes d'urine s'écoulent par la sonde sans qu'aucun changement se fasse remarquer dans la tumeur.

Nous demeurons incertains sur la nature de cette tumeur, qui nous paraît être si distincte du corps de l'utérus.

Les contractions utérines sont toujours lentes, faibles, et, depuis huit heures que le docteur Gendron est présent, le travail n'a pas avancé. Nous décidons de tenter de nouveau la version.

Mon confrère essaie successivement et infructueusement l'introduction de la main gauche, puis de la droite. Je viens, sur son invitation, tenter à mon tour cette manœuvre.

Je franchis facilement la vulve et le col utérin; mais je ne puis pas aller plus loin. L'utérus est collé sur l'enfant, absolument comme un gant étroit sur la main; on n'avance qu'en refoulant et aplatissant la poitrine et l'abdomen du fœtus, et l'espace agrandi ne va pas au delà de la dépressibilité de ces parties. Deux essais de ma part sont infructueux, comme ceux de notre confrère.

L'enfant est mort bien évidemment; la femme n'est pas affaiblie; nulle perte de sang n'a lieu. Nous ne jugeons pas qu'il soit urgent de terminer l'accouchement. D'un autre côté la présence simultanée de la tête et de l'épaule à l'orifice utérin nous donne quelque espoir de voir l'évolution spontanée se produire, et nous convenons d'attendre jusqu'au lendemain matin.

Une saignée est pratiquée. Un bain prolongé, des fomenta-

tions émollientes sur le bas-ventre et la vulve sont ordonnés, et le lendemain nous revenons accompagnés du docteur Harpin, que sa longue expérience nous engage à consulter dans ce cas difficile.

Depuis l'heure à laquelle nous avons quitté la malade, les douleurs sont devenues plus fortes et plus fréquentes. Le pouls est fréquent, 120 pulsations par minute, mais assez développé. Le bras sorti est violacé, emphysémateux; les parties génitales externes chaudes, sèches et tuméfiées. Même présentation que la veille, et bien que les douleurs soient excessivement violentes depuis plusieurs heures, le travail n'a pas avancé. Même tumeur à l'hypogastre.

Nous décidons que de nouvelles tentatives de version doivent être faites; nous retrouvons les mêmes difficultés que la veille, et, après deux essais, nous venons déclarer notre impuissance.

Le docteur H., après une tentative longtemps prolongée, et pendant laquelle la femme Rouleau pousse des cris perçants, reconnaît avec nous l'impossibilité de faire la version.

La position élevée de la tête, l'accollement si étroit des parties de l'utérus sur cette partie rendaient l'application du forceps excessivement difficile et dangereuse pour la mère. Le docteur H. nous propose alors de pratiquer des tractions sur le bras. Peut-être, dit-il, ferons-nous descendre et le bras et la tête en même temps. Ces tractions nous semblent, au docteur G. et à moi, devoir produire en effet la descente de l'épaule, mais amener très probablement le renversement, l'élongation de la tête sur le col. Afin d'éviter ce résultat, et de donner à cette manœuvre quelques chances de succès, nous convenons, tout en tirant sur le bras, d'opérer en même temps des tractions sur la tête au moyen d'un crochet dont le bout serait appuyé sur le bord osseux de la fontanelle antérieure facile à atteindre. Le docteur G. opère ces tractions, tandis que de mon côté je tire assez fortement sur le bras. Plusieurs fois le crochet glisse et est appliqué de nouveau; l'épaule a descendu; mais le crochet vient de glisser, et la position du fœtus est changée. La tête est remontée vers la fosse iliaque droite, et la poitrine occupe toute la surface de l'orifice utérin. Cette nouvelle présentation constatée, je propose de procéder à l'extraction du fœtus de la manière suivante: désarticuler le bras, ouvrir les cavités thoraciques et abdominales, les vider des organes qu'elles contiennent, engager un crochet autour de la colonne vertébrale, et, par des tractions ménagées, amener le fœtus en double.

Cette proposition acceptée par mes confrères, je continue des tractions ménagées sur le bras. L'épaule baisse, arrive à la vulve, et en quelques coups de ciseaux je la détache du tronc demeuré toujours à la même place.

L'orifice utérin, libre de ces parties, présente une portion de la paroi antérieure du thorax et l'épigastre du fœtus.

Un doigt pénètre, par une légère pression, au travers de ces parties déjà putréfiées; puis deux doigts brisent les côtes et enlèvent facilement les fragments de ces os qui pourraient gêner l'introduction de la main. Les viscères thoraciques et abdominaux sont alors enlevés. Ce premier temps est facile et rapidement exécuté. Je trouve alors la colonne vertébrale couchée transversalement au-dessus des branches horizontales du pubis. Je saisis cette partie au niveau de la région lombaire entre un doigt de la main gauche passé en arrière du côté du sacrum et le pouce de la même main passé en avant du côté du pubis. Craignant de blesser avec le bout du crochet la paroi antérieure de la matrice contre laquelle la colonne vertébrale est appliquée, je repousse cette partie du fœtus en arrière et l'amène au centre de l'orifice utérin. Portant alors le crochet en arrière, puis au-dessus de la portion lombaire de la colonne vertébrale, je lui fais, par un mouvement de bascule, embrasser dans sa concavité cette tige osseuse et les parties molles qui la recouvrent, et son bec vient rencontrer mon pouce protégeant contre son atteinte la paroi antérieure de la matrice. De ma main droite je tire sur le crochet, tandis que du pouce gauche, appuyé toujours sur son extrémité, je le maintiens et le dirige en bas et en arrière. Ces tractions fortes et prolongées font enfin fléchir la colonne vertébrale, la plient sur elle-même au niveau du point saisi qui descend en double à l'orifice vulvaire; les fesses, les cuisses et les jambes sont successivement dégagées, et la poitrine et la tête suivent immédiatement, une forte contraction utérine aidant.

Une quantité considérable de liquide amniotique s'échappe au moment de l'extraction du fœtus.

La tumeur dont nous avons signalé l'existence à l'hypogastre a complètement disparu, et sa nature nous est alors expliquée; elle était bien évidemment due à l'accumulation du liquide amniotique en ce point. Une portion de la paroi antérieure de la matrice n'avait pas participé aux contractions du reste de cet organe, et l'eau de l'amnios s'était trouvée retenue dans cette partie demeurée inerte par suite de l'accollement étroit du reste des parois utérines contre le fœtus.

Ma main introduite trouve le placenta détaché, et l'entraîne au dehors.

L'enfant était gros.

Les suites de couches n'ont été entravées par aucun accident, et le 30 janvier la femme a repris ses travaux.

— Le lundi 14 juin 1847, à neuf heures du soir, je me rends près de la fille N..., demeurant dans la commune de Cravant (deux lieues de Chinon).

Cette fille a ressenti les premières douleurs de l'enfantement le jeudi 10 juin; le vendredi, la poche des eaux se rompt. Une sage-femme appelée pratique le toucher, croit reconnaître une présentation des fesses, et demeure jusqu'au lundi 14, attendant toujours des seuls efforts de la femme la terminaison de l'accouchement. Les douleurs sont fortes, fréquentes, et cependant le travail n'avance pas; la sage-femme, inquiète, me fait appeler, et je constate l'état suivant:

La fille N... est âgée de vingt-trois ans, bien constituée, primipare et au terme de sa grossesse, sans jamais avoir été malade.

Je pratique le toucher, et je trouve l'orifice vaginal étroit, le col utérin peu dilaté. Au lieu d'une présentation des fesses, je reconnais aussitôt une présentation du tronc dans la position céphalo-iliaque gauche; la région latérale gauche répond à l'orifice utérin; le dos est tourné en arrière. Immédiatement je tente d'opérer la version. La main franchit assez facilement l'orifice vaginal; l'orifice utérin, étroit, oppose plus de résistance. Mais ces difficultés vaincues, la main ne peut aller plus loin, elle est arrêtée par l'accollement des parois de la matrice sur le fœtus; cet accollement est tel que l'extrémité des doigts ne pénètre entre les parois utérines et le fœtus qu'en déprimant les parties molles de ce dernier. Deux essais successifs longtemps prolongés me démontrent l'impossibilité d'opérer la version.

Les eaux amniotiques sont écoulées. Depuis trois jours, la fille N... n'a plus senti les mouvements de l'enfant. Dans les tentatives de version auxquelles je me suis livré, j'ai senti l'épiderme du fœtus s'enlever sous les doigts; une odeur annonçant un commencement de putréfaction s'exhale du vagin; l'enfant est évidemment mort depuis longtemps. La fille N... est pleine de force et de courage; le pouls est normal; le ventre n'est pas sensible à la pression; les organes génitaux externes ne présentent ni gonflement, ni chaleur, ni sécheresse. Désirant avoir le concours d'un confrère, je remets, sans danger pour la mère, la terminaison de l'accouchement au lendemain mardi.

Le lendemain, en effet, je reviens assisté du docteur Duboz. Même position du fœtus, même état de la fille.

Deux fois nous tentons d'opérer la version et deux fois nous restons impuissants devant les obstacles rencontrés par moi la veille.

Je propose alors à mon confrère la manœuvre opératoire suivante, et à laquelle je procède immédiatement:

Avec un bistouri droit, conduit sur le doigt, j'incise la paroi thoracique qui se présente. Deux doigts introduits dans l'incision l'agrandissent; quelques côtes sont brisées et leurs fragments enlevés. La main introduite vide les cavités thoracique et abdominale des organes qu'elles contiennent et arrive à la colonne vertébrale située en arrière, un peu au-dessus du détroit supérieur; un crochet est passé facilement en arrière, puis au-dessus de cette tige osseuse, l'embrasse par un mouvement de bascule dans sa concavité; des tractions ménagées font descendre le fœtus en double, et l'accouchement se termine comme dans l'observation précédente.

Les suites de couches sont heureuses, ne présentent aucune espèce d'accidents.

Comme dans le cas précédent, l'enfant était très gros.

Dans les deux cas que je viens de citer avons-nous bien observé, mes confrères et moi, les préceptes de l'art?

Devions-nous, confiants dans les ressources de la nature, attendre l'évolution spontanée ou délivrer la mère par tout autre moyen que celui auquel nous avons eu recours?

Demuau a soutenu par des idées théoriques et par des faits que dans ces cas l'évolution spontanée était la règle et que l'accoucheur ne devait pas intervenir, à moins d'indication précise. La possibilité de l'évolution spontanée dans les présentations du tronc n'est pas douteuse. Trop d'exemples de pareille terminaison sont cités par les auteurs. Guillemot a trop bien analysé les différents temps de ce travail pour que le moindre doute subsiste à cet égard. Mais, loin d'être la règle, l'évolution spontanée n'est dans ces cas qu'une rare exception et, pour beaucoup d'accoucheurs, n'est possible que lorsque l'enfant est très petit. Aussi tous les chirurgiens sont-ils d'avis d'intervenir, et d'intervenir le plus promptement possible.

Dans le cas de sortie du bras, on ne perd plus son temps dans de vaines tentatives pour le refouler. La première chose à faire, quelle que soit la présentation du tronc, est de tenter la version. Tous les accoucheurs français sont d'accord à cet égard. Pour quelques-uns, cette opération est toujours possible; pour le plus grand nombre, au contraire, certains obstacles peuvent s'opposer à son exécution: ou bien les parties qui se présentent sont descendues dans le vagin et s'opposent à l'introduction de la main, ou bien c'est le resserrement du col utérin sur les parties engorgées, ou bien encore c'est l'accollement trop étroit des parois de la matrice sur le fœtus.

C'est contre ce dernier obstacle que nos tentatives sont venues échouer dans les deux observations qu'on vient de lire. Le temps écoulé depuis l'écoulement du liquide amniotique jusqu'au moment où nous avons été appelés me semble devoir être considéré comme la cause de ce resserrement spasmodique de l'utérus sur l'enfant. On a vu dans la première de nos observations combien nous avons insisté sur les tentatives de version. Chacun de nous avait dans des cas analogues pratiqué plusieurs fois cette manœuvre et tous trois y avons mis autant d'insistance que si nous eussions cru à la certitude de vaincre l'obstacle signalé. Et cependant chacun de nous est venu tour à tour confesser son impuissance.

Devions-nous dans ce cas demeurer spectateurs inactifs, espérant l'évolution spontanée, ou débarrasser la mère par le morcellement du fœtus? La présentation simultanée de la tête et de l'épaule du fœtus à l'orifice utérin semblait devoir nous permettre d'espérer cette terminaison. Une saignée est pratiquée, un bain, des fomentations émollientes conseillées; mais, malgré l'emploi de ces divers moyens et l'existence de contractions utérines très intenses, le travail n'a pas avancé après douze heures de temporisation.

L'enfant était mort depuis longtemps; un commencement de putréfaction, se manifestant par l'emphysème du bras sorti, ne laissait pas de doutes à cet égard. La crainte de voir se renouveler les scènes affreuses dont Peu et Picard furent témoins ne pouvait exister. Nous n'avions plus qu'un corps étranger à extraire de l'utérus en faisant courir à la femme aussi peu de risques que possible. Malgré l'avis de Burton, qui dit que couper ou arracher le bras est une scélératesse; de Lemoine, qui prétend qu'agir ainsi est une barbarie atroce; malgré toutes les objections faites à M. Le Roux contre cette même pratique, on nous a vus tirer sur le bras, le faire descendre jusqu'à la vulve et le détacher par quelques coups de ciseaux. Le vagin et le col utérin, débarrassés de cette partie du fœtus, nous ont permis d'agir avec beaucoup plus de facilité dans les autres temps de notre opération.

Nous savions avec quelle force la pratique que nous avons cru devoir suivre a été condamnée par la plupart des maîtres, et cependant nous n'avons pas craint d'y recourir. Quelque répugnance que l'on puisse avoir pour la mutilation du fœtus, reculer devant cette opération, *lorsque la mort est bien certaine*, me semble d'une réserve, d'une timidité bien extraordinaires chez des chirurgiens habitués à des sacrifices bien plus pénibles.

Dans les deux cas, nous avons été, au travers des parois thoracique et abdominale vides des organes qu'elles contenaient, saisir avec un crochet la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire et amener ainsi le fœtus en double à la vulve, dégager l'extrémité pelvienne et terminer l'accouchement avec une facilité extrême, imitant ainsi des terminaisons spontanées de cette présentation vicieuse.

Ce procédé me semble bien préférable à ceux conseillés par les différents auteurs: à la décollation, aux lacs passés au-dessus du tronc, à l'application des crochets mousses sur le thorax, etc., etc.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 janvier 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un instrument de Mme Coquillard;

2° Une lettre du même ministre pour demander l'avis de l'Académie sur un appareil à vapeur sèche applicable dans le traitement du choléra;

3° Une lettre du même ministre, avec envoi d'un mémoire de M. Laserre sur le traitement du choléra;

4° Plusieurs états de vaccinations.

— La correspondance officielle comprend:

Choléra.

1° Une lettre de M. Pellarin sur le même objet que les précédentes.

Luxation du pouce. — Nouveau procédé de réduction.

2° M. Mazier, de Laigle (Orne), envoie une observation de luxation de la deuxième phalange du pouce réduite par un nouveau procédé. Ce procédé consiste à coller, à l'aide du collodium, des bandes autour de la phalange luxée, et de tirer ensuite sur ces bandes, qui sont assez fortement adhérentes à la peau pour supporter la contre-extension nécessaire à la réduction.

Opération césarienne.

M. Tueffard, de Montbelliard (Doubs), envoie la relation de sa troisième opération césarienne, pratiquée avec succès.

Calcul. — Bouillon de gélatine.

M. Defer, chirurgien des hôpitaux civils de Metz, adresse une observation de calcul urinaire enveloppé de six couches pseudomembraneuses, et annonce à l'Académie, par la même occasion, que l'hôpital Saint-Nicolas, de Metz, a fait supprimer l'appareil de Darcet, à l'aide duquel on préparait du bouillon pour 480 personnes avec de la gélatine et 20 à 25 kilogrammes de viande. Depuis que l'appareil est supprimé, et qu'on fait du bouillon par le procédé généralement suivi, le personnel se trouve beaucoup mieux.

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Velpeau. Sans vouloir rentrer, dit-il, dans la discussion générale, je demande cependant à dire encore quelques mots, rendus nécessaires, je crois, par les deux derniers discours prononcés à cette tribune.

L'Académie comprendra, j'espère aujourd'hui, que cette longue discussion n'a pas été aussi stérile qu'on l'avait supposé d'abord, et que les opinions émises par chacun de nous diffèrent assez peu maintenant les unes des autres, au moins par le fond, si ce n'est par la forme.

Peut-être ne sera-t-il pas inutile, à présent, de rétablir deux faits dont l'origine semble vouloir se perdre au milieu de la discussion. Le premier de ces faits, c'est que les détails sur les causes, la forme, la bénignité ou la gravité et les accidents des inflexions utérines, donnés par MM. Malgaigne, Jobert, Huguier et Paul Dubois, viennent confirmer non-seulement ce que j'ai dit ici de ce genre de difformité, mais encore ce que j'en ai dit et imprimé il y a quinze ans dans mon *Traité d'accouchements*, comme il y a dix ans dans le tome II de ma *Clinique*, comme dans la *Gazette des Hôpitaux* (1485, p. 1, etc.), et dans d'autres journaux depuis. L'autre fait, c'est que personne maintenant ne semble avoir jamais voulu parler d'engorgements essentiels de l'utérus! Je ne demande pas mieux de mon côté, et nous voilà volontiers d'accord; mais alors pourquoi me combattre? Pourquoi ne pas convenir qu'on se range à mon opinion? Si l'on admet avec moi que l'engorgement n'est qu'un symptôme, un effet, au lieu d'être la maladie essentielle ou primitive, pourquoi le prendre pour titre? Pourquoi, par exemple, se servir des expressions: engorgements fongueux, granuleux, ulcéreux, tuberculeux, cancéreux, etc., plutôt que de dire tout simplement: fongus, ulcères, cancers, compliqués d'engorgement quand il y en a?

Au demeurant, si vous m'accordez que les engorgements utérins ne sont que l'ombre, ou la dépendance, le résultat d'une autre maladie, d'un état pathologique préalable, je n'en demande pas davantage. Cela suffit, en effet, pour ruiner de tous points les doctrines professées à ce sujet depuis trente ou quarante ans. Là est toute la question, puisque, dans la thérapeutique comme dans le diagnostic, l'engorgement, au lieu de jouer le rôle principal comme par le passé, ne sera plus dorénavant qu'un objet secondaire.

Si, comme le dit M. Paul Dubois (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 215), ce que j'ai contesté n'a point été mis en question, si l'engorgement tel que l'entendait Lisfranc, tel que tout le monde l'entend, est admis par moi, pourquoi donc discutons-nous? Si la controverse ne roule que sur un malentendu, pourquoi donc ne l'avoir pas dit tout d'abord? Si quelque chose a changé dans le cours du débat, il me semble que ce n'est pas moi, car j'ai défini le premier jour, comme je le fais encore aujourd'hui, l'objet dont je voulais m'occuper. Si vous entendez l'engorgement comme Lisfranc, je me vois obligé de rester en désaccord avec vous ; vous ne pensez pas comme moi, ou je ne pense pas comme vous, et voici finalement en quoi nous différons.

Pour Lisfranc, l'engorgement c'est la maladie, résultat plus ou moins éloigné d'un état subinflammatoire de l'utérus, et point de départ des autres lésions chroniques de la matrice.

Pour moi, l'état que vous appelez engorgement n'est pas la maladie, ne fait pas naître les autres maladies, n'est qu'un symptôme, qu'un résultat de quelques autres maladies, un effet possible de la plupart des autres affections utérines, n'est, en un mot, qu'un élément tout à fait secondaire, au lieu d'être le fait capital et primitif, dans la question des maladies de matrice.

Pour Lisfranc, quand on a *diagnostiqué un engorgement*, tout est dit.

Là où vous indiquez un engorgement, je dis, moi : il y a autre chose. Cherchez et vous trouverez soit des corps fibreux, soit toute autre tumeur, soit quelque maladie organique, soit l'état granuleux des cavités génitales, soit une déviation, etc.

Dans la doctrine de Lisfranc, la thérapeutique ne tient compte que de l'engorgement, est dirigée en entier contre l'engorgement, fait complétement abstraction de toute autre maladie.

A mes yeux la thérapeutique doit, le plus souvent, ne point tenir compte de l'engorgement, et s'attaquer au contraire à l'affection réelle dont l'engorgement n'est que l'ombre.

Au demeurant, dans l'école de Lisfranc, le mot *engorgement* sert de *titre* à presque toutes les maladies chroniques de l'utérus.

Selon moi, c'est un mot qui, comme *tête de chapitre*, ne peut servir à la désignation d'aucune affection de l'utérus. Voilà de quelle façon nous sommes de la même opinion! Que les praticiens veuillent bien prendre la peine d'y réfléchir, et qu'ils choisissent.

Il semblerait aussi, à en juger par le langage de mes honorables collègues, que mon entrée dans la discussion des lésions utérines ne date que de nos débats académiques, et que je sois venu ici à la suite d'une foule d'autres. Pour être bien compris, je dois rappeler une dernière fois que tout ce que j'ai dit dans cette enceinte, soit des engorgements, soit des déviations, soit des granulations de l'utérus, se trouve imprimé, en mon nom, dans différents recueils depuis plus de dix ans, bien avant, par conséquent, que M. Baud, M. Huguier, M. Jobert, etc., eussent rien publié sur le même sujet. Si les opinions et la pratique généralisées par Lisfranc ont subi de notables modifications depuis dix ans, j'ai donc droit de croire que j'ai contribué quelque peu à ce changement. Il m'importe, dès lors, de ne laisser ni dire ni penser que j'ai simplement suivi le mouvement des idées sur ce point important de pathologie. Peut-être enfin pourrai-je ajouter que, pour le moment au moins, l'abandon des doctrines anciennes doit naturellement tourner au profit des miennes.

Cela dit d'une manière générale, je reviens aux débats des deux dernières séances spécialement.

Dans sa dernière argumentation, M. Huguier m'a fait plusieurs genres de reproches, les uns que je mérite peut-être et les autres que je crois dépourvus de fondement.

En invoquant sa statistique, dit-il, je lui ai prêté l'idée d'avoir cité 2,527 cas de maladies *utérines*, tandis que lui n'avait parlé que de maladies des *femmes*. Le fait est vrai, et je m'en confesse ; mais suis-je le seul coupable ici ? Jusque-là nous n'avions parlé que de maladies utérines ; il n'avait pas été question d'autre chose, et M. Huguier, pour prouver que l'engorgement utérin est fréquent, répond que, sur 2,527 cas de maladies de femmes, il a rencontré un nombre déterminé d'exemples de cette affection. N'étions-nous pas en droit de penser que par maladies de femmes il entendait parler de maladies de l'utérus ?

M. Huguier m'a longuement combattu ensuite pour prouver que j'avais eu tort de soutenir que l'hypertrophie et l'engorgement sont la même chose. Là-dessus, il s'est donné une peine inutile, car je n'ai rien dit de semblable. Demandant à mes adversaires ce qu'ils entendaient par engorgement, j'ai simplement dit : Est-ce ceci, est-ce cela? serait-ce l'hypertrophie, par exemple? Et alors j'ai cherché à prouver que cela ne méritait pas le nom d'engorgement, que l'hypertrophie était plutôt une difformité qu'une maladie, qu'elle n'était pas de nature au moins à causer les dangers attribués à l'engorgement. Contestant l'existence de l'engorgement comme maladie essentielle, je n'avais point à le définir; j'aurais tout simplement désiré que ceux qui l'admettent voulussent bien indiquer ce qu'ils entendent par là.

M. Huguier soutient que tout le monde le comprend de la même manière, et que j'ai eu tort d'avancer le contraire. Je lui en demande bien pardon; mais, pour lui montrer qu'il se trompe, il suffira de rappeler qu'à son point de vue l'engorgement est une affection complexe qui ne peut pas être simple, qui n'est ni de la métrite, ni de l'hypertrophie; tandis que pour Lisfranc et M. Duparcque, par exemple, les différentes sortes de métrites et d'hypertrophies rentrent dans la catégorie des engorgements. Ajouterai-je que ces derniers auteurs admettent des engorgements simples, des engorgements tuberculeux, des engorgements squirrheux, etc., dont M. Huguier ne veut pas, et que M. Duparcque lui-même a eu le bon esprit de remarquer que le mot *engorgement* est une expression vicieuse ?

En récusant le témoignage des pièces qui nous ont été apportées, je n'ai point dit, comme M. Huguier semble le croire, qu'un liquide conservateur quelconque pût faire disparaître une hypertrophie ancienne, pût amincir une matrice épaisse, etc. ; j'ai uniquement prétendu que la maladie réelle, fongosités, végétations, granulations, état catarrhal, etc., ne pouvaient plus guère être appréciées, et que la persistance du volume de l'utérus ne prouvait en aucune façon que, pendant la vie, il n'y eût pas autre chose que ce que l'on nous montrait.

Je l'avoue à ma honte, car c'est sans doute la faute de mon intelligence, malgré tous les détails qui nous ont été donnés, je comprends moins que jamais ce que l'on doit entendre par engorgement essentiel de l'utérus ; d'après ce qu'en a dit M. Huguier, ce serait la même chose que la tuméfaction, ou le gonflement, ou l'inflammation, ou l'œdème, ou l'infiltration, etc. Est-ce que dans leurs livres ils ont des chapitres pour l'engorgement du cerveau, de l'estomac, du rein, de la vessie ?

Malgré lui ou à son insu, M. Huguier en vient même à donner de l'engorgement la même idée que moi, c'est-à-dire à en faire un symptôme, une complication, puisqu'il cite comme exemple les engorgements qui accompagnent les fistules à l'anus, les fractures, la *phlegmasia alba* dans les ulcères, etc. Est-ce que dans tout cela l'engorgement est la maladie, le fait capital, autre chose qu'un épiphénomène? Est-ce que dans tout cela il ne suffit pas de guérir la fistule, l'ulcère, la *phlegmasia alba*, les fractures, etc., pour que l'engorgement se dissipe ensuite? Une preuve sans réplique que l'engorgement de M. Huguier n'est d'aucune valeur dans la pratique, c'est qu'il avance lui-même qu'à la dissection même, quand on est armé du scalpel et du microscope, il n'est pas toujours facile de distinguer le squirrhe de l'engorgement. Comment donc alors le distinguer sur les femmes vivantes, au lit des malades ?

En somme, il en est aujourd'hui des engorgements de la matrice comme des engorgements du testicule il y a cinquante ans; on englobe sous ce titre insignifiant toutes sortes de lésions diverses. Tous mes efforts dans la discussion actuelle ont eu pour but de faire sortir la science et la pratique de cet impasse, en même temps que de fixer l'attention des praticiens sur la fréquence des déviations, des inflexions de l'utérus.

Onoïsme. — Nomenclature médicale.

M. Piorry. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau le huitième et dernier volume de mon *Traité de Médecine pratique*. Cet ouvrage, dont j'ai remis les sept premiers volumes à l'Académie, se compose d'un très grand nombre de mémoires originaux sur les diverses parties de la science.

Les doctrines qui m'ont inspiré ce long travail, qui m'a coûté six années de laborieuses recherches, sont fondées sur l'expérimentation clinique et physiologique, dirigée par la ferme intention d'écarter tout système exclusif et toute préoccupation d'esprit. Par la force des choses, j'ai été conduit à oublier en quelque sorte les unités fantastiques, les êtres de raison, dits maladies, pour étudier les états pathologiques dont l'ensemble constitue les collections symptomatiques, d'ailleurs très variables, qui avaient été représentées par des noms divers. De là une nécessité absolue de donner des dénominations nouvelles, non pas aux maladies, que je n'admettais pas comme des êtres ou des choses, mais aux états morbides anatomiques ou fonctionnels qui en sont les éléments. De là, par conséquent, la nomenclature pathologique, ou onoïsme pathologique, qui, comparable à la nomenclature chimique, est indispensable pour exprimer succinctement, clairement, les doctrines qui ont été la pensée de l'ouvrage. Un grand nombre des mots qu'elle consacre sont déjà reçus dans le langage scientifique; les autres le seront bientôt, si les doctrines qu'ils représentent sont l'expression réelle des faits expérimentaux et pratiques. J'ai l'honneur de prier l'Académie de vouloir bien consacrer une ou plusieurs séances à l'exposition et à la discussion soit de ces doctrines, soit du langage destiné à les exposer. Libre de toute préoccupation personnelle, je serai tout prêt, si mes opinions ne supportent pas un examen sévère et consciencieux, à renoncer aux idées qui m'ont conduit à publier le *Traité de Médecine pratique;* mais si les doctrines que je défends ne sont combattues par des arguments solides, je persisterai plus que jamais à soutenir avec énergie, et en toute occasion, les idées que j'ai émises, et les principes plutôt que les mots de l'onoïsme pathologique, ou nomenclature médicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 janvier 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Pression du sang dans les vaisseaux.

La seule communication relative à l'objet de nos études a été une lecture de M. Guettet sur un instrument propre à mesurer la force de pression du sang dans les vaisseaux. Ce travail ne peut être bien saisi qu'à l'aide de figures explicatives que nous tâcherons de mettre plus tard sous les yeux de nos lecteurs.

NOUVELLES.

Voici encore une importante mesure qu'on doit à la haute et intelligente sollicitude de M. Dufaure pour les intérêts des classes peu aisées de la société.

La commission sociale du chemin de fer de Paris à Lyon, présidée par M. Dufaure, vient de décider qu'à l'avenir les nourrices allant à Paris ou en revenant seraient transportées dans les diligences de 2e classe au même prix que pour les wagons de 3e classe. Ces diligences de 2e classe offrent des conditions de bien-être et de confortable, surtout pendant la mauvaise saison, que les délicates fonctions des femmes auxquelles profite cette mesure rendent encore plus précieuses.

— Le ministre de la guerre a chargé une commission de vérifier si la mise en eau des étangs avoisinant Saint-Cyr, réclamée pour les besoins du service de l'Institut national agronomique, ne deviendrait pas une cause d'insalubrité pour les élèves de l'Ecole et les habitants des communes environnantes. La commission s'est rendu compte du nombre des décès qui ont eu lieu pendant les années d'existence des étangs et de ceux des années de desséchement ; il a été reconnu que la mortalité atteignait un chiffre bien moins considérable depuis que les étangs sont à sec. L'intérêt hygiénique général a donc fait repousser par l'administration le projet de la mise en eau de ces étangs.

— *Rage. Incubation de neuf mois.* Si la nouvelle suivante avait la garantie de quelques confrères de la Loire-Inférieure, elle constituerait un fait important de pathologie médicale. Nous croyons donc utile de faire appel à ceux d'entre eux qui auraient pu être témoins de ce fait.

Voici ce qu'on lit dans un journal :

« On écrit de Nantes qu'il y a environ neuf mois le sieur Bouet, demeurant quai d'Aiguillon, avait été mordu par son chien devenu hydrophobe. Rien, toutefois, ne faisait craindre que cet accident dût entraîner des suites fâcheuses. Ce n'est que depuis dix jours que tous les symptômes de la rage se sont déclarés chez ce malheureux, qui est mort après d'horribles souffrances. »

— M. Piorry commencera, à la Pitié, le mercredi 6 février, à huit heures du matin, des leçons sur la percussion et l'auscultation, et les continuera trois fois par semaine, les lundis, mercredis et vendredis. MM. les élèves seront exercés, dans l'amphithéâtre, à la pratique de la percussion.

La clinique aura lieu les autres jours à la même heure.

Plusieurs journaux ont annoncé que le tirage de la Loterie nationale des artistes devait avoir lieu le 31 janvier. C'est une erreur. Ce tirage n'aura pas lieu avant le 15 février, et très probablement du 20 au 25.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 2 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 15.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne À PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Cas remarquable de rhumatisme articulaire chronique. — Tuméfaction de toutes les extrémités articulaires des os. — Le malade qui se trouvait il y a quelques jours encore dans le service de M. Cruveilhier et dont nous allons rapporter succinctement l'histoire peut être l'objet de quelques considérations bien importantes pour le praticien.

Le nommé Libourcière, exerçant la profession de concierge, âgé de cinquante-deux ans, entra à l'hôpital de la Charité dans le mois d'avril 1849. Obligé par ses occupations à rester et à coucher dans une loge humide, cet homme, employé chez un marchand de vins et descendant souvent à la cave alors qu'il avait très chaud, était exposé à de fréquents refroidissements.

Il y a deux ans que la maladie dont il est atteint a commencé par une hydarthrose du genou gauche, ou du moins par un gonflement considérable de cette articulation; on lui a mis successivement des sangsues, des vésicatoires, des moxas sans pouvoir le guérir; seulement, il fut soulagé et put marcher; il alla ensuite à la campagne pour se remettre; mais, au bout de quelque temps, il éprouva des douleurs sourdes dans plusieurs articulations, et successivement les genoux, les pieds, les poignets, les coudes augmentèrent de volume; dans l'espace de dix-huit mois, la maladie arriva au point où nous la voyons aujourd'hui; depuis cette époque, elle est en effet demeurée stationnaire.

Les os du tarse sont tuméfiés des deux côtés, mais un peu plus à gauche qu'à droite.

Les genoux sont très volumineux, arrondis, et leur tuméfaction est d'autant plus apparente que les jambes et les cuisses sont amaigries, atrophiées, comme chez les individus qui ont une tumeur blanche.

Les grands trochanters sont aussi plus volumineux qu'à l'état normal.

Les poignets sont considérablement tuméfiés et, en outre, déformés; les articulations sont relâchées; on fait aisément mouvoir les os les uns sur les autres, et on perçoit alors une sorte de frottement rude dû sans doute à leur dénudation. Le poignet se trouve sur un plan plus avancé que celui de l'avant-bras; puis les os du métacarpe se portent en arrière, ce qui fait que l'avant-bras avec la main ressemble assez à une fourchette.

Les articulations temporo-maxillaires elles-mêmes sont atteintes; le malade y éprouve des douleurs; il entr'ouvre très difficilement la bouche.

Continuellement couché, les membres fléchis et appuyés sur des coussins, il ne peut exécuter aucun mouvement. Quelquefois on le met sur une chaise, mais il y reste sans bouger. On n'a employé jusqu'ici que les frictions avec le liniment volatil et l'infusion de *laurus sassafras* pour boisson.

M. Cruveilhier essaie le traitement par les purgatifs; chaque matin le malade doit prendre une cuillerée à bouche de l'électuaire suivant :

Sirop de miel..................	62	grammes.
Fleurs de soufre...............	2	—
Crème de tartre................	2	—

Quelques jours après l'usage de cette médication, le malade obtient son admission à Bicêtre. Il n'avait éprouvé aucune amélioration sensible.

— Les exemples analogues à celui que nous venons de rapporter ne s'observent pas souvent dans les hôpitaux; ils s'observent moins fréquemment encore peut-être dans la pratique civile; cependant, ils ne sont pas non plus aussi rares qu'on pourrait le croire au premier abord, et plusieurs fois déjà nous avons vu dans les hôpitaux de Paris des cas ainsi désespérés dans lesquels on n'a eu d'autre ressource que d'envoyer les malades terminer leur existence dans un asile d'incurables. Cette ressource est-elle la seule à laquelle on puisse recourir ou faut-il espérer qu'une thérapeutique approprie parviendra, dans quelques cas au moins, à triompher d'une si grave maladie? Telle est la double question sur laquelle il ne sera peut-être pas inutile de dire quelques mots.

Quoique les cas comme celui dont on vient de lire l'exposé soient rares, ainsi que nous venons de le dire, dans la pratique civile, ils ne sont cependant pas sans exemple, et il nous a été donné déjà d'en observer deux, sinon complétement identiques, au moins très analogues. Dans un de ces cas, les articulations étaient presque toutes, depuis celles de la hanche jusqu'à la plupart de celles des phalanges de la main et du pied, tellement distendues par des épanchements liquides, qu'on pouvait produire à volonté des luxations dans tous les sens, et que la malade (c'était une femme d'une cinquantaine d'années) produisait elle-même quelquefois ces luxations quand elle voulait imprimer des mouvements à ses membres, les seuls qui fussent encore possibles, au moins dans une certaine étendue. Cet état s'était développé successivement, chroniquement, sans état aigu initial; c'était, comme chez le malade observé dans le service de M. Cruveilhier, un rhumatisme articulaire chronique. Depuis plus de deux ans déjà la malade ne pouvait quitter le lit; les douleurs existaient toujours et devenaient quelquefois très vives. La malade, qui s'était de bonne heure habituée à les calmer avec l'extrait d'opium, avait successivement augmenté la dose de ce médicament jusqu'à *quatre grammes* dans les vingt-quatre heures, qu'elle prenait régulièrement tous les jours; encore était-ce par un motif d'économie qu'elle n'augmentait pas cette dose; lorsqu'à diverses reprises elle voulut se borner à deux ou même à trois grammes, les souffrances se manifestaient promptement et l'obligeaient de recourir au supplément nécessaire. La malade se nourrissait presque exclusivement avec un peu de bouillon et du vin, et quelquefois elle suçait plus qu'elle ne mangeait une côtelette; néanmoins, chose assez étrange, elle conservait un certain embonpoint.

C'est dans de telles conditions que cette malade fut transportée dans un petit établissement d'eaux minérales à peu près inconnu du département des Landes. L'analyse de ces eaux ne figure ni dans les traités classiques, ni dans les recueils, mais le simple odorat permet d'y constater la présence de l'acide sulfhydrique; les boues noirâtres qui existent dans certains points de la localité à la surface du sol peuvent faire penser qu'il y a aussi, dans quelques-unes des sources au moins, un principe ferrugineux. Quoi qu'il en soit, la malade fit dans cet établissement un séjour non interrompu de près de trois ans, buvant chaque jour plusieurs verres d'eau minérale, la prenant en bains, se plongeant dans les boues tièdes dont nous avons parlé. Vers la fin de la première année, il y avait déjà dans l'état de la malade une grande amélioration générale et locale, et quand elle quitta ce séjour, elle ne souffrait plus, il n'y avait plus d'épanchement sensible dans ses articulations; elle marchait, non pas comme avant sa maladie, mais au moins avec une assez grande facilité, et elle se servait parfaitement de ses bras.

Les mêmes eaux, ou d'autres analogues, produiraient-elles le même effet sur le malade observé dans le service de M. le professeur Cruveilhier? C'est ce que personne assurément ne saurait affirmer. Mais il y a lieu bien certainement de regretter que les eaux minérales, si nombreuses en France, ne soient pas organisées de façon à ce qu'on puisse faire, en faveur de malades plus ou moins analogues aux deux précédents, des tentatives qui ont assez souvent des résultats vraiment admirables. Ce qu'on ne peut faire actuellement pour les malades des hôpitaux, il est bon que les praticiens n'oublient pas qu'ils peuvent le faire pour beaucoup de leurs clients, même peu fortunés; car, dans bien des petites localités dont les eaux minérales ont des propriétés les plus efficaces, la vie est tout aussi bon marché que dans les endroits de la France les plus favorisés sous ce rapport.

Syphilide, neuf mois après une première blennorrhagie, développée presque concurremment avec un second écoulement. — Peu de médecins ignorent aujourd'hui que, si l'infection syphilitique suffit, dans la plupart des cas, à elle seule pour occasionner le développement des syphilides, il arrive cependant, dans un certain nombre de cas, que celles-ci n'apparaissent que lorsqu'une cause étrangère à la syphilis vient donner une nouvelle impulsion au virus, le réveiller en quelque sorte du sommeil dans lequel il était plongé. Cette cause peut d'ailleurs varier beaucoup. M. Cazenave en a rapporté de plusieurs sortes dans son remarquable *Traité des syphilides*, où il laisse entrevoir que toutes les circonstances capables d'apporter un trouble un peu intense dans l'économie peuvent produire l'effet dont il s'agit. Le service de ce médecin, à l'hôpital Saint-Louis, renferme en ce moment un malade dont l'histoire offre un certain intérêt sous ce rapport.

FEUILLETON.

Pathologie des vers à soie (Bombyx mori, L.). — **Etudes sur le sang.**

Par M. F.-E. GUÉRIN-MÉNEVILLE.

Je n'ennuierai pas mes lecteurs de longues et menteuses excuses sur la singularité du sujet de cet article dans un journal médical. La pauvre petite chenille dont je vais les entretenir est bien éloignée sans doute de l'être si compliqué, si magnifique et si noble auquel sont voués tous leurs travaux. Mais ce chétif animal a reçu de son créateur un talent précieux pour nous et bien funeste pour lui; talent qui lui a valu l'exil sur des bords étrangers, l'esclavage domestique et toutes les maladies qu'il engendre; talent qui moissonne l'immense majorité de chacune de ses générations plongée vive avec sa prison de soie dans l'eau bouillante qui doit en désagréger les fils merveilleux; talent qui jette dans notre industrie bien des millions chaque année et couvre d'étoffes splendides nos enfants, nos femmes et jusqu'à nos lambris. A tous ces titres ne mérite-t-il pas quelque attention des hommes, qui chaque jour sans scrupule *héritent ainsi de ceux qu'ils assassinent*, après les avoir, il est vrai, entourés des soins les plus pénibles?..... mais l'*héritage* est à ce prix.

Transplantés d'Orient dans le midi de notre France, élevés en nombre immense dans nos magnaneries, les vers à soie, sous l'influence d'un ciel étranger et d'une accumulation d'individus aussi considérable, ont développé bien des maladies. Elles prélèvent chaque année une dîme exorbitante sur les richesses qu'ils promettent, et, le plus souvent même, en ne frappant l'animal qu'assez tard dans sa carrière et lorsqu'il a déjà dévoré bien des feuilles de mûrier, emportent avec lui et l'argent qu'il aurait pu produire et celui qu'il a déjà coûté. Aussi dès longtemps le gouvernement a-t-il demandé à la science des remèdes à ces fléaux, et dans ces trois dernières années il a, dans ce but, confié chaque été une mission spéciale à l'un de nos plus habiles entomologistes, M. Guérin-Méneville. Cet observateur a dirigé ses travaux vers la plus terrible des maladies qui attaquent le ver à soie, celle que nos magnaniers désignent sous le nom de *muscardine*, et qui chaque année fait perdre à l'industrie au moins 30 millions. Cette maladie est due à un végétal microscopique du groupe des *Botrytis*, qui se développe dans le vers encore vivant et le fait périr au moment où il va filer ce cocon précieux qui doit payer tous les soins et toutes les dépenses dont l'animal a été l'objet.

M. Guérin-Méneville a pendant ces trois années étudié les moyens de combattre ce fléau, et la question a fait entre ses mains des progrès réels par un contrôle consciencieux des procédés proposés avant lui et par lui-même, et par la découverte de faits nouveaux de la plus grande utilité. Ce n'est cependant pas cette partie de ses études que je désire surtout faire connaître à mes lecteurs; il a en même temps porté, cette année, ses investigations sur un autre terrain où il a eu le bonheur d'ouvrir, je le crois, toute une voie de recherches neuves et originales, et c'est afin de susciter ces recherches, c'est afin de poser les questions qu'elles doivent résoudre que j'ai voulu m'adresser au public médical.

M. Guérin-Méneville a eu l'heureuse idée d'étudier la composition anatomique du sang dans l'état de santé et de maladie, et les faits les plus curieux se sont révélés à ses yeux. Je vais les faire connaître succinctement, et j'essaierai d'en apprécier ensuite l'imp[illegible]oce au point de vue scientifique, agricole et surtout médical.

Le sang d'un ver à soie en santé, étudié à sa sortie du corps, offre, au microscope, des globules analogues aux globules du sang humain; mais ces globules se développent et se reproduisent les uns des autres pendant tous les moments de la vie de l'animal, et passent par les phases suivantes, que l'on peut observer dans la même goutte de sang. Ce sont d'abord de petits globules n'offrant à leur centre qu'un seul point opaque; puis le globule plus gros montre un *nucleus* composé de plusieurs granules égaux. Dans une troisième période, ces granules se désagrègent et portent vers la circonférence du globule; enfin, ils poussent en dehors les divers points de son enveloppe externe sur lesquels ils portent; il en résulte, au pourtour du globule, des saillies comparables à des bourgeons, qui ne tardent pas à s'ouvrir et donnent passage aux granules qui les ont produites, lesquels, une fois libres dans le sérum, s'enveloppent d'une membrane transparente, et constituent de nouveaux globules à la première phase de leur développement. Ces faits curieux, que M. Guérin n'a admis qu'après bien des observations et après les avoir vérifiées sur plusieurs autres espèces d'insectes, sont moins étonnants encore que ceux qui caractérisent l'état pathologique de ce même sang.

Des saignées faites sur des vers affectés d'autres maladies que la muscardine donnent un sang d'autant plus pauvre en globules que l'animal est plus près de mourir. Mais l'aspect de ce sang explique la disparition des globules. D'abord, ceux qu'on y trouve en petit nombre sont tous adultes, ou même ont déjà émis leurs granules au dehors. Quant aux globules en voie de développement, ils manquent complétement. Mais, à leur place, on observe des corpuscules en tout semblables aux granules du nucleus des globules adultes. Ces corpuscules, tous identiques, s'agitent avec rapidité, sans que rien puisse expliquer leur mouvement, qui d'ailleurs a tous les caractères du mouvement volontaire. M. Guérin, par des observations multipliées vérifiées par d'autres personnes, a acquis la conviction que ces corpuscules sont les granules échappés du nucleus des globules existants dans le sang. Ces granules, sous l'influence de l'état morbide, n'ont pu former de nouveaux globules, et entrent alors dans une sorte de vitalité indépendante qui commence la désorganisation de l'individu malade par celle de son fluide nourricier. On comprend alors l'absence des globules aux premières périodes de leur développement, la diminution toujours plus grande des globules à mesure que l'animal approche de sa fin; c'est une source qui s'écoule sans se renouveler. M. Guérin-Méneville donne à ces êtres animés, développés ainsi dans le sang malade, le nom d'*hématozoïdes*. Il les a revus dans d'autres insectes; et, ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'il est parvenu à les produire à volonté chez des insectes à l'état sain, en leur faisant endurer la faim pendant quelques jours; de telle sorte que, chez les insectes au moins, l'appauvrissement du sang sous l'action des causes débilitantes quelles qu'elles soient a pour cause l'inaptitude des granules nucléolaires des globules existants à

C'est un jeune homme de dix-neuf ans, ancien garde mobile, qui contracta, il y a neuf mois, une blennorrhagie sans apparence de chancres ou d'érosions quelconques. Il fut traité à l'hôpital militaire de Versailles par des potions, de la tisane et des injections, et sortit guéri après quelques semaines. A peine sorti de l'hôpital, il fit de longues courses à pied pour changer de garnison, et dès les premières marches il commença à se développer des végétations autour de la couronne du gland; ces végétations ont été traitées par divers topiques; elles ont été aussi enlevées plusieurs fois avec l'instrument tranchant, et ont toujours repoussé. Elles existent encore assez nombreuses aujourd'hui. L'écoulement, au contraire, n'avait jamais reparu.

Ce n'est qu'il y a trois semaines, à la suite d'un coït suspect, cet écoulement reparut accompagné de douleurs modérées de l'urètre. Quelques jours après, se manifestèrent sur plusieurs points des membres, et surtout du tronc, des pustules dont il existe encore des traces actuellement. Le malade, dès l'apparition de ces pustules, demanda son admission dans l'hôpital, et fut reçu dans les premiers jours de janvier. L'écoulement était médiocrement abondant, et sur plusieurs points du corps existaient des pustules d'ecthyma syphilitique caractérisé. Un traitement composé de deux pilules de proto-iodure de 2 centigr. et demi chacune et de tisane de salsepareille fut administré. L'amélioration ne se fit pas longtemps attendre, et aujourd'hui de légères squames recouvrent seules des taches cutanées sans ulcérations.

Le diagnostic et le traitement de ces taches étant bien établis, ce qui d'ailleurs n'est pas difficile, et corroborés par l'influence du traitement, il restait à déterminer à laquelle des deux blennorrhagies, ou du moins des deux infections primitives il convenait de rapporter l'éruption; car nous ne voulons point discuter en ce moment si c'est bien une blennorrhagie simple ou une blennorrhagie chancreuse qui a existé la première fois. M. Cazenave a pensé que c'était à la première, la seconde n'ayant servi que de cause occasionnelle au développement de l'affection cutanée. Cette opinion nous semble la plus probable, et voici pourquoi :

Dans les cas assez rares où une syphilide se développe peu de jours après un symptôme primitif ou même simultanément avec lui; quand elle est en un mot un symptôme primitif elle-même, ce n'est guère aussi promptement après le coït qu'on la voit apparaître; l'incubation est presque toujours plus longue. En outre, c'est rarement et ce n'est peut-être jamais à une syphilide pustuleuse qu'on a affaire dans ce cas, mais bien presque toujours à une éruption exanthématique. Voilà pourquoi nous pensons que l'ecthyma observé chez ce jeune malade est la conséquence de la première infection.

La distinction que nous établissons ici offre surtout de l'intérêt au point de vue doctrinal; cependant elle n'est pas tout à fait sans intérêt au point de vue pratique. En effet, les syphilides *primitives*, c'est-à-dire qui apparaissent en même temps que les autres symptômes primitifs, indiquent en général une infection bien moins profonde que les syphilides secondaires; elles passent souvent, comme les autres accidents primitifs, sans laisser aucune suite après elles, même alors qu'on ne fait subir aucun traitement spécifique aux malades; tandis que les syphilides s'aggravent le plus ordinairement quand on les abandonne à elles-mêmes, et que dans les cas où un traitement complet a été régulièrement administré, elles laissent trop souvent encore une fâcheuse prédisposition dans l'économie, et demandent que les malades soient attentivement surveillés pendant plusieurs mois et même plusieurs années après leur guérison.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Observation de kyste laiteux développé pendant la grossesse. — Lait pur trouvé dans le kyste. — Injections irritantes répétées sans succès. — Séton et cautérisation. — Guérison.

Les maladies de la mamelle qui se rattachent à l'influence de sa lactation sont loin d'être rares. L'engorgement laiteux, qui en est le point de départ dans la plupart des cas, aboutit, le plus souvent, à la formation d'abcès ou de dépôts laiteux dans lesquels le lait subit des altérations notables soit par la résorption de quelques-uns de ses éléments, soit par l'addition d'une certaine quantité de pus résultant de l'inflammation éliminatoire. Il est rare que ce lait y conserve ses propriétés normales, et il est encore plus rare de voir un dépôt laiteux se développer avant l'accouchement sous l'influence de la grossesse. Sous ce double rapport l'observation suivante, empruntée à la Gaz. Méd. de Lyon, nous paraît digne d'intérêt.

Une femme nommée Belfit, âgée de trente-sept ans, se livrant aux travaux de la campagne, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 août 1849, dans le service de M. Barrier, salle Saint-Paul, n° 3. Cette femme est accouchée il y a quatre mois. Peu de jours après le commencement de la grossesse, elle s'était aperçue d'une petite glande à la partie interne du sein gauche. Peu à peu, pendant toute la grossesse, la tumeur augmentait de volume.

A l'époque de l'accouchement, le sein avait acquis le volume actuel et s'était déjà pédiculé comme il l'est aujourd'hui.

Après l'accouchement, il y a eu quelques douleurs et de la rougeur sur le sein. Elle n'en a pas moins nourri son enfant, et elle avait au moins autant de lait du sein gauche que du sein droit.

Au bout de trois mois et demi, elle a cessé de nourrir par suite des conseils qu'on lui a donnés, mais sans qu'il lui fût arrivé aucun accident. — Les divers médecins qu'elle a vus ont pensé qu'elle avait un lipome ou une tumeur cancéreuse. — Elle arrive aujourd'hui à l'hôpital avec une tumeur comprenant tout le sein, qui a acquis le volume de la tête d'un enfant ou environ. La peau et le mamelon sont parfaitement sains; la tumeur est pédiculée et tout à fait pendante au-devant de la poitrine. Le vaste repli de la peau qui en forme la base est éloigné de cinq à six pouces du sommet de la tumeur. La tumeur est assez uniformément arrondie et sa consistance assez égale. Cependant la partie externe est plus dure et paraît formée par une portion considérable de la glande mammaire, tandis que le reste de la tumeur offre une fluctuation bien sensible, surtout dans certains points, à côté desquels on rencontre d'autres points plus durs qui semblent correspondre à des lobules de la glande mammaire. Il n'y a de douleur nulle part. Les veines sont très dilatées à la surface du sein. Il n'y a rien dans les ganglions de l'aisselle; mais, à la partie externe du sein, on sent comme une petite glande de la grosseur du petit doigt, dure et arrondie. On opine pour un kyste ou pour un lipome. On pratique une ponction avec le trocart explorateur, et on retire une petite quantité d'un liquide tout à fait semblable à du lait.

Le 23 août, on s'arrête à l'idée d'évacuer le kyste et d'y injecter de l'iode pour en obtenir l'oblitération. Un coup de trocart donne issue à près de 500 grammes d'un liquide d'aspect laiteux dont nous donnons l'analyse plus loin. On injecte immédiatement un mélange de teinture d'iode et d'alcool camphré, parties égales.

Les jours suivants, il survient peu d'inflammation; le liquide se reproduit.

Le 30, on a recours à une nouvelle injection précédée d'une ponction qui donne issue à un liquide encore analogue à du lait, mais jaunâtre et exhalant une forte odeur d'iode. La nouvelle injection est laissée presque en totalité dans la poche. Il n'en résulte pas plus d'effet que de la première. Alors, le 11 septembre, on injecte le liquide suivant :

Eau distillée	100	grammes.
Nitrate d'argent cristallisé	2	—

Les jours suivants il survient quelques douleurs, mais encore si faibles qu'on craint de voir l'inflammation rester au-dessous du degré nécessaire à l'oblitération du kyste. Cette prévision se confirme, et le 1[er] octobre on se décide à passer un séton à travers la tumeur. Quelques jours après, on saupoudre la mèche du séton avec du nitrate d'argent fondu pulvérisé. Enfin, le 18 octobre, après trois ou quatre jours pendant lesquels le travail inflammatoire a pris une certaine intensité, il s'échappe à travers l'ouverture inférieure du séton, préalablement agrandie pour favoriser l'écoulement du pus, une masse arrondie et creuse dont les parois fort épaisses tapissaient la surface interne du kyste et sont constituées par des couches de fibrine qui ont dû être sécrétées sous l'influence des injections irritantes. Le sein est affaissé et considérablement diminué de volume; la vaste excavation qu'il présente s'efface peu à peu par le rapprochement et l'adhésion progressive de ses parois. La guérison n'est plus entravée que par un érysipèle intercurrent, par une hémorrhagie survenue le 1[er] novembre, qu'on arrête en recouvrant de collodium l'ouverture fistuleuse qui donne passage au sang, et par quelques douleurs rhumatismales. La malade quitte l'hôpital le 19 novembre. Il ne lui reste qu'une très petite plaie en suppuration, et dont la cicatrisation prochaine est certaine.

Au point de vue clinique, nous ferons remarquer l'insuffisance des injections iodées pour produire l'inflammation de la surface interne de la poche laiteuse. Bien que l'analogie dût en faire espérer plus de succès, il a fallu y renoncer, ainsi qu'à celle d'une solution de nitrate d'argent fondu. Les cas de kyste laiteux semblables à celui-ci, étant rares dans la pratique, il nous a paru utile de le faire connaître avec les conséquences instructives qu'on en peut tirer. En pareil cas, nous pensons qu'il serait convenable de ne pas compter sur le succès des injections, mais de recourir immédiatement au séton ou mieux encore à l'incision suivie de la cautérisation de la surface interne du kyste.

Quant au liquide renfermé dans le kyste, c'était bien du lait pur sans mélange, et exempt d'altération. Voici, à cet égard, la note que nous a remise M. Saint-Lager, préparateur du cours de chimie de l'Ecole, qui a bien voulu se charger de cette analyse :

Le liquide dont il s'agit est blanc, opalin, d'une saveur sucrée. Sa densité est d'environ 1,6; il présente une réaction manifestement alcaline.

Abandonné à lui-même, il s'est séparé promptement en deux couches très distinctes, l'une supérieure d'un blanc jaunâtre, onctueuse; l'autre d'un blanc bleuâtre, plus fluide.

La première couche, traitée par l'acide acétique, puis par l'éther, a laissé, après l'évaporation de ce dernier, une masse butyreuse très abondante, présentant au microscope tous les caractères des globules du beurre.

La seconde couche était miscible à l'eau, légèrement coagulable par l'alcool, les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique et acétique. Le précipité formé par ce dernier est soluble dans un excès d'acide. L'acétate de plomb, le nitrate d'argent, le nitrate de mercure, le sulfate de cuivre, le proto-chlorure d'étain et l'alun précipitent également un peu de matière caséiforme. Le cyanure ferroso-potassique ne trouble pas le liquide. Si on chauffe cette liqueur avec une solution de sulfate de cuivre et qu'on y ajoute de la potasse caustique, il se forme un abondant précipité de protoxyde de cuivre. L'ammoniaque ne lui communique pas la propriété de se prendre en gelée.

L'ébullition du liquide est accompagnée d'un boursouflement considérable, sans produire de coagulation. Il se forme à la surface une pellicule qui se renouvelle à mesure qu'elle est enlevée.

Le microscope fait apercevoir des globules semblables aux globules du lait de femme, quoique un peu déformés, mais pas de globules purulents.

De cet examen, on peut conclure avec quelque vraisemblance que le liquide soumis à notre observation contient :

1° Du beurre; 2° du sucre de lait; 3° de la caséine.

Il va sans dire qu'on y trouve les sels qu'on rencontre dans le sang.

Il est à remarquer que les deux premiers principes se trouvent en beaucoup plus grande abondance que le troisième. Ni les réactifs, ni le microscope, n'ont décelé la présence du pus.

HOPITAL MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE. — M. Baudens.

Amputation tibio-tarsienne; procédé de M. Baudens.

L'amputation tibio-tarsienne, dit M. Baudens, a été pratiquée la première fois par nous en 1839.

---

en constituer de nouveaux. C'est là, sans contredit, un résultat qui mérite de fixer l'attention.

Mais la muscardine devait offrir à M. Guérin des faits plus singuliers encore. Là, soit que le ver ait contracté naturellement la maladie, soit qu'à l'aide d'une pointe d'aiguille on ait déposé sur son corps quelques sporules du *Botrytis bassiana* qui produit la muscardine, avant même qu'aucun signe extérienr annonce l'état maladif, le sang commence à montrer des hématozoïdes; ils augmentent d'heure en heure, et bientôt on remarque au milieu d'eux des corps naviculaires très courts, mais qui bientôt se développent même sous l'influence seule de l'humidité en thallus ou racine du botrytis muscardinique. A ce moment de la maladie M. Guérin a vu l'un des phénomènes les plus curieux de la nature organisée, phénomène qui touche à bien des questions depuis longtemps débattues; il a vu les hématozoïdes, ces corpuscules animés nés des granules nucléolaires, incapables d'engendrer de nouveaux globules, se transformant peu à peu en thallus du botrytis. Leur forme s'allonge, le mouvement existe encore; puis à un état d'allongement plus avancé le mouvement s'est éteint, et la matière animée s'est métamorphosée en matière végétale, qui désormais va croître de plus en plus. De telle sorte qu'après la mort du ver muscardin le sang est rempli de thallus à tous les degrés de développement. A ces thallus se mêlent aussi dans ce dernier cas des cristaux d'une forme bien définie, produits de quelque réaction chimique, et auxquels sans doute le cadavre des muscardins doit sa rigidité.

Tels sont les faits constatés par M. Guérin, avec une défiance de lui-même, une sobriété de conclusions, une modestie dans l'exposition des faits, qui inspireraient grande confiance dans ses observations, quand même ses travaux antérieurs et une longue carrière d'études consciencieuses et sages ne leur donneraient pas d'ailleurs la plus haute autorité dans la science. Or si nous envisageons ces curieux résultats à divers points de vue, nous pourrons, je crois, en tirer des conclusions qui, pour être purement hypothétiques, n'en méritent pas moins le contrôle d'une expérimentation sérieuse.

A un point de vue de science pure, M. Guérin me paraît avoir ouché la question si célèbre de la génération spontanée; et si les faits qu'il apporte ne la tranche pas, ils prouvent au moins une singulière hésitation de la matière à s'organiser à une certaine époque et sous l'influence de certains agents, soit sous la forme végétale, soit sous la forme animale, et ils sont peut-être difficiles à concilier avec ce vieil adage, « que tout être organisé naît d'un parent semblable à lui. » Mais laissons de côté ces questions théoriques qui ne sont point le but immédiat de la science, et qu'elle n'est certainement destinée à résoudre qu'après bien d'autres plus pratiques et plus prochainement utiles. Jetons un rapide coup d'œil sur les applications agronomiques de cette curieuse découverte.

A l'aide de saignées très simples à pratiquer, M. Guérin peut s'assurer de l'état de santé des vers à soie, ou prédire au magnanier l'invasion de telles ou telles maladies; et ceci est utile, surtout pour la muscardine, que l'état du sang fait prévoir assez longtemps d'avance pour que le magnanier, en cessant la nourriture de ces vers voués à une mort inévitable, économise une quantité énorme de feuilles de mûrier, et diminue considérablement la perte pécuniaire qu'entraîne un tel accident.

Enfin j'arrive à la question physiologique et pathologique. La reproduction des globules sanguins me semble un fait tout nouveau et de la plus grande importance pour la physiologie. Elle explique très simplement ces diamètres inégaux des globules dans le sang des invertébrés, et provoque à la fois et des recherches chez d'autres espèces de ce grand groupe dans le but d'y constater les mêmes faits, et des recherches chez les vertébrés eux-mêmes pour en trouver les analogues. Là l'égalité parfaite des globules sanguins peut *à priori* indiquer une dissemblance; mais d'abord il faut, si elle est réelle, la préciser; si elle n'est qu'apparente, découvrir la vérité encore inconnue. D'ailleurs songeons bien que, chez les vertébrés, le fluide nourricier se présente à différents états : le chyle, la lymphe, le sang. Le sang en est l'expression dernière, la forme terminée, complète; ce n'est donc peut-être pas là qu'il faut chercher ces phénomènes de génération des globules. Ceux de la lymphe, incolores et plus petits, en sont depuis longtemps regardés comme un premier âge. Par une coïncidence au moins remarquable chez les grenouilles, les tritons, les tortues, où les observations sur la lymphe ont pu être faites, les auteurs indiquent pour volume des globules lymphatiques précisément celui des nucleus des globules sanguins du même animal; la forme, il est vrai, diffère, mais le rapport de grandeur est constant. Enfin, un dernier fait assez curieux dans cette question : Schultz, qui a observé la formation du sang dans l'*arca vasculosa* de l'embryon des oiseaux, affirme que le nucleus est la première partie qui apparaît; la vésicule se forme ensuite autour de lui.

Si maintenant des recherches inspirées par ces idées théoriques, et que les médecins et les élèves des hôpitaux sont si bien placés pour entreprendre, venaient jeter un jour nouveau sur ce point capital de l'histoire de la nutrition; si l'on précisait cette fonction régénératrice du sang confiée au système lymphatique; si l'on établissait définitivement ce rôle reproducteur des nucleus des globules sanguins, quels progrès ne pourraient pas faire et la théorie et la thérapeutique des maladies scrofuleuses, des affections anémiques, des fièvres elles-mêmes peut-être, surtout celles dites de mauvais caractère! Peut-être même, et toute conjecture est permise quand on appelle les hommes de la science sur le terrain de l'observation, peut-être, dis-je, la théorie si obscure des fièvres périodiques y prendrait-elle quelque clarté. Quelle utile science à éclairer que cette pathologie du globule sanguin qui renferme peut-être le secret des plus terribles maladies de l'espèce humaine! Ce sont des hypothèses, mais quelles espérances ne font-elles pas concevoir! Revenons cependant au positif; aujourd'hui, ce sont les faits curieux établis par M. Guérin-Méneville et les conséquences qu'on en peut déduire. Quant aux recherches dont nous avons esquissé le but, les naturalistes peuvent les comprendre et les rêver; mais les médecins, les internes de nos hôpitaux peuvent surtout les réaliser avec toutes les facilités, avec toutes les connaissances qui doivent en assurer le succès; et, si la vérité n'est pas, ce qui est très possible, telle que nous l'avons indiquée, elle ne peut manquer du moins de couronner les efforts dirigés dans le sens où je les appelle, et je crois avoir la certitude d'être entendu de quelqu'une de ces intelligences d'élite qui font à divers titres l'honneur de nos sciences médicales.

Ad. Focillon.

Cette opération avait-elle été faite antérieurement? Oui, s'il faut en croire les chirurgiens qui ont écrit des traités de médecine opératoire; non, s'il faut ajouter foi à nos travaux. Jusqu'à ce jour, nos recherches ont été infructueuses à découvrir que l'amputation tibio-tarsienne ait jamais été érigée en principe. Loin de là, les chirurgiens ont été jusqu'en ces derniers temps unanimes pour la repousser d'une manière absolue, à l'exception toutefois du sage et prudent Sabatier, qui s'abstient de la blâmer; à l'exception encore du savant chirurgien de la Charité, M. Velpeau. On lit, en effet, dans sa *Médecine opératoire*, que les inconvénients de cette opération ont été exagérés, et que, si des circonstances favorables se présentaient, il serait permis de faire encore quelques tentatives à ce sujet. M. Velpeau a tenu parole; tout récemment il a enlevé un pied en totalité avec un plein succès, et ses prévisions ont ainsi été confirmées par lui-même. Ce qui a trompé les auteurs, c'est la reproduction sans examen d'une citation erronée faite par Sabatier, tome III, page 335, et empruntée à Fabrice de Hilden. J'ai démontré, texte en main, dans un mémoire que j'ai publié en 1842 sur l'amputation tibio-tarsienne, que par ces mots: « *idque sæpissime expectus sum* », Fabrice de Hilden n'entendait nullement parler de l'amputation tibio-tarsienne.

Les seuls faits relatifs à la perte totale du pied que nous ayons pu trouver se bornent aux trois qui suivent:

Ambroise Paré raconte que le capitaine Leclerc, étant sur un navire, eut le pied enlevé par un boulet un peu au-dessus de la cheville; il guérit; mais plus tard, *voyant que sa jambe lui nuisait, il la fit couper à cinq travers de doigt au-dessous du genou.*

D'après Brasdor, Sédiller aurait extirpé avec succès à un enfant de dix ans l'un de ses pieds atteint de gangrène; et au dire de Lisfranc, un militaire ayant eu à Esling le pied emporté par un boulet, le chirurgien se borna à extraire les esquilles et, entre autres, la malléole externe: le blessé marchait à l'aide d'une machine au fond de laquelle le pied était libre.

Vous le voyez, deux fois c'est le boulet qui a fait l'amputation; la troisième fois, c'est la gangrène. Eh bien! est-ce sérieusement qu'on pourrait exhumer de l'oubli ces faits, pour nous disputer une priorité bien acquise et payée chèrement par les déboires de toute sorte qu'on nous a suscités, au point que la haute administration elle-même a pris fait et cause contre nous, et qu'il n'a pas fallu moins que des succès constants et la conviction scientifique la plus robuste pour nous faire triompher? Est-il besoin d'ajouter, si ce n'est au point de vue historique et pour épuiser notre sujet, que Rossi, chirurgien dont les écrits inspirent d'ailleurs peu de confiance, prétend avoir fait l'amputation tibio-tarsienne? Devinez par quel procédé: en traversant l'articulation avec des ligatures et en coupant avec elles les parties molles. Evidemment il n'y a là rien de sérieux, pas même matière à examen.

Si d'autres faits existent, qu'on les produise; jusque-là, nous persisterons à dire que l'amputation tibio-tarsienne n'a jamais été faite avant nous.

Nous avons pour l'amputation tibio-tarsienne deux procédés opératoires:

Le premier procédé, employé pour la première fois en 1839, consiste à découper sur la région dorsale du pied un vaste lambeau en forme de guêtre, descendant des malléoles vers la racine des orteils, et qu'on relève par une large et rapide dissection en conservant dans l'épaisseur du lambeau toutes les parties molles, de sorte que le squelette de la région dorsale du pied soit tout à fait à découvert. Cinq fois nous avons eu recours, avec un remarquable succès, à ce mode opératoire; jamais la gangrène, même partielle du lambeau, n'a eu lieu. Les malléoles ont été abattues d'un trait de scie; le tendon d'Achille a été coupé à sa greffe au calcanéum, et la cicatrice se trouvant en arrière, les opérés ont marché à l'aide d'un brodequin en prenant un point direct sur l'extrémité libre du moignon, dont les téguments deviennent durs, calleux et propres à supporter les pressions. Des planches représentant cette opération sont annexées au mémoire que nous avons précité; elles sont fidèlement reproduites dans le grand ouvrage de MM. Jacob et Bourgery. Trois ans après nous, le savant chirurgien Syme, encouragé, comme il le dit, par nos succès, fit cette amputation en sciant, à notre exemple, les malléoles, mais en prenant le lambeau tégumentaire, non à la surface dorsale, mais au talon. Il a répété fort souvent cette opération avec des succès si étonnants que, malgré des gangrènes tégumentaires partielles, ses vingt premiers opérés ont tous survécu et ont pu marcher facilement en prenant un point d'appui sur le moignon.

Le procédé de Syme a été modifié de plusieurs manières, qui consistent, en général, soit à faire le lambeau dorsal un peu plus court, et le lambeau plantaire un peu plus long, soit en donnant au lambeau dorsal une dimension plus grande et en diminuant d'autant celle du lambeau plantaire. Le numéro du 6 décembre 1849 de la *Gazette des Hôpitaux* contient des planches qui servent parfaitement à l'intelligence des procédés de Syme, de M. J. Roux et de M. Morel. Nous sommes heureux de voir entrer dans la route que nous avons frayée des chirurgiens d'un grand renom, et c'est pour compléter la série des nombreux procédés opératoires qui ont surgi dans ces derniers temps pour l'amputation tibio-tarsienne que nous nous sommes décidé à faire graver sur bois notre deuxième mode d'opérer.

Nous ne ferons que rappeler sommairement le deuxième procédé opératoire, parce qu'il a été décrit minutieusement et avec beaucoup de détails, le 22 février 1848, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

Il s'agit cette fois d'un artilleur atteint d'une affection chronique, suite d'entorse, avec trajets fistuleux multiples s'ouvrant sur la région dorsale et interne du pied. Les téguments étaient là si altérés, qu'il fallait renoncer à les utiliser pour l'amputation tibio-tarsienne par notre premier procédé.

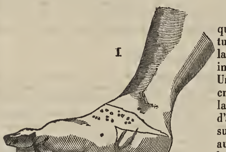
La peau, à la face interne et à la face plantaire, était intacte; c'est là que nous l'avons prise pour masquer la surface traumatique consécutive à l'extirpation du pied. La guérison a été rapide, et la marche a été si parfaite, que je considère à ce dernier point de vue le deuxième mode opératoire comme préférable au premier. On consultera, pour plus de détails, le numéro du journal précité.

L'opération consiste dans la formation d'un lambeau externe et plantaire ayant la forme d'un large sous-pied prolongé en arrière jusqu'à la pointe du calcanéum, et limité en avant par la saillie du cinquième os du métatarse, d'une part, et par l'angle du premier cunéiforme d'autre part. Ce lambeau sous le pied doit être détaché ensuite sur la limite qui sépare la face plantaire de la face interne du pied. Il va sans dire que, si les téguments de la face externe étant altérés, ceux de la face interne étaient intacts, il faudrait détacher le lambeau sous-pied du côté opposé. Dans l'un comme dans l'autre cas, il est essentiel de ne pas se borner à disséquer la peau pour en recouvrir le moignon. Nous ne savons pas comment font les chirurgiens précités; mais, pour ce qui nous concerne, nous avons soin de doubler les téguments de la face plantaire de toutes les parties molles de cette région, y compris la masse musculaire jusqu'au squelette de la voûte du pied. Il était à craindre que les muscles, et spécialement le court fléchisseur des orteils, privés de leurs insertions et compris dans l'épaisseur de ce sous-pied, ne tombassent en gangrène. Nous étions rassuré parce que le muscle pédieux compris dans la guêtre du lambeau dorsal (premier procédé) a toujours continué à vivre, bien que privé de son attache supérieure, et nos prévisions étaient fondées, car notre opéré a guéri sans mortification de ce muscle.

Après cet exposé, M. Baudens a répété son procédé opératoire tel que nous le représentons sur les planches qui suivent.

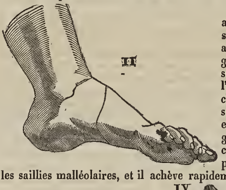
Pied vu par sa face interne.

I



Des points indiquent les trajets fistuleux ouverts sur la région antéro-interne du pied. Une ligne circonscrit carrément le lambeau sous-pied d'après les limites sus-indiquées. Une autre ligne part de la pointe d ucalcanéum, passe audessous de la malléole externe, contourne la face dorsale du pied à 3 centimètres au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, et vient aboutir à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, et de là à la saillie formée par le premier cunéiforme à la face interne du pied, après avoir laissé son empreinte sur la face plantaire, comme on le voit sur les planches 1 et 2.

II



Le couteau à amputation doit suivre le contour ainsi tracé, en plongeant jusqu'au tissu osseux. Alors l'opérateur détache le lambeau sous-pied, il scie en travers l'astragale, de manière à conserver toute la portion qui dépasse les saillies malléolaires, et il achève rapidement l'extirpation du pied; et, l'opération faite, il a les résultats représentés sur les planches 3 et 4.

III



IV



En laissant une portion de l'astragale, il n'y a pas lieu de réséquer les malléoles; on conserve l'articulation tibio-tarsienne, laquelle décomposera plus tard heureusement les chocs provenant de la marche.

Si l'astragale est altérée en totalité, il faut l'enlever et réséquer les malléoles.

V



La figure n° 5 a été dessinée sur notre malade opéré quatre mois après la guérison, époque à laquelle il marchait avec une très grande facilité, à l'aide d'une simple bottine faite par les soins de l'habile M. Charrière.

—

Pour l'intelligence complète des amputations tibio-tarsiennes, nous engageons nos lecteurs à consulter l'article et les figures déjà publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* du mois de novembre 1849.

MOLARD,
aide de clinique.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LA STÉRILITÉ

En désobstruant les trompes de Fallope.

Par M. Tyler Smith.

C'est ainsi que l'auteur appelle le cathétérisme de la trompe de Fallope, qu'il croit à tort avoir eu l'idée de pratiquer le premier en 1847. Quoi qu'il en soit, voici les raisons que M. Tyler Smith fait valoir en faveur de cette opération, à l'appui de laquelle il ne rapporte d'ailleurs aucun fait clinique.

M. Tyler Smith raconte que, consulté en 1847 par une dame mariée depuis douze ans sans avoir eu d'enfants, il proposa en consultation de chercher à examiner directement si l'infécondité ne dépendait point de quelque obstacle dans ces conduits. Mais son projet fut accueilli si peu favorablement par ses confrères, qu'il dut y renoncer pour le moment.

Depuis lors, cependant, réfléchissant que l'on pratique tous les jours le cathétérisme de la trompe d'Eustache, il s'ingénia à trouver un procédé capable de le conduire au même but pour le canal utéro-ovarique.

Il fendit d'abord un utérus en deux moitiés latérales, afin de bien étudier le degré de courbure qu'il conviendrait de donner à un instrument pour qu'il enfilât aisément l'orifice de la trompe. Il reconnut qu'on doit, pour réussir, courber la sonde brusquement près de son extrémité.

Un long tube d'argent ainsi construit peut s'introduire dans le col utérin, et aller s'appliquer par son extrémité contre l'ouverture tubaire. (Il faut pour plus de précision en avoir deux, destinés l'un au côté gauche, l'autre au droit.) L'angle de l'utérus où s'ouvre le conduit de Fallope est tellement aigu, et la face interne de la matrice si lisse et d'un tissu si dense, que, en poussant ensuite par le tube une baleine ténue, il est presque impossible qu'elle manque d'entrer dans la trompe.

Cette introduction se trouve encore facilitée par la configuration anatomique de la cavité utérine. En effet, au milieu de la cavité triangulaire que constitue la partie supérieure de la matrice, les parois antérieures et postérieures s'avancent l'une vers l'autre presque jusqu'à se toucher. De l'orifice du col jusqu'à chaque tube de Fallope, il y a donc, à droite et à gauche, un sillon latéral. Il en existe encore un second qui s'étend sur le fond de l'utérus d'une trompe à l'autre. On comprend que ces rainures servent admirablement pour diriger le bec de l'instrument jusque dans la trompe.

L'instrment doit avoir la forme, les dimensions et la courbure de la sonde utérine de Simpson, avec une courbure en plus à l'extrémité pour s'adapter à l'entrée de la trompe.

M. Smith a déjà pu introduire une fois ce cathéter sur le vivant, chez une femme dont l'utérus était dans une situation normale. Il parvint sans peine à enfiler la trompe de chaque côté, et put constater qu'elle n'était point obstruée. Pendant que l'instrument pénétrait dans la trompe, la femme n'éprouva aucune sensation; le passage s'opéra tout à fait à son insu. La manœuvre a même paru à l'auteur être plus facile que sur le cadavre.

Réfutant ensuite les objections qu'on pourrait élever contre l'innocuité de ce cathétérisme, l'auteur fait observer que le danger le plus redoutable, celui de la péritonite, n'existe pas, parce qu'il n'est point nécessaire de faire parvenir l'instrument jusqu'au pavillon de la trompe. En effet, les oblitérations ou rétrécissements se rencontrent surtout dans la partie du canal où son calibre est naturellement le moins large, c'est-à-dire vers son embouchure dans la cavité utérine. Entre ses mains, d'ailleurs, l'opération n'a jamais produit cet accident. (*The Lancet.*)

TRAITEMENT DES TACHES HÉPATIQUES

Par la teinture d'ellébore blanc à l'extérieur.

Par M. le docteur Lilienfeld.

Le docteur Lilienfeld, après s'être convaincu à différentes reprises de l'inefficacité de la plupart des remèdes préconisés contre les taches hépatiques, réfléchissant d'ailleurs à l'emploi jadis si fréquent des lotions d'ellébore blanc (*veratrum album*) dans le traitement d'un grand nombre d'affections cutanées, a eu recours à la teinture de cette plante, et en a obtenu les plus beaux succès. Voici comment cette teinture employée:

On administre d'abord, et surtout là où les selles sont rares, un cathartique (eau de Vienne, sel de seignette, électuaire lénitif, crème de tartre, etc.), et l'on fait prendre, pour ramollir la peau, pendant trois à quatre jours, des bains savonnés tièdes. Le malade ainsi préparé se lotionne tous les jours, en se couchant, les parties des téguments où existe la coloration anormale, avec la teinture d'ellébore, et le lendemain matin lave et frictionne ces endroits avec une flanelle trempée dans une eau de savon chaude.

Après trois jours de ce traitement, les taches commencent ordinairement à pâlir et à perdre en étendue, et, au bout d'un temps très court, elles s'effacent complétement. Dans aucun cas, il ne s'est montré de récidives.

La teinture d'ellébore blanc, dont une à deux onces suffisent pour le traitement d'un malade, doit être préparée avec la racine fraîche de la plante et de l'alcool pesant spécifiquement 0,830. (*Ann. de la Flandre occidentale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 23 janvier 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Trachéotomie. (Suite de la discussion).

M. Monod, qui était absent à la dernière séance, demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour citer un fait analogue à celui de M. Guersant. Il a vu un enfant de deux ans qui, ayant avalé en jouant un haricot, fut pris d'acci-

dents assez sérieux de suffocation. Le médecin appelé auprès de cet enfant crut que le corps étranger avait pénétré dans l'œsophage; et, d'après cette idée, il se mit en devoir d'introduire une sonde dans ce conduit pour repousser le haricot dans l'estomac. Ses efforts inutiles et la persistance des accidents lui démontrèrent que le corps étranger devait se trouver dans les voies aériennes. M. Monod fut appelé en consultation, et pratiqua immédiatement la trachéotomie; mais ce fut en vain, la toux continua, et les efforts d'expulsion furent aussi sans résultat; il ne sortit rien par l'ouverture de la trachée; un stylet y fut introduit sans plus de succès. M. Monod avait envoyé chercher une pince pour faire une exploration plus sûre et saisir enfin le corps étranger; mais avant que cette dernière tentative eut pu être faite l'enfant était mort. A l'autopsie, on trouva le haricot placé transversalement à la bifurcation de la trachée et oblitérant en partie l'orifice des bronches.

Ce fait a paru à M. Monod devoir être cité, parce qu'il n'est pas indiqué en général dans les livres classiques, qui prétendent que toujours le corps étranger sort ou s'échappe des voies aériennes dès qu'elles ont été ouvertes par l'incision.

M. Monod cite une autre observation après celle-là, pour expliquer l'une des causes d'insuccès de l'opération dans les cas de croup. C'est l'impossibilité pour le malade de faire des efforts de toux suffisants pour expulser les fausses membranes et les mucosités qui obstruent les bronches. De là une cause d'engouement pulmonaire qui, lentement formé, devient mortel en déterminant l'asphyxie. M. Monod se demande si, à cause de cela, il ne serait pas bon, après la trachéotomie, de hâter l'application de la canule à soupape; l'inspiration, étant plus facile que l'expiration, serait encore plus facilitée par cette canule, à l'aide de laquelle on empêcherait ainsi l'engouement pulmonaire et l'asphyxie. Mais M. Monod ajoute que cette idée émise par lui est seulement une idée théorique; il en a fait l'application pratique une seule fois, et sans succès, dans un cas d'ailleurs presque désespéré.

M. Guersant annonce que la petite fille opérée par lui récemment, et qui a été le sujet de sa communication dernière, est parvenue au dix-huitième jour de la trachéotomie. Elle avale encore de travers, mais moins cependant; la quantité de liquide qui pénètre dans le larynx et ressort par la plaie de la trachée peut être évaluée à un quart environ, tandis que précédemment c'était la presque totalité. La canule a été retirée depuis dix jours, et il est à présumer que le résultat sera favorable, sans que rien ait été fait pour l'obtenir, si ce n'est l'expectation.

M. Guersant revient sur ce que M. Monod a dit de l'engouement pulmonaire comme cause de mort, et il admet la réalité de cette cause; mais il l'a vue d'autant plus prononcée, quant à lui, chez les enfants épuisés par les émissions sanguines et n'ayant plus la force de faire des expirations suffisantes pour expulser les pseudo-membranes et les mucosités.

Il a opéré jeudi dernier un enfant parvenu au sixième jour d'un croup intense, mais simplement traité jusque-là par la cautérisation de l'arrière-gorge; il l'a trachéotomisé, et a retiré la canule aujourd'hui. Le résultat de l'opération a été très heureux jusqu'ici, parce que, selon M. Guersant, aucune médication débilitante n'a été employée.

Le point essentiel est donc, d'après lui, de ne pas affaiblir les malades, et d'opérer lorsque les moyens indiqués ont été employés sans succès; mais il faut en exclure les antiphlogistiques, et M. Guersant serait même porté à croire que les cas de guérison attribués à cette méthode débilitante sont des cas probables de faux croup.

M. Morel-Lavallée rappelle que M. Robert a communiqué l'année dernière (1) une observation de trachéotomie compliquée de l'accident dont il vient d'être question. Le passage des matières alimentaires dans les voies aériennes ne commença que vers le vingtième jour sans déterminer d'ailleurs d'autre phénomène notable, et celui-là serait intéressant à étudier d'une manière complète.

M. Demarquay demande à M. Guersant s'il y a quelque moyen de reconnaître que le croup s'étende assez loin ou assez profondément dans les bronches pour en déduire une contre-indication d'opérer.

M. Guersant répond que, dans sa pensée, ce ne serait pas une contre-indication à la trachéotomie; et, à l'appui de sa manière de voir à cet égard, il cite deux exemples d'après lesquels la guérison s'est effectuée, malgré la certitude acquise que l'exsudation pseudo-membraneuse s'était propagée aux ramifications bronchiques. Le premier exemple lui en a été offert chez un enfant de six ans, qui fut conduit auprès de M. Bougon à l'hôpital de l'École de médecine. Cet enfant avait de la toux et de la gêne à respirer, mais sans autre accident; une médication simple lui fut prescrite, et on le reconduisit chez lui; mais, cinq jours après, il fut ramené à la consultation; il avait, dans des efforts de toux et d'expectoration, expulsé pour ainsi dire tout un arbre de fausses membranes représentant un tronc, des branches et des rameaux, qui appartenaient à la trachée, aux bronches et à leurs divisions. M. Guersant a conservé cette pièce anatomique intéressante qu'il pourra faire voir à la Société dans une prochaine séance, et il conclue de ce fait qu'il y a eu ainsi guérison spontanée d'une angine pseudo-membraneuse.

Le second exemple mentionné par lui se rapporte à une petite fille de huit ans qu'il a opérée à l'Ile-Saint-Louis pour un croup très intense. Cette enfant a rejeté des fausses membranes en assez grande quantité pendant neuf jours de suite, et elle a guéri. Ces productions pseudo-membraneuses figuraient des tubes de diverses dimensions, comme dans le cas précédent. Voilà donc, dit M. Guersant, la preuve qu'il n'y a pas contre-indication à opérer.

Quant au diagnostic, il ajoute que, si les accidents se développent lentement et se manifestent peu à peu, on doit craindre davantage que les fausses membranes ne se soient formées d'abord dans les bronches avant de remonter vers la trachée.

M. Monod cite un fait semblable au premier exemple rapporté par M. Guersant. Il a vu avec M. Tonnelé (de Tours), lorsqu'il était interne à l'hôpital des Enfants, un cas remarquable de croup dans lequel un arbre bronchique fut rejeté par les efforts d'expectoration. Cette arborisation pseudo-membraneuse fut montrée à M. Bretonneau, qui ne croyait pas qu'elle pût provenir des voies aériennes.

Personne ne demandant plus la parole sur ce sujet, la discussion est close.

Grenouillette.

M. Larrey, dans une séance de la fin de novembre, ayant pris part à une discussion sur le traitement de la grenouillette, avait communiqué deux faits observés par lui au Gros-Caillou, le premier relatif à une opération qu'il avait faite par excision et cautérisation; le second, réservé à un mode opératoire sur lequel il avait demandé l'avis de ses collègues. C'est de celui-ci qu'il veut parler. Il s'agissait d'abord d'isoler autant que possible la tumeur sublinguale pour en tenter l'ablation, après avoir recherché si elle offrait sur un point de sa surface l'orifice du conduit de Warthon. Il s'était proposé ensuite de faire analyser le liquide contenu dans le kyste, afin de fournir ainsi un nouvel élément utile à la question de la grenouillette.

« Dans ce double but, dit M. Larrey, j'ai commencé par explorer attentivement la tumeur à l'aide du stylet d'Anel, sans trouver à sa surperficie la moindre ouverture. J'en ai légèrement comprimé les parois pour m'assurer si du liquide ne sortirait point de sa cavité par quelque pertuis imperceptible; rien n'a été obtenu de cette première recherche; mais après avoir incisé la membrane muqueuse près du frein, avec la précaution de ménager le kyste, j'ai vu bien manifestement et fait remarquer aux aides qui m'entouraient un jet de liquide salivaire projeté à deux reprises jusqu'au dehors de la bouche par un orifice si fin ou si rétractile qu'il devenait impénétrable au stylet le plus délié. La dissection du kyste fut prolongée en dedans et en bas jusqu'à un tiers à peu près de sa circonférence, et l'énucléation fut possible dans un point de sa face supérieure. En arrière il fallut agir encore avec l'instrument tranchant; mais la tumeur amincie en cet endroit fut ouverte, et aussitôt la matière qu'elle renfermait s'en échappa, et les parois du kyste s'affaissèrent sur elles-mêmes. Je n'avais plus qu'à pratiquer l'excision nette de sa portion antérieure, et, ainsi que dans le cas précédent, je cautérisai la surface interne de sa portion postérieure restée adhérente.

» L'examen de la partie enlevée nous démontra que ce tissu était de nature séro-fibreuse, d'épaisseur variable, offrant ainsi des points de transparence et un état d'injection vasculaire assez marquée, mais aucun indice de l'ouverture qui devait exister.

» Quant à la matière sortie de la tumeur, et recueillie à l'instant même dans un récipient jusqu'à une quantité de dix grammes à peu près, elle était transparente, visqueuse, jaunâtre, albuminoïde, en un mot. Soumis à l'analyse chimique et à l'examen microscopique, par mon collègue et ami M. Poggiale, professeur de chimie au Val-de-Grâce, ce liquide lui a présenté les caractères suivants : il est composé de pus, de salive, de matières inorganiques et de quelques traces de sang. Les globules de pus sont de forme et de grandeur différentes; les uns sont arrondis et lisses, les autres ont une surface chagrinée et des contours très irréguliers. Les matières inorganiques sont composées de chlorure de sodium, de soude et de phosphate de chaux.

» Cette analyse, ajoute M. Larrey, faite ainsi pour la première fois, pourra servir à comparer des cas analogues et à mieux différencier plus tard quelques-unes des tumeurs sublinguales désignées ou confondues sous le nom de grenouillette.

» Le malade qui a été le sujet de cette communication est sorti de l'hôpital peu de jours après avoir été opéré; il paraissait bien guéri, et il sera peut-être à l'abri d'une récidive, Mais je dois déclarer, dit M. Larrey en finissant, que cette récidive si fréquente semble se présenter déjà chez le premier malade dont j'ai entretenu la Société. Nous aurons probablement occasion de revenir encore sur ce sujet. »

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

(1) Voir les Bulletins de la Société de Chirurgie, t. I, p. 353.

Asphyxie par la vapeur de charbon.

Nous lisons dans un journal le triste récit suivant :

Un jeune étudiant en médecine, revenant, dimanche matin, du bal de l'Opéra, eut la malheureuse pensée d'allumer, dans la petite chambre qu'il occupait, rue Mazarine, un poêle en fonte plein de houille, et se coucha.

Pendant qu'il dormait, le gaz carbonique se répandit dans la chambre, et il paraît que, réveillé par l'odeur, il voulut courir vers la croisée pour l'ouvrir, mais les forces lui avaient manqué; et mardi matin, lorsque ses camarades, inquiets, accompagnés du commissaire de police, ont pu pénétrer dans sa chambre, ils ont trouvé ce malheureux jeune homme mort sur le plancher. Un petit chien qui demeurait avec l'étudiant a été trouvé vivant. L'instinct de la conservation avait poussé la pauvre bête à se traîner près de la porte; le léger courant d'air qui s'établissait par les jointures a suffi pour lui conserver la vie.

Les conséquences de ce déplorable événement ne doivent pas être perdues pour la science. Nous avons montré, dans une occasion suprême, comment il pouvait se faire que deux personnes enfermées dans une chambre contenant de l'acide carbonique pouvaient l'une succomber, l'autre échapper à la mort; et nous avons été obligé, à notre grand regret, de soutenir cette opinion contre des confrères qui, par l'exposé d'une conviction contraire, avaient fait condamner à mort un accusé innocent, dont nous avons heureusement fait commuer la peine.

Voici donc un nouveau fait qui prouve que le plus léger courant d'air suffit pour entretenir la vie d'un animal plongé dans une atmosphère de vapeur de charbon.

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé. — M. Claudel, chirurgien aide-major, commissionné au 9e cuirassiers, est désigné pour le 2e chasseurs d'Afrique.

M. Leclerc, chirurgien aide-major, commissionné au 2e chasseurs d'Afrique, est désigné pour le 9e cuirassiers.

M. Dauvais, chirurgien aide-major, commissionné au 17e léger, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Damour, chirurgien aide-major, commissionné au 60e de ligne, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Serrier, médecin-adjoint à l'hôpital de perfectionnement, passe aux ambulances de l'Algérie.

M. Couture, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'instruction de Metz, est désigné pour celui de Strasbourg.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 5 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 16.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Rétrécissement de l'urètre. Remarques sur les accidents qui peuvent suivre l'introduction des instruments dans ce canal.

Le 26 janvier dernier, un malade qui avait un rétrécissement du canal de l'urètre est sorti de la Charité; c'était un homme âgé de 49 ans, tailleur : il était au n° 43. Il nous a dit que depuis dix à douze ans il éprouve de la difficulté dans l'émission des urines. Il ne s'est pas beaucoup occupé de son affection dans le début; mais au bout de deux ans d'incommodité, il se présenta à Beaujon, où il a été traité par des bougies qui étaient jaunes. Il fut bientôt soulagé, et il demanda sa sortie; mais sa guérison ne se maintint pas longtemps; au bout de quinze jours environ il fut repris des mêmes accidents. Il a vécu ainsi pendant dix années, avec des alternatives de bien et de mal, sans chercher à obtenir une guérison durable.

Le jour de son entrée à l'hôpital de la Charité, il se plaignait beaucoup, et il affirmait que le jet de ses urines était en arrosoir. Comme ces renseignements étaient un peu vagues, on était dans un certain embarras. Evidemment le malade n'avait pas de rétrécissement de l'urètre; car cette affection ne présente point cette alternative de bien et de mal. L'âge du malade, la marche de la maladie, firent penser à M. Velpeau qu'il s'agissait d'une affection de la prostate; mais il était nécessaire de s'éclairer par le cathétérisme avec la sonde ordinaire, qui a trouvé un obstacle vers l'arcade du pubis. Alors M. Velpeau a employé une bougie n° 6, qui a pénétré sans trop de peine jusque dans la vessie. Il a constaté un rétrécissement peu considérable, et il a pu s'expliquer dès lors tous les accidents mentionnés par le malade. En effet, outre ce rétrécissement, il y a peut-être autre chose plus profondément; car il y a beaucoup de malades qui ne se plaignent point avec une coarctation bien grande. La prostate pourrait être malade; mais précisément à cause du rétrécissement du canal, on ne peut pas employer les sondes métalliques pour explorer cet organe, ce qui oblige de rester dans le doute. M. Velpeau s'est donc occupé de dilater l'urètre, afin de pouvoir explorer plus librement, plus tard, la prostate et la vessie. La dilatation a été portée jusqu'au n° 10. On a pénétré alors plus profondément, et l'on a constaté que la vessie et la prostate n'offraient aucune altération. C'est alors que M. Velpeau a cherché à savoir si le malade donnait de bons renseignements, et il a vu que le malade appelait rétention d'urine ce qui n'était véritablement que de la gêne.

Quoi qu'il en soit, dans le cas où un malade se présenterait avec un rétrécissement et une affection de la prostate, on ne pourrait bien s'éclairer sur le diagnostic qu'après avoir vaincu l'obstacle qui s'oppose à un examen complet.

Mais M. Velpeau, à propos de ce malade, a fixé l'attention de son auditoire sur quelques accidents qui suivent le cathétérisme de l'urètre. En effet, le malade a présenté deux de ces accidents. Dès que la bougie est devenue assez grosse, il s'est manifesté de la fièvre, avec une tuméfaction assez considérable et infiltration du prépuce.

Ces accidents ne sont pas rares, et ils se montrent dans des conditions très variables; une grosse comme une petite bougie peut les produire.

La fièvre qui se déclare à la suite de l'introduction de sondes, de bougies, etc., dans le canal de l'urètre, se rapproche assez, par ses caractères, des fièvres qu'on appelle *intermittentes*. Quelques auteurs même ont confondu ces deux maladies, et ils ont prétendu que, si une fièvre intermittente se déclarait à la suite du cathétérisme, c'était parce que le sujet s'était exposé auparavant aux influences marécageuses. Mais M. Velpeau distingue ces deux affections; dans la fièvre intermittente, l'accès est ordinairement bien caractérisé par un frisson, de la chaleur et de la sueur, et l'intervalle ne présente pas de fièvre ni aucun trouble appréciable, puis les accès reviennent à des époques fixes et régulières; dans cette fièvre, au contraire, l'accès n'est pas toujours bien caractérisé; après, il reste ordinairement de la fièvre, de la soif; la langue est sèche; il y a de l'anorexie; sa durée ne se prolonge qu'un ou deux jours, et il n'y a qu'un ou deux accès si on a soin de suspendre le traitement du rétrécissement.

Il ne faudrait pourtant pas croire que cette fièvre n'offre aucune gravité. Il arrive que, revêtant une forme maligne, elle emporte rapidement le malade. M. Velpeau rappelle, à cet égard, un exemple bien frappant.

Au n° 28 de la même salle, il y a quatre ans, était un jeune homme, imprimeur, très bien portant; il avait un rétrécissement de l'urètre. Le jour de son entrée on passe la bougie n° 2; le lendemain, la bougie n° 3. Dans la journée, il est pris d'un frisson violent; sa figure bleuit, ses extrémités se refroidissent, et il meurt quelques heures après. Il était évident qu'on avait affaire ici à une fièvre développée à l'occasion du cathétérisme.

Quant à la tuméfaction de la verge et du prépuce, on l'a vue plus souvent, mais il est tout aussi difficile de s'en rendre compte. Il semble naturel de croire que le gonflement devrait s'établir dans le point irrité. Il n'en est pourtant pas ainsi. Ce sont précisément les tissus extérieurs qui se gonflent. Ce gonflement, que nous avons observé chez notre malade, s'est montré aussi chez celui du n° 41. Sous la même influence, le prépuce s'est infiltré, et le méat urinaire s'est vivement enflammé.

Il existe encore des accidents bien graves: ce sont les douleurs et les abcès articulaires, ainsi que les érysipèles.

M. Velpeau a vu de ces faits non extrêmement rares. Ainsi, après un cathétérisme, il est des malades qui souffrent dans une ou plusieurs articulations; ces douleurs augmentent; l'inflammation qui s'y est développée peut suivre ses phases et se terminer par la suppuration et amener la mort du sujet. Il cite un fait qu'il a observé à la Pitié. Après l'introduction d'une bougie, le malade fut pris de douleurs vives dans les articulations tibio-tarsiennes; il y vint de l'inflammation qui se termina par suppuration; le malade fut en danger de mort.

Quant à l'érysipèle, M. Velpeau l'a vu survenir chez un jeune homme de la Martinique. Il commença par le ventre; de là il s'étendit à tout le corps, et le malade succomba à la suite d'une méningite violente.

Ainsi, le praticien ne saurait trop se souvenir qu'il est exposé à tous ces accidents toutes les fois qu'il sonde un malade, afin qu'il puisse en connaître la véritable cause et en empêcher plus sûrement les suites.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la phthisie pulmonaire.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 29 janvier.)

Marche. — Symptômes. — Diagnostic de la phthisie aiguë et de la phthisie chronique.

Anatomie pathologique (suite). — Les lésions tuberculeuses des phthisiques ne sont pas le plus souvent limitées aux poumons. Chez beaucoup d'entre eux on en trouve dans le tube digestif, et elles ont le plus fréquemment leur siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans l'intérieur des cryptes mucipares; elles se rencontrent surtout dans l'iléon, moins souvent dans le cœcum, moins souvent encore dans la partie supérieure de l'intestin grêle, et elles sont encore plus rares dans l'estomac. La concrétion tuberculeuse s'y forme comme dans le poumon; une matière dure s'infiltre par molécule, détermine une induration circonscrite qui augmente bientôt de diamètre et soulève la muqueuse; de la phlogose se développe autour de cette concrétion; la muqueuse se boursoufle, s'injecte; la concrétion tuberculeuse se ramollit, et un petit apostbème qui se forme devient l'origine d'une ulcération à bords sinueux et découpés qui détruit la muqueuse dans une partie de son étendue; cet apostbème s'étend sous cette muqueuse, et donne lieu à un décollement qu'on peut facilement apercevoir. Ces ulcérations sont en nombre plus ou moins considérable sur la muqueuse des intestins grêles, qui peuvent les présenter disséminées çà et là dans toute leur étendue; elles sont plus ou moins profondes, et peuvent arriver jusqu'à la tunique musculeuse et au feuillet péritonéal qui forme alors leur paroi la plus externe; d'autres fois, elles ne s'étendent pas plus loin que la muqueuse. Chez quelques phthisiques, les concrétions tuberculeuses se rencontrent dans le feuillet muqueux des voies olfactives, sur les cornets et jusque près des orifices des sinus; c'est ce qui donne lieu à l'ozène des phthisiques, mais cette affection est peu fréquente.

Les points où on en rencontre souvent sont les ganglions lymphatiques de la bifurcation des bronches, ceux du mésentère, ceux qu'on trouve dans les fosses iliaques et derrière les

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

L'assistance publique de la ville de Paris. — Le réglement et les nominations de l'Académie.

Mon cher confrère.

Mes paroles auraient-elles plus d'importance que je ne me le suis imaginé? Si j'avais un centigramme de vanité, je pourrais en vérité le croire. Grâce à Dieu, je me crois un peu à l'abri de ce petit travers, et j'attribuerai à quelque circonstance fortuite et tout à fait inexplicable les trois épîtres anonymes que j'ai reçues relativement à l'administration de l'assistance publique de la ville de Paris; je ne veux pas croire que ce soit aux quelques allusions qui se trouvaient dans ma dernière lettre que je dois cette nombreuse correspondance, non plus qu'aux traits plus ou moins innocents que j'ai décochés à l'adresse du citoyen Davesne.

La première de ces lettres est précisément relative à M. Davesne, dont on me fait le plus grand éloge tant sous le rapport de la loyauté que sous celui de la capacité. S'il se commet quelques irrégularités, quelques fautes dans l'administration, y est-il dit, M. Davesne y est parfaitement étranger; c'est à quelques subordonnés et principalement à l'acariâtre M. N..... qu'on doit imputer tous ces torts, etc. — Je commence par déclarer que je n'ai jamais mis en suspicion les capacités et moins encore la scrupuleuse probité de M. Davesne. Quant aux mauvaises mesures administratives et aux malversations qui peuvent se produire, bien que je n'ignore point le rôle prédominant que joue dans toutes ces affaires un certain personnage à figure venimeuse (si toutefois j'ai deviné l'allusion de mon correspondant inconnu), je ne saurais cependant m'en prendre à d'autre qu'à M. Davesne; lui seul est maître dans l'administration; lui seul doit commander; s'il ne commande pas (et, dans cette situation, on pèche tout aussi bien par les bons ordres qu'on ne donne pas que par les mauvais ordres qu'on donne, par le mal qu'on laisse faire aussi bien que par le mal qu'on fait), que le défenseur officieux ou officiel de M. Davesne en prenne donc son parti; c'est au chef seul, comme endosseur général, que je m'en prendrai toutes les fois que j'aurai à signaler quelque méfait souscrit par n'importe quel agent plus ou moins subalterne; ce qui ne m'empêchera pas toujours de rendre à celui-ci la justice qui lui est due.

— Dans la seconde lettre, on me reproche de m'être borné à quelques allusions générales sur les *irrégularités* qu'on dit avoir été découvertes dans certaines branches de l'administration; on aurait voulu des indications plus précises, des accusations plus nettement formulées. L'auteur de cette seconde missive est un esprit trop simple ou trop madré, et je suis disposé à croire que c'est la dernière qualification qui est la vraie. Quant à moi, qui ne mérite guère la seconde, mais qui ne voudrais cependant pas trop mériter la première, je me bornerai à rappeler à mon curieux correspondant qu'il est certaines vérités dont on ne tient pas en main toutes les preuves matérielles et qui n'en sont pas moins pour cela de vraies vérités; or, il est une certaine loi qui ne permet aux critiques d'avancer des faits précis qu'à la condition d'en fournir toutes les preuves, sous une peine que je me sens très peu disposé à encourir. Voilà pourquoi je me suis arrêté où il était nécessaire. Mais que mon impatient correspondant tempère pour quelque temps ses ardeurs; il n'ignore pas sans doute que la commission nommée s'occupe avec un certain zèle de tirer au clair toute la comptabilité administrative; peut-être ne tardera-t-elle pas trop à faire la lumière qu'on semble tant désirer. Quant à moi, je ne devancerai pas les investigations de la commission; je me contenterai, *comme je l'ai fait dans mes dernières allusions*, d'en suivre les différentes phases. En attendant, et quel que soit le résultat de ces investigations, il est une confidence que je puis faire dès aujourd'hui à M. Davesne: il est un membre de la susdite commission, et ce n'est pas le moins versé dans l'étude des questions d'assistance publique, qui se fait déjà fort de prouver qu'on peut économiser annuellement un million tout en améliorant d'*autant* la position des malades, et cela même sans supprimer le potage aquatique des internes des hôpitaux. Peut-être, mon cher confrère, la *Gazette des Hôpitaux* pourra-t-elle servir un de ces jours d'intermédiaire à la propagation de cette importante vérité.

— Quant à la troisième lettre anonyme, elle ne vaut guère la peine que je m'en occupe. Elle exprime sous forme de défi et presque de menace la même idée que la précédente. Elle semblerait indiquer qu'il y a dans l'administration quelqu'un qui craint réellement d'être soupçonné, et qui espère échapper au soupçon en sommant bien haut ceux qui en ont de les exprimer catégoriquement. Je me préoccupe très peu de ces impatiences vraies ou simulées; chaque chose viendra en son temps. Voilà mon dernier mot pour aujourd'hui, et je quitte sans plus tarder le parvis Notre-Dame pour aller faire une courte visite à la rue de Poitiers.

— Je dis courte, car c'est une visite de compliments, et l'on dit que pour être bons les compliments doivent être courts. Or donc je félicite bien sincèrement l'Académie d'avoir enfin entendu la voix que la *Gazette des Hôpitaux* a tant de fois fait retentir. Une ordonnance veut qu'un nombre déterminé d'académiciens appartienne à telle section de l'Académie; le règlement veut que, lorsqu'il meurt deux membres dans une même section, la nomination prochaine soit faite de droit dans cette section. Ce qui veut dire que, si la section de chimie par exemple perd un membre en même temps que chacune des autres sections successivement, on arrivera à n'avoir plus personne dans la section de chimie, tandis que l'Académie sera réduite à son chiffre normal, c'est-à-dire à cent.

La commission des onze et M. Fr. Dubois surtout ont compris qu'assez longtemps la lettre a tué l'esprit, et l'on a décidé en comité *secret* qu'on changerait l'article du règlement. Je dois déclarer aussi que les craintes que j'avais exprimées touchant les *fournées* d'académiciens ne se réaliseront pas; il y a bien cinq vacances déclarées, mais les nominations ne se feront que successivement; en sorte que les cinq places ne seront peut-être pas remplies avant un an. Tout semble donc, grâce aux efforts intelligents de M. le secrétaire perpétuel, devoir se concilier : les intérêts et la dignité de l'Académie, et la juste ambition des jeunes savants qui attendent à ses portes.

X...

reins; mais ces tuberculisations sont moins fréquentes que celles qui se développent dans les ganglions lymphatiques superficiels, ceux qui sont situés derrière les mâchoires, par exemple, et souvent on ne reconnaît la phthisie chez des individus que longtemps après qu'ils ont déjà présenté ces engorgements ganglionaires. C'est la tuberculisation des ganglions mésentériques, pour le dire en passant, qui constitue le carreau, affection qu'on rencontre surtout chez les enfants, et qui a aussi été appelée tubercules mésentériques. On a encore trouvé des tubercules dans les os, dans les masses vertébrales et dans les extrémités des os longs, mais ces cas se présentent plus rarement.

A l'ouverture du cadavre des sujets qui ont succombé à la phthisie pulmonaire, on trouve presque toujours des traces plus ou moins prononcées de maladies inflammatoires : ainsi, dans la plupart des cas, la muqueuse des bronches présente des symptômes de bronchite aiguë ou chronique, les parois du tube digestif présentent des marbrures signes de phlogose, et chez les sujets qui ont succombé après un temps très long, on trouve dans les viscères des traces d'inflammation chronique durant depuis longtemps; ainsi on en trouve dans le parenchyme du poumon non encore affecté de tubercules, on en trouve dans les intestins grêles; on trouve des adhérences dans les points où les séreuses de la poitrine repliées s'adossent, et chacun sait que ces adhérences sont des traces incontestables d'inflammation. Les affections inflammatoires des phthisiques se montrent aussi *à priori* sur les séreuses autres que celles de la poitrine; ainsi, dans l'abdomen, on peut rencontrer des épanchements dans la cavité du péritoine. Tels sont les désordres qu'on a trouvés chez les sujets tuberculeux dont il a été donné de faire l'autopsie, et, pour nous rendre compte de leur valeur, il nous reste à les apprécier exactement.

Les concrétions tuberculeuses développées dans le parenchyme du poumon, trouvées dans les ganglions lymphatiques ou dans l'épaisseur des différentes muqueuses, quand on les voit à leur premier degré, ne permettent pas d'admettre une lésion anatomique qui les ait précédées; elles sont donc la lésion originelle de la phthisie. Quand ensuite on reconnaît autour de ces concrétions plus ou moins avancées de l'injection capillaire, du boursouflement, de l'induration, il faut bien admettre qu'un état inflammatoire s'est développé autour d'elles, et cet état de phlogose se rapporte aux effets de l'altération spontanée du tissu pulmonaire autour du tubercule qui se ramollit; car, quand le tubercule est encore cru, il n'y a pas de phlogose, et ce n'est que quand il devient jaunâtre et plus mou que la phlogose tend à se développer autour de lui. Ces phlogoses consécutives deviennent la cause d'accidents qui constituent les phénomènes secondaires dans la phthisie tuberculeuse.

On reconnaît encore par l'examen anatomique que les affections tuberculeuses se montrent dans le même poumon à toutes sortes de degrés, depuis la concrétion miliaire jusqu'au ramollissement et à la formation de cavernes après l'expectoration de la matière tuberculeuse; ces désordres sont comme les jalons des différentes périodes que la phthisie a parcourues, et présentent les traces des accidents qui se sont produits pendant la vie. Enfin, on peut trouver dans quelques points du poumon des excavations; autour de ces excavations, dans des points plus ou moins éloignés, des concrétions qui marchent au ramollissement; plus éloignés encore, des concrétions dures et miliaires. On comprend par là que, chez certains sujets, la maladie n'a pas été enrayée, mais qu'elle marche en multipliant les tubercules.

Par l'ouverture des cadavres des phthisiques on peut donc comprendre qu'il y a des sujets qui sont frappés de phthisie pulmonaire, et chez qui les tubercules sont limités, restent stationnaires, et ne s'accroissent plus; d'autres chez qui, après un plus ou moins long temps d'arrêt, il se fait une nouvelle recrudescence des accidents de la maladie par une nouvelle tuberculisation; chez d'autres la tuberculisation est continuë, comme nous l'avons vu plus haut; chez d'autres enfin les tubercules peuvent être avancés dans d'autres organes, en commençant seulement dans le poumon. On voit d'avance quelle influence ces différentes formes peuvent exercer sur la marche de la maladie. Le sujet qui garde sa tuberculisation limitée peut avoir épuisé la création tuberculeuse qui s'est faite dans un point de son organisme, et vivre longtemps, car il aura éprouvé les premiers et les derniers accidents de sa phthisie; mais chez celui qui après un temps d'arrêt des accidents de son affection donnera lieu à une seconde tuberculisation, il pourra se produire plusieurs phthisies tuberculeuses successives, jusqu'à ce qu'une d'elle l'ait emporté. Celui maintenant chez lequel les tubercules ont envahi différents points de l'organisme, puis le poumon, et celui chez lequel la tuberculisation sera continue, seront tous deux sous le coup d'un mal incessant qui les entraînera vers une mort certaine, car il trouvera son origine dans une cause prochaine et continue qui agit sur l'organisme. On voit pourquoi il y a tant de différence entre les phthisiques, pourquoi les uns sont si rapidement emportés, tandis que les autres peuvent encore aller et venir avec leurs tubercules, qui ne les empêchent ni de se livrer à leurs occupations habituelles, ni de vivre encore longtemps.

Quand les tubercules se développent dans toute l'étendue d'un poumon ou dans la presque totalité des deux poumons, on comprend que l'obstruction des cellules aériennes entraîne une diminution instantanée du volume de cet organe sous le rapport de l'hématose; de là des phénomènes asphyxiques. L'oblitération des rameaux capillaires des vaisseaux du poumon entraînera la congestion pulmonaire par suite des obstacles que le sang trouvera à sa circulation, et le rétrécissement de l'instrument de l'hématose qui en est une conséquence nécessaire, deviendra la cause de cette prompte asphyxie qui constitue la terminaison d'une des formes de la phthisie aiguë. Quand les masses tuberculeuses n'occupent qu'une petite étendue de l'appareil respiratoire, l'hématose peut rester presque intacte, la nutrition peut s'accomplir dans tous les organes presque normalement; de là ces phthisies qui sont encore compatibles avec un certain degré de forces et presque de santé, et qu'on rencontre si souvent dans les hôpitaux.

Formes de la phthisie. — Marche et symptômes de la phthisie aiguë.

Toutes les formes de la phthisie peuvent facilement se ramener à trois différentes : la phthisie aiguë, la phthisie chronique, et la phthisie inflammatoire, c'est-à-dire cette forme de la phthisie dans laquelle les accidents inflammatoires deviennent les accidents prédominants.

§ Ier. — *Phthisie aiguë. Symptômes.* — La phthisie aiguë n'est pas fréquente, quoiqu'elle ne soit pas cependant très rare; elle a pour premier symptôme une douleur profonde dans la poitrine; le malade a de la difficulté à respirer; il tousse, et l'état fébrile se développe avec intensité. A l'exploration de la poitrine on trouve les signes d'impénétrabilité du parenchyme pulmonaire dans une certaine étendue; la respiration du malade devient plus courte, ses pommettes deviennent le siége d'une coloration rouge; ses lèvres présentent une teinte violacée; ses forces s'affaissent en raison directe de l'intensité des accidents fébriles. Tous ces accidents ne mettent quelquefois que quatre ou cinq jours à apparaître, le plus souvent leur évolution a lieu en huit ou dix jours; les chairs deviennent flasques, le pouls s'affaiblit, mollit sous les doigts, les diastoles artérielles sont moins énergiques, le cœur perd de sa force d'impulsion; bientôt vient un certain degré d'expectoration de matière muqueuse présentant des stries de sang qui ne se mêlent pas avec elles et ne leur donnent en rien l'aspect des crachats rouillés de la pneumonie; des douleurs vives se font sentir dans les côtés vers les insertions du diaphragme et acquièrent bientôt une certaine intensité; les forces s'affaissent rapidement, les accidents fébriles deviennent plus marqués, et si ces accidents continuent deux, trois, ou quatre septenaires au plus, la maladie arrive à une terminaison funeste.

Diagnostic de la phthisie aiguë. — En vertu de la violence des accidents inflammatoires, la phthisie aiguë a pu être confondue avec la pneumonie; mais cette affection occasionne de la dyspnée et de l'orthopnée à un plus haut degré que la pneumonie. Les douleurs de côté sont plus vives, la couleur violacée des lèvres et la teinte asphyxique de la peau sont aussi plus intenses; mais on n'y trouve pas cette teinte jaunâtre et presque ictérique qui caractérise la pneumonie avancée. L'état fébrile est plus intense, en rapport avec la chaleur violente que le malade ressent profondément, et en rapport aussi avec l'excitation que produisent les quintes de toux qui entraînent, comme nous l'avons vu, des crachats muqueux mêlés d'une grande quantité de salive et présentant des stries sanguines. C'est dans cette forme qu'on trouve à l'autopsie des tubercules miliaires envahissant un poumon tout entier ou la presque totalité des deux poumons avec une congestion sanguine de l'organe, et même entre les tubercules un certain degré d'hépatisation. Cette maladie est difficile à reconnaître, parce qu'elle présente bien des symptômes des maladies inflammatoires de poitrine, et ses signes ne sont pas faciles à distinguer par le diagnostic.

On reconnaît cette phthisie aiguë, et on la distingue de la pneumonie, parce qu'on n'y trouve pas le râle crépitant sec de la première période de cette affection. On y trouve aussi une diminution de sonorité, mais moins grande, et le bruit d'expansion vésiculaire sera mélangé de craquements humides qu'on ne retrouve pas dans la pneumonie. Dans la pneumonie aussi on obtient plus de matité à la percussion.

On ne peut confondre la phthisie aiguë avec le catharre pulmonaire, excepté quand elle se montre dans le cours d'une bronchite aiguë; mais dans ce cas on a d'abord la respiration sibilante et les différents râles qui accompagnent la bronchite, et de plus la matité qu'on ne trouve jamais dans la bronchite. On a aussi l'expectoration de crachats striés de sang muqueux et encore diaphanes; symptôme que ne présente pas non plus le catharre pulmonaire. L'état fébrile est plus intense dans la phthisie aiguë, et c'est même par la violence de cet état fébrile qu'on est mis sur la voie de la phthisie aiguë.

Cette phthisie se complique quelquefois de pleurésie; mais c'est rare. Dans ce cas, on a les signes immédiats de la pleurésie : matité absolue à la partie la plus déclive de la poitrine, en vertu du liquide qui s'accumule en cet endroit; point de côté concomitant, et résonance égophonique de la voix. Ces signes ne se présentent jamais dans la phthisie tuberculeuse aiguë. C'est au milieu de ces complications que la maladie tuberculeuse est plus difficile à diagnostiquer; mais dans ces circonstances on a toujours pour la reconnaître l'état fébrile intense, la respiration craquante, et les signes asphyxiques.

§ 2. — *Phthisie chronique. Marche; symptômes.* — La phthisie chronique est la plus fréquente; c'est celle qui consiste dans la production des tubercules se faisant d'une manière lente, progressive, ou continue, ou se faisant à des intervalles plus éloignés et irréguliers, ou enfin s'arrêtant et ne se représentant plus jamais. Cette forme de phthisie présente les symptômes suivants. Constamment le malade a de la toux à intervalles plus ou moins éloignés, toux sèche et revenant par secousses isolées, surtout le matin; il éprouve sous les omoplates des douleurs que les petites secousses de toux exaspèrent; sa respiration se raccourcit; il éprouve de l'essoufflement, surtout lorsqu'il monte l'escalier, qu'il parle longtemps ou qu'il fait un effort musculaire quelconque.

Les fonctions sécrétoires de la peau s'altèrent, le malade éprouve des sueurs la nuit, surtout sur le cou et la poitrine; des frissons erratiques vers le soir, de la chaleur et de la fièvre pendant les digestions, une élévation du pouls qui n'est pas très intense, et qui peut présenter douze ou quinze pulsations de plus sans que le malade en ait conscience. Les urines deviennent plus abondantes et aqueuses, les forces diminuent, les fonctions organiques et plastiques s'altèrent, les chairs deviennent plus molles, les formes s'affaissent, et la face exprime un certain abattement qui contraste avec l'animation du regard, la coloration vive des pommettes et un degré d'excitation générale.

Cet ensemble de symptômes, qui varient d'intensité d'un moment à l'autre, peut persister longtemps sans augmenter notablement de gravité; pendant ce temps, la toux s'exaspère par intervalles et semble devenir plus opiniâtre; les forces diminuent de plus en plus, l'amaigrissement s'établit, et le malade prend un aspect extérieur qui indique à coup sûr au médecin l'affection dont il est atteint et ne le trompe pas. Dès le début de la maladie, les fonctions digestives s'accomplissent irrégulièrement, et on peut observer des accidents dyspepsiques. La douleur gravative de l'estomac, l'élévation du pouls après l'ingestion des aliments indiquent des difficultés dans la digestion, difficultés qui persistent avec la maladie et offrent ce caractère particulier qu'elles diminuent quand la phthisie devient plus avancée. Telle est la forme que les anciens appelaient phthisie au premier degré, parce que les crachats ne présentaient pas encore des caractères de destruction du poumon.

Cependant, tout d'un coup, par une exacerbation, la maladie fait un pas : le sujet affecté est pris de frisson, de dyspnée; la toux devient pénible, quinteuse, avec besoin d'expectorer; il éprouve un sentiment de chaleur à la gorge, une douleur permanente sous les omoplates et qui s'accroît par les secousses de la toux; ce degré d'acuité, que le malade rapporte en général à un rhume qu'il aurait contracté, marque l'invasion du ramollissement. C'est cette période que les anciens ont appelée phthisie tuberculeuse au deuxième degré.

Cet état plus prononcé des accidents de la phthisie dure quelquefois deux ou trois semaines, et quelquefois jusqu'à deux mois, puis s'apaise pour se reproduire un peu plus tard; les crachats, plus abondants, sont devenus grisâtres et nagent dans une grande quantité de salive; les malades mangent mieux, ont des digestions moins pénibles, et leur santé reste encore tolérable pendant assez longtemps.

Enfin, la phthisie arrive à sa troisième période, et le passage est caractérisé par l'expectoration spécifique de cette maladie. Les malades, tout d'un coup, rendent des crachats d'un jaune verdâtre ou sale, s'isolant de la salive dans laquelle ils nagent et présentant une forme arrondie : ce sont les crachats nummulaires; ou bien ils se fondent ensemble et se précipitent au fond du vase, et présentent l'aspect du pus, mais sans globules d'air interposés. Cette phthisie au troisième degré est le signe du ramollissement complet des tubercules, de leur conversion en apostèmes et de leur rejet au dehors par les bronches qui communiquent avec eux. Dans ces cas, la fièvre est continue, souvent sans que le malade en ait conscience, et il ne s'en aperçoit guère que vers le soir quand vient un frisson erratique avec chaleur dans la paume des mains, à la plante des pieds et aux pommettes, signes d'exacerbation de l'état fébrile.

Les sueurs nocturnes deviennent abondantes, visqueuses, font éprouver au malade un sentiment de froid; la peau devient terne et se couvre d'une espèce d'enduit grisâtre, surtout vers le cou et la poitrine; sa sécrétion sébacée est modifiée et, pour cette cause, elle acquiert une certaine facilité à se salir. C'est pendant cette période qu'arrive la terminaison funeste du tuberculeux, quand la respiration est devenue insuffisante à l'hématose, que les battements du cœur, devenus très faibles, ne peuvent entretenir la circulation dans des limites convenables, que les forces ont considérablement diminué, que les fonctions organiques et plastiques, en un mot, sont presque anéanties. Pendant ce temps, il tousse, expectore abondamment; sa toux le fatigue, devient de plus en plus superficielle par manque de force, et le malade succombe miné par une fièvre hectique. Cette terminaison est du reste toujours longue à arriver; il est des sujets qui ne vivent guère que deux ou trois ans avec cette maladie, tandis qu'il en est d'autres qui promènent leurs tubercules pendant douze et jusqu'à quinze ans entiers.

La mort des malades peut encore être accélérée par des accidents inflammatoires intercurrents qui deviennent graves et l'emportent facilement sur l'organisme affaibli des sujets qui ne peuvent réagir contre eux.

La phthisie pulmonaire chronique peut aussi se terminer plus heureusement par la détersion des cavernes et leur cicatrisation. Dans ce cas les malades, après avoir expectoré des matières muqueuses et purulentes, commencent à reprendre; la fièvre diminue et les forces leur reviennent un peu. Ils conservent encore de la douleur en respirant; leur respiration est courte, l'action nutritive et les organes locomoteurs ont encore de la faiblesse; mais peu à peu ces accidents s'amoindrissent, et, après un temps qui est toujours long, le malade peut se rétablir assez bien. Mais cette terminaison heureuse est très rare.

Laënnec a prétendu qu'elle était plus fréquente qu'on ne pensait, et il s'appuyait sur ce que, chez les vieillards, on trouve assez souvent dans le poumon des cicatrices incontestables, cicatrices fibreuses, denses, réunissant quelquefois plusieurs lobules, et contenant des traces d'un dépôt crayeux et même ossifié. Cette observation de Laënnec est exacte quant aux faits; mais on pourra lui objecter que ces lésions se rapportent plutôt à des apostèmes inflammatoires de pneumonies vidés et laissant des cicatrices; la preuve en est qu'en disséquant des sujets qui, à une époque plus ou moins éloignée, ont eu des plaies pénétrantes du poumon, on trouve des cicatrices exactement semblables. Ces concrétions osseuses ou crayeuses se rencontrent du reste chez les vieillards aussi bien dans les cicatrices du foie et des autres viscères parenchymateux, et même dans les tissus fibreux primitifs, que dans les cicatrices du poumon.

Diagnostic de la phthisie chronique. — La phthisie tuberculeuse chronique a des signes spéciaux qui présentent pour elle un diagnostic certain. La matité de la poitrine est constante dans les points répondant aux tubercules, et cette matité coïncide avec une modification des bruits respiratoires. Au premier degré, quand les tubercules sont encore crus, le bruit d'expansion vésiculaire est presque supprimé, et on entend

des craquements secs et durs disséminés dans le murmure respiratoire : s'il y avait pneumonie, on entendrait de la crépitation ou du souffle tubaire; s'il y avait bronchite, il y aurait ronchus et pas de matité; encore moins dans ce cas il y a pleurésie, car dans cette phlogose il y a toujours matité à la partie inférieure du thorax et égophonie.

Quand les tubercules se ramollissent, on entend une respiration crépitante, humide, mêlée à des craquements : on trouve de la matité à la percussion, l'expectoration est plus abondante que dans la bronchite et n'est pas liée comme dans cette maladie à des râles sibilants; il n'y a jamais de souffle tubaire comme dans la pneumonie.

Quand les tubercules sont ramollis et que la matière ramollie s'est fait jour par les bronches, on entend à l'auscultation une respiration gargouillante; si l'excavation est grande, on entend la résonance de l'air dans cette excavation, et, quand on fait tousser le malade, il se produit le souffle amphorique mélangé à de grosses bulles gargouillantes. Ajoutez à cela les signes dont il a été parlé plus haut, et on ne peut avoir de doutes sur l'affection.

La vomique qui survient dans les pneumonies suppurées est la seule affection qui pourrait faire croire à des cavernes se vidant par les bronches; mais il y a cette différence capitale qu'elle a été précédée de souffle tubaire, et qu'autour de l'apostbème vidé on entend encore ce souffle : dans ces cas, il faut, pour assurer son diagnostic, invoquer la marche antérieure de la maladie.

Tels sont les signes capitaux de la phthisie tuberculeuse chronique; il reste maintenant à examiner les accidents insolites qui peuvent survenir pendant le cours de cette maladie, accidents qui prennent les caractères inflammatoires et, constituant la phthisie tuberculeuse inflammatoire, peuvent faire passer la phthisie tuberculeuse chronique à l'état aigu, et hâter ainsi la terminaison funeste du sujet qui en est affecté.

TUMEUR OBTURANT COMPLÉTEMENT LA BOUCHE

d'un enfant nouveau-né.

Observation recueillie par M. le docteur Reinvillier.

Mme F..., demeurant rue Rochechouart, n° 14, accoucha le 12 novembre dernier d'une petite fille à terme. L'accouchement de Mme F..., qui était primipare, fut très laborieux et ne put, à cause de l'inertie de la matrice, se terminer que par une application de forceps, l'ergot de seigle ayant été insuffisant. Cette opération fut régulière et sans incident remarquable; mais l'enfant présenta une anomalie de conformation qui mérite d'être signalée.

Une tumeur, d'apparence charnue, réniforme, à surface rouge, lisse et vasculaire, lui obturait complétement la bouche. Elle dépassait en longueur les commissures labiales, était en partie logée sous la lèvre supérieure et recouvrait entièrement l'inférieure. L'examen immédiat me fit reconnaître qu'elle était mobile et implantée par un pédicule très court et très étroit sur la partie médiane du rebord alvéolaire supérieur. L'enfant exerçait une succion imparfaite sur la tumeur et ne pouvait crier, ce qui nuisait à l'établissement complet de la respiration.

Je procédai à l'excision avec des ciseaux droits, rasant de très près la face postérieure de cette production anormale, afin de ménager la possibilité d'une ligature si elle devenait nécessaire. Une hémorrhagie, en grande partie veineuse, eut effectivement lieu; mais le pédicule, sur une région cartilagineuse, était d'ailleurs si court que je ne pus ni tordre ni lier. Je me disposais à appliquer un bouton de feu, lorsque la compression prolongée, aidée de la cautérisation avec le nitrate d'argent, suffit à arrêter l'écoulement du sang.

L'enfant n'en a pas moins pris le sein avec facilité.

La tumeur, qui a été conservée dans l'alcool, est de nature fibro-celluleuse. La première idée qui devait naître à son aspect était celle d'une tumeur érectile, espèce en effet bien plus commune et d'un pronostic beaucoup plus grave. La rareté de cette autre variété à la naissance, la région occupée par la tumeur, son mode d'implantation, l'innocuité de l'opération sont autant de circonstances qui donnent de l'intérêt à cette observation.

DE L'EMPLOI DU FER ÉMAILLÉ

sous le point de vue de la salubrité et de l'hygiène pour la confection d'un grand nombre d'objets.

Par M. Gaultier de Claubry.

Les inconvénients que présente l'emploi des vases en cuivre pour la préparation des aliments, les dangers qui l'accompagnent souvent, ont fait désirer depuis bien longtemps, et rechercher par un grand nombre de personnes, les moyens d'y substituer le fer ou la fonte.

En Allemagne, on fait depuis beaucoup d'années usage de vases en fonte émaillée, que l'on fabrique maintenant en France sur une assez grande échelle. Quoique généralement inférieure à la bonne fabrication allemande, celle de plusieurs de nos fabriques offre des produits très-dignes d'intérêt. La société d'encouragement pour l'industrie nationale a proposé et a décerné des prix pour cette fabrication. Karsten en a décrit les procédés; mais soit quelques détails incomplets, soit quelques lacunes, les moyens qu'il a signalés n'ont pas satisfait complétement à ce qu'on pouvait en attendre.

Revêtir un métal attaquable par un grand nombre de substances, au moyen d'un enduit vitreux inattaquable par aucune d'elles, est une idée toute naturelle, mais qui dans la pratique offre de grandes difficultés, en raison de l'inégale dilatabilité de ces deux corps, et c'est aux défauts provenant de cette cause que l'on doit le peu d'avantages que l'on ait retirés jusqu'ici de l'emploi des vases émaillés.

D'ailleurs les vases de fonte sont pesants, la couche d'émail épaisse; conditions qui favorisent encore les fendillements que celui-ci éprouve, et qui mettent bientôt les vases hors de service.

Les vases de tôle étamée offrent, par leur légèreté, des conditions très-favorables pour leur emploi; la facilité avec laquelle on peut les maintenir dans un grand état de propreté vient encore ajouter à l'utilité qu'ils présentent; mais l'expérience a prouvé que cet étamage, comme celui qui constitue le fer-blanc, laisse souvent à désirer sous beaucoup de rapports; et d'ailleurs, inattaquable dans les conditions les plus générales, l'étain ne l'est pas par certains agents, qui n'exercent absolument aucune action sur les substances vitreuses.

C'est donc un pas en avant bien réel, que celui qui permet de confectionner toute espèce de vases ou d'ustensiles avec des substances tout à fait inattaquables par presque tous les agents, et pouvant servir presque à quelque usage que ce soit : il a été fait par l'application à la surface de la tôle d'un verre dont la base est un silicate de plomb dans lequel on fait souvent entrer une petite proportion d'acide borique, et qui, susceptible de s'appliquer en couches très-minces, adhère de la manière la plus complète au métal qu'il recouvre, et le rend par là même inattaquable.

Comme le verre lui-même, il peut fournir à l'industrie des ustensiles de toutes formes et dimensions applicables aux opérations les plus variées; aux constructions, du fer entièrement inapte à l'oxydation; à l'économie domestique et à la pharmacie, des vases dans lesquels on peut, sans aucune espèce de crainte, confectionner et conserver toute espèce de préparations, sans qu'elles éprouvent aucune modification que ce puisse être à leur contact, comme cela a lieu, par exemple, pour certains aliments qui se colorent dans des ustensiles en fonte.

La très-faible épaisseur sous laquelle on peut appliquer l'enduit vitreux dont il s'agit, permet à celui-ci de suivre les mouvements de dilatation ou de contraction du métal, et de ne pas se fendiller comme l'émail épais appliqué sur la fonte.

La tôle peut être facilement emboutie sous toutes les formes, se prête à tous les usages, et peut servir alors à la confection des objets les plus variés.

Les pharmacies étaient autrefois munies d'un matériel de vases en argent qui offrait toute sécurité pour la bonne nature des médicaments que l'on y préparait : depuis que le nombre s'en est indéfiniment accru, ce qui, pour le dire en passant, offre de plus grands inconvénients que l'illimitation du nombre des notaires, des avoués, des bouchers ou des boulangers; depuis que, par conséquent, les laboratoires sont moins bien approvisionnés, si tant est qu'il y ait des laboratoires, le matériel en argent est devenu une espèce de luxe oriental, et en le conçoit parfaitement.

Une bassine en tôle vitrifiée peut suppléer celle d'argent, et dès lors une conséquence immense sous le point de vue de l'hygiène et le résultat de ce genre de fabrication; toute crainte disparaît alors, quel que soit le peu de fortune du pharmacien. On comprend facilement quels avantages résultent de cette substitution.

Une seule chose est à prendre en considération, la friabilité de l'enduit vitreux : si, lorsqu'il est chaud, on le mettait en contact avec un liquide froid, comme un vase de verre ou de porcelaine, il se briserait; mais il faut convenir que grande n'est pas l'attention que l'on a besoin d'exiger de celui qui fait usage de pareils vases, en lui demandant seulement de les traiter comme de la porcelaine ou du verre, quant à cette circonstance.

Abstraction faite de cette particularité, et en se rappelant que le cristal se ramollit au rouge, et que par conséquent on ne pourrait faire usage de vases en fer vitrifié là où il faudrait porter la température au rouge vif, on peut les appliquer à toutes espèces d'opérations.

Il n'est pas une préparation culinaire que l'on ne puisse faire aussi dans ces vases, et qui ne soit alors exempte de toute espèce d'altération, sans laisser naître aucune espèce de crainte.

En définitive, il n'est rien qui ne s'altère ou ne s'use dans la nature, et surtout entre les mains de personnes souvent peu soigneuses, ou par mille accidents qui peuvent se présenter chaque jour; un moment viendra donc où la vitrification aura éprouvé quelque altération; les vases ou ustensiles ne seront pas pour cela hors de service; en les reportant au four, ou au moyen du chalumeau, on répare leurs défauts, et on les met facilement à même de recommencer leur service habituel.

L'altération qu'éprouvent dans les estagnons les eaux de fleurs d'oranger, dans lesquelles on finit par rencontrer souvent du plomb ou du cuivre provenant de mauvais étamages ou d'altération de l'étamage, qui laisse à nu une portion de cuivre ou de l'emploi d'étain renfermant du plomb, a mérité d'attirer l'attention du conseil de salubrité et de l'école de pharmacie de Paris. Par suite, on a depuis assez longtemps, à Grasse, établi un contrôle pour l'étamage; on a aussi substitué au cuivre le fer dans la fabrication des estagnons; l'argenture l'a été à l'étain; on a voulu transporter le liquide dans le verre ou le grès; mais le fer finit par être attaqué quand l'eau devient acide, et celle-ci contient une partie de ce métal, qui lui donne une saveur particulière; l'argenture, pour être plus coûteuse que l'étamage, ne satisfait pas à toutes les conditions, et le verre ou le grès sont trop pesants ou trop fragiles.

Des estagnons en tôle vitrifiée ne laisseraient rien à désirer, et une très-légère modification dans la forme et la dimension de l'ouverture serait la seule chose que nécessitât cet emploi.

Sous un autre point de vue, le fer vitrifié peut offrir de très-grands avantages; les tourilles employées pour le transport des acides, et de l'acide sulfurique en particulier, donnent quelquefois lieu en se brisant ou en se fêlant seulement à de graves dangers pour les hommes, comme pour les marchandises au milieu desquelles elles se trouvent placées; leur arrimage sur les navires offre tant de dangers réels que le transport des acides par voie de mer éprouve de grandes difficultés. Les vases en plomb sans soudure, inventés par M. Desbassyns de Richemont, ont déjà apporté sur ce point une grande amélioration. La substitution des vases en fer vitrifié à ces derniers offrirait une sécurité bien plus grande encore, et l'on n'aurait plus à craindre de voir se renouveler les incendies en mer ou sur roulages, dont les exemples ne sont pas malheureusement très-rares.

A peine une chose nouvelle dans l'industrie vient-elle se placer au nombre des choses déjà connues qu'elle crée des applications importantes; et quant à son utilité sous le point de vue de l'industrie, elle réunit des caractères qui les rattachent à l'hygiène publique ou privée, elle acquiert une importance qui fixe sur elle l'attention : c'est ce qui ne peut manquer d'arriver au fer vitrifié.

L'application de ce produit aux pissotières, dont se garnissent avec avantage pour la salubrité nos rues et nos places publiques; à la vidange, tant qu'elle s'exécutera dans les déplorables conditions où elle est encore placée, peut offrir beaucoup d'avantages.

Si au plomb employé au doublage des réservoirs d'eau on substituait le fer vitrifié, on n'aurait pas à craindre de voir se renouveler ces accidents, dont celui qui est arrivé en Angleterre à la famille de Louis-Philippe est un exemple trop récent pour avoir été oublié. Que les caisses à eau de nos navires fussent fabriquées avec le même produit, on verrait disparaître tous les inconvénients qu'on a jusqu'ici observés dans l'emploi de celles en fer, même en les induisant d'une couche de quelques matières bitumineuses. Un très-important emploi du fer vitrifié consisterait à le faire servir à la confection des vases destinés à arrimer sur nos navires les conserves alimentaires, que l'on doit tendre de plus en plus à mettre à la portée des marins, et qui pour cela doivent être préparées en quantités considérables.

Nous ne finirions pas si nous devions signaler toutes les applications utiles de ce genre de produit dont, à l'exposition de l'industrie, M. Paris (de Bercy) avait présenté quelques exemples. C'est une voie nouvelle qui mérite au plus haut degré l'attention, sous le point de vue que nous avons envisagé, le seul qui ait directement trait aux questions dont on s'occupe dans ce recueil; mais, sous le point de vue de l'industrie, c'est une voie toute nouvelle aussi, dans laquelle on rencontrera de nombreuses et importantes applications qui produiront, il n'y a pas de doute à ce sujet, des résultats précieux.

(Annales d'hygiène publique.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 janvier 1850. — Présidence de M. Legroux.

Homœopathie dans les hôpitaux de Paris.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le directeur général de l'assistance publique, en réponse à une lettre de M. Heurteloup, et dans laquelle M. Davesne donne quelques explications sur la médecine homœopathique qui se pratique dans le service des hôpitaux de Paris.

Dans cette lettre, M. le directeur général dit que c'est sans autorisation que M. Tessier pratique cette médecine, et que les médicaments sont apportés par ce médecin à l'hôpital, où ils sont enfermés dans des placards spéciaux; que cet état de choses existait avant l'entrée de M. Davesne à l'administration des hôpitaux; qu'il le laisse subsister, parce qu'il pense qu'un médecin doit être aussi libre que possible dans son service, et que l'administration ne peut ni ne doit contrôler la pratique médicale qu'il convient à chaque médecin de suivre et d'adopter dans le service qui lui est confié.

Ramollissement du cerveau.

M. Becquerel donne lecture d'un rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Valleix, Martin-Solon et Becquerel, sur une note lue par M. Bouchut, médecin du Bureau central, intitulée : *De la nature du ramollissement sénile.* Nous donnons ici l'analyse succincte de ce rapport, qui a présenté, au point de vue scientifique, des objections au travail de M. Bouchut, objections auxquelles nous laissons à l'auteur de la note le soin de répondre. Ajoutons néanmoins que les remarques auxquelles a pu se livrer M. Becquerel à propos du travail dont il a présenté l'analyse d'une manière remarquable ne peuvent que rendre le travail de M. Bouchut plus complet et plus intéressant.

Le mémoire de M. Bouchut, dit le rapporteur, partant de ce principe, que le ramollissement du cerveau comprend deux variétés d'ordres différents :

1° Les ramollissements inflammatoires (rouges);

2° Les ramollissements blancs séniles.

Il a pour but de démontrer que, conformément à l'opinion de Carswel, la deuxième espèce de ramollissement est due à une altération analogue à la gangrène sénile par artérite.

Pour le démontrer, l'auteur de la note décrit avec soin la concrétion occupant l'intérieur des artères centrales du cerveau, et fait remarquer leur coïncidence avec les incrustations cartilagineuses et osseuses de ces mêmes artères. Depuis M. Bouchut, il n'y a pas seulement coïncidence entre ces deux espèces d'altérations, mais rapport de cause à effet, et elles déterminent le ramollissement blanc qui, selon lui, n'est autre chose qu'une gangrène sénile.

M. Bouchut répond aux objections qu'on pourrait lui opposer relativement à l'absence d'odeur gangréneuse et de coloration noirâtre, en disant que ces deux caractères manquent parce que la substance ramollie n'a pas le contact de l'air, et que l'air seul peut les déterminer. Pour ce qui est de la fréquence des concrétions et des incrustations des artères du cerveau comparée à la rareté des ramollissements, il fait observer que cela n'est pas plus étonnant que pour les membres des vieillards, où il y a souvent des concrétions et incrustations artérielles, et rarement gangrène.

Enfin, M. Bouchut s'appuie sur l'analogie de ce ramollisse-

ment sénile avec les effets consécutifs à un certain nombre de cas de ligatures des carotides. Dans ces cas, les individus ont offert des symptômes d'hémiplégie, et l'autopsie a fait voir dans le cerveau des ramollissements blancs séniles.

Le rapporteur pense que M. Bouchut s'en est un peu trop tenu, dans son travail, aux moyens ordinaires d'investigation, et n'a pas assez mis à contribution les découvertes modernes.

En effet, l'absence d'odeur a plus de valeur que ne le pense l'auteur. Ainsi, dans la gangrène de la rate, le foie et d'autres organes du ventre, il y a l'odeur et la couleur de la gangrène ordinaire, au moins en partie, malgré l'absence du contact de l'air. Le défaut de coloration a aussi de la valeur, tellement même que, dans une des observations de ligature rapportée par M. Bouchut, il cite lui-même, comme lésion anatomique, la coloration cendrée, et décrit de petites cavités remplies de liquide grisâtre.

L'auteur du rapport croit que la question doit être posée sur le terrain du microscope, et donne l'état de la science à ce sujet. Le microscope démontre la texture fibreuse du cerveau et sa constitution par des fibres simples ou variqueuses, adhérentes, etc.

L'étude du ramollissement démontre que les ramollissements rouges présentent les mêmes caractères que les ramollissements par apoplexie capillaire et que les ramollissements inflammatoires, traumatiques ou non. Au microscope, on trouve les fibres centrales disséminées, détachées, isolées au milieu d'un liquide qui contient un grand nombre de globules intacts ou altérés, framboisés, et souvent adhérant ensemble et formant de petites masses rougeâtres, grenues. Le microscope fait voir, dans les ramollissements jaunâtres avoisinant les ramollissements rouges des apoplexies, des fibres disséminées, irrégulières, au milieu d'un liquide contenant des fragments de globules.

Dans les ramollissements verdâtres, avec infiltration de pus, on trouve, au microscope, des fibres disséminées, beaucoup de cellules de pus, beaucoup surtout de cette espèce appelée *granuleuse*, et sans noyaux, etc. ; à l'analyse chimique, beaucoup de cholestérine.

Enfin, dans le ramollissement blanc sénile ordinaire, le microscope démontre des fibres simples ou variqueuses, isolées, détachées, fragmentées, disséminées au milieu d'un liquide amorphe parsemé de granules moléculaires. (Ces granules sont composés de trois matières différentes : 1° de combinaisons de protéine ; 2° de matières grasses ; 3° de matières salines.)

Dans cette quatrième espèce, il n'y a aucun des caractères que le microscope démontre comme existant généralement dans tout tissu gangrené.

Ces caractères sont, au microscope :

1° Des fragments distincts de l'organe gangrené;

2° Des plaques noirâtres dues à de petites escharres microscopiques de ce même organe;

3° De larges, grands et nombreux globules graisseux.

L'analyse chimique fournit beaucoup de graisse.

La question, selon le rapporteur, ne serait donc pas résolue, par ces deux moyens d'investigation, dans le sens de M. Bouchut.

Le rapporteur conclut à l'admission de M. Bouchut comme membre titulaire de la Société de Médecine des Hôpitaux.

Ces conclusions sont adoptées.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Troisième épreuve. — *Leçon orale après trois heures de préparation.*

MM. MAISONNEUVE ET LENOIR.

De l'opération de la hernie crurale étranglée.

Avant de rendre compte des leçons faites sur cette question par MM. Maisonneuve et Lenoir, il nous paraît utile de rappeler brièvement les deux opinions qui ont été émises successivement, soit sur la conformation du canal crural, soit sur le siége précis de l'étranglement dans cette variété de hernie.

Pour Blandin et la plupart des anatomistes de son époque, le canal crural est un conduit prismatique triangulaire, ouvert du côté de l'abdomen supérieurement, embrassant inférieurement l'embouchure de la veine saphène interne, et contenant dans sa cavité l'artère et la veine crurales ; ses parois sont constituées, l'une par la lame fibreuse appliquée sur le pectiné, l'autre par une lame semblable couchée sur le psoas iliaque, et la troisième par le *fascia crebriformis*.

Pour Thompson et pour la plupart des chirurgiens qui se sont formés depuis huit ou dix ans, le canal crural est une sorte d'infundibulum extrêmement court, situé à la partie interne des vaisseaux fémoraux ; les parois de cet infundibulum répondent, l'interne aux vaisseaux cruraux, la postérieure au pectiné, l'antérieure au *fascia crebriformis ;* sa base, tournée en haut, est limitée en dedans par le ligament de Gimbernat, en dehors par la veine fémorale, en arrière par le pectiné, en avant par l'arcade crurale.

Aux yeux des premiers auteurs, l'étranglement s'effectue à l'orifice supérieur du canal crural, et il faut alors débrider sur le ligament de Gimbernat ou sur le ligament de Fallope ; aux yeux des seconds, l'étranglement a pour siége l'un des trous du *fascia crebriformis*, et, pour eux, le débridement doit s'opérer uniquement sur ce fascia, en sorte qu'il n'expose à la lésion d'aucun vaisseau.

Entre ces deux opinions, on pouvait hésiter il y a dix ans ; mais aujourd'hui le doute ne paraît plus possible : d'une part, une étude attentive démontre la réalité de l'*infundibulum femoralis ;* de l'autre, des faits précis et déjà assez nombreux sont venus établir la fréquence de l'étranglement par les trous du *fascia crebriformis*.

Ces faits rappelés, écoutons les deux honorables compétiteurs.

M. MAISONNEUVE.

Ce candidat débute par la description du canal crural, qu'il envisage comme Blandin ; mais il oublie de signaler les rapports de l'artère épigastrique avec l'orifice supérieur de ce canal. En mentionnant l'anomalie dans laquelle l'obturatrice naît de l'épigastrique, il laisse supposer que cette artère vient toujours contourner l'anneau crural, ce qui n'a lieu que dans les cas où le tronc commun des deux vaisseaux offre une assez grande longueur ; or cette variété d'anomalie est loin d'être, à l'état normal, dans la proportion de 1 à 5, ainsi que l'a avancé M. Maisonneuve. Dans cette première partie de sa leçon, l'honorable candidat a souvent parlé du ligament de Cowper ; quel est ce ligament?

Ces considérations anatomiques exposées, M. Maisonneuve rappelle le mode de formation des hernies crurales et les variétés de siége de leur étranglement, qui peut avoir lieu : 1° au collet du sac ; souvent il en est ainsi ; 2° à l'anneau crural ; 3° sur l'un des trous du *fascia crebriformis*.

Le chirurgien qui se propose de pratiquer l'opération de la hernie crurale étranglée se place du côté correspondant à la hernie ; le malade est couché sur le dos, la tête et les épaules un peu élevées par des oreillers, les jambes demi-fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin et un peu écartées.

L'incision des téguments peut être linéaire, cruciale ou disposée en T. Le point important est de lui donner une étendue suffisante. Pour la pratiquer, quelques opérateurs font un pli transversal à la peau, et divisent ce pli perpendiculairement ; les couches sous-jacentes sont ensuite divisées successivement jusqu'au sac ; il importe de savoir qu'elles sont souvent nombreuses, et qu'on peut en rencontrer jusqu'à 8, 10 et même 14 avant d'arriver à l'enveloppe séreuse ; celle-ci reconnue, on la saisit avec une pince, on excise la partie soulevée en dédolant, et on agrandit ensuite l'ouverture.

Le débridement est pratiqué tantôt sur le ligament de Gimbernat, tantôt sur le ligament de Fallope, tantôt sur le *fascia crebriformis*. Pour l'opérer, le chirurgien ne fera usage ni d'une sonde, ni d'une spatule cannelées ; le doigt indicateur appliqué par sa face dorsale sur les intestins est le meilleur conducteur qu'on puisse choisir ; un bistouri droit boutonné, conduit à plat sur la pulpe du doigt et enfoncé dans l'anneau constricteur par un mouvement de simple pression et non par un mouvement de va-et-vient, suffit pour débrider ; l'étranglement étant levé, on attire un peu l'intestin pour s'assurer de son intégrité avant de le réduire, et on le pousse ensuite dans la cavité de l'abdomen.

On peut réunir la plaie consécutive à l'opération par première intention, ou la panser à plat et la laisser suppurer. Ces deux modes de pansement sont admis dans la pratique ; cependant le premier paraît plus avantageux.

Nous croyons que M. Maisonneuve n'a pas donné dans cette leçon, remarquable d'ailleurs par la facilité d'exposition, l'importance qu'on doit attacher aux recherches modernes sous le rapport anatomique. Les faits qui démontrent l'existence de l'étranglement dans un des trous du *fascia crebriformis* sont aujourd'hui trop nombreux pour permettre que l'on garde presque le silence à leur égard.

M. LENOIR.

Après quelques considérations historiques, M. Lenoir aborde la discussion du canal inguinal. Deux opinions, dit-il, sont aujourd'hui en présence : dans l'une, on représente le canal inguinal comme un conduit prismatique et triangulaire, ouvert par son orifice supérieur dans l'abdomen, embrassant par son orifice inférieur la veine saphène interne et contenant dans son intérieur les troncs fémoraux ; dans l'autre, plus récente, on compare le canal à un infundibulum placé en dedans de la veine fémorale, répondant supérieurement à l'abdomen et inférieurement au *fascia crebriformis*. Sans se prononcer entre ces deux opinions, le candidat déclare cependant qu'il se ralliera pendant le cours de sa leçon à la plus ancienne, et qu'ainsi, pour lui, l'étranglement a surtout son siége dans l'anneau crural sur le bord tranchant du ligament de Gimbernat.

Lorsqu'ils sortent de l'abdomen, les viscères herniés poussent au-devant d'eux le péritoine dont ils s'entourent, le septum crurale, qui leur forme également une enveloppe, et arrivent sous le *fascia crebriformis*, qu'ils traversent.

Le manuel opératoire comprend :

1° *L'incision des parties molles extérieures au sac.* — Pour procéder à cette incision, le chirurgien, après avoir soumis son malade à l'influence du chloroforme et lui avoir donné une position qui relâche les muscles abdominaux, se place du côté correspondant à la hernie et fait placer du côté opposé un aide, qui aura surtout pour fonction d'éponger les lèvres de la plaie ; cette fonction est importante, car, pour procéder avec prudence et sécurité, il faut ici opérer à *blanc*, afin de savoir toujours quelles sont les couches qui se présentent à l'instrument. La peau peut être divisée soit linéairement et parallèlement au pli de l'aine, soit crucialement, soit en forme de T ; le premier mode d'incision n'est pas toujours suffisant ; le second convient aux hernies volumineuses ; le troisième mérite la préférence dans les cas ordinaires.

Pour opérer cette section, on peut faire à la peau un pli transversal qu'on divise perpendiculairement à sa direction ; mais cette précaution peut être négligée par un chirurgien exercé ; quant aux couches sous-jacentes, on les divise successivement de dehors en dedans dans une petite étendue, ou bien on les saisit tour à tour avec les mors d'une pince, et, après en avoir excisé un lambeau en dédolant, on achève leur division sur la sonde canelée.

2° *L'ouverture du sac.* — On reconnaît celui-ci soit à sa demi-transparence, caractère récemment indiqué par M. Huguier, soit à la forme arborescente des vaisseaux de l'intestin qu'on peut assez facilement distinguer s'il n'existe pas de liquide dans le sac. Pour ouvrir cette poche séreuse quelques chirurgiens la saisissent avec les mors d'une pince et l'excisent sur un point en dédolant, d'autres la piquent avec l'extrémité du bistouri ; en procédant ainsi, on s'expose à piquer aussi l'intestin ; mais cette piqûre est peu grave.

3° *Le débridement.* — Ce temps est le plus important et le plus difficile de l'opération ; le point sur lequel on peut faire porter le débridement a varié. On a conseillé d'inciser en dedans sur le ligament de Fallope, ou en haut et en dehors, comme le voulait Dupuytren. Le premier mode de débridement expose à la lésion de l'artère obturatrice, s'il existe une anomalie d'origine de ce vaisseau ; le second expose à la blessure des vaisseaux spermatiques et du canal déférent chez l'homme ; le troisième pourrait être suivi de la division de l'artère épigastrique s'il l'étendait un peu trop haut ; il importe de rappeler cependant que, dans le grand nombre de hernies crurales qu'il a opérées, le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'a jamais observé cet accident, circonstance heureuse dont on ne peut se rendre compte que dans la théorie moderne sur le siége de l'étranglement.

Des instruments de formes très différentes ont été imaginés pour exécuter le débridement. Dans ce nombre, il suffit de citer le bistouri de J.-L. Petit, aiguisé à la lime ; celui de Pott, celui de Dupuytren. Dans la pensée de mieux conjurer le danger attaché à l'incision des parties qui étranglent, on a cherché à dilater l'anneau constricteur et à le déchirer. Tel était le but de dilatation de Leblanc; mais le bistouri droit boutonné, porté sur la pulpe du doigt indicateur qu'on applique par la face dorsale sur l'intestin, constitue le procédé à la fois le plus simple et le plus avantageux. L'instrument tranchant doit pénétrer à la manière d'un coin, c'est-à-dire en poussant et non en sciant. Après le débridement, on attire dans la plaie le bout inférieur de l'intestin ; ce qui permet aux gaz et aux matières de se disséminer sur une plus large surface, et d'attirer ensuite de la même manière le bout supérieur. L'intestin étant reconnu sain, on le réduit et on procède au pansement. Celui-ci est fait à plat afin d'obtenir une réunion par seconde intention, en général préférable à la réunion immédiate.

Cette leçon a été suivie d'applaudissements mérités. M. Lenoir a été simple et lucide dans son exposition; ses appréciations ont été celles d'un chirurgien exercé, instruit et judicieux. S'il se fût rallié nettement à la théorie moderne, qu'il a exposée d'une manière générale, mais non peut-être d'une manière assez précise, nous n'aurions aucune objection à faire au succès complet qu'a obtenu ce candidat.

NÉCROLOGIE.

Le corps médical vient d'éprouver une perte bien regrettable. M. le docteur Antoine-Aimé-Martin Destouches, ancien médecin du palais de Neuilly, ex-adjoint au maire, est mort le 1er février à Neuilly, après une courte maladie, à l'âge de cinquante-neuf ans.

M. le docteur Destouches avait cessé d'exercer la médecine depuis quelques années; mais il n'avait pas cessé de rendre des services à la commune qu'il habitait; c'est en grande partie à ses soins que furent dues la création et la direction de l'ambulance et des secours publics dans la dernière épidémie du choléra. A cette époque, comme dans l'épidémie de 1832, M. Destouches s'est distingué par son activité et son désintéressement; il a obtenu dans ces deux épidémies, pour toute récompense, la médaille accordée aux praticiens dévoués, et aurait certes mérité une distinction plus recherchée et qui n'est que trop souvent accordée à la faveur, distinction que le corps municipal et la commission de bienfaisance avaient sollicitée avec instances, et qui était due à son zèle et à son dévouement. Les fatigues qu'il a supportées ne sont, en effet, peut-être pas étrangères à sa mort prématurée.

Les obsèques de M. Destouches ont eu lieu hier dimanche, 3 février, à Neuilly, au milieu d'un concours nombreux d'amis et de confrères, parmi lesquels on remarquait MM. Putel, Soyez, et Legrand (de Neuilly), Bourgeoise, Fabre, etc. ; les autorités municipales de Neuilly, etc.

Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 7 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 17.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 6 FÉVRIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie semble enfin disposée à terminer les anxiétés des candidats au prix d'Argenteuil. Un long comité secret a eu lieu aujourd'hui à cet effet; les résultats de la discussion ne sont point parvenus jusqu'à nous.

Le reste de la séance a été rempli par un discours de M. Récamier, qui sera probablement la clôture de la longue discussion sur les affections utérines. Le célèbre praticien a abordé la question sous un point de vue tout nouveau, avec cette originalité d'esprit qui le caractérise. Nous mettons son discours sous les yeux de nos lecteurs, qui pourront eux-mêmes en apprécier le mérite.

HOTEL-DIEU. — M. CHOMEL.

Leçons cliniques sur la pneumonie.

(3e et 4e leçons. — *Voir* le n° du 31 janvier.)

Diagnostic. — Dans la plupart des cas, le diagnostic de la pneumonie est facile; cependant, il arrive encore assez fréquemment que les symptômes caractéristiques ne se montrent pas dès le début, et que le médecin se trouve embarrassé vingt-quatre, quarante-huit heures et même trois ou quatre jours après l'invasion.

Lorsque le malade éprouve d'abord un frisson violent, que bientôt après apparaissent le point de côté, les crachats visqueux, aérés, transparents, la toux, la dyspnée; lorsqu'à ces symptômes viennent se joindre les phénomènes caractéristiques d'auscultation et de percussion, la pneumonie suit alors la marche ordinaire, et le diagnostic est facile. Mais dans le cas où elle vient compliquer une maladie déjà existante, les phénomènes locaux étant peu prononcés; ou bien lorsque son début est accompagné de symptômes et de circonstances tels que l'attention du médecin doit être naturellement détournée: dans le cas, par exemple, où elle débute par un frisson accompagné de fièvre intense, frisson se répétant le lendemain (ce qui a lieu lorsque l'invasion des deux poumons se fait successivement), avec absence momentanée des autres phénomènes caractéristiques, et si le malade habite dans un pays où règnent les fièvres intermittentes, le médecin, dans ce cas, ne devra-t-il pas naturellement porter son attention vers cette dernière maladie, et négliger complétement celle dont l'existence n'est révélée par aucun des symptômes qui l'accompagnent ordinairement?

Souvent, et cela se remarque plus particulièrement chez les vieillards, le frisson est suivi de diarrhée, de vomissements; d'autres fois, ce sont les facultés intellectuelles qui sont troublées: il y a du délire. Fréquemment le début est annoncé par de la céphalalgie occipitale; plus tard, viennent les nausées, les vomissements, la diarrhée et les douleurs dans les membres, en même temps que l'expectoration, le point de côté, la dyspnée manquent complétement.

Ces exemples, malheureusement trop fréquents, de l'absence des symptômes caractéristiques au début, et même pendant les premiers jours de la maladie, doivent rendre prudent, et porter naturellement à donner plus de poids aux symptômes généraux et aux circonstances dépendant de l'âge, de la vigueur, des habitudes, etc., du malade.

Ainsi, lorsque le frisson est suivi de symptômes typhoïdes chez un vieillard, on se rappellera que ces affections s'observent rarement dans la vieillesse; s'il est suivi de phénomènes abdominaux, que les maladies de l'appareil digestif débutent rarement par un frisson. Alors, dans le doute on s'abstiendra, et les symptômes caractéristiques auront ainsi le temps de se montrer.

Fréquemment, la pneumonie survient dans le cours d'une pleurésie. Ici le frisson initial peut être attribué à cette dernière maladie. Les phénomènes d'auscultation peuvent devenir difficiles à constater par la présence de l'épanchement pleurétique. Dans ce cas, il faut ausculter le malade en le faisant changer de position, afin de déplacer le liquide épanché, et d'enlever, par ce moyen, l'obstacle qui se trouvait entre l'oreille et la partie malade du poumon.

Il ne suffit pas de constater la présence de la pneumonie, il faut encore connaître l'étendue des parties affectées et le degré de la maladie.

Etendue. — Lorsque la pneumonie est située dans les parties profondes du poumon, il est impossible de tracer exactement ses limites. Dans le cas, au contraire, où la maladie siége à la surface, il est toujours possible de les déterminer exactement.

Lorsque l'auscultation démontre l'existence de la pneumonie aux parties antérieure et postérieure de la poitrine, on peut être certain également que le centre du poumon est atteint.

Lorsque avec des phénomènes d'auscultation limités, restreints, se présentent des crachats abondants, une toux fréquente, de la dyspnée, on doit soupçonner alors que l'espace envahi par la pneumonie est beaucoup plus considérable, en réalité, seulement dans ce cas, la maladie occupe le centre du poumon.

La pneumonie du sommet du poumon est généralement regardée comme plus grave que celle des autres parties de cet organe, et il est à craindre, dans le cas où elle se présente, qu'elle ne vienne compliquer une affection tuberculeuse.

Du degré. — Lorsque, la pneumonie datant déjà de quatre ou cinq jours, les crachats et les autres symptômes offrent une gravité croissante, quoique l'auscultation ne démontre que de la crépitation, dans ce cas, la pneumonie a débuté par les parties profondes, et le centre du poumon peut se trouver déjà à l'état d'induration, tandis qu'à la surface la maladie n'est encore qu'au premier degré.

Lorsque, en l'absence d'épanchement pleurétique, l'auscultation donne un bruit de souffle sans mélange de crépitation, la pneumonie est arrivée au deuxième degré. Si le son mat produit par la percussion et le bruit de souffle durent depuis quatre ou cinq jours, si le malade se sent considérablement affaibli, s'il est pris de petits frissons, et qu'à ces caractères se joignent des crachats plus sales, d'une expectoration plus difficile, alors on peut être certain que le poumon est hépatisé.

Gangrène. — La fétidité des crachats suffit pour faire diagnostiquer la gangrène; il y a des cas où ce caractère peut manquer; quand, par exemple, elle se forme à la surface du poumon. Alors les matières gangrenées obstruent les ramifications déliées des bronches et y restent stationnaires. Lorsque, au contraire, elle entame les bronches plus volumineuses, les corps gangrenés passent librement, se mêlent aux crachats et leur communiquent leur fétidité.

Pronostic. — Beaucoup de médecins pensent que la pneumonie a presque toujours une terminaison favorable; telle n'est pas notre manière de voir, et nous pensons que, abstraction faite de l'âge et du tempérament, la pneumonie doit être considérée comme une affection très grave, très souvent mortelle.

Si l'on examine les circonstances dans lesquelles la pneumonie peut survenir, circonstances ayant rapport à l'âge, au tempérament, à l'état de santé ou de maladie du sujet au moment de l'invasion, on trouve que les cas qui amènent le pronostic le plus fâcheux sont ceux où elle vient compliquer une maladie aiguë. L'âge du malade exerce également une grande influence sur l'issue de la pneumonie. Chez les très jeunes enfants, elle est le plus souvent mortelle; mais c'est chez les vieillards que la pneumonie fait le plus de ravages. D'après un résumé exact, nous pouvons tracer le tableau suivant de la mortalité qu'entraîne cette maladie dans les différents âges de la vie et sur des sujets bien portants avant l'invasion.

AGE.	MORTALITÉ.
Chez les très jeunes enfants.....	1 sur plus de la moitié.
De 16 à 20 ans............	presque jamais mortelle.
» 20 » 30 »............	1 sur 11
» 30 » 40 »............	1 » 5
» 40 » 50 »............	1 » 3
» 50 » 90 »............	3 » 4

Il est utile, à cause de l'importance des phénomènes d'auscultation dans la pneumonie, de s'assurer, lorsqu'on observe un son mat dans une partie du poumon et qu'on entend du souffle bronchique dans la partie voisine, si ce son mat ne dépend pas d'un épanchement pleurétique formé pendant le cours de la maladie. Dans ce cas, le pronostic pourrait être beaucoup moins grave.

La suppression complète des crachats est une circonstance fâcheuse. Dans ce cas, on doit craindre l'engorgement des bronches et par suite l'asphyxie.

La nature des crachats expectorés a aussi son importance.

Les crachats visqueux expectorés avec effort sont de fâcheux augure.

Les crachats diffluents, se rapprochant par la couleur et la consistance du jus de pruneaux, sont également un triste présage. S'ils n'indiquent pas précisément la suppuration du poumon, ils la précèdent de peu. Lorsque ces crachats deviennent fétides et que l'état général du malade s'aggrave en même temps, alors la terminaison est funeste nécessairement.

Les symptômes bilieux qui peuvent se présenter dans le courant de la maladie offrent peu de gravité.

Il n'en est pas de même des symptômes adynamiques. Ceux-ci sont beaucoup plus sérieux en raison de la période plus avancée de la pneumonie.

Le délire apparaissant vers le septième ou huitième jour de la maladie est du plus fâcheux augure.

La pneumonie primitive est beaucoup plus grave que celle qui survient après une ou plusieurs affections de cette nature. Dans la pneumonie de récidive, les symptômes les plus inquiétants ont quelquefois disparu au bout de quatre ou cinq jours. Lorsque la pneumonie de récidive vient compliquer une maladie organique du poumon, telle que la phthisie, elle produit, comme il est facile de le comprendre, un effet très fâcheux sur l'économie en hâtant la marche de cette dernière.

Traitement. — La pneumonie est une des maladies qui, à cause de leur ancienneté et de leur gravité, ont donné lieu aux modes de traitement les plus divers, et encore aujourd'hui les médecins ne sont pas d'accord sur les moyens à employer. C'est ainsi que, dans les mêmes circonstances, il est des médecins qui saignent leurs malades coup sur coup, tandis que d'autres les saignent une ou deux fois, ou même pas du tout. C'est ainsi également que l'émétique à haute dose, les toniques, les purgatifs, les narcotiques sont adoptés par les uns, rejetés par les autres. Tous ont pu constater des succès malgré les différents modes de traitement qu'ils emploient. Pour nous, il résulte de ces faits que les différentes méthodes peuvent être bonnes ou funestes, suivant qu'elles sont employées avec ou sans discernement; que, par cela même qu'on a pu observer des cas de guérison obtenue par des moyens dont l'influence est si différente sur l'économie, ces mêmes moyens ont dû être très nuisibles dans d'autres cas, et que, loin de préconiser l'action de tel ou tel médicament comme spécifique, nous nous bornons à en conseiller l'usage seulement dans le cas où l'indication est précise. Du reste, comme nous l'avons déjà fait observer, il arrive souvent que l'amélioration que l'on remarque chez le malade est mise sur le compte du remède lorsque la nature seule agit au moment de la période de décroissance. Nous pensons donc qu'il faut laisser au discernement et au bon sens du médecin le soin d'employer tel ou tel remède, selon qu'il en reconnaîtra l'urgence.

Il est cependant un moyen dont l'utilité a été de tout temps et est encore de nos jours généralement reconnue; nous voulons parler de la saignée.

La saignée se présente sous deux formes: saignée générale, saignée locale.

La saignée locale (sangsues, ventouses scarifiées) doit être réservée pour les cas où la douleur est superficielle.

La saignée générale apporte une modification immédiate dans l'économie; on ne doit y renoncer que lorsque le malade est dans un âge très avancé ou dans un état de faiblesse excessive.

Le poumon, organe spécial ayant pour fonction d'amener une modification dans le sang de l'économie, n'atteint ce but qu'au moyen d'un travail intérieur d'autant plus pénible que la quantité de sang à raviver est plus considérable et que le poumon est en moins bon état. Tout moyen ayant pour effet de diminuer la quantité de sang diminuera, dans la même proportion, les efforts d'élaboration nuisibles et fatigants pour le malade atteint de pneumonie. De là l'indication de la saignée.

La nécessité de la saignée une fois reconnue, la question n'est pas encore tranchée; il reste à déterminer la quantité de sang qu'il convient de tirer, et c'est ici que les opinions sont le plus partagées. Quant à nous, nous pensons que, de même que, dans une maladie, la quantité d'un remède à donner au malade pour achever sa guérison ne peut être fixée d'avance; de même, il est impossible de déterminer de prime abord d'une manière certaine le nombre des saignées et leur valeur au point de vue de la quantité.

Il est cependant des règles fixées par le bon sens et qui doivent diriger le praticien. Ainsi, par exemple, lorsque le malade est robuste, sanguin et que la pneumonie débute avec vigueur, la saignée doit être pratiquée large, abondante, et même être répétée dans la journée et le lendemain, lorsque l'état du pouls et l'état général du malade l'indiquent. Il faut cependant prendre garde d'amener le sujet à cet état de faiblesse si grave dans la pneumonie; il faut également, tout en usant largement de la saignée, se réserver la facilité de l'employer de nouveau si l'état général l'exigeait.

La quantité de sang à tirer est de 2 à 4 palettes, selon que l'invasion a lieu chez des individus faibles ou vigoureux. Chez ces derniers, il arrive quelquefois que, même après sept ou huit jours, l'inflammation se développe de nouveau et avec la même intensité, soit qu'elle passe d'un poumon à l'autre, soit qu'elle recommence au même point qu'elle vient de quitter; il ne faut pas craindre, dans ce cas, d'employer de nouveau les émissions sanguines aussi réitérées que le sujet le comporte.

Lorsque la pneumonie est simple, sans complications, ordinairement trois ou quatre saignées suffisent; cependant on est fréquemment forcé d'y revenir. Il nous est même arrivé,

dans un cas particulier, de tirer en huit jours de temps dix livres de sang à un malade atteint de pleuropneumonie avec péricardite, et dont nous obtînmes la guérison.

A ce moyen énergique il est utile de joindre des moyens plus simples que le malade comprend le plus souvent de lui-même et qu'il exécute sans que le médecin les lui ait prescrits, tels que : nécessité de placer les organes affectés dans le repos le plus absolu ; garder un silence complet ; tousser le plus rarement possible ; éloigner tout motif de contrariété, toute cause de nature à émouvoir ; empêcher autant que possible les mouvements qui tendent à accélérer le cours du sang et à augmenter le travail respiratoire.

A ces moyens généraux joindre des boissons rafraîchissantes, acidules, qui, tout en laissant un goût agréable, désaltèrent suffisamment le malade, même lorsqu'elles sont prises en petite quantité, modifient avantageusement l'âcreté du sang et remplacent son principe fluide perdu par la transpiration exagérée du malade ; accorder même, au besoin, un verre d'eau fraîche qui est quelquefois si désiré lorsqu'on a usé pendant quelque temps de boissons sucrées qui finissent par donner de la répugnance aux malades. La pratique ne démontre pas l'inconvénient de ces *tolérances*.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

Des diverses formes de myélite chronique.

La myélite chronique, disent les auteurs qui se sont occupés de la matière, ne diffère pas de l'aiguë sous le rapport de la symptomatologie ; mais la marche de ses phénomènes n'est plus la même. Il s'en faut de beaucoup que cette assertion soit vraie, tandis que la myélite aiguë se traduit par des signes rapidement saisissables de la sensibilité et de la locomotion : douleurs, exagération de la sensibilité, paralysie des organes de la locomotion et de quelques-uns de ceux qui participent aux deux vies animale et organique ; la chronique, au contraire, n'est trop souvent et réellement connue qu'à une période avancée, quand les désordres de la locomotion et de la sensibilité sont la conséquence des productions morbides de la maladie initiale. Ainsi dans la première, prompte manifestation des symptômes pathognomoniques ; dans la seconde, lenteur plus ou moins prononcée de cette manifestation ; dissimulation sous une foule de nuances diverses de l'affection qui n'est réellement connue quelquefois que quand tous les désordres sont consommés.

La myélite chronique a, du reste, cela de commun avec toutes les maladies de ce degré ; mais elle possède plus qu'elles toutes la funeste propriété de la dissimulation.

La science doit donc s'attacher principalement à en signaler toutes les nuances de manifestation à mesure qu'elle les saisit, d'autant plus que c'est une maladie dont les désordres sont malheureusement irréparables quand les signes pathognomoniques, tels que la paralysie, etc., se sont mis en évidence.

Quels sont les symptômes que les auteurs ont assignés à la myélite chronique ? Nous devons les prendre dans deux séries, sous le rapport de la sensibilité et de la locomolitilité.

M. Ollivier, qui a étudié la question d'une manière toute spéciale, dit que pendant longtemps le malade ressent des engourdissements, des fourmillements dans une ou plusieurs portions de membre ; qu'il ne sent plus les objets qu'il touche, ou le sol sur lequel il marche. Une douleur se manifeste sur un point du rachis, et des élancements se font sentir dans les membres, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression seulement. Ces phénomènes sont sujets à se dissiper et à reparaître.

Chez un grand nombre de malades, les membres inférieurs s'affaiblissent dès le principe ; cet affaiblissement, moins perçu dans la station et la progression, leur en impose.

Y a-t-il là, nous le demandons, de quoi caractériser une myélite chronique ; et ne voit-on pas tout d'abord que cette phénoménalité peut être commune à plusieurs affections différentes en nature ?

Le ramollissement de la moelle, qui, comme celui du cerveau, est souvent indépendant du travail phlegmasique, les tubercules, les diverses dégénérescences, etc., donnent-elles lieu à des symptômes bien différents ? Non.

En effet, le diagnostic de toutes ces maladies chroniques est difficile, parce que la symptomatologie en est fort obscure. Le meilleur moyen d'élucider la question de la myélite chronique est de la faire ressortir cliniquement, c'est-à-dire d'en faire connaître tous les cas qui se présentent en mettant en évidence les symptômes les plus frappants.

La paralysie du mouvement et de la sensibilité, ou de l'un et l'autre à-la fois, arrive, il est vrai, à une période plus ou moins avancée de l'affection ; mais elle doit manquer et manque souvent au début. A cette époque, la symptomatologie de la myélite chronique doit ressortir surtout de la perturbation des fonctions dévolues aux organes qui reçoivent les nerfs de la portion affectée de la moelle. Or il est certain que cette perturbation n'est pas encore la paralysie, qui n'est elle-même que l'abolition plus ou moins complète de ces fonctions. Qui dit perturbation, trouble de fonctions, dit nécessairement diversité considérable dans les formes. C'est, à notre sens, ce qui arrive dans le plus grand nombre des cas au commencement de l'affection, la paralysie n'étant, selon nous, que la conséquence d'une période avancée, période où surgissent le ramollissement, l'induration, l'hypertrophie ou l'atrophie de la moelle, états morbides qui sont le produit de la phlegmasie chronique, quand plusieurs d'entre eux ne reconnaissent pas d'autres causes.

A juger par ce qui se passe dans les congestions du cerveau, la paralysie, le relâchement des membres doit avoir lieu dans la période de congestion de la myélite aiguë. Rien de semblable ne saurait avoir lieu dans la myélite chronique, ou au moins fréquemment, puisque la congestion doit être bien peu prononcée dans ce cas, la phlegmasie étant sourde, latente, sans intensité.

Voici une observation où la myélite simule un rhumatisme articulaire.

1° Mademoiselle Calmon, de Givet, âgée de vingt-neuf ans, bien constituée, tempérament bilieux-sanguin, était prise en octobre 1848 de douleurs lombaires sourdes. Ces douleurs passèrent bientôt dans les articulations coxo-fémorales, puis aux genoux et aux pieds. La malade pouvait encore marcher, mais non sans exaspérer les douleurs, qui augmentaient aussi la nuit. Il n'y avait pas, au reste, de fièvre prononcée. Trois saignées du bras, des bains généraux et des bains de vapeur furent employés sans succès. Le tartre stibié à haute dose ne réussit pas mieux. L'affection gagnant de bas en haut, et les douleurs occupant les membres supérieurs, il y avait simulation d'un rhumatisme articulaire subaigu, avec tendance à la généralisation.

L'affection était alors à son deuxième mois. A ces désordres de la locomotion se joignirent des troubles divers dans les fonctions des organes splanchniques. La constipation avec une certaine difficulté dans la miction des urines, des rapports acides avec nausées, le ballonnement du ventre surtout le soir, un endolorissement général, un sentiment de constriction à la gorge et menaçant d'amener l'asphyxie par moments, une certaine cardialgie, tels furent les troubles qui se groupèrent promptement autour des douleurs articulaires. Alors seulement nous fûmes mis sur la voie de la myélite subaiguë, qui avait gagné de bas en haut. La percussion sur le rachis développait de la douleur dans les portions dorsale et lombaire. — Deux nouvelles saignées en deux jours ne donnèrent pas de résultats plus satisfaisants que la première fois.

Nous eûmes recours aux vésicatoires appliqués par paire sur le rachis ; il en fut mis douze en quinze jours. A cette médication externe fut ajouté l'usage des laxatifs à l'intérieur. Une modification avantageuse se manifesta sous l'influence de ce nouveau traitement.

Aux vésicatoires nous fîmes succéder des cautères, et aux laxatifs les purgatifs drastiques.

Huit cautères suppurant pendant un mois dissipèrent les phénomènes morbides, dont la rétrocession s'opéra en sens inverse de leur apparition.

La constriction jugulaire, la cardialgie furent les premières à s'éclipser, puis les douleurs articulaires. La marche se raffermit en dernier lieu (c'était en janvier 1849).

En mars, la même phénoménalité commençait à reparaître. Le rachis était le siége de douleurs révélées par la percussion, depuis la septième vertèbre jusqu'au sacrum. La malade demanda elle-même de nouveaux cautères, qui lui furent appliqués au nombre de dix ; elle eut encore recours aux purgations, et la myélite fut définitivement jugée. Cinq mois plus tard, mademoiselle Calmon était toujours dans un état excellent.

La clinique de M. Cruveilhier, à la Charité, vient de présenter un exemple qui offre plus d'une ressemblance avec le nôtre (*Gazette des Hôpitaux*, janvier, n° 9) : ici la myélite, que le savant professeur caractérise de rhumatismale, a cédé aux émissions sanguines répétées.

Peut-on faire de cette variété de la myélite un genre à part en la caractérisant de rhumatismale, ou bien n'est-elle qu'une des nombreuses formes sous lesquelles apparaît cette affection, et qui la font passer souvent inaperçue jusqu'à ce que des phénomènes plus saillants, tels que la paralysie, viennent lui imprimer le cachet propre ?

Voici un second exemple où la myélite, débutant à l'état tout à fait chronique et latent, simule pendant un certain temps une affection chronique du tube digestif, et se traduit ensuite par des symptômes qu'on ne saurait lui ravir comme propres.

2° Au n° 33 de la salle 13 est couché le nommé Gznier, Alsacien, de moyenne constitution, lymphatique sanguin, âgé de vingt-cinq ans, au service depuis quatre ans, entré à l'hôpital le 18 novembre, avant notre reprise de service ; noté comme ancien pour l'invasion de la maladie, et présentant des signes d'entérite chronique.

Une constipation opiniâtre, des matières durcifiées à la défécation, des douleurs sourdes et vagues dans l'abdomen, non influencées par la pression, l'absence de toute tumeur abdominale, des borborygmes, des nausées et des rapports acides, tout cela sans altération, sans mouvement fébrile, tels étaient les signes que présentait notre malade. Il y avait aussi chez lui une certaine disposition nostalgique.

Le traitement contre la prétendue affection intestinale fut dirigé jusqu'au 4 décembre sans amélioration. A cette époque, la maladie prit une tout autre tournure. Le malade accusa des crampes dans les membres inférieurs avec convulsions cloniques ; ces crampes gagnèrent rapidement les parois abdominales, semblant s'étendre jusqu'aux intestins et à l'estomac, puis elles envahirent les membres thoraciques. Une saignée du bras de 200 grammes fut pratiquée dans cet intervalle. Les 6, 7 et 8, se manifeste des accès de fièvre quotidienne, dont le sulfate de quinine fait prompte justice. Le 9, survient une douleur vive occupant toute la partie latérale droite de la face et du cou, s'irradiant dans l'oreille interne, avec constriction des mâchoires. La myélite ne pouvait plus être méconnue. Deux applications de sangsues font céder et la douleur et la convulsion semi-faciale. Craignant d'avoir recours à de nouvelles déplétions sanguines, eu égard à la débilité du sujet, il est promené douze vésicatoires sur le rachis. Le 10, quelques vomissements glaireux font recourir à un ipéca, qui dissipe cette tendance de l'estomac.

L'eau de Sedlitz est administrée ensuite tous les deux jours jusqu'au 17.

Le 18, les crampes avaient disparu ; mais les membres étaient le siége de fourmillements, et la peau avait acquis une sensibilité insolite aux extrémités inférieures. La constipation restait tenace. — Application successive de dix cautères de haut en bas sur les parties latérales du rachis.

Purgation saline tous les deux jours jusqu'au 9 janvier 1850.

Depuis cette dernière date, les selles sont régulières et ont lieu naturellement ; les fourmillements des membres ont disparu graduellement, et la sensibilité anormale de la peau s'efface.

Le 25, le malade va toujours très bien ; les cautères sont encore en suppuration : c'est le seul motif qui retienne à l'hôpital Gznier, porteur d'un congé de convalescence.

Dans cette observation, tout est obscur dans le principe, quoique l'affection de la moelle existe déjà en réalité ; ce n'est que plus tard, à un moment donné, que la nouvelle tournure que prend la symptomatologie laisse percer la nature de la maladie, comme son siége.

En effet, il ne pouvait être question ici d'autre chose que d'une affection chronique de la moelle. Parmi ces affections, les tubercules, le ramollissement, les diverses tumeurs ou dégénérescences, etc., ont une marche essentiellement lente et progressive ; les symptômes, dans ces cas, ne sortent pas brusquement de la torpeur pour acquérir une certaine intensité, ou bien, si une phlegmasie ambiante surgit et donne lieu à quelque chose de plus saillant, la paralysie suscitée par ces affections domine et persiste toujours. Or, ici il n'y avait d'abord pas de paralysie ; la constitution du sujet, le commémoratif, l'absence de toute trace de tumeur ou de tubercules, obligeaient à exclure immédiatement toute cette série de maladies chroniques. Il n'était pas plus possible d'admettre une méningite spinale chronique, le début de celle-ci étant toujours manifesté par une plus ou moins grande exagération de la sensibilité et de la motilité, signes qui ont absolument manqué dès le principe. L'épanchement séreux sous-arachnoïdien était encore moins probable, car sa conséquence nécessaire est la paralysie des membres par la compression qu'exerce le liquide sur la moelle, et il n'y a jamais eu paralysie chez notre malade. Nous avions bien et dûment affaire à une myélite, et à une myélite chronique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 février 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend trois lettres de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, adressant à l'Académie :

1° Un échantillon de spécifique anticholérique de M. Turecki, étudiant en médecine, qui demande qu'il lui soit fait application du décret du 18 août 1820. (Commission des remèdes secrets.)

2° La recette et l'échantillon d'un remède que son auteur, le docteur Czernichauski, désigne sous le nom de *criso-colique*, et qu'il prétend être efficace contre le choléra. (Commission des remèdes secrets.)

3° La recette et l'échantillon d'un remède contre les fièvres d'accès, que le sieur Couronne, demeurant à Ginestel (Ardèche), soumet à l'Académie.

Trois lettres provenant du même ministre, relatives aux eaux minérales de France. La première, avec un envoi de caisses parvenues au ministre, des établissements thermaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), Bué et Viscos, à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), Forges (Seine-Inférieure), Greoulx (Basses-Alpes), Mont-d'Or (Puy-de-Dôme), Vic-sur-Cère (Cantal), Bourbonne (Haute-Marne), Néris (Allier), Plombières (Vosges), Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), Ussal (Ariége), Pouques (Nièvre), Bagnols (Lozère), Chaudesaigue (Cantal), Contrexeville (Vosges). Les deux autres lettres sont des demandes d'analyse et d'avis à propos d'autorisations à accorder à M. Armand Cornu, propriétaire du domaine de Montagut-Scela (Haute-Garonne), et à M. Bertrand, négociant à Cusset (Allier), qui sollicitent la permission d'exploiter des sources d'eaux minérales découvertes dans chacune de leurs propriétés. (Commission des eaux minérales.)

Enfin, une dernière lettre du même ministre, transmettant à l'Académie un rapport du docteur Bernier, médecin à Romorantin (Loir-et-Cher), sur une opération césarienne pratiquée avec succès dans un cas particulier et difficile. (Commissaires : MM. Capuron et Paul Dubois.)

Candidature pour une place vacante à l'Académie.

M. F. Boudet envoie la liste de ses travaux relatifs à des questions de pharmacie et de chimie médicale, comme titre scientifique pour justifier sa candidature aux yeux de l'Académie.

Coloration bleuâtre du visage.

M. le docteur Bousquet, de Saint-Chinian (Hérault), communique à l'Académie une observation très intéressante d'une affection extrêmement rare, et dont il n'existe peut-être aucun autre exemple dans la science. Cette affection consiste dans un changement de coloration de la peau de la face, qui offrit, sans cause connue, chez une jeune fille, d'abord une teinte bleuâtre semblable à une épaisse solution d'indigo, puis une teinte plus foncée analogue à une couche de cambouis, comme déposée sur les téguments. Cette observation est accompagnée d'une observation de pustule maligne. (Commissaires : MM. Baillarger et Bérard.)

Appareil à sudation.

M. le docteur Andrieux, de Brioude (Haute-Loire), envoie une notice sur un appareil destiné à produire une sudation abondante et rapide, employée avec succès dans son établissement. (Commissaires : MM. Thillaye, Poiseuille et Grisolle.)

Traitement du rhumatisme chronique par l'hydrothérapie.

M. le docteur Quettet, médecin de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or), envoie un

mémoire sur le traitement du rhumatisme chronique par l'hydrothérapie. De l'ensemble de ce mémoire il résulte :

Que les rhumatismes chroniques guérissent généralement par la médication hydriatique. La partie essentielle du traitement consiste dans la sudation et la douche locale, employées concurremment. Les douches générales, sous forme de nappes ou de pluies divisées, les lotions, les frictions au drap mouillé, les bains de pieds et de siége, la ceinture humide, sont des adjuvants très utiles, mais ils ne suffisent pas dans la majorité des cas. (Renvoi à la même commission.)

Laques.

M. de Paravey, ex-inspecteur de l'Ecole Polytechnique, envoie un mémoire sur les arbres et les insectes qui produisent, dans l'Indo-Chine et la Malaisie, la laque, ou cire blanche, la laque, ou gomme rouge-pourpre, la cochenille, d'abord employée vers l'Indus, et les coquilles à pourpre, ou *murex*, dont le nom a été ensuite aussi transporté au *coccus*, ou peut-être à la fourmi à laque rouge. (Renvoyé à la commission nommée, M. Mérat.)

Mal de mer.

M. Lemaout, de Lyon, envoie deux exemplaires d'un ouvrage qu'il publie en ce moment sur le mal de mer.

Pilules d'iodure ferreux.

M. Blancard, pharmacien, adresse un mémoire sur la préparation de pilules d'iodure ferreux, qu'il met sous les yeux de l'Académie, et qu'il déclare être inaltérable à l'action de l'air et de l'humidité, sans odeur ni saveur de fer et d'iode. (Commissaires : MM. Gibert, Lecanu et Guibourt.)

Observations de médecine et de chirurgie.

M. le docteur L. Bouygne, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac (Cantal), envoie, avec cette épigraphe : « L'homme » se fatigue plutôt d'observer que la nature de fournir de » nouveaux sujets d'études et de méditations » (*Pascal*), plusieurs observations intéressantes ; entre autres, une observation de fièvre tierce occasionnée et guérie par une vive émotion, après avoir résisté onze mois au traitement thérapeutique ; un exemple de guérison de tumeur cancéreuse développée dans l'épaisseur de la lèvre supérieure ; et enfin, une observation d'épilepsie bien constatée, guérie par une brûlure de la face au troisième degré. (Commissaires : MM. Cruveilhier et Piorry.)

Discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

M. Récamier a la parole :

Messieurs, il ne s'agit pas ici de vous entretenir des engorgements inflammatoires de la muqueuse et de la substance du museau de tanche, du col et du corps de l'utérus, et même de ses dépendances ligamentaires et ovariques ; ni du traitement que peuvent réclamer ces phlegmasies, selon qu'elles sont aiguës et transitoires, ou chroniques et réfractaires. Il n'est pas non plus question de vous entretenir des diverses causes, ou plutôt des divers stimulus venus du dehors ou sécrétés au dedans qui peuvent produire et entretenir ces sortes de phlegmasies.

1° Par stimulus extérieurs, j'entends parler comme provenant du dehors, des virus syphilitique, psorique, scabieux et herpétiques, qui peuvent, chez certains sujets, porter et fixer leurs effets caractéristiques sur tel ou tel organe intérieur en particulier, après avoir affecté ceux de la périphérie à la suite d'un contact plus ou moins immédiat.

2° Par stimulus engendrés au dedans, j'entends désigner le *vice scrofuleux constitutionnel*, le *vice arthritique*, dont les phénomènes caractéristiques locaux et vagues, hémorrhoïdaux, etc., se lient à des modifications particulières des fonctions *digestives* et *urinaires* et de leurs produits ; le *vice rhumatique*, dont les phénomènes caractéristiques locaux et vagues dépendent des anomalies des fonctions diaphorétiques de la peau. J'entends aussi appeler l'attention sur les *produits des résorptions puerpérales* qui peuvent s'opérer par les orifices encore béants des veines utérines, avec des effets locaux et constitutionnels plus ou moins graves ; j'entends enfin désigner les *produits des résorptions anormales* de toutes les sécrétions sanguines, menstruelles ou hémorrhoïdales, des sécrétions humorales, lactées, biliaires, etc., et produisant des effets phlegmasiques, aigus ou chroniques, variés, herpétiques et autres, et même des lésions organiques consécutives.

Je n'ai pas non plus en vue d'arrêter en ce moment votre attention sur les engorgements ou tuméfactions utérines de nature carcinomateuse, squirrheuse, mélanique ou tuberculeuse, ou se liant à des productions fibreuses, interstitielles ou intra-utérines, et recevant le nom de polypes lorsqu'elles se manifestent en franchissant le col utérin et se montrant dans le vagin.

M. le professeur Velpeau et d'autres révoquent en doute les engorgements anormaux, et ne semblent admettre que ceux qui sont de nature inflammatoire ; il faut bien que j'établisse par des faits certains et par des témoins irrécusables, non pas la rareté, mais la fréquence de ces tuméfactions ou de ces engorgements anormaux et parfaitement curables, auxquels je propose de donner le nom de *productions érectiles*.

Engorgements, ou tuméfactions érectiles du museau de tanche, de son col et même de son corps.

Pour bien faire entendre ce que j'ai à dire sur un sujet de cette importance pratique, je vous prie de me permettre de faire passer sous vos yeux quelques remarques sur d'autres engorgements ou tuméfactions érectiles, dont l'étude rapide nous conduira comme par la main à ceux qui nous occupent.

Je prends l'engagement de mener mon récit si grand train, que nous ne languirons pas en route.

C'est donc des tuméfactions, ou des engorgements hémorrhoïdaux de l'extrémité inférieure du rectum, que je vais vous parler d'abord.

Ces engorgements naissent chez les femmes à l'occasion de dispositions constitutionnelles sans rapport avec la grossesse, ou bien se développent pendant la gestation ou à la suite de couches.

Plus ou moins rénitentes et élastiques, mais toujours aussi plus ou moins douloureuses, et ordinairement sans fièvre, ces tuméfactions hémorrhoïdales, divisées ou continues, et formant un bourrelet autour de l'anus, ces tuméfactions donnent lieu à des flux humoraux ou sanguins locaux et à des phénomènes secondaires ou sympathiques que je dois faire remarquer.

Ainsi à des phénomènes :

Dyspepsiques, à des troubles gastralgiques divers des fonctions digestives ;

Dyspnéiques, à des troubles de la respiration ;

Précordiaux, à des palpitations ;

Céphaliques, à des étourdissements, à des vertiges, à des engourdissements des membres, à des spasmes, à des accidents hystériques, etc. ;

A des mouvements fébriles ;

A des phlegmasies secondaires, variées, cutanées, muqueuses, séreuses, parenchymateuses, rhumatoïdes, etc. ; dans les lombes, dans les aines et ailleurs ;

A des flux humoraux locaux plus ou moins abondants ;

A des hémorrhagies locales plus ou moins considérables ; par les tumeurs hémorrhoïdales, même des phénomènes anémiques, comme à des hémorrhagies éloignées ; par les bronches ou dans le cerveau lui-même avec toutes les conséquences, même carcinomateuses chez des sujets mal disposés ;

De végétations fongueuses et des dégénérescences.

La marche de ces engorgements érectiles, lorsqu'elle est aiguë, est plus ou moins rapide et transitoire ; elle nous montre ces tuméfactions hémorrhoïdales se développant à certaines époques de la vie de préférence, produisant leurs effets locaux et sympathiques durant un temps souvent calculable, diminuant et se flétrissant, et en même temps on voit commencer, durer et finir leurs phénomènes sympathiques, à moins que quelque perturbation morale ou physiologique, venant à les arrêter subitement dans leur marche aiguë, ne devienne l'occasion d'anomalies ou d'accidents plus ou moins graves et variés, par leur nature, leur siége local et leur généralisation. On les voit parfois disparaître spontanément et reparaître de même, et surtout sous l'influence de certaines régions, de certaines saisons, et alors heureuse la poudre qui arrive à propos.

Lors au contraire que ces tuméfactions hémorrhoïdales affectent une marche chronique, elles deviennent *réfractaires*, opiniâtres et durables ; et alors, en raison des accidents hémorrhagiques, des flux humoraux locaux, et des accidents sympathiques qui peuvent en dériver, elles obligent l'homme de l'art à intervenir. Le danger des excisions, connu d'Hippocrate et de Celse, comme des auteurs modernes, a obligé de recourir à la cautérisation ou à la ligature. Plus tard, la crainte de péritonites secondaires a fait renoncer plusieurs praticiens à la ligature pour revenir à la cautérisation actuelle ou potentielle qui ont aussi leurs inconvénients ; mais ceux qui ont observé l'innocuité de la ligature divisée en petits pédicules et exécutée *successivement* sont revenus à l'emploi de ce moyen, qui a été remplacé avec avantage par la torsion à deux pinces à polype, lorsque les tumeurs hémorrhoïdales sont pédiculées.

Voilà pour ce qui regarde les tumeurs érectiles de la marge de l'anus ; revenons maintenant à celles du col de l'utérus.

Ainsi que les tuméfactions érectiles de la partie inférieure du rectum, les engorgements érectiles du museau de tanche et du col utérin naissent parfois chez des vierges ou chez des femmes qui n'ont jamais conçu ; mais on les voit aussi se développer même pendant la gestation et surtout à la suite de l'accouchement.

Le plus souvent sans fièvre, ces tuméfactions érectiles, rénitentes, mais toujours d'une élasticité très différente de la dureté inflammatoire ou squirrheuse ; ces tuméfactions, dis-je, partielles ou totales et plus ou moins considérables du col utérin, souvent ne lui permettent plus de trouver place dans le champ d'un spéculum ordinaire, jusqu'à ce que, spontanément ou par un traitement convenable, il ait perdu son volume anormal.

Dans cet état de tuméfaction érectile, le col utérin est plus ou moins douloureux et devient le siége de flux leucorrhoïques plus ou moins abondants, ou de suintements sanguins, ou même de métrorrhagies incessantes jusqu'à ce qu'on ait châtié ces capillaires érectiles, leucorrhoïques ou hémorrhagiques.

En même temps que les flux leucorrhoïques ou sanguins, on voit surgir quoi ?

Des phénomènes dyspepsiques et gastralgiques variés dans leur forme et leur intensité avec des nausées et même des vomissements, etc. ;

Des phénomènes dyspnéiques ;

Des phénomènes précordiaux, des palpitations ;

Des céphalalgies, des étourdissements, des vertiges, des engourdissements des membres, des spasmes, des accidents hystériques ;

Des mouvements fébriles ;

Des phlegmasies secondaires, variées, cutanées, muqueuses, rhumatoïdes sous les aines, les lombes, etc. ;

Des flux leucorrhoïques énervants ;

Des hémorrhagies locales plus ou moins abondantes et, si elles ne sont maîtrisées, amenant des symptômes anémiques plus ou moins avancés ;

A des hémorrhagies éloignées par la détérioration de la constitution ;

A des végétations locales plus ou moins considérables, vasculaires et saignantes, ou à des dégénérescences fâcheuses et même carcinomateuses chez certains sujets mal disposés.

La marche des engorgements érectiles du col de l'utérus est plus ou moins aiguë, rapide et transitoire. Tantôt, en effet, ces tuméfactions surviennent à certaines époques de la vie de préférence, à la suite de couches ou sous l'influence de rapports conjugaux trop précipités à la suite de l'état puerpéral.

Elles produisent leurs effets locaux et sympathiques durant un temps souvent calculable, diminuent et se flétrissent même, pour reparaître spontanément ou sous l'influence de nouvelles causes.

En même temps, on voit les phénomènes sympathiques qui en dérivent suivre les phases de l'affection locale.

Ces variantes ont fait la fortune de chaque méthode de traitement dans différentes circonstances : ainsi, tantôt des cautérisations, tantôt des émollients, tantôt des calmants, tantôt des dérivatifs lombaires ou inguinaux, en provoquant parfois le sourire du dédain du triomphateur du moment sur les vaincus qui l'avaient précédé avec une méthode différente ; ce qui ne prouve autre chose que la nécessité de saisir l'à-propos en toute affaire.

Cependant les engorgements érectiles du col utérin sont loin, ainsi que les tuméfactions hémorrhoïdales, d'avoir toujours une marche aiguë et transitoire ; car, dans nombre de circonstances, ils se montrent opiniâtres et réfractaires aux efforts de la nature et même de l'art ; et alors, en raison des douleurs, des flux humoraux et des hémorrhagies, surviennent les accidents généraux ou sympathiques dont j'ai parlé à l'occasion des engorgements hémorrhoïdaux. Les malades s'énervent dans un repos forcé ou conseillé, dont un état anémique ou cachectique, qui ne s'arrêtent que lorsque l'homme de l'art a trouvé la manière de maîtriser l'affection locale :

Soit par des adoucissants et des calmants en boissons, en liniments, en injections, en cataplasmes vaginaux, secondés par un régime et un repos convenables ;

Soit par des cautérisations locales ;

Soit par des exutoires, des révulsifs aux lombes ou aux aines ;

Soit par des toniques, des balsamiques, des ferrugineux placés et combinés à propos ;

Soit par des excisions, dont les inconvénients et peut-être l'abus ont fait justice en les réduisant à leur valeur ;

Soit par des cautérisations très douloureuses avec le nitrate acide de mercure, auquel j'ai dû préférer le nitrate d'argent comme produisant une eschare plus sèche, avec moins de durée et de violence de la douleur.

Le caustique solidifié de Philos a sans contredit ses avantages ; mais il doit, je pense, être réservé pour les cas où il y a de grandes destructions à faire sur un fond sain, et toujours avec toutes sortes de précautions, pour mettre les parties saines du voisinage à l'abri du contact des eschares qui deviennent caustiques si on ne les éteint avec des injections d'oxicrat, et si on ne garnit le fond du vagin avec une quantité convenable de poudre impalpable de riz ou d'amidon ;

Soit par la ligature dans le cas de végétations fongueuses pédiculées sur un fond sain. Alors même ces ligatures, suivies de la résection de la plus grande partie du fongus érectile et non carcinomateux ; alors même ces ligatures doivent être serrées graduellement, afin de ne pas courir les chances d'une péritonite, comme je l'ai vu arriver par la ligature trop brusquement serrée d'un simple polype tombé dans le vagin ou d'une tumeur hémorrhoïdale.

Soit enfin par la torsion avec deux pinces à polypes, l'une courbe, pour saisir le pédicule de la végétation à sa racine, et l'autre droite, pour la tordre sur la première.

Je viens de faire passer rapidement sous vos yeux, messieurs, deux séries de faits parallèles que j'ai distinctement observés, non pas seul, mais dans le plus grand nombre des cas avec des témoins compétents, que j'aurai soin de nommer en vous citant brièvement des faits à l'appui de l'histoire générale que je viens d'esquisser au pas de course.

Ne supposant pas que personne soit tenté de contester la nature érectile et hémorrhagique des tuméfactions hémorrhoïdales de la marge de l'anus, je m'abstiendrai de vous citer sur cet objet des faits qui ne seraient que la doublure de ceux que chacun de vous trouverait facilement dans les souvenirs de sa pratique. Il n'en sera pas de même des faits qui ont rapport aux productions érectiles ou aux engorgements du col de l'utérus. Je vous en fournirai tant et si peu que vous voudrez, mais assez pour mettre au grand jour non-seulement l'existence et la nature de ces affections, mais encore leur fréquence, pour le septicisme le plus intrépide en présence de témoins irrécusables. Cette assertion ne paraîtra pas aventurée, si on prend garde que j'ai souvent soigné en même temps douze ou quinze de ces affections utérines, et cela avec divers confrères.

— Après ce discours, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 février 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Examen comparatif des effets produits par l'hémospasie (grande ventouse), avec les résultats obtenus par les moyens stimulants les plus énergiques.

M. Junod lit sous ce titre un mémoire dans lequel il se propose de mettre en parallèle les résultats obtenus par sa méthode révulsive et les moyens stimulants les plus énergiques. Après avoir successivement passé en revue les vésicatoires, les sinapismes, les pédiluves, manuluves, ventouses, moxas, cautères, sétons, glace sur la tête, l'auteur conclut que ces moyens ont une action moins grande qu'on ne le croit, et que beaucoup d'inconvénients en sont la suite plus ou moins immédiate, tandis que la méthode hémospasique, à quelque degré qu'on l'emploie, ne présente rien de semblable.

Analogie entre la variole et la fièvre typhoïde. Danger de la vaccine.

M. le docteur Bayard, de Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne), adresse un exemplaire du mémoire qu'il a publié récemment dans la *Gazette des Hôpitaux* sur ce sujet, pour le concours

du prix Montyon. Il accompagne cet envoi d'une lettre contenant les propositions principales de ce mémoire.

Nouvelle méthode de traitement contre la surdité.

M. James Yearsley expose à l'Académie une découverte thérapeutique qui a déjà rendu, dit-il, et qui continuera à rendre les plus grands services aux personnes affectées de maladies de l'oreille. Il s'agit d'une nouvelle méthode de traitement contre la surdité, qui s'applique aux cas où cette infirmité est accompagnée de perte entière ou partielle de la membrane du tympan. Cette méthode consiste à introduire dans le conduit auditif un petit morceau de coton préalablement imbibé sans pression d'eau distillée, et à le pousser à l'aide d'une sonde jusqu'au fond de ce conduit, avec la précaution de chercher le point perforé de manière à le recouvrir exactement. Ce petit tampon semble remplacer dans ce cas la membrane détruite. L'auteur cite plus de deux cents observations où ce mode de traitement a réussi.

Effets physiologiques et thérapeutiques des armatures métalliques et de leur influence sur la paralysie du sentiment.

M. Burq adresse une note pour servir à l'histoire des effets physiologiques et thérapeutiques des armatures métalliques. Il résume en ces termes le résultat de ses observations sur ce sujet.

Dans la plupart des paralysies qui ne tiennent ni à une désorganisation, ni à une compression violente et ancienne de la pulpe nerveuse, les applications de certains métaux à la peau donnent lieu, au bout d'un temps qui varie entre une heure et quelques minutes et même quelques secondes, aux phénomènes suivants :

1° Fourmillement;

2° Retour au sentiment du tact d'abord, puis à celui de la douleur;

3° Chaleur et quelquefois sueur.

Ces phénomènes ont leur maximum d'intensité sous le métal, s'irradient de là vers les parties voisines, persistent un temps plus ou moins long après l'enlèvement du métal, et disparaissent ensuite dans un ordre inverse à celui où ils se sont montrés.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Troisième épreuve. — *Leçon orale après trois heures de préparation.*

De la ponction de la vessie.

Les deux candidats appelés à traiter cette question étaient MM. Chassaignac et Nélaton. Il faut reconnaître que le sort ne les avait pas favorisés; faire une leçon d'une heure sur la ponction de la vessie sans sortir de son sujet et sans tomber dans des répétitions sans nombre paraissait chose presque impossible. En tous cas, quelle comparaison établir entre une semblable question et celle des opérations qui se pratiquent sur les carotides, par exemple? Mettre dans une même urne des questions aussi absolument opposées sous le rapport des difficultés qu'elles offrent n'est-ce pas obscurcir à plaisir les bases d'après lesquelles on doit apprécier le mérite des candidats? Ce n'est pas la première fois malheureusement que nous avons occasion de poser une telle question au jury.

M. CHASSAIGNAC.

N'ayant pu assister à la première partie de la leçon de M. Chassaignac, nous nous abstiendrons d'en faire l'appréciation. Dans la seconde partie, ce candidat s'est appliqué surtout à étudier les rétrécissements de l'urètre comme la principale cause de la rétention d'urine. Il a dit sur ce sujet de bonnes choses pratiques, qui seulement n'étaient peut-être pas tout à fait dans la question; mais comment éviter cet écueil dans une question aussi ingrate? Pour nous, nous ne saurions en faire un reproche à M. Chassaignac.

M. NÉLATON.

A l'état de distension moyenne, la vessie, située dans l'excavation pelvienne, dépasse un peu la symphyse du pubis, et s'applique à la partie la plus inférieure des muscles droits de l'abdomen en refoulant en haut et en arrière le péritoine; dans l'état de distension excessive, et c'est ordinairement le cas qui se présente lorsqu'on fait la ponction de la vessie, le péritoine ne se sépare plus de la paroi abdominale, en sorte qu'il existe une petite cavité séreuse au-devant et au-dessous du sommet de la vessie; par sa paroi postérieure, le réservoir urinaire est recouvert par le péritoine dans toute son étendue; latéralement, il peut être divisé en deux parties bien distinctes : l'une antérieure, non péritonéale, unie par un tissu cellulaire lâche à l'aponévrose engaînante de l'obturateur interne; l'autre postérieure et recouverte par la séreuse abdominale; par sa face inférieure ou son bas-fond, ce viscère répond : sur la ligne médiane, d'abord au rectum dans l'espace triangulaire qui sépare les deux canaux déférents, puis à la prostate et sur les parties latérales aux muscles releveurs de l'anus. Il suit de ces considérations que la vessie pourrait être partagée en deux portions, l'une recouverte par le péritoine, l'autre non recouverte par cette membrane; la première comprend toute sa moitié postéro-supérieure et la seconde sa moitié antéro-inférieure; la portion péritonéale ne saurait être atteinte par un instrument sans exposer le malade à un épanchement d'urine dans la cavité séreuse; la portion celluleuse pourrait être attaquée dans toute son étendue; mais les rapports qu'elle affecte avec d'autres organes importants réduisent à trois seulement les points par lesquels elle est accessible aux instruments chirurgicaux, savoir : sa partie supérieure, les parties latérales de son bas-fond et l'espace triangulaire compris entre les deux canaux déférents.

La ponction de la vessie devient nécessaire toutes les fois qu'il y a urgence d'évacuer le liquide accumulé dans la cavité et que cette évacuation ne peut être pratiquée à l'aide du cathétérisme; prévenir les accidents qui pourraient résulter de l'accumulation excessive du liquide urinaire et donner le temps de combattre les causes qui ont occasionné cette accumulation, tel est alors le double but qu'elle se propose.

Parmi les causes qui peuvent déterminer la rétention d'urine et qui viennent indiquer la ponction de la vessie, on doit surtout mentionner :

1° Les ruptures traumatiques du canal de l'urètre qu'on observe plus fréquemment chez les débardeurs exposés à la suite d'un faux pas à tomber verticalement sur le bord d'un bateau une jambe en dedans et l'autre en dehors; ces ruptures entraînent à leur suite des infiltrations sanguines, urineuses et enfin purulentes, d'où résulte un engorgement inflammatoire de toutes les parties voisines de l'urètre, l'adossement mécanique et la friabilité des parois de ce canal, et l'impossibilité de le parcourir avec la sonde.

2° Les plaies, et spécialement les plaies d'armes à feu lorsqu'elles intéressent les parois urétrales. C'est ainsi qu'une balle entrée au-dessous de la symphyse du pubis et sortie en dedans de la tubérosité de l'ischion, après avoir ouvert le conduit de l'urètre chez un malade apporté à l'hôpital de Bon-Secours pendant les journées de juin 1848, fut bientôt en proie à tous les phénomènes d'une rétention d'urine.

3° Les rétrécissements, qu'on parvient presque toujours à franchir, mais qui sont quelquefois absolument réfractaires au passage de la sonde la plus déliée, spécialement lorsqu'ils sont accompagnés de cicatrices consécutives à une plaie ou à un abcès. A l'appui de cette assertion, M. Nélaton rappelle le fait suivant qu'il a communiqué à la Société de Chirurgie : Un jeune homme, qui urinait par regorgement et chez lequel toutes les tentatives de cathétérisme avaient échoué, ayant succombé quelques jours plus tard, on fit l'incision du canal de l'urètre en avant et en arrière du point rétréci; on put voir alors le rétrécissement que les liquides traversaient sans difficultés, mais qu'aucune sonde, aussi fine qu'elle fût, n'avait pu franchir; les tentatives de cathétérisme furent renouvelées en vain par chaque membre de la Société. M. Nélaton, alors, incisa le rétrécissement lui-même et reconnut qu'il était disposé en Z, disposition qui expliquait parfaitement l'impossibilité d'introduire dans la vessie un instrument quelconque.

4° Les gonflements de la prostate.

5° Les tumeurs qui font saillie dans la cavité vésicale et qui viennent s'appliquer à l'orifice de l'urètre dans les efforts de mixtion.

6° La compression du canal par une tumeur développée dans son voisinage.

On peut arriver à la vessie par trois points : par l'hypogastrie, par le périnée et par le rectum.

1° *Ponction hypogastrique ou suspubienne.* — On se sert pour cette ponction d'un trocart courbe dont le poinçon peut offrir une canelure ou gouttière sur sa convexité, ainsi que le voulait Boyer. Le malade est couché la tête et les épaules un peu élevées, les membres abdominaux demi-fléchis et dans l'abduction; le chirurgien, qui n'a besoin d'aucun aide, se place à droite du malade, reconnaît la saillie formée au-dessus des pubis par la vessie distendue et cherche à déterminer avec précision le lieu où il devra faire la ponction; ce lieu d'élection correspond à la partie inférieure de la ligne blanche, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne; en s'élevant à une certaine hauteur au-dessus de cette symphyse, les deux orifices, abdominal et vésical de la ponction, cesseraient d'occuper le même niveau, l'abdominal demeurant fixe et le vésical descendant d'autant plus, après l'évacuation de l'urine, que la ponction aura été pratiquée sur un point plus élevé; mais il importe de savoir qu'il n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le penser de déterminer le point où doit se faire la ponction : lorsque les téguments de la région pubienne descendent au-devant des pubis, comme on le voit quelquefois chez les individus qui ont maigri après avoir été chargés d'embonpoint ou chez ceux qui portent des hernies scrotales volumineuses; lorsque cette même région est le siége d'une infiltration urineuse, sanguine, séreuse ou purulente, si l'on ne procède pas avec une grande attention à la détermination de ce lieu d'élection, on pourra ponctionner trop bas; lorsque les malades conservent encore actuellement un embonpoint considérable, on peut, si l'on ne donne pas une bonne direction au trocart, ne pénétrer qu'entre la peau et la vessie, dans la couche graisseuse sous-cutanée, tout en enfonçant l'instrument très profondément : un malade apporté à l'hôpital de Bon-Secours était en proie aux accidents d'une rétention d'urine complète à la suite d'une plaie contuse du canal de l'urètre; M. Nélaton engagea les élèves qui l'avaient fait appeler à pratiquer la ponction suspubienne; ceux-ci procédèrent à cette ponction, mais aucune goutte d'urine ne vint se présenter à l'extrémité de la canule; le lendemain, à son retour, on lui apprend ce résultat, qui avait fait croire à un état de vacuité de la vessie; cependant, il réitère aussitôt la ponction, et cette fois la canule donna passage à une énorme quantité d'urine; dans la première tentative, le trocart avait glissé au-devant de la symphyse pubienne, bien qu'il eût été dirigé par un élève intelligent et instruit.

Le manuel opératoire de la ponction est très simple. Le chirurgien, ayant saisi le manche de l'instrument dans la paume de sa main droite, en présente la pointe au lieu d'élection, sa convexité tournée en haut, et le fait pénétrer par un mouvement instantanée jusque dans la vessie. Après sa pénétration il retire le poinçon, laisse la canule et la fixe en place pendant vingt-quatre heures. Après ce laps de temps les deux orifices, abdominal et viscéral, sont devenus rigides et béants; il faut alors retirer la canule, et introduire avec les plus grands ménagements une bougie, qui la remplacera avec avantage.

La ponction périnéale doit être pratiquée sur la partie moyenne d'une ligne qui, partant du raphé, à 25 millimètres au-devant de l'anus, va se rendre sur la partie moyenne d'une autre ligne tirée de cet orifice à l'ischion. Ici on fait usage d'un trocart droit qu'on introduit parallèlement à l'axe du corps, après avoir donné au malade la position qu'il prend dans la taille latéralisée. L'instrument, passant en dehors de la prostate, arrive à la vessie par la partie latérale de son bas-fond.

La ponction rectale, comme la suspubienne, exige un trocart courbe; l'opérateur ayant préalablement introduit son doigt indicateur gauche dans le rectum, dirige sur la face palmaire de celui-ci l'instrument dont le poinçon est caché dans la canule, et dont la concavité est tournée en haut; parvenu derrière la prostate, dans l'espace triangulaire compris entre les canaux déférents, le chirurgien presse sur le manche du poinçon et le fait pénétrer de bas en haut dans la cavité vésicale. Mais est-il toujours possible de reconnaître le bas-fond de la vessie? Chez les jeunes sujets et les adultes on arrive ordinairement à toucher, avec le doigt introduit dans le rectum, le bord postérieur de la prostate, et dans une très petite étendue le bas-fond de la vessie; mais chez les vieillards et chez ceux surtout qui offrent un certain embonpoint, le doigt n'arrive pas jusqu'à la vessie, par conséquent la ponction rectale ne peut être toujours exécutée avec une entière sécurité.

Si l'on compare entre elles les ponctions suspubienne, périnéale et recto-vésicale, on voit que les deux dernières ont pour avantage d'arriver à la vessie par son point le plus déclive, et pour inconvénient la fixation difficile de la canule et la lésion possible d'organes importants. La première, n'offrant ni l'un ni l'autre de ces inconvénients, mérite donc la préférence.

Chez la femme la ponction devient rarement nécessaire, à cause de la rareté des diverses affections qui peuvent l'indiquer chez l'homme. Cependant les tumeurs vaginales occasionnent quelquefois chez elle la rétention d'urine; mais le plus souvent ces tumeurs peuvent être déplacées; si elles ne peuvent l'être, la ponction est indiquée, et c'est alors immédiatement au-dessus du pubis qu'il faut la pratiquer.

En résumé, la ponction de la vessie a pour avantage 1° de remédier aux accidents menaçants de la rétention d'urine; 2° de faire gagner du temps et de permettre ainsi de combattre avec efficacité la cause de cette rétention; 3° enfin de n'être pas une opération dangereuse.

— M. Nélaton, dans cette leçon remarquable, a exécuté le tour de force dont nous parlions en commençant. Sans sortir un instant du cercle qui lui était tracé, il a constamment su captiver l'intérêt de l'auditoire. Dans un rapide préambule anatomique, il a tracé de la manière la plus précise l'anatomie chirurgicale des régions où la ponction peut être pratiquée, en évitant tout détail inutile, c'est-à-dire non immédiatement applicable à l'opération, et déduisant nettement les déductions pratiques qui résultaient des données anatomiques. Il a ensuite indiqué, sans y insister plus qu'il ne convenait et en les appréciant à leur juste valeur, les causes de la rétention d'urine, et enfin, dans une troisième partie, il a décrit avec une remarquable clarté tous les temps de l'opération et en a éclairé les difficultés par des faits cliniques heureusement choisis.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 9 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 18.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR. —	13 FR. —	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR. —	14 FR. —	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR. —	16 FR. —	9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Grenouillette. Rupture de la tumeur. Issue d'un calcul salivaire volumineux. — Guérison. — Nous devons à l'obligeance notre distingué confrère M. le docteur Leclerc, médecin du dispensaire et de la maison des Orphelins de Caen, la communication d'un fait qui doit sans contredit être placé parmi les plus curieux que possèdent les annales de l'art. Voici comment notre confrère raconte ce qu'il a observé :

Le nommé Joseph Bauquais, âgé de trente ans, jardinier à la maison des Orphelins, à Caen, est d'un tempérament hilieux sanguin, d'une taille élancée, fort, n'ayant jamais fait de maladie.

Cet homme se coucha hien portant le 26 janvier 1849, et sentit le lendemain, en se levant, un peu d'embarras et de chaleur au côté gauche de la gorge et de la joue; ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à son travail. A midi les mouvements de sa langue devinrent gênés et très douloureux; il se trouva si souffrant le soir, qu'il fut contraint de se coucher avant l'heure ordinaire. Il devint brûlant, agité; sa langue s'embarrassa de plus en plus; à dix beures il crut qu'il allait mourir de suffocation; il ne pouvait articuler aucune parole. C'était en vain qu'on lui offrait à boire; la bouche était tellement remplie, distendue, qu'il était dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement de déglutition. Cependant, à minuit, croyant trouver du soulagement en faisant un effort pour avaler un liquide chaud, il se saisit d'une tasse de tisane; mais à peine quelques gouttes eurent-elles pénétré dans la bouche, qu'il éprouva une violente sensation de brûlure sous la langue; il y porta les doigts, et sentit comme une poche allongée, dure, refoulant cet organe vers le palais. Il fut encore ainsi plus d'une heure à la torture; puis tout à coup un corps solide, pierreux, s'engagea entre ses dents. Effrayé en quelque sorte, et par un serrement convulsif des mâchoires, il le brisa, en reçut une partie dans la main, et arracha l'autre partie, dont l'extrémité était encore comme incrustée dans la cavité qui la contenait. Le patient éprouva un soulagement immédiat.

Je fus appelé le 28 au commencement de la matinée, c'est-à-dire quelques heures après la scène que je viens de raconter, et dont les détails me furent donnés par le malade, et confirmés par la sœur hospitalière qui en avait été témoin.

La fièvre est légère, la gorge est tendue du côté gauche depuis le dessous de l'oreille jusqu'à la partie médiane du menton; la glande sous-maxillaire est engorgée et douloureuse au toucher. Examen fait de l'intérieur de la bouche, j'aperçois sous le côté gauche de la langue et à sa hase une tumeur un peu aplatie en forme de soufflet, dont le sommet encore saillant présente une petite déchirure à trois lambeaux, au pourtour de laquelle se voit une certaine quantité de matière blanchâtre, crétacée, qui n'était autre chose que des débris calcaires; c'était en effet un calcul qui, en se faisant jour à travers cette déchirure, avait laissé ce dépôt. Ce calcul m'est présenté; il n'est plus dans toute sa longueur, un tiers environ en ayant été séparé, comme je l'ai dit, par les dents du malade, et quelques fragments emportés par ses camarades, curieux de posséder une parcelle d'une pierre sortie de dessous la langue de leur ami.

La plus forte partie, que j'ai en ma possession, a une forme olivaire tronquée du côté brisé; la couleur en est blanchâtre, et sa nature est évidemment celle du calcaire; la longueur est de 4 centimètres, ce qui donne pour le calcul entier 6 centimètres; son plus grand diamètre donne 12 millimètres; il offre à son extrémité brisée, et un peu de côté, une dépression à laquelle s'adapte un petit calcul de la grosseur de deux grains de blé.

Le malade se sent bien moins gêné; il peut facilement avaler, et affirme qu'il ne sentait aucune incommodité la veille du jour où il éprouva les symptômes graves que je viens de raconter.

Le traitement a été on ne peut plus simple; il a consisté en limonades au citron et en cataplasmes appliqués sous la gorge.

Au commencement de février, on ne sentait plus de glandes, et l'ouverture qui avait donné passage au calcul n'avait plus que l'apparence d'un petit pertuis situé au milieu de la tumeur, qui s'est complétement affaissée.

Bauquais a pu reprendre son travail, et ne s'est pas aperçu qu'il s'écoulât dans sa bouche ni moins ni plus de salive que de coutume. Depuis lors il a quitté l'établissement, et je n'ai plus entendu parler de lui.

On peut jusqu'à un certain point, dit M. Leclerc, se rendre compte de ce qui s'est passé dans le cas dont il est ici question : le calcul, formé depuis longtemps, ébranlé par une circonstance quelconque, aura quitté la cavité où il s'était formé et s'est dirigé vers le point où il éprouvait le moins de résistance; peut-être aussi la tisane brûlante a-t-elle hâté la rupture de l'obstacle qui l'empêchait de se faire jour au dehors.

Je m'abstiendrai, du reste, de toute réflexion, laissant à d'autres le soin d'expliquer ce curieux phénomène.

— Malgré le soin avec lequel ce fait a été observé, peut-être désirerait-on quelques détails de plus sur les antécédents du malade. Il est dit qu'il se coucha bien portant le 26 janvier, et qu'il sentit seulement un peu de malaise le lendemain en se levant. Il n'est guère possible cependant d'admettre qu'il n'éprouvât pas avant le 26 au moins une certaine gêne dans la bouche, car un calcul du volume de celui qu'il portait ne pouvait se placer sous la langue sans causer quelque dérangement. Malgré ce *desideratum*, médiocrement important d'ailleurs au point de vue clinique, l'observation de M. Leclerc n'en est pas moins extrêmement curieuse; car si l'on a vu, dans des cas qui ne sont pas très rares, des calculs salivaires causer la grenouillette, nous ne sachons pas qu'on en ait vu encore d'aussi volumineux, et qu'on les ait vus surtout arriver à un si grand développement sans produire des symptômes hien notables; car il est bien évident que, si Bauquais avait éprouvé quelques phénomènes morbides avant le 26 janvier, ils étaient assez peu prononcés pour ne pas fixer son attention. La prompte guérison qui a eu lieu chez ce malade doit engager le praticien à s'assurer, quand il aura une grenouillette à traiter, si cette maladie n'est pas formée par un calcul de ce genre, car non-seulement on peut espérer que la guérison sera plus facile [illegible], mais encore on préférera sans doute une méthode opératoire qui donnera purement et simplement issue au calcul.

Affection gastro-intestinale à diagnostic douteux. — La gastrite, après avoir régné en souveraine sur toute la médecine, en est réduite aujourd'hui à ce point, qu'on se demande presque si elle existe, tant a été vive, contre elle, la réaction. Voici, par exemple, un cas qui aurait peut-être été considéré comme un type il y a trente ans, et qui aujourd'hui inspire des doutes, d'ailleurs parfaitement fondés.

Une femme de trente-trois ans entre le 4 février dernier à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, service de M. Louis. Elle donne sur son état antérieur les renseignements suivants :

Elle est habituellement d'une bonne santé, et sujette seulement à de fréquents maux de tête. Elle a eu plusieurs couches qui se sont terminées heureusement, sans accidents sérieux. Depuis environ un mois, elle éprouvait des douleurs de reins et un malaise général, qu'elle attribuait à ce que sa dernière époque menstruelle avait été très peu abondante et irrégulière, contrairement à ce qui se passe habituellement chez elle. Cet état néanmoins était très supportable, et ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations. Dans la nuit du 27 au 28 janvier, elle fut réveillée subitement par des coliques violentes et des vomissements qui durèrent tout le reste de la nuit et tous les jours suivants, avec des intervalles qui devinsent seulement de plus en plus prolongés. Le 4 février, n'ayant obtenu qu'un soulagement médiocre, elle réclama son entrée à l'hôpital, et fut admise dans le service de M. Louis.

Une douleur modérée existait à l'épigastre et au-dessous de cette région; des vomissements fréquents avaient lieu et se renouvelaient surtout presque inévitablement après chaque gorgée de boisson. Les matières vomies étaient bilieuses, verdâtres, puis jaunâtres; elles ont été ensuite de couleur plus foncée, presque stercorale, mais sans en avoir jamais l'odeur; le facies était abattu, les yeux cernés, noirâtres, ayant un certain aspect, jusqu'à un certain point, cholérique; il n'y avait pas eu de selle depuis l'apparition des accidents, si ce n'est à la suite de quelques lavements qu'elle avait pris et rendus presque purs. Il y avait à peine de la chaleur anormale à la peau; le pouls était plutôt faible que fort et médiocrement accéléré. La malade n'a d'ailleurs jamais eu de hernie et n'en présente point actuellement. — M. Louis a prescrit des lavements, de l'eau de gomme, de la glace en fragments et de l'eau de Seltz. Malgré l'emploi de ces moyens, les symptômes n'ont éprouvé qu'une amélioration peu prononcée et seulement depuis deux jours. La constipation n'a pas cessé; les lavements ont toujours été rendus tels qu'ils avaient été pris; la douleur épigastrique est devenue beaucoup plus vive, ce que la malade attribue aux secousses produites par les efforts de vomissements; elle est, du reste, moins forte depuis hier; depuis ce moment aussi les vomissements ont été moins fréquents et moins douloureux. L'abdomen est un peu développé, à peine tendu; il n'y a pas de météorisme. Le pouls est mou, un peu faible, à 85 environ; la peau est de chaleur normale; la langue est légèrement blanchâtre, humide.

Est-ce à une gastrite qu'il faut rapporter cette série d'accidents? On n'aurait pas hésité, nous le répétons, il y a trente ans; aujourd'hui plusieurs raisons commandent le doute. Il paraît bien évident qu'au moment où les accidents, ni même pendant les premiers jours suivants, il n'y avait pas, à proprement parler, de douleur épigastrique; aujourd'hui même, il est évident que cette douleur n'est nullement en rapport avec l'inflammation que l'on pourrait supposer exister dans

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la forme grave de l'ictère; par M. Charles OZANAM, interne, lauréat des hôpitaux de Paris. (Paris, 1849. J.-B. Baillière.)

Les sujets les plus simples, et qui paraissent épuisés, peuvent fournir parfois des considérations intéressantes pour un observateur attentif et consciencieux; c'est ce qui nous a frappé à la lecture de la thèse de M. le docteur Ozanam.

L'ictère est-il une maladie ou seulement un symptôme? Y a-t-il une forme grave de l'ictère? Telles sont les deux questions que M. Ozanam a cherché à éclairer à l'aide des lumières fournies par les auteurs anciens, les contemporains étrangers et ses recherches personnelles. Et d'abord, disons que le mot *ictère* est une dénomination vague, qui embrasse une foule d'états très divers et ne spécifie rien, puisqu'il sert à désigner à la fois une maladie et un symptôme. Il faudrait donc, pour introduire de la clarté dans le langage médical, réserver le nom de *jaunisse* pour la teinte ictérique de la peau, et appeler *ictère* une maladie caractérisée par un ou plusieurs autres symptômes, de même qu'on appelle *chlorose* une maladie dans laquelle la coloration particulière de la peau a toujours été regardée comme un phénomène qui ne doit sa valeur qu'à la coexistence d'un appareil symptomatique qui a été surtout bien étudié dans ces derniers temps. Ces distinctions sont tellement importantes à établir, qu'on a observé des cas d'ictère grave dans lesquels la vie des malades a été gravement compromise avant l'apparition de la coloration jaune de la peau.

Quelle était donc cette forme particulière d'ictère? C'est ce que M. Ozanam appelle, dans sa thèse, la forme grave de l'ictère essentiel, et c'est là un point vraiment nouveau de la science; car tout le monde sait que l'ictère a toujours été regardé comme bénin. Il existe donc une forme particulière de l'ictère qui se confond, au début, par ses causes et ses symptômes avec l'ictère simple, mais qui développe des accidents graves et peut se terminer par la mort. M. Ozanam appuie cette croyance sur l'autorité des médecins anciens, des observateurs étrangers, tels qu'Alisson, Marsh, Budd, Corrigan, et enfin des faits recueillis par lui dans les hôpitaux de Paris, où il a été interne pendant quatre années consécutives.

Les exemples rares de cette forme grave, qui a ses symptômes, son pronostic et son traitement, ont été confondus, en France, avec la fièvre typhoïde et la fièvre jaune, qui cependant ne s'est jamais montrée dans l'intérieur des terres. C'est ainsi qu'on explique le silence gardé à son égard par les traités de médecine.

Il y a, suivant l'auteur, dans l'ictère grave, deux périodes, la période d'excitation et la période de collapsus; la première caractérisée par la cardialgie, le hoquet, les hémorrhagies, le délire; la seconde par le coma. En résumé, les symptômes les plus importants sont la dilatation de la pupille, l'irrégularité du pouls, et les hémorrhagies par les muqueuses et par la peau, accidents graves qui sont rattachés par l'auteur à l'état morbide que les anciens appelaient malignité, et que les modernes désignent sous le nom d'état typhoïque. La coïncidence de l'ictère simple et de l'ictère grave dans les épidémies d'ictère, a fourni au docteur Ozanam l'occasion d'une nouvelle preuve de sa proposition, que l'ictère grave n'est qu'une forme de l'ictère essentiel: il a en outre rapporté les différents exemples que possède la science d'épidémie d'ictère, ajoutant ainsi un chapitre intéressant au savant travail de son père, trop tôt enlevé à la science (1). Le diagnostic de l'ictère grave avec la fièvre typhoïde et la fièvre jaune est sans contredit une des pages les plus remarquables de cette thèse. L'auteur y a prodigué, plus qu'ailleurs, la clarté et l'élégance de son style. Nous pourrions entrer dans de longs développements sur l'anatomie pathologique et le traitement de l'ictère grave et sur son influence sur la grossesse; mais nous préférons renvoyer les lecteurs au travail lui-même, où toutes ces questions sont traitées avec talent. Nous recommandons spécialement la lecture d'une observation curieuse empruntée à Howship, dans laquelle la contraction spasmodique des canaux biliaires soupçonnée par les auteurs est démontrée directement à l'aide de l'anatomie pathologique.

M. Ozanam n'a peut-être pas apporté assez de sévérité dans le choix des observations tirées des auteurs anciens; plusieurs d'entre elles nous paraissent trop incomplètes pour servir de preuves à l'opinion qu'il soutient; mais nous devons avouer que les difficultés d'un sujet encore inabordé peuvent rendre suffisamment compte de cette imperfection.

On voit par cet exposé combien est féconde en résultats l'étude des formes dans les maladies. C'est surtout en Allemagne qu'a été comprise l'importance de ce genre de travaux. On peut même dire qu'on a exagéré cette importance, car souvent les Allemands créent autant de formes morbides qu'il existe de causes occasionnelles ou de symptômes différents. Il suffit pour s'en convaincre de faire un tableau des innombrables formes d'amaurose et d'ophthalmie qu'ils se sont plu à imaginer.

Paul HERVIER.

(1) Ozanam, *Traité des maladies épidémiques.*

l'estomac, et la malade elle-même sent très bien que cette douleur est le résultat des nombreux efforts qu'elle a faits pour vomir. En outre, la fièvre a été et est encore à peine marquée, et il n'est guère possible qu'une gastrite assez intense pour causer des vomissements aussi violents que ceux qu'a éprouvés la malade ne s'accompagnât pas de phénomènes fébriles plus prononcés. Enfin, sans que nous voulions attribuer à ce symptôme plus de valeur qu'il n'en a réellement, nous dirons cependant que l'état de la langue n'est nullement celui que les auteurs ont attribué à la gastrite. En admettant donc que l'inflammation du ventricule jouât un rôle dans la scène symptomatologique que nous venons de décrire, il paraît bien évident qu'elle ne saurait tout expliquer à elle seule.

En présence de ces doutes, une autre idée a dû nécessairement venir à l'esprit, c'est celle d'une obstruction intestinale résultant d'un étranglement interne; mais cette idée, qui a pu et dû se produire dans les premiers jours où l'on a observé la malade, a dû à peu près être rejetée lorsque la maladie a daté depuis un certain temps. En effet, la nature stercorale des matières vomies aurait seule permis de conclure à l'existence d'une obstruction intestinale, et il est évident que, cette obstruction existant, les fèces doivent refluer vers l'estomac dans un temps déterminé qui ne saurait très probablement être de douze à quinze jours; or la maladie existe déjà de cette époque. Cette hypothèse ne paraît donc guère plus probable que la précédente.

On a dû songer encore à une péritonite; mais il faut reconnaître aussi que, si cette affection existe réellement, elle s'éloigne des caractères qu'elle revêt habituellement. On ne saurait évidemment penser à une péritonite aiguë, si l'intensité des vomissements pouvait y faire croire, l'absence de douleur abdominale dans les cinq ou six premiers jours, le peu de tension du ventre doivent nécessairement la faire repousser. Aurait-on affaire à une péritonite chronique, à laquelle se sont joints accidentellement des phénomènes nerveux inaccoutumés? Les quelques accidents, quoique peu graves, que la malade a quelquefois éprouvés après ses couches pourraient à la rigueur le faire penser. Cependant il ne faut pas oublier que, si l'observation a déjà révélé quelques exceptions à la loi posée par M. Louis, à savoir: que le développement d'une péritonite chronique d'emblée, qui ne coïncide avec aucune tumeur abdominale, suppose l'existence de tubercules dans les poumons, cette loi est toujours applicable à l'immense majorité des cas, comme une autre malade qui se trouve actuellement dans le service en fournit un exemple frappant. Or il n'est pas possible quant à présent, chez la malade dont il s'agit, de constater les moindres signes de tubercules pulmonaires.

Telles sont cependant les hypothèses les plus admissibles, à moins que l'on ne veuille attribuer à une cause purement nerveuse tous les phénomènes que nous avons décrits. Cette opinion ne semble assurément pas tout à fait impossible; néanmoins, on conviendra que les gastralgies se présentent bien rarement sous cette forme, si tant est que cela ait lieu quelquefois, et que, dans les cas mêmes où elles ont une forme aiguë bien prononcée, elles n'altèrent que très peu les fonctions générales, au moins dans les premiers jours de leur existence, qu'elles ne causent point de fièvre, etc.

L'enseignement clinique qui ressort de toutes ces considérations n'est malheureusement pas le plus favorable à la pratique; il ne conduit à aucune conclusion thérapeutique. Mais, en clinique, il faut accepter les faits comme la nature nous les fournit et non comme nous voudrions les voir. Il faut bien que de temps en temps les praticiens se rappellent que les hommes les plus experts sont quelquefois embarrassés; cette vérité n'est pas seulement de nature à les consoler quand de pareils embarras se rencontreront sur leur chemin, elle les engagera aussi à leur faire voir combien la science laisse encore à désirer, et elle les encouragera dans la voie de l'observation faite d'une manière plus complète, plus précise qu'on n'a pris l'habitude de la faire jusqu'à ce jour.

Contracture des muscles du bras. — Nous avons, depuis trois mois, fait connaître à nos lecteurs deux cas de contracture dite essentielle des muscles, maladie à peine connue il y a quelques années, et considérée généralement comme très rare encore actuellement. Nous en avons aujourd'hui un troisième à mettre sous leurs yeux.

Cette fois, la maladie se présente chez un homme de trente ans, cultivateur, d'une bonne santé habituelle; ce malade se trouve à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 39, service de M. Jobert, où il a été admis le 4 janvier.

Ce malade a été pris, il y a deux mois, d'une affection fébrile qu'il ne peut caractériser, mais qui a été assez sérieuse pour exiger le repos au lit, et qui ne s'est accompagnée ni de délire, ni de convulsions, ni de paralysie. Un mois après le début de cette maladie, il entra en convalescence, et c'est alors seulement qu'il s'aperçut de l'impossibilité d'étendre son bras gauche d'une manière complète. Du reste, aucune douleur ne fut sentie dans le membre, si ce n'est lorsque le malade cherchait à le redresser par des mouvements mécaniquement communiqués. Quelques frictions furent d'abord faites sur la partie affectée; puis le malade se décida à venir à Paris pour réclamer son admission dans un hôpital. Il était, à son entrée, c'est-à-dire il y a trois jours, dans l'état où il se trouve encore actuellement.

L'avant-bras est au tiers environ fléchi sur le bras, la main sur l'avant-bras et les doigts sur la main, à peu près dans la même proportion. L'examen plus approfondi des parties malades permet de constater qu'il n'y a guère que le brachial antérieur, le grand palmaire et l'extenseur commun qui soient affectés. La maigreur du malade permet de sentir parfaitement ces muscles et leurs tendons tendus comme des cordes quand on cherche à redresser le membre. Aucune douleur spontanée n'existe, et il ne s'en développe qu'une très modérée quand on imprime une extension un peu forcée à l'avant-bras et à la main; les fonctions générales ne sont point troublées; on voit seulement que le malade sort à peine d'une convalescence.

Depuis trois jours qu'il est entré à l'hôpital, M. Jobert s'est contenté de prescrire des frictions narcotiques sur le trajet des muscles contracturés; jusqu'à présent aucun résultat sensible n'a été obtenu; il faudra donc recourir à d'autres moyens.

Ce fait se distingue de la plupart, sinon de tous ceux qu'on a rapportés, et que nous avons fait connaître nous-même, par la singularité de son début. Faut-il voir entre la maladie fébrile qui a précédé la contracture et cette contracture elle-même une relation de causalité? Les faits déjà connus n'autorisent guère une semblable manière de voir. Cependant, comme il n'est pas absolument démontré qu'en pathologie surtout les mêmes effets proviennent toujours des mêmes causes, il est regrettable que le malade, assez peu intelligent, ne puisse fournir aucun renseignement précis sur l'affection fébrile dont il a été atteint, et qui semble avoir été une fièvre typhoïde.

Il nous restera à voir si les douches de vapeur, employées avec un si remarquable succès par M. Jobert dans un cas dont nous avons entretenu nos lecteurs, auront chez ce sujet les mêmes résultats.

— Pour compléter les détails que nous avons donnés à cet égard sur la jeune malade observé dans le service de M. Louis, nous devons dire que, chez elle, les douches de vapeur, qui ont d'abord produit une amélioration marquée, ont ensuite été continuées inutilement pendant plusieurs semaines, et qu'elle est en définitive sortie non guérie après un séjour de plusieurs mois à l'hôpital.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Considérations pratiques sur l'adénite inguinale.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. Margerie.

Au n° 38 est couché un malade nouvellement entré dans nos salles. C'est un jeune homme d'un tempérament robuste et d'une constitution athlétique.

Il porte au-dessous du pli de l'aine, du côté gauche, une tumeur hémisphérique qui forme sur les téguments un relief de deux ou trois centimètres. Cette tumeur est mal circonscrite; rouge, chaude et douloureuse, elle offre tous les caractères de l'inflammation phlegmoneuse. Du reste, elle a un aspect extérieur tel qu'à la simple inspection, sans interroger le malade, sans avoir recours à la palpation, on peut soupçonner quelle est son origine et quelle est sa nature. Il suffit, en effet, de remarquer que sa base est large et se perd d'une manière insensible dans les tissus voisins, que sa surface n'est pas luisante, que sa rougeur n'est pas uniforme, pour se convaincre qu'il s'agit d'une adénite, dont le point de départ doit être recherché dans quelque lésion du pied ou de la jambe. Aussi avons-nous immédiatement examiné ces deux parties: nous avons trouvé, au-dessous de la malléole externe, une petite plaque purulente, et, au niveau de la tête du premier métatarsien, une croûte noirâtre, dont l'apparition remonte à quinze ou vingt jours. La tumeur existe depuis douze jours seulement.

Il pourrait paraître bizarre d'établir un rapport de cause à effet entre une lésion si peu étendue et une tumeur aussi volumineuse, entre une affection aussi légère et une affection aussi grave; nous nous sommes déjà expliqué sur ce point, et d'ailleurs ce rapport est ici de la plus haute évidence, démontré qu'il est à la fois par la succession des phénomènes et par les connexions anatomiques qui existent entre les ganglions de la partie interne et supérieure de la cuisse et les vaisseaux lymphatiques du pied. Une nouvelle difficulté se présente, difficulté que nous avons déjà signalée à l'occasion de l'angioleucite: comment expliquer la propagation du mal? Une excoriation existe à la base du gros orteil, une inflammation se déclare dans l'aine, et les parties intermédiaires sont demeurées parfaitement saines. S'il y avait une phlegmasie dans l'intervalle qui sépare les deux points malades, on pourrait dire que l'inflammation a gagné de proche en proche; mais il n'existe rien de tel. Serons-nous donc forcé d'invoquer ici une influence sympathique? explication que personne n'admettra aujourd'hui; une altération générale des humeurs? elle aurait déterminé le développement de la tumeur aussi bien à droite qu'à gauche. Nous ne le pensons pas. Nous pouvons en effet donner une interprétation satisfaisante des phénomènes pathologiques en admettant l'existence de molécules morbifiques, qui, puisées dans le bouton purulent par les vaisseaux lymphatiques, auraient été transportées dans les ganglions de l'aine et y auraient provoqué l'inflammation que nous avons sous les yeux. Mais, dira-t-on, pourquoi ces molécules n'ont-elles pas enflammé les vaisseaux lymphatiques dont elles ont parcouru toute la longueur? Nous répondrons qu'elles ont traversé le système vasculaire sans rencontrer d'obstacle à leur progression et par conséquent sans s'arrêter en aucun point; mais qu'arrivées dans les ganglions, elles ont dû y séjourner en même temps que la lymphe, se montrer réfractaires au travail d'élaboration que subit ce liquide, en un mot se comporter à la façon d'un corps étranger et en produire les effets. Quoi qu'il en soit, si l'on n'admet pas l'explication, il faut bien admettre le fait dont chaque jour nous apporte des exemples.

Si maintenant nous étudions la maladie de l'aine, abstraction faite des lésions du pied, nous rencontrons une particularité qui mérite d'être signalée, nous voulons parler de l'analogie qui existe entre les inflammations des ganglions lymphatiques et celles de la glande mammaire.

De même que ce dernier organe, les ganglions lymphatiques consistent en un parenchyme entouré d'un tissu cellulo-graisseux plus ou moins abondant; comme lui, ils peuvent être le siége d'une inflammation qui, sous ce rapport, présente trois variétés, en ce sens que tantôt elle occupe l'intérieur du ganglion et tantôt le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-ganglionaire. Ces trois formes sont susceptibles de se combiner entre elles.

Quand l'inflammation reste bornée au ganglion, elle est rarement aiguë, elle marche avec lenteur; la tumeur à laquelle elle donne naissance est globuleuse et mobile; elle disparaît ou ne laisse d'autre trace qu'un noyau indolent lorsque la terminaison a lieu par résolution. Quand l'inflammation se transmet au tissu cellulaire, on a ce qu'on appelle une adénite phlegmoneuse, affection dont la gravité varie suivant que la phlegmasie s'est propagée vers les parties superficielles ou vers les parties profondes. Dans le premier cas, en effet, il se développe un abcès sous-cutané qui se déterge avec assez de régularité et guérit sans de graves dangers pour le malade; dans le second, l'adénite offre la plus grande tendance à se transformer en phlegmon diffus, les ganglions se trouvent soulevés, et le malade est exposé à des fusées purulentes. Ce n'est pas tout: la fluctuation est difficile à constater, et cependant il est de la plus haute importance d'ouvrir au pus une issue vers l'extérieur dès les premiers moments de sa formation, résultat qu'il est souvent impossible d'atteindre sans s'exposer à blesser des organes importants. Cette dernière circonstance se présente dans le cas particulier que nous avons à considérer.

Une différence remarquable sépare l'adénite des phlegmons proprement dits, c'est la rapidité avec laquelle ces derniers arrivent à la période de suppuration; ainsi, chez notre malade, s'il se fût agi d'un phlegmon ordinaire, depuis huit jours que la tumeur s'est montrée, il se serait certainement formé un abcès. Une différence analogue se retrouve à l'égard de l'angioleucite et du phlegmon diffus. Le phlegmon diffus peut, dans l'espace de quatre ou cinq jours, se terminer par suppuration.

L'adénite que nous avons à combattre est arrivée à un point où l'on doit encore espérer d'obtenir la résolution: aussi avons-nous prescrit des sangsues et l'application de topiques émollients, nous réservant d'employer plus tard les frictions mercurielles et les vésicatoires, si notre médication a le succès que nous en attendons.

Nous dirons quelques mots seulement d'un malade qui a reçu un coup de baïonnette dans la région de l'hypochondre droit; nous n'avons pu connaître les circonstances de sa blessure: ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a produit de l'angoisse, de la suffocation et de la petitesse du pouls. Rien n'annonce que les intestins aient été intéressés; le malade n'a pas vomi de sang, il n'en a pas rendu par les selles. Les signes d'une lésion des reins ou de la vessie manquent également; mais tout nous porte à penser que le foie a été atteint, et qu'il existe un épanchement sanguin dans le flanc droit. Les plaies du foie ne sont pas très douloureuses, souvent leur cicatrisation se fait avec régularité; mais quelquefois aussi elles déterminent une hépatite et, par suite, des abcès qui constituent toujours une affection dangereuse.

Il nous reste à parler d'un malade qui présente au niveau de l'épine du tibia, et du côté droit, une tumeur rouge et douloureuse. Cette tumeur, dont le volume égale à peine celui de la moitié d'une noix, ne date que de huit jours, ou plutôt le malade s'est aperçu de son existence il y a huit jours. Elle est remarquable en ce qu'au premier abord elle offre les caractères d'un petit abcès, dont elle diffère cependant par sa forme étalée et moins globuleuse, et principalement par la sensation particulière qu'elle fait éprouver lorsqu'on cherche à constater la fluctuation. Cette sensation est quelque chose de caractéristique et qu'il est difficile de peindre par des mots. Elle ne ressemble exactement ni au craquement que produit une pression légère sur des kystes osseux aminois, ni à la crépitation bien connue que l'on trouve dans les tumeurs remplies de concrétions albumineuses ou fibrineuses, dans la synoviale irritée des muscles radiaux ou dans l'hématocèle; elle participe à la fois de l'un et de l'autre. En cherchant à nous rendre compte de ce phénomène, nous nous sommes naturellement reporté à ce qui s'est passé chez un autre malade entré depuis dix jours environ pour une contusion suivie d'épanchement.

Ce dernier s'était trouvé fortement pressé entre un mur et une voiture; il en était résulté une large ecchymose étendue du grand trochanter à la cuisse et de la région iliaque au pli de l'aine, en même temps qu'une collection sur le trajet du ligament de Poupart. La nature sanguinolente de cette collection se reconnaissait à l'absence de symptômes inflammatoires, aux limites nettement tranchées de la tumeur et au caractère spécial de la fluctuation, caractère que l'on ne retrouve ni dans les abcès chauds, ni dans les abcès froids, et dont on aura une idée en se représentant la fluctuation qu'on pourrait constater dans une vessie inerte et incomplètement remplie. L'emploi de simples moyens résolutifs était, en cette circonstance, indiqué de la manière la plus évidente. Des compresses imbibées d'une solution de sel ammoniac et d'oxycrat camphré furent donc appliquées. Ce procédé, qui nous réussit ordinairement, n'a eu d'autre effet que de hâter la résorption de l'infiltration sanguine; la collection, au lieu de diminuer, a augmenté. Hier, nous avons cru devoir en faciliter la résolution par un autre procédé, par des pressions méthodiquement exercées; ces pressions ont amené une inflammation qui, si elle fait des progrès, causera un véritable abcès sanguin et nécessitera une incision.

La tumeur que nous avons vue sur l'épine du tibia se trouve dans de semblables conditions. Le malade chez lequel elle est survenue est forcé, par la nature de ses occupations, de s'appuyer avec force sur le genou et la partie supérieure de la jambe; cette action, souvent répétée, aura sans doute déterminé un épanchement sanguin et, au bout d'un certain temps, l'inflammation des parois de la cavité au sein de laquelle cet épanchement est contenu. Nous avons prescrit l'application de cataplasmes émollients.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

Des diverses formes de myélite chronique.

(Suite et fin. Voir le numéro précédent.)

Troisième exemple d'une myélite plus latente encore.

3° Au n° 43 de la même salle se trouve le nommé Déglise, ouvrier d'administration, de moyenne constitution, à tempérament bilieux-nerveux, âgé de vingt-sept ans. Déglise est entré à l'hôpital le 16 novembre, pour une bronchite de quinze jours de date.

La bronchite était dissipée le 25.

Ce malade, sur le point de rendre son billet, ressent, le 27, un frisson qui lui parcourt tout le rachis, et semble se répandre sur les parties latérales. Ce frisson est suivi d'un fourmillement qui, partant des jambes, envahit tout le tronc et les extrémités supérieures. Ce fourmillement devient persistant; les frissons cessent et reparaissent alternativement avec la plus grande irrégularité pendant trois jours. Le pouls n'est point influencé; le malade n'accuse aucune douleur dans le rachis; la percussion y développe pourtant de la sensibilité dans la jonction de la portion lombaire avec la portion dorsale. Les pieds restent refroidis, et sont le siége de sudations.

Deux saignées du bras, une application de six ventouses scarifiées sur les gouttières vertébrales donnent des résultats négatifs. Deux vésicatoires semblent provoquer quelques convulsions dans les muscles des membres. Un grand bain les apaise; constipation prononcée. Huit autres vésicatoires promenés le long de la colonne vertébrale et une purgation saline tous les deux ou trois jours jusqu'au 13 décembre produisent une amélioration notable. Les frissons sont nuls; les fourmillements persistent encore à un certain degré, ainsi que la constipation.

Application de dix cautères, bains de vapeurs avec douches; purgatifs drastiques répétés.

Cette médication, continuée jusqu'au 29, dissipe tous les phénomènes morbides.

Les 29 et 30, accès de fièvre; 6 décigrammes de quinine mettent fin à ces accès en deux jours. Le malade reste encore à l'hôpital jusqu'au 14 janvier, et en sort parfaitement guéri.

Myélite chronique ayant déterminé une paraplégie complète à la dixième année de son existence.

4° Le sujet de cette observation est le nommé Gadel, gendarme à cheval, grand, bien constitué, âgé de cinquante ans. L'histoire de ce malade serait longue à raconter. Nous l'abrégerons.

Gadel croit rapporter l'origine de sa maladie à une chute de cheval et à des fatigues consécutives. Quoi qu'il en soit, il y a quatorze ans, il ressentit une douleur assez vive à la région lombaire, qui fut regardée comme rhumatismale. A cette douleur succédèrent plus ou moins longtemps après des douleurs dans les membres inférieurs. La marche, les courses à cheval les apaisaient à tel point que le malade s'en donnait plus qu'il ne lui en revenait.

Il fut cependant obligé de se faire soigner. A de nombreuses reprises on ne vit qu'un rhumatisme dans la maladie, et le traitement fut toujours dirigé dans cette prévision. Aucune médication directe sur la moelle ne fut mise en usage. Plus tard survinrent des fourmillements dans les membres avec des convulsions cloniques. Le malade fut envoyé deux années de suite aux eaux de Bourbonne. A la seconde fois il en revint paraplégique, et n'a cessé de l'être depuis.

Il y a six mois que nous l'avons dans notre service; la paraplégie remonte à quatre ans, le début de la maladie à quatorze. Du reste, à part une constipation permanente, toutes les autres fonctions s'exécutent bien. Parfois il survient une sensibilité extrême à la peau des membres inférieurs et par places. Cet endolorissement est tel, que le malade en pleure. De tous les moyens employés contre ce dernier accident le seul qui parvienne à l'apaiser, c'est une purgation avec deux gouttes d'huile de croton. Voilà une affection méconnue pendant bien des années, qui ne détermine la paraplégie qu'à la dixième.

Autre variété de forme de myélite chonique.

5° Mme Dubois, d'Astière, près Givet, quarante-quatre ans, atteinte de gibosité avec déviation de la colonne vertébrale dès l'enfance, douée du reste d'une assez bonne constitution, était traitée depuis un mois, en octobre 1848, par un confrère, pour une prétendue fièvre d'accès. La malade avait usé vainement une grande quantité de quinine, quand nous fûmes appelé le 16 novembre.

Voici quel était son état:

Amaigrissement assez prononcé; frissons réguliers semblant avoir les pieds pour point de départ, remontant le long des membres et du rachis et arrivant à la tête. Ces frissons de peu de durée étaient suivis immédiatement de chaleur avec céphalalgie, coloration de la face, sentiment de strangulation, affaiblissement rapide des membres avec fourmillements, insomnie; la malade était sujette à des syncopes. La soif devenait vive, le pouls se développait et acquérait de la fréquence. Il y avait aussi constipation avec ballonnement du ventre et rapports acides.

L'examen le plus minutieux n'ayant rien fait découvrir dans les autres organes, la percussion développant de la sensibilité le long de la moelle, force fut de penser à une myélite chronique. La malade épouvait périodiquement et tous les jours les mêmes accidents. Une saignée de 125 grammes fut pratiquée, puis des vésicatoires promenés le long du rachis pendant dix jours, au nombre de dix de haut en bas, et des purgations salines répétées administrées tous les deux jours. Le succès ne se fit pas attendre. Le onzième jour, la malade pouvait commencer à se lever, et ne ressentait plus que quelques fourmillements. Huit cautères et quelques purgations de loin en loin achevèrent la cure en un mois.

Peut-on douter un seul instant que nous n'ayons eu affaire en cette occasion encore à une myélite chronique, et au besoin le succès du traitement improvisé ne suffirait-il pas pour convaincre?

Nous ne saurions terminer sans citer un dernier exemple qui prouve qu'une paraplégie datant de fort longtemps, et consécutive à la myélite chronique, laisse encore quelque espoir de succès dans le jeune âge.

6° En février 1848, nous vîmes, avec M. le docteur Maréchal père, qui nous assistait dans une opération grave, le fils de M. Fineuse, juge de paix de Géline, en Belgique, à sept lieues de Givet. Ce jeune garçon, âgé de six ans, d'une bonne constitution, était paraplégique depuis trois ans, avec une certaine atrophie des extrémités inférieures, mais sans perte de la sensibilité. D'après le commémoratif, cette paralysie paraissait résulter d'une myélite consécutive à une chute. Des fourmillements et quelques douleurs dans les jambes avaient précédé la paraplégie. Cet enfant avait été soumis à des traitements assez nombreux. Des médecins de grande réputation avaient échoué dans leurs tentatives. Le cas nous paraissait d'autant plus désespérant, que le rachis était sillonné de cicatrices de cautères et de vésicatoires; mais c'était seulement sur la portion dorsale.

En explorant ce jeune enfant, nous fûmes frappé d'une sensibilité douloureuse que développait la pression du doigt appliqué sur l'articulation de la dernière vertèbre avec le sacrum. Cette douleur déterminait des secousses subites sur les membres paralysés.

Nous proposâmes l'application de quatre moxas autour de ce point. La petite opération fut pratiquée aussitôt. Quinze jours après, le père nous pria de venir voir son enfant. Nous trouvâmes, à notre grande surprise, quelques mouvements dans les membres pelviens, et le jeune malade pouvait faire quelques pas sans ses béquilles. Encouragé par cet heureux succès, nous renouvelâmes l'application des moxas; il fut prescrit de saupoudrer les plaies avec un centigramme de strychnine, et puis de faire prendre au malade trois milligrammes du même médicament à l'intérieur, en portant la dose jusqu'à un centigramme s'il n'y avait pas d'accident. Tout fut bien exécuté, et un mois après nous revîmes le malade pour la troisième fois. Le petit Fineuse pouvait faire plusieurs fois le tour de la chambre sans se soutenir; les jambes fléchissaient encore sous lui.

Une hygiène bien entendue, l'emploi de l'électricité à différentes reprises, des douches sulfureuses, des bains de vapeurs aromatiques firent progresser cette amélioration surprenante.

Enfin, le 15 novembre de la même année, époque où nous cessâmes de voir notre malade, ce jeune garçon n'usait plus de ses béquilles depuis plus de quatre mois, quoique conservant encore une faiblesse prononcée des membres. Nul doute qu'avec les progrès de l'âge, les membres ne récupèrent complétement leur faculté. Rien ne s'oppose à cette manière de voir.

De tout ce que nous venons d'exposer, nous pouvons conclure:

1° Que la myélite chronique est une maladie insidieuse, souvent obscure, revêtant des formes diverses qui ne permettent pas toujours de la diagnostiquer avec précision;

2° Que c'est dès le principe qu'il convient de combattre avantageusement cette maladie; qu'elle peut être encore facilement curable à cette époque, et que dès lors on doit porter le plus grand soin dans l'examen dès que le moindre signe pourra la révéler;

3° Qu'il n'est pas sans exemple qu'une myélite arrivée à la paraplégie, même depuis longtemps, ne soit susceptible de guérison;

4° Que la paraplégie ou les autres paralysies n'arrivent qu'à une époque plus ou moins avancée de la myélite chronique, et que c'est une erreur, à notre sens, de regarder la paralysie comme symptôme de cette affection à ses premiers moments;

5° Enfin, que le traitement qui paraît le plus utile, d'après les faits connus, consiste dans l'application longtemps prolongée et souvent répétée des divers exutoires sur le rachis, et une révulsion énergique et soutenue sur le tube digestif.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Barrier.

Observations d'acrodynie.

Par M. A. Chavériat, interne des hôpitaux.

Il ne sera pas sans quelque intérêt de signaler deux cas d'acrodynie entrés dans le mois de mai; c'est la première fois qu'il m'a été donné d'observer cette maladie, que je ne connaissais que par la description qu'en donnent les auteurs.

Les deux sujets de ces observations sont, d'un côté, une femme âgée de soixante-huit ans, exerçant la profession d'ourdisseuse; d'un autre côté, un jeune homme de dix-huit ans, vigoureux, exerçant celle de boucher.

L'un et l'autre présentèrent à la fois et des symptômes communs et des différences tranchées. Ainsi, chez tous les deux, la maladie était caractérisée par des rougeurs circonscrites plus ou moins violacées, qui disparaissaient parfois presque aussi promptement que le fait l'urticaire pour reparaître le même jour ou le lendemain. Ces taches, existant au niveau des articulations dans le sens de l'extension, aux genoux, aux doigts et particulièrement au bord interne des pieds, s'accompagnaient toujours de douleurs lancinantes, qui augmentaient à la pression. Comme phénomène local, le jeune homme souffrait à un degré beaucoup plus élevé que la femme de fourmillements insupportables à la face plantaire des pieds, fourmillements que l'on ne saurait mieux comparer qu'à ceux qu'éprouvent les malades atteints de coliques de plomb.

Sous le rapport des phénomènes généraux, la maladie s'est compliquée, chez la femme, d'un embarras gastrique très prononcé, d'un léger mouvement fébrile, surtout au début de la maladie, tandis que chez le jeune homme aucun phénomène général ne s'est présenté.

Cette circonstance nous explique pourquoi le traitement par les purgatifs, qui a permis à cette femme de sortir parfaitement guérie au bout de dix jours, n'a rien fait chez le jeune homme. Chez ce dernier, la rapidité avec laquelle se déplaçait la maladie, le tempérament sanguin du malade engagèrent le professeur de clinique à faire pratiquer une saignée générale. Ce moyen ne réussit pas mieux que les purgatifs. Une application de sangsues au fondement n'eut pas de résultat meilleur contre la céphalalgie, qui occupait alternativement certains points de la tête. En dernière ressource, on eut recours à une nouvelle application de sangsues à la tête et aux pieds *sur le siége même des douleurs*, qui disparurent comme par enchantement. Les sangsues ont-elles agi ici en tirant une certaine quantité de sang? C'est peu probable; car, outre que sur chaque point rouge et douloureux on n'en appliqua qu'une ou deux, il est encore à noter qu'elles ont très peu saigné. Leur action a donc été celle d'un vésicatoire, c'est-à-dire qu'elles ont agi en irritant la peau de manière à déplacer l'irritation primitive.

Il serait intéressant de déterminer le rang que doit occuper l'acrodynie dans le cadre nosologique. Le dernier mode de guérison que je viens de rapporter semblerait faire présumer qu'elle doit être classée parmi les névroses. Cette question n'a pas été traitée par MM. Cayol et Chomel, à qui on doit des mémoires intéressants sur cette maladie, qu'ils ont vue régner épidémiquement à Paris en 1828.

DISPENSAIRE D'ÉDIMBOURG. — M. Norris.

Hernie inguinale étranglée opérée avec succès chez une femme de plus de cent ans.

Voici un fait qui n'offre aucune particularité bien remarquable au point de vue de la chirurgie ou de la médecine opératoire, mais qui sera lu avec un certain intérêt comme curiosité chirurgicale.

Obs. — E. C... est une vieille fille âgée de 109 ans. De stature grêle, de tempérament bilieux, elle sentit, il y a vingt ans, en faisant un effort, que quelque chose se rompait dans l'aine; mais, quoiqu'elle éprouvât par intervalles quelques incommodités suite de sa hernie, elle ne porta jamais de bandage.

Le 26 mars 1849, elle ressentit de vives douleurs de ventre, puis des hoquets, des vomissements. Ces symptômes ayant augmenté d'intensité les jours suivants, M. Norris, appelé le 30 auprès d'elle, constata tous les signes de l'étranglement. Le pouls était très déprimé. Les différents moyens de réduction que son grand âge permettait d'employer le furent sans succès, et le cas paraissait désespéré. Voulant cependant n'enlever à cette malheureuse aucune des chances de vie qu'elle pouvait conserver, le médecin en appela aux lumières de MM. Cam Wandhy et Kidely. L'opération fut décidée.

Le même soir, M. Norris y procéda. Il ouvrit le sac après l'avoir mis à découvert dans une aussi petite étendue que possible. A ce moment, il y eut quelque difficulté et par conséquent un peu de retard causé par la striction extrême de l'étranglement; mais une fois qu'on fut parvenu à le diviser, la portion d'intestin beroiée fut réduite aisément dans l'abdomen. Le reste de la nuit fut sans sommeil.

Le 31, pas de douleurs; mais un laxatif huileux et les lavements n'ont pu rétablir le cours des selles. L'insomnie continue.

Le 1er avril, constipation; faiblesse augmentant; peu d'espoir.

Le 2, 2 grains de coloquinte en pilules le matin: point d'effets purgatifs. 2 scrupules de jalap amènent des évacuations abondantes à quatre heures du soir. Nuit tranquille.

Le 3, langue nette. A part l'affaiblissement que la diarrhée a occasionné, tout marche bien. La plaie s'est réunie par première intention.

Le 4, la diarrhée a cessé. Bonne nuit. La malade prend sa nourriture ordinaire. La convalescence commence.

Le 6 avril, la santé était parfaite. (*The Lancet.*)

PLAIE DE TÊTE suivie de perte de la faculté musicale,

Par M. le docteur LATHAM.

Le fait suivant est assurément un des plus curieux que l'on puisse invoquer en faveur de la localisation des facultés cérébrales.

Obs. — James T..., âgé de soixante-trois ans, marin autrefois, mais employé depuis trente ans chez un brasseur, reçut sur la tête une porte de cave, dont un des verrous l'atteignit sur le pariétal droit, à son angle postérieur et supérieur, près de la fontanelle postérieure. La force du coup le rendit un instant insensible, mais il se remit promptement et reprit son ouvrage. Avant cet accident, il aimait beaucoup la musique, chantait très bien une chanson, sifflait et chantait en travaillant, et réussissait parfaitement à apprendre de nouveaux airs.

Depuis lors, il perdit toute faculté musicale. Essayait-il les airs même qui lui étaient le plus familiers, arrêté dès la première note, son chant devenait aussitôt confus et se perdait entre deux ou trois tons différents. Il reconnaissait parfaitement la musique qu'il avait entendue autrefois; mais il était entièrement incapable de l'exécuter lui-même, ou d'apprendre, comme auparavant, quelque chose de nouveau.

Du reste, c'est là le seul inconvénient que cet accident lui ait occasionné; sa mémoire, sous les autres rapports, ainsi que ses diverses facultés sont intactes. Mais quoiqu'il en ait fait l'épreuve à plusieurs reprises, la faculté musicale n'est point revenue. (*Ibid.*)

DE L'EMPLOI DE LA GLYCÉRINE dans la surdité,

Par M. Wakley.

Nos lecteurs se rappellent sans doute la note de M. Yearley, que nous avons publiée il y a deux ans environ, sur l'effica-

cité, contre la surdité, d'une boulette de coton humectée et introduite dans l'oreille, ainsi que les réclamations de priorité qui suivirent cette note.

M. Wakley, convaincu, comme d'ailleurs tous ceux qui avaient employé ce moyen, que la boulette n'agissait que par l'humidité qu'elle contenait, et qu'elle devenait même nuisible après sa dessiccation, M. Wakley projeta de substituer à l'eau qui humectait la boulette une substance difficilement vaporisable.

La glycérine lui sembla offrir toutes ses conditions. M. Bullock lui en ayant remis dans les premiers jours d'août 1848, il en fit immédiatement l'essai, qui réussit à merveille. Chez plusieurs de ceux à qui on l'appliqua, le coton mouillé, précédemment employé, avait échoué.

La plupart des malades ainsi traités sont maintenant guéris; d'autres sont dans un état tel, qu'ils n'ont plus besoin que de quelques applications de glycérine de temps en temps. Cependant, il y a eu des cas d'insuccès complet, et quelques-uns où le bénéfice n'a été que temporaire.

L'auteur a maintenant employé la glycérine contre la surdité plus de trois cents fois.

Elle exerce surtout son action chez ceux qui sont sourds depuis très longtemps, et aussi dans les cas où cette infirmité s'est développée à la suite des fièvres éruptives du jeune âge. Lorsqu'il y a eu inflammation, puis suppuration, et que le conduit auditif est devenu sec et comme corné, la glycérine produit des avantages marqués. Elle guérit également les surdités causées par l'absence du cérumen. Dans d'autres cas de surdité où la membrane du tympan est devenue dure et épaisse, avec un aspect blanchâtre et perlé, l'emploi de la glycérine a été très heureux. Il est donc évident qu'elle peut opérer des guérisons, soit que la membrane tympanique soit intacte, soit qu'elle ait été détruite par ulcération.

La glycérine se présente sous la forme d'un liquide sirupeux. On l'obtient en saponifiant l'huile d'olives au moyen de la litharge et d'un peu d'eau. Avec l'acide sulfurique, on sépare ensuite les matières huileuses, et il reste une solution aqueuse contenant le sel alcalin avec la glycérine. On évapore le mélange jusqu'à siccité, et on le traite par l'alcool, qui dissout de nouveau la glycérine, et laisse le sulfate alcalin non dissous. La glycérine peut être purifiée par l'oxyde de plomb, en faisant passer au travers un courant d'hydrogène sulfuré.

Pour s'en servir, il faut d'abord nettoyer soigneusement les oreilles avec du coton sec. On trempe alors un peu de coton dans la glycérine, et on le passe à plusieurs reprises devant et derrière dans le méat auditif des deux côtés. On ne doit pas négliger d'en porter jusqu'à la membrane du tympan.

M. Wakley termine par l'énoncé succinct de douze observations, dont les détails font comprendre le mode d'application de cet agent.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES,

par M. RICORD.

Nos lecteurs ne seront peut-être pas fâchés d'avoir sous leurs yeux, rassemblées dans un seul tableau, les diverses formules que M. Ricord met en usage contre les différentes formes de la syphilis.

Voici donc ces formules, avec l'indication des cas auxquels l'auteur les applique :

MALADIES DITES NON VIRULENTES.

Injections pour la balano-posthite.

Faire trois injections par jour entre le prépuce et le gland avec la solution suivante :

Eau distillée. . . . . 100 gram.;
Nitrate d'argent. 2 1/2

Traitement abortif de la blennorrhagie.

Faire une seule injection avec la solution suivante :

Eau distillée . . . . . 30 gram.;
Nitrate d'argent . . . . 5 décigr.

Prendre tous les jours en trois doses la poudre suivante :

Poivre cubèbe. . . . . . 30 gram.;
Alun. 1 1/2

Injection pour la blennorrhagie quand la période du traitement abortif est passée.

Faites trois injections par jour avec le liquide suivant :

Eau de roses. . . . . 200 gram.;
Sulfate de zinc . . . } de chacun : 75 centigr.
Acétate de plomb . . }

Traitement interne de la blennorrhagie.

Prendre trois fois par jour une cuillerée de l'émulsion suivante :

Copahu, sirop de Tolu et sirop de pavot, de chacun. 30 gram.;
Eau de menthe. . . . . 60 gram.;
Gomme arabique, quantité suffisante;
Eau distillée de fleur d'oranger. . . . . . . 8 gram.

Période aiguë de la blennorrhagie.

20 sangsues au périnée; bain après les sangsues, boissons rafraîchissantes; repos au lit; régime sévère; suspensoir. Prendre quatre fois par jour une des pilules suivantes :

Jus exprimé et épaissi de laitue (*lactuca sativa*) et camphre de chacun : 2 gram. 1/2.

Faites 20 pilules.

Goutte militaire.

Faites tous les jours trois injections avec le liquide suivant :

Eau de rose et vin de Roussillon, de chacun . 200 gram.;
Alun et tanin, de chacun . . . . 50 centigr.

MALADIES VIRULENTES. — SYMPTOMES PRIMITIFS.

Traitement abortif du chancre.

Dans les premiers cinq jours de la contagion, détruire le chancre avec la pâte de Vienne.

Chancre régulier non induré.

Pansements fréquents avec le vin aromatique; propreté extrême; de temps en temps cautérisation légère avec le nitrate d'argent. Repos, boissons émollientes; lorsqu'il y a inflammation, antiphlogistiques, purgatifs, applications émollientes. (Pas de mercure.)

Chancre phagédénique.

Cautérisation complète avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la potasse à la chaux ou le fer rouge, suivant les circonstances. Plus tard, des lotions avec

Vin aromatique. . . . . . . 100 gram.;
Extrait d'opium. . . . . . . 15 centigr.;
Ou vin aromatique. . . . . . 250 gram.;
Tannin 1 1/2

Ou dans la diathèse scrofuleuse :

Eau distillée . . . . 100 gram.;
Teinture d'iode . . . . 4 gram.

Ou pommade soufrée et bains sulfureux.
A l'intérieur,

Tartrate de fer et de potasse . . . . . 30 gram.;
Eau distillée . . . . 250 gram.

30 grammes trois fois par jour.

Chancre induré.

Trois pansements par jour avec la pommade suivante :

Calomel. . . . . 4 gram.;
Axonge. . . . . 30 gram.,
Mercure à l'intérieur (voir au § 21).

Traitement abortif du bubon consécutif à l'absorption du virus dans un chancre non induré.

Cautérisation profonde de dix minutes de durée avec la potasse à la chaux; attendre la chute de l'escarre.

Bubon consécutif au chancre induré.

Employer les antiphlogistiques, suivant les circonstances, et donner issue à la matière purulente par la cautérisation avec la potasse caustique; détruire ensuite graduellement avec les caustiques la masse glandulaire située au fond du bubon ouvert. Ajoutez aux cataplasmes, après cautérisation, une pommade avec parties égales d'extrait de belladone et d'onguent mercuriel.

Bubon en fer à cheval et gangrène.

Pour le premier, même traitement. Pour la gangrène, lotions avec :

Chlorure de chaux. . . . . . . 30 gram.;
Eau distillée . . . . 100 gram.

Ou bien applications d'une poudre composée de parties égales de charbon en poudre et de quinquina.

Complications scrofuleuses.

Prescrire l'émulsion suivante en trois doses.

Iode. . . . . 15 centigr.
Huile d'amandes douces. . . . . 30 gram.;
Gomme arabique, quantité suffisante;
Emulsion d'amandes douces . . . . 100 gram.

Symptômes secondaires de la syphilis.

Tous les jours trois verres d'une décoction de feuilles de saponaire, et verser dans chaque verre une cuillerée de sirop de Cuisinier. Prendre tous les jours une des pilules suivantes :

Proto-iodure de mercure;
Suc épaissi de la laitue cultivée, de chacun : 2 gr. 25;
Extrait d'opium. . . . . 75 centigr.;
Extrait de ciguë . . . . 6 gram.

Mêlez et faites 60 pilules.

Stomatite mercurielle.

Se gargariser trois fois par jour avec le liquide suivant :

Décoction de laitue cultivée. . . . . 150 gram.;
Miel . . . . 8 gram.;
Acide hydrochlorique. . . . . . . 15 gouttes.

Salivation.

Tous les jours 4 grammes de fleur de soufre incorporés avec du miel. Pour boisson ordinaire, limonade nitrique. Se gargariser trois fois par jour avec

Décoction de laitue cultivée . . . . . 150 gram.;
Miel. . . . . 16 gram.;
Acide hydrochlorique. . . . . . . 15 gouttes.

Plaques muqueuses de la bouche.

Se gargariser trois fois par jour avec

Décoction de ciguë . . . . 200 gramm.;
Bichlorure de mercure . . . . . . 15 centigr.

Végétations.

Saupoudrer deux fois par jour les végétations avec la poudre suivante :

Poudre de sabine,
Oxyde de fer,
Alun calciné, de chacun : 4 grammes.

Symptômes tertiaires de la syphilis.

Un verre d'une décoction de saponaire, trois fois par jour. Dans chaque verre, une cuillerée du sirop suivant :

Sirop de salsepareille. . . . . . . 1 litre.
Iodure de potassium . . . . 30 gram.

La Société de Médecine de Bordeaux a mis au concours de 1850 la question suivante : *Etudier la pellagre, principalement au point de vue de son étiologie.* Prix : 300 fr.; et au concours de 1851, cette autre question : *De la méningite tuberculeuse, étudiée au point de vue clinique; insister sur l'étiologie et le traitement.* Prix : 300 fr.

Notre honorable confrère M. le docteur Bertulus, professeur d'hygiène à l'Ecole préparatoire de médecine de Marseille, a obtenu le prix sur cette question : *Existe-t-il des fièvres intermittentes qu'on doive traiter par d'autres moyens que le quinquina?* Des mentions honorables ont été accordées à M. Luroth, médecin à Bischweiller (Bas-Rhin), et à M. Massart, médecin à Napoléon-Vendée.

Erratum. — Dans notre dernier numéro, page 66, avant-dernière ligne, au lieu de M. le docteur Quettet, lisez *Guettet*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 12 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 19.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR.	9 FR.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la phthisie pulmonaire.

(Troisième article. — *Voir* les nos des 29 janvier et 5 février.)

Phthisie inflammatoire. — La phthisie pulmonaire manifestée à son début et dans son cours par des accidents inflammatoires de poitrine, le développement des tubercules étant subordonné à la marche de ces accidents inflammatoires, constitue la phthisie pulmonaire inflammatoire.

Il serait difficile de donner une description de cette maladie, qui peut se rapporter à tous les cas particuliers de phlegmasie, car les différentes inflammations de poitrine sont très variées dans leur forme et dans leur marche; quoi qu'il en soit, la bronchite, la broncho-pneumonie, la pneumonie franche et la pleurésie, ou même la pleuro-pneumonie, sont les diverses formes inflammatoires qui marquent le début de ce genre de phthisie.

Cette affection phlegmasique présente d'abord des accidents peu étendus, et après que ces accidents se sont modérés, l'état fébrile reste. On voit déjà par ce symptôme qu'il existe dans le parenchyme pulmonaire une autre affection qui persiste; la toux qui existait continue, et se manifeste avec intensité dans les recrudescences; les expectorations ont les caractères du début des tubercules. Tantôt l'inflammation du poumon se continue, et la phthisie prend la forme aiguë; tantôt elle cesse, comme dans les phlogoses idiopathiques, sans accidents consécutifs apparents, et le malade ne conserve qu'un peu de toux et d'expectoration. L'état fébrile cesse d'être continu; il ne se montre que vers le soir, et les symptômes de la phthisie simple commençante semblent surnager; si ces accidents inflammatoires ne se rencontrent pas, la maladie prend toute la marche de la phthisie chronique.

Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, le retour de la toux violente et de tous les symptômes d'accidents aigus peut se reproduire à de plus ou moins longs intervalles. Ainsi un sujet qui d'abord a été affecté de bronchite peut rester six mois sans la voir reparaître, quoiqu'il présente tous les symptômes de la phthisie; puis un jour ou l'autre il est repris de sa maladie primitive sans presque aucune cause appréciable. Chez un autre il se présentera des recrudescences de l'état inflammatoire tous les huit ou dix jours, et alors, la maladie marchant rapidement, le sujet sera bientôt conduit au tombeau.

Tel sujet, et ce cas est assez fréquent, a été pris tout d'un coup des symptômes d'une pleurésie derrière laquelle on ne peut soupçonner de tubercules; le médecin porte un pronostic favorable, et cependant quand les symptômes de la pleurésie devront tomber, surtout par la disparition de l'état fébrile, une toux sèche persiste; l'état fébrile continue, quoique plus léger; des sueurs se montrent autour du cou et sur la poitrine, le sujet maigrit, et les tubercules se forment. Les accidents inflammatoires intenses de la pleurésie diminuent; l'épanchement qui s'était formé disparaît; mais à la place de la matité que faisait percevoir cet épanchement apparaît la matité que déterminent les tubercules; puis vient une recrudescence de la première inflammation; un nouvel épanchement se produit, la marche de la tuberculisation est accélérée, et chaque fois que la pleurésie se reproduit, l'affection tuberculeuse fait un pas. Telle est la marche de la phthisie inflammatoire résultant d'une pleurésie.

La forme de phthisie inflammatoire la plus obscure dans son évolution est certainement la phthisie venant à la suite d'une pneumonie. Certain sujet a eu six, sept, huit, dix pneumonies à des intervalles variables; la pneumonie a été simple; elle a souvent cédé avec facilité, et n'a pas duré plus longtemps que d'ordinaire; mais si on a bien suivi le malade, et qu'on l'ait examiné avec attention, on a pu voir qu'après la première attaque la portion du poumon qui avait été enflammée est restée mate, de la respiration crépitante a persisté avec du souffle tubaire, puis un petit noyau induré a apparu; le malade a été pris d'une petite toux sèche, d'expectoration, d'un peu d'amaigrissement, et ces accidents consécutifs durent un an sans grande intensité, puis une nouvelle attaque de pneumonie survient, soit dans le point déjà affecté, soit, le plus souvent, dans un autre point du poumon, l'induration du parenchyme persiste là où cette nouvelle phlogose s'est développée, et dans ce point induré se montre un nouveau noyau tuberculeux avec les accidents qu'il occasionne. Dans le cours d'une de ces attaques successives, tout d'un coup, dans cette partie du poumon restée mate, il se présente des signes nouveaux. La respiration devient gargouillante, les crachats deviennent abondants et puriformes; ce sont des tubercules déjà formés qui se sont ramollis et ont formé des apostbèmes qui ont été évacués; ou bien la pneumonie occupe une grande étendue du poumon, cède bientôt comme une pneumonie ordinaire, mais laisse le poumon mat et infiltré dans sa presque totalité, de tubercules miliaires qui déterminent, comme toujours, de l'amaigrissement, de la toux, des sueurs considérables et une persistance de l'état fébrile.

On trouvera des malades qui offriront la réunion de tous ces différents modes de la phthisie inflammatoire; ils présenteront à la fois de la bronchite, de la pleurésie, de la pneumonie avec des tubercules concomitants; d'autres présenteront successivement ces différentes inflammations; et de plus en plus apparaîtront les accidents de la phthisie. Chez d'autres, l'évolution des différentes périodes de la phthisie, comme la formation des tubercules, leur ramollissement et leur évacuation seront déterminés par les inflammations successives. Dans ces formes de phthisie, la maladie marche ordinairement avec rapidité, et s'accélère à chacune des inflammations qui surviennent.

Il n'est pas rare de rencontrer des sujets présentant des tubercules dans les ganglions sous-maxillaires. Chez quelques-uns d'entre eux, ces ganglions croîtront de volume, deviendront durs sans donner lieu à beaucoup de douleur, et on ne pourra découvrir, dans ces sujets, d'autres symptômes que ceux de la cachexie scrofuleuse. Ils pourront rester des années entières sans changer d'aspect et sans se modifier; puis, peu à peu, sans douleur, ils se ramolliront, de la fluctuation apparaîtra, et il se formera un aposthème; une inflammation se développera dans ces ganglions; la fièvre s'établira, et une ouverture spontanée de cet abcès aura lieu. Il en sortira un liquide assez clair, contenant des grumeaux comme caséeux ou ressemblant à des détritus calcaires; puis ces ganglions s'affaisseront tout en restant durs, puis reviendra encore la formation d'un autre aposthème, puis de plusieurs aposthèmes consécutifs; et enfin la guérison pourra survenir après bien des années. La marche de l'affection que nous venons de décrire est l'image fidèle de l'évolution de la phthisie chronique. Ainsi, les tubercules crus se développent dans le poumon d'abord, sans douleur perçue par le malade, puis ils se multiplient, oblitèrent des cellules. Quelques sujets auront des hémoptisies par l'oblitération d'une partie des capillaires du poumon; oblitération qui, comme nous l'avons vu, détermine dans les autres une congestion qui peut les rompre. Le développement des tubercules raccourcira l'étendue de la respiration et occasionnera ainsi de l'oppression et une douleur obtuse entre les épaules, comme à la suite de tout effort exagéré des muscles respiratoires. Après s'être ainsi développés silencieusement, au bout d'un temps plus ou moins long, ils occasionnent une douleur plus vive dans la poitrine; on voit apparaître la toux, la chaleur à la gorge, un état fébrile continu, puis de la phlogose qui s'allume autour des tubercules et marque leur remollissement. Du moment que les tubercules sont évacués, si l'aposthème se vide complétement et n'est pas très considérable, le malade, qui n'est pas trop affaibli, parce qu'il n'a éprouvé qu'une légère déperdition de substance, éprouve du bien-être; il reprend sa respiration, quoique un peu courte; il crache à de longs intervalles des matières sécrétées par les parois de l'aposthème resté fistuleux, et son amaigrissement est peu considérable; mais bientôt d'autres tubercules, par leur évolution, donnent lieu aux mêmes accidents, qui cessent pour recommencer encore absolument comme pour les ganglions sous-maxillaires.

Chez quelques-uns affectés de ganglions sous-maxillaires, les accidents marchent autrement. Tout d'un coup les ganglions se prennent; il se produit de la douleur, de l'inflammation, la chaleur se développe, la fièvre s'allume, et on a tous les accidents d'une adénite. Bientôt ces accidents arrivent à leur maximun d'intensité: un aposthème se forme, une ouverture spontanée a lieu, le pus s'écoule, puis les ganglions s'affaissent, mais ils restent durs, infiltrés qu'ils sont de matière tuberculeuse qui s'y est formée; cette matière tuberculeuse redeviendra l'origine d'une nouvelle tuméfaction qui ramènera tous les accidents que nous venons de décrire, et qui sont tout à fait semblables à ceux qui surviennent dans le poumon. Chez un autre sujet, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires arrivera autrement: tout d'un coup ils se tuméfieront et se durciront, en même temps la fièvre surviendra; en huit ou quinze jours, ils seront devenus très durs, un peu douloureux et le siége d'une chaleur insolite, mais moindre que dans l'inflammation franche. Tels sont les symptômes du développement des tubercules aigus dans les ganglions sous-maxillaires, symptômes semblables à ceux du développement de la phthisie aiguë dans les poumons. Enfin, toutes les variétés que peut présenter le développement de tubercules dans les ganglions sous-maxillaires ou dans toute autre partie du corps sont identiques à celles qu'il présente dans les poumons.

— Un certain nombre de phthisiques sont atteints d'un trouble fonctionnel du côté du larynx en même temps que du côté de la poitrine. La voix s'abaisse et devient rauque; une douleur obtuse se fait sentir dans le larynx, elle s'exaspère quelquefois lorsqu'on vient à presser sur le cartilage thyroïde; il survient une toux sèche, rauque, avec sibilance dans la trachée; les crachats qui sont expectorés sont puriformes et présentent quelques stries de sang, et souvent avec tous ces accidents arrive l'amaigrissement du sujet: tels sont les principaux symptômes de la phthisie laryngée. Dans quelques cas, on ne pourra aller au delà de ces symptômes pendant quelque temps; mais bientôt on verra apparaître une toux de poitrine avec des douleurs dans le thorax, la respiration deviendra gênée, l'émaciation plus grande, et, à l'auscultation, on trouvera des tubercules dans les poumons. Dans cet exemple, la phthisie a commencé par en haut; les tubercules formés dans le tissu cellulaire sous-muqueux du larynx se sont ramollis avec la phlogose dont ils sont le siége, ont déterminé des ulcérations de la muqueuse et se sont multipliés en gagnant de proche en proche et en allant de haut en bas. Il est très rare de rencontrer des phthisies laryngées sans tubercules dans le poumon, et encore, dans ces cas, elles ne les précèdent que de très peu; le plus souvent, les accidents tuberculeux du larynx ne sont que consécutifs à ceux de la poitrine, et, qu'ils soient primitifs ou consécutifs, ils présentent absolument les mêmes formes.

Dans d'autres circonstances, la phthisie pulmonaire est précédée d'accidents tuberculeux du côté de l'abdomen. Le malade ressent des coliques obtuses qui amènent une ou deux selles diarrhéiques; son ventre se tuméfie, devient rénitent, élastique surtout vers les fosses iliaques; l'amaigrissement se montre, la peau se sèche, puis la toux commence, et les accidents de la phthisie pulmonaire apparaissent. Dans ce cas, il y a développement de tubercules dans le tissu cellulaire sous-muqueux du tube digestif: de là catarrhe muqueux de l'intestin et selles diarrhéiques, puis l'inflammation survenant ramollit ces tubercules qui ulcèrent la muqueuse, et ces ulcérations occasionnent le ballonnement, la rénitence du ventre et les coliques qui se rattachent à l'entérite tuberculeuse.

La forme que nous venons de voir est une des moins communes; le plus souvent c'est pendant le cours de la phthisie pulmonaire que se produisent ces accidents, et les signes de tuberculisation du tube digestif ne sont que secondaires. C'est là la cause de ces diarrhées, de ce météorisme, de ces coliques qu'on observe chez les phthisiques pendant leur vie, et des ulcérations qu'on trouve après leur mort sur la muqueuse de leur intestin.

D'autres accidents encore peuvent se produire du côté de l'abdomen. Le ventre devient élastique, tendu, et le lieu de coliques cheminant dans toute son étendue; le malade éprouve des éructations fréquentes, de la perte d'appétit, des douleurs assez vives après qu'il a mangé. A l'examen, on trouve un certain degré de fluctuation dans l'abdomen; c'est le résultat d'une péritonite tuberculeuse. Les tubercules, en se développant dans le péritoine, ont déterminé une certaine inflammation de cette membrane; de là épanchement de sérosité, quelquefois considérable, dans le sac péritonéal. Cet état du malade dure plus ou moins longtemps, et la phthisie pulmonaire se présente. Dans d'autres cas, cette péritonite tuberculeuse n'est qu'un épiphénomène de la tuberculisation du poumon.

Chez tous les phthisiques on trouve une aptitude singulière au développement des accidents inflammatoires: si, par exemple, ils se blessent nn doigt, il se produit de l'inflammation, la suppuration arrive, et la cicatrisation est très longue à se faire, c'est ce qu'ils expriment en disant qu'*ils ont les chairs mauvaises*. Pour les moindres causes, il leur survient de l'ecthima, des furoncles, des érysipèles autour des vésicatoires, par exemple, des phlegmons circonscrits et de la diarrhée inflammatoire. Ces sujets sont véritablement sous l'influence d'une diathèse inflammatoire.

Durant le cours de la phthisie, et surtout dans la dernière période, la stomatite est un épiphénomène fréquent. Le malade présente les accidents ordinaires de cette maladie; il a mal dans la bouche, la muqueuse est rouge, les papilles sont érigées, puis vient de la chaleur à l'arrière-bouche, et à l'examen la muqueuse du pharynx paraît rouge; la langue est le siége de picotements, et bientôt on voit poindre de petites taches blanches qui sont le résultat d'une sécrétion insolite d'épithélium; enfin, la stomatite se développe entièrement avec rougeur et douleur vives de la muqueuse, la fièvre survient, les points blancs deviennent plus nombreux, et le malade est dans l'impossibilité de manger. C'est cette affection qui a reçu le nom de *muguet*. Ces accidents inflammatoires arrivent aussi bien sur la muqueuse du tube digestif: le ventre alors est généralement tendu et douloureux, des diarrhées séreuses plus ou moins abondantes se montrent et présentent des flocons muqueux suspendus. C'est une entérite secondaire qui présente les caractères d'une entérite érythémoïde sans tubercules. Ces accidents inflammatoires raccourcissent souvent la vie des malades, car ils peuvent survenir chez des sujets qui présentent des tubercules peu avancés, et les emporter tout aussi bien que ceux qui en ont tous les poumons infiltrés.

La diathèse inflammatoire des phthisiques rend parfaitement compte de tous les épiphénomènes qui ont été exposés plus haut, tels que anthrax, érysipèles, etc., aussi bien que de cette inflammation de l'intestin, et ces circonstances n'avaient pas échappé aux anciens auteurs, qui savaient fort bien les apprécier, et en tiraient une nouvelle indication de thérapeutique, dont il sera parlé plus loin.

Du pneumo-thorax. — Un des accidents remarquables de

la phthisie est le pneumo-thorax, qui est causé par une communication accidentelle de la cavité des plèvres avec l'air extérieur, et qui a pour résultat de faire pénétrer de l'air dans la cavité pleurale en refoulant le poumon. Il peut provenir d'une plaie pénétrante de poitrine, ou à la suite d'autres accidents inflammatoires; mais dix-neuf fois sur vingt, il est le résultat d'un tubercule qni, placé sous la plèvre, se ramollit et forme un aposthème : cet aposthème amincit la paroi pleurale, qu'une simple secousse de toux peut rompre en donnant ainsi passage à l'air qui entre dans la plèvre; d'autres fois c'est à la suite du ramollissement simple sans rupture violente que se fait cette communication, et il s'établit une fistule pleuro-bronchique.

On comprend que la présence de cet air dans la plèvre dilate la poitrine en écartant les côtes et annihile ainsi leur mouvement d'expansion : il refoule le poumon, rend la respiration très difficile, en empêchant la dilatation de cet organe, et donne à la poitrine percutée une sonorité insolite. L'auscultation fait entendre le souffle de l'air qui passe par la fistule et se répand dans la cavité en produisant le souffle amphorique, ainsi nommé parce qu'il a été comparé au hruit que l'on produit en soufflant dans une amphore : cet air développe de la phlogose dans les plèvres par sa présence anormale, et cette phlogose a pour résultat un épanchement de liquide, un hydro-thorax; lorsque ce liquide est ballotté, effet que l'on obtient en secouant le malade, on produit un bruit de flot appelé hruit de succusion, et qui était déjà signalé par Hippocrate. Quand le malade change de position, lorsque le diaphragme s'élève ou s'abaisse, si l'air rencontre ce liquide, qui est toujours visqueux, il se formera de petits globules qui s'entoureront d'une couche mince de liquide, et monteront se rompre à sa surface : cette rupture produit un petit hruit comme métallique, qui a été comparé à celui que produirait un grain de plomb tombant dans une amphore, et qu'on a appelé tintement métallique.

Quand le poumon est tuberculeux, souvent, comme nous l'avous vu, il adhère aux parois de la poitrine, et comme il peut être adhérent dans toute son étendue, on comprend que dans ce cas il n'y a pas de pneumo-thorax possible; mais l'aposthème tuberculeux peut user les parois de la poitrine, carier les côtes qu'il rencontre, et venir ainsi se faire jour au dehors; mais si l'adhérence n'envahit qu'une partie du poumon, il pourra encore se produire un pneumo-thorax. Supposons que le poumon soit adhérent dans les trois quarts de son étendue, et que le pneumo-thorax ne se produise que dans un quart, il sera bien localisé; le poumon ne sera pas refoulé; on aura encore du souffle amphorique, mais pas de bruit de succusion qui n'arrive que dans le pnenmo-thorax complet. Il y a donc divers deg.és de développement du pneumo-thorax; il peut par conséquent occasionner des accidents plus ou moins graves selon son étendue, et ce n'est pas ce que l'on enseigne généralement. Aussi commet-on souvent à ce sujet des erreurs de diagnostic, imbu que l'on est de ce principe que le pneumo-thorax est toujours complet, et produit infailliblement l'étouffement du sujet qui en est affecté.

Qu'il soit grand ou petit, c'est toujours la même cause qui le détermine, et on a trouvé jusqu'à trois ou quatre trajets fistuleux assez grands, quoique généralement ils soient très petits. Il peut arriver dans tous les degrés de la phthisie, pourvu que le tubercule qui le produit réponde à une partie de la plèvre non adhérente aux parois de la poitrine. Des phtbisiques qui se promènent et ont encore une santé supportable sont pris tout d'un coup de pneumo-thorax, dont on reconnaît tous les signes à l'auscultation. Quelquefois des sujets vous appellent pour la première fois lorsqu'il vient de leur survenir une oppression très grande. Ils croyaient se bien porter auparavant, tandis qu'un petit tubercule qui s'est rompu le plus souvent à la suite d'un violent exercice, a produit un pneumo-thorax, en ajoutant les accidents de cet épiphénomène à ceux de la phthisie. On voit, par ces exemples, qu'on ne peut établir de proportion entre le degré de la phthisie et le développement du pneumo-thorax.

Hémoptysie. — Chez les tuberculeux, l'hémoptisie se montre sous deux formes, tantôt elle est très abondante, et c'est un véritable vomissement de sang; tantôt elle est très peu abondante, et se présente par stries au milieu de matières muqueuses. Les hémoptisies très abondantes surviennent en général dans la première période de la phthisie à la suite de l'obstruction d'un grand nombre de capillaires du poumon, et de la congestion de ceux qui restent, congestion qui détermine leur rupture fréquente, puis la phthisie se déclare. Il est des sujets qui ont deux, quatre, six hémoptisies, avant que les symptômes des tubercules se montrent évidents. Dans la phthisie avancée, les cellules et les capillaires du poumon sont trop obstrués pour que de grandes hémoptisies aient lieu, mais il s'en produit de légères, par stries sanguines résultant ou de la rupture de quelques petits vaisseaux encore perméables, ou d'exsudations de la muqueuse à la suite d'inflammation, surtout dans les parois des hronches qui s'ouvrent dans les cavernes.

Très rarement dans les phthisies avancées il arrive des expectorations subites de sang en telle quantité, qu'elles aient été jusqu'à produire l'étouffement du malade. Comme on l'a dit, elles surviennent dans ce cas par la rupture d'un gros vaisseau sanguin encore perméable qui traversait une caverne, rupture qui est le plus souvent déterminée par des secousses violentes de toux.

L'hémoptisie n'appartient pas qu'à la phthisie pulmonaire; il est des personnes qui sont sujettes à ces accidents, et qui pour cela ne deviennent pas tuberculeuses, chez elles le résultat des congestions pulmonaires venant par d'autres causes, et surtout, pour le dire en passant, par les maladies du cœur. Il faudra donc bien se renseigner sur les accidents qui ont précédé et sur les accidents qui se présentent au moment d'une hémorrhagie de ce genre avant de prononcer qu'elle est le résultat d'une tuberculisation commençante. Quant aux hémoptisies se présentant sous la forme de stries sanguines, elles appartiennent sans aucun doute à la phthisie pulmonaire.

OBSERVATIONS CLINIQUES
sur les maladies de l'utérus,

par M. le Dr Récamier.

Dans notre dernier compte-rendu de l'Académie de Médecine, nous avons fait connaître l'opinion de M. Récamier sur les affections utérines. L'honorable praticien nous communique aujourd'hui les principaux faits cliniques qui servent de hase à cette opinion. Nous croyons devoir mettre ces faits sous les yeux de nos lecteurs.

Premier fait (en 1837). — *Engorgement érectile simple avec céphalalgie sympathique.*

Femme de vingt-six ans, replette; première couche vers vingt-deux ans, et peu de temps après commencement de métrorrhagies et d'un flux leucorrhoïque abondant accompagnés d'une cépbalalgie atroce et continne.

Divers moyens avaient été inutilement employés; les accidents avaient augmenté sous l'influence des bains tièdes, des injections calmantes, etc.

L'examen fait reconnaître une tuméfaction si considérable du col utérin et du museau de tancbe que celui-ci avait six à sept travers de doigt de circonférence et ne pouvait se loger dans un spéculum de dimension ordinaire; on fut obligé d'en prendre un d'une dimension supérieure. Le museau de tanche était rougeâtre, sans excoriations évidentes; au toncher, cette tuméfaction était rénitente, avec une certaine élasticité très différente de la dureté squirrheuse.

Je cautérisai avec le nitrate d'argent en lingot, et aussitôt l'épithélium détruit, commença un suintement sanguin abondant qui ne cessa qu'en continuant la cautérisation et en broyant en quelque sorte le tissu spongieux érectile qui venait d'être mis à découvert. Cinq ou six cautérisations, qui devinrent nécessaires, ne furent plus accompagnées d'hémorrhagie, mais d'un simple suintement sanguin, qui n'ent plus lieu dans les dernières. Dès lors, le mnseau de tanche se logea facilement dans un spéculum ordinaire.

La céphalalgie cessa dès la première cautérisation. Depnis cette époque, j'ai vu cette personne de concert avec M. le docteur Jadioux au sujet d'une fièvre éruptive; sa santé s'est parfaitement soutenue.

Les pansements furent faits avec l'amidon en poudre.

Deuxième fait. — *Engorgement érectile du col utérin avec des rémissions et des exacerbations spontanées.*

Depuis plusieurs années, à la snite de couches, une dame, âgée de trente-sept ans, avait été incommodée à diverses reprises par des douleurs lombaires, inguinales et gastralgiques, ainsi que par des céphalalgies et un flux leucorrhoïque variable; elle avait des séries de souffrances et de pesanteur sur le siége, et d'autres séries où sa situation était fort supportable; mais en dernier, les accidents ayant pris de la fixité et sa santé s'altérant, elle se rendit à Paris.

Le col utérin, tuméfié, avait six travers de doigt de circonférence au moins, la muqueuse de l'infundibulum était lisse et sans granulations, mais rougeâtre. Les bains, les adoucissants, les injections émollientes, etc., n'avaient rien terminé. — Une première cautérisation transcurrente produisit un suintement sanguin aussitôt après la destruction de l'épithélium; ce suintement se renouvela pendant trois cautérisations, après lesquelles il cessa totalement, en même temps que le volume dn col se réduisait à nn volume normal et se logeait parfaitement dans le spécnlum. Depuis ce traitement, la santé de cette personne s'est rétablie et est restée stable.

Ne semble-t-il pas que j'aie traité chez cette personne un bourrelet hémorrhoïdal sujet à des exaspérations et à des rémissions?

Troisième fait. — Mme L. F..., âgée de vingt-quatre ans, mariée à dix-sept ans; deux conches à terme et une fausse conche à deux mois et demi. Depuis la fausse couche, flux leucorrhoïque et menstruation prolongée de huit à dix, douze, quinze jours et plutôt, reparaissant enfin de huit en huit jours.

Amenée chez moi le 19 février 1846 par M. le docteur Guillet, nous constatâmes l'état de rétroflexion de l'organe utérin et l'état de boursouflement érectile du museau de tanche. Vu l'inutilité des traitements antécédents, quatre cautérisations transcurrentes furent faites jusqne dans le col utérin; avec les pansements d'amidon et un régime convenahle, le flux leucorrhoïque et les pertes furent arrêtés, les phénomènes secondaires cessèrent et la santé se rétablit.

Quatrième fait. — Une dame, âgée de vingt-neuf ans, grande et svelte, était restée souffrante depuis nne couche faite cinq ans auparavant. Elle était faible, décolorée, et souffrait de gastralgie, de leucorrhée, de dysménorrhée avec une telle faiblesse de lombes qu'elle ne pouvait depuis plusieurs mois rester assise sans tomber en défaillance : telle était sa situation au mois de juin 1849. Des pilules amères et calmantes, les bourgeons de sapins du Nord, de gingembre, les semences de petit cardamome, une ceinture hypogastrique, des lavages tempérés de deux minutes furent employés sans snccès.

Au mois de juillet 1849, j'examinai cette dame avec M. le docteur Gouraud : le col de l'utérus était boursouflé et se logeait avec peine dans le champ d'un spéculum moyen à cause du gonflement dominant dans la lèvre antérieure du museau de tanche. A peine distinguait-on une légère rougeur. Ayant expliqué ma pensée à M. Gouraud sur la nature érectile de cet engorgement ou, si vous aimez mieux, de ce boursouflement élastique, une cautérisation transcurrente fut faite dans l'infundibulum, et tout aussitôt parut le suintement sanguin qui avait persuadé à plusieurs de nos confrères que le nitrate d'argent causait des métrorrhagies; quatre ou cinq cautérisations suffirent pour flétrir cette tuméfaction et faire disparaître tous les accidents secondaires, de manière que cette personne reprit ses habitudes et partit pour la campagne.

Il fallut remonter pour ces cautérisations jusqu'au fond de l'infundibulum; les pansements furent faits, après des injections ou des douches dans le spéculum, avec de l'amidon en poudre. A la fin du traitement, le col, revenu à son volume ordinaire, se logeait de lui-même dans le spéculum.

La rougeur était si peu marquée dans l'infundibulum, que j'eus besoin d'être enconragé, je dois le dire, par M. Gouraud, pour emp oyer la cautérisation.

Si je voulais vous eotretenir de tous les cas analogues que j'ai observés avec M. Amussat, nous irions loin. Je vous en dirai autant de MM. les docteurs Rubert, Guillet, Maisonneuve, Michun, Nélaton, Vuiton, Massé et Patouillet; j'ai vu bien des cas analogues traités avec le même succès.

Cinquième fait. — A quelque temps du traitement dont je viens de parler, M. Gouraud fut cousulté par une dame dont le col utérin, bonrsouflé et spongieux, se logeait difficilement dans le spéculum. Des hémorrhagies considérables ne permettant pas d'hésiter sur l'indication de la cautérisation, il ne cautérisa pas; mais il broya, pour me servir d'une expression de M. Amussat, il broya séance tenante cette substance spongieuse avec le nitrate d'argent et la réduisit en bouillie. Les hémorrhagies furent arrêtées et la malade promptement rétablie. Combien de cas analogues n'aurais-je pas à citer!

Sixième fait. — Uoe dame Calais, âgée de vingt-sept ans, avait été réglée à onze ans, mariée à vingt-trois, accouchée à vingt-quatre d'un enfant bien portant, sans autre suite que la continuation d'une douleur qni avait existé dans la fosse iliaqne gauche pendant la grossesse. Un an après sa couche commence un flux leucorrhéique avec des tiraillements gastralgiques, et ces accidents ont continué depuis deux ans. Couchée, elle était essoufflée; sa gorge se serrait, et elle était nbligée de se lever et de boire. Elle vint à Paris le 17 novembre passé. Le pouls était sans plénitude, l'utérus était lourd, son col était tuméfié, sans que l'abstersion avec un pompon de coton en ramenât du sang. Elle avait des bémorrhoïdes flétries depuis deux ans environ.

A Calais, elle avait sans succès fait usage des bains de mer, des capsules de Mothe, etc., etc.

A Paris, elle fut mise à l'usage de bains de quinze minutes, à 26 degrés Réaumur, en lavant pendant leur durée, le front et le visage de haut en bas, avec de l'eau à 20 ou 19 degrés Réaumur.

On pansa avec de l'amidon en poudre. On fit porter une ceinture bypogastrique, et on fit suivre un régime substantiel.

Huit ou dix jours de ce régime n'ayant en rien modifié la situation de cette persnone, deux cautérisations transcurrentes furent faites en continuant les paosements avec l'amidon en poudre.

Il n'y eut que peu de suintement sanguin à la première cautérisation.

Immédiatement les accidents qu'elle éprouvait disparurent comme le boursouflement du col utérin, et elle retourna chez elle parfaitement guérie à la fin de décembre passé.

On voit que dans ces cas, comme dans les bémorrhoïdes sèches, l'hémorrhagie n'a pas accompagné la tuméfaction érectile. MM. les docteurs Vuiton et Massé ont suivi la malade.

Septième fait. — Mme S., âgée de quarante-trois ans, a souffert depuis douze ans (époque d'une couche) dans les dépendances de l'utérus. Il y a huit ans, suspension de la menstruation, et plus tard explosion d'une fausse oouche avec hémorrhagie, dont ou se remit facilement.

Un an plus tard, il y a sept ans, mêmes accidents, dont on se remit encore; enfin survint une grossesse et une couche heureuse.

Une année après cette dernière couche reparurent les symptômes d'une affection utérine qui a été constatée par M. le docteur Beline, de la Nouvelle-Orléans, et au mois de juin, en France, par M. le docteur Guillet et par moi.

Nous reconnûmes, comme M. Beline, une tuméfaction remarquable du col de l'utérus et du museau de tanche et dans l'infundibulum. La malade refusa tout traitement local, et on fut réduit à se borner aux bains tièdes, au régime, aux injections avec décoction de pavots et d'amidon. La malade, qui avait changé de climat, a fini par se trouver si bien, qu'on doit penser que le boursouflement du col s'est flétri comme les tumeurs hémorrhoïdales dans certains cas.

Huitième fait. — Une dame de l'Orléanais, âgée de trente-cinq ans, se présente chez moi dans un état analogue, se plaignant de règles surabondantes, mais surtuut d'une douleur violente et continue au coxis et à l'estomac. Le traitement fut institué comme avec la précédente; la tuméfaction du col, la douleur du coxis, la douleur d'estomac et les vomissements cessèrent *immédiatement*, et la dame s'en retourna guéri dans sa province.

Neuvième fait. — *Engorgement érectile du museau de tanche avec engorgement inflammatoire de l'ovaire.*

Je fus consulté par Mme R., de Troyes, avec M. le docteur Patouillet. Cette dame, âgée de quarante ans, souffrait depuis huit ans dans les dépendances de l'utérus, et surtout dans la région de la fosse iliaque droite, avec de grandes souffrauces dans les rapports conjugaux. Il y avait cu des rémissions et des exacerbations, des suspensions et des reprises dans les accidents.

M. le docteur Patouillet et moi constatâmes:

1° Une tuméfaction inflammatoire de l'ovaire droit, imitant un peloton de coton mal serré à droite et un peu en arrière de l'utérus, et très appréciable par un examen vaginal et rectal simultané, en ayant l'autre main sur l'hypogastre. Il avait le volume d'un œuf de poule environ. Il était très sensible au moindre contact, et rendait intolérable la cohabitation conjugale.

2° Une tuméfaction élastique, érectile, considérable de la lèvre antérieure du museau de tanche.

3° Un état fébrile peu marqué.

Nous convînmes

1° De faire des applications de sangsnes sur la fosse iliaque droite, et sur l'aine du même côté;

2° D'employer des bains tièdes;

3° De tenir sur l'hypogastre des cataplasmes émollients calmants;

4° De faire garder le repos;

5° De faire suivre un régime adoucissant;

6° Lorsque la tuméfaction de l'ovaire serait diminuée et la douleur calmée, de cautériser le museau de tanche dans son infudibulum, de quatre en quatre jours, et de panser avec l'amidon en poudre. Ce traitement fut exactement suivi. La tuméfaction du museau de tanche ayant survécu à celui de l'ovaire, trois ou quatre cautérisations ont été faites à trois ou quatre jours de distance. Cette personne est retournée dans sa province parfaitement guérie, après six ou sept semaines de traitement.

Dixième fait. — *Engorgement érectile chronique du col de l'utérus, et dix ans après cancer utérin.*

Mme ..., âgée de trente-quatre ans environ, était depuis près de quatre ans tenue au repos pour des souffrances lombaires et inguinales et des souffrances gastralgiques, lesquelles augmentaient tellement dans la position verticale ou assise, qu'elle était condamnée à rester au lit. Le flux leucorrhéique et les écoulements sanguins étaient abondants; le premier babituel, et les métrorrhagies intercurrentes. Mme ... était faible, décolorée et cependant sans fièvre.

Le col utérin, examiné au toucher, était boursouflé, tuméfié, et ne pouvait être contenu dans le champ d'un spéculum ordinaire; il n'y avait aucune dureté squirrbeuse. On avait épuisé les adoucissants, les calmants, les astringents et le repns dans la position horizontale. Une première cautérisation fut faite, de concert avec les docteurs Vuiton et Massé, dans l'intérieur de l'infundibulum du museau de tanche, dont la muqueuse était d'un rouge plus foncé que sur les autres parties. Aussitôt que l'épithélium eut été détruit par le nitrate d'argent, le suintement de sang devint assez considérable pour m'obliger de renouveler la cautérisation avec plus de sévérité. A

mesure que je cautérisais, c'est-à-dire tous les trois ou quatre jours, le volume du col diminuait, non par la chute des eschares, qui étaient très minces, mais par un dégorgement manifeste. Les injections et les pansements avec l'amidon étaient renouvelés chaque jour dans l'intervalle des cautérisations. Une ceinture hypogastrique fut prescrite pour favoriser l'exercice, qui fut exigé, et on travailla à rétablir les forces par un régime convenable.

Quel nom faut-il que je donne à cet engorgement du col de l'utérus, s'il n'appartient pas aux productions érectiles; car ce n'est pas ainsi que se comporte la métrite parenchymateuse, qu'il faudrait admettre dans ce cas?

Dix ans après, cette personne ayant souffert de nouveau des dépendances de l'utérus, revint à Paris; elle avait un cancer de l'utérus, et c'est M. le docteur Massé qui la suivit pendant cette dernière période de sa vie.

Voilà donc une dégénérescence cancéreuse de l'utérus survenue aux approches de l'époque critique chez une personne qui avait eu un engorgement érectile dix ans auparavant..

Onzième fait. — *Engorgement utérin du col et du corps. Ramollissement, excavation, fétidité de l'écoulement, fièvre. Amélioration; tendance à la cicatrisation avec dégorgement et cessation de la fièvre et de la fétidité.*

Mme P..., âgée de trente-huit ans, depuis le mois de décembre 1848, époque d'une hémorrhagie utérine violente par les parties sexuelles, a présenté au docteur Gandon, du Blanc, des phénomènes d'hypertrophie utérine avec fixité de l'organe, dès le mois de mars 1849. Dès lors une excavation dans le col utérin fut constatée avec écoulement, dont la fétidité a présenté des variations et même des cessations, avec des douleurs lombaires et fémorales très aiguës. Le bord de l'ouverture du museau de tanche était dur, et cependant susceptible de dilatation, ce qui permettait d'explorer le bourbier fétide placé dans le col.

Trente ou quarante cautérisations ont été faites par M. Gandon avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent, et on employa des bains locaux de décoction de laurier-cerise, des lotions alumineuses jusqu'au mois de septembre dernier, époque à laquelle la malade se rendit à Paris, où, à son arrivée, elle présenta :

1° Un état spongieux de tout l'intérieur du col de l'utérus, tuméfié et fixe;

2° De cette espèce de bourbier intérieur s'écoulait un liquide sanieux très fétide.

3° Un état febrile avec un reste d'acuité à la suite du voyage;

4° Des douleurs violentes dans les lombes et les cuisses, douleurs qui, pour les calmer, obligeaient d'employer deux fois par jour jusqu'à 72 gouttes de laudanum de Rousseau.

5° On employa différentes injections, des bains entiers, des bains de siége, etc., à cause de symptômes péritonitiques, et on finit par s'arrêter au plan suivant :

1° Le repos;

2° Depuis le mois d'octobre, des injections faites au fond d'un spéculum de petite dimension avec la décoction de quatre têtes de pavots blancs par litre d'eau, en y délayant de l'amidon et 4 grammes d'alun officinal.

3° Plus tard, tous les calmants ont été remplacés par 14, 18 et 20 gouttes seulement du mélange suivant dans un quart de lavement, une seule fois par jour, le soir;

Mixture indiquée :

Laudanum de Rousseau............	16	grammes
Hydrochlorate de morphine..........	1	—
Extrait d'aconit préparé à la vapeur...	2	—

Mêlez.

4° Le régime a été simple, tempéré, et cependant rendu substantiel à mesure que l'appétit et les facultés digestives se sont rétablis.

Aujourd'hui, 3 fevrier 1850, il y a rétablissement de l'appétit, des facultés digestives, de la nutrition, des forces et du teint, de la santé; il y a cessation de l'état fébrile, cessation absolue de la fétidité, diminution de l'écoulement et amélioration de la nature du liquide, suspension des douleurs lombaires et fémorales.

L'examen fait reconnaître le resserrement de l'orifice de l'excavation; le pourtour de cet orifice est lisse, le bord en est assez résistant, mais le contour a de la souplesse; l'organe est fixe. Par le rectum, on ne retrouve plus les tumeurs indiquées par M. le docteur Gandon. L'utérus est peu volumineux et assez souple.

Voilà une hypertrophie utérine avec dureté et fixité de l'organe, et en même temps une excavation formant un bourbier spongieux et fétide dont les parois n'ont été que faiblement cautérisées, et cependant il a disparu; la nature du liquide fourni est changée, il est diminué de quantité et a perdu sa fétidité.

N'y avait-il rien d'érectile dans les parois de cette excavation observée par M. le docteur Gandon, et ressemblant tout à fait à un ulcère cancéreux?

Douzième fait. — *Phlegmasie de la muqueuse.*

Une dame avait un flux leucorrhéique assez peu abondant; mais elle avait des douleurs sympathiques lombaires, des palpitations et des malaises qui conduisirent à examiner l'utérus, qui se trouva de très petit volume comme son col, dont l'infundibulum et le pourtour étaient rouges, enflammés, granulés, excoriés, avec des fausses membranes. On avait épuisé les adoucissants, les bains, les injections, l'eau de pavot et de guimauve; quelques cautérisations sans suintement sanguin, mais avec une douleur assez prononcée et une suppuratio louable.

Un régime simple et sain, tempéré, des bains domestiques et doux rendus sulfureux et la flanelle sur la peau confirmèrent la guérison.

Je ne puis voir, dans ce cas, qu'une phlegmasie superficielle du museau de tanche.

Conclusions.

1° Il y a des tuméfactions ou des engorgements utérins résolubles qui ne sont pas inflammatoires, tuberculeux, fibreux, squirrheux, ni hypertrophiques, mais qui sont élastiques, et sont ordinairement saignants dès que l'épithélium qui les couvre est détruit.

2° Ces engorgements se comportent comme les engorgements hémorrhoïdaux érectiles de la marge de l'anus, tantôt fixes, tantôt rémittents et tantôt même intermittents ou périodiques.

3° Ces engorgements érectiles sont fréquents, et lorsqu'ils sont fixes, ils ne cessent que par la destruction des derniers capillaires érectiles qui les composent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 30 janvier 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Suite de la trachéotomie.

M. Guersant donne des nouvelles de la petite malade. Elle avale toujours avec difficulté; les aliments solides ne passent plus par l'ouverture de la trachée; mais les liquides y pénètrent encore en partie. L'opération date aujourd'hui de vingt et un jours.

M. Deguise fils demande un renseignement à M. Guersant : la plaie faite à la trachée diminue-t-elle d'étendue en même temps que se dissipe le phénomène du passage des liquides dans les voies aériennes?

M. Guersant répond que oui.

M. Deguise fait remarquer ce qui n'a pas été dit dans les deux dernières séances, que ce passage des liquides, lorsqu'il a lieu, est seulement observé, en général, lorsqu'on commence à retirer la canule, tandis que si la canule reste en place, la déglutition se fait d'une manière normale. La façon d'être de la plaie trachéale, le rapprochement plus ou moins exact de ses bords, a donc une grande influence sur le passage des liquides à travers l'ouverture des voies aériennes.

M. Maisonneuve, ayant fait un certain nombre de fois la trachéotomie, surtout pour extraire des corps étrangers, et pour des cas d'œdème de la glotte, rarement pour le croup, n'a jamais vu le fait signalé par M. Guersant.

M. Vidal (de Cassis) approuve les réflexions de M. Monod relativement aux corps étrangers qui ne sortent pas des voies aériennes après la trachéotomie; mais il reproche à son collègue d'avoir avancé que ce fait n'avait pas été signalé dans les livres classiques; c'est à tort, car il s'y trouve bien indiqué.

Correspondance.

M. le secrétaire dépose sur le bureau, de la part de M. Le Roy-d'Etiolles :

1° Un volume intitulé : *Urologie. Traité des angusties, ou Rétrécissements de l'urètre;* leur traitement rationnel, avec 107 figures intercalées dans le texte et 4 planches lithographiées. 1845.

2° Un recueil de lettres et de mémoires adressés à l'Académie des Sciences pendant les années 1842 et 1843.

3° Plusieurs exemplaires d'une brochure sous le titre de : *Thérapeutique des rétrécissements de l'urètre*, des engorgements de la prostate et des obstacles à la miction existant au col de la vessie, 1849.

M. le secrétaire demande si un rapport verbal sera fait sur ces divers ouvrages.

L'un des membres fait observer qu'ils sont généralement connus, et qu'ils doivent être simplement déposés aux archives.

M. le président met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

Une lettre de remercîments sera adressée à M. Le Roy-d'Etiolles.

Diagnostic et traitement de l'hydrocèle compliquée.

M. Larrey fait un rapport verbal sur une brochure de M. Chaumet (de Bordeaux) intitulée : *Mémoire sur un nouveau moyen appliqué au diagnostic des hydrocèles compliquées, et sur le traitement le plus rapide et le plus sûr de cette affection.* Ce mémoire est extrait du Compte-Rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-André.

M. Larrey en donne une analyse assez détaillée, précédée de quelques remarques sur l'utilité des publications de ce genre déjà faites par l'auteur.

Voici un extrait de cette anlayse :

« M. Chaumet, dit M. le rapporteur, en choisissant l'hydrocèle pour sujet de son travail actuel, a eu d'abord en vue l'introduction d'une aiguille à acupuncture dans la tunique vaginale comme moyen de diagnostic, et il en signale les avantages. Il rapporte en trois séries des observations intéressantes d'hydrocèles simples, doubles et compliquées, et il indique la préférence que l'on doit accorder aux injections iodées sur tout autre moyen de traitement, dont il expose les diverses méthodes dans un tableau synoptique.

» D'après l'ensemble du traitement employé chez une centaine de malades, et après les soins accessoires qu'il recommande de ne point négliger, M. Chaumet établit que la cure radicale de l'hydrocèle a été, en moyenne, de douze à quinze jours.

» Il soulève ensuite et discute une question importante, celle de savoir si, comme on le croit généralement, la cavité de la tunique vaginale disparaît dans la cure radicale de l'hydrocèle, et il est porté à admettre qu'il n'en est pas ainsi, hors les cas où l'on fait suppurer directement la poche séreuse soit par le séton, soit par l'incision; et M. Chaumet expose à cet égard l'idée que l'on peut se faire judicieusement de la persistance habituelle de la cavité vaginale après l'opération qui a pour but d'en déterminer l'adhérence.

» Cette question conduit l'auteur à signaler les chances de récidive dont n'est pas exempte la méthode même de l'excision, et il revient aux avantages de l'injection iodée en paraissant désigner cette méthode comme une médication à lui, tandis qu'elle appartient depuis longtemps au domaine de la chirurgie, qui en est surtout redevable à M. Velpeau.

» M. Chaumet établit pour résumé de son travail :

» 1° Que l'hydrocèle est une affection souvent liée à une orchite chronique; mais c'est là un fait propre à l'observation de quelques autres chirurgiens, et que, pour ma part, j'ai rencontré un grand nombre de fois dans les hôpitaux militaires;

» 2° Que la cure sera d'autant plus sûre et plus rapide que l'on s'éloignera moins de l'époque de l'invasion; et notre confrère en déduit des conséquences vraies sans doute, mais dont l'exagération deviendrait, dans certains cas peut-être, préjudiciable à l'art. »

M. Larrey, après avoir analysé les autres parties du travail qui, sans offrir le mérite de l'originalité, présente ou rappelle cependant d'utiles données sur la question de l'hydrocèle, termine son rapport par les conclusions suivantes :

« Ce mémoire offre un véritable intérêt chirurgical; il est un de ceux du même genre que l'auteur a déjà publiés avec l'autorité d'un talent reconnu, d'une expérience déjà longue et d'une haute position à Bordeaux.

» En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie d'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Chaumet, en l'invitant à vouloir bien nous communiquer ses autres travaux, et de déposer son mémoire dans les archives. »

Après une légère discussion entre MM. Debout, Vidal et Morel-Lavallée, sur l'aiguille à acupuncture comme moyen nouveau de diagnostic, M. le président met aux voix les conclusions du rapport de M. Larrey. Le rapport et ses conclusions sont adoptées.

Hémorrhagie vésicale mortelle, à la suite du cathétérisme chez un calculeux.

Sous ce titre, M. Désormeaux lit une observation qui ne saurait être analysée sans examen.

M. le président nomme une commission composée de MM. Guersant, Vidal et Monod, pour rendre compte de cette observation.

Tumeur érectile veineuse de la région parotidienne.

M. Chassaignac présente à la Société un malade sur lequel il donne quelques renseignements. C'est un homme encore jeune, bien portant, ayant à la région parotidienne droite une tumeur susceptible d'offrir spontanément deux aspects bien distincts, selon que le malade reste debout, la tête droite, ou selon qu'il s'incline, la tête baissée. Dans le premier cas, la tumeur s'efface en grande partie; dans le second, au contraire, elle devient sensiblement saillante. Cette tumeur, molle, dépressible, plus appréciable à la surface de la joue qu'à l'intérieur de la bouche, offre plusieurs des caractères des tumeurs érectiles veineuses. Le malade en fait remonter l'origine à l'avulsion d'une dent; mais, d'après son dire, il ne s'en serait aperçu que trois ans après.

M. Chassaignac demande l'avis de ses collègues sur le diagnostic et le traitement de cette tumeur. Une opération serait, selon lui, une chose grave, et il croit que ne rien faire en pareil cas serait chose grave aussi.

M. Debout, partageant l'opinion émise par M. Chassaignac sur la nature érectile de la tumeur, pense que la meilleure tentative de traitement serait la galvano-puncture. Mais en rappelant un insuccès dont il a été témoin l'an dernier dans le service de M. Robert, il conseillerait ici l'emploi d'une pile de grande puissance. On n'aurait par ce moyen aucune chance d'accident, parce que dans ces sortes de tumeurs, exclusivement composées de vaisseaux veineux, les parois des veines ne subissent pas la même influence que celles des artères, par l'effet d'une tension électrique trop considérable.

M. Michon est également d'avis, comme la plupart de ses collègues, qu'il s'agit ici d'une tumeur érectile veineuse sous-cutanée, et il pense même que cette tumeur pourrait être, non pas accidentelle, mais originelle. L'élément veineux y est bien appréciable, et cependant il n'a pas été sans influence sur le développement des os. Il serait donc possible que la profondeur ou la racine du mal appartînt au tissu osseux; un coagulum semble exister dans une partie de la tumeur, et cette condition importe à noter pour mieux apprécier la nature de cette maladie.

M. Michon serait tenté de donner le conseil de Scarpa pour l'anévrisme artérioso-veineux, à savoir : de s'en tenir à une médication palliative basée simplement sur la position et les soins les plus propres à prévenir le développement de la tumeur.

En effet, dit M. Michon, des dangers d'hémorrhagie seraient à craindre par l'instrument tranchant; l'application du caustique serait insuffisante; des chances d'inflammation suppurative et même d'infection purulente résulteraient de l'emploi du séton, et l'inutilité de l'électro-puncture lui semblait plus probable encore. Il l'a essayée huit ou dix fois chez un jeune enfant, qui non-seulement n'en éprouva aucune amélioration, mais de plus en ressentit d'excessives douleurs. L'électro-puncture doit être portée loin pour obtenir par elle la coagulation du sang; et, trop faiblement appliquée, cette méthode reste insuffisante. De sorte que, pour lui, M. Michon ne voudrait rien faire, sans parler même de l'ablation de la totalité de la tumeur, qu'il n'aurait pas le courage de tenter. Il ajoute que l'hémorrhagie serait même à craindre par la cautérisation, quoique la maladie ne communique pas avec la bouche.

M. Giraldès reconnaît d'abord que M. Michon a bien déterminé la nature de cette tumeur dont les limites sont inappréciables, et qui semble renfermer une sorte de phlébolitiste dans son centre; mais ensuite, tout en admettant que la galvano-puncture soit sans doute très douloureuse, il pense que si on employait un appareil à courant continu, la douleur serait bien affaiblie ou à peu près nulle. Il s'en est servi deux fois. Une première fois, c'était chez une petite fille de Necker, alors qu'il remplaçait M. Lenoir à cet hôpital; mais, après une seule application, il n'a plus revu la malade. Une seconde fois, c'était chez un jeune garçon de quatorze ans, qui avait été renvoyé de l'école des frères à cause d'une tumeur très étendue de la face. La galvano-puncture ne détermina dans ce cas ni douleur, ni aucun autre accident, et donna lieu ensuite à la formation de brides réunies en faisceau dans la tumeur. Ainsi, M. Giraldès essaierait d'abord ce moyen, et s'il n'en obtenait aucun résultat, il ferait ensuite ce qu'il a vu faire par M. Lenoir; il larderait la tumeur avec le fer rouge.

M. Forget fait observer que M. Debout est trop absolu en disant que la galvano-puncture est tout à fait inoffensive; tandis que ce moyen exerce au contraire une vive action sur la sensibilité, comme M. Michon l'a judicieusement indiqué.

M. Forget rappelle qu'entre les mains d'un de ses promoteurs les plus ardents, M. Pétrequin, la galvano-puncture a déterminé dans un ou deux cas des accidents d'inflammation intense, et il cite un fait du même genre observé dans le service de M. Velpeau. Il rappelle ensuite que M. Rognetta, soutenant à ce sujet une polémique dans les *Annales de Thérapeutique*, a signalé des résultats malheureux. M. Forget sait bien qu'il s'agissait, dans tous ces cas, de tumeurs anévrismales; les mêmes dangers se présenteront-ils pour une tumeur variqueuse érectile? Il n'a pas de faits qui lui permettent de résoudre cette question.

M. Morel-Lavallée admet l'avis donné par M. Michon; il reconnaît la difficulté du succès, et il ajoute que la compression serait inapplicable ici en empêchant l'abord du sang dans la tumeur; mais on n'aurait que des accidents minimes

à craindre par la galvano-puncture, dont le mode d'application est plus sûr et plus régularisé aujourd'hui. La douleur, du reste, peut être neutralisée par le chloroforme. Si même l'anévrisme s'étendait jusqu'à l'os, il ne faudrait pas, selon M. Morel, désespérer du succès de l'électricité. On peut voir actuellement à la Charité, dans le service de M. Gerdy, un malade chez lequel un anévrisme occupe la tête du péroné. Le chirurgien traitant a bien voulu, d'après l'avis de M. Morel, essayer ce moyen, qui a déjà produit une diminution notable de la tumeur.

M. Guersant partage aussi l'opinion de M. Michon sur l'origine congéniale de cette tumeur, mais il en diffère sur la question du traitement; il rejette même les différents moyens qui ont été mentionnés; il n'a de confiance que dans les aiguilles rougies à blanc, et il n'a jamais constaté par l'emploi de ce moyen aucun accident, soit érysipèle, soit tout autre: le seul qu'il ait observé, c'est le phlegmon simple et circonscrit.

M. Guersant se rappelle avoir vu avec M. Vidal un enfant chez lequel cinquante sétons en fil de soie avaient été appliqués. sans entraîner d'autre inconvénient qu'une inflammation locale très limitée. Il aurait donc recours, dans le cas actuel, à ce mode opératoire de préférence à tout autre.

M. Debout persiste dans son opinion sur la galvano-puncture, et il croit que M. Forget en exagère les dangers. « Sans doute, dit-il, des accidents ont suivi les premières applications de cette nouvelle méthode de traitement des anévrismes; mais ce mode d'action de l'électricité a été mieux étudié depuis, et les accidents sont devenus plus rares. »

Du reste, ajoute-t-il, tout n'a pas été dit sur l'action physiologique de la galvano-puncture; et des physiciens éminents, MM. Reynaud et Poiseuil, auxquels M. Debout demandait leur avis, n'ont pu l'éclairer à cet égard. Les ressources que l'on peut espérer de ce moyen et son innocuité complète l'ont engagé à en proposer l'emploi chez le malade de M. Chassaignac.

Quant au fait de M. Velpeau, M. Debout le connaissait, puisque c'est lui qui l'a communiqué à M. Forget; il rappelle seulement qu'en soumettant la pièce pathologique à la Société, il a fait remarquer que ce revers ne pouvait être imputé à la galvano-puncture, puisqu'on avait laissé, après l'application du courant galvanique, les aiguilles dans le sac anévrismal pendant sept jours au moins.

Lorsqu'on expérimente une méthode, dit M. Debout en terminant, on doit se placer dans les mêmes circonstances que son auteur, surtout lorsque entre ses mains l'emploi de cette méthode a été suivi de succès nombreux.

M. Giraldès fait remarquer l'importance de s'en tenir aux termes de la question telle qu'elle a été posée au début de cette discussion; il s'agit d'une tumeur érectile, non d'un anévrisme, et s'il s'établit une telle confusion dans le sujet, il n'y aura plus moyen de s'entendre.

Revenant ainsi à l'emploi de l'électro-puncture, applicable au cas présent, il répète qu'il importe d'obtenir un courant non interrompu, et il pense que M. Chassaignac ferait peut-être bien de recourir à cette méthode de traitement.

M. Vidal demande l'ordre du jour, qui est prononcé.

Altération des muscles de la jambe dans le cas de pied-bot.

M. Demarquay présente des pièces anatomiques provenant de deux sujets affectés de pied-bot, et il fait, à cet égard, les réflexions suivantes :

« M. Jules Guérin, dit-il, dans les travaux qu'il a publiés en 1839 et en 1840, sur le pied-bot, insiste sur la transformation fibreuse des muscles des jambes affectés de cette difformité. Je montre deux pièces qui ne sont point d'accord avec la doctrine de M. Guérin. M. Brocca a disséqué l'année dernière et cette année des pieds-bots, chez les enfants et chez les adultes; j'ai disséqué aussi des membres offrant le même vice congénial; et voici ce que j'ai trouvé : ni M. Brocca, ni moi nous n'avons reconnu cette transformation fibreuse; les muscles étaient rouges, comme ils le sont habituellement. Voici deux membres dont l'un a été pris sur un sujet disséqué par M. Boullard; on voit sur cette pièce une atrophie musculaire, mais pas de transformation; et sur l'autre pièce, qui m'est propre, on voit une transformation graisseuse des muscles du pied et de la jambe; les muscles de la cuisse offrent eux-mêmes cette altération. Les nerfs ont conservé leur état normal, ainsi que les artères sur la pièce de M. Boullard. Les os, sur la pièce qui m'appartient, sont eux-mêmes ramollis et atrophiés; de plus, les cartilages de l'articulation du genou sont altérés. »

M. Demarquay conclut de l'état de ces pièces pathologiques que le pied-bot n'offre point la transformation fibreuse indiquée par M. Guérin, mais plutôt la transformation graisseuse.

Une discussion sera réservée sur ce sujet pour une prochaine séance.

Emploi des serres-fines.

M. Vidal (1), dans un intérêt historique, relativement aux pinces à pression continue, présente un instrument dont se servent beaucoup les fumeurs normands. C'est une pince qui est faite avec un fort fil de fer qui a quatre tours de spirale, là où les *serres-fines* en ont deux. Les mors se terminent non pas par des griffes, mais par des anneaux. Cette pince sert au peuple pour saisir un tison destiné à allumer la pipe. Ce tison passe ainsi d'un fumeur à l'autre, toujours bien fixé par le ressort.

M. Vidal saisit cette occasion pour signaler de nouveaux faits de réunions très promptes à la suite de l'application des serres-fines. Chez un enfant opéré d'un phimosis, tout a été terminé après huit heures.

M. Nélaton lui a fait part d'un succès obtenu en vingt-quatre heures, chez un adulte encore opéré du phimosis.

M. Vidal prie ses confrères de mettre un soin extrême dans l'application de ces petits instruments. Il n'ignore pas que des chirurgiens ont voulu appliquer les *serres-fines* sans avoir le soin de bien affronter préalablement les lèvres de la plaie avec d'autres pinces. Une autre fois un chirurgien célèbre laissa trois jours les *serres-fines* appliquées sur un prépuce, tandis que le maximum du temps de séjour de ces instruments doit être vingt-quatre heures, quand il s'agit de l'opération du phimosis. Il est arrivé aussi qu'un chirurgien ne s'est pas procuré le nombre des numéros voulus pour la réunion qu'il avait à tenter, il a été obligé de mêler à son pansement des sutures, ce qui complique la plaie et le problème. On a voulu réunir aussi des plaies déjà en suppuration, ce qui rend le problème encore plus complexe.

M. Vidal répète que l'application des *serres-fines* est très minutieuse, difficile même, dans certains cas, si on veut obtenir de très beaux, de très prompts résultats.

(1) Note communiquée.

Nouvelle pince à ligature.

M. Giraldès présente au nom de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, un modèle de pinces à l'aide desquelles on saisit aisément et à coup sûr l'extrémité divisée des artères les plus fines ou les plus profondément situées. Ces pinces sont assez fortes, et leurs branches, quoique épaisses, s'amincissent sensiblement vers le bout qui est un peu arrondi, de telle façon qu'étant fermée, cette pince offre la disposition d'un cône allongé. Ses mors sont très lisses, et s'appliquent si parfaitement l'un contre l'autre, qu'il suffit de glisser une anse de fil sur l'instrument, pour en fixer le nœud sur le vaisseau, et assujettir ainsi la ligature.



MM. Chassaignac, Larrey et d'autres membres de la Société connaissant la pince de M. Luër, s'accordent à en louer l'ingénieuse invention.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu de notre excellent confrère M. Maisonneuve la réclamation suivante, à laquelle nous nous empressons de faire droit. Cependant, tout en lui accordant qu'il n'a fait que donner des preuves d'une instruction anatomique approfondie en parlant du ligament de Cooper, nous croyons devoir lui faire remarquer que, s'il a été parfaitement dans son droit, d'après M. Malgaigne, M. Malgaigne lui-même n'a nullement été dans le sien en disant de la lame fibreuse décrite par Cooper : « *C'est là ce que l'on appelle aujourd'hui le ligament pubien de Cooper.* » M. Malgaigne peut bien l'appeler ainsi; mais aucun auteur français ne l'a encore ainsi désigné, ni M. Cruveilhier, ni Blandin, ni d'autres anatomistes. Nous sommes donc convaincu qu'en parlant du ligament de Cooper, M. Maisonneuve a été compris de M. Malgaigne seul. Cela ne saurait assurément être un grand tort, et nous faisons cette remarque uniquement pour montrer que notre collaborateur était autorisé à faire la question à laquelle répond la lettre de M. Maisonneuve.

Nous profiterons de la présente occasion pour réparer une faute typographique qui a mis dans la bouche de M. Lenoir une erreur anatomique dont personne heureusement ne l'aurait cru coupable. Dans le numéro du 5 février, page 64, colonne 3e, ligne 32, on a fait dire au savant candidat: « On a conseillé d'inciser *en dedans* sur le ligament de Fallope »; c'est *en dedans* sur le ligament de *Gimbernat* qu'il faut dire. C'est en sautant une ligne du manuscrit que les typographes ont commis cette erreur.

Voici la lettre de M. Maisonneuve.

Paris, 6 février 1850.

Mon cher et honoré confrère,

A l'occasion de ma leçon sur la hernie crurale, vous faites quelques réflexions critiques, dont je n'ai point à discuter la valeur; vous m'accordez ensuite quelques éloges, dont je vous remercie; enfin vous dites : M. Maisonneuve a souvent parlé du ligament de Cooper; et vous ajoutez : *Quel est ce ligament?*

Ce ligament, en effet, est peu connu, et surtout omis dans la plupart des descriptions classiques du canal crural. Cependant je vous demanderai la permission de vous citer ce qu'en dit M. Malgaigne (*Anatomie chirurgicale*, t. II, p. 168) :

« Le pubis est recouvert, dit sir A. Cooper, par une expansion aponévrotique, qui forme au-dessus de la ligne iléo-pectinée une lame fibreuse remarquable par sa force, et qui de l'épine du pubis se prolonge en dehors sur cette ligne. *C'est là ce que l'on appelle aujourd'hui, le ligament pubien de Cooper.* C'est sur ce ligament que celui de Gimbernat s'insère. Ce nouveau ligament est à cheval, pour ainsi dire, sur la crête du pubis. »

Puis, un peu plus bas, M. Malgaigne ajoute : « L'ouverture crurale se trouve donc de nouveau considérablement rétrécie : le ligament de Gimbernat correspondant au ligament de Fallope, dans une étendue de dix-huit à dix-neuf lignes, et au *ligament de Cooper* dans une étendue de dix à douze lignes; elle est ainsi devenue parfaitement aponévrotique, constituée par l'aponévrose iliaque et les trois ligaments précités. »

Agréez, etc. Maisonneuve.

NOUVELLES.

Ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur;

M. Penard, chirurgien en chef de l'hospice de Versailles;

De Boutteville, directeur de l'Asile des aliénés de Rouen;

David Richard, directeur de l'Asile des aliénés de Stephanteld (Bas-Rhin).

— Par décret en date du 8 février, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur MM. Fourest et Huet, chirurgiens de 2e classe de la marine.

Cette distinction est le prix du courageux dévouement dont ces deux officiers de santé ont fait preuve pendant l'épidémie du choléra, le premier en Algérie, l'autre à bord du bateau à vapeur le *Prony*.

— L'administration de l'assistance publique, à Paris, croit devoir porter à la connaissance du public qu'elle vient de rétablir, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital du Midi, le service des chambres particulières qui avait été créé, antérieurement à 1848, pour les malades (hommes) ayant la possibilité d'acquitter les frais de leur traitement. Le prix de la pension est fixé à 2 francs.

— M. EDOUARD ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, ouvrira, le 15 février, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche et le jeudi exceptés. Le cours de chimie sera commencé à deux heures, celui de physique à une heure et demie, et celui d'histoire naturelle à quatre heures.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 14 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 20.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 13 FÉVRIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le comité secret est venu encore aujourd'hui interrompre la séance presque à son début. Un seul rapport a été lu par M. Robinet, qui a eu à examiner une question importante et délicate, posée par le ministre de l'agriculture et du commerce. Parmi toutes les absurdités que renferme la jurisprudence médico-pharmaceutique, on ne sera pas étonné de rencontrer la suivante : Toute substance employée comme médicament ne peut être vendue par un fabricant ou un pharmacien qu'à la condition d'être inscrite dans le *Codex*, ou d'être autorisée comme *remède secret*. Il s'ensuit que le citrate de magnésie, par exemple, qu'un pharmacien a eu l'heureuse idée d'introduire récemment dans la pratique médicale, et dont l'Académie a approuvé l'usage, mais qui n'est point un remède secret, puisque c'est une substance parfaitement connue, ne peut être vendu publiquement sans que l'auteur de cette innovation soit poursuivi devant les tribunaux. Il suit encore de là qu'un inventeur qui découvrirait aujourd'hui un médicament utile aurait plus d'intérêt à le tenir secret qu'à le rendre public, car en le tenant secret il pourrait obtenir le monopole de la vente, tandis qu'en le faisant connaître il ne pourrait plus obtenir l'autorisation de le vendre qu'après l'avoir fait introduire dans le *Codex*, ce qui peut demander quinze ou vingt ans. Un pareil état de choses ne pouvait manquer de soulever des réclamations, et c'est précisément sur les instances de l'introducteur du citrate de magnésie dans la thérapeutique que M. le ministre a saisie l'Académie de cette question. La commission et le rapporteur, qui en a été l'intelligent interprète, ont jugé avec beaucoup de sens la question qui leur a été soumise, et ils ont indiqué un moyen de sauvegarder les droits de tous ceux qui apporteraient une amélioration quelconque dans la pharmacologie en publiant dans le *Moniteur* toutes les innovations qui seraient approuvées par l'Académie. Cependant, à la suite de quelques observations de MM. Guibourt et Bégin, le travail a été renvoyé à la commission, mais seulement pour des défauts de rédaction, et il est très probable que dans une des plus prochaines séances l'Académie adoptera les mesures proposées par M. Robinet, lesquelles seront, sans aucun doute, adoptées à leur tour par le pouvoir législatif et exécutif. Ce sera un véritable service que M. Robinet et l'Académie auront rendu à la science et aux travailleurs consciencieux.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Cruveilhier.

Cas remarquable de paralysie de la face. — Insuccès des médications ordinaires. — Electrisation. — Persistance de la maladie.

Il est peu de maladies sur lesquelles les recherches modernes d'anatomie, de physiologie et de pathologie aient jeté autant de lumières que sur la paralysie de la face ou hémiplégie faciale. En ce qui concerne la pathologie spécialement, les travaux de MM. Descot, Pichonnière, Montault et Bottu-Desmortiers, mais surtout l'excellent article de M. le professeur P.-H. Bérard dans le *Dictionnaire de Médecine en trente volumes*, ont tellement répandu de lumières qu'il est peu de médecins aujourd'hui capables de commettre les erreurs grossières mentionnées dans tous ces travaux. Cependant, si beaucoup de points de l'histoire de l'hémiplégie faciale sont aujourd'hui éclaircis, il est malheureusement vrai que les deux principaux, à savoir: la véritable nature de la maladie et son traitement, sont encore fort obscurs. M. Cruveilhier a récemment appelé l'attention de ses auditeurs sur une malade qui se trouve dans son service, et dont l'histoire ne prouve que trop la réalité de cette assertion. Faisons d'abord connaître en quelques mots cette histoire, et nous chercherons ensuite à exposer les réflexions que ce fait peut provoquer.

Une femme âgée de vingt-huit ans, chemisière, d'une médiocre constitution, d'un tempérament lymphatique, réglée d'une manière irrégulière et peu abondamment, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 2, le 10 novembre 1849. Elle donne sur ses antécédents les renseignements qui suivent :

Depuis sa jeunesse, elle est sujette à des flueurs blanches abondantes et à des palpitations. Elle a eu deux enfants et a fait une fausse couche ; la dernière grossesse a eu lieu en 1846, et a été marquée par des phénomènes morbides très prononcés : 1° par une angine intense, suivie d'un abcès à la partie supérieure du cou ; 2° par un accroissement considérable des palpitations.

Entrée à l'hôpital de la Pitié pour s'y faire soigner de son angine, on y constata, dit-elle, pour la première fois les symptômes d'une maladie organique du cœur. Elle dit avoir craché du sang en petite quantité, et à diverses reprises, depuis cette époque ; mais elle ne paraît jamais avoir eu les extrémités enflées, et elle a pu continuer les travaux de sa profession. A diverses reprises aussi, et depuis fort longtemps, elle a, dit-elle, éprouvé des douleurs dans les genoux, dans les poignets et dans les épaules, douleurs quelquefois accompagnées de gonflement, mais jamais de fièvre. La malade dit avoir habité presque toujours des chambres humides et mal aérées; c'est à cette circonstance qu'elle attribue ses douleurs.

Il y a sept mois, les douleurs articulaires n'ayant point paru depuis assez longtemps, la malade commença à éprouver au-dessous de l'articulation du genou gauche, et non plus dans l'articulation elle-même, une douleur qui acquit promptement une grande intensité et qui se faisait sentir principalement pendant la nuit. Cette douleur, qui s'irradiait de la partie supérieure de la jambe vers le pied, s'accompagna bientôt d'un gonflement dans le point où elle s'était montrée d'abord.

Trois mois et demi plus tard, c'est-à-dire vers le milieu d'octobre, d'autres douleurs apparurent dans les régions temporale et frontale, principalement du côté gauche ; ces dernières s'accompagnèrent d'un certain engourdissement dans le côté gauche de la face et d'une sensation désagréable dans l'oreille du même côté. Les douleurs de la jambe ne diminuèrent que très peu à l'apparition de celles de la tête, qui, de même que les premières, quoique d'une manière moins marquée, éprouvaient des exaspérations nocturnes.

Ces nouveaux accidents duraient depuis environ huit jours, lorsqu'un matin quelqu'un fit observer à la malade, qui allait comme d'habitude à ses occupations, qu'elle avait la bouche de travers. Elle rentra incontinent, et s'assura de la réalité de ce qu'on lui avait dit ; la bouche était très notablement déviée à droite ; la malade dit avoir eu, à la suite de ce nouvel accident, une sorte d'engourdissement douloureux dans le côté gauche du tronc et des fourmillements jusque dans l'extrémité des membres de ce côté. Elle dit n'avoir jamais eu aucune ulcération aux parties génitales, ni avoir jamais éprouvé les symptômes ordinaires d'une vaginite. Quant à son écoulement vaginal habituel, il a à différentes fois changé de couleur, et est devenu jaunâtre ou verdâtre, de blanc qu'il est habituellement.

Lors de son entrée à l'hôpital, la malade présente l'état suivant :

La bouche est assez fortement déviée à droite ; la commissure de ce côté est en même temps notablement plus élevée que celle du côté opposé : la difformité est beaucoup plus prononcée quand la malade veut imprimer des mouvements quelconques aux muscles de la face. Lorsque la malade veut souffler, l'air s'échappe aussitôt par la partie gauche des lèvres, et cette action est impossible. L'œil gauche est constamment entr'ouvert ; la malade ne peut le fermer, le clignotement ne s'exécute pas. Les deux sourcils sont sensiblement au même niveau. La luette est un peu déviée à droite. La sensibilité de la peau et des muqueuses du côté gauche de la face est considérablement émoussée ; ainsi, les barbes d'une plume peuvent être passées sur l'orifice de la narine et sur la conjonctive sans causer aucune sensation désagréable. La moitié gauche de la langue, qui d'ailleurs n'est point déviée, participe à cette insensibilité. Les sens sont intacts. Une céphalalgie intense, surtout la nuit, existe dans les points déjà indiqués ; des douleurs assez vives existent également à la partie antérieure et supérieure du tibia gauche, où l'on constate une tuméfaction dure et sensible à la pression, du volume d'un petit œuf de poule. Quelques papules de prurigo existent sur les membres supérieurs. Il ne paraît pas qu'il en ait jamais existé d'autres.

La région précordiale est le siége d'un frémissement cataire très prononcé ; l'auscultation permet de constater un bruit de frottement rude, suivant immédiatement le premier bruit du cœur, et ayant son maximum d'intensité à la pointe de cet organe.

Fonctions digestives, respiratoires et cérébrales en bon état; le sommeil est seulement fréquemment interrompu par les douleurs de la jambe.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital, M. Cruveilhier lui prescrivit une cueillerée à bouche de liqueur de Van Swieten, de la tisane de salsepareille, des frictions sur la tumeur du tibia avec l'onguent mercuriel, et les trois cinquièmes d'aliments.

Dès les premiers jours de ce traitement, une amélioration notable est obtenue dans l'état de la malade, qui recouvre son sommeil habituel. Après le premier mois, la tumeur du tibia a considérablement diminué, ainsi que les douleurs dont elle était le siége ; la cephalalgie a presque entièrement disparu. Mais l'amélioration est beaucoup moins sensible du côté de la paralysie faciale. La médication est encore continuée, mais avec peu de succès, jusque vers la fin de janvier. La paralysie persistant toujours, M. Cruveilhier se décide alors à faire galvaniser le trajet du nerf facial par M. Duchêne, de Boulogne, qui fait usage de son appareil. Aujourd'hui, après la sixième galvanisation (six ou quinze jours), la malade a éprouvé une amélioration notable. La commissure gauche des lèvres se meut un peu sous l'influence de la volonté, ainsi que la joue ; les paupières gauches se rapprochent également davantage l'une de l'autre, sans cependant arriver au contact : il s'en faut environ de 3 millimètres. Du reste, la galvanisation n'a encore porté que sur les muscles de la joue, M. Duchêne craignant d'augmenter, en électrisant l'orbiculaire des paupières, la céphalalgie, qui existe toujours, quoiqu'à un degré très modéré.

— Plusieurs remarques pourraient être faites à l'occasion de ce fait intéressant. Nous en présenterons succinctement quelques-unes.

On peut se demander d'abord quelles relations il existe entre la maladie générale dont cette malade était atteinte avant la paralysie faciale et cette dernière elle-même; quoique les antécédents de la malade laissent tout à désirer en ce qui concerne l'existence d'une infection syphilitique antérieure, les caractères de douleurs céphaliques et tibiales, la présence d'une exostose sur le tibia, enfin l'amélioration de ces douleurs sous l'influence d'un traitement mercuriel, toutes ces circonstances ne permettent guère de douter que la malade ne soit atteinte d'une syphilis constitutionnelle. Il ne sera pas inutile de faire remarquer que cette affection revêt ici la forme à laquelle on a improprement donné le nom de tertiaire, sans avoir été précédée de la forme dite secondaire, c'est-à-dire d'une syphilide ou d'une angine syphilitique.

Les paralysies, même celles d'un côté de la face, ne sont pas très rares dans la syphilis constitutionnelle; causées souvent par une compression des nerfs, par une exostose, elles existent quelquefois indépendamment de toute lésion mécanique du nerf, et sont vraiment idiopathiques. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, elles se développent progressivement et non tout à coup, comme cela a eu lieu chez la malade dont nous avons rapporté l'histoire.

Par la soudaineté de son développement, il faut donc reconnaître que la paralysie actuelle rentre dans la catégorie de celles qu'on appelle rhumatismales. Quant à celles-ci, plusieurs hypothèses ont été faites pour les expliquer; celle qui jouit de la plus grande faveur aujourd'hui, est celle de M. P.-H. Bérard, qui attribue la paralysie à la tuméfaction inflammatoire du névrilème du nerf facial et à la compression de ce dernier, résultat inévitable de toute tuméfaction qui se produit dans un canal osseux, inextensible; cette explication s'appuie sur les deux faits suivants : le nerf facial parcourt seul un long canal inextensible, et seul il est affecté de paralysie isolée; si la cause de la paralysie résidait dans un épanchement cérébral très circonscrit, comme l'ont prétendu quelques auteurs, on observerait sans doute des paralysies semblables sur tous les nerfs; en outre, une pareille cause devrait assez souvent persister, et l'on voit toujours les paralysies faciales guérir.

Ces faits ne sont point, selon nous, d'une vérité aussi absolue que l'on a bien voulu le dire, et c'est sur ce point surtout que nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs.

Pour commencer par le plus important d'entre eux, la constance de la guérison des hémiplégies faciales, nous croyons qu'on s'est fait à cet égard de grandes illusions. Nous ne savons combien de cas d'hémiplégie ont pu voir MM. Montault et le professeur Bérard; mais nous avons toujours été surpris des résultats annoncés par ces savants observateurs, qui ont vu, disent-ils, guérir tous les malades atteints de paralysie faciale. Quant à nous, nous sommes dans une situation exactement opposée. Nous avons observé depuis six ans, tant en ville que dans les hôpitaux, sept cas d'hémiplégie, et nous n'avons pas encore vu un seul malade guérir d'une manière complète, quoique nous en ayons suivi quelques-uns pendant trois ans consécutifs. Tous, à la vérité, ont éprouvé une amélioration très prononcée dans les trois mois qui ont suivi le développement de la maladie ; mais aucun, nous le répétons, n'a guéri d'une manière complète. Nous ne voulons pas dire assurément qu'il en sera toujours ainsi ; mais il est bon que les praticiens soient instruits de ces faits, pour qu'ils n'attribuent pas à leur défaut de savoir ce qui est le résultat de l'impuissance de l'art lui-même.

Quant au second fait, celui de la rareté des paralysies des autres nerfs, on ne saurait contester que celui-ci ne soit plus

vrai que le précédent; cependant nous pensons encore qu'on l'a exagéré. Depuis que l'attention a été attirée plus fortement qu'elle ne l'était il y a plusieurs années sur les paralysies locales, on a déjà observé plusieurs cas de paralysie d'un ou de plusieurs filets nerveux, et il est possible que ces faits deviennent plus nombreux à mesure qu'on observera avec plus d'attention.

Ainsi, les deux assertions sur lesquelles on s'appuie pour conclure que l'hémiplégie faciale est produite par une compression du nerf facial sont, on le voit, bien contestables. A la vérité, les remarques que nous venons de présenter ne sont pas de nature à permettre de remplacer l'hypothèse régnante par une autre plus probable; mais l'ignorance est toujours préférable à l'erreur; car lorsqu'on sait qu'on ne sait pas, on cherche à savoir, tandis que lorsqu'on croit savoir on ne cherche nécessairement plus rien.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Revue de la clinique chirurgicale.

Leçon du 28 janvier, recueillie par M. A.-H. Margerie.

Plusieurs malades quittent aujourd'hui nos salles; il en est deux qui méritent de fixer un instant notre attention.

Le premier était entré à l'hôpital pour une inflammation qui, limitée d'abord à la coulisse fibro-synoviale et à la base du doigt médius, s'était étendue à la main et menaçait d'envahir l'avant-bras. Cette inflammation a été arrêtée par un traitement énergique.

Le panaris, lorsqu'il a son siége dans les gaînes fibro-synoviales, est toujours une affection grave; il peut arriver, en effet, que l'inflammation se propage jusqu'au bras, se termine par suppuration, et compromette, sinon l'existence du malade, au moins celle du membre, dont elle dissèque au loin les muscles, et dont elle nécessite l'amputation; il peut même se faire qu'elle se concentre sur la partie primitivement malade; souvent alors elle pénètre jusqu'au tissu osseux, et rend indispensable l'ablation du doigt.

Ce n'est pas tout. Lorsqu'on parvient à conjurer le double danger que nous venons de signaler, la guérison que l'on obtient est une guérison incomplète, et qui s'accompagne de difformité. On a bien conservé le doigt, et c'était là ce que l'on pouvait espérer de mieux; mais cet organe est devenu rigide, et par conséquent impropre à l'accomplissement de ses fonctions.

La raison anatomique de ce fait est facile à comprendre. L'inflammation détermine tantôt la mortification, et par suite l'exfoliation du tendon, tantôt l'adhérence de ce tendon dans toute l'étendue de la gaîne où il est renfermé.

Le malade qui nous occupe a été guéri dans les conditions que nous venons de dire. En voyant son doigt impropre à tout mouvement de flexion, en voyant l'obstacle que ce doigt immobile apporte par sa présence à l'usage des autres doigts, nous nous sommes posé une question d'un haut intérêt pratique, celle de savoir si, en pareil cas, il ne conviendrait pas d'amputer le doigt au lieu de le conserver dans l'état de rigidité dont nous avons un exemple sous les yeux.

Nous n'avons pas besoin de faire ressortir combien il importe ici de savoir distinguer les différentes variétés de panaris.

Le second malade s'est présenté à nous dans un état qui, au premier aspect, était de nature à nous inspirer de sérieuses inquiétudes. Chez lui, l'inflammation avait plus d'étendue, plus d'intensité, et le pouls plus de fréquence. Cependant, quinze jours à peine se sont écoulés, la guérison est complète et l'usage du doigt facile; c'est qu'il s'agissait simplement d'une inflammation sous-cutanée.

Nous avons perdu deux malades; l'un, qui avait essayé de se donner la mort à l'aide d'un rasoir, a succombé à des blessures non moins graves par leur multiplicité et leur profondeur que par leur siége dans la région du cou; l'autre avait subi une opération pour une large cicatrice qui lui tenait le menton collé en quelque sorte contre la poitrine, le réduisait à se nourrir d'une manière insuffisante, en même temps qu'elle causait une perte incessante de la salive. Nous nous étions décidé avec peine à pratiquer cette opération. Nous ne pouvions, en effet, obtenir qu'une légère amélioration, comme dans tous les cas où l'étendue de la brûlure, ou toute autre circonstance, ne permet pas de remplir les vides par un lambeau emprunté aux parties voisines.

Un érysipèle est survenu au bout de sept ou huit jours; il s'établissait sur des tissus amincis et de mauvaise nature; cependant, il n'a pas eu la terminaison funeste que nous devions redouter; il a gagné la tête, puis s'est transporté tour à tour sur le cou et sur la partie supérieure du tronc. Ces déplacements successifs ont eu lieu dans l'espace de plus de trois semaines.

Le malade, malgré son état défavorable, a assez bien résisté, lorsque dans ces derniers jours il a été pris de vomissements opiniâtres et d'une diarrhée que rien n'a pu arrêter. Il est mort d'épuisement.

Au n° 51 est couché un malade entré il y a douze jours environ pour une maladie ancienne des voies urinaires. La teinte plombée de son visage, une sorte d'infiltration générale que l'on remarque chez lui, nous ont fait soupçonner dès l'abord quelque grave affection organique des viscères. Depuis deux ans il éprouve dans la partie inférieure du ventre des douleurs qui se propagent du côté des reins. Il urine fréquemment et en assez grande abondance; ses urines sont troubles et sanguinolentes; elles ont une couleur noir-foncé et laissent déposer une matière qui n'est autre chose qu'un mélange de pus et de sang. Nous avons dû songer à un calcul et à une affection fongueuse des organes urinaires; en conséquence le cathétérisme a été pratiqué. La sonde n'a rencontré aucun corps étranger; mais elle nous a fait sentir des inégalités. Comme, en pareil cas, les résultats négatifs d'un premier examen ne suffisent pas pour faire conclure d'une manière absolue à la non-existence d'un calcul, nous avons procédé à une nouvelle exploration. Elle a confirmé les données de la première.

L'état général du malade avait paru s'améliorer depuis son entrée à l'hôpital; il y a huit jours il a été pris d'une diarrhée rebelle qui l'a jeté dans un grand état d'affaiblissement. Hier nous avons remarqué une infiltration de la verge qui paraissait se rattacher à celle dont nous avons fait mention; le méat urinaire était irrité; une excoriation grisâtre se remarquait sur le prépuce. Ce matin il existe une gangrène qui a déjà envahi toute l'épaisseur du prépuce.

Une complication de cette nature est quelque chose de tout à fait insolite; la gangrène en effet s'est montrée tout à coup et sans être précédée d'aucun symptôme. On ne trouve, pour expliquer son apparition, ni phlegmasie locale, ni phimosis, ni chancre phagédénique, ni paraphimosis; elle est, en quelque manière, spontanée. Ajoutez qu'il n'y a pas d'infiltration urineuse du périnée, pas d'abcès, pas d'inflammation, et que, d'un autre côté, les accidents généraux n'ont présenté aucune aggravation; ainsi la diarrhée n'a pas augmenté, et le nombre des pulsations du pouls est resté le même. Ces particularités tiennent sans doute à ce que la gangrène est la conséquence de l'infiltration; il existe probablement dans les organes génito-urinaires une lésion de nature cancéreuse, une ulcération qui occupe une grande étendue.

Nous nous rappelons avoir observé en 1820, à l'hôpital des Cliniques, un fait qui offre la plus grande analogie avec celui dont il est question en ce moment. Le malade avait une rétention d'urine qui nécessitait chaque jour l'emploi de la sonde; l'instrument arrivait librement dans une sorte de poche, et donnait issue à une urine bourbeuse et purulente dont la quantité ne dépassait jamais la capacité d'un verre ordinaire. Malgré le cathétérisme, le ventre restait tendu à sa partie inférieure. Il survint au bout d'un certain temps des douleurs dans le périnée; elles furent suivies de plaques gangréneuses qui se produisirent sur d'autres points. Le malade mourut.

L'autopsie, faite avec un soin minutieux, nous frappa par deux circonstances. Les incisions, en quelque partie du corps qu'elles fussent pratiquées, exhalaient une forte odeur d'urine; d'un autre côté, la prostate fut trouvée convertie en une espèce de poche, de vessie secondaire. C'était le premier fait de ce genre qui fût connu dans la science. Nous présentâmes alors une explication, que nous proposons encore aujourd'hui; elle consistait à rattacher les phénomènes de gangrène à l'infiltration de l'urine dans les tissus et à la décomposition ultérieure de ce liquide.

Quoi qu'il en soit, tout chez notre malade annonce une mort prochaine; que l'on tienne compte ou que l'on fasse abstraction des moyens thérapeutiques dont nous pouvons disposer, la gravité du pronostic reste la même; elle est absolue. Vainement nous prodiguerons les toniques et les antiseptiques; vainement nous aurons recours à toutes sortes de topiques. L'insuccès avec lequel nous avons combattu la diarrhée et fait appliquer des compresses d'eau-de-vie camphrée nous en est un gage certain, et nous pouvons juger par les progrès que la gangrène a faits depuis hier de ceux qu'elle fera demain. Le raisonnement et l'expérience sont d'accord pour présager une issue promptement funeste.

Quelques symptômes
DES AFFECTIONS DU COEUR;

par C. Baron, médecin des hôpitaux.

Il ne s'agit point ici des symptômes généralement connus des affections du cœur, mais de quelques autres dont il n'est pas fait mention dans la plupart des traités sur ce sujet, et auxquels on n'attache ordinairement aucune importance, parce que leur valeur réelle n'est pas généralement appréciée.

Tandis que j'étais interne à l'hôpital Saint-Louis, en 1837, un grand nombre des malades soumis à mon observation étaient affectés de douleurs, genre de maladie pour le traitement de laquelle on sait que l'hôpital Saint-Louis jouit dans le public d'une réputation spéciale. Quoique la maladie de ces sujets fût généralement regardée comme peu intéressante, je les examinai avec soin, persuadé que rarement une observation attentive reste stérile. Parmi eux, plusieurs éprouvaient les différentes sensations pénibles que je vais énumérer plus loin. Chez la plupart de ceux-ci, je rencontrai en même temps un trouble dans les fonctions du cœur ou une maladie plus ou moins prononcée de cet organe. Dans quelques cas, les symptômes que j'ai pour but de décrire attiraient seuls l'attention des malades, qui ignoraient complétement qu'ils eussent une affection du cœur; ce qui explique sans doute comment la coïncidence que j'indique passe ordinairement inaperçue. D'autres sujets, tout en accusant aussi des troubles fonctionnels du côté des centres circulatoires, se préoccupaient néanmoins beaucoup plus des autres symptômes, qu'ils supportaient bien plus impatiemment. Ayant reconnu la coïncidence des sensations pénibles dont il est ici question avec les troubles fonctionnels ou les maladies organiques peu apparentes des organes centraux de la circulation, je recherchai si ces sensations existaient chez les individus affectés d'une maladie du cœur caractérisée, chez ceux qui étaient surtout incommodés par les symptômes généralement connus de cette affection; et je rencontrai, en effet, ces sensations désagréables chez plusieurs de ces sujets. La fréquente coïncidence de troubles fonctionnels ou de maladies organiques des centres circulatoires avec les symptômes que je vais décrire me fit penser que ces derniers devaient être quelquefois attribués à une lésion fonctionnelle ou organique du cœur ou des gros vaisseaux, et je fus d'autant plus porté à concevoir cette opinion, que je vis, dans plusieurs cas, ces symptômes se développer en même temps que les signes ordinaires des maladies du cœur, et, dans l'un de ces cas, l'affection des centres circulatoires étant passagère, les symptômes dont je parle cessèrent avec elle. Aussi, lorsque je rencontre maintenant ces symptômes, je recherche s'il existe des troubles dans les organes centraux de la circulation, chez les individus qui les présentent, et, en effet, j'en découvre assez souvent.

C'est donc comme des indices de lésions fonctionnelles ou organiques du cœur ou des gros vaisseaux, que je présente ces symptômes. Je suis loin de prétendre qu'ils aient une importance égale à celle des autres signes plus généralement connus de ces lésions, qui, d'ailleurs ne sont pas toujours accompagnés par eux, de même que ces symptômes se rencontrent assez souvent sans ces lésions; mais dans un grand nombre de cas, surtout lorsque ces symptômes sont très développés, que leur retour est fréquent, et que plusieurs d'entre eux existent simultanément, on découvre leur relation avec les lésions des centres circulatoires.

Les symptômes sur lesquels j'appelle l'attention sont les suivants:

Crampes. — Des crampes se font sentir le plus souvent dans les membres inférieurs: ainsi, aux mollets, aux gros orteils, à la plante des pieds, aux aînes, aux genoux, à la partie inférieure des jambes; chez quelques sujets, dans plusieurs régions des membres inférieurs. Après les membres inférieurs, le siége le plus fréquent des crampes est la région du maxillaire inférieur, le plus souvent, en arrière des branches de cet os, d'autres fois au niveau des angles, quelquefois au niveau des joues; chez un sujet, elles se faisaient sentir transversalement au-devant de la mâchoire inférieure; chez plusieurs, en même temps qu'elles existaient en arrière des branches du maxillaire inférieur, elles se répandaient aussi en arrière des oreilles; quelquefois elles siégent au cou. Presque aussi fréquemment qu'à la région maxillaire, les crampes se font sentir aux membres supérieurs, soit dans toute leur étendue, soit seulement dans une de leurs parties; ainsi: aux épaules, aux bras, aux avant-bras, aux mains. Elles ne sont pas rares au tronc, soit au dos, soit à la région antérieure. Enfin, chez un sujet, elles occupaient fréquemment le trajet du canal de l'urètre.

Les crampes n'envahissent ordinairement à la fois qu'une région assez limitée; chez un sujet, elles étaient bornées à un côté du corps; chez quelques-uns, elles ne se font sentir qu'en une seule région; chez un plus grand nombre, elles se développent tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre.

Douleurs. — Je réunis sous ce nom collectif plusieurs lésions de sensibilité qui ne présentent pas le caractère de crampes. Ce ne sont pas des douleurs rhumatismales dont il serait superflu de rappeler le rapport avec les affections du cœur, mais des douleurs le plus souvent brusques et passagères de divers caractères: des élancements, un sentiment de brûlure, une sensation comparable à celle que ferait éprouver un coup de lardoir, ou l'introduction d'un instrument acéré dans les tissus, des picotements, des tiraillements, un sentiment d'arrachement, de brisure, ou seulement de lassitude générale ou locale. Chez un malade, j'ai observé l'exaltation de la sensibilité cutanée.

Ces différentes sensations peuvent se développer dans toutes les parties du corps. Les élancements se font ordinairement sentir aux genoux, à la partie postérieure et externe des cuisses, à la partie postérieure ou antérieure des jambes, à la région lombaire, aux épaules, à la région antérieure du thorax, sur les parties latérales du cou, dans le ventre, au niveau des articulations des membres. La sensation de brûlure se développe surtout soit au niveau des articulations des membres, soit au niveau de leur partie moyenne; chez un malade, elle existait aux aînes et au canal de l'urètre. C'est aux aînes, sur le trajet des cordons, au niveau de l'urètre, que j'ai entendu les malades rapporter la douleur comparée par eux à celle que ferait éprouver la pénétration d'un instrument tranchant ou piquant dans les tissus. Il semblait à une malade qu'on lui arrachait les cuisses et les membres supérieurs. Le siége le plus fréquent des picotements est la plante des pieds; un sujet les ressentait principalement à la pulpe des doigts et à la face supérieure des orteils. Chez un autre, des tiraillements parcouraient de haut en bas la longueur des membres inférieurs. La sensation de brisure se fait ordinairement sentir aux articulations des membres; je l'ai aussi rencontrée à la partie inférieure des jambes, aux hanches; ce sont les genoux qu'elle occupe le plus fréquemment.

Comme les crampes, ces diverses espèces de douleurs occupent tantôt un seul endroit à la fois, tantôt plusieurs parties du corps simultanément. Elles affectent, chez quelques sujets, la région antérieure; chez d'autres, la région postérieure des membres ou du tronc; chez un petit nombre, elles sont bornées à un côté du corps. Elles sont fixes ou erratiques, et, dans ce dernier cas, elles parcourent souvent très rapidement un trajet étendu, quelquefois de haut en bas ou de bas en haut, toute la longueur des membres. Plus souvent elles passent d'un endroit à un autre, sans suivre une route continue. Elles se montrent quelquefois par accès.

La forme de douleur la plus fréquente est l'élancement, vient ensuite la sensation de brisure.

Frémissements. — Un assez grand nombre de sujets ressentent des frémissements en différentes parties du corps; ainsi: aux membres inférieurs, au niveau des articulations tibio-tarsiennes, aux régions sternale et précordiale.

Une sensation assez commune est celle d'un liquide froid circulant dans les membres. Un sujet n'expliquant pas aussi clairement ce qu'il ressentait me disait qu'il lui semblait que *quelque chose* parcourait la longueur de ses membres.

Fourmillements, engourdissements. — Les fourmillements se rencontrent chez quelques individus. Chez un malade, ils commençaient à l'extrémité des membres et remontaient de là jusqu'au tronc, qu'ils parcouraient dans presque toute son étendue.

Beaucoup plus souvent, les malades ressentent un engourdissement plus ou moins prononcé aux membres supérieurs ou inférieurs, ou aux quatre membres à la fois, principalement au niveau des articulations, souvent aussi au cou. Chez un sujet, l'engourdissement était général. Il était précédé, chez

un malade, d'une sensation de pesanteur dans les pieds. Chez un autre, l'engourdissement était assez intense pour rendre fort obtuse la sensation tactile.

Augmentation de la contraction musculaire. — Il n'est pas rare que l'action musculaire soit exagérée chez les individus dont nous parlons. Ainsi, j'ai rencontré, chez un sujet, des contractures non douloureuses; chez un autre, de la roideur dans les membres; chez un troisième, de la roidcur, une sorte de crispation générale, des secousses dans les membres inférieurs.

Inquiétudes. — Un symptôme fréquent, dans les conditions qui nous occupent, est celui que l'on connaît vulgairement sous le nom d'*inquiétudes*, le besoin irrésistible de mouvoir certaines parties du corps, les membres principalement, surtout les inférieurs. J'ai vu un homme qui ne pouvait rester plus de quelques minutes immobile; aussi, lorsqu'il était assis ou arrêté, il remuait sans cesse les membres. Un autre avait le désir de se livrer à des mouvements extraordinaires.

Pulsations. — On rencontre aussi assez souvent, chez ces malades une sensation de battements en différentes régions du corps; ainsi: aux genoux, aux mollets, aux épaules, aux parties latérales du cou, aux tempes, aux environs des oreilles, au dos. Un malade éprouvait cette sensation sur le trajet du canal de l'urètre. Les pulsations étaient si précipitées chez un sujet, qu'il lui semblait qu'un liquide bouillait dans ses membres. Chez un autre, les battements étaient douloureux. Un autre me dit qu'ils étaient appréciables au toucher.

MARCHE ET SUCCESSION DES SYMPTÔMES.

Les différentes sensations que je viens d'énumérer sont, dans quelques cas, uniques. Ce sont surtout les crampes qui se présentent ainsi quelquefois. Mais, beaucoup plus souvent, plusieurs symptômes sont réunis chez le même individu; ainsi: les crampes et les inquiétudes; ou les crampes, les douleurs, les pulsations; ou l'engourdissement, les douleurs, les frémissements, etc. J'ai rencontré, réunies chez un sujet, toutes les sensations pénibles précédemment décrites. Lorsque plusieurs symptômes existent chez le même individu, ils peuvent apparaître simultanément ou alterner.

Chez les uns, la sensation anormale occupe tantôt un endroit, tantôt une autre; chez les autres, elle envahit à la fois plusieurs régions. Souvent elle revient par accès, dont la durée varie de deux ou trois minutes à une ou deux heures. Le début de ces accès est ordinairement instantané, et c'est très souvent à ce début que la sensation est la plus vive. J'ai vu une fois les accès affecter une sorte de périodicité. La sensation douloureuse n'apparait, chez quelques sujets, qu'une ou deux fois dans un mois. Chez d'autres, elle ne laisse presque aucun relâche aux malades: ce dernier type est souvent celui des *inquiétudes*.

Ces symptômes se manifestent ordinairement pendant plusieurs années chez le même sujet. Ils ont, dans certains cas, dès le commencement de leur existence, autant d'intensité et des apparitions aussi fréquentes que plus tard. Dans d'autres cas, au contraire, leur fréquence et leur intensité s'accroissent graduellement. Je les ai vus durer jusqu'à la mort. Assez souvent, ils deviennent moins fréquents et moins intenses lorsque les symptômes généralement connus des affections du cœur se prononcent et s'accroissent. Il n'est pas très rare même qu'ils disparaissent alors; de sorte que l'on pourrait, dans certains cas, les regarder comme des symptômes précurseurs. Toutefois, les symptômes que je décris ne précèdent pas toujours les phénomènes ordinaires des affections du cœur; souvent ils naissent en même temps que ceux-ci, ou après eux. Lorsque ces deux ordres de symptômes existent concurremment chez les mêmes malades, dans certains cas, leurs manifestations alternent; dans d'autres, elles sont simultanées.

CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT.

Les sensations pénibles qui nous occupent se développent souvent la nuit; néanmoins, elles se manifestent aussi très fréquemment pendant le jour, et j'ai même vu un malade chez lequel elles ne revenaient jamais la nuit. Chez un sujet, elles paraissaient ordinairement le matin. Le retour de quelques-unes est occasionné par le mouvement; ainsi, la marche donne lieu, chez quelques sujets, au sentiment de lassitude, de brisure, provoque ou augmente les frémissements dans les membres inférieurs. Plus souvent, au contraire, c'est le repos qui favorise le développement de plusieurs des symptômes qui nous occupent, principalement de l'engourdissement et des inquiétudes. Chez un sujet, il suffisait qu'une partie du corps fût laissée deux ou trois minutes immobile pour qu'elle fût prise d'engourdissement. Dans un cas, les symptômes morbides se manifestaient pendant le travail de la digestion. Ordinairement, la pression n'avait aucune influence; toutefois, dans un cas, elle augmentait les douleurs, et, dans un autre, elle était un peu sensible en différentes régions.

J'ai observé les symptômes que je décris dans toutes les conditions sociales et chez les gens du peuple comme dans les classes aisées, quoique la nature présumable de ces sensations eût pu faire croire qu'elles étaient beaucoup plus fréquentes dans celles-ci. Ce sont surtout des jeunes gens et des adultes qui m'ont offert ces symptômes. Ils avaient commencé à se manifester dès l'âge de quatorze ans, chez un sujet. Plusieurs fois je les ai observés chez des individus ayant plus de soixante ans; mais, ordinairement, ils avaient débuté chez eux avant cet âge. Chez un seul sujet, ils se manifestèrent, pour la première fois, à l'âge de soixante-treize ans. Je les ai rencontrés un peu plus souvent chez les femmes que chez les hommes, ce qui est en rapport avec la nature présumable des symptômes; cependant, la différence entre les deux sexes est très légère. D'ailleurs, le tempérament nerveux ne m'a pas paru avoir d'influence sur la production de ces phénomènes; en effet, je les ai plus souvent rencontrés chez les sujets d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin que chez les individus nerveux et délicats. Dans un seul cas, ils étaient joints à une vive susceptibilité nerveuse. Deux sujets faisaient abus des alcooliques; un autre avait éprouvé des chagrins vifs et répétés; deux autres avaient le défaut de la masturbation; deux autres, enfin, étaient sujets à la migraine, avant d'éprouver les sensations douloureuses dont il est question. Ces diverses conditions favorisèrent-elles le développement de ces malaises?

Les symptômes dont il est question ne paraissent pas devoir être rapportés spécialement à l'une ou à l'autre des maladies des centres circulatoires, car je les ai vus accompagner des affections diverses. Beaucoup de sujets chez lesquels je les ai rencontrés étaient affectés d'hypertrophie du cœur seul ou avec d'autres lésions; mais, beaucoup aussi ne paraissaient pas atteints d'une affection organique, et avaient de simples palpitations nerveuses ou par congestion une pléthore passagère ou permanente. (*Revue Médicale.*)

TUMEUR FIBREUSE PRISE POUR UN CANCER,

opération, guérison;

Par A.-J. LIMAUGE, médecin de bataillon de 1re classe, à Bruxelles.

Le nommé G..., boulanger, âgé de cinquante-cinq ans, habitant la commune d'Uccle, était porteur depuis plusieurs années d'une tumeur volumineuse dans l'épaisseur des parois abdominales. Cet homme, d'une constitution éminemment nerveuse, maigre, n'avait antérieurement été atteint d'aucune maladie. Ses père et mère et ses enfants n'ont jamais présenté de maladie semblable à la sienne.

Il y a environ quatorze ans, G... ressentit au côté droit et un peu au-dessus du nombril une tension qui le gênait dans les mouvements. Il s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur du diamètre d'un centimètre, qui alla toujours croissant pendant les dix premières années, sans déterminer d'autres phénomènes que de la gêne dans les fonctions digestives. Au bout de ce temps la tumeur avait le volume du poing. Dans les quatre dernières années elle s'accrut rapidement; la gêne des fonctions digestives augmentait en raison du volume; des douleurs sourdes, profondes ou pongitives furent suivies de douleurs que le malade comparait à des élancements et qui reparaissaient plusieurs fois dans la journée. A partir de cette époque le teint de G... s'altéra sensiblement, il devint d'un jaune paille.

Ce fut surtout pendant ces quatre dernières années que G... songea sérieusement à réclamer les secours de la médecine. Il s'adressa successivement à plusieurs praticiens, dont les uns conseillèrent les applications émollientes, d'autres les résolutifs, tels que les préparations de plomb, d'iode, etc.; dans les derniers temps enfin, un chirurgien distingué proposa le séton, qui ne fut pas appliqué. On avait aussi employé sans plus de succès les saignées locales.

Le 27 octobre dernier, je fus appelé en même temps que M. le docteur Lebeau. Nous trouvâmes une tumeur du volume de la tête d'un enfant de quatre à cinq ans, située dans l'endroit indiqué plus haut. Elle était dure, non bosselée, recouverte d'une peau profondément altérée, rouge, et sur le point de s'ulcérer en plusieurs endroits, et le malade nous apprit qu'il ne pouvait plus manger sans éprouver de grands dérangements des fonctions digestives. Les douleurs étaient continues et souvent lancinantes; la tumeur avait pris dans les derniers temps un grand développement vers la partie supérieure, et comprimait surtout le colon transverse et l'estomac. G... était fort amaigri et son teint profondément altéré.

Le malade nous posa formellement la question s'il pouvait ou non être opéré. Quelques praticiens auxquels il s'était adressé avant nous avaient répondu négativement, dans la pensée que l'affection, étant de nature cancéreuse, serait sujette à récidive.

Contrairement à cette opinion, nous nous décidâmes pour l'affirmative, pour les motifs suivants: La tumeur était dure, arrondie et non bosselée; elle avait mis beaucoup de temps à se développer, et l'altération de nutrition s'expliquait très bien par cette longue gêne apportée dans les fonctions digestives. Quant aux douleurs lancinantes, nous pensâmes qu'elles étaient loin de constituer un signe certain de cancer, et nous fûmes d'avis que la tumeur était de nature fibreuse, genre d'affection si bien décrit dans ces derniers temps et particulièrement par Muller.

En conséquence, l'opération fut pratiquée le 28 du même mois, en présence de M. Lebeau et de quelques autres médecins de la localité. Ne pouvant conserver intégralement la peau altérée qui recouvrait la tumeur, je pratiquai au centre de celle-ci une incision circulaire de 12 centimètres de diamètre. Je dus sacrifier toute l'épaisseur des muscles abdominaux, attendu que la tumeur était implantée sur l'aponévrose profonde (fascia internalis); une dissection minutieuse parvint à la séparer complètement de cette membrane, et le péritoine fut ainsi préservé de toute atteinte. Il ne restait plus qu'un mince pédicule fortement adhérent à l'aponévrose; au moment de la séparation de la tumeur apparut un jet artériel abondant. L'artère lésée avait le volume de la radiale, et nous supposâmes qu'elle était une des branches de la mammaire interne qui s'unit à l'épigastrique, anormalement développée pour la nutrition de la tumeur. Nous cherchâmes en vain à la lier; à chaque tentative pour la saisir soit avec des pinces, soit avec le ténaculum, elle fuyait sous l'aponévrose entre cette membrane et le péritoine. Le sang coulait abondamment, le malade perdait visiblement ses forces, il fallait prendre un parti. Diviser l'aponévrose et mettre à nu le péritoine, c'était s'exposer à léser cette membrane et encourir toutes les chances d'une inflammation et d'une éventration. Appliquer le cautère actuel était impossible, puisqu'on ne pouvait atteindre le vaisseau; n'était-ce point d'ailleurs provoquer inévitablement une péritonite mortelle? Nous n'avions sous la main aucun moyen hémostatique. Entretemps qu'un aide exerçait la compression, je fis pulvériser finement du charbon de bois et j'en saupoudrai des boulettes de charpie. Elles furent successivement appliquées les unes sur les autres à l'endroit d'où partait le sang; ces boulettes furent assez nombreuses pour offrir une épaisseur de trois travers de doigt. Des compresses graduées furent superposées et un bandage roulé compressif appliqué pour maintenir l'appareil. Dès ce moment l'hémorrhagie s'arrêta et ne se reproduisit plus. Comme on le voit, aucune réunion ne fut possible. Pendant tout le temps que dura l'opération, le sujet placé sous l'influence du chloroforme ne ressentit aucune douleur.

L'appareil ne fut levé que le cinquième jour, alors que la suppuration en avait détaché les différentes pièces. Les pansements furent renouvelés tous les trois jours, la cicatrisation fit des progrès rapides, et deux mois après elle était complète.

Le teint du malade a recouvré sa coloration normale, les fonctions digestives s'accomplissent bien, et G... a repris un certain embonpoint.

Examen de la tumeur. — Coupée en différents sens, la tumeur fut trouvée partout uniformément constituée de tissu fibreux, sans trace de vaisseaux, sans aucun point ramolli, ayant dans toute son étendue la même consistance. Elle crépitait sous le scalpel, et pesait environ cinq livres. Sa nature fibreuse ne fut mise en doute par aucun des assistants.

RÉFLEXIONS. — Cette observation me paraît prouver une fois de plus que des tumeurs présentant quelques-uns des caractères attribués au cancer peuvent être de tout autre nature, et réclamer impérieusement une opération que quelques praticiens seraient tentés de repousser d'une manière absolue. Je pense aussi que, dans le cas de tumeur cancéreuse, lorsqu'il est possible d'atteindre jusqu'aux dernières limites du mal, l'opération est encore indiquée et peut prolonger les jours du malade, en faisant disparaître une lésion qui ne peut avoir qu'un fâcheux retentissement sur l'organisme. Si plus tard une nouvelle tumeur de même nature vient à se présenter, on a la ressource d'une seconde opération.

Le moyen hémostatique que nous avons mis en usage me paraît digne de fixer l'attention des praticiens, parce que dans ce cas il nous a offert une précieuse ressource, et que c'est une substance qu'on peut partout se procurer.

(*Archives belges de médecine militaire.*)

TAILLE PÉRINÉALE

pratiquée pour l'extraction d'un fragment de bois introduit dans la vessie par le canal de l'urètre;

Par L.-F. MIDAVAINE, médecin principal, à Liége.

Le nommé N..., sergent au 6e de ligne, pour éprouver des sensations voluptueuses, s'introduisait habituellement dans le canal de l'urètre un corps rond, tel qu'un crayon, un porte-plume. Un jour qu'il se livrait à cet acte, un éternuement subit lui fit lâcher le porte-plume, qui bientôt pénétra dans la vessie à la suite des manœuvres qu'il fit pour le retirer. Il cacha pendant plusieurs jours cet accident à tout le monde; il vint même plusieurs fois à l'hôpital, ne se plaignant que de douleurs de reins et d'accès de fièvre. Ce ne fut que longtemps après qu'il me fit l'aveu de ce qui lui était arrivé. Nous introduisîmes immédiatement une sonde dans la vessie, et nous reconnûmes facilement la présence, la position et la direction du corps étranger. Nous nous procurâmes ensuite divers litholabes, et nous essayâmes à plusieurs reprises d'en faire l'extraction. Pour cela, il fallait saisir le porte-plume par une de ses extrémités; mais là était la difficulté. Le bâton était placé obliquement de haut en bas, d'avant en arrière et un peu de droite à gauche, l'extrémité antérieure dirigée vers le dessus et la droite du pubis, l'extrémité postérieure vers le bas-fond de la vessie. Nos litbolabes, qui étaient tous droits, ne parvenaient à toucher que la portion moyenne. D'ailleurs, le soupçon que nous avions de l'espèce de chatonnement des extrémités; en d'autres termes, leur enfoncement dans l'épaisseur des parois de la vessie, joint à l'impossibilité de faire mouvoir le corps étranger, nous fit abandonner ce genre de tentatives. Nous aurions peut-être pu, au moyen de l'appareil de M. Civiale ou du brise-pierre de M. Heurteloup, parvenir à briser le bâton en deux; mais nous n'avions pas ces instruments et, malgré nos recherches, nous ne pûmes nous les procurer. Je crus devoir différer l'opération. Les douleurs allèrent en diminuant; je me bornai momentanément, pour les combattre, à l'emploi des bains de siége et des potions calmantes. Le sergent sortit bientôt de l'hôpital, et fit pendant un mois son service.

Il y revint alors, amaigri, accusant des douleurs vives dans les lombes, surtout en urinant, ou en faisant un effort, un mouvement brusque. Je me décidai à faire la taille périnéale latéralisée, assisté de MM. les médecins de la garnison et de M. Didot. En cinq minutes l'opération était faite; j'étais dans la vessie, mais nous n'étions là qu'au début des difficultés; je sentais le corps étranger avec les pinces et les doigts; mais il était impossible de le faire basculer. M. Didot me succéda et ne fut pas plus heureux. M. Joris proposa d'introduire une curette sous l'extrémité inférieure du bâton. En tirant à lui, il croyait pouvoir le faire basculer, et le retirer ensuite au moyen d'une simple pince à polype; il fit également d'inutiles efforts pour atteindre et dégager cette extrémité: elle était trop profondément engagée dans l'épaisseur des parois vésicales. Chacun apportait un procédé et nul ne réussissait. Nos tentatives duraient depuis une heure et demie, le malade souffrait, ses forces l'abandonnaient; nous avions cessé depuis longtemps l'usage du chloroforme. Nous nous retirâmes pour nous consulter sur le parti à prendre. M. Didot proposa une nouvelle opération (taille recto-vésicale), à cause de la position du corps étranger dont on sentait l'extrémité postérieure en introduisant un doigt dans le rectum. M. Versé, antérieurement déjà, avait proposé de couper le porte-plume au moyen de ciseaux; M. Decoudé revint à ce dernier moyen sur lequel j'insistai à mon tour. On proposa la scie à chaînette: mais son introduction n'offrait-elle pas de grandes difficultés, et le jeu de la scie ne devait-il pas dilacérer les tissus? Enfin, on se décida pour les ciseaux. M. Joris fut chargé de ce temps

de l'opération : il introduisit sur l'index gauche les ciseaux de Seutin, pendant qu'un aide, au moyen d'une pince, fixait le corps étranger. Les ciseaux fermés, il alla reconnaître avec l'extrémité mousse le corps étranger vers sa partie moyenne, glissa cette extrémité en arrière, et lorsqu'il crut que le bâton se trouvait à peu près au niveau de l'extrémité aiguë de l'instrument, il ouvrit lentement celui-ci, pendant que l'aide tirait à lui et amenait le corps étranger entre les deux tranchants. En opérant de cette manière, il évitait d'inciser les parois de la vessie; il fut assez heureux pour couper le bâton en deux, en employant toutefois une très grande force. L'extraction des deux bouts fut alors facile; ils étaient entourés de dépôts calcaires épais. Au moyen de la curette, on en retira encore de nombreux fragments restés dans la vessie. La plaie fut pansée à plat et le malade replacé dans son lit; quinze jours après, il était radicalement guéri, les urines avaient repris leur cours ordinaire et leur émission ne provoquait aucune douleur. Depuis, l'embonpoint a reparu et le sergent se dispose à reprendre son service. (*Ibid.*)

Huitième note

SUR UN BASSIN VICIÉ PAR OSTÉOMALAXIE ;

Par M. DEPAUL.

Le bassin dont je vais donner la description, dit M. Depaul, est celui d'une femme dont j'ai déjà publié l'observation sous un autre point de vue. La mort, qui survint très peu de temps après l'accouchement, avait eu pour cause un emphysème pulmonaire qui s'était développé pendant le travail, et qui trouva son explication dans une double circonstance : un vice de conformation de ce canal et le volume exagéré de la tête, qui était atteinte d'hydrocéphalie.

La nommée B., âgée de trente-deux ans, d'une taille assez élevée (1 mètre 60 centimètres), n'offrait rien à l'intérieur qui pût faire naître l'idée d'une mauvaise conformation du bassin. Il y a plus : treize ans auparavant elle était accouchée heureusement à terme d'un enfant très volumineux. Depuis cette époque sa santé paraît avoir été constamment bonne. Lorsqu'elle fut soumise à mon examen, elle était au terme d'une seconde grossesse, qui avait été heureuse comme la première, et en travail depuis quelque temps déjà. Après avoir acquis la certitude que les efforts naturels, qui étaient cependant très énergiques, étaient insuffisants, je dus recourir à une application de forceps, et ce ne fut qu'à l'aide de très vigoureuses tractions que je parvins à extraire la tête, qui était arrêté au détroit périnéal.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société le bassin que j'ai préparé, et qui présente les particularités suivantes :

Les os qui le constituent, envisagés d'une manière générale, sont aussi développés que dans un bassin normalement conformé. L'aspect de leur tissu aussi bien que leur épaisseur rappellent les conditions de la femme la mieux développée. Toutes les altérations consistent dans des déformations des os qui entrent dans la composition de ce canal.

Le sacrum offre à sa base et transversalement un diamètre de 11 centimètres; il a dans le même point, et d'avant en arrière, 7 centimètres de son sommet à sa base. En mesurant en ligne droite, il présente 9 centimètres et demi seulement. On trouve 13 centimètres et demi, au contraire, en suivant sa concavité. Cette énorme différence se rattache à une courbure exagérée qui frappe de prime abord, soit qu'on cherche à l'apprécier par sa face antérieure, soit qu'on veuille s'en faire une idée par le degré de convexité qui la traduit à sa face postérieure. Elle est telle, d'ailleurs, que sa partie moyenne est séparée de la tangente par un intervalle de 4 centimètres. Les articulations avec le coccix, les os iliaques et la colonne vertébrale n'offrent rien de particulier.

Comme le sacrum, le coccix offre une courbure plus grande que d'habitude.

La partie supérieure des os coxaux est plus droite que d'ordinaire, et rappelle la conformation normale de l'homme ; on dirait qu'elle a subit une pression d'avant en arrière, et il en est résulté que les fosses iliaques sont plus étroites que d'ordinaire, et qu'elles tendent à présenter une gouttière verticalement dirigée.

Les branches horizontales du pubis, les parties qui leur font suite, et qui correspondent aux cavités cotyloïdes, ont une direction presque rectiligne. Les branches ischio-pubiennes sont plus rapprochées que dans un bassin bien conformé; la gauche est moins courbée que celle du côté droit. Voici les dimensions de l'arcade qu'elles circonscrivent : on pourra mieux juger de ce qu'elles ont d'irrégulier. Au milieu de sa hauteur, elle présente 53 millimètres, et 8 centimètres seulement à sa base. Le corps du pubis a 4 centimètres dans le sens vertical.

La portion abdominale du canal est assez régulière; mais elle s'éloigne de la conformation qui caractérise le bassin de la femme, et rappelle bien mieux celle qui appartient à l'homme; elle a, du milieu d'une crête iliaque à l'autre, 24 centimètres; 21 d'une épine antéro-supérieure à l'autre, et 18 et demi d'une épine antéro-inférieure à la correspondante.

Le détroit supérieur, large en arrière, rétréci en avant, a la forme d'un cœur de carte à jouer. Son diamètre transversal est de 12 centimètres, l'antéro-postérieur de 9, et les obliques, qui sont égaux, ont 11 centimètres.

Le détroit inférieur, qui est un peu irrégulier, a considérablement perdu quant à l'étendue de ses diamètres. Le transversal n'offre que 8 centimètres, l'antéro-postérieur que 7 centimètres et demi. L'oblique droit a 8 centimètres, et le gauche 7 centimètres et demi seulement.

A quelle cause peut-on rapporter les déformations que je viens de faire connaître? Nous ne retrouvons pas dans ce bassin les traces habituelles du rachitisme. La courbure du sacrum est exagérée, au lieu d'être effacée plus ou moins complétement. L'arcade pubienne est rétrécie par le rapprochement des branches ischio-pubiennes, et de cette double circonstance résulte un resserrement notable du détroit périnéal. La forme des fosses iliaques n'est pas non plus celle qu'on remarque à la suite de cette maladie. Enfin, outre que les autres parties du squelette n'offrent aucune de ces déviations qu'elle leur imprime presque toujours, on retrouve aux divers os du bassin le développement en surface qui les caractérise à l'état normal ; ils n'ont de particulier que les inflexions vicieuses dont j'ai parlé.

Il n'est pas possible de le rapprocher de ces bassins, qui ont été décrits sous le nom de bassins viciés par défaut d'amplitude d'une manière absolue. En effet, ce qui les caractérise, c'est une régularité parfaite des os qui circonscrivent des ouvertures trop étroites, seulement parce qu'ils n'ont pas acquis leur développement ordinaire. On observe quelque chose de très différent sur la pièce que je présente : le canal est étroit et irrégulier, bien que chacun des os, pris séparément, ait les dimensions qu'on est convenu de regarder comme normales.

Quoiqu'il n'y ait rien dans les antécédents connus de la femme qui permette de fixer l'époque à laquelle la déformation s'est produite, on est, ce me semble, autorisé à admettre qu'elle est postérieure au premier accouchement, qui se fit avec facilité, quoique l'enfant fût très volumineux. Tout d'ailleurs, dans l'aspect général de ce bassin, rappelle l'ordre du vice de conformation produit par l'ostéomalaxie : l'aplatissement des régions antéro-latérales avec saillie du pubis, la courbure du sacrum, la forme des fosses iliaques creusées en gouttière et, avec tout cela, le développement complet des os, en voilà suffisamment pour justifier, à mon sens, l'étiologie que je signale. Si quelque doute pouvait rester encore dans l'esprit de quelqu'un des membres de la Société, il me sera facile de le dissiper en rapprochant cette pièce d'une autre que je possède, et pour laquelle l'origine ne peut être méconnue. Je me propose d'en faire prochainement l'objet d'une nouvelle communication.

(*Compte-rendu des séances de la Société de Biologie.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 février 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance ne comprend qu'une seule lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un rapport de M. Boussenard sur l'épidémie de choléra dans le département de la Meuse. (Commission du choléra.)

La correspondance manuscrite se compose des pièces suivantes :

Candidatures.

MM. Beau, Ricord, Larrey, Lévy, Danyau, Gobley et Bayle.

Choléra.

M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, propose de traiter le choléra par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine, de nitrate d'argent et de gaz oxygène. La région la plus convenable lui paraît être la région abdominale.

Pessaires.

M. Richard, de Toulouse, envoie un nouveau pessaire qui a des avantages incalculables, suivant l'auteur, sur tous ceux employés jusqu'à ce jour.

— M. de Paravey croit devoir informer l'Académie des avantages que pourraient retirer les médecins de la lecture d'un livre chinois intitulé : *Pen-tsao-hang-mou.* C'est une sorte d'encyclopédie médicale traitant de tous les animaux, végétaux et minéraux dont les produits peuvent être utiles, soit dans le médecine, soit dans les arts de toute nature.

Iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse.

M. Lafore, d'Agen, dénonce avoir employé avec succès, dans la méningite tuberculeuse, l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes dans vingt-quatre heures.

Remèdes non secrets et non inscrits dans le Codex.

M. Robinet lit un rapport officiel sur une question soulevée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce à propos de la vente du citrate de magnésie, et qui intéresse vivement les inventeurs de remèdes nouveaux *non secrets*, mais qui, par cela seul qu'ils ne sont pas inscrits dans le *Codex*, ne peuvent cependant être vendus sans tomber sous l'application de la loi relative aux remèdes prohibés. Après quelques observations de MM. Adelon, Caventou, Guibourt et Bégin, le travail est renvoyé à la commission, qui doit présenter le plus prochainement possible un projet de jurisprudence sur la question.

Après cette décision, l'Académie se forme en comité secret pour continuer la discussion des titres des compétiteurs pour le prix d'Argenteuil.

DE L'ÉCORCE DU CAIL-CÉDRA

comme succédané de celle du quinquina.

La rareté toujours croissante du quinquina deviendrait, pour certains pays surtout, une calamité publique s'il fallait désespérer de remplacer ce précieux médicament. Malheureusement les efforts jusqu'ici tentés dans cette voie ont été à peu près infructueux. On serait peut-être plus heureux si, au lieu de diriger ses recherches sur les produits de nos contrées européennes, on les dirigeait sur ceux des pays où les fièvres intermittentes font le plus de victimes. Il est d'ailleurs naturel de penser qu'il existe dans ces régions, encore mal explorées, des plantes, des arbres connus des indigènes, et qui les guérissent lorsqu'ils sont atteints par la maladie. C'est dans cette persuasion que M. E. Caventou écrivit à M. Servant, directeur des ponts et chaussées au Sénégal, pour lui demander s'il n'existerait pas dans cette colonie un fébrifuge assez puissant usité chez les noirs. M. Servant lui envoya l'écorce du cail-cédra, comme étant le fébrifuge le plus estimé par la population indigène, à tel point que celle-ci préfère généralement la décoction peu coûteuse qu'elle fait avec cette écorce au sulfate de quinine que lui offrent les Européens, et l'on sait avec quelle énergie la fièvre sévit au Sénégal. Nous donnons ici un extrait des recherches que M. Caventou vient de publier sur cette écorce, dans le numéro de novembre du *Journal de Pharmacie et de Chimie.*

L'écorce du cail-cedra est fournie par le *Khaya Senegalensis* (*Swietenia Senegalensis*). Cet arbre, qui est un des plus grands et des plus beaux de ceux qui ornent les bords de la Gambie et les basfonds de la presqu'île du cap Vert, appartient à la famille des Méliacées. Les propriétés fébrifuges de cette écorce, depuis longtemps déjà signalées par MM. Mérat et Delens, ainsi que par M. Guibourt, lui ont fait donner le nom de quinquina du Sénégal.

L'écorce du cail-cedra a environ 15 millimètres d'épaisseur ; elle est grisâtre à la surface extérieure, crevassée, très dure ; sous l'épiderme elle est d'un jaune rougeâtre, qui diminue d'intensité en allant du dehors au dedans ; elle développe par la mastication une amertume très sensible ; sa cassure est nette, d'un grain très serré, et elle offre, dans le sens de la longueur de l'arbre, des lignes blanches qui deviennent de plus en plus serrées et nombreuses en avançant dans l'intérieur de l'écorce.

La première pensée de M. Caventou a été qu'il pourrait exister un principe alcalin qui représenterait à la fois et le principe amer et les propriétés antipériodiques contenues dans cette écorce. Ce chimiste en a, en effet, extrait un principe organique bien spécial et distinct de ceux déjà connus. Il lui a donc donné le nom de *cail-cédrin.* C'est un corps solide, opaque, d'un aspect résineux, jaunâtre, d'une forme non cristalline, d'une saveur très amère et légèrement aromatique, soluble en petite quantité dans l'eau.

Une expérience faite à l'Hôtel-Dieu par M. Moutard-Martin, de concert avec M. Chomel, a semblé favorable à l'emploi du cail-cédrin contre la fièvre intermittente.

Si les faits de guérison se multiplient, nous indiquerons les procédés d'extraction de ce corps, qui n'est jusqu'à présent qu'un objet de pure curiosité, et qui, de l'aveu même de M. Caventou, appelle de nouvelles recherches. Mais, puisque, d'après le rapport de M. Servant, les naturels du Sénégal se guérissent des accès de fièvre les plus violents par la décoction aqueuse de l'écorce du cail-cédra, il nous semble que c'est sur cette même écorce que devraient se porter les premières recherches cliniques, d'autant plus que ce que l'on recherche, avant tout, c'est un fébrifuge à bon marché.

Le docteur Delabarre, dentiste de l'hospice des Orphelins, ouvrira sons cours d'éthérisation jeudi prochain à 2 heures, et le continuera les jeudis suivants, rue de la Paix, 18.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 16 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 21.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

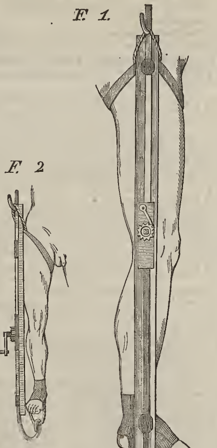
Revue clinique hebdomadaire.

Appareils nouveaux pour l'extension permanente dans les cas de fracture de la cuisse et de la jambe. — Un de nos correspondants, M. E. B..., nous adresse la note très intéressante qui suit et que nous insérons sans aucune réflexion.

Les chirurgiens des hôpitaux où chaque service est amplement muni d'appareils de toute espèce s'occupent rarement de modifier ces appareils, dans le seul but de les rendre moins dispendieux; les médecins des campagnes, au contraire, privés des ressources de la capitale où d'habiles fabricants saisissent la moindre idée émise par les maîtres en chirurgie, ces médecins n'ayant que les menuisiers ou serruriers du pays pour construire ce dont ils ont besoin, enfin s'adressant à la bourse de clients moins riches qu'une administration hospitalière, tendent sans cesse, dans la confection de leurs bandages, machines et appareils, à atteindre deux buts : 1° remplir l'indication donnée; 2° employer le moyen le moins cher et le plus facile à exécuter.

Nous soumettons aux praticiens deux appareils nouveaux dont l'expérience a constaté l'efficacité entre les mains de l'inventeur, M. le docteur Decoularé, au Neubourg (Eure).

Appareil pour fracture de cuisse. (Figures 1 et 2.)



Le point d'appui pour l'extension est pris sous le sous-pied d'une guêtre en peau, entourant avec les précautions connues le cou-de-pied du malade. Le point d'appui pour la contre-extension se prend sur la tubérosité sciatique, et se fait, comme toujours, à l'aide d'un coussin convenable qui entoure la racine du membre inférieur.

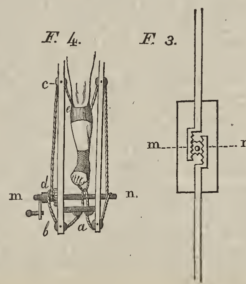
L'appareil qui s'applique en dehors, suivant toute la longueur du membre, se compose d'une forte attelle sur laquelle on a adapté ce qu'on appelle en serrurerie un *verrou à pignon*, système généralement employé pour la fermeture des fenêtres. Avec le verrou à pignon, en tournant une olive placée à la partie moyenne de la fenêtre, on fait monter une tige en même temps qu'une autre descend. Du reste nous donnons, figure 3, le dessin du mécanisme du verrou à pignon; o est le centre du pignon; *m* et *n* sont des crémaillères.)

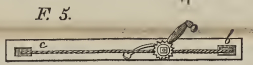
Mais il fallait modifier les extrémités des branches ascendante et descendante. Il a suffit de recourber cette dernière, ou branche extensive, jusqu'à ramener son extrémité sous la plante du pied pour y prendre à l'aide d'un crochet le sous-pied dont nous avons parlé, et d'un autre côté de bifurquer la branche ascendante ou contre-extensive destinée à tirer sur le coussin.

On le voit, tout serrurier de village peut enlever le verrou à pignon d'une fenêtre, l'adapter à une forte attelle et construire en un instant l'appareil de M. le docteur Decoularé.

Laissons à Vermandois et à Desault le mérite d'avoir doté la chirurgie d'appareils avec lesquels l'extension et la contre-extension s'opèrent au moyen des mêmes pièces; laissons à Vermandois le mérite d'avoir pris un point d'appui pour la contre-extension sur la tubérosité sciatique, et à Boyer enfin celui d'avoir par sa semelle mobile rendu l'extension plus parfaite. Il n'en reste pas moins un juste tribut d'éloges à M. le docteur Decoularé qui, en conservant intact chacun des avantages obtenus par ses devanciers, a rendu l'appareil plus simple et de beaucoup plus économique.

Appareil pour fracture de jambe (figure n° 4).





Le point d'appui pour l'extension est pris de la même manière que dans le cas de fracture de la cuisse. Le point d'appui pour la contre-extension est pris sur les tubérosités de l'extrémité supérieure de la jambe.

De chaque côté de la jambe est placée une attelle portant une poulie à ses deux bouts. En bas, ces deux attelles sont réunies par une traverse perforée à son centre et munie en ce point de deux poulies : en tout six poulies. A quelques centimètres au-dessus de cette traverse passe un cylindre mobile percé d'un trou, dans le sens de son diamètre, à chacune de ses extrémités, c'est-à-dire en dehors des attelles. Enfin, pour compléter l'appareil, il faut une corde de deux mètres environ.

En pliant cette corde en deux parties égales, on a une anse que l'on fait passer dans le sous-pied. Le bout de la corde qui pend au côté externe, par exemple, porte successivement sur les poulies *a* et *b*, passe par le trou percé en *d*, porte sur la poulie *c*, et enfin est fixé solidement en *e* sur une ceinture convenable. Le bout de la corde qui pend au côté interne suit une marche symétriquement opposée, il n'y a plus dès lors, pour pratiquer l'extension et la contre-extension, qu'à faire tourner le cylindre *m n*; en un mot, qu'à en faire un treuil. Les attelles sont en bois; les poulies et le treuil peuvent être de la même substance. Ces objets, avec la corde, forment donc un appareil d'un prix très modéré.

Nous savons bien qu'Hippocrate, pour les fractures de la jambe, indique un appareil moins cher encore, mais trop imparfait pour être cité aujourd'hui autrement que pour mémoire. Ce sont deux bourrelets entourant l'un le dessous du genou, l'autre le dessus des malléoles. Entre eux on plaçait des bâtons de cornouiller fléchis qui, en revenant sur eux-mêmes pour reprendre leur rectitude, repoussaient les cercles l'un en haut, l'autre en bas. (Voir la figure du traité de M. Vidal (de Cassis), page 244, tome II.)

L'appareil de M. le docteur Decoularé est non-seulement très économique, mais encore c'est peut-être le meilleur de tous, au point de vue chirurgical, l'extension et la contre-extension se font dans une excellente direction, et d'autre part en laissant assez d'écartement entre les deux attelles, on peut faire facilement le pansement qui plaira, et surveiller la jambe chaque jour sans le moindre dérangement.

Induration circonscrite du cerveau. — M. Duplay, médecin de l'hospice des Incurables (hommes), a observé récemment un fait qui mérite d'être profondément médité par les observateurs, et dont les exemples sont fort rares dans la science. Voici comment M. Duplay raconte lui-même ce qu'il a observé.

Le nommé Vautier, âgé de quarante-un ans, admis à l'hospice des Incurables (hommes) le 22 juin 1849, entre à l'infirmerie dans les derniers jours du mois d'octobre de la même année. Cet homme, placé dans une salle des grands infirmes, avait une paralysie complète des membres inférieurs. Il se servait à peine des membres supérieurs, et on était obligé de le faire manger, tant les mouvements de ces membres étaient faibles et incertains. Son intelligence paraissait intacte, car il comprenait bien tout ce qu'on lui disait; mais il avait une peine extrême pour articuler les mots. Sa sœur, qui venait le voir souvent, m'a donné sur la marche de sa maladie les renseignements suivants :

Cet homme a joui d'une bonne santé jusque vers l'année 1839. Il était fort, et supportait bien les fatigues de la profession de serrurier; il ne commettait pas d'excès de boisson, mais il paraît avoir abusé des plaisirs vénériens. Dans le courant de l'année 1839, il éprouva des engourdissements dans les deux membres inférieurs, qui s'affaiblirent insensiblement. La marche, d'abord incertaine, devint de plus en plus pénible; il fut bientôt obligé de se servir d'une canne, et ensuite de béquilles. Enfin, dans l'espace de deux ans, il perdit complètement l'usage des membres inférieurs. On employa contre ces symptômes tous les moyens usités en pareil cas. La colonne vertébrale fut couverte de cautères et de moxas. Le malade entra plus tard à l'hôpital Saint-Louis pour y subir un traitement par les bains sulfureux; mais aucun moyen ne put enrayer les accidents. Au bout de trois ans, la parole devint difficile; elle se conserva intacte au milieu de tous ces troubles du système nerveux. Le rectum et la vessie se paralysèrent. Le malade n'eut plus de selles qu'en les provoquant à l'aide de lavements ou de purgatifs. C'est vers l'époque où se manifesta l'embarras de la parole que les mouvements des membres supérieurs commencèrent à devenir incertains. Cet homme, ayant épuisé toutes ses ressources, et n'ayant pu obtenir aucune amélioration dans son état, fut admis à l'hospice des Incurables.

Le 29 octobre 1849, Vautier entra à l'infirmerie; il présentait alors les symptômes d'une péricardite et d'une pleurésie du côté gauche. Un traitement énergique fit disparaître ces accidents dans l'espace d'une quinzaine de jours. Mais le malade avait reçu une secousse violente par suite de cette double maladie. Il portait en outre à la région sacrée et à chaque région trochantérienne de vastes eschares; il était dans un état d'amaigrissement extrême, et tout faisait présager qu'il ne résisterait pas longtemps à l'abondante suppuration que fournissaient les eschares. Pendant son séjour à l'infirmerie, je constatai du côté des centres nerveux les phénomènes suivants, qui restèrent toujours les mêmes jusqu'à la mort du malade.

Il y avait paralysie complète des extrémités inférieures avec flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le bassin; prédominance de l'action des fléchisseurs sur les extenseurs, car lorsqu'on redressait les membres, ils reprenaient immédiatement leur demi-flexion. La sensibilité était conservée; les excitations, même les plus légères de la peau, étaient perçues par le malade. Les membres supérieurs exécutaient des mouvements; ils ne présentaient pas cette demi-flexion que l'on observait aux membres inférieurs; seulement le malade était incapable de coordonner leurs mouvements, et il laissait échapper facilement ce qu'il tenait à la main; la sensibilité y était aussi conservée. La parole était inintelligible. C'était par suite d'un travail très pénible que le malade pouvait articuler de temps en temps quelques mots. Du reste, l'intelligence paraissait intacte, et le malade comprenait les questions qu'on lui adressait. Les sens conservaient leur intégrité; le malade voyait, il entendait, il appréciait les odeurs et les saveurs. Le rectum était paralysé, et il y avait une incontinence d'urine. Les selles étaient quelquefois fort difficiles à provoquer, et je fus obligé plusieurs fois d'avoir recours à l'huile de croton tiglium pour en obtenir.

Tels furent les phénomènes que j'observai, et qui n'éprouvèrent aucune variation. Le malade s'affaiblit de plus en plus; épuisé par la suppuration que fournissaient les eschares, ainsi que de vastes décollements de la peau environnante, il succomba dans le dernier degré de marasme, le 23 novembre 1849.

L'autopsie fit reconnaître les désordres suivants, que la marche de la maladie était loin de faire supposer.

Tête. — Les os du crâne ne présentent rien de particulier. La dure-mère n'adhère pas à la surface interne du crâne, et la grande cavité de l'arachnoïde ne renferme pas plus de sérosité que dans les cas ordinaires. L'arachnoïde cérébrale présente sur la face convexe des hémisphères une teinte légèrement opaline; le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est légèrement infiltré d'une sérosité transparente; les membranes se détachent avec la plus grande facilité des circonvolutions cérébrales, et ne leur sont adhérentes dans aucun point.

La substance grise du cerveau est dans l'état normal, et l'on n'observe aucun changement ni dans sa consistance, ni dans sa coloration. Le premier tiers de la substance blanche de chaque côté, à part un léger pointillé rouge, conserve sa consistance normale. Mais les deux autres tiers, à mesure que l'on se rapproche des ventricules, présentent un changement

très notable de consistance. Cette portion de la substance cérébrale acquiert une consistance de plus en plus considérable. On la divise avec peine; les tranches qui en sont séparées résistent à la traction; ce n'est qu'avec un effort considérable que le doigt peut les diviser et les écraser. Il existe évidemment une induration des plus prononcées de la substance cérébrale. L'altération, entièrement identique des deux côtés, occupe une étendue de 6 centimètres d'avant en arrière sur 4 centimètres dans le sens transversal. La substance blanche perd de son éclat; elle est terne, a une teinte légèrement fauve.

La couche optique et le corps strié de chaque côté présentent aussi une augmentation de consistance, mais moins prononcée que celle de la substance blanche. Le ventricule ne contient que peu de sérosité limpide. La protubérance cérébrale semble avoir subi également une légère augmentation de consistance; mais il est plus difficile de la constater que dans la substance blanche du cerveau.

La moelle épinière est petite, grêle, comme atrophiée. Les membranes sont saines, et le canal vertébral ne présente dans aucun point de tumeur saillante ou de lésion appréciable. Le cordon médulaire, incisé dans toute son étendue et examiné avec le plus grand soin dans tous ses détails, conservant partout sa consistance et sa couleur naturelle, ne laisse découvrir aucune trace soit d'un ramollissement, soit d'une hémorrhagie, dont elle aurait été le siége.

Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

— Il est à regretter peut-être que dans cette observation M. Duplay n'ait pas insisté davantage sur la coloration des parties indurées, et surtout sur l'état du cerveau sous le rapport du volume. On sait que les cas, fort rares d'ailleurs, d'induration du cerveau qu'on a observés ont coïncidé presque tous avec une hypertrophie de l'organe, hypertrophie appréciable par le *tassement* qu'ont subi dans la boîte osseuse les circonvolutions normalement développées. Toutefois, il faut remarquer que dans le cas de M. Duplay la sérosité renfermée dans les cavités cérébrales était ce qu'elle est habituellement dans l'état normal, et ce caractère exclut à peu près certainement toute idée d'hypertrophie; car dans cet état, et l'on en conçoit facilement la raison, la sérosité se trouve plus ou moins complétement expulsée des interstices cérébraux où elle se trouve normalement. En outre, dans l'hypertrophie, l'induration concomitante est presque toujours générale, quoique assez souvent plus prononcée dans certains points que dans d'autres; tandis que dans le cas actuel l'induration, quoique fort étendue, était cependant assez nettement limitée.

Quant à la nature de cette induration, il serait impossible de se prononcer en faveur de telle ou telle hypothèse; les symptômes observés, c'est-à-dire les fourmillements et la contracture, sont les phénomènes habituels de l'inflammation cérébrale; mais on trouve aussi ces symptômes dans tant d'affections dont la nature inflammatoire est très douteuse qu'il est bien difficile de se baser sur ces phénomènes pour adopter telle ou telle opinion sur la nature de la maladie. Quant aux antécédents des malades, ils ne peuvent guère éclairer plus que les symptômes; des cas analogues au précédent ont quelquefois été rencontrés chez des individus atteints d'affections syphilitiques anciennes, mais il n'est pas dit que le malade de M. Duplay fût dans ce cas. Il faut donc pour le moment se contenter d'enregistrer ce fait parmi les cas curieux et qui doivent provoquer des recherches attentives de la part des observateurs.

Exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil. — Influence de cette lésion sur la production de l'ongle incarné. — Le service de M. le professeur Velpeau nous a offert récemment un exemple curieux d'exostose, qui est destiné à montrer sous un nouveau point de vue et à améliorer dans certains cas la thérapeutique d'une maladie fort incommode, l'ongle incarné. L'exostose dans ce cas siégeait sur la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil.

Cette exostose, dit M. Follin, qui l'a décrite avec beaucoup d'exactitude, grosse comme un petit pois, existait sur un jeune homme de quinze ans, d'une bonne santé habituelle et qui n'avait jamais eu la syphilis. Peu à peu cette tumeur avait soulevé l'ongle et amené successivement un onyxis. M. Velpeau en pratiqua l'ablation en taillant une sorte de lambeau osseux sur la face supérieure de la phalange. Dès qu'on eut enlevé la face supérieure de cet os, il devint facile de voir le pédicule de la tumeur osseuse qui se dessinait sur la coupe encore saignante de la partie. Traitée par un pansement simple, cette plaie a promptement guéri, et le malade est sorti de l'hôpital sans que la tumeur osseuse ait reparu.

Cette petite tumeur, disséquée avec soin, nous a semblé formée, ajoute M. Follin :

1° Par une base véritablement osseuse facilement reconnaissable;

2° Par un épaississement considérable du périoste, qui, étant venu s'ajouter à la base osseuse primitive, avait de beaucoup augmenté le volume de la tumeur, tellement que cette hypertrophie du périoste en constituait la plus grande partie.

Cette affection, sur laquelle Dupuytren a appelé spécialement l'attention, échappe sans doute souvent à l'observation, et est confondue généralement avec l'onyxis ordinaire; elle s'est rencontrée deux fois en un court espace de temps dans les salles de M. Velpeau.

Il est un point relatif à ces exostoses qui semble ne point avoir été vu par Dupuytren et qui a frappé l'attention du professeur de la Charité : plusieurs fois, il les a vues récidiver. Quoi qu'il en soit, l'extirpation par le bistouri en constitue le meilleur mode de traitement. Si on laissait ces petites tumeurs produire sur les parties molles plus de désordres qu'il n'y en avait encore dans les cas traités par M. Velpeau, elles simuleraient beaucoup mieux l'onyxis, et, en se bornant au traitement habituel de cette dernière affection, on s'exposerait certainement à des insuccès. Ce sera donc une obligation importante pour le praticien que de ne pas oublier de s'assurer de l'état de la phalange dans toutes les opérations d'ongle incarné qu'il aura à pratiquer.

Hémiplégie hystérique. — Il est une espèce de paraplégie qui, bien que n'étant point très rare, n'est cependant pas aussi connue qu'on pourrait peut-être le désirer. Ces paralysies non-seulement inspirent quelquefois aux malades et aux médecins des craintes beaucoup trop graves, mais encore elles conduisent souvent à des traitements inutiles et qui même ne sont pas toujours sans inconvénients à cause de leur énergie. Ces réflexions nous sont suggérées par une malade qui se trouve actuellement dans le service de M. Cruveilhier et dont l'affection peut être rapprochée de cette paralysie hystérique à laquelle nous faisons allusion, quoiqu'elle n'en offre pas précisément tous les caractères. Voici d'abord quelques mots sur cette malade. C'est une jeune fille de vingt ans, réglée à seize ans sans accidents et qui a continué à l'être régulièrement depuis cette époque. Cependant, quelque temps après la première apparition des règles, la malade ne se rappelle pas exactement l'époque, elle commença à éprouver des douleurs dans le dos et les reins; ces douleurs persistèrent d'une manière à peu près continue pendant près de deux ans sans que la malade y attachât une grande importance. Mais, après ce temps, elles commencèrent à s'accompagner d'un léger affaiblissement dans les membres inférieurs; cet affaiblissement s'accrut graduellement et finit, après une année, par devenir tellement prononcé que la malade ne pouvait plus se tenir sur ses jambes. C'est alors, c'est-à-dire il y a environ un an, que la malade entra dans le service de M. Cruveilhier; elle n'était jamais entrée dans aucun hôpital. Sa sensibilité, ainsi que nous le rapporte le savant professeur, était parfaitement conservée partout; la motilité seule était abolie d'une manière presque complète dans les membres inférieurs. Des frictions excitantes furent pratiquées le long de la colonne vertébrale; des applications de sangsues y furent faites; deux cautères y furent ensuite posés, et c'est deux mois après ce traitement énergique que les mouvements se rétablirent dans les membres de manière à permettre à la malade de se tenir debout; l'amélioration progressa alors sans interruption, et au bout du troisième mois la malade put sortir guérie. La guérison a toujours persisté depuis jusque vers la fin de l'année dernière. Dans les derniers jours de novembre, la malade éprouva de nouveau, dit-elle, des douleurs dans le dos et quelques semaines plus tard un affaiblissement marqué dans les membres inférieurs. Elle entra de nouveau à l'hôpital dans le courant de janvier se plaignant de ces deux symptômes. Des frictions, des bains et des ventouses scarifiées ont été prescrits à la malade, qui semble aujourd'hui complétement rétablie, quoiqu'elle accuse encore des douleurs dans le dos; mais l'existence de ces douleurs semble très douteuse aux personnes qui observent la malade pendant toute la journée et qui remarquent que sa physionomie change tout à fait d'expression suivant que le médecin est absent ou présent. On est donc porté à croire que ces douleurs sont simulées. En tout cas, la malade marche parfaitement.

Cette jeune fille n'ayant jamais eu des accès d'hystérie ni même de simples phénomènes hystériformes, on pourrait trouver étrange, à la rigueur, qu'on ait donné la qualification d'hystérique à la paraplégie dont elle a été affectée. Il y a pourtant quelques raisons à cela, et nous partageons complétement à cet égard les opinions de M. le professeur Cruveilhier; cette paraplégie peut être désignée sous le nom d'hystérique, parce que, comme toutes les paralysies véritablement hystériques, elle s'est terminée par une guérison complète et prompte; parce que, de même que les premières, elle ne s'accompagne certainement d'aucune lésion organique sérieuse, telle qu'une hémorrhagie, un ramollissement, etc. A la vérité c'est surtout ici un diagnostic *a posteriori*, un de ces diagnostics auxquels on a fait allusion en disant: *Morborum naturam ostendit curatio*. Toutefois, si l'on ne peut être aussi positif dans le diagnostic lorsqu'il n'y a pas d'hystérie que quand cette affection existe, on peut encore arriver à d'assez grandes probabilités pour éviter toute erreur thérapeutique fâcheuse. Ainsi, quand une paraplégie reconnaît pour cause un ramollissement, elle est à peu près toujours précédée ou même accompagnée pendant toute sa durée de contractures plus ou moins prononcées; quand, au contraire, elle est causée par une hémorrhagie rachidienne, elle débute brusquement et arrive généralement à son summum d'intensité dans les premiers jours, quand ce n'est pas dans les premières heures. De plus, dans le ramollissement il y a souvent une douleur circonscrite au siége même de la lésion et l'on voit que l'étendue de la paralysie est précisément en rapport avec la distribution des nerfs qui partent de la partie de la moelle située au-dessous des points altérés. Dans la paralysie hystérique, au contraire, ou dans celle qui lui ressemble, les douleurs, quand elles existent le long du cordon rachidien, sont beaucoup plus vagues ainsi que la paralysie elle-même. Enfin, tandis que cette dernière paralysie se présente presque toujours chez des jeunes filles ou au moins chez des jeunes gens, la première est au contraire beaucoup plus fréquente chez les adultes et les vieillards.

Toutes ces distinctions n'auraient pas un grand intérêt pratique si elles ne conduisaient à des modifications essentielles dans le traitement que l'on dirige habituellement contre la paraplégie. Au premier rang, parmi les moyens dont se compose ce traitement, se trouvent les saignées, les ventouses scarifiées, les sangsues et même les moxas. Chez une jeune fille, que nous voyons encore de temps en temps, et qui a été paraplégique et histérique pendant trois ans consécutifs, on avait littéralement détruit, par des cautères et des moxas, la plus grande partie des régions lombaires, qui sont actuellement couvertes de cicatrices profondes et difformes. Or, ce traitement, véritablement martyrisant, avait été suivi pendant trois ans avec autant de persévérance de la part du médecin que de résignation de la part de la jeune malade, et tout cela sans le moindre succès. Les pilules ferrugineuses, et spécialement celle de valérianate, un exercice d'abord communiqué, puis spontané, un long séjour à la campagne, des bains de rivière et des distractions de tout genre ont triomphé de cette maladie, qui semblait devoir réduire à la vie végétative une malheureuse jeune fille douée de toutes les qualités physiques et morales. Malheureusement ce traitement a été employé trop tard pour lui éviter bien des supplices et une affreuse mutilation. Tel est, en effet, le grand enseignement qui ressort de l'étude de ces paraplégies, c'est que dans l'hygiène doivent être recherchés presque exclusivement les moyens propres à combattre ces paraplégies hystériques, et non dans des procédés violents qui font toujours beaucoup plus de mal que de bien.

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Leçons cliniques sur la pneumonie.

(5e et 6e leçons. — *Voir* le n° du 7 février.)

Boissons. — Beaucoup de médecins, attribuant la pneumonie à une cause extérieure connue, et particulièrement à un refroidissement brusque, font usage de boissons chaudes, afin de favoriser le retour de la transpiration. Pour nous, nous sommes dans l'impossibilité de combattre une cause que nous ignorons dans la plupart des cas, et nous pensons, en outre, qu'il faut rejeter un moyen ayant pour effet d'activer les fonctions de l'organe malade.

Nous recommandons l'usage des boissons rafraîchissantes, pectorales, la solution de gomme, les infusions de mauve, de violettes, des quatre fleurs pectorales, édulcorées avec du sirop de gomme ou de groseille, suivant le goût du malade, et prises en petite quantité à la fois, de manière à désaltérer sans surcharger l'estomac.

Purgatifs. — Les purgatifs doux, tels que l'huile de ricin, l'eau de Sedlitz, le séné, produisent une révulsion favorable dans le cours de la pneumonie. Leur action vient s'ajouter à celle de la saignée pour diminuer l'intensité des premiers symptômes.

Vomitifs. — L'émétique à haute dose est aujourd'hui en grande faveur parmi les praticiens. On pense généralement que, même dans le cas où il ne détermine pas l'apparition des selles et des vomissements, il agit d'une manière directe et favorable sur les organes respiratoires. Nous pensons que cet effet occulte de l'émétique n'est pas suffisamment démontré dans la pratique, et peut très bien être contesté. De plus, lorsqu'après avoir administré ce médicament, nous ne voyons pas apparaître les vomissements, les selles, nous pensons que ce manque de vitalité des organes digestifs dénote une profonde altération de l'économie, et doit donner lieu à un pronostic beaucoup plus grave.

En 1836, dans les observations de M. Grisolle, sur 24 malades traités par les saignées et l'émétique à haute dose, 13 ont succombé sans que les effets ordinaires produits par ce médicament aient été observés chez eux. Ceux qui ont guéri, au contraire, ont eu tous des nausées, des vomissements, des selles nombreuses. Ces évacuations amenaient rapidement une grande amélioration. Ce fait nous confirme dans cette opinion, que l'émétique agit d'une manière d'autant plus favorable que ses effets sont plus marqués sur le tube digestif.

On peut employer l'émétique au début et à la fin de la pneumonie.

Au début, lorsque l'inflammation n'est pas encore intense, qu'elle est limitée à un petit espace, que les crachats ne sont pas encore sanguinolents, lorsque le malade a du dégoût, des nausées, alors l'émétique peut modifier avantageusement la marche de la pneumonie.

Si la pneumonie est arrivée au second degré, c'est-à-dire à sa période d'inflammation la plus intense, nous pensons que les inconvénients les plus graves peuvent résulter de l'emploi de l'émétique. Dans ce cas, les pressions exercées sur les poumons par les efforts que le malade fait pour vomir sont du plus fâcheux effet, et peuvent être comparées aux pressions qu'on exercerait sur un phlegmon dans sa période de progrès.

Mais lorsqu'au huitième jour apparaissent la crépitation de retour et les autres symptômes de résolution, lorsque l'abondance et la consistance des crachats exigent des efforts d'expectoration difficiles et menacent d'engorgement et de suffocation, dans ce cas la pression exercée sur le poumon aide à le dégorger. Du reste, la pneumonie en est arrivée à ce point où une infiltration séreuse a succédé à l'engouement et à cette période des maladies inflammatoires où la compression vient en aide à la résolution.

Sous le rapport de la quantité, l'émétique peut être administré à haute dose (0 gr. 30 à 0 gr. 80), ou à faible dose (0 gr. 20 à 0 gr. 30).

C'est à la faible dose que nous avons recours le plus souvent, après une ou deux saignées préalables. Nous ne recourons à la haute dose que dans le cas où l'état de faiblesse du malade rend les émissions sanguines impossibles; car, nous le répétons, l'action de l'émétique à haute dose et son influence sur la marche de la pneumonie nous paraissent assez obscures pour nous déterminer à n'y avoir recours que dans les cas désespérés où la saignée est devenue impossible. Alors nous aimons mieux employer un remède douteux que de rester inactif devant une maladie qui fait des progrès.

Ajoutons cependant que ce qui a pu faire croire à l'inaction et même à l'action défavorable de l'émétique à haute dose, c'est que dans la plupart des cas il a été employé chez les vieillards et les gens assez affaiblis pour que la saignée fût jugée impraticable. Dans de pareilles circonstances, on comprend que, quelque heureuse que soit l'influence d'un médicament, la maladie puisse se prolonger.

Kermès. — Lorsque les premiers moyens indiqués ont été épuisés sans succès, alors en dernier ressort nous employons le kermès à la dose de 4 grammes en vingt-quatre heures, en allant successivement et rapidement depuis 0 gr. 40 — 0 gr 60, et ainsi de suite. Nous pensons, avec un certain nombre de médecins, que ce médicament n'agit que lorsqu'il est mélangé avec un peu de tartre stibié. Administré dans l'état de

pureté parfaite, nous n'avons jamais constaté d'effet salutaire.

Oxyde blanc d'antimoine. — Les médecins ne sont pas d'accord sur l'utilité que l'on retire de l'emploi de ce médicament. Quant à nous, nous le regardons comme une substance à peu près inerte.

Vésicatoires. — Leur utilité dans le traitement de la pneumonie a été de tout temps reconnue; mais les opinions diffèrent sur l'époque de la maladie où il convient d'y recourir, sur le point où il faut les appliquer; enfin, de nos jours, il est des praticiens qui en rejettent l'emploi comme nuisible.

Nous pensons que l'application des vésicatoires est d'un effet salutaire lorsqu'elle est faite après des évacuations sanguines suffisantes. Dans le cas au contraire où l'inflammation serait à sa période d'intensité, il faudrait laisser de côté ces moyens, qui occasionneraient alors un mouvement fébrile plus intense et aggraveraient l'inflammation du poumon. Il faut les réserver pour l'époque où les saignées générales ne peuvent plus être pratiquées. Alors ils agissent comme révulsifs et dérivatifs, et l'excitation générale qu'ils occasionnent ne présente plus aucun danger. Ordinairement leur action se manifeste au bout de vingt-quatre heures.

Le vésicatoire doit être appliqué sur la paroi du thorax qui répond à la partie enflammée du poumon. Sa largeur doit être en rapport avec l'étendue de la lésion. Les petits vésicatoires sont presque aussi douloureux que les grands, et leur influence est beaucoup moins considérable.

Lorsqu'après l'application du vésicatoire l'état du malade s'améliore immédiatement, il faut alors employer les vésicatoires volants. Lorsqu'au contraire au bout de vingt-quatre heures l'amélioration n'a pas été sensible, on doit l'entretenir pendant quelques jours et jusqu'à la guérison, si au bout de ces quelques jours l'action a été manifeste.

Les débilitants jouent à juste titre le principal rôle dans le traitement de la pneumonie; cependant, il est des praticiens qui ont employé les toniques; Hoffmann pensait que le quinquina devait être administré au début.

Il faut prendre garde dans le traitement d'une maladie de s'abandonner trop facilement à la routine; ainsi, il est certain que le vin de quinquina, employé même au commencement, a été très utile dans des cas de prostration. Dans le service de M. Fouquier, à la Charité, un pneumonique présentant dans les premiers jours un état de faiblesse extrême, le vin de quinquina lui fut donné; l'amélioration fut immédiate, et la guérison suivit. Il faut distinguer entre une faiblesse inhérente à la constitution du sujet et celle qui peut survenir accidentellement par l'effet de la maladie. C'est principalement dans ce dernier cas que les toniques sont indiqués.

Il est encore une circonstance dans laquelle les toniques et le vin en particulier doivent être employés : c'est lorsque la pneumonie se présente chez un individu adonné à l'usage des boissons fortes; en effet, il ne faut pas perdre de vue ce principe que, dans les affections aiguës principalement, on doit autant que possible placer le malade dans les circonstances où il se trouve habituellement. C'est dans cette pensée que nous croyons utile de mêler un peu de vin aux tisanes chez un pneumonique livré à l'ivrognerie.

Ordinairement, il convient d'employer les toniques lorsque la faiblesse du malade est un obstacle à la résolution vers le huitième jour de la pneumonie.

Expectorants. — L'on recourt avec avantage à des remèdes calmants et qui peuvent remplir à la fois l'office d'expectorants, de béchiques, d'émollients, tels que les loochs gommeux et blancs. Certains sirops, parmi lesquels on peut citer le sirop pectoral de Lamouroux, réussissent également bien et ont été souvent conseillés par des praticiens distingués.

Cependant, dit M. Chomel, nous employons rarement les expectorants lorsqu'ils doivent occasionner un sentiment d'expuition plutôt que favoriser l'expectoration. Dans ce cas, la saignée, les vésicatoires, les vomitifs remplissent parfaitement le but et doivent être préférés.

Les *bains* sont un moyen redouté par un grand nombre de médecins qui craignent de renouveler la cause première de la maladie. Nous en recommandons l'usage au début lorsqu'on remarque de la sécheresse et de la chaleur à la peau et aux membranes muqueuses de la langue et du nez. Dans ces cas, leur emploi nous a paru offrir des avantages.

Narcotiques. Opium. — Nous sommes d'accord avec la généralité des praticiens sur l'effet nuisible de l'opium dans une maladie aiguë fiévreuse. Dans ce cas, le sommeil qu'il procure est accompagné de rêvasseries et de réveils tellement pénibles que le malade lui-même préfère l'insomnie. Nous faisons rarement usage des narcotiques dans la pneumonie; nous leur préférons les saignées et les émulsions dans la première et la seconde période. Cependant, lorsque la douleur persiste avec une acuité suffisante pour gêner la respiration et faire crier le malade lorsqu'il tousse, il devient nécessaire de calmer cette souffrance très nuisible; lorsque les saignées et les émollients n'ont pas agi dans ce sens, alors seulement nous avons recours aux narcotiques. Du reste, l'opium n'est réellement utile et ne procure du soulagement et un sommeil paisible au malade que lorsqu'il est administré en quantités très faibles et quand la douleur qui détermine de l'insomnie est plutôt cause de l'inflammation qu'occasionnée par elle.

Digitale. — Nous ne faisons pas usage de ce remède employé par quelques praticiens par la raison que le malade ne peut supporter la dose convenable et qu'on ne peut y arriver que peu à peu lorsque le besoin d'un secours prompt se fait sentir. Aussi nous pensons que ce médicament doit être rarement employé dans les maladies aiguës et dans la pneumonie en particulier.

Le musc a été préconisé par M. Récamier dans les pneumonies ataxiques en potion ou en lavement. Sans nous prononcer sur la valeur de ce médicament, nous donnons la préférence aux saignées, aux débilitants dans la pneumonie ataxique au début, aux toniques dans une période plus avancée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Fracture de la clavicule. Réunion sans cal difforme. Réflexion à cet égard.

Il sort aujourd'hui, 11 février 1850, un malade qui avait une fracture de la clavicule. Comme il nous présente un fait rare, je crois devoir fixer votre attention sur lui.

Il s'appelle Dominique Tamburini; il est âgé de trente-sept ans, limonadier, d'une très forte constitution, et en même temps très pusillanime. Il nous a raconté qu'étant dans une diligence celle-ci a versé, et que dans la chute il s'est brisé l'épaule. Deux jours après son accident, c'est-à-dire le 23 janvier, il est entré dans nos salles. Nous avons constaté, et vous avez pu le voir aussi, qu'il y avait une fracture oblique de la clavicule gauche siégeant à la réunion du tiers moyen avec le tiers externe.

Vous avez pu voir encore une fois que ce malade, malgré sa vive sensibilité, a porté sa main gauche sur le sommet de son bonnet. Nous lui avons fait appliquer notre bandage dextriné, qu'il a gardé pendant quinze jours. Hier nous avons constaté que la consolidation était assez forte pour empêcher toute mobilité entre les fragments. Mais le malade nous a offert un troisième point bien digne d'intérêt : c'est que sa fracture s'est guérie sans difformité. Ainsi au niveau des fragments il existe un petit renflement dû à l'épaisseur du cal; mais il n'y a pas de saillie anormale des deux bouts.

Bien des fois, cependant, je vous ai dit que cette guérison sans difformité était très difficile, sinon impossible. Ce fait ne détruit en rien mon opinion. Il existe en effet deux classes de fractures de la clavicule, que l'on guérit toujours sans difformité; la première est celle qui a son siége à l'extrémité scapulaire de la clavicule. Quand la fracture siége en ce point, les fragments sont retenus en place par des liens très puissants; il n'y a pas de déplacement possible. Ainsi on guérit les fractures de cette classe avec tous les bandages imaginés; on pourrait même arriver à un résultat semblable sans avoir recours à ces moyens. L'autre classe de fracture qui guérit sans difformité, est celle dans laquelle la solution de continuité a lieu transversalement ou bien par engrènement. Il n'y a pas de déplacement dans ce cas, et il n'est dès lors pas difficile d'arriver à un bon résultat.

Mais il n'en est plus de même pour les fractures obliques du corps de l'os. Ici la difficulté est presque insurmontable; cependant il peut y avoir des exceptions heureuses; on comprend très bien que les faisceaux musculaires qui s'insèrent à la clavicule puissent encore avoir assez de force pour maintenir les fragments en contact. Eh bien! c'est le cas que nous offre notre malade. Probablement les attaches du grand pectoral ou du deltoïde et du trapèze auront suffi pour empêcher que les deux bouts s'éloignent trop; le bandage dextriné a été appliqué dans ces bonnes conditions; le membre étant maintenu dans l'immobilité, la coaptation ne s'est pas détruite. C'est ce qui nous explique pourquoi nous avons obtenu un résultat heureux. C'est là une exception qu'il ne faut pas attribuer au bandage, mais bien plutôt aux faisceaux musculaires. Je dis qu'il ne faut pas l'attribuer au bandage, parce qu'il nous est arrivé maintes fois avec le même moyen d'avoir un cal difforme. Ceci vous explique pourquoi de temps à autre on voit dans les journaux des praticiens annoncer qu'ils ont trouvé un bandage pour guérir les fractures de la clavicule sans aucune difformité, et cela parce qu'ils auront été assez heureux pour trouver un cas semblable au nôtre. En général, ces sortes de praticiens ne sont pas au courant de la science, on le reconnait facilement à leur langage. Ils ne distinguent nullement quelle espèce de fracture ils ont traitée, quel était son siége, ce qui donne peu de valeur à leur observation. Mais on rencontre aussi des praticiens fort instruits qui, de bonne foi, se croient en possession d'un bon bandage parce que, par hasard, ils ont réussi une fois. Laissez-les faire, ils s'apercevront bientôt qu'ils étaient dans l'illusion, et que leur bandage ne vaut pas mieux, après tout, que tous ceux qui l'ont précédé. Je ne saurais trop, messieurs, vous engager à tenir compte de ces observations, pendant que vous êtes jeunes, afin que vous ne vous laissiez pas séduire par des résultats souvent trompeurs.

HOPITAL CIVIL DE STRASBOURG. — M. Forget.

Empoisonnement par l'arsenic. — Gangrène dite spontanée des membres inférieurs.

Le fait suivant, publié par M. le professeur Forget, mérite d'attirer à plusieurs égards l'attention des praticiens et des médecins légistes.

Un homme de soixante-trois ans, de forte constitution, teinturier, judiciairement poursuivi pour cause de viol, chercha à se donner la mort en avalant 60 grammes d'acide arsénieux délayé dans un demi-verre d'eau-de-vie. Cela se passait le 10 juin 1848, à dix heures du soir. Une heure après surviennent des vomissements abondants, puis des coliques et des selles répétées. Trouvant que la mort était lente à venir, le patient se rendit sur les bords du Rhin, remplit ses poches de cailloux et se jeta à l'eau; les douaniers l'aperçurent, le pêchèrent, et le conduisirent à l'hôpital civil, où il arriva le 11 juin à huit heures du matin, neuf heures après l'injection de l'arsenic. La face était pâle, altérée, la faiblesse extrême; froid des extrémités, du nez et des oreilles; pouls petit et fréquent, langue humide et froide, vives douleurs abdominales, selles liquides; intelligence nette, réponses lentes, préoccupations sinistres, refus d'accepter les secours qui lui furent offerts. (Administration immédiate d'une solution épaisse d'hydrate de protoxyde de fer, alternée avec une potion éthérée; sinapismes sur les jambes et les bras.) L'ingestion de la solution ferrugineuse provoqua d'abord des vomissements répétés. Deux heures après, la réaction se déclara; retour de la chaleur aux extrémités; face moins grippée, plus colorée; réponses plus faciles.

A midi, réaction assez vive; face rouge, vultueuse; pouls plein, fréquent; peau chaude; persistance des vomissements et des selles liquides. (Suspension de l'hydrate ferrique et de l'éther; saignée de 400 grammes, 20 sangsues à l'épigastre; chiendent avec nitrate de potasse, 4 grammes.) Vers le soir, réaction moins forte, chaleur et fièvre diminuées, pas de vomissements, coliques moins vives, selles plus rares, un peu de tension abdominale, abattement; la nuit fut assez bonne, à un peu de délire près. Le 12, faciès naturel; pouls à 116, assez développé; langue jaunâtre, un peu sèche; abdomen moins sensible et moins rénitent; une selle naturelle; urines normales en apparence. Le 13, accidents toxiques complétement dissipés. Depuis la veille, le malade disait sentir dans la jambe gauche d'assez vives douleurs qui avaient troublé son sommeil. Cette jambe ne paraissait pas sensiblement altérée dans son volume ni dans sa couleur; elle était un peu froide au toucher et douloureuse à la pression. Le 14, même état général, douleur très-vive à la jambe gauche; les orteils étaient notablement froids et décolorés. (Sachet chaud autour du membre inférieur gauche.) Le 15, état général très-satisfaisant; mais le pied et la jambe gauche étaient froids, livides, comme cyanosés par plaques jusqu'au genou et très-sensibles à la pression; les pulsations de l'artère crurale gauche étaient moins fortes, moins larges que celles du côté opposé; il en était de même de la poplitée; les pulsations de l'artère tibiale postérieure ne se percevaient plus au bas de la jambe gauche. Malgré les saignées locales, les applications d'alcool camphré et de térébenthine, les laxatifs, etc., la mortification fit des progrès; cependant, comme la gangrène semblait se limiter au-dessous du genou, et que le malade, qui s'affaissait, demandait instamment l'amputation, M. Rigaud se décida à la pratiquer le 20 juin, dix jours après l'empoisonnement.

L'opération, faite pendant le sommeil chloroformique, ne présenta rien de particulier, si ce n'est que les muscles incisés parurent très-peu rétractiles, et que l'on n'eut à lier d'autre artère que la crurale. Les jours suivants, le malade s'affaissa graduellement, le sphacèle s'empara du moignon, et la mort eut lieu le 1[er] juillet, vingt jours après l'empoisonnement, dix jours après l'amputation. La dissection de la jambe amputée fit constater: 1° la mortification des parties molles dans presque toute leur étendue; 2° la rougeur par plaques des artères principales, obstruées en quelques points par des caillots sanguins; 3° l'intégrité des veines, qui contenaient cependant quelques caillots, mais sans trace de phlébite ni de suppuration. La dissection du moignon crural, après la mort du sujet, révéla un commencement de gangrène des téguments des muscles. Les artères principales étaient épaissies, rougeâtres, contenaient quelques caillots sanguins mollasses, non adhérents; caillots consistant dans la veine crurale, au voisinage de la section du membre; au-dessus de ce caillot, la veine contenait une matière purulente et sanieuse qui remontait jusqu'à la veine-cave; pas de trace d'abcès métastatiques dans les viscères. Pendant la vie, on avait constaté, à diverses reprises, la présence d'une quantité considérable d'arsenic dans les matières vomies et dans les évacuations alvines; on en constata aussi la présence dans les urines jusqu'au 25 juin; on ne trouva pas de trace d'arsenic dans le sang provenant d'une saignée pratiquée le second jour de l'entrée du malade dans l'hôpital.

— Deux circonstances doivent surtout attirer notre attention dans cette observation curieuse. La première, c'est que le malade a survécu à une injection d'arsenic beaucoup plus considérable que celle qui est nécessaire pour causer la mort. Les nombreux vomissements éprouvés par le malade, le traitement qui lui a été administré peuvent bien avoir contribué à ce résultat; mais il n'en reste pas moins un des plus curieux que possèdent les annales de l'art.

Quant au second fait, qui est peut-être plus curieux encore, il consiste dans la concomitance de la gangrène et de l'empoisonnement. Est-ce là une simple coïncidence, est-ce un effet de l'action toxique de l'arsenic? Si l'âge du malade explique jusqu'à un certain point le développement spontané de la gangrène sans qu'on soit obligé d'invoquer la cause de l'empoisonnement, on ne peut méconnaître d'une autre part qu'une telle coïncidence serait pour le moins fort étrange... En outre on sait que l'arsenic a la propriété singulière de produire des gangrènes dans l'estomac, non par son action caustique directe sur la membrane muqueuse, mais bien par son action générale sur l'économie, ainsi que l'ont positivement démontré les expériences de M. Orfila. Il ne serait donc pas étonnant que cette action *mortifiante* qui se porte sur l'estomac pût changer de théâtre et se fixer aussi sur les vaisseaux d'un membre ou sur les tissus du membre lui-même. Cette hypothèse serait d'autant plus admissible dans ce cas que la dose d'arsenic ingérée était considérable et qu'elle ne paraît pas exercer bien violemment son action sur les membranes gastriques. C'est là en tout cas un sujet intéressant de nouvelles recherches, intéressant pour la pathologie, intéressant pour la médecine légale.

RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS

survenue pendant le travail de l'accouchement ; extraction de l'enfant par les voies naturelles. — Guérison.

Par M. le docteur J. Church.

La rupture de l'utérus est un accident tellement grave qu'il est presque généralement considéré comme mortel. Il est ce-

pendant dans la science des cas dans lesquels la guérison a eu lieu après l'extraction du fœtus, qu'elle ait été pratiquée par les voies naturelles ou par l'opération césarienne. Voici une observation du même genre :

Une femme de quarante-deux ans, forte et robuste, mère de neuf enfants et enceinte du dixième, avait éprouvé, dans le dernier ou dans les deux derniers mois de sa grossesse, des douleurs anormales du côté de l'utérus. Le travail de l'accouchement commença le 8 septembre, et lorsque l'auteur fut appelé auprès de cette dame, dans la nuit, la poche des eaux était rompue, le travail marchait lentement avec de fortes douleurs survenant à de longs intervalles ; trois heures après, le col était largement dilaté, et la tête de l'enfant touchait presque le périnée. Une demi-douzaine de douleurs eût complété le travail, lorsque tout d'un coup la malade s'écria : *Quelle crampe je viens de ressentir dans le ventre! Si cela continue, je sens que je vais mourir.* Supposant, d'après la cessation des douleurs utérines, qu'il était survenu quelque chose d'anormal du côté de l'utérus, l'auteur donna 30 gouttes de solution sédative d'opium. Bientôt après, la malade fut prise de nausées et de vomissements, de difficulté de respirer; la peau se couvrit d'une sueur froide ; la malade continuait à se plaindre de crampes dans le ventre. Une nouvelle dose d'opium fut administrée ; mais, les accidents ne se calmant pas, l'auteur pratiqua le toucher, et il reconnut que la tête s'était éloignée du périnée, au point qu'il était difficile de l'atteindre; il y avait une hémorrhagie, et en plaçant la main sur l'abdomen, on sentait distinctement le corps du fœtus à travers les parois abdominales. Plus de doute, l'utérus s'était déchiré ; effectivement, en portant la main dans cet organe, M. Church trouva une déchirure oblique s'étendant du voisinage du fond de l'utérus jusqu'au côté gauche de cet organe, déchirure par laquelle le fœtus avait passé dans la cavité péritonéale. Aidé d'un confrère, M. Church alla à la recherche de l'enfant et parvint non sans peine à l'entraîner par les voies naturelles. Le placenta fut retiré ensuite avec peu ou point d'hémorrhagie. — Repos; potion opiacée.

Six ou sept heures après, la malade était dans un grand affaiblissement, accusant des douleurs très vives, ayant un pouls à 120 et quelques nausées : on lui donna 20 gouttes de solution sédative d'opium. Dans la nuit, il survint de violents vomissements de matières âcres, verdâtres, qui excoriaient la bouche et les joues. — Nouvelle quantité d'opium ; quelques cuillerées d'arrow-root au lait.

La nuit du 10 au 11 fut encore mauvaise ; vomissements, sensibilité extrême et ballonnement de l'abdomen.

Dans la journée du 11, la malade fut prise de diarrhée, et les lochies, qui n'avaient jamais cessé entièrement, commencèrent à devenir abondantes.

Le 12, la diarrhée avait cessé; vomissements encore fréquents, langue brune et sèche, abdomen douloureux et ballonné. — Vésicatoire sur l'épigastre; un grain de calomel et un grain d'opium soir et matin ; deux cuillerées d'un mélange de carbonate de soude et de magnésie et d'eau de menthe toutes les quatre heures.

Le 13, les vomissements furent moins fréquents; ils cessèrent entièrement le lendemain; mais le ventre restait dur et tendu ; un peu de rougeur à gauche de l'ombilic. Cette rougeur augmenta avec gonflement; la peau s'amincit, et, s'ouvrant spontanément, donna issue à près d'un bassin de matière purulente et fétide. L'abcès s'était ouvert le 27; à partir de ce moment, il continua à fournir une grande quantité de pus.

Le 29, le vagin fut également le siége d'un écoulement purulent. Autour de l'ouverture de l'abcès de l'abdomen, la peau était détruite dans une circonférence de 2 à 3 pouces, et les muscles de l'abdomen mis à nu. Malgré ces accidents, et grâce à l'administration du sulfate de quinine et du quinquina, grâce aussi à une nourriture animale et substantielle, et à l'usage d'un vin généreux, la cicatrisation de l'ulcération de l'abdomen marcha régulièrement; l'écoulement vaginal se tarit, et le 17 novembre, la malade pouvait être considérée comme guérie. Elle a conservé derrière les parois abdominales, et adhérant à ces parois, une petite masse dure de la grosseur d'une pomme, et que l'auteur pense être l'utérus.

(*The Lancet* et *Arch. gén. de Méd.*)

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Sur la présence possible de l'arsenic, du plomb, du cuivre, du mercure ou du cobalt, dans les braises de boulangerie.

Sous ce titre, M. Vandenbrock publie un Mémoire dans lequel il établit que l'autorité doit défendre de la manière la plus absolue l'emploi du bois peint pour le chauffement des fours et des foyers servant à la fabrication du pain ou de toute autre substance alimentaire.

Pour conserver à qui de droit la priorité de l'idée, nous donnerons ici un passage extrait de l'*Encyclopédie Méthodique*, t. 1er, page 264, publié en 1782, ouvrage qui se vendait à Liége, chez Plonteux, imprimeur des Etats.

Nous ajouterons qu'il faut, lorsqu'on le peut, brûler du bois sec et fendu, même pour chauffer le four. On doit prendre de préférence le bois de chêne, de hêtre, et les bois blancs qui brûlent assez vite, sans avoir besoin d'être auparavant séchés au feu, comme les gros bois qui sont sujets à noircir.

« Ce qui s'exale du bois en séchant peut donner au four de l'odeur et une mauvaise qualité.

» On a l'expérience qu'un four chauffé avec de vieux treillages peints en vert a communiqué au pain la quantité empoisonnante du verdet; les autres couleurs, celles en blanc qui tiennent du plomb, seraient aussi pernicieuses. »

Cette note a été reproduite dans divers ouvrages. On conçoit que tous les bois peints peuvent donner, par suite des matières avec lesquelles ils ont été enduits, des cendres qui peuvent salir le pain et même le rendre dangereux.

Erreur dans les chiffres des formules.

M. D... nous a communiqué des formules qu'il conserve, et dans lesquelles il y a eu évidemment erreur pour les chiffres.

La première est un vomitif ; on prescrit :

Tartre stibié, 10 décigrammes à diviser en deux doses.

La deuxième porte : Ipécacuanba, 1 grain.
Emétique, 25 décigrammes.

On voit que les pharmaciens doivent être constamment en garde contre les erreurs de chiffres qui se glissent dans les formules, lorsqu'on fait usage des poids décimaux.

La difficulté pour les pharmaciens est de se mettre assez tôt en relation avec le médecin pour modifier la formule. On est quelquefois forcé, pour ne pas nuire au praticien, de la modifier soi-même.

Jusqu'à ce que le système décimal soit tout à fait passé dans les habitudes de la pratique médicale, l'exemple précédent montre à nos confrères combien il est important de réfléchir avant d'écrire les formules dans lesquelles entrent des substances toxiques.

Sur la différence qui peut exister dans le laudanum des pharmaciens.

Dans un article sur le laudanum, M. Talbot, pharmacien à Yvetot, établit que le laudanum de Sydenham présente des inégalités fâcheuses dans la proportion des principes actifs qu'il contient, inégalités qui proviennent de la différence de qualité des opiums employés.

Il propose, comme M. Béral l'a déjà fait, pour obtenir un laudanum ayant la même composition et le même degré d'activité dans toutes les officines, de substituer à l'opium brut, dont la richesse est variable, son extrait aqueux. S'étant assuré du rendement de l'opium en extrait, il établit que 26 à 27 grammes d'extrait équivalent aux 64 grammes d'opium brut de la formule du Codex. Ce serait dans le rapport qu'il faudrait observer.

Nous le dirons ici, la remarque de M. Talbot touchant l'irrégularité de composition de laudanum est fort juste ; mais le moyen qu'il indique pour la régulariser soulève quelques objections. Le laudanum de Sydenbam est une très-vieille préparation pour laquelle on s'est toujours servi d'opium brut ; il serait à craindre que la substitution de l'extrait n'y amenât un changement fâcheux. Autant que possible il ne faut agir qu'à bon escient dans les cas pareils. D'un autre côté, l'extrait peut aussi bien donner une préparation d'activité différente que l'opium brut, attendu qu'un extrait d'opium peut, comme l'opium lui-même, être riche, être pauvre et même, la fraude s'en mêlant, être tout à fait privé de morphine. Cependant, reconnaissons qu'il y a quelque chose à faire en ce sens. La modification devrait consister, selon nous, dans l'essai quantitatif de la richesse de l'opium en morphine, préalable à son emploi dans la préparation du laudanum de Sydenham, ajoutons, dans celle du laudanum de Rousseau et de tous les médicaments opiacés.

Nous soumettons cette réflexion aux rédacteurs du Codex entier. (*Journal de chirurgie médicale.*)

Moyen de découvrir le chloroforme dans le sang.

PAR M. RAGSKY.

Ce moyen est fondé sur la décomposition du chloroforme à la chaleur rouge, en carbone, acide chlorhydrique et chlore. On introduit le sang soumis à l'essai dans un flacon au col duquel est adapté un tube courbé à angle droit. La partie horizontale de ce tube est chauffée au rouge, puis on introduit dans l'extrémité ouverte une petite bande de papier imprégné d'empois ou d'iodure de potassium. On chauffe le flacon au bain-marie : le chloroforme se dégage et traverse le tube échauffé au rouge, où il se décompose. Le chlore libre réagit sur le papier recouvert d'empois, d'amidon et d'iodure, et lui fait prendre une coloration bleue. Suivant M. Ragsky, on peut de cette manière déceler la présence d'un millionième de chloroforme. Ainsi qu'il s'en est assuré par de nombreuses expériences, le même résultat ne s'obtient pas avec le sang d'individus sains ou malades non soumis à l'inhalation chloroformique.

M. Ragsky attribue l'engourdissement plus persistant produit par le chloroforme que par l'éther, à ce que le point d'ébullition du premier est plus élevé que celui du second. L'engourdissement lui-même tient, suivant le même auteur, à la substitution, dans les organes, des vapeurs de chloroforme et d'éther à la vapeur d'eau, qui a moins de force de tension, et par suite à l'augmentation de pression causée par l'introduction de ces vapeurs. (*Pharmaceutical journal.*)

Composition de l'eau de chaux.

PAR M. WITTSTEIN.

Suivant ce chimiste, il faut 732 p. d'eau froide pour dissoudre 1 p. de chaux anhydre. La solubilité de la chaux dans l'eau houillante est assez variable. Trois expériences ont donné les résultats suivants : 1495 p., 1570 p. et 1311 p. d'eau bouillante pour dissoudre 1 p. de cbaux.

Le carbonate de cbaux qui se dépose lorsqu'on abandonne l'eau de chaux à l'air de carbonate neutre, CO^2, CaO.

(*Pharmaceutical journal.*)

NOUVELLES.

M. Gaudineau, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Marseille, est promu à la 1re classe au même hôpital.

M. Lesguillon, ex-chirurgien aide-major au 31e de ligne, est nommé à un emploi de chirurgien aide-major commissionné au 74e de ligne (par application de l'ordonnance du 17 décembre 1840).

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre jeune et déjà distingué confrère M. Stuart Cooper, qui a succombé récemment à Auteuil à une longue et douloureuse maladie.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera un nouveau cours de médecine opératoire le 18 février 1850, à midi, à l'Ecole pratique.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis, dans le mois de janvier, leurs collections de 1849 pour les faire relier, peuvent les faire reprendre à notre bureau : elles sont toutes prêtes.

Le prix de la *Gazette des Hôpitaux* reliée (année 1849), est de 17 fr. 20 c. — L'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format. C'est aussi de cette année que date l'introduction de fréquentes gravures dans le texte de ce journal.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 19 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SRIEE. — TOME II. — N° 22.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR	9 FR.

PARIS, 18 FÉVRIER 1850.

Sur le Rapport

PRÉSENTÉ PAR M. THIERS A L'ASSEMBLÉE NATIONALE AU NOM DE LA COMMISSION DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE PUBLIQUES (1).

Quoiqu'il n'y ait aucun de nos lecteurs peut-être qui n'ait lu au moins une longue analyse de cette œuvre remarquable, dans laquelle l'auteur, avec une étonnante hauteur de vues jointe à une admirable clarté d'exposition, esquisse à grands traits toutes les formes que peuvent revêtir la prévoyance et l'assistance publiques, nous avons cru utile de présenter une rapide analyse de ce rapport (2), d'insister un instant sur les trop courtes de ses parties qui intéressent plus particulièrement la science médicale.

Pour embrasser d'un seul coup d'œil le vaste cercle des misères humaines, l'éminent rapporteur divise la vie de l'homme en trois périodes : l'enfance et l'adolescence, l'âge mûr, et la vieillesse. Il passe rapidement en revue les divers moyens de soulager les misères et les infortunes de chaque âge, et quelquefois, mais quelquefois seulement, il sonde avec profondeur les principes fondamentaux de quelques-uns de ces moyens récemment proposés.

A la période de l'enfance et de l'adolescence appartiennent les sociétés de charité maternelle, les asiles d'enfants trouvés, la question des *tours*, dont le rapporteur se montre partisan, les *crèches*, ou salles d'asile, la réglementation du travail des enfants dans les manufactures, les colonies pénitentiaires de jeunes détenus; les établissements des sourds-muets et des jeunes aveugles. Parmi les institutions qui se rapportent à cette première période, il y en a plusieurs dont l'organisation, pour être convenablement conçue et exécutée, exige l'intervention de la science médicale. Comment proportionner le travail des enfants à leurs forces, si l'on ne possède pas des connaissances physiologiques étendues? comment apprécier le meilleur mode de recueillir et d'élever les enfants abandonnés, si l'on ignore tout ce que l'observation médicale nous a appris sur les maladies, sur les susceptibilités, sur les besoins physiologiques de cet âge? Mais aucune des questions que peut soulever l'organisation de chacune de ces institutions n'a été abordée par le rapporteur; il a été historien plutôt que critique; et, tout en laissant entrevoir qu'il y avait à perfectionner, il s'est efforcé surtout de montrer qu'il n'y avait plus à créer.

La période de l'âge mûr a fourni au rapporteur des sujets plus nombreux, et surtout d'un abord beaucoup plus difficile. Dans ce chapitre, M. Thiers a traité successivement du droit au travail, des établissements de crédit, des associations ouvrières, des moyens de parer aux chômages, de la colonisation, de l'abolition de la mendicité, de l'amélioration des logements des classes ouvrières, enfin, des sociétés de secours mutuels. De tous ces vastes sujets d'étude, un seul, comme on le voit, rentrerait dans nos attributions spéciales et dans celles de nos lecteurs, c'est la construction des logements salubres et l'amélioration de ceux qui ne le sont pas. Mais ici encore le rapporteur s'est borné à une simple mention; il a consacré toutes ses recherches aux institutions économiques, qui entrent bien autrement dans les préoccupations du jour.

Passant enfin à la période de la vieillesse, le rapporteur étudie successivement les caisses d'épargne et les hospices, les deux seules institutions que comprenne cette période. Les hospices, dénomination sous laquelle le rapporteur comprend les hôpitaux, devaient nous intéresser d'une manière toute particulière. Malheureusement cette institution, comme celle des établissements d'enfants trouvés, comme la question des logements insalubres, a été sacrifiée à des objets plus en harmonie avec les préoccupations du moment, et l'on s'en est rapporté, pour améliorer nos grands établissements de secours médicaux, aux soins d'une sous-commission.

Quelques mots cependant ont été dits par M. le rapporteur, et quelques brefs qu'ils soient, nous croyons devoir les reproduire. Après avoir indiqué l'historique de l'institution et la part pour laquelle l'Etat et les particuliers doivent contribuer à l'entretenir, M. Thiers ajoute :

« Toutefois, il y aurait peut-être une modification à apporter au régime actuel des hospices, qu'il était du devoir de votre commission de signaler. L'hospice, sous le nom d'hôpital, inspire au peuple une sorte d'aversion. Bien avant que de dangereux excitateurs eussent cherché à soulever son orgueil contre la bienfaisance des âmes charitables qui s'occupent de la soulager, le peuple avait pour ce qu'on appelle l'hôpital une double répugnance; il s'y sentait humilié, et il s'y trouvait mal. Beaucoup de malheureux attendent en effet pour s'y rendre d'être réduits à la dernière extrémité; et quand ils s'y décident enfin, la séparation de la famille, laissée souvent dans le dénûment, est une douleur de plus ajoutée à la maladie ou à la vieillesse. Des hommes éclairés ont pensé que sans chercher à réduire les hospices existants, qui sont loin d'excéder le besoin, on pourrait, au lieu de les étendre dans l'avenir, employer les nouvelles ressources dont on disposerait à des secours distribués à domicile, quand il s'agirait d'infirmités temporaires, ou à de petites pensions de plus longue durée quand il s'agirait d'infirmités incurables. Il se pourrait dans ce cas qu'un faible secours en argent fût plus utile à l'individu secouru et à la famille qu'un lit dans l'hôpital le mieux administré.

» Mais il serait possible aussi que, dans beaucoup de cas, la même somme dépensée dans un établissement commun produisît une plus grande étendue de bien. Ce résultat doit varier suivant les circonstances, les lieux, les temps, et il est difficile qu'une solution définitive soit donnée à cet égard avant beaucoup de discussions et d'expériences.

» Votre commission a délégué à la sous-commission de la vieillesse l'examen de cette grave question. Il est quelques autres questions encore, moins importantes sans doute, mais intéressantes aussi, telles que celles qui concernent les bureaux de bienfaisance, les médecins gratuits, les eaux médicinales, les secours pour frais de funérailles, lesquelles sont en ce moment soumises aux diverses sous-commissions, et dont il vous sera prochainement rendu compte. »

Voilà tout ce que tiennent de place, dans un rapport de 156 pages sur l'assistance publique, les hospices, les hôpitaux et les autres institutions de secours médicaux. Accuserons-nous le rapporteur d'un laconisme qui équivaut à peu près à un silence complet? Nous comprenons trop les tristes nécessités qui nous obsèdent pour y songer, et les graves lacunes que nous signalons ne nous empêchent nullement d'admirer l'éloquent tableau dont nous venons d'indiquer rapidement l'ensemble. Mais n'y a-t-il pas lieu de déplorer que des hommes qui épuisent en vain toutes leurs forces intellectuelles à disserter sur des améliorations chimériques ne puissent pas consacrer un seul instant à étudier sérieusement des améliorations réelles, immédiatement applicables, et qui produiraient de si heureux résultats? Il nous faudra donc attendre, avant de revenir sur des questions que nous avons tant de fois soulevées, avant de discuter des mesures qui ne sont pas même indiquées ici, les travaux des sous-commissions. Puissent-ils ne pas se faire attendre trop longtemps! Nous terminerons cette rapide analyse par un second regret. Comment expliquer que dans une commission de *trente* membres, où tant de questions médicales doivent arrêter cette commission

(1) Cette commission, de trente membres, est composée de MM. Ancel, Arago (Emmanuel), de Beaumont (Gustave), Béchard, Berryer, Buffet, Callet, Cordier, Corne, Dupin (Charles), Godelle, Lequien, de Lespinay, Louvet, Levavasseur, de Melun (Ille-et-Vilaine), de Melun (Nord), de Montalembert, de Montebello, Noailles de Mouchy, Parisis, Piscatory, Proa, Raudot, de Rémusat, de Riancey, Savatier-Laroche, de Sèze et Thiers, rapporteur.

(2) Un libraire de Paris, M. Paulin, rue de Richelieu, 60, a eu l'heureuse idée de faire une impression à part de ce rapport remarquable, que tous les hommes qui s'occupent tant soit peu des institutions sociales voudront méditer et consulter souvent.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

L'Académie et le mardi-gras. — Un candidat peu ferré sur l'histoire. Un procès scandaleux.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

S'il y a un zèle digne d'admiration, c'est assurément celui de cette pauvre Académie dont on dit tant de mal et qui s'en va depuis tantôt vingt-cinq ans passer tous ses mardis-gras sans exception dans cette espèce de cave de la rue de Poitiers qui lui sert de temple, sacrifiant ainsi stoïquement ses plaisirs à ses graves devoirs. Mais si l'Académie accepte avec une résignation si digne d'éloges les obligations qu'elle suppose lui être imposées, s'ensuit-il que tous ses membres soient dans le même cas? Voilà peut-être une question à laquelle vous serez quelque peu embarrassé de répondre, et j'avoue que je suis dans le même cas. Toutefois, j'incline assez volontiers vers la négative, et je suis assez tenté de croire que M. Lecanu, par exemple, ne quitte pas tout à fait de gaieté de cœur ses crêpes pour venir à l'Académie. Ma raison est qu'à la séance de mardi dernier il a voulu entamer un petit dialogue carnavalesque qui trahissait évidemment les dispositions les plus joviales et les moins académiques. Par malheur ses collègues ont eu le mauvais esprit de ne pas se prêter à cette fantaisie toute de circonstance, et ils ont arrêté M. Lecanu dès les premiers mots de sa narration. Voici à quelle occasion l'honorable académicien a manifesté ses penchants à la gaieté locale. M. Robinet venait de faire son excellent rapport en faveur des inventeurs en général et de M. Rogé en particulier. Le vénérable M. Cornac, tout en approuvant le rapport, aurait désiré y trouver un mot de blâme à l'adresse des pharmaciens qui, sur leurs factures ou leurs propectus, énumèrent sans discernement comme sans conscience toutes les maladies dans lesquelles ils préconisent certains médicaments, bons d'ailleurs, mais dont le médecin peut seul apprécier les indications. Il paraît que M. Rogé n'échapperait pas à l'application des reproches formulés par M. Cornac. Quoi qu'il en soit, à peine ce dernier avait-il articulé sa proposition que M. Lecanu s'empare vivement de la parole : « Si vous attaquez les pharmaciens, dit-il, je vous en dirai bien d'autres et des plus fortes sur les médecins; n'en ai-je pas vu de vos confrères usurper les fonctions des apothicaires!... » Et ici l'orateur du mardi-gras commence un geste expressif qui, malheureusement pour les amis de la joie, est coupé, ainsi que la parole, par une explosion de : Oh! oh! et de : Ah! ah! Malgré l'intonation assez variée de ces exclamations, M. Lecanu sembla persuadé que l'Académie n'était pas en train de rire, et il s'en alla brusquement en jetant sur l'assistance un regard qui semblait vouloir dire : « Décidément, gni a pas moyen de rigoler ici; j'm'en va chercher queuque chose d' plus amusant. » Il partit, et le mardi-gras se passa comme tous les autres, à moins cependant que l'Académie ne se soit divertie *in petto*, car elle tomba presque aussitôt en comité secret.

— Pendant que M. Lecanu tentait de faire rire l'Académie sans y réussir, un candidat au professorat réussissait admirablement à faire rire son auditoire peut-être sans le vouloir. L'aventure est assez jolie pour prendre place dans les annales du feuilleton. Le susdit candidat avait fait une thèse tout comme les autres, et tout comme les autres aussi il avait plus ou moins cité Hippocrate, Galien, Celse, Abulcasis, Morgagni et Ambroise Paré; il avait spécialement cité Morgagni; mais, comme bien d'autres peut-être, il l'avait cité sans le lire et l'avait cité de travers; ce qui, selon moi, n'est pas un cas absolument pendable. Mais il y avait parmi les argumentateurs un érudit qui n'entend pas la plaisanterie sur les faits de l'histoire et qui apostrophe son compétiteur avec une certaine sévérité : « Monsieur, lui dit-il, vous avez attribué à Morgagni une erreur dont il est parfaitement innocent et dont vous vous seriez bien gardé de le rendre responsable si vous l'aviez lu. » — « Monsieur, répondit l'argumenté, j'ai cité Morgagni d'après des auteurs très recommandables qui, je dois le croire, ne lui ont fait dire que ce qu'il a dit en effet; mais je dois avouer que je n'ai point lu Morgagni et qu'il me serait même impossible de le lire, attendu que je ne sais pas l'anglais. » — « Mille pardons, monsieur, reprit l'argumentateur; si vous ne savez pas l'anglais, c'est bien différent..... Passons à un autre exercice. » On dit que les juges se sont montrés très satisfaits du candidat argumenté, et qu'ils le tiendraient pour un chirurgien accompli s'il savait un peu d'anglais; quant à l'auditoire, il a beaucoup ri et beaucoup applaudi le candidat argumenté; il était bien naturel que le public rendît en applaudissements ce qu'il avait reçu en amusement.

— Voici qui sera peut-être moins gai pour le corps médical et surtout pour un de ses membres. On dit qu'un confrère, ayant occupé dans la Faculté de Paris des fonctions officielles honorables, va être poursuivi devant les tribunaux pour avoir cherché à extorquer une somme indûment réclamée à titre d'honoraires. J'aime à croire qu'une affaire comme celle qui a affligé le corps médical il y a quelques années ne lui sera pas réservée cette année, et que la calomnie donne à l'affaire actuelle des proportions qu'elle ne doit point avoir; mais, si les bruits qui circulent étaient l'expression de la vérité, combien ne devrions-nous pas regretter qu'une forte organisation disciplinaire ne nous mette pas à l'abri de tous ces scandales professionnels qui affaiblissent tant notre considération déjà bien compromise par nos seules rivalités! Quand donc comprendrons-nous nos véritables intérêts? Je vous prie de ne pas attendre ce temps-là pour me répondre.

X...

dans sa marche, il ne se trouve pas un seul médecin? L'Assemblée pourrait-elle penser que le talent peut dispenser de toute étude spéciale pour résoudre certaines questions? Pense-t-elle que M. Berryer serait bien fort à discuter sur la polarisation de la lumière avec M. Biot, ou sur l'histoire naturelle avec Cuvier? Ces simples questions sont plus que suffisantes pour indiquer à l'Assemblée la voie qu'il convient de suivre; elles devraient en tous cas engager nos confrères représentants à réclamer l'exercice d'une prérogative qui dans les circonstances actuelles est un devoir impérieux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la phthisie pulmonaire.

(Quatrième article. — *Voir* les nos des 29 janvier, 5 et 12 février.)

Appréciation des phénomènes de la phthisie pulmonaire. — Nous compléterons la description de la phthisie pulmonaire, et nous vous initierons à l'appréciation des phénomènes de cette maladie en parlant de ces états de constitution qui sont la preuve des prédispositions qu'offrent certains individus.

Quand on considère en masse les sujets qui sont évidemment frappés de cette affection, on trouve que chez un certain nombre il y a prédisposition héréditaire ou congéniale s'accordant avec un mauvais état de constitution auquel viennent encore souvent s'ajouter la misère et une mauvaise alimentation. C'est cette forme qui constitue les deux tiers au moins des cas de phthisie que l'on rencontre, et c'est elle que Morton a appelée phthisie originaire. D'autres sujets ont vécu jusqu'à ce moment avec toutes les apparences d'une constitution vigoureuse et présentaient un état de santé satisfaisant; on ne peut, chez ces individus, trouver l'existence des signes de prédisposition, signes de prédisposition qui ne peuvent s'appliquer qu'aux phthisiques d'origine.

Ces derniers présentent, en général, soit les apparences d'une cachexie, soit les symptômes d'une débilité constitutionnelle spéciale; ils offrent des accidents se rapportant aux causes pathologiques de la phthisie, et la faisant présumer; ainsi les scrofuleux, qui sont, pour la plupart, destinés à devenir phthisiques. Dans ce cas, la prédisposition est plutôt annoncée par les symptômes de la cachexie, qui produira la phthisie, que par des accidents inhérents à la phthisie elle-même.

Il en est chez qui la débilité est constitutionnelle. Leur système musculaire est faible, les phénomènes de relation sont, chez eux, languissants sous le point de vue physique, mais les facultés intellectuelles sont, en général, très développées; la pâleur des téguments, la gracilité des formes, la maigreur générale, le regard vif, brillant, animé, les pommettes vivement colorées, la respiration courte, la déformation du thorax, l'étroitesse de la poitrine, la saillie du sternum dans son milieu, la convexité en dehors exagérée des côtes, l'incurvation en avant de la colonne vertébrale, le rétrécissement de la poitrine à sa partie inférieure, rétrécissement qui rend les hanches saillantes, tels sont les principaux signes physiques de la prédisposition à la phthisie. Les auteurs, même les plus anciens, et jusqu'à Hippocrate, ont ajouté à ces signes l'incurvation des ongles, la longueur et l'abondance des cheveux, la finesse des poils, le développement prononcé du système pileux sur tout le corps. On a remarqué, en effet, que la plupart des femmes affectées de phthisie avaient comme de petites moustaches. On a ajouté à ces signes un développement prononcé aussi de l'appareil chromatogène, ou bien la décoloration et la pâleur de la peau. On a fait de longues dissertations sur la forme crochue des ongles chez les phthisiques; on a élevé ce sujet jusqu'à la hauteur des discussions académiques, si on peut attribuer ce mot aux discussions académiques. Mais cette forme crochue tient tout simplement au peu de développement de la dernière phalange et de la pulpe des doigts, et au développement considérable du système pileux; car les ongles croissent chez le même individu dans les mêmes proportions que les cheveux. Si les cheveux sont minces ou épais, les ongles seront de même minces ou épais. L'ongle se moule sur l'extrémité élastique du doigt; c'est cette extrémité qui soutient l'ongle et lui donne sa forme normale, due aussi à la texture originelle dans la matrice de l'ongle. Si son extrémité est étroite, il se recourbera, de sorte que cette forme particulière ne peut être absolument un signe de phthisie, mais bien un phénomène qui se rapporte au développement du système pileux en longueur plutôt qu'en largeur, et qui appartient plutôt à ceux qui ont des dispositions à la phthisie tuberculeuse.

Il ne faut pas porter trop loin les conclusions à tirer des phénomènes de cette prédisposition, qui ne sont pas des signes de phthisie pulmonaire à proprement parler, mais d'une débilité constitutionnelle de l'organisme, dans laquelle le développement des tubercules est beaucoup plus facile que dans tout autre état de la constitution. Quoi qu'il en soit, s'ils ne sont pas des signes pathognomoniques absolus, ils ont quelque importance quand il s'agit de prévoir la phthisie chez un sujet qui les présente, et on peut en tirer des indications prophylactiques qui ne sont pas sans valeur.

Dès l'origine de la maladie on voit se produire une activité insolite de la respiration, qui devient plus courte et plus rapide; le malade ressent de la chaleur, de l'ardeur, et une douleur obtuse dans toute la poitrine; puis viennent des secousses de toux plus ou moins violentes se reproduisant à différents intervalles, et aussitôt que les poumons éprouvent la moindre excitation par des causes extérieures. Avec cela de la fréquence du pouls qui s'éleve sans qu'il y ait cependant d'état fébrile. On reconnaît bien à ces caractères la phthisie chronique à son début. Il n'y a pas d'état inflammatoire développé qui puisse rendre compte de ces phénomènes; il n'y a pas de phlogose qui explique cette irritabilité exagérée de la poitrine; qu'y a-t-il donc? Il y a des tubercules qui commencent; mais il est évident que la présence seule de ces petits tubercules à l'état miliaire ne pourraient rendre compte de tous ces accidents. Voyons alors dans ces phénomènes une circulation active vers le poumon avec une hématose plus rapide caractérisée par la chaleur qui se développe dans ces circonstances. Les parties graisseuses du sujet s'affaissent, le système musculaire, qui a besoin pour sa formation de molécules animalisées au plus haut degré, molécules qui se forment par une hématose active, s'affaisse aussi; le malade éprouve une excitation générale, de la chaleur à la paume des mains, une chaleur profonde dans les poumons, de l'agitation la nuit, de la chaleur à la peau, une certaine propension au coït; ces phénomènes résultent de l'exagération de l'hématose, qui détruit une partie de l'organisme dès le début de la maladie; les urines sont aqueuses, toutes les parties animalisées qui s'y trouvent d'ordinaire étant reportés vers le poumon qui les brûle, les fonctions plastiques ne suffisent plus à cette activité de l'organe de l'hématose, et les viscères marchent vers l'atrophie. Mais quand la phthisie est complète et se rattache à une masse plus ou moins considérable de tubercules, la respiration est forcée de s'accomplir par les parties du poumon restées perméables à l'air, la respiration sera donc plus active et les inspirations plus fréquentes. Par suite il y aura une accélération dans la circulation, pour que toute la masse du sang soit hématosée, le champ de l'hématose ayant diminué d'étendue, et le phthisique sera véritablement brûlé, non-seulement par les phénomènes déjà décrits qui se rattachent à la phthisie et qui n'ont fait qu'augmenter, mais encore par les phlogoses que cette activité circulatoire allume dans le poumon; de sorte que la désorganisation de la vie se fera et par la désorganisation du poumon et par l'usure générale de tout le corps. Les os s'amincissent et deviennent plus friables; le volume du cœur diminue, les vaisseaux perdent de leur diamètre, les muscles deviennent flasques, leur contraction est lente et insuffisante pour l'exéution complète des fonctions de relation, les formes extérieures s'affaissent, les fonctions sécrétoires et excrétoires s'affaiblissent, l'appareil crypteux de la peau ne fonctionne plus, et le peau se salit facilement; il survient des sueurs colliquatives, visqueuses, et contenant de l'albumine, sueurs qui indiquent la suspension d'activité de l'appareil secrétoire du derme; de sorte que le phthisique, par les accidents qu'occasionnent en lui tant la destruction des poumons que les phénomènes généraux, est conduit à user son existence par une activité insolite de l'appareil de l'hématose qui consomme l'organisme quand on ne peut subvenir à ces déperditions par des molécules venues du dehors et destinées à contre-balancer autant que possible l'appauvrissement général causé par cette surexcitation. On conçoit que cette appréciation des phénomènes de la phthisie est modifiée par toutes les circonstances accessoires de phlogose qu'on peut voir survenir dans les poumons ou dans les viscères abdominaux.

— Chez les sujets tuberculeux, il s'établit secondairement un état général de diathèse inflammatoire. Chez eux, toutes les phlogoses tendent à la suppuration et s'allument avec la plus grande facilité sous l'influence de causes déterminantes même très légères. Cette diathèse inflammatoire peut devenir si intense que les phlogoses naissent spontanément, et on trouve là un état général secondaire qui concourt à aggraver les accidents de la maladie tuberculeuse. Telle est l'origine de ces inflammations locales qui surviennent si facilement chez les phthisiques: des eczémas, véritable affection catarrhale de la peau; phlogose des cryptes mucipares du derme, des érysipèles, des phlegmons secondaires; de la phlogose de la muqueuse buccale, phlogose qui peut s'étendre jusqu'au pharynx et modifier la sécrétion de l'épithélium de manière à donner de petites plaques grises en plus ou moins grand nombre, c'est le muguet; enfin du développement secondaire des gastrites aiguës et chroniques, des entérites déterminant le catarrhe de la muqueuse du tube intestinal, cause de diarrhées colliquatives. On voit, par tous ces accidents, que le sujet occupé par la maladie tuberculeuse n'en est pas quitte pour les simples accidents de cette maladie, mais qu'il est sous l'influence d'un état pathologique secondaire déterminant des phlogoses qui rendent souvent si pénibles et si douloureux les derniers temps de la vie d'un phthisique.

Nous avons vu que l'hématose avait augmenté d'intensité chez les phthisiques; à l'appui de ce principe on a apporté cette observation que jamais on n'avait vu se développer chez les phthisiques les états pathologiques qui se rattachent à la suspension des fonctions de la circulation capillaire. Il en est un dont la cause est aujourd'hui reconnue: c'est le carcinome, toujours déterminé par une stase sanguine dans les capillaires. Jamais le carcinome n'a été observé chez un tuberculeux. Jamais un phthisique ne présente d'accidents de gangrène comme le sujet affecté de typhus; mais s'il a des excoriations dans quelque partie du corps que ce soit, elles sont toujours le point de départ de longues et intarissables suppurations. Il y a donc dans la phthisie une condition toute spéciale, contraire à celle dans laquelle on voit survenir une imperfection de circulation dans les capillaires et les accidents de cette imperfection.

Etiologie. — On a maintenant à rechercher quelles sont les causes de la phthisie. On conçoit qu'une maladie aussi terrible et qui exerce de si grands ravages sur la surface du globe a dû exciter au plus haut point les recherches des pathologistes: aussi connaît-on parfaitement les causes qui la déterminent.

Dans l'étiologie de la phthisie, il y a des données certaines et des données incertaines. Parmi les données certaines, voici les principales: c'est une maladie héréditaire; presque jamais on ne trouve dans une famille un exemple unique de tubercules, et les différents membres de cette famille qui en seront frappés ne seront pas toujours ceux qui vivent dans les mêmes conditions, mais souvent dans des conditions différentes. Ces conditions hygiéniques ne sont donc pas, dans ce cas, les causes principales déterminantes de la phthisie chez ces sujets.

L'hérédité se fortifie par son extension. Ainsi, des enfants frappés de phthisie meurent avant leurs parents de cette maladie qu'ils ont héritée d'eux. On est appelé pour donner des soins à des enfants tuberculeux, qui succombent bientôt à cette affection; puis le père ou la mère, quelquefois le grand-père ou la grand'mère, qui se sont bien portés jusqu'alors, succombent à leur tour un an, deux ans, trois ans après à cette même affection. Il y a là la preuve évidente que la prédisposition aux tubercules, qui grandit avec l'âge, atteint son summum d'activité d'autant plus promptement qu'elle a été transmise plus de fois; de là ces familles qui sont anéanties tout entières par la phthisie en commençant par les plus jeunes enfants, et les sujets les plus avancés en âge succombant les derniers. Cette hérédité de la maladie tuberculeuse n'est contestée par personne, et il n'est pas un médecin qui ne puisse dans sa pratique en citer de nombreux exemples.

La phthisie a des causes pathologiques incontestables. Toutes les fois qu'on prendra des individus vivant au grand air, se livrant à des travaux actifs qui faciliteront l'accomplissement de leurs fonctions organiques, et qu'on les rendra stationnaires, les mettant dans des conditions propres à suspendre la stimulation qu'éprouvaient chez eux tous les appareils, les fonctions de l'hématose étant ralenties, on créera chez eux des dispositions à la phthisie. Ainsi, les animaux sauvages, enlevés à leur état de liberté et renfermés dans nos ménageries, deviennent phthisiques dans un temps très court. Ce n'est pas qu'on ne leur fournisse une alimentation suffisante, car on n'épargne certes pas la nourriture au Jardin-des-Plantes; mais ces animaux ne sont plus dans les conditions nécessaires à l'entretien normal de leurs fonctions organiques. Il y a, dans cet exemple, une condition qu'on retrouvera la même pour les hommes placés dans différentes circonstances de la vie. Si on prend dans les champs des hommes qui se livrent habituellement à un travail actif, qui ont une nourriture grossière, il est vrai, mais qu'ils parviennent facilement à digérer par l'activité que donne à leur force digestive l'exercice auquel ils s'adonnent; si on prend ces hommes et qu'on les soumette aux maisons basses et humides de Paris, à l'air vicié des ateliers et des manufactures, ne les met-on pas dans les mêmes conditions que ces lions et ces singes qu'on élève dans les ménageries? Si on les soumet à des impulsions, à des excitants qui hâtent les déperditions de l'organisme, on voit nécessairement arriver les accidents de débilité prédisposant à l'invasion de la phthisie. Les ouvriers qui boivent des liqueurs alcooliques précipitent la circulation, favorisent l'hématose qui consume les molécules animalisées, et par une nourriture mauvaise et insuffisante ne subviennent pas aux déperditions qu'ils éprouvent; de là les ravages que la phthisie exerce sur eux, ravages qu'on voit tous les jours par le transport des ouvriers de la campagne dans les cloaques des villes.

La phthisie est due aussi à des causes hygiéniques spéciales indépendantes de celles qui précèdent. En prenant un sujet bien constitué qui n'a pas de prédisposition héréditaire, si on le place dans les conditions énervantes qui déterminent une déperdition des matériaux de l'organisme, il deviendra phthisique. Les sujets jetés dans les ateliers malsains, soumis à des travaux énervants, comme ceux qui s'exécutent dans les manufactures où on entretient un haut degré de chaleur, dans celles où on file le coton, par exemple, qui sont toujours à 30 ou 32 degrés Réaumur; les sujets placés dans ces conditions sédentaires éprouvent des transpirations abondantes, sortent et s'exposent à l'air froid, se nourrissent mal, prennent des aliments excitants, et se trouvent ainsi dans des conditions qui les mènent presque infailliblement à la phthisie.

Toutes les causes qui énervent l'organisme prédisposent au développement des tubercules: ainsi les excès de coït, de veille ou de travail, les chagrins prolongés, les commotions morales fréquemment répétées; et souvent on arrive à trouver que ces accidents fâcheux ne sont que les causes qui déterminent la phthisie, favorisée d'ailleurs par une prédisposition constitutionnelle.

La phthisie admet encore des causes pathologiques, et tout d'abord la cachexie scrofuleuse, qui conduit au développement de tubercules dans diverses régions du corps et surtout dans les ganglions lymphatiques du cou. Tous les scrofuleux ne deviennent pas infailliblement tuberculeux, quelques-uns ne le sont pas, et les gonflements strumeux des ganglions lymphatiques ne déterminent pas toujours des tubercules dans ces ganglions; mais, en général, la phthisie se développe de préférence et plus facilement chez les sujets scrofuleux depuis longtemps, surtout lorsqu'ils le sont à un haut degré.

La cachexie scrofuleuse peut naître par la réunion de toutes les causes qui ont été mentionnées plus haut; on comprendra facilement dès lors comment les scrofuleux peuvent devenir phthisiques, puisque les causes qui favorisent le développement de la scrofule favorisent aussi le développement des tubercules, et quand la cachexie scrofuleuse existe par avance chez un sujet, la phthisie dont il est atteint n'en marche que plus rapidement.

La phthisie peut aussi se développer à la suite de cachexies prolongées, cachexies qui ont pu débiliter l'organisme; ainsi on la voit survenir à la suite d'une syphilis prolongée, à tel point que, quand il s'est agi de soumettre les malades au traitement mercuriel, on s'est demandé si ce médicament n'était pas une cause déterminante de la formation de tubercules. Cette thèse a été le grand argument des charlatans qui prétendent guérir la syphilis sans mercure; mais il est reconnu que le mercure n'est pour rien dans le développement des tubercules, et on a vu des sujets chez lesquels l'administration de ce médicament avait fait rétrograder, mais non pas guérir, les accidents de la phthisie. Aussi Boerhaave et, après lui, Van-Swiéten conseillent-ils de toujours commencer le traitement de la phthisie par l'administration du mercure.

Le scorbut prolongé occasionne souvent la phthisie, mais pas tant que dure l'affection scorbutique, avec ses signes spéciaux qui sont tout à fait différents de ceux de la tuberculisation et ne peuvent coexister avec eux; souvent le dévelop-

pement des tubercules succède à cette cachexie aussitôt qu'on a rendu aux organes leur vitalité première, et surtout à la circulation sa rapidité primitive.

Il arrivera, principalement si l'on fait de la médecine dans les hôpitaux, de voir la phthisie se déclarer à la suite de maladies graves, surtout de maladies caractérisées par un violent état fébrile, qu'elles soient traumatiques, qu'elles soient spécifiques comme la variole et la rougeole, qu'elles soient inflammatoires comme la pneumonie, la bronchite. On voit donc ces accidents tuberculeux se développer à la suite des grandes maladies qui ont donné lieu à une surexcitation de l'appareil circulatoire, et chez des sujets chez lesquels il n'existait aucune lésion de ce genre ni avant, ni pendant la maladie; c'est que les conditions spéciales de ces maladies placent l'organisme dans les circonstances où il se trouve chez ceux qui ne peuvent supporter une longue excitation, et chez ces sujets l'organisme est véritablement oxydé. Il arrive souvent aussi, dans ces malheureuses terminaisons, qu'on attribue au traitement du médecin la cause de cette invasion de la phthisie. Fréquemment, chez ces sujets, il y a une prédisposition qu'on ne connaît pas faute de renseignements quelquefois si difficiles à établir avec exactitude.

Certaines cachexies qui peuvent être les causes déterminantes de la phthisie, peuvent aussi la modifier dans sa marche. Un individu est tuberculeux; il appartient à une famille de goutteux et est goutteux lui-même; la maladie arthritique, sous l'influence de laquelle il se trouve, détermine la sécrétion de produits calcaires autour des articulations, et dans leur intérieur, ces produits calcaires constituent les tophus. Cet état cachectique venant à exister chez un sujet qui devient tuberculeux, la sécrétion des tubercules est modifiée, la quantité de matière calcaire qu'ils contiennent est proportionnellement de beaucoup augmentée par le dépôt d'urate et de carbonate de chaux qui se fait dans leur intérieur en plus grande abondance. Les tubercules, en se ramollissant et s'expectorant, laissent dans les cavernes formées des calculs plus ou moins gros, calculs qui constituent la phthisie dite calculeuse. Cette phthisie ne diffère de l'autre que par le développement de la matière calcaire des tubercules en plus grande quantité. Chez les sujets avancés en âge, la matière calcaire prédomine dans l'organisme, et les tubercules qu'ils présentent en sont modifiés. Aussi, dans les tubercules des vieillards, qui sont rares du reste, y a-t-il plus de matière calcaire que dans ceux des sujets plus jeunes; mais, dans ce cas, cette modification est due à une circonstance physiologique, et non à une circonstance pathologique, comme chez ceux qui sont affectés de la goutte.

La phthisie n'affecte pas, dit-on, tous les âges; elle se manifeste surtout chez les sujets placés dans des conditions qui peuvent activer tous les organes, et surtout l'appareil circulatoire, comme, par exemple, les révolutions qui s'opèrent dans l'organisme à certaines époques; ainsi, la puberté, et chez les femmes, spécialement la grossesse et la lactation, qui déterminent une surexcitation de l'hématose. La phthisie diminue de fréquence à mesure que l'on considère des sujets plus avancés en âge; et quand on la trouve chez des vieillards, le plus souvent son évolution a commencé il y a déjà bien longtemps. Ces phénomènes se présentent semblables même chez ceux qui offrent une phthisie héréditaire; aussi, comme nous l'avons déjà dit, la phthisie affecte-t-elle plus violemment, dans les familles, les jeunes sujets, plus disposés qu'ils sont à ces surexcitations déterminantes des tubercules.

OBSERVATION DE TRANSFUSION DU SANG

et considérations sur cette opération.

Par M. Bougard.

Encore une tentative de transfusion, et cette fois pratiquée au moins sans insuccès, sinon avec un succès complet. Cette observation vaincra-t-elle l'opinion à peu près unanime qui a condamné la transfusion? Nous ne le pensons pas; mais nous ne croyons pas pouvoir nous dispenser de rapporter ce nouveau fait, qui doit certainement compter parmi les pièces à l'aide desquelles la question se décidera définitivement.

La simplicité de l'appareil instrumental employé est ce qu'il y a de plus frappant dans l'opération de M. Bougard, et le succès remarquable, quoique temporaire seulement, obtenu dans ce cas a sans doute été dû en grande partie à la rapidité que permettait le manuel ainsi perfectionné.

Débarrassant l'instrument des complications inutiles qu'y avaient laissées MM. Sotteau et Blundell, M. Bougard le fait consister seulement en une petite canule conique faisant par conséquent bouchon et qu'on place d'avance dans la veine de la personne anémique. Un tube élastique est terminé d'un côté par une ouverture simple pour s'adapter à la canule, de l'autre par un récipient auquel on donne la forme triangulaire afin d'éviter le mouvement de rotation du liquide. Un robinet laisse au gré de l'opérateur le sang passer du récipient dans le tube.

L'appareil étant enveloppé de compresses imbibées d'eau chaude, on saigne la personne qui fournit le sang. On recueille ce liquide dans le récipient en dirigeant celui-ci de manière à recevoir le jet. Il faut en laisser accumuler près de 2 onces dans le récipient sans ouvrir le robinet pour éviter l'introduction de l'air et la suspension de l'écoulement de sang par le tube durant l'opération. Cela fait, on ouvre donc le robinet, et, au moment où le sang commence à sortir par l'ouverture inférieure du tube, on introduit celui-ci dans la canule. La transfusion s'effectue ainsi le plus directement possible pendant le temps fixé.

Cette opération ainsi simplifiée a été appliquée par M. Bougard chez une femme de vingt-six ans, qui, à la suite d'hémoptysies traitées au moyen de déplétions sanguines extrêmement copieuses, fut prise de métrorrhagies, puis d'une chloro-anémie qui s'accompagna d'un état de débilité si prononcé que la malheureuse ne pouvait être changée de lit sans prendre une syncope. Sa faiblesse était encore augmentée par des hémorrhagies spontanées ayant lieu par la vulve, les orteils, la bouche, les yeux et les mamelons. Les aliments provoquent presque constamment le vomissement.

Les secours habituels de la médecine étant demeurés impuissants, et le danger augmentant toujours, on pratiqua la transfusion le 30 septembre 1847, selon le procédé indiqué ci-dessus, et avec du sang qu'une jeune femme bien portante consentit à fournir par reconnaissance pour les soins que l'un des médecins avait donnés à sa mère. On introduisit 2 onces et demie de sang. L'opération dura six minutes. Le pouls à 27 au quart, avant la transfusion, monta à 30 quand on la commença, puis descendit à 25 après le pansement. A mesure que le sang entrait dans la veine, les assistants reconnurent le ralentissement du pouls. La patiente éprouva une sensation qu'elle rendit en disant : « Je sens un liquide chaud couler dans mon corps, et particulièrement vers le cœur; j'éprouve aussi une chaleur inaccoutumée. »

Le 1er octobre, elle se sentait plus de force; la peau ainsi que l'origine des muqueuses étaient notablement plus colorées : elle supporte le bouillon.

Le 5, elle prend des aliments solides sans les rendre. Sommeil réparateur; elle se sent forte, s'assied d'elle-même sur son lit, elle qui, avant l'opération, ne pouvait remuer un membre; plus d'hémorrhagies; pouls de 20 à 22, au quart.

Le 7, la malade réclamant une seconde transfusion, celle-ci fut pratiquée de la même manière. On fit passer dans ses veines de 2 onces et demie à 3 onces.

L'effet de cette opération fut des plus satisfaisants. Bientôt la malade put se lever, aider l'infirmière, refaire les lits; ses règles revinrent une fois très naturellement; elle parlait même de reprendre bientôt ses occupations de domestique, lorsque le 15 novembre une nouvelle métrorrhagie très abondante survint. Les symptômes d'une suppuration sous-péritonéale se déclarèrent. Ce foyer amena une fièvre hectique, puis un état de langueur qui se termina par la mort le 19 février 1848.

(*Journ. de Méd. chirurg. et pharm.*, publié par la Société des Sciences naturelles de Bruxelles.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 6 février 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Diagnostic de l'hydrocèle compliquée.

M. Debout, à l'occasion du procès-verbal et à propos du rapport de M. Larrey sur le mémoire de M. Chaumet, rappelle que, dans les cas compliqués, le diagnostic de l'hydrocèle a été facilité non-seulement par la ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille à acupuncture, mais encore par la pression de la tumeur, selon le conseil d'Astley Cooper, afin de reconnaître la présence et les rapports du testicule.

M. Larrey fait observer qu'il n'a pas cru devoir faire mention de ce moyen de diagnostic, parce que tous les chirurgiens le connaissent et le mettent en pratique, comme ils recherchent aussi la transparence de la tumeur et les autres signes caractéristiques de l'hydrocèle.

Transformation graisseuse des muscles dans le pied-bot.

M. Demarquay, lors de la communication qu'il a faite dans la dernière séance en présentant des pièces d'anatomie pathologique du pied-bot, ne connaissait que le travail de M. Jules Guérin. Il a su, depuis, que M. Bouvier, en 1837, avait déjà démontré que les muscles de la jambe subissaient la transformation graisseuse et non fibreuse, comme l'avait cru M. Guérin. C'est au microscope, et avec M. Mandl, que M. Bouvier a étudié la texture des muscles dans cette condition anormale.

M. Morel-Lavallée rappelle que MM. Velpeau et Gerdy ont également reconnu la dégénérescence graisseuse et non fibreuse des muscles dans le pied-bot.

M. Chassaignac aurait désiré revoir les pièces anatomiques présentées par M. Demarquay, pour soulever une question nouvelle à ce sujet. Il a disséqué un grand nombre de pieds-bots, et il a toujours vu les articulations du membre difforme présenter des traces de maladie. Il en attribue la cause au jeu irrégulier de ces articulations, et il en a exposé la démonstration dans sa thèse sur l'orthopédie, en concluant des faits examinés par lui que toute articulation d'un membre dévié a été, est ou sera le siége d'un travail pathologique dont les traces restent appréciables.

M. Larrey conçoit l'importance de l'observation faite par M. Chassaignac, et il pense que, sans l'admettre d'une manière trop absolue, on pourrait, dans certains cas, expliquer les maladies des articulations déviées par une cause autre que par le fait seul de la difformité du membre. Ainsi, des affections intercurrentes et surtout des lésions accidentelles, provoquées d'ailleurs ou plus fréquentes par les déviations des articulations elles-mêmes et par les pressions inégales de leurs surfaces, peuvent contondre, distendre, irriter diversement les jointures difformes et y produire des altérations peu sensibles d'abord, mais secondairement reconnaissables. Le pied-bot varus, par exemple, ne semble-t-il pas, d'après sa fréquence et d'après sa direction, prédisposé à l'entorse dans le sens même où cet accident tend à se produire le plus ordinairement?

M. Larrey n'exprime, du reste, cette idée qu'avec réserve en la soumettant à l'appréciation de ses collègues.

M. Chassaignac trouve cette opinion très admissible; mais, indépendamment de cela, il croit que les altérations articulaires dépendent en grande partie de la disposition des surfaces les plus serrées, et qu'elles sont en rapport avec le sens des pressions et des efforts supportés par le membre dévié. On saisirait les signes de ces lésions secondaires si on pouvait suivre et observer les gens atteints de ces difformités.

Avis.

M. Chassaignac annonce qu'un motif particulier a fait sortir de son service le malade présenté par lui à la Société dans la dernière séance pour une tumeur érectile de la face.

Traitement de l'ascite par les injections iodées.

M. Boinet demande par une lettre à lire un mémoire sur le *traitement de l'ascite par les injections iodées*, comme titre d'admissibilité parmi les membres de la Société.

Il obtient immédiatement de faire cette lecture, dont voici l'aperçu :

M. Boinet énonce d'abord l'idée que tous les auteurs modernes et tous les chirurgiens de nos jours rejettent absolument les injections faites dans le péritoine. Il mentionne ensuite les essais de différents praticiens, à cet effet, par des moyens variés, mais sans résultats satisfaisants. L'innocuité de l'iode sur les tissus a suggéré l'idée d'en faire l'application au traitement de l'ascite par injections, et le succès a répondu à ces tentatives. Un fait d'injection iodée, publié en en 1840 dans la *Gazette Médicale* par M. Boinet, a été le point de départ de quelques médications semblables, et il cite MM. Dieulafoy, Griffon, Leriche, Rul-Ogen et Vollant comme ayant obtenu autant de guérisons.

Après l'exposé de ces faits, M. Boinet établit que les injections iodées n'ont pas les mêmes inconvénients et les mêmes dangers que la pénétration de l'air ou de quelque corps étranger dans le péritoine, et il attribue à la médication nouvelle une action spéciale qui lui semble démontrée par des observations nombreuses. Il croit donc à l'efficacité des injections iodées dans certaines hydropisies du péritoine, dans celles dites essentielles, en attendant que l'expérience vienne démontrer si elles conviennent dans toutes les autres.

M. Boinet recommande enfin de n'avoir recours aux injections iodées que lorsque l'ascite devient rebelle aux moyens ordinaires de traitement, et avant que la santé des malades ne soit gravement compromise.

Une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Michon et Deguise fils, examinera le mémoire de M. Boinet, et en rendra compte à la Société.

Emploi de l'alcoolature d'aconit comme moyen préventif de l'infection purulente dans les opérations chirurgicales.

M. Chassaignac fait une communication relative à l'emploi de l'alcoolature d'aconit comme moyen préventif de l'infection purulente dans les opérations chirurgicales.

« Il a semblé, dit-il, à quelques confrères, que ce moyen avait même enrayé le développement de l'infection purulente, et j'en ai vu, pour ma part, des résultats remarquables. L'alcoolature d'aconit n'a été employée jusqu'ici que d'après des indications établies, ou après l'apparition des accidents; et moi, je crois utile de l'administrer par prévision. »

C'est ce que M. Chassaignac a fait pour trente-deux opérations assez graves, sans compter un certain nombre de petites opérations; et dans ces trente-deux cas successifs, il n'a pas eu un seul cas d'infection purulente.

Il appelle donc l'attention de la Société sur ce sujet; l'expérimentation lui semble admissible, et d'après le tableau ou le relevé qui lui est propre, si le faits ne sont pas encore assez nombreux pour déposer en faveur de ce moyen comme médication préventive, ils ne sont cependant pas sans importance.

Le mode d'administration du médicament est de 1 gramme d'alcoolature pour le premier jour. On en élève ensuite la dose jusqu'à 5 grammes, et on continue ainsi.

M. Gosselin demande à M. Chassaignac la liste des opérations et le nombre des morts.

M. Chassaignac s'empresse d'en donner communication.

Cette liste comprend : 2 désarticulations scapulo-humérales; 2 amputations de cuisse; 2 amputations de jambe; l'amputation du bras près de l'épaule; 5 amputation du sein; 5 ablations de cancers de la face; 1 ablation de cancer du voile du palais; 2 ablations de tumeurs cancéreuses de la jambe; 1 ablation de kyste volumineux de la poitrine; 2 opérations de fistule à l'anus, avec extirpation d'hémorrhoïdes; 1 ligature de l'artère axillaire; 1 ligature de l'humérale; 1 opération sur un vaste kyste de la région lombaire; 1 extirpation de corps fibreux de l'utérus; 1 ablation d'épulis présumée cancéreuse; 1 excision de brides palmaires par brûlures de nombreuses incisions pour un phlegmon diffus du crâne.

M. Forget fait observer que, d'après ce relevé, il y a eu seulement quatre opérations dans lesquelles le tissu osseux ait été divisé. Or, ces cas-là sont les plus propres à déterminer la phlébite osseuse et l'infection purulente.

M. Chassaignac trouve cette observation fondée sous certains rapports; mais il la croit sujette à contestation dans le sens qui vient d'être indiqué. Il reconnaît l'insuffisance de ses trente-deux observations pour juger une question qui exigerait des centaines de faits; mais il a trouvé ce premier résultat intéressant à signaler en attendant mieux.

M. Larrey, sans insister sur la nécessité de recueillir un plus grand nombre de faits, pense que l'on ne pourrait en tirer de conclusions utiles sans leur opposer un nombre aussi considérable de cas analogues, sinon semblables, dans lesquels on n'aurait point employé l'alcoolature d'aconit.

Il croit se rappeler que M. Sédillot, dans son livre sur l'infection purulente (1), a mentionné l'aconit pour en contester les avantages, tandis qu'il a exposé avec soin toutes les médications les plus propres à prévenir ou à combattre cette redoutable maladie. M. Larrey regrette donc que M. Chassaignac, même à son point de vue sur le traitement préventif, n'ait pas cité l'ouvrage de M. Sédillot, celui du chirurgien

(1) Sédillot. *De l'infection purulente, ou pyoémie.* 1849.

peut-être qui a fait le plus d'efforts pour la guérison de l'infection purulente.

M. Chassaignac n'a voulu que signaler l'utilité du moyen, sans examiner la question d'une manière plus générale.

M. Giraldès croit que la Société doit féliciter M. Chassaignac des tentatives faites par lui; mais il croit, comme M. Larrey l'a fait pressentir, qu'un nombre considérable d'observations étant nécessaire, M. Chassaignac aurait dû attendre davantage.

M. Giraldès rappelle que l'alcoolature d'aconit a été souvent employée; il l'a prescrite, lui, jusqu'à 6 grammes, sans en obtenir aucun résultat; et M. Gosselin lui a fait remarquer aussi, qu'après avoir donné l'alcoolature à tous les blessés de juin (1848) soignés par lui, il en avait vu succomber plusieurs; un seul d'entre eux n'en avait pas pris, et guérit très bien.

M. Chassaignac reconnaît la justesse des réflexions qui viennent de lui être adressées par MM. Larrey et Giraldès. Il n'a été conduit à faire cette communication prématurément que parce qu'il en a relaté les faits dans sa thèse pour le concours actuel de la Faculté. C'est aussi pour prendre date qu'il s'y est décidé.

Quant aux insuccès de M. Giraldès, ils doivent, selon lui, être attribués à l'emploi tardif du médicament; tandis que les succès annoncés par d'autres chirurgiens dépendent peut-être de diverses conditions particulières ou individuelles.

M. Deguise fils demande à M. Chassaignac comment et par quelle cause sont morts cinq de ses 32 opérés?

M. Chassaignac répond que chez aucun d'eux nulle trace de pus n'a été trouvée à l'autopsie. Le premier avait une gangrène sénile qui a envahi le moignon; le second, amputé de la jambe, avait un emphysème traumatique et une putréfaction de tous les organes (l'autopsia a été incomplète à cause de cet état de putridité); le troisième cas se rapporte à l'amputation d'un sein cancéreux compliqué d'un cancer du foie; le quatrième, à l'ablation d'une tumeur de la parotide (la cause de la mort est restée indéterminée); le cinquième enfin, à un cancer du voile du palais compliqué de tubercules.

M. Forget, revenant sur la remarque faite par lui, n'a pas prétendu dire que l'infection purulente ne survenait point après les petites opérations; et, quant à la question de la phlébite osseuse, c'est une opinion qu'il est loin de s'attribuer, puisqu'elle a été émise par Lisfranc, par Blandin et par d'autres.

M. Forget répète enfin que, si les faits étaient plus similaires, plus comparables, en même temps que plus nombreux, les conclusions à en tirer seraient nécessairement plus justes et plus rigoureuses.

Anatomie pathologique d'une fracture du col du fémur.

M. Huguier présente la pièce anatomique d'une fracture du col du fémur observée par lui dans les conditions suivantes :

Une femme de soixante-quatre ans, maigre et assez chétive, fit une chute dans un escalier sans être chargée d'aucun fardeau; elle tomba sur la hanche droite, ne put se relever et resta seule ainsi pendant plus d'une heure. Elle fut secourue enfin; mais, ne pouvant faire un pas ni même se tenir debout, elle fut transportée le lendemain sur un brancard à l'hôpital Beaujon, où elle fut examinée avec le plus grand soin sur son lit. Impossible de trouver la moindre différence de longueur entre les deux jambes, qui reposent toutes deux sur les talons dans une légère rotation en dedans, et laissent entre les jarrets et le lit un espace vide de trois centimètres au moins formant une courbure qui s'efface par une pression assez forte sur les genoux. L'arc de cercle, étendu de chaque côté jusqu'aux trochanters, est aussi long à la jambe droite qu'à la jambe gauche. Il n'y a aucun déplacement appréciable dans les différentes parties de la hanche, et on ne trouve enfin pour diagnostiquer une fracture du col du fémur que le seul signe commun aux contusions et aux fractures de cette région, à savoir : l'impuissance qu'éprouve la malade à soulever ou à détacher le membre du lit. Le diagnostic restait donc incertain, et une simple application de topiques résolutifs fut prescrite. La malade, ne souffrant pas, essaya de se lever le même jour; mais, en faisant un effort pour s'habiller, elle fut frappée d'apoplexie et mourut aussitôt.

L'autopsie fut faite, et les élèves chargés de ce soin se seraient contentés d'ouvrir le crâne pour constater les altérations du cerveau si M. Huguier n'eût voulu examiner la hanche. Les mouvements de rotation du membre étaient aussi faciles, plus faciles même que ceux du côté opposé, ce qui permettait précisément de soupçonner l'existence d'une fracture du col du fémur. La dissection fit reconnaître d'abord une infiltration sanguine des muscles et un épanchement de sang, peu abondant du reste, dans l'intérieur de la capsule en avant de l'articulation. Celle-ci fut ouverte et ne présenta aucune altération notable; mais le fémur, détaché ensuite, offrit les lésions suivantes :

Le col se trouve fracturé en effet, et de telle sorte qu'en arrière la fracture est extra-capsulaire, tandis qu'en avant elle est en partie extra-capsulaire et en partie intra-capsulaire; le grand et le petit trochanters sont aussi fracturés, et le muscle obturateur interne, en se rompant par contraction sans doute, a même enlevé une calotte osseuse de son attache trochantérienne.

Ainsi, ajoute M. Huguier en mettant cette pièce sous les yeux de ses collègues, voilà évidemment une fracture en grande partie extra-capsulaire qui ne s'est révélée par aucun signe appréciable sur le vivant, malgré la valeur accordée par les chirurgiens au diagnostic différentiel des fractures du col du fémur, selon qu'elles sont intra ou extra-capsulaires.

M. Chassaignac a recueilli une observation analogue à celle-là. Il la communiquera dans la prochaine séance.

M. Demarquay présente même l'extrémité supérieure d'un fémur dont la fracture offre des dispositions à peu près semblables.

M. Larrey enfin, en examinant la pièce de M. Huguier, comparerait volontiers cette fracture à certaines fractures comminutives dont les fragments multiples, tassés pour ainsi dire les uns contre les autres et presque enclavés ensemble, soutenus d'ailleurs par les parties molles extérieures et immobilisés par la position et le repos, semblent se trouver ainsi dans des conditions propres à prévenir le déplacement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séances des 8 novembre et 6 décembre 1849. — Présidence de M. Fouquier.

Dans la première de ces deux séances, la Société reçoit les envois suivants :

Rapport de M. Lenormant au nom de la commission des antiquités de la France.

Envoi du Bulletin de l'Académie de Chirurgie de Madrid, où l'on propose un échange de diplôme entre les membres du bureau des deux Sociétés. L'offre est acceptée.

— M. Foucart lit la première partie de Considérations relatives au traitement de la suette miliaire épidémique qui a régné dans plusieurs départements en 1849 à l'époque du choléra. La suite de cette lecture est renvoyée à la séance suivante.

Dans la séance du 6 décembre, la Société a reçu de M. Caron, 1° un Mémoire sur la phlébite, pour obtenir le titre de membre titulaire;

2° Un Mémoire sur l'éther et le chloroforme, de M. Destrem, secrétaire-général de la Société du 10e arrondissement.

A la suite de ces deux demandes, la Société consacre cette séance à la révision de plusieurs articles de son règlement.

Séance extraordinaire du 13 décembre 1849.

Renouvellement du bureau pour 1850 :

Président, M. Fouquier;
Premier vice-président, M. Perthus;
Second vice-président, M. L. Boyer;
Secrétaire général, M. Serrurier;
Secrétaire annuel, M. Picard;
Secrétaire adjoint, M. Magne;
Trésorier, M. Moret.

Séance du 3 janvier 1850.

M. le docteur Baratte, de Bolbec, envoie à la Société sa thèse sur la *réunion immédiate des plaies*, ainsi que son *Essai de littérature médicale*, dans le but d'obtenir le titre de correspondant. — MM. Foucart et Magne sont nommés rapporteurs.

— La première partie de la séance est consacrée à la discussion de questions d'organisation intérieure. Après cette discussion, M. le docteur Foucart achève la communication commencée par lui dans la dernière séance, de quelques faits de suette miliaire observés tant à Paris que dans trois départements, et de quelques considérations pratiques qu'il en a déduites quant au traitement.

Les deux médications sur lesquelles M. Foucart s'étend principalement sont la médication antiphlogistique par les émissions sanguines générales et locales et la médication vomi-purgative. Quant à la première, il s'efforce de démontrer qu'elle est toujours contre-indiquée ou du moins qu'elle l'a toujours été dans les cas nombreux qu'il a eu occasion d'observer. Il prouve par des faits la vérité de cette proposition émise par lui dans les conclusions du mémoire qu'il a adressé à l'Académie de Médecine et pour l'examen duquel la savante Compagnie a désigné une commission : dans le traitement de la suette miliaire, les couvertures nombreuses, les boissons chaudes, les émissions sanguines sont toujours inutiles, souvent nuisibles, quelquefois mortelles.

De l'étude comparative des faits rapportés par des auteurs distingués, il tire des preuves à l'appui de sa manière de voir et de la thérapeutique qu'il a mise en usage avec succès. Cette thérapeutique, suivant lui, peut se résumer ainsi : emploi des couvertures légères, boissons froides en petite quantité à la fois et souvent répétées, administration des vomitifs et comme évacuants et comme perturbateurs de l'économie; enfin des purgatifs salins destinés à combattre la constipation constante dans cette affection; application des révulsifs cutanés et principalement du sinapisme épigastrique et sus-sternal; enfin, diète sévère pendant la maladie et alimentation légère et exclusivement liquide pendant les premiers jours de la convalescence.

Dr G. Picard, *secrétaire annuel.*

NOUVELLE FALSIFICATION DU LAIT

par un liquide contenant de la dextrine,

Par M. A. Chevalier.

Depuis quelque temps, il se fait un nouveau genre de falsification du lait.

Cette falsification consiste à introduire pour moitié dans le lait de Paris, qui, comme on sait, est souvent allongé d'eau, un liquide contenant en dissolution de la dextrine.

Selon le falsificateur, il n'y avait pas moyen de reconnaître ce genre de fraude, ni par sa saveur, ni par l'analyse chimique.

Les expériences faites sur ce liquide ont démontré :

1° Que cette solution de dextrine marquait 5d au pèse-sel de Baumé;

2° Que mêlée par moitié en volume avec du lait, on obtenait une couleur violet-foncé par l'eau iodée;

3° Que, pour 9/10 de lait mélangé de 1/10 de cette solution, ce mélange donnait par le même réactif une couleur lie de vin;

4° Que 1/25 ou 1/50 de la solution de dextrine, mêlé à 24/25 ou 49/50 de lait, fournissait un mélange qui, par le même réactif, donnait une couleur lilas plus ou moins clair;

5° Que du lait mélangé à 99 pour 1, la solution ne donnait, par l'eau iodée, que des traces peu appréciables;

6° Que le lait additionné d'une certaine quantité de la solution qui nous avait été remise pour l'examiner, exposé à la chaleur, ne tournait pas; mais, essayé alors par l'eau iodée, il précipitait en bleu de ciel : coloration de l'amidon par ce même réactif, d'où nous concluons que cette fraude est facile à reconnaître. (*Journ. de Chimie médicale.*)

NOUVELLES.

Le corps médical vient de recevoir une distinction éminente dans la personne de deux de ses membres les plus justement considérés.

Voici ce qu'on écrit de Constantinople :

« Le sultan vient d'envoyer par l'intermédiaire du grand visir la décoration du Nicham à deux des professeurs de la Faculté de médecine de Paris, MM. Rostan, professeur de clinique médicale, et Jules Cloquet, professeur de clinique chirurgicale. »

— *Expulsion d'un fœtus par la bouche.* — Les journaux espagnols racontent le fait d'une femme de dix-huit ans, Maria de la Cruz, qui, dans le cours d'une fièvre jaune, à sa seconde période, fut prise d'un vomissement dans lequel elle rendit, avec beaucoup de difficultés, un corps étranger que l'on reconnut être un enfant de quatre mois, parfaitement développé, et quelques instants après le placenta. Elle succomba le lendemain. A l'autopsie, on trouva l'utérus augmenté de volume, et entre le vagin et l'utérus une cavité anormale communiquant avec l'intestin par une ouverture de quatre pouces de diamètre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 21 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 23.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR	9 FR.

PARIS, 20 FÉVRIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Encore un comité secret qui a absorbé la moitié de la séance de l'Académie de médecine. Cependant, MM. Bérard et Cazeaux ont eu le temps, le premier, de faire la présentation très intéressante d'une monstruosité; le second, de lire un petit travail fort bien fait et non moins original sur les phénomènes de la grossesse qu'on attribue habituellement à la pléthore, tandis qu'ils sont presque toujours produits, suivant M. Cazeaux, par une altération du sang semblable à celle qui existe dans la chlorose. Cette idée nous semble destinée à rencontrer quelque opposition; et, pour notre part, nous sommes assez peu disposé en sa faveur. Cependant, toujours prêt à nous incliner devant la vérité, si de nouvelles analyses du sang viennent confirmer celles de M. Cazeaux, nous nous rangerons très volontiers de son côté.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie des Sciences a payé, dans la dernière séance, un large tribut aux sciences médicales : un travail remarquable de M. Pétrequin sur le mode d'action de l'acupuncture dans la curation des anévrismes; un mémoire curieux de M. Lampérière sur les moyens de reconnaître *à priori* les femmes qui sont bonnes nourrices; enfin, une communication de M. Verreaux, relative à une nouvelle plante alimentaire (*native-bread*, c'est à-dire *pain naturel*), tels sont les trois mémoires qui ont rempli avec avantage la plus grande partie de la séance. Les faits et les assertions contenus dans ces mémoires étant à peu près entièrement nouveaux, ce ne sera qu'après une plus ample expérimentation que nous pourrons apprécier leur degré d'exactitude et de valeur scientifique.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. TROUSSEAU.

De l'allaitement.

La question de l'allaitement est une des questions les plus graves qui aient rapport à l'enfance. Ici, comme dans beaucoup d'autres circonstances, M. Trousseau n'est pas de l'avis de tout le monde; mais ses idées sont empreintes de tant de vérité pratique, que nous allons publier *in extenso* les cliniques qu'il a faites sur ce sujet important.

Lorsqu'une femme est enceinte, une des questions qui vous sont faites est celle-ci: Dois-je faire nourrir ma femme, dois-je faire nourrir ma fille? Les mères veulent nourrir leurs enfants; elles trouvent que c'est un devoir pour elles, et, dans beaucoup de circonstances, elles expriment clairement leur volonté. Je veux nourrir mon enfant, disent-elles. Lorsque la femme a de la vigueur, que sa constitution est bonne, qu'elle n'a aucune maladie héréditaire, et qu'enfin la configuration de ses seins est convenable, vous devez l'engager à suivre son penchant. Il y a cependant quelques conditions dont il faut tenir compte et qui doivent influer sur cette détermination: c'est lorsque la mère est placée dans une position si stable qu'elle ne peut prendre que peu ou point d'exercice; c'est lorsque des habitudes sociales, c'est-à-dire des bals, des soirées, des spectacles, des dîners en ville, empêchent la femme de donner à son enfant les soins qui lui sont nécessaires. En thèse générale, il ne faut permettre à une femme de nourrir que si elle jouit des conditions signalées déjà, et si elle peut s'abstenir de la plupart des usages exigés par la société.

Considérons maintenant cette question d'une manière plus médicale, et occupons-nous d'abord de la conformation du sein d'une femme qui doit nourrir.

On pense généralement que, si une femme a de gros seins, elle est bonne nourrice, et mauvaise si elle a de petits seins. La glande mammaire, indépendamment du tissu graisseux qui l'entoure et qui lui forme un coussinet, a toujours à peu près le même volume; elle ne sécrète pas en raison de la grosseur de la mamelle. — Les gens qui achètent une génisse savent qu'on ne doit pas juger de sa valeur lactifère par le volume des pis ou de la mamelle; le lait n'est pas contenu dans le pis, mais sécrété par la glande. La vache dont les pis cubent 4 litres peut fournir 10 litres; il y aura donc 6 litres de plus que le volume apparent; elle donne donc beaucoup plus que ce qui était contenu dans ses mamelles. Cela veut dire que le lait se sécrète pendant l'action de la succion et de la traite. C'est toujours et partout comme cela, et il s'ensuit que la grosseur de la mamelle n'indique pas une bonne qualité lactifère.

A quoi juge-t-on de la qualité lactifère pour la femme? Lorsque les veines de la mamelle sont très prononcées, lorsque la vascularité que nous pouvons constater est bien marquée, on peut déjà assurer qu'elle sera bonne nourrice; mais il y a encore d'autres signes. Ainsi, lorsqu'avant chaque époque menstruelle une femme éprouve un flux vigoureux du côté des mamelles, qu'à ce moment les mamelles se durcissent, deviennent bosselées et que les globules de la glande apparaissent plus vigoureux, la femme doit être bonne nourrice.

Ce signe physiologique, quand il se manifeste d'une manière bien tranchée, est excessivement important et n'avait jamais été indiqué avant moi; c'est le plus sûr de tous pour préjuger de la valeur de la femme comme nourrice.

De la conformation du bout des seins.

Il faut que l'enfant puisse saisir le mamelon. Les jeunes filles, en général, l'ont peu prononcé. Il doit avoir de 5 à 6 millimètres, et lorsque la jeune femme devient enceinte, il se gonfle et acquiert un centimètre, les papilles environnantes font plus de saillies, et il se forme une auréole brunâtre autour de lui. Il est certain que la femme aura un mamelon suffisant s'il est ainsi conformé; mais, dans un grand nombre de cas, il se trouve au niveau du reste de la mamelle. Ce sont là de mauvaises conditions pour nourrir; on peut cependant en triompher, et le médecin doit indiquer les moyens qui peuvent faire acquérir au mamelon une longueur convenable.

Quels sont ces moyens? Le plus efficace est la succion, à laquelle les femmes ont quelque répugnance à se prêter. Un moyen presque équivalent est la titillation répétée; mais elle irrite et devient quelquefois douloureuse et, partant, ne peut se pratiquer d'une manière suffisamment prolongée: il faut donc le rejeter. L'application des bouts de sein est beaucoup plus convenable; elle consiste à poser sur la mamelle une plaque de bois tournée et concave, au centre de laquelle se trouve une petite excavation où peut se loger le bout du sein. La femme applique cette plaque quand elle est habillée, et serre le gousset de son corset de manière que la plaque appuie fortement; la compression exercée, excepté sur le mamelon, fait faire une saillie, et lorsque les femmes ont ainsi porté la plaque pendant deux ou trois mois, le mamelon acquiert une longueur d'un centimètre. Chez les femmes qui ont les seins bien conformés, il est important de leur recommander de porter des corsets larges et des robes plissées, de manière que les mamelons soient à l'aise.

Voici pour les précautions générales.

Quand l'enfant doit-il teter?

Suivant les uns, l'enfant doit teter après 24, 36 ou 48 heures, lorsque la montée du lait s'est faite. Il est, dit-on, superflu de le faire teter avant, parce qu'il n'y a pas de lait dans les mamelles. Cette opinion est tout à fait erronée. Le lait arrive dans les mamelles du quatrième au cinquième mois de la grossesse, à tel point que le linge est taché et qu'on peut, en opérant un mouvement vigoureux de succion, en retirer une quantité assez considérable; mais au moment où l'œuf s'est détaché, le travail de la sécrétion se fait, et quelques heures après l'accouchement, si l'on fait saisir le mamelon à l'enfant, le lait viendra après quelques efforts de succion.

Il en est ainsi chez les animaux qui, une heure après avoir mis bas, allaitent leurs petits. C'est donc un acte naturel, et il n'y a pas de raison pour que, chez la femme, cet acte n'ait pas lieu de la même façon.

S'il n'en était pas ainsi, l'enfant pourrait mourir; car la montée du lait n'a lieu quelquefois que trois jours après l'accouchement.

En conséquence, nous approchons de suite l'enfant du sein de sa mère.

Quels sont les avantages de cette manière d'agir? Ce n'est point d'allaiter l'enfant, cela importe peu; mais c'est favorable: 1° à la mère; 2° à l'enfant.

Il est important pour la mère de donner à teter à son enfant après les premières heures de l'accouchement; car, lorsque la montée du lait est faite, le sein devient douloureux, l'érection du mamelon se fait mal, et de plus, lorsque la mamelle est distendue, le mamelon est tiré à sa base et s'efface de telle manière que l'enfant ne peut plus teter; ou, s'il parvient à teter après l'élongation du mamelon, la succion est fatigante et cause des déchirures. Au contraire lorsque, immédiatement après l'accouchement, on donne le mamelon à l'enfant, c'est un avantage pour la mère. L'érection s'en fait avec facilité, l'enfant le saisit bien, le mamelon s'habitue à l'érection et l'enfant tire le sein avec une vigueur si excessive qu'on en est étonné.

Voilà donc le mamelon qui, pendant les quelques jours antérieurs à la montée du lait, s'habitue à la succion, et il arrive que les vaisseaux galactophores, au lieu d'être envisqués de collostrum, sont préparés à l'excrétion du lait, qui se fait alors à merveille. Voilà un immense avantage pour la mère. Vous concevez que l'allaitement est plus facile, les bouts de sein meilleurs à prendre et l'écoulement du lait plus commode. Si l'on n'agit pas ainsi, les seins s'engorgent, les canaux se déchirent ou se rompent, les mamelles s'enflamment; il survient des abcès, des fissures autour du mamelon et la femme ne peut plus nourrir.

Arrivons à l'enfant. On lui donne d'abord à boire avec une cuillère. On tâche par ce moyen d'éveiller son instinct, qui s'exerce bientôt, ce qui est un grand avantage, car il prend alors le mamelon, qu'il suce tout de suite.

Je vais supposer maintenant qu'il ne se trouve rien dans le sein de la mère au moment de l'allaitement jusqu'à la montée du lait. Il faut faire teter l'enfant d'une certaine façon. On se sert d'une poupée de linge dure, très courte, imbibée d'eau très peu sucrée et de manière qu'elle ne soit exprimée qu'avec assez de peine; l'enfant la suce et trouve l'eau sucrée; mais il faut qu'il ait du mal, et, je le répète, que le bout soit dur et court, afin que plus tard, lorsqu'il attaquera le mamelon de la mère, il trouve la succion plus agréable et plus douce. En effet, il aura exercé ses forces contre une résistance plus grande, et, si l'on n'agit pas ainsi, il ne tètera pas. Il ne faut pas que l'eau dont la poupée est imbibée soit trop sucrée et voici pourquoi : c'est que, si l'on habitue l'enfant, comme cela arrive souvent plus tard, à une nourriture trop sucrée, il n'a plus de goût pour le lait de sa mère, il le trouve mauvais, fade, et il n'en veut plus. Voilà pour le commencement. Nous traiterons plus tard des accidents de l'allaitement pour ce qui regarde la mère et l'enfant. Quant à présent, nous allons en suivre les phases régulières.

Combien l'enfant doit-il teter dans les premiers jours? faut-il le régler? Normalement, non. Je ne connais pas d'animal qui se règle. Il tète et il dort toujours. Pour les enfants, il en est ainsi dans les premiers temps. C'est un avantage pour le nourrisson et la nourrice. Quelque chose de remarquable chez l'enfant qui vient de naître, c'est ce fait signalé par un auteur que les enfants perdent de leur poids pendant les neuf premiers jours de leur vie. Ce fait est vrai dans les hôpitaux; mais en ville, ce n'est que pendant les deux premiers jours. Il faut donc laisser teter l'enfant tant qu'il veut, car il a besoin d'un surcroît de vie considérable. C'est un avantage pour la mère, parce que le lait, étant très abondant, si l'enfant ne tète pas, ne se porte plus vers les mamelles et la femme perd beaucoup de ses qualités lactifères. Il faut favoriser cette action de quinze jours à un mois; mais, après, il importe de régler l'enfant, et cela pour certains motifs que vous allez comprendre. La femme n'a pas qu'à manger et à dormir, comme les animaux; il faut qu'elle s'occupe; les conditions ne sont donc plus les mêmes. Tant qu'elle est au lit avant ses relevailles de couches, tant qu'elle dort, l'enfant peut teter à son gré; mais, plus tard, il doit teter à certaines heures, car il est impossible qu'une mère supporte les fatigues du jour et les veilles de la nuit, puisque l'enfant dort le jour et veille la nuit. Il faut le régler, c'est-à-dire le faire teter à certaines heures, à sept heures du matin, puis toutes les deux heures, puis le soir vers huit ou neuf heures. Il faut qu'il ait alors un bon sommeil; quand il se réveille, on le fait teter une autre fois et on le laisse reposer encore. Il importe beaucoup, lorsque la femme nourrit son enfant, qu'elle puisse avoir du repos la nuit. C'est ainsi qu'il faut régler l'allaitement pendant les deux ou trois premiers mois.

Que faut-il faire ensuite?

Après les trois ou quatre premiers mois, l'allaitement est insuffisant ou bien la femme est fatiguée de nourrir exclusivement avec son lait. Il faut alors commencer une nourriture complémentaire. Elle n'a rien de très précis; mais voyons ce qui convient le mieux en général.

Si l'on a affaire à une femme du monde ou à celle qui a besoin de travailler, il faut autant que possible éloigner les enfants de leur mère; mais si la mère n'a pas les moyens d'avoir une bonne et si pourtant la quantité de lait qu'elle peut fournir est insuffisante, il faut penser à faire usage d'une nourriture complémentaire. C'est du lait que l'on devra donner avec le biberon. Vous donnez au commencement ou au milieu de la nuit un verre d'un mélange de lait et d'une décoction quelconque qui peut varier à l'infini. L'enfant fait de cette manière un repas copieux et prend ensuite un long repos, pendant lequel se reposera sa nourrice, dont le lait reviendra. Ces conditions sont essentielles en ce sens qu'elles préparent l'enfant au sevrage. Voilà pour la nourriture de la nuit.

Pour la nourriture du jour, il faut choisir des aliments où entre soit une grande quantité de lait, soit des fécules. Le plus ordinairement, on donne une nourriture féculente, et de tous ces aliments-là le meilleur et le plus facile à digérer est,

quoi qu'en ait dit J.-J. Rousseau, la bouillie. C'est le meilleur aliment que l'on puisse donner à l'enfant; mais il faut qu'il soit bien cuit et léger. On doit faire cette bouillie avec de la mie de pain rassi, que l'on sucre ou que l'on sale, peu importe. On peut se servir aussi de diverses fécules, qui toutes constituent de bons aliments. Je n'ai pas besoin de dire que le gluten, la semoule, le tapioka, etc., et principalement le vermicelle, la pâte la plus riche en gluten, constituent aussi une bonne alimentation. En définitive, ces aliments maigres, qu'ils soient au lait, au beurre ou aux fécules, sont la base de la nourriture pendant les premiers mois de la vie.

Il importe de varier l'alimentation, et souvenez-vous de ce précepte même pour l'enfant, car dans le cas de maladie ou de dégoût vous aurez plusieurs aliments à votre disposition. Si l'enfant fait trois repas, il faut changer toujours : se servir tantôt de pâtes, tantôt de lait, tantôt de beurre, et tenir compte de ce qu'il digère et de ce qu'il ne digère pas.

Vous atteignez ainsi le douzième et le quatorzième mois, et vous continuez à allaiter l'enfant. Déjà il est nécessaire de songer au sevrage, et il faut alors varier encore plus la nourriture : donner des œufs dans des panades, des œufs cuits à l'eau, des laits de poule, des aliments gras consistant en potages faits avec du bouillon de diverses viandes et surtout de bœuf. Vous commencez déjà à nourrir plus substantiellement l'enfant, mais vous avez grand soin d'entretenir son goût pour le lait. C'est une condition nécessaire pour un bon sevrage. Je n'ai pas besoin de dire que tant que la nourrice voudra conserver son lait elle doit prendre des soins hygiéniques convenables, c'est-à-dire éviter les fatigues de la nuit et tout ce qui peut amener des troubles dans l'équilibre de ses fonctions. Les aliments qu'elle doit prendre sont une des choses sur lesquelles existe le plus de préjugés. Quand une nourrice arrive de la campagne, on la bourre de viandes; c'est une chose absurde. Cette femme est accoutumée à un régime qu'elle suit depuis sa naissance et où prédominent toujours les substances végétales. Il résulte de là que, quand on met ces femmes à l'usage de la viande, régime exceptionnel pour elles, leur santé s'altère souvent et partant leur lait.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. Chomel.

Maladies de l'utérus. Cause présumée. — Des divers spéculums. — Cautérisation. — Considérations pratiques.

Au n° 4 de la salle Saint-Bernard est couchée une jeune femme qui présente à la vulve, dans tout l'intérieur du vagin, au museau de tanche et jusqu'à l'orifice du canal utérin, une rougeur vive, uniforme.

Au n° 6 de la même salle se trouve une autre malade qui, à l'examen, n'offre pas les mêmes caractères. Chez elle, la vulve, l'intérieur du vagin, la circonférence externe du museau de tanche, sont de couleur naturelle; seulement, au centre de ce dernier, on trouve une tache d'un rouge brunâtre, offrant une surface inégale, rugueuse, de deux centimètres environ de diamètre.

Dans les maladies du genre de celle dont est atteinte la malade du n° 4, la rougeur, au lieu de s'étendre également au vagin, à la vulve, au museau de tanche, peut envahir ces parties isolément, ou bien se développer sur deux de ces parties et respecter la troisième. Le point de départ peut aussi varier. Ainsi, ou la rougeur débute par le vagin et gagne le museau de tanche, ou *vice versâ*.

Dans le cas du n° 6, au contraire, le siége de la maladie ne varie jamais; elle débute constamment par le canal utérin. La tache rouge n'occupe jamais la totalité du museau de tanche, et elle est bornée à l'extérieur par un liséré qui l'entoure et qu'elle laisse intact.

La première de ces deux maladies se développe assez souvent sous l'influence de causes appréciables, par suite d'une irritation quelconque, d'une excitation causée par le coït; dans un certain nombre de cas, par un vice de l'économie. Du reste, soumise à l'influence des antiphlogistiques, avec la continence, le repos, elle cède le plus souvent avec facilité.

Il est plus difficile de préciser les causes de la seconde maladie. En effet, une affection qui débute constamment par le centre de l'orifice utérin, pour de là s'étendre insensiblement à un espace toujours limité, qui résiste aux moyens ordinaires (bains, cataplasmes, injections, continence, repos, même au régime sain de la campagne), et n'est arrêtée dans ses progrès que par des remèdes actifs, ne peut être attribuée à un agent extérieur, agent pour lequel le point malade est inaccessible.

La malade du n° 4 a été prise, pendant les quinze jours qui ont précédé son entrée à l'Hôtel-Dieu, de douleurs plus vives, se faisant sentir principalement dans les rapprochements avec son mari.

Dans l'autre forme de maladie, jamais on ne trouve cette sensibilité.

Si on considère la structure des parties malades, on remarque également des différences notables.

Chez la femme du n° 4 (et dans les cas qui s'y rapportent), toute la surface malade est parsemée çà et là d'irrégularités, sans saillies, sans bosselures, et présentant partout le même aspect.

Dans la forme du n° 6, au contraire, la surface est saillante, grenue, et présente des points, sortes de follicules, faisant des reliefs plus ou moins considérables, et laissant entre eux des espaces inégaux.

Pour bien examiner les malades attaquées de ces deux affections différentes, il est des précautions qu'il est bon d'indiquer; par exemple, il n'est pas indifférent de se servir de tel ou tel genre de spéculum, et de faire attention à la manière dont on l'introduit.

Le spéculum à quatre valves est celui que nous employons ordinairement. Son extrémité étroite facilite son introduction. Nous pensons qu'il vaut mieux ne pas se servir de l'embout; car pour le retirer il faut dilater le spéculum, et cette manœuvre occasionne de la douleur et de l'inquiétude aux malades. On place l'indicateur et le médius de la main gauche à l'entrée de la vulve afin d'écarter les bords de l'ouverture. Plus loin le vagin s'élargit; néanmoins il faut encore suivre attentivement le spéculum et marcher dans la direction des sillons latéraux formés de chaque côté par les parois antérieure et postérieure du vagin. En suivant leur direction, et à mesure qu'on avance on les voit s'ouvrir peu à peu au-devant de l'instrument, jusqu'à ce qu'enfin on soit arrivé au fond du vagin. Alors on saisit le museau de tanche, en ayant soin toutefois de ne pas pincer les parties molles qui avoisinent.

Parmi les avantages que nous offre le spéculum à quatre valves, nous en citerons deux : 1° quel que soit le volume du museau de tanche, on arrive toujours facilement à le saisir; 2° il est facile de constater l'augmentation ou la diminution de volume du museau de tanche, en prenant deux empreintes différentes à quinze ou vingt jours d'intervalle, et en les comparant.

La manière dont on doit s'y prendre pour nettoyer l'orifice utérin n'est pas non plus inutile à indiquer. Comme la plus douce pression suffit souvent pour faire saigner la partie malade, nous pensons qu'une boule de coton assez volumineuse remplit mieux le but que la charpie, cette dernière laissant souvent des fils qu'on est obligé d'aller chercher avec la pince, et pouvant par conséquent donner lieu à un écoulement de sang qui effraie la malade.

Exploration avec le doigt. — Si le museau de tanche offre au toucher une surface tomenteuse cédant à une douce pression et donnant une sensation comparable à celle du velours d'Utrecht, on peut être certain qu'à l'examen du spéculum on trouvera une rougeur ayant son centre au centre même du museau de tanche, c'est-à-dire à l'orifice du conduit utérin, et s'étendant sur la face antérieure dans une largeur ayant ordinairement un centimètre de rayon.

Chez beaucoup de femmes présentant cette tache, le sang des règles contient des caillots en abondance.

Quelquefois cette sorte de maladie n'amène pas de dérangement dans la santé; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi. Outre les caillots de sang qui apparaissent dans les règles, des pertes surviennent dans l'intervalle d'une menstruation à l'autre. Un état d'anémie succède à ces pertes; ou bien les règles se prolongent de telle sorte, que la malade reste quinze jours dans l'état de menstruation.

Souvent surviennent des douleurs hypogastriques, lombaires, fessières, dans les aines, dans les cuisses, le sacrum, le coccyx, dans la mamelle, dans l'estomac; puis arrivent les nausées, les vomituritions. Chez certaines femmes, cette maladie occasionne un état nerveux analogue à la grossesse. Les nerfs sont agacés; la malade est plus impressionnable. Ce dernier caractère est commun à tous les accidents qui surviennent du côté de l'utérus.

Lorsqu'on suit la maladie dans toutes ses périodes, ce qui n'est pas toujours possible, on la voit commencer par un léger liséré entourant l'ouverture utérine et s'élargissant peu à peu jusqu'au point où il doit s'arrêter, c'est-à-dire à une distance toujours appréciable du museau de tanche. C'est par l'observation de cette marche constante et particulière à cette maladie que nous avons été conduit, chez une femme de vingt-huit ans accusant des pertes, sans rougeur apparente à l'examen au spéculum, à penser que la rougeur, et par conséquent la maladie, devait avoir son centre à l'intérieur du canal utérin. Nous pratiquâmes la cautérisation au nitrate d'argent, qui réussit parfaitement; au bout de trois ou quatre séances, la malade était guérie.

Il y a dix ans, chez une femme de vingt-quatre ans ayant des pertes tellement considérables qu'elles mettaient sa vie en danger, et qu'on ne parvenait à arrêter chaque hémorrhagie qu'au moyen de la glace sur le ventre et du tamponnement, j'appliquai la cautérisation intra-utérine avec le nitrate d'argent fondu, et au bout de quatre ou cinq séances la guérison était complète.

La dimension la plus considérable en largeur que puisse acquérir la tache peut être comparée à celle d'une pièce de cinq francs; néanmoins, dans ce cas encore, il existe sur le museau de tanche un cercle entourant la tache offrant une couleur naturelle.

Ces caractères offrent de l'importance relativement au siége de la maladie, ainsi qu'à sa nature; de même que chacun de nos organes a une souffrance, une maladie qui lui est propre exclusivement; de même, ce genre d'affection nous paraît convenir spécialement à l'utérus, à cause de la nature de cet organe et de sa structure anatomique. Nous pensons que cette maladie spéciale a sa cause dans un développement anormal des vaisseaux du col de l'utérus. C'est seulement une opinion, opinion non vérifiée, mais qui nous paraît probable.

Nous ne pensons pas qu'on puisse voir un ulcère dans cette tache rouge faisant saillie au lieu d'être déprimée, présentant au toucher la sensation du velours d'Utrecht, avec absence de pus et même de matière puriforme. Un liquide transparent, diaphane, d'une grande viscosité, sécrété à l'intérieur de l'utérus, sort par l'orifice du canal utérin.

Du reste, pour guérir les ulcérations, trois, quatre cautérisations suffisent; dans la maladie qui nous occupe, il faut souvent, au contraire, y revenir quinze à vingt fois, et une fois tous les huit jours.

Il y a des femmes qui dans cet état ne sont plus aptes à faire des enfants, soit que la présence de ce mucus visqueux dans l'intérieur du conduit utérin, ou le gonflement des vaisseaux obstruent ce canal, apportent un obstacle au passage du sperme dans la cavité utérine; dans ce cas, la cautérisation, en faisant disparaître la maladie, augmente les chances de la conception.

Pendant longtemps on s'est servi du nitrate acide de mercure; nous employons de préférence le nitrate d'argent fondu, par cette raison que, dans une affection de nature à présenter des surfaces rugueuses et inégales, il vaut mieux cautériser seulement les parties saillantes. Le crayon de nitrate d'argent atteint ce but. Un caustique liquide, au contraire, se répand entre les points culminants, et cautérise souvent moins leur base que leur sommet. Du reste, le pinceau entre moins bien dans le conduit utérin que le crayon de nitrate; en outre, deux fois, à ma connaissance, il est survenu, le lendemain ou le surlendemain d'une cautérisation au nitrate acide de mercure, une salivation assez considérable.

Le *cautère au fer rouge* (cautère actuel) ne nous offre pas plus d'avantages que le nitrate d'argent; nous donnons, par cette raison, la préférence à ce dernier. En outre, si avec le crayon au nitrate d'argent on appuie un peu plus qu'il ne faudrait, le seul inconvénient qui en résulte est l'écoulement d'un peu de sang; les inconvénients qui résulteraient d'une application trop forte ou trop prolongée du fer rouge sont de nature beaucoup plus grave.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Bonnet.

Névrome du volume d'une grosse noix développé dans le nerf poplité interne. — Extirpation de la tumeur en laissant le nerf intact. — Guérison avec conservation de la sensibilité et du mouvement du membre.

Jacques Gardet, âgé de cinquante-six ans, né à Montagny (Loire), où il exerce la profession de tisserand, est entré dans la salle Saint-Philippe le 22 novembre 1849.

Cet homme, d'un tempérament nervoso-sanguin, est porteur depuis vingt ans d'une tumeur du creux poplité du membre gauche.

Voici dans quelles circonstances cette tumeur s'est manifestée et les différents phénomènes qu'elle a présentés.

Il y a vingt-trois ans, Jacques Gardet, en montant précipitamment dans un tombereau dont la course n'était pas arrêtée, se frappa violemment le creux poplité contre une des planches latérales. La douleur fut si vive au moment de l'accident, qu'il tomba évanoui. Au bout d'un instant, revenu à lui, il souffrit encore quelques heures, et tout fut fini pour le moment.

Trois années s'écoulèrent sans que le malade remarquât aucune suite à cet accident. Ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il s'aperçut d'une petite dureté au lieu même où il s'était donné le coup.

Pendant trois ans, cette petite tumeur, qui avait à peine le volume d'une lentille, n'occasionna jamais la moindre douleur au malade, ni par le contact, ni par la fatigue.

A partir de la neuvième année, la tumeur augmenta très faiblement, au point d'offrir au bout de dix années nouvelles le volume d'une noisette. Pendant ce laps de temps des douleurs, ayant pour caractère constant de s'irradier dans la jambe, se manifestèrent dans le névrome, mais au contact seulement.

Depuis deux ans surtout elles ont augmenté d'intensité, au point que la marche suffit pour les rappeler. La chaleur paraît également avoir une influence très grande sur elles : aussi le malade dit-il qu'il souffre, surtout dans l'été et au lit.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital :

Tumeur oblongue du volume d'un œuf de poule, offrant son grand diamètre de haut en bas, et siégeant à la limite inférieure du creux poplité. — Pulsations isochrones aux battements artériels, sensibles lorsqu'on appuie la paume de la main sur la tumeur, mais disparaissant lorsqu'on déplace celle-ci, soit en dedans, soit en dehors. Pas de bruit de souffle à l'auscultation; pas de changement de couleur à la peau; douleur très vive exaspérée par la chaleur du lit, par le contact brusque des corps et surtout par la pression de la tumeur sur les parties latérales; douleur s'irradiant dans toute la jambe jusqu'au bord interne du pied, et rendant impossibles non-seulement la marche, mais encore la station debout; crampes fréquentes pendant la nuit, privant complétement le malade de sommeil depuis longtemps.

Après avoir discuté tous ces symptômes, on fut conduit à rejeter tour à tour l'idée d'un anévrisme, d'une tumeur variqueuse ou ganglionaire, pour admettre l'existence d'un névrome.

Ce premier point établi, il fallait reconnaître le siége précis de la tumeur. L'irradiation de la douleur jusqu'au bord interne du pied fit penser avec raison qu'on avait affaire à un névrome du poplité interne. Restait à savoir ce qu'il fallait faire pour obtenir la cure radicale de la maladie chirurgicale.

L'idée d'une opération dans laquelle la tumeur serait enlevée en laissant le nerf intact fut bientôt arrêtée par M. Bonnet, et développée dans la clinique du 30 novembre. Il y procéda de la manière suivante :

Le malade endormi avec l'éther et couché sur le ventre, l'opérateur fait une incision cruciale à la peau, au niveau de la tumeur, et parvient ainsi sur l'aponévrose d'enveloppe qu'il fend également.

Cette première partie de l'opération exécutée, on sépare, soit à l'aide du bistouri, soit avec le doigt, des fibres musculaires aplaties en forme de ruban, qui recouvrent la tumeur et lui impriment des mouvements fréquents.

Cette dissection, faite avec beaucoup de prudence et d'attention, laisse voir une tumeur du volume d'une grosse noix, traversée dans son plus grand diamètre par un nerf volumineux que l'on reconnaît pour être le poplité interne. L'union du nerf et de la tumeur paraît d'autant plus intime, qu'en soulevant celle-ci avec le doigt on soulève en même temps le nerf.

Néanmoins l'opérateur, qui avait déjà eu occasion de rencontrer un cas à peu près semblable, douta encore de l'altération du cordon nerveux. Cette raison le décida à fendre lentement la tumeur en deux parties, couche par couche, jusqu'à ce qu'il fut arrivé chez celui-ci, qu'il trouva intact.

Ce troisième temps de l'opération permit aux deux moitiés du névrome de sortir d'elles-mêmes de la poche celluleuse qui les renfermait, et laissa voir le nerf poplité situé à la face interne et antérieure de l'enveloppe qu'on excisa en même temps.

L'opération fut peu sanglante : on n'eut en effet qu'une artériole à lier. La réunion immédiate ayant été rejetée à cause des dangers dans cette région d'une inflammation trop

vive et par suite de la suppuration, on se contenta de panser à plat la plaie, qui fut traitée comme les plaies ordinaires, jusqu'au moment où le malade nous a quitté tout à fait guéri, c'est-à-dire jusqu'au 26 janvier.

Pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie, on trouva celle-ci deux fois seulement très enflammée, saignante et douloureuse. Ces accidents, dus à ce que le malade s'était levé trop tôt, cédèrent promptement à un repos absolu.

Ce qui nous a frappé le plus vivement, c'est qu'immédiatement après l'opération les douleurs, qui étaient si vives et si fréquentes auparavant, disparurent complétement. Le malade n'éprouva plus ces crampes qui l'empêchaient de dormir. Aussi la nuit qui suivit l'opération il dormit comme il ne l'avait pas fait depuis plus de deux ans.

Au bout de dix-huit jours, on put le faire lever sans que la marche le fatiguât.

Jusqu'à présent, les auteurs ne se sont pas assez appesantis sur la disposition du nerf par rapport à la tumeur qui se développe sur son trajet, et c'est pour n'avoir pas assez établi cette disposition, qui est cependant mentionnée dans les ouvrages classiques, que la science a manqué jusqu'à ce jour d'une méthode utile pour le traitement des névromes développés dans les nerfs principaux des membres, tels que les médians sciatique et poplité.

MM. Ollivier, Bayle, Cayol, Ribes, Arrhonson (de Strasbourg), Descot, etc., qui ont tous cité des cas très nombreux de névromes, ont parfaitement établi la nature de ces tumeurs : ils ont en effet montré que les névromes des nerfs profonds présentent les caractères du squirrhe ou de l'encéphaloïde; mais pas un ne s'est arrêté à la disposition du nerf par rapport à la tumeur. Une seule observation, détaillée tout au long dans le deuxième volume du *Traité de pathologie chirurgicale* de M. Vidal (de Cassis), et attribuée à M. Durand, montre que l'on a trouvé un kyste du volume d'un gros œuf d'oie développé dans le tissu cellulaire, unissant les filaments nerveux qui constituaient le médian. M. Durand insiste surtout sur cette considération que les filets du nerf étaient séparés les uns des autres et aplatis.

En 1842, M. Bonnet a eu l'occasion d'opérer trois névromes volumineux siégeant à la fois sur le même nerf, le médian : l'opération, faite d'après la méthode ordinaire, c'est-à-dire en sectionnant le nerf au-dessus et au-dessous des névromes, lui permit de faire l'autopsie de ces trois tumeurs, qui présentaient les caractères de l'encéphaloïde.

Ce qui le frappa, c'est que ces tumeurs avaient pour point de départ le tissu cellulaire compris entre les filets nerveux qui, écartés par ce même tissu considérablement tuméfié, s'épanouissaient tout autour des tumeurs sans éprouver d'autre altération.

Ce fait, rapporté avec beaucoup de détail dans un mémoire du docteur P. Brun, joint à celui qui fait le sujet de l'observation citée plus haut, prouve suffisamment, il me semble, que dans les névromes des nerfs profonds le nerf n'est pas malade et ne constitue pas la tumeur, qui est uniquement formée par le développement anormal du tissu cellulaire compris entre les filets.

Je ne veux cependant pas dire que le nerf ne puisse pas plus tard et à la longue s'ulcérer à son point de contact avec la tumeur; mais ce qui reste vrai et démontré par l'anatomie pathologique, c'est que les nerfs sont épanouis autour d'elle ou isolés dans les kystes qui entourent les névromes.

Il résulte de tout cela que l'on doit chercher à enlever la tumeur par énucléation et conserver le nerf. C'est, comme on l'a vu dans le courant de l'observation que j'ai citée en commençant, le procédé qui a été employé pour la première fois par M. Bonnet.

L'importance de ce mode différent d'agir fut rendue encore plus évidente à ses yeux par la gravité des suites de l'opération qu'il a pratiquée en 1842 à l'avant-bras d'après le procédé ordinaire, c'est-à-dire en enlevant la portion de nerf siége des tumeurs.

Non-seulement la main fut paralysée, mais les abcès, suite de l'opération, entraînèrent une résorption purulente qui fit périr le malade.

Dans l'hypothèse même que le malade survive à l'opération faite d'après le procédé ordinaire, les inconvénients qui résultent inévitablement de cette méthode sont encore trop grands pour qu'on ne la rejette pas et qu'on ne préfère suivre celle proposée par le chirurgien de Lyon.

En effet, d'après le procédé ordinaire, non-seulement le membre privé de son nerf principal reste paralysé, mais encore, obéissant aux contractions des muscles toujours animés par les filets nerveux laissés intacts, il prend une position vicieuse. A ces deux accidents consécutifs, on peut en ajouter un troisième, l'atrophie du membre.

Deux faits très importants ressortent donc de cette observation :

1° Les névromes des *nerfs profonds* n'entraînent pas nécessairement l'altération de ces derniers; en d'autres termes, le névrome est indépendant du nerf dans lequel il se développe;

2° On peut et on doit enlever les névromes des *nerfs profonds* sans intéresser ces derniers. C...

MONSTRE EXENCÉPHALIEN

du genre hyperencéphale (Geoffroy Saint-Hilaire).

Par le docteur Houel, conservateur adjoint du Musée Dupuytren.

Pour justifier la place que j'assigne à ce fœtus en tératologie, je crois devoir rappeler en quelques mots la définition donnée par M. Geoffroy Saint-Hilaire. On entend par hyperencéphalien un monstre sur lequel une grande partie de la voûte crânienne manque, et par cette ouverture s'échappe l'encéphale. Les perencéphaliens qui forment le troisième genre de la grande famille des exencéphaliens en diffèrent en ce que la portion des os crâniens absents est beaucoup plus limitée, et le cerveau qui s'échappe par cette ouverture se renflant en champignon, se trouve pédiculé.

Né d'une primipare, ce fœtus, d'environ huit mois, a été présenté par M. Houel à la Société anatomique, et se trouve aujourd'hui déposé dans les cabinets du Musée Dupuytren. Il nous intéresse à la fois sous le rapport des nombreuses anomalies qu'il présente, mais surtout à cause de son exencéphalie, dont il offre une des variétés; il appartient au genre hyperencéphale. M. Isidore-Geoffroy Saint-Hilaire a eu l'occasion d'examiner un monstre de cette espèce, sur lequel il a rencontré une grande partie des difformités que j'ai à signaler. M. Duchateau, dans le *Journal complémentaire des sciences médicales*, publie l'observation d'un monstre hyperencéphalien avec bec-de-lièvre et ventration abdominale.

M. Pezerat, sur un monstre perencéphalien, a eu également l'occasion de constater bon nombre d'anomalies, car le sujet était affecté à la fois d'ectromelie et d'ectrodactylie, mais il importe de constater que dans la famille des monstres exencéphaliens les trois premiers genres sont rarement compliqués soit de simples vices de conformation, soit même de véritables monstruosités; tandis que dans les hyperencéphaliens l'inverse s'observe, l'absence d'anomalie se trouve être au contraire l'exception.

Les observations de ce genre de monstruosité, quoique bien connu aujourd'hui et parfaitement décrit par M. Geoffroy Saint-Hilaire, sont encore assez peu nombreuses dans la science pour que j'analyse celui-ci avec détail.

Pendant la gestation, la mère ne se rappelle pas avoir reçu de coup sur l'abdomen ni avoir fait de chute; seulement, à sept mois environ, le feu ayant pris chez une de ses voisines, elle fut fort effrayée, au point de perdre connaissance; mais il ne survint aucun accident immédiat; l'état général ne fut pas altéré, et, sans cause appréciable pour elle, elle accoucha prématurément à huit mois. La sage-femme appelée pour cet accouchement, qui fut laborieux, ne reconnaissant pas la position, fit appeler un médecin, qui éprouva le même embarras et finit néanmoins par terminer l'accouchement du monstre suivant :

Le fœtus, dans son ensemble, présente un développement proportionnel moindre que ne le comporte son époque de gestation; il a une hauteur de 15 centimètres environ; ses membres sont grêles, et, à l'exception du pied droit, tout le côté gauche est le siége de la plupart des anomalies. M. Cruveilhier pense qu'elles sont dues à une position vicieuse du fœtus dans le sein de la mère, et ici on trouve la preuve de ce fait, car le fœtus se trouve incliné sur le côté droit, de manière à offrir de ce côté une concavité peu considérable aujourd'hui, mais qu'il est facile d'exagérer, et alors on voit le côté gauche faire une saillie considérable produite par le refoulement de ce côté des viscères thoracique et abdominaux; si l'on cherche à déterminer la même inclinaison latérale gauche, il y a impossibilité complète.

Afin de procéder avec ordre dans la description des diverses anomalies que présente ce fœtus, je vais les décrire en partant de la tête; je suivrai ensuite le tronc, pour terminer par les extrémités.

1° *Tête.* — La tête est le siége de trois vices de conformation, à savoir :

1° Une hernie du cerveau;

2° Un développement incomplet de l'œil gauche;

3° Un bec-de-lièvre également situé à gauche.

La hernie du cerveau et du cervelet est presque complète; la tête est surmontée d'une tumeur ovoïde faisant un relief assez considérable, et entièrement dépourvue de parties dures; la moitié gauche du coronal, le pariétal entier et la moitié gauche de la portion écailleuse de l'occipital manquent à peu près complétement; ces os manquent aussi en grande partie à droite, mais ils y sont suppléés par la peau, qui présente tous ces caractères normaux, tandis que, du côté gauche, elle semble coupée au niveau des points précédemment indiqués comme avec un instrument tranchant : la coupe de la peau circonscrit donc au crâne une perte de substance obliquement dirigée de haut en bas et de droite à gauche, qui s'étend du côté droit au niveau environ de la partie supérieure de la bosse pariétale pour, à gauche, se terminer au bord supérieur de la portion écailleuse du temporal. Par cette large ouverture, qui est de 7 centimètres dans sa partie transverse et de 6 dans sa partie antéro-postérieure, le cerveau se trouve, en dehors de la boîte crânienne, recouvert de ces enveloppes; la dure-mère, la seule qu'il soit possible de démontrer aujourd'hui, le fœtus ayant macéré longtemps dans l'alcool, enveloppe le cerveau de toutes parts; au niveau de la grande fente cérébrale, elle donne naissance à la faux du cerveau qui sépare les deux hémisphères, qui sont assez bien développés; elle offre la même disposition pour la tente du cervelet; de plus, par sa face externe, elle a contracté de nombreuses adhérences avec les enveloppes du fœtus, et, à sa partie antérieure, elle est intimement unie à quelques cotylédons du placenta qui sont comme implantés à sa surface, de sorte que le placenta lui est fortement adhérent dans ce point. La face est moins oblique que ne le signale M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire dans son excellent ouvrage de tératologie.

L'œil droit est bien conformé; celui du côté gauche, beaucoup plus petit, incomplétement développé, offre 11 millimètres de fente palpébrale. Si on écarte la paupière, on trouve en arrière un globe oculaire fort incomplet, dans lequel je n'ai pu trouver trace de cornée.

La bouche nous offre, à gauche, une division complète de la lèvre supérieure, avec une division du bord alvéolaire de l'os maxillaire supérieur sans division de la voûte palatine, ce qui établit une variété moyenne dans le bec-de-lièvre.

Le tronc est infléchi à droite, comme nous l'avons déjà signalé, nous présente un exemple très complet de célotomie, monstruosité qui résulte du déplacement herniaire antérieur du cœur et des viscères digestifs. A gauche, il nous présente une ouverture considérable qui intéresse à la fois la poitrine et l'abdomen; elle s'étend en hauteur depuis la seconde côte environ, jusqu'un peu au-dessous du cordon ombilical, et offre en ce sens une hauteur de 6 centimètres; sa largeur, variable dans divers points, a la forme d'un tablier; elle se trouve rétrécie au niveau du diaphragme, quoique l'ouverture thoracique et abdominale soit commune.

Les bords de cette ouverture sont arrondis, déprimés en dedans; sur le bord étroit se rencontre le cordon ombilical, qui se trouve comme déjeté de ce côté : c'est bien évidemment à son côté gauche que s'est opérée cette éventration qui donne issue à un grand nombre de viscères, qui sont les suivants : de haut en bas nous trouvons : le cœur, qui est assez volumineux, enveloppé dans son péricarde, et par suite de la pression que lui ont fait éprouver les viscères abdominaux, et en particulier le foie, il a été refoulé de bas en haut, de sorte qu'il est coudé sur son axe, adhérent par sa base à l'ouverture et à la cavité thoracique; sa pointe se trouve dirigée en haut, en avant et à droite; son bord droit est devenu supérieur, son bord gauche inférieur; il a donc subi un déplacement considérable. Sur le côté gauche du cœur on trouve un organe aplati, fortement adhérent au cœur au niveau de sa base, et qui me paraît devoir être le poumon.

Au-dessous du cœur se trouve une grande partie des viscères abdominaux, qui sont groupés en trois masses, une supérieure, une inférieure et la troisième à droite; la première est constituée par l'estomac assez fortement distendu, ayant la rate accolée à sa grosse tubérosité, et, en arrière de cette dernière, le rein gauche, qu'il est facile de reconnaître à son aspect en forme de grappe. Au-dessous de l'estomac se voit le paquet intestinal presque entier, c'est-à-dire l'intestin grêle en entier et une grande partie du gros intestin, à savoir : le cœcum, le colon ascendant transverse et descendant.

La troisième masse située à droite de l'estomac avec lequel elle adhère est constituée par le foie, qui est considérablement déformé. Il résulte de ces faits qu'à l'exception du poumon droit, de la vessie, de l'utérus, du vagin et du rectum, tous les viscères abdominaux et thoracique sont situés en dehors de leurs cavités naturelles.

Nous avons déjà dit que le membre supérieur droit était bien conformé; mais le gauche présente comme anomalie la disposition suivante. L'avant-bras, ayant été fortement fléchi sur le bras, a contracté des adhérences intimes avec ce dernier, adhérences qui, pour l'avant-bras, s'étendent jusqu'au niveau du poignet, qui se trouve terminé par un appendice unique qui ressemble à un doigt bien conformé; mais il est difficile de déterminer son ordre numérique. Ce membre a en outre subi un degré d'atrophie considérable relativement à celui du côté opposé. Le pied de ce côté est bien conformé, mais celui de droite présente un pied-bot varus très prononcé.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 février 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Trois lettres du ministre du commerce, avec envoi d'échantillons d'eaux minérales, et demandes en autorisation d'exploitation. (Commission des eaux minérales.)

2° Trois lettres du même ministre, avec envoi de recettes de remèdes et moyens prophylactiques contre le choléra et autres maladies. (Commission des remèdes secrets.)

3° Lettre du même ministre, avec envoi de deux rapports, l'un sur la double épidémie de choléra et de suette qui a régné à Sézanne, dans le département de la Marne, en juin 1849, par M. le docteur Caillat, ancien interne des hôpitaux de Paris; le second sur trois épidémies graves de suette, de choléra et de dysenterie qui ont régné dans un grand nombre de communes de l'arrondissement de Compiègne pendant l'année 1849, par le même. (Commission des épidémies.)

4° Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui demande l'avis de l'Académie sur un ouvrage de M. le docteur Rivaillié, relatif au traitement du cancer et des affections scrofuleuses.

5° Divers tableaux de vaccinations pour les départements de l'Yonne et du Calvados.

Candidatures.

MM. Delafond, Requin, Nonat, Bouchardat, Jacquemier, Chailly (Honoré) et Depaul se présentent candidats aux places vacantes.

Diabète chez les animaux, etc.

M. Leblanc, médecin vétérinaire à Paris, adresse trois observations, l'une sur le diabète des animaux, et en particulier du diabète sucré observé chez une chienne âgée de six à sept ans, nourrie exclusivement pendant toute sa vie avec de la chair de bœuf crue; la deuxième sur une lésion des muscles extenseurs de l'avant-bras, et notamment du muscle huméro-olécranien externe, qui simule par quelques-uns de ses symptômes une fracture de l'humérus chez un cheval; la troisième, relative à un cas d'incurvation antéro-postérieure et hernie de la vessie par le détroit postérieur du bassin chez un chien. (Commissaires : MM. Martin-Solon, Barthélemy et Rayer.)

Trachéotomie appliquée aux corps étrangers des voies aériennes.

M. Faton, médecin à Vendôme (Loir-et-Cher), adresse un mémoire sur la trachéotomie appliquée aux corps étrangers des voies aériennes, dans le but de faire connaître un exemple de plus du succès de cette opération. (Commissaires : MM. Velpeau, Bégin et Laugier.)

Choléra et suette.

M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze (Meurthe), adresse un mémoire intitulé : Le choléra-morbus épidémique à Château-Voué (Meurthe), en septembre, octobre, novembre, décembre 1849.

Phénomènes critiques des fièvres pernicieuses.

M. Liégey adresse un travail sur certains phénomènes critiques qu'il a observés dans les fièvres pernicieuses, auxquelles le pays qu'il habite a été récemment en proie. Il appelle spécialement l'attention sur certaines crises insolites dont les auteurs n'ont point fait mention, telles que des

écoulements muqueux par l'urètre et par diverses autres voies.

Valvules du col de la vessie.

M. Mercier adresse une brochure destinée à faire suite à ses travaux sur les *valvules du col de la vessie*, et dans laquelle il rapporte sept nouvelles observations d'affections de ce genre traitées par l'incision ; ce qui porte le nombre de ces opérations à trente et une. Dans ce nombre il compte vingt-sept guérisons ou améliorations, et pas un cas où l'opération ait aggravé la maladie.

Proto-iodure ferreux inaltérable.

M. F. Gilles, pharmacien à Paris, adresse une note sur les préparations pharmaceutiques du proto-iodure ferreux inaltérable. (Commissaires : MM. Gibert, Lecanu et Guibourt.)

Eaux minérales de Salins.

M. Germain, médecin de l'hôpital de Salins et des épidémies, adresse des recherches sur les propriétés thérapeutiques des sources minérales salines, et principalement des eaux-mères de la saline de Salins. (Commission des eaux minérales.)

— M. le Président annonce que l'Académie se formera en comité secret à quatre heures. Il y aura séance extraordinaire samedi, à l'heure habituelle, pour la suite de la discussion sur les engorgements et les déviations de l'utérus.

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit au nom de la commission des remèdes secrets deux rapports officiels sur des demandes en autorisation d'exportation de remèdes secrets.

Conclusion : Il n'y a point lieu d'appliquer les bénéfices de la loi de l'an XI. (Adopté.)

Fœtus double uni par le tronc.

M. Bérard présente un fœtus double uni par le tronc. Ce fœtus, mort peu d'instants après la naissance, se compose de deux têtes, de quatre bras, de quatre jambes, de deux bassins et d'un seul tronc, résultant de la fusion du tronc des deux fœtus en un seul, à partir de l'épaule jusqu'au bas des lombes. La fusion a lieu aux dépens des parties latérales et un peu antérieures, de telle sorte que le côté droit de l'un est confondu avec le côté gauche de l'autre, et que les deux bras correspondants sont repoussés en arrière.

Un examen superficiel des viscères a permis de constater l'existence de quatre poumons peu développés, d'un seul cœur avec une seule aorte et une seule veine cave, d'un seul foie, et d'une seule rate et de deux reins.

Sur l'invitation de M. Bérard, M. Castel donne quelques renseignements sur Ritta et Christina, qui offraient quelques dispositions analogues avec ce monstre, mais avec des différences notables. Ces différences consistaient en ce que, chez Ritta et Christina, la fusion des deux corps commençait au-dessous des épaules, plus bas que chez ceux-ci, et que les deux têtes étaient beaucoup plus écartées, ce qui avait permis à M. Castel, du vivant des deux jumelles, de diagnostiquer l'existence de deux cœurs distincts, ce qui fut effectivement vérifié plus tard.

— La parole est à M. Cazeaux pour une lecture.

Nature chlorotique des troubles fonctionnels des femmes enceintes.

M. Cazeaux lit un travail intitulé : *De la nature chlorotique des troubles fonctionnels qui chez les femmes enceintes sont généralement attribués à la pléthore.* L'objet principal de ce travail est, ainsi que l'indique son titre, d'établir que les troubles fonctionnels, si communs chez les femmes pendant la durée de la grossesse, tels que céphalalgie, étourdissements, vertiges, tintements d'oreilles, dyspnée, palpitations, etc., et qui ont généralement été attribués jusqu'à présent à la pléthore, sont dus le plus fréquemment à la chloro-anémie. On pourrait, dit-il, à la rigueur, distinguer chez les femmes enceintes une pléthore sanguine très rare, une pléthore séreuse très commune.

L'auteur étaye cette proposition sur les résultats de l'analyse chimique du sang, sur les symptômes mêmes présentés par les malades, et sur les heureux effets qu'on retire d'un traitement tonique.

De l'étude des données chimiques, M. Cazeaux conclut que, pendant la grossesse, les principaux éléments du sang subissent des modifications analogues à celles de la chlorose. Il conclut également de la symptomatologie que les troubles fonctionnels de la grossesse sont les mêmes que ceux de la chlorose. Enfin, une alimentation animale et l'administration des ferrugineux lui ont toujours paru, depuis six ans, aussi utiles contre ces troubles fonctionnels de la grossesse que contre ceux de la chlorose. A moins que ces accidents ne soient très graves, il ne pratique plus de saignées pour remédier aux palpitations, et il ne les a pas vus encore une seule fois résister plus d'une quinzaine de jours à l'emploi des ferrugineux.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 février 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes.

M. Pétrequin, professeur à l'Ecole de Médecine de Lyon, lit un mémoire intitulé : *De l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrismes.*

L'auteur, après avoir rappelé les conditions scientifiques de la méthode de la galvano-puncture appliquée au traitement des anévrismes, et signalé les progrès qu'elle a faits depuis son origine, expose en ces termes l'histoire des phénomènes auxquels cette opération donne lieu :

« L'agent qu'on met en jeu dans cette opération a besoin d'être étudié d'une façon toute particulière ; car l'électricité, qui est un corps simple pour les physiciens, n'a plus, aux yeux du médecin, une action simple sur le corps vivant ; ses effets, au contraire, sont très complexes. L'observation rigoureuse du phénomène m'a conduit à une distinction capitale en pathologie, qui a été la base de la méthode nouvelle dont il s'agit.

» La pile exerce trois actions distinctes :

» 1° Une action *électrique* qui ébranle le système nerveux cérébro-rachidien, énerve le patient et lui fait subir de douloureuses secousses électro-dynamiques ;

2° Une action *calorifique* qui produit l'ustion des tissus vivants, cautérise tout ce qu'elle touche, et amènerait des eschares et même la gangrène si elle portait avec force sur une certaine surface ;

» 3° Enfin, une action *décomposante*, qui réduit les corps bétérogènes, désagrège leurs molécules et sépare leurs éléments, qu'elle précipite sous des formes diverses.

» Il s'agissait de multiplier cette dernière force en même temps qu'on affaiblirait les deux premières. Or, nous trouvons que l'action électrique de la pile augmente sous l'empire des multiplicateurs et par les chocs qu'entraîne la production des étincelles ; qu'elle diminue, au contraire, quand on fait agir l'instrument sans multiplicateur, avec un courant continue, sans étincelles, et que le fluide est transmis par des conducteurs isolants.

» L'action *calorifique* se multiplie par l'étendue et la superficie des éléments, comme cela a lieu dans les piles en hélices, et se réduit à son minimum quand les disques voltaïques sont de petites dimensions, et qu'on les fait fonctionner avec des conducteurs isolés sans interrompre le cours du fluide.

» La force *décomposante* enfin n'augmente pas proportionnellement aux surfaces ; elle est en raison directe du nombre des éléments.

» L'application de ces données à la galvano-puncture a été féconde ; la question se résumait ainsi : multiplier les éléments, leur donner peu de superficie, faire agir le fluide par un courant non interrompu, le transmettre par des conducteurs isolants, telle est la formule scientifique.

» Ces règles, une fois bien établies, ne permettent plus de confondre l'*électro-puncture* avec la *galvano-puncture*. Ainsi, l'électricité, ne possédant que l'action électro-dynamique, sans efficacité dans l'espèce, était insuffisante pour satisfaire aux exigences du problème, et par conséquent la machine électrique et tous les appareils à multiplicateurs si heureusement employés en médecine contre les névroses et les paralysies se trouvaient exclus de nos expériences, qui avaient pour objet de coaguler le sang. C'est à l'action décomposante de la pile qu'il fallait s'adresser. On comprend maintenant que la couche isolante, dont nous venons de démontrer l'utilité dans nos épingles conductrices, sert non-seulement à empêcher les déperditions du fluide galvanique, mais encore à prévenir l'ustion et la gangrène des parties molles qu'il traverse. Nous leur avons ajouté des têtes en spirale, modification commode pour accrocher les fils des pôles et favoriser par leur fixation la continuité du courant voltaïque, condition importante pour la réussite complète.

Manière de diriger les courants. — Il faut changer leur direction sans changer leur nature ; sans cela l'un des pôles viendrait dissoudre ce que l'autre aurait coagulé. Il importe de faire agir le fluide dans divers sens, de manière à produire une multitude de concrétions ou filaments étendus comme la trame d'un filet au milieu de la masse sanguine, et conséquemment de façon à obtenir un certain nombre de caillots qui offrent une charpente suffisante pour le coagulum général.

Le sang, dans l'anévrisme, modifié par l'action galvanique, forme dans diverses directions des coagulums qui amènent bientôt la solidification de la masse tout entière ; et généralement, en douze à vingt minutes l'opération est accomplie. » (Commissaires : MM. Magendie, Becquerel, Velpeau, Rayer.)

Moyens de reconnaître la quantité et la qualité du lait chez la femme.

M. Lampérière, médecin à Versailles, envoie un travail sur le lait de la femme. Il s'est proposé, dans ce travail, de rechercher les moyens à l'aide desquels on peut reconnaître la quantité de la sécrétion lactée. Pour atteindre ce but, l'auteur a établi un petit appareil qui exécute avec une grande précision tous les actes de la succion par l'enfant. Cet appareil se compose d'une pièce en caoutchouc offrant des lèvres souples, élastiques et contractiles, des gencives également souples et susceptibles de se resserrer légèrement par un rapprochement de ses bords, et d'une bouche à parois élastiques qui, dans son mode d'action, exécute les fonctions de la langue et de la joue de l'enfant. Avec cet appareil, qui évite aux femmes les douleurs du commencement de l'allaitement, M. Lampérière a recherché, sur un grand nombre de nourrices, quelle pouvait être la moyenne de la sécrétion lactée chez la femme. Il a trouvé qu'elle pouvait s'élever à 50 ou 60 grammes pour chaque sein toutes les deux heures. Pour déterminer d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, l'auteur s'est servi du mode d'analyse suivant : après avoir extrait d'un seul sein tout le lait qu'il contient, il en reconnaît la densité au moyen du lacto-densimètre de M. Quevenne ; mais avant il a soin de constater, à l'aide d'une éprouvette graduée, la quantité de lait sur lequel il a opéré, et de ramener sa température à celle de l'atmosphère en plaçant l'éprouvette dans un peu d'eau. Cette constatation faite, il verse le lait sur un filtre de papier. Après dix minutes, un quart d'heure, mais jamais plus d'une demi-heure, on obtient suffisamment de sérum normal pour en trouver la densité. Or, c'est sur la différence de densité qui existe entre le sérum normal du lait et le lait lui-même qu'il fonde la théorie de son opération, chaque degré que le sérum marque en plus correspondant à une quantité de beurre très bien déterminée.

Sur plus de 100 laits soumis à cette épreuve, il n'en a pas trouvé un seul acide.

Entre autres applications dont cet appareil serait susceptible, l'auteur pense qu'on pourrait l'employer utilement pour alonger le mamelon ou pour les mettre à l'abri des gerçures, pour suppléer à la faiblesse de certains enfants. Il espère que la quantité du lait que l'on obtient par ce moyen pourra dorénavant permettre d'utiliser le lait de femme dans un grand nombre de circonstances où on n'a pas encore songé à le faire. Enfin, il lui paraît avoir un dernier avantage au point de vue chirurgical, c'est de pouvoir arrêter promptement les progrès d'un engorgement inflammatoire des seins, en déterminant une sussécrétion lactée qui se fait aux dépens de l'inflammation elle-même. (Commissaires : MM. Payen et Lallemand.)

Odontoïdes.

M. Duval adresse une nouvelle note sur les anomalies que présentent les défenses d'éléphant, et en particulier sur l'origine, le mode de développement et les signes diagnostiques des odontoïdes que l'on trouve dans ces défenses ainsi que dans les dents de l'homme, du bœuf et du cheval.

Vaccine.

M. H. Carnot envoie de nouveaux documents pour faire suite à ses communications précédentes concernant l'influence de la vaccine sur la mortalité.

Nouvelle plante alimentaire. (Native-bread.)

M. Verreaux adresse des remarques sur plusieurs espèces d'animaux et de végétaux utiles à introduire en France.

Parmi les substances végétales de l'Afrique centrale qu'il pourrait être utile, suivant l'auteur, d'introduire en France, il appelle particulièrement l'attention du ministre, auquel sa lettre est adressée, sur un tubercule assez abondant dans certaines localités, et que l'on connaît sous le nom de *native-bread.*

Ce tubercule, qui semble croître d'une manière analogue à la truffe, peut peser, en moyenne, de six à huit livres. On le trouve le plus ordinairement dans les terrains stériles ou graveleux, à dix-huit pouces ou à deux pieds de profondeur. Généralement d'une forme irrégulière et recouvert d'une enveloppe noirâtre assez épaisse ; lorsqu'il a subi une cuisson, il ressemble à du riz bouilli et tassé ; il en offre même le goût. L'auteur pense qu'en analysant cette plante, on lui trouverait des qualités suffisantes pour la substituer à la pomme de terre.

Imprimé par PLOMB frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 24.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	13 FR	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR	9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Kyste de la lèvre supérieure. — Calcul dans le canal de Warthon. — Dans notre numéro du 9 février courant nous avons fait connaître un exemple curieux de calcul salivaire. M. Jobert nous en a fait voir il y a quelques jours un second, qui sera d'un grand intérêt pour les praticiens. On sait que ces calculs salivaires sont assez rares, et que les auteurs en citent à peine quelques exemples. On en trouve un dans la *Médecine opératoire* de Sabatier, et un autre dans le tome VI des *Annales de la Chirurgie française et étrangère*, emprunté à M. Moore. Dans presque tous les cas observés, sinon dans tous, le calcul siégeait dans le conduit de Warthon. Sous ce rapport, celui que nous allons faire connaître rentre dans la règle générale; mais il s'en éloigne par cette circonstance que la présence en a été parfaitement constatée par le chirurgien, et que c'est contre le calcul qu'une thérapeutique rationnelle et couronnée de succès a été dirigée. Sous ce point de vue le fait dont on va lire le résumé a donc une importance toute particulière. Il en a aussi à cause de l'analyse chimique dont a bien voulu se charger M. Bouchardat.

Le malade qui fait le sujet de cette observation ayant subi deux opérations distinctes, nous décrirons successivement ce qui se rapporte à chacune d'elles.

Kyste. — M. X., âgé de trente-quatre ans, habitant ordinairement la campagne, est venu à Paris pour se faire traiter de deux affections différentes. La première de ces affections est un kyste occupant la partie de la lèvre supérieure qui correspond à l'aile gauche du nez; la seconde est une tumeur développée dans le trajet du conduit de Warthon.

M. X. est d'une bonne santé habituelle; il n'a jamais fait de maladie sérieuse; il est né de parents sains. Jamais dans sa famille personne n'a été atteint d'affection semblable. Il n'a jamais eu d'engorgement des ganglions du cou ni des autres parties du corps; pas de maladies syphilitiques. Le malade dit avoir souvent des boutons aux lèvres lorsqu'il est enrhumé ou qu'il s'écarte quelque peu de son régime ordinaire; jamais il n'a reçu de coup sur ce point.

Il y a deux ans environ, dans le printemps de 1848, que cette tumeur s'est montrée. Elle a débuté par un point rouge qui a pris du développement sans causer la moindre douleur; le malade la pressait entre ses doigts pour tâcher de la faire disparaître, et il n'en éprouvait aucune souffrance. Enfin depuis cette époque elle est arrivée au volume d'une grosse noisette, et ce n'est qu'à cause de la gêne qu'elle produit que le malade demande à en être débarrassé. M. X., du reste, n'a jamais fait de traitement.

Le 4 février 1850, M. Jobert ouvre le kyste par son procédé par embrochement; il en fait sortir le contenu, enlève la membrane d'enveloppe, et réunit la plaie au moyen de deux points de suture entortillée. Aucun écoulement de sang n'accompagne ni ne suit l'opération; le malade prétend même ne pas avoir eu le plus petit mouvement fébrile ni le jour, ni le lendemain de l'ablation du kyste.

Le 6, deux jours après l'opération, on enlève les épingles; les lèvres de la plaie sont bien réunies; il n'y a pas de suppuration. On permet des bouillons et des potages.

Tumeur du conduit de Warthon. — Il y a dix ans que le malade a remarqué pour la première fois qu'il se passait quelque chose d'inaccoutumé vers la région de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur. Pendant son repas M. X. sentait un gonflement se produire dans cette région; mais il apportait si peu de gêne dans la mastication, que le malade pouvait parfaitement continuer et achever sans difficulté son repas. Au bout d'un quart d'heure le gonflement avait disparu. Ce phénomène paraissait fort souvent et disparaissait de même, sans causer de douleur. Lorsque le malade s'exposait au froid (ce qui arrivait souvent, car il passe une partie de sa vie à chasser, même par les temps les plus mauvais), la face inférieure de la langue, la glande sublinguale, le conduit de Warthon et la glande sous-maxillaire du côté gauche ou au moins les régions correspondant à ces organes s'enflammaient et devenaient très douloureux. Le mal se bornait là; seulement la salivation était considérable; il n'y a jamais eu du reste ni stomatite, ni maux de gorge violents. Cette inflammation durait de cinq à dix jours et disparaissait sans traitement. Jusqu'en février 1850, à part une application de sangsues faite cette année dans la région sous-maxillaire, et qui n'a amené aucune amélioration dans son état, M. X. ne s'est point soigné; il a continué à se livrer à ses occupations. Ce n'est qu'il y a un moins environ qu'il sentit, à la suite de fatigues plus grandes qu'd'habitude, une tumeur dure de la grosseur d'un pois qui siégeait sur le côté gauche du frein de la langue, dans le trajet du conduit de Warthon. A partir de ce moment, M. X. éprouva en mangeant de la gêne sous la langue; de temps en temps il s'écoulait par l'orifice du conduit un peu de pus mêlé à la salive; la bouche était mauvaise. Ces circonstances déterminèrent M. X. à consulter un homme de l'art. Il fut adressé à un chirurgien distingué de Paris, qui lui dit que le conduit de Warthon était malade, que cet état de maladie était dû à l'usage de la pipe, et qu'il fallait renoncer à cette habitude; il lui conseilla de toucher l'orifice du conduit avec de l'alun et de se gargariser avec de l'eau d'orge.

M. X. alla consulter un autre médecin, qui parut disposé à mettre sur le compte de la maladie syphilitique l'affection qui était soumise à son examen, quoique d'ailleurs jamais le malade n'eût éprouvé d'accidents syphilitiques apparents. Enfin, en dernier lieu, M. Jobert fut consulté; il reconnut l'existence d'un corps étranger obstruant le conduit de Warthon, et diagnostiqua un calcul. Il en proposa l'extraction au malade, qui l'accepta sans hésiter.

Le 4 février, en présence de M. Vernois, après avoir fait l'ablation du kyste dont il a été question, M. Jobert fit une incision près de l'orifice du conduit, à l'endroit où le calcul était logé et en pratiqua l'extraction. Il pouvait être comparé exactement pour la forme à une petite cornue solide dont le grand diamètre est de 12 millimètres (du fond à l'embouchure), et dont le corps recourbé a un peu plus du tiers de la longueur totale (5 millimètres); la grosseur du col, un peu moindre à son extrémité qu'à sa jonction avec le col, a un diamètre moyen de 3 millimètres. Immédiatement après l'extraction il sortit une grande quantité de salive avec une faible proportion de pus. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang, et le 6 février, lorsqu'on examina le malade, l'inflammation était nulle.

Le 8, le malade est dans un état excellent; on lui permet l'alimentation qui lui convient.

Le liquide sorti du conduit de Warthon après l'opération a été recueilli. Analysé par M. Bouchardat, ce liquide, mis en contact avec de la gelée de fécule presque solide, l'a immédiatement dissoute et liquéfiée. M. Bouchardat n'y a reconnu autre chose que de la salive pure.

Quant au calcul, selon M. Bouchardat, qui l'a soumis à l'analyse, il est d'une couleur blanc-jaunâtre uniforme; il est dur, légèrement friable, et formé manifestement par des couches concentriques, comme un petit calcul urinaire. Son poids est de 0,11 grammes à l'état sec.

Il est difficilement attaquable par l'acide chlorhydrique étendue, et sans faire effervescence. Sa composition est très analogue à celle du tartre des dents. Il renferme :

Du phosphate de chaux,
— de magnésie,
De l'eau,
Du mucus,
Peut-être du fluorure de calcium.

Il est fâcheux que ce malade soit sorti avant que la maladie se soit terminée d'une façon ou d'une autre; peut-être sa marche ultérieure aurait-elle jeté quelque jour sur sa véritable nature. Elle était cependant assez notablement améliorée quand le malade est sorti pour que l'on pût espérer une guérison, sinon très prochaine, au moins qui ne se ferait pas attendre trop longtemps. Il est donc très possible que l'examen ultérieur du malade n'eût rien appris sur la nature de cette affection; celle-ci doit donc jusqu'à nouvel ordre être classée dans les cas rares de périostite et d'ostéite spontanée, ou du moins sans cause appréciable. Nous ferons notre possible pour nous procurer des renseignements sur ce malade, ne fût-ce que pour fournir à nos lecteurs quelques éléments de pronostic dans le cas où ils viendraient à observer une affection semblable.

Inflammation du périoste alvéolaire et du corps du maxillaire inférieur. — L'inflammation du périoste alvéolaire et des os sous-jacents, en l'absence de l'action mercurielle, est une affection assez rare. Elle est rare surtout à un degré aussi intense que celle dont un malade admis dans le service de M. Cruveilhier nous a offert un exemple. Sous ce rapport donc, et sous celui de la rapidité de la marche de la maladie, le fait suivant nous offrira un assez vif intérêt.

Un homme âgé de vingt-huit ans, lithographe, entre dans le service de M. Cruveilhier, salle Saint-Ferdinand, n° 25, le 2 janvier 1850.

Comme antécédents, nous ne trouvons chez ce malade qu'une blennorrhagie. Il y a vingt jours que son mal a débuté par une douleur dans les dents incisives de la mâchoire inférieure; elles ne sont cependant point cariées. Dès le lendemain il souffrait vivement dans tout le menton.

On l'a cautérisé avec l'acide hydrochlorique. Les douleurs que le malade a éprouvées ont été très violentes; il a eu de la fièvre, du délire. Mais le médecin qui le soignait à cette époque nous a dit que la mère de ce jeune homme avait été folle, que lui-même avait quelquefois déraisonné, et il regarde comme dus à un accès de folie, et non à un délire fébrile, les hallucinations, les divagations de ce malade.

Pendant une huitaine de jours, la mâchoire inférieure a considérablement augmenté de volume, malgré le traitement, qui a consisté en bains locaux dans de l'eau de guimauve, cataplasmes, purgatifs continués pendant plusieurs jours de suite.

Le 3 janvier, à son entrée à l'hôpital, ce malade est dans l'état suivant :

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la méthode amovo-inamovible, par M. le Dr SEUTIN.

Entre les mains de Larrey, le bandage inamovible dans le traitement des fractures, appareil dont l'idée n'était pas nouvelle, mais dont l'usage était fort peu répandu, le bandage inamovible devint d'un emploi journalier, et les services incontestables qu'il rendit dans nombre de circonstances lui firent prendre droit de domicile dans les systèmes de déligation chirurgicale. Mais, si utile qu'il pût être dans bien des cas, il présentait encore de trop nombreux, de trop graves inconvénients pour pouvoir être érigé en méthode générale. Les reproches qu'on lui faisait sont principalement ceux-ci : de ne pouvoir être déplacé à volonté pour permettre l'examen des parties situées au-dessous; d'agir en quelque sorte en aveugle, comprimant brutalement les parties tuméfiées par un travail inflammatoire accidentel, et ne suivant pas dans leur retrait les parties dégonflées, qui restent, par conséquent, en dehors de toute compression. On ne peut se le dissimuler, ces reproches sont graves, et ils auraient suffi pour faire de la méthode inamovible un procédé exceptionnel, si un homme connu depuis longues années parmi les chirurgiens distingués de notre époque, M. Seutin, n'eût entrepris de conserver à l'appareil ses avantages réels, en faisant disparaître ses défauts.

Ses efforts furent couronnés de succès, et sous le nom de bandage *amovo-inamovible*, le chirurgien belge lança dans la pratique de la chirurgie un nouvel appareil auquel on reconnut dès l'abord une importance réelle et des succès incontestés. Peut-être devrions-nous ne pas faire à nos lecteurs l'injure de supposer qu'un seul d'entre eux puisse ignorer les différences essentielles qui séparent la méthode inamovible pure de la méthode amovo-inamovible; et cependant, cette confusion a été faite, et récemment encore, par des hommes si éminents, que nous pensons devoir rappeler en deux mots ce qui constitue ces différences.

Dans l'appareil inamovible, le bandage une fois appliqué ne peut, sans être ramolli, et par conséquent complétement défait, permettre l'exploration du membre, non plus que le relâchement ou une plus forte constriction de telle ou telle région. A la partie antérieure de ce bandage une fois appliqué, M. Seutin pratique longitudinalement une incision qui le convertit en un moule creux, complet, du membre, susceptible cependant d'être enlevé et replacé à volonté, et rendant facile l'examen des parties sous-jacentes par l'écartement des valves de l'appareil. C'est cette modification dont M. Seutin a tiré un grand parti, dont il a prodigieusement étendu les applications, et dont il a fait une méthode particulière assez importante pour mériter d'être exposée dans le volumineux mémoire que nous examinons ici.

Le livre de M. Seutin comprend trois grandes divisions. Dans la première, que nous ne ferons que mentionner, sont contenues des recherches historiques sur la méthode amovo-inamovible, son origine, ses points de ressemblance avec d'autres systèmes de déligation employés dans la thérapeutique des fractures, les caractères qui la distinguent de ces derniers et en constituent une méthode nouvelle. Nous ne ferons, avons-nous dit, que mentionner l'argument de cette première partie, qui, importante au point de vue historique, n'offrirait que peu d'intérêt sous le rapport pratique, et soulèverait aussi des questions de priorité dans l'appréciation desquelles nous ne voulons pas entrer.

Après l'historique vient, dans une seconde section de l'ouvrage, un exposé des principes sur lesquels est basée la méthode thérapeutique en question et des caractères qui la rendent elle-même. Voici en quelques lignes comment l'auteur les résume. « Composer, dit-il, un appareil contentif pour le traitement des fractures des membres qui réunisse les conditions suivantes : 1° comprimer circulairement au lieu d'exercer une compression latérale, comme dans la compression ordinaire, par les attelles ou dans celle de Larrey; 2° permettre les mouvements généraux tout en conservant les fragments osseux dans un rapport immuable; 3° être à la fois amovible et inamovible, de manière à permettre l'examen du membre fracturé quand on le veut et sans déranger les fragments. Tels sont les principes fondamentaux de la méthode amovo-inamovible. »

Reprenons l'un après l'autre chacun de ces trois points.

La compression circulaire n'appartient pas en propre à la méthode amovo-inamovible. Elle appartient au bandage inamovible ordinaire, non pas à celui de Larrey, mais au bandage dextriné ou amidonné, tel qu'on l'emploie depuis vingt ans en chirurgie. Sous ce rapport, l'assertion de M. Seutin n'est pas parfaitement fondée. Mais ce qui lui appartient, c'est la facilité qu'elle donne au chirurgien de graduer cette compression à volonté, suivant les indications, pour empêcher le développement de l'inflammation, la combattre si elle existe, et en prévenir les conséquences souvent fâcheuses.

Permettre les mouvements de totalité de membre en empêchant ceux de la partie blessée, c'est là un des plus précieux résultats de la méthode de M. Seutin. Si le principe avait été, avant le chirurgien belge, indiqué pour des cas exceptionnels, il est évident que pour le bandage amovo-inamovible seul il a pu être réalisé d'une manière constante et convenable. La plupart des chirurgiens ont remarqué combien il est souvent dangereux de maintenir au lit pendant plu-

Depuis trois jours seulement il n'a plus de fièvre. Le maxillaire inférieur a plus de deux fois son épaisseur normale, ce que l'on constate facilement en prenant la base entre deux doigts ; en plaçant un doigt dans la bouche, on sent, immédiatement au-dessous du fond des alvéoles, une saillie considérable en dehors. Le malade ne peut pas écarter les mâchoires, non pas qu'il souffre lorsqu'il l'essaie, mais il dit qu'il ne peut pas; aussi on ne peut introduire même le petit doigt dans l'intérieur de la bouche pour explorer de ce côté le maxillaire. Le moindre contact des dents avec les doigts est douloureux, ce que le malade attribue au froid plutôt qu'à la pression. Il ne peut serrer les mâchoires l'une contre l'autre sans souffrir beaucoup. La mastication est impossible, ce qui fait, joint à l'impossibilité d'écarter suffisamment la bouche, que le malade ne peut prendre que des aliments liquides.

Les gencives, ni la muqueuse des lèvres ne présentent rien de particulier; cependant on voit quelques plaques d'un rouge foncé sur cette dernière. — Sangsues à la base de la mâchoire; frictions avec l'onguent napolitain ; cataplasmes ; tisane émolliente; bouillons.

Le 10, la sensibilité de la peau du menton est très obtuse ; quelques ganglions engorgés de la base de la mâchoire et sur les côtés les branches du maxillaire inférieur sont intactes.

Le menton est arrondi. C'est en avant, entre les dents incisives de chaque côté, que le gonflement de l'os paraît être le plus considérable. Il est aussi un peu plus prononcé du côté droit. — On continue pendant plusieurs jours les frictions mercurielles, sans obtenir de diminution notable du gonflement de l'os; cependant la sensibilité cutanée du menton reparaît. Sans doute le nerf s'est habitué à la compression qu'il subit dans son canal. Plus de fièvre. — On cesse les frictions mercurielles; on leur substitue celles avec le baume tranquille; les cataplasmes sont continués.

On n'observe rien de particulier jusqu'au 16. L'état du malade est toujours le même ; mais à commencer de ce jour on trouve du pus dans les crachats; en pressant sur les gencives on sent qu'elles sont molles et comme décollées du maxillaire; la pression fait sourdre du pus entre elles et les dents; celles-ci sont ébranlées, vacillent, au point qu'on pourrait les renverser avec le doigt.

Le 20, il se forme un petit abcès du côté droit, à la base de la mâchoire; on l'ouvre; on ne constate pas de dénudation de l'os. Le malade crache une assez grande quantité de pus, qui se dépose au fond du vase. Il n'y a pas de changement dans l'état local.

L'ouverture de l'abcès extérieur s'est fermée; mais du pus sort toujours entre les gencives et les dents; celles-ci sont branlantes. Les gencives sont seulement un peu ramollies et gonflées.

Le 30, le gonflement du maxillaire inférieur est toujours considérable. Le malade n'écarte pas mieux les mâchoires qu'il ne le faisait dans les premiers jours.

Il sort dans cet état au commencement de février.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. TROUSSEAU.

De l'allaitement.

(Suite et fin. Voir le numéro précédent.)

Troubles de santé de la nourrice.

Si la nourrice a ses règles, quatre-vingt-dix-neuf mères sur cent disent qu'il faut prendre alors une autre nourrice; les femmes bonnes laitières peuvent avoir leurs règles. A cette époque, le lait arrive en quantité un peu moins grande, il est vrai, sans pour cela perdre de ses qualités. En général, les femmes qui nourrissent sont menstruées après onze ou douze mois sans que leur lait diminue. Si elles sont affectées de métrorrhagies, de pertes blanches ou de règles trop abondantes, il y a lieu d'aviser. Une mère nourrice est enceinte, que faut-il faire? Le lait d'une femme enceinte est, dit-on, pernicieux pour l'enfant. Quelques jours après sa parturition, une poulinière est couverte par l'étalon ; il en est de même pour les ânesses; les vaches sont couvertes un peu plus tard, et l'on ne voit pas que les poulains en souffrent, pas plus que les autres animaux. Que le lait soit moins abondant, c'est vrai ; mais qu'il soit altéré, c'est complétement faux. Pourtant, au sixième mois de la grossesse, le lait se mêle avec le collostrum, qui donne un peu de diarrhée à l'enfant, et alors il faut s'arrêter. Je ne conseille pas de prendre une nourrice enceinte, quoiqu'elle puisse souvent donner à teter jusqu'à l'accouchement, comme j'en ai vu des exemples très nombreux. Telle est la façon dont vous vous conduirez quant à l'allaitement.

Supposons que l'enfant ne veuille pas ou ne puisse pas teter, que la mère ne puisse pas le nourrir ni le mettre en nourrice; il faudra le nourrir artificiellement. Cette nourriture réussit très rarement dans les villes. Sans doute, on voit un enfant sur trois, s'il est bien nourri, s'élever, arriver à la croissance ordinaire; mais vous devez autant qu'il sera en vous empêcher la nourriture artificielle. Dans les campagnes, au contraire, où il y a de bon lait, les enfants sont habitués à en boire à satiété; eh bien, en Normandie, ils sont presque tous élevés au biberon. On commence par leur donner du lait coupé, que l'on fait donner d'abord peu à peu, puis ils en boivent tant qu'ils peuvent; mais cela ne réussit pas si bien dans les villes. Mettez-vous dans l'esprit que, même dans les campagnes, on perd ainsi une très grande quantité d'enfants et que cette nourriture ne peut même pas bien réussir chez les animaux. Comment doit-on ordonner cette nourriture artificielle? Il faut se servir du lait de chèvre ou de vache, suivant qu'il existe de ces animaux dans les pays où l'on se trouve, et donner à boire dans les biberons. Nous pourrions passer en revue toutes les différentes espèces de biberons qui ont été successivement employés; mais le biberon le plus élémentaire est une fiole à l'extrémité de laquelle on place un morceau d'éponge, que l'on recouvre d'un morceau de linge usé; on met dans la fiole de l'eau sucrée mêlée à du lait de vache ou bien à de l'eau féculente à la température de la peau du corps. Cette condition est nécessaire, et il importe aussi que l'enfant boive avec difficulté, qu'il fasse des efforts de succion. Voici à quoi cela servira : pendant que l'enfant tète en faisant des efforts, la salive afflue, et il insalive chaque gorgée d'aliments qu'il prend. Si, au contraire, il boit rapidement, il n'insalive pas et se trouve alors placé dans de mauvaises conditions.

Il peut arriver que le linge blesse l'enfant. On le remplace alors par de la peau chamoisée taillée en doigt de gant retourné et à travers laquelle passe le lait. Cette peau chamoisée, qui coûte peu, a le grand avantage d'être inaltérable, très propre et susceptible d'être toujours lavée, ainsi que l'éponge, dans une solution légère de bicarbonate de soude ou simplement dans de l'eau froide.

Si l'enfant ne digère pas bien, on peut ajouter à son mélange un jaune d'œuf, et enfin, après des essais multiples, on arrive à trouver ce qui lui convient le mieux. On se sert alors de ces moyens pendant trois ou quatre mois, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'époque de la nourriture complémentaire; mais dans ce cas-ci, on peut ne pas la commencer sitôt et attendre jusqu'à un an. On continue alors cette nourriture complémentaire jusqu'au moment où l'on voudra sevrer l'enfant.

Quand faut-il sevrer un enfant?

La plupart des médecins sont peu embarrassés sous ce rapport. Les uns disent : C'est au quinzième mois, les autres au dix-huitième. Tous ces praticiens sont complétement dans l'erreur. Il faut sevrer l'enfant quand il doit être sevré; mais quand? Le sevrage, entendez-le bien, doit être retardé le plus possible. Il faut laisser teter les enfants tant qu'ils veulent, deux, trois ans, surtout quand ils sont faibles, et voici pourquoi : c'est qu'à mesure que l'allaitement se prolonge l'enfant tète moins souvent. Il se nourrit davantage des aliments ordinaires, et cela facilite la transition. Je suis partisan de l'allaitement le plus prolongé, pourvu que la nourrice et l'enfant ne souffrent pas. Il importe beaucoup d'avoir à sa disposition un aliment que l'enfant digère bien, c'est-à-dire le lait; car dans le cours des trois premières années il est sujet à diverses maladies, dont les plus fréquentes sont celles du canal alimentaire. Cela est si vrai pour moi que, dans le cas où un enfant est affecté d'entérite ou de toute autre maladie, j'aime mieux donner le lait maternel que toute autre chose. Tels sont mes motifs; quant à limiter l'époque du sevrage, c'est absurde, et voici pourquoi : le sevrage doit toujours être subordonné à la dentition de l'enfant. En effet, l'époque de la première dentition, du moment où apparaissent les premières incisives jusqu'à l'époque des dernières, est un temps périlleux pour l'enfant. Il est soumis à une foule d'accidents du côté du ventre, de la poitrine et de la tête, mais surtout du côté du ventre. Or, comme les troubles dits de la digestion se manifestent le plus ordinairement, il importe d'avoir une alimentation pour laquelle l'enfant soit apte, qui ne puisse ni aggraver son état ni occasionner une autre maladie; mais la dentition dure trois ans. Faudra-t-il continuer l'allaitement jusque-là et imposer à une femme débile la nécessité de nourrir? Non pas absolument, et voici les règles qui vont nous guider. Elles sont très faciles à retenir.

La dentition se fait par groupes. De quelle manière sortent les dents. Il y a plusieurs séries que voici : dans la première, apparaissent les deux incisives inférieures médianes ; dans la seconde, les quatre incisives supérieures; dans la troisième, les quatre premières molaires, et les deux incisives inférieures latérales ordinairement après; dans la quatrième, les quatre canines; et enfin, dans la cinquième, les quatre dernières molaires. Voilà les dents caduques. N'attendez pas les dents de quatre ans, il n'y en n'a pas, et tout ce que l'on a dit là-dessus est complétement faux : il y a des dents de six ans, mais c'est alors la première évolution de la deuxième dentition.

Voyons de quelle façon les groupes sortent.

1° Les premières incisives sortent de un à quinze jours d'intervalle, mais ordinairement le même jour; et, lorsque ces deux premières ne sortent pas en deux ou trois jours, c'est une dentition irrégulière. Après cela, l'enfant se repose, et c'est un fait immense pour les applications thérapeutiques. Il se repose de trois à six mois. Les deux premières dents sortent ordinairement du septième au huitième mois, et l'enfant a ensuite au moins pour six semaines de tranquillité.

2° Les quatre incisives supérieures mettent un mois à sortir. Ce sont d'abord les médianes, puis les latérales qui apparaissent, et cela du dixième au douzième mois.

3° Du douzième au quinzième mois sortent celles de cette troisième série; puis l'enfant se repose pendant quatre ou cinq mois, et durant tout cet espace de temps il n'y a pas d'évolutions dentaires.

4° Du dix-huitième au vingt-deuxième mois, surgissent les quatre canines, dont l'évolution dure trois mois, et il y a ensuite un très long repos.

5° Enfin arrivent les quatre dernières molaires.

Savez-vous à quoi sert de connaître que les dents sortent par groupes? C'est que, pendant la durée d'une évolution dentaire, l'enfant est malade. Il y a de la fièvre, de la toux; mais, après l'éruption, il se rétablit avec une rapidité merveilleuse. Il en est ainsi pendant tout le temps de la dentition. Or, quand doit-on sevrer? Evidemment c'est pendant le temps du repos, dans l'intervalle d'une évolution à une autre. On vous oppose de suite des raisons d'âge; mais vous n'avez qu'à faire connaître ce que je viens de vous expliquer, et les familles vous laisseront la liberté d'agir comme vous l'entendrez. Il ne faut sevrer les enfants que sept à huit jours après une évolution dentaire, lorsque les organes seront en repos. Vous pourrez alors profiter de quelques mois pour changer l'alimentation de l'enfant et l'accoutumer à une nourriture supplémentaire.

Après laquelle de toutes ces évolutions est-il le plus opportun de sevrer?

C'est après l'évolution des canines, parce qu'elle est la plus périlleuse; celles-ci sortent une à une, et sont les seules qui soient épaulées. Les autres ne rencontrent pas d'obstacles : les canines seules sont embarrassées par les dents voisines qu'elles sont obligées d'écarter, et cela amène des accidents plus graves.

Qu'avez-vous à faire alors? Vous conduire d'après les préceptes que nous vous avons signalés, ou sinon vous mettez l'enfant en péril, et votre conscience vous le reprochera.

Comment vous y prenez vous quand vous sevrez? Si vous êtes prudents, vous devez donner à teter de moins en moins souvent et augmenter graduellement la quantité d'aliments; et puis, quand l'enfant est accoutumé à cela, qu'il ne tète plus qu'une ou deux fois par jour, vous pouvez être certain que le sevrage ne causera pas d'accidents.

Quand on est obligé de sevrer inopinément dans certains cas malheureux, quelle alimentation faut-il employer? Autant que possible, il faut employer du laitage, sans qu'il y ait rien de précis sous ce rapport. Il y a des enfants qui ne peuvent supporter le lait sous aucune forme, excepté le lait de leur mère; il faut alors essayer une foule d'aliments, tels que jaunes d'œufs, bouillons, potages maigres ou gras, pommes de terre avec ou sans sel, poisson..., etc., jusqu'à ce que l'on en ait trouvé un que l'enfant puisse digérer. Il n'y a pas de règles de rigueur pour l'alimentation; chaque estomac a sa façon de digérer un aliment qui lui convient et qu'il faut

---

sieurs semaines les personoes âgées ou irritables et nerveuses atteintes de fractures des extrémités ioférieures. Oo était d'accord sur l'utilité de l'exercice au grand air, ou du moins sur celle de mouvements du corps qui, bieo que limités, permissent aux sujets de preodre quelques distractions, de vaquer à quelques occupations peu fatigantes ; le principe de la déambulation, repris et développé par M. Seutin, érigé eo méthode générale, ne pouvait être rendu praticable que par un oppareil de la nature de celui dont nous parloos ici. La marche, en activant toutes les fooctioos, en favorisant l'hématose, en maintenant la vitalité dans ses conditions normales, rend plus prompte et plus complète la formation du cal et la consolidatioo des fractures.

Enfin, pour le troisième point, pas n'est besoin d'entrer dans de loogs commentaires pour établir que l'appareil amovo-inamovible réunit à la fois les avantages de l'appareil inamovible et ceux de la méthode ancienne ou à paosements renouvelés. Le bandage qui est, comme nous l'avons dit, un moule creux complet, rigide, parfaitement pris sur la forme du membre, permet par une ouverture longitudioale une surveillance de chaque moment sur les parties blessées, encore mieux que l'ancien appareil à fracture. Une fois cette iospection faite, une bande nouvelle est jetée sur le moule doot les bords sont rapprochés, et l'appareil se trouve momentanément traosformé de nouveau en appareil inamovible ordinaire. Si rien ne fait craindre d'accidents ioflammatoires, la bande supplémentaire, amidonoée elle-même, reste à demeure. Si l'on a au contraire la moindre appréhension, la bande sèche peut être tous les jours déroulée, puis remise en place sans que le membre ait subi la moindre secousse, sans que les fragments aient perdu de leurs rapports. On voit que le oouvel appareil est infiniment préferable à l'ancieone déligation, qui ne permettait la vue de la partie blessée qu'à cette conditioo, que baodes, attelles, compresses, seraieot eolevées, et la fracture privée de tout moyen de contention.

La seconde partie du livre renferme dans leurs plus grands détails les procédés de la méthode, dans la descriptinn desquels est entré l'auteur avec grand soio, de manière à rendre aisée à tout praticien l'application de l'appareil amovo-inamovible. Enfin, un dernier chapitre de cette section contient l'appréciation comparative de divers procédés imités de celui de M. Seutin, tels que les appareils dextriné, gypso-amylacé, de papier amidonné, de caoutchouc, etc., et un examen scrupuleux du mode d'actinn de la méthode qui fait le sujet du livre dont nous rendons compte.

Une fois bien établies ces coosidérations préliminaires, il était nécessaire d'en appeler à l'expérience des faits. L'observation clinique est le critérium de toute médication, de toute vue thérapeutique nouvelle ; car, en médecine, plus qu'en toute autre science, l'application pratique est le dernier mot, le contrôle de la théorie. C'est ce qu'a parfaitement compris M. Seutin, qui, pour cette raisoo, a donné à cette troisième partie une étendue plus que double que celle de l'espace consacré aux deux premières.

Cette partie clinique de l'ouvrage est divisée elle-même en deux ordres : dans le premier sont rapportés les faits relatifs aux lésions du squelette, fractures, luxations, entorses, et aux lésions des parties molles, plaies, ruptures et sections des tendons et des muscles : dans le secood sont comprises les maladies chirurgicales diverses dans lesquelles le bandage amidonné peut être employé avec avantage.

Nous recommandons surtout à l'attention des lecteurs les six ou huit derniers chapitres où l'auteur rapporte des observations de guérisons obtenues à l'aide de son appareil daos des cas d'arthropathie, de cicatrisation vicieuse, d'aoévrisme, d'orchite et d'abcès du sein.

Dans ces deux dernières circonstances, et surtout dans le traitement de l'orchite, dont nous ourions désiré que M. Seutin nous rapportât quelques exemples, nous devons avouer que nous ne saurions complétement partager l'opinion de l'auteur. La compression du testicule enflammé, outre qu'elle est très difficile à pratiquer d'une manière absolument régulière, est loin d'être toujours suivie de succès. Des accidents redoutables ont determiné l'un des praticiens de Paris le plus à même d'eo voir un grand nombre, M. Ricord, à renoncer presque complétement à l'emploi de la compression dans l'inflammatioo de cet organe. Peut-être M. Seutin s'est-il, dans cette circonstance, un peu trop laissé entraîner par le seotiment de la paternité en faveur de la methode dont il est le créateur.

Quoi qu'il en soit de cette légère critique, qui n'ôte rien au mérite de l'ouvrage, nous ne saurions mieux termioer ce compte-rendu qu'eo disant avec le savaot rapporteur de l'Académie de Bruxelles : « Eo mettant les praticiens à même de connaître et d'apprécier les procédes qu'il emploie avec beaucoup de succès, d'en faire comme lui l'application clioique, M. Seutin rend uo véritable service à la science, accomplit uo devoir qui mérite d'être imité par tout homme qui fait uoe découverte utile au geore humain. »

Dr A. FOUCART.

De nombreuses saisies de viandes malsaines, réduites en charcuterie pour en déguiser la qualité, ont eocore été saisies ces jours derniers chez des marchaods établis près des barrières les plus populeuses de Paris. Les procès-verbaux ont été affichés immediatement à la porte de chaque mairie de ces localités.

lui donner. Si l'enfant veut du chocolat, du café ou tout autre aliment et qu'il ne digère pas autre chose, donnez-le-lui; mais avant, essayez ce qu'on leur donne habituellement pour nourriture.

Quels sont les accidents du sevrage?

Quelque prudence que vous ayez employée, il arrive que, si l'évolution des dents est irrégulière, ce qui existe chez le quart des enfants, il survient de la diarrhée, des vomissements au moment où vous commencez l'alimentation, et les enfants ne digèrent plus rien. Vous cherchez à combattre ces accidents avec le bismuth, le sel de seignette; vous essayez tout sans résultat. Ces accidents durent depuis quinze jours. Si l'enfant est encore jeune, demandez une nourrice, puis tâchez qu'il veuille prendre le sein; vous l'obtiendrez difficilement quand depuis quinze jours il n'a pas teté. Mais il y a un moyen, c'est de l'affamer rigoureusement et de ne lui laisser voir que la femme qui le fera teter; cette femme l'approchera de son sein qu'elle entourera de matières propres à l'allécher, et fera en sorte qu'il saisisse le mamelon. Si l'enfant ne le prend point, il faut insister sur ces moyens: lui introduire dans la bouche, pendant la nuit, le doigt imbibé d'eau sucrée, et le remplacer ensuite par le mamelon; une fois que le lait arrive dans sa bouche, la difficulté est levée. Dans le plus grand nombre de cas, rien ne réussit, et l'on ne peut intervenir que par les moyens médicaux.

Il me reste à vous parler des accidents que la nourrice peut éprouver dans le cours de l'allaitement; c'est bien la peine de s'en occuper, car, lorsqu'on ne les connaît point, on peut se trouver dans l'embarras.

En effet, lorsqu'une femme veut nourrir, elle commence à donner à teter ordinairement assez tard, suivant les conseils du médecin. Cependant les seins se gonflent, le mamelon s'efface, l'enfant a beaucoup de peine à le saisir, le tracasse, et, dans un grand nombre de cas, il produit de petites excoriations à son extrémité; il peut arriver aussi que l'enfant serre fortement à la base du mamelon, et si l'on ne prend pas beaucoup de soins pour parer à ces inconvénients, il se forme des crevasses. Ces excoriations et ces crevasses, qui constituent les accidents auxquels est soumise la nourrice, sont tellement douloureuses, que les pauvres femmes qui ont la passion d'allaiter mordent leur drap ou leur couverture en donnant le sein à leur enfant. Ces douleurs sont si véhémentes et se renouvellent si fréquemment, qu'elles finissent par amener la fièvre et l'émaciation de la nourrice. D'un autre côté, quand les crevasses sont profondes, l'enfant tète du sang, et quelques médecins commettent alors des erreurs graves en considérant comme des hématémèses le sang que rend l'enfant.

Comment vient-on à bout, chez la femme, d'empêcher et de guérir les crevasses et les excoriations?

Il importe qu'après avoir donné à teter, la femme ait une petite éponge pour laver son mamelon. La salive de l'enfant est acide, et pour peu qu'il reste de caséum, cela suffit pour amener des excoriations. Ces soins de propreté sont excessivement nécessaires. Dès que la femme commence à éprouver des cuissons au sein, on lave celui-ci avec de l'eau chaude dans laquelle on met un peu d'eau-de-vie; si les cuissons continuent, il faut ajouter à l'eau chaude un peu de sulfate de zinc ou d'acide sulfurique. Avec ces précautions, il est rare qu'on n'empêche pas ces accidents; mais dans un certain nombre de cas, des maladies de l'enfant viennent compliquer la situation. En effet, le muguet peut affecter l'enfant et se communiquer à la mère; il faut alors songer à débarrasser l'enfant de cette affection, et traiter en même temps le mal qui est survenu à la mamelle de la femme: on y arrivera par des gargarismes avec le miel et le borax pour l'enfant, et, pour la femme, par des lotions avec une solution d'azotate d'argent, de sulfate de cuivre ou de zinc.

Quand surviennent des excoriations et des crevasses autour du mamelon, on commence par lotionner avec de l'eau chaude et puis avec une solution légère d'azotate d'argent; si ces moyens ne suffisent pas, on se sert d'une solution de sulfate de zinc ou de cuivre, de l'eau phagédénique; et enfin, quand la maladie persiste, on a recours à une pommade au précipité blanc (0,20 de précipité blanc sur 10 ou 15 grammes d'axonge), qui réussit dans le plus grand nombre des cas.

Il peut arriver que, malgré tous ces divers moyens employés, le mal persiste. On est alors obligé de recourir à l'emploi du bout de sein; l'enfant le prend, fait le vide, et le lait vient sans douleur pour la femme. Il n'est pas toujours facile d'amener l'enfant à saisir le bout de sein; il faut, pour y arriver, le laisser jeuner, mettre ensuite dans le bout de sein du lait chaud; sitôt qu'il le met dans sa bouche, il suce, et une fois que le lait coule, il en prend l'habitude. On reste quelquefois plus de quinze jours pour habituer l'enfant à cela; mais si l'on tient ferme, il finit par teter. Si la maladie de la femme n'existe que d'un seul côté, on fait teter l'enfant quatre fois du côté sain et une fois seulement du côté malade; peu à peu la fluxion du lait n'a plus lieu que d'un seul côté, celui qui était malade guérit pendant cet espace de temps, et puis on favorise encore la fluxion du côté du sein d'abord délaissé. Il ne faut pas craindre que le lait ne se sécrète plus dans le sein ainsi abandonné, et il faut employer fréquemment ce moyen, car il favorise beaucoup la guérison.

Supposez maintenant qu'il y ait autour du mamelon des crevasses profondes qui causent à la femme des douleurs souvent intolérables, il faut agir vigoureusement contre elles; des cautérisations avec le crayon d'azotate d'argent, une mixture de ratanhia, des lotions astringentes, finissent par en triompher. Si le mal existe des deux côtés, on doit employer les bouts de sein et, en même temps, les divers moyens que nous venons d'indiquer. Ainsi, pourvu que l'on persiste dans la médication prescrite et que l'on prenne beaucoup de soins de propreté, on guérit le plus ordinairement la nourrice, même lorsque les deux seins sont en même temps affectés.

M...

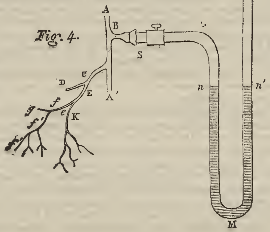
MÉMOIRE

SUR LES HÉMOMÈTRES;

Par M. Guettet, médecin de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine-l'Abbaye.

M. Poiseuille a donné le nom d'*hémodynamomètre*, et on a appelé plus brièvement *hémomètre*, un instrument qu'il a inventé pour remplacer celui de Hales, moins commode et sujet à un grave inconvénient, la coagulation du sang. Cet instrument est destiné, selon l'étymologie, à mesurer la force du sang ou, selon l'explication de M. Poiseuille, la force du cœur aortique.

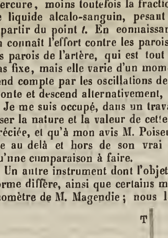
Aux personnes qui ne connaissent pas l'instrument de M. Poiseuille et qui ne seraient pas à portée de consulter le mémoire dans lequel il est figuré et décrit avec beaucoup de soin (1), nous présenterons, pour l'intelligence de ce mémoire, la figure 4 de la planche ci-annexée. S t M T est un tube en U dont l'une des branches M t S a été courbée à angle droit au point t vers le milieu de sa hauteur environ, de sorte que cette branche coudée est mi-partie verticale et mi-partie horizontale. On emplit de mercure l'instrument, jusqu'en n, par exemple. On l'adapte à l'artère d'un animal par l'extrémité S munie d'un robinet, après toutefois avoir introduit dans cette branche un peu de sous-carbonate de soude dissous pour empêcher la coagulation. Le robinet étant ouvert, le sang entre dans le tube et vient presser le mercure; celui-ci abaisse son niveau n dans la branche où le sang arrive, et élève d'autant le niveau n' dans la branche libre. La différence entre



ces deux niveaux mesure l'effort exercé par le sang sur le mercure, moins toutefois la fraction qui est due à la colonne de liquide alcalo-sanguin, pesant elle-même sur le mercure à partir du point t. En connaissant l'effort sur le mercure, on connaît l'effort contre les parois du tube, ou l'effort contre les parois de l'artère, qui est tout un. L'expression n'en est pas fixe, mais elle varie d'un moment à l'autre, et l'on s'en rend compte par les oscillations de la colonne mercurielle qui monte et descend alternativement, tantôt plus, tantôt moins.

Je me suis occupé, dans un travail long et détaillé, de préciser la nature et la valeur de cette donnée, qui a été mal appréciée, et qu'à mon avis M. Poiseuille lui-même a interprétée au delà et hors de son vrai sens. Aujourd'hui je n'ai qu'une comparaison à faire.

Un autre instrument dont l'objet est le même, mais dont la forme diffère, ainsi que certains modes d'expression, est l'hémomètre de M. Magendie; nous le représentons dans la figure 5. Le mercure est contenu dans le petit flacon bitubulé M qui en est tout rempli, comme on le voit par le niveau n. Une de ces tubulures, la supérieure, u, reçoit le tube coudé u S t, d'abord vertical u S, puis horizontal de S en t. Il est destiné à communiquer avec l'artère de l'animal sur lequel se fait l'expérience. L'autre tubulure, latérale, reçoit le tube n' T, horizontal par la partie qui entre dans le flacon, et devenant bientôt ascendant, pour indiquer les diverses hauteurs auxquelles le mercure parviendra; car il y a, comme on le voit, libre communication entre le flacon et chacun des tubes. Il suffira donc d'adapter le tube horizontal t à l'artère pour que la pression artérielle soit transmise à l'intérieur du flacon et se manifeste par l'élévation du mercure dans le tube ascendant T. Mais, comme chez M. Poiseuille, il faudra introduire un liquide alcalin dans le tube t avant de le fixer à l'artère, afin d'empêcher la coagulation du sang.



Il est à remarquer ici que, tandis que chez M. Poiseuille (fig. 4) le niveau n qui indique le zéro des hauteurs est mobile, il est fixe chez M. Magendie (fig. 5) en un point n' que l'on détermine par la simple inspection, une fois pour toutes (2). Le volume de mercure que peut contenir le tube T est si peu de chose dans le flacon, qu'il en sorte ou qu'il y rentre, que la hauteur n M du liquide dans ce flacon ne change pas sensiblement et que, par suite, le zéro ne varie pas non plus dans le tube T. Il résulte de là que, dans les appréciations des hauteurs de la colonne ascendante, on sera exempté de la déduction que M. Poiseuille doit faire de la hauteur du mélange alcalo-sanguin. — Il y a une autre simplification attachée à ce dernier appareil. Les hauteurs apparaissent naturellement par l'élévation du mercure au-dessus de n' dans le tube T. Chez M. Poiseuille (fig. 4), il arrive que, tandis que le mercure s'élève dans la branche libre au-dessus de n', il baisse d'autant dans la branche inosculée; il faut donc doubler l'une de ces distances à n pour avoir toute la hauteur de la colonne. Cette particularité, jointe à l'opération relative aux hauteurs diverses que prend le liquide alcalo-sanguin, complique le travail d'observation chez M. Poiseuille, et le rend tout à la fois plus minutieux, plus long, moins facile.

Mais l'important est de savoir quel avantage peut présenter l'un de ces hémomètres, comparativement à l'autre, pour la clarté et la véracité des expériences; et c'est parce qu'une différence importante au point de vue expérimental m'a été signalée que j'ai voulu constater par moi-même ce qu'il en était. Ainsi, tandis que, dans l'instrument de M. Poiseuille, au lieu d'obtenir des oscillations correspondant à la systole et à la diastole d'une manière distincte, ce que tout le monde s'attendait à voir, on n'a vu qu'une correspondance avec l'*inspiration* et l'*expiration*: « L'abaissement du mercure correspond à l'inspiration, son élévation à l'expiration (1), » dit M. Poiseuille lui-même. Cependant, pour rendre justice à l'instrument en question, je dirai que, dès l'année 1840, le voyant fonctionner aux leçons de M. Magendie au Collége de France, je remarquai de petites saccades ou trémulations intermédiaires aux oscillations. Ces petits mouvements me parurent être isochrones au pouls, et je les rapportai dès lors à cette cause. Mais ils sont tellement peu distincts qu'ils ne pouvaient passer que pour un accessoire vague, à côté de l'expression si prononcée d'autre part de l'oscillation respiratoire. Il restait donc admis dans le monde physiologique que l'hémodynamomètre indiquait le plus ou moins de force déployée par le cœur, en correspondance avec l'expiration ou l'inspiration, non avec la systole ou la diastole. Quelque surprenant, et je dirai quelque incomplet que cela parût, l'expérience était là, et, pour mon compte, je ne voyais rien dans l'appareil qui dût justifier ma défiance sur son expression.

Ce fut donc avec un vif intérêt que j'appris qu'un nouvel instrument, celui de M. Magendie, exprimait parfaitement, par des oscillations inconnues dans l'autre, les contractions et les repos ventriculaires. Désirant le voir de mes propres yeux, je trouvai dans M. Magendie une obligeance parfaite, et M. Cl. Bernard eut la complaisance de se joindre à moi pour répéter l'expérience que le savant professeur avait faite avec son instrument.

C'était en mars dernier. Nous essayâmes sur un chien de taille moyenne les deux hémodynamomètres comparativement. Nous eûmes les résultats suivants. Nous appellerons course de l'oscillation la distance parcourue d'une hauteur à une autre par le sommet de la colonne mercurielle comme par un piston.

INSTRUMENT DE M. POISEUILLE.

Hauteurs correspondant au bas de la course d'oscillation.

Mercure.	Mélange alcalo-sanguin.
$80 + 80$	$- \frac{30 + 80}{10} = 160 - 11 \ = 149$ (2)
$55 + 55$	$- \frac{30 + 55}{10} = 110 - 8,5 = 101,5$
$90 + 90$	$- \frac{30 + 90}{10} = 180 - 12 \ = 168$
$95 + 95$	$- \frac{30 + 95}{10} = 190 - 12,5 = 177,5$
$93 + 93$	$- \frac{30 + 93}{10} = 186 - 12,3 = 173,7$
$91 + 91$	$- \frac{30 = 91}{10} = 182 - 12,1 = 169,9$
$85 + 85$	$- \frac{30 + 85}{10} = 170 - 11,5 = 158,5$

Hauteurs correspondant au haut de la course d'oscillation.

Mercure.	Mélange alcalo-sanguin.
$85 + 85$	$- \frac{30 + 85}{10} = 170 - 11,5 = 158,5$
$100 + 100$	$- \frac{30 + 100}{10} = 200 - 13 \ = 187$
$95 - 95$	$- \frac{30 + 95}{10} = 190 - 12,5 = 177,5$
$100 + 100$	$- \frac{30 + 100}{10} = 200 - 13 \ = 187$
$96 + 96$	$- \frac{30 = 96}{10} = 192 - 12,6 = 179,4$
$92 + 92$	$- \frac{30 + 92}{10} = 184 - 12,2 = 171,8$
$90 + 90$	$- \frac{30 + 90}{10} = 180 - 12 \ = 168$

(1) *Recherches sur la force du cœur aortique*, 1828.

(2) Une fois pour toutes s'entend pour tout le temps qu'on se servira du même tube ascendant. On sait que dans un tube communiquant à un vase le mercure se tient au-dessous du niveau dans le vase, d'autant plus sensiblement que le tube est d'un plus fin calibre intérieur.

(1) Expressions textuelles de M. Poiseuille. *Recherches sur la force du cœur aortique.*

(2) L'unité pour chacun de ces nombres est le millimètre. Le nombre 30 qui figure à la colonne du liquide alcalo-sanguin mesure, en millimètres, toujours l'espace de t en n sur l'instrument que nous avons employé. Le nombre 10, par lequel on divise la hauteur du mélange alcalo-sanguin, exprime le rapport de la densité de ce liquide à celle du mercure. En effet, cette colonne a le poids d'une colonne de mercure dix fois plus petite.

C'est-à-dire que, dans le nombre de sept oscillations ci-dessus, nous avons eu, en nombres ronds :

Bas de la course.	Haut de la course.	Différence.
149mm	158mm	9mm
101	187	86
168	177	9
177	187	10
174	179	5
170	172	2
158	168	10

Avec l'instrument de M. Magendie, nous obtenons directement :

Bas de la course.	Haut de la course.	Différence.
125mm	170mm	45mm
120	175	55
70	230	160
130	200	70
120	190	70
130	225	95
115	185	70

Nous n'avons pas borné la matière de notre étude aux indices hémométriques ci-dessus, mais ils suffisent pour appuyer ce que nous avons à dire en ce moment.

A. La première chose qui frappe dans le tableau ci-dessus, c'est, chez M. Magendie, la simplicité du calcul ou plutôt la clarté des résultats sans le secours d'aucun calcul. Chez M. Poiseuille, au contraire, il faut tenir compte d'éléments divers. Ce n'est qu'après une opération préparatoire que chaque hauteur hémométrique, au bas comme en haut de l'oscillation, peut être connue.

B. En jetant les yeux sur notre colonne des différences, on voit que la course de l'oscillation est plus grande, par conséquent toujours plus sensible, chez M. Magendie que chez M. Poiseuille : cela tient à ce que le tube de M. Magendie est beaucoup plus étroit. Il a moins de 2 millim. de diamètre. L'autre va de 7 à 8 millim. Un volume de sang passant dans les hémomètres sous la pression artérielle fournit une course plus grande dans l'hémomètre plus étroit. Le même volume retournant dans le système artériel fuit sur une échelle plus grande aussi dans le petit calibre que dans le grand. Cela ne veut pas dire que le point moyen entre le haut et le bas de l'oscillation soit plus élevé chez M. Magendie que chez M. Poiseuille, car précisément le contraire arrive dans notre exemple. La moyenne des hauteurs chez M. Poiseuille : =

$$\frac{1097 \text{ somme des petites hauteurs} + 1228 \text{ somme des grandes}}{7 \text{ nomb. des haut. dans ch. somme} \times 2,\ \text{nomb. des som.}} = 16,6$$

Chez M. Magendie : =

$$\frac{810 \text{ somme des petites hauteurs} + 1375 \text{ somme des grandes}}{7 \text{ nomb. des haut. dans ch. somme} \times 2,\ \text{nomb. des sommes}} = 15,6$$

Et en effet l'animal était plus fatigué lorsque nous lui adaptâmes l'hémodynamomètre de M. Magendie, parce que nous avions commencé par celui de M. Poiseuille. D'ailleurs ces moyennes peuvent varier elles-mêmes selon l'état physiologique de l'animal.

Ici le point à constater c'est que, pour ceux qui désirent des pressions moyennes, l'un comme l'autre hémomètre les fournira semblables et égales.

Mais, pour ceux qui désirent connaître les plus grands effets de l'effort ventriculaire, est-il indifférent de prendre l'un ou l'autre de ces instruments? Non assurément. Un piézomètre, quelque étroit qu'il soit (pourvu qu'il ne soit pas capillaire), ne donne jamais l'indice d'une pression plus haut que la pression; mais si vous prenez un piézomètre d'un tel diamètre qu'on puisse le considérer comme un réservoir relativement au tuyau auquel il est appliqué, la hauteur due à la pression du tuyau tardera à s'établir dans ce piézomètre singulier, et si, avant que cette hauteur soit établie, la pression du tuyau baisse brusquement, le piézomètre aura indiqué p sur le tuyau à l'instant où le tuyau était réellement sous la pression P plus grande que p. Mais en revanche, si la basse pression survenue ne dure pas tout le temps qu'il faudrait pour que le monstrueux prézomètre perdît toute la hauteur de liquide qu'il a en excès sur la charge dans le tuyau étroit, il arrivera qu'au moment du plus grand abaissement de la charge le prézomètre indiquera P' plus grand que p' qu'il faudrait indiquer. La moyenne entre ces deux extrêmes également inexacts sera cependant parfaitement juste.

En présence de ce qui se passe dans notre expérience, suivant que le tube hémométrique a un petit ou un grand diamètre, l'artère étant insuffisante pour alimenter le gros, je crois pouvoir appliquer le raisonnement ci-dessus, et taxer d'inexactitude les indications du gros tube pour les points extrêmes d'élévation et d'abaissement du mercure.

C. Si, en soufflant dans l'hémodynamomètre de M. Poiseuille par la branche coudée (*s t n*, fig. 4), on s'efforce de faire monter le mercure dans l'autre branche au dessus de n', et que tout à coup, en cessant de souffler, on le laisse retomber, le mercure revient non-seulement au niveau $n\ n'$ d'où on l'avait chassé, mais sous l'impulsion qu'il a acquise, il continue son mouvement au delà. Puis, après une succession d'oscillations décroissantes, il s'arrête à ce niveau égal dans les deux branches. En faisant la même expérience dans l'hémodynamomètre de M. Magendie (fig. 5), le mercure monte également dans le tube T. Mais, lorsqu'on cesse de souffler, il descend purement et simplement sans qu'on aperçoive d'oscillation sensible.

Si, au lieu de cesser complétement de souffler dans l'hémomètre-Poiseuille, nous alternons notre effort et notre repos en coïncidence avec le *va-et-vient* de l'oscillation mercurielle, il devient beaucoup plus facile d'entretenir le mouvement. Si nous faisons coïncider l'effort de propulsion avec le temps de retour du mercure, notre effort et le mouvement du liquide se détruisent réciproquement. Dans l'hémomètre-Magendie, ces effets ne s'observent point.

La cause de cette différence me paraît être ceci :

En soufflant dans le tube de M. Poiseuille, nous avons imprimé le mouvement à toute la masse du mercure. Abandonnée à elle-même, cette masse entière a acquis en retombant une quantité de mouvement égale à celle qui l'avait déplacée, et ce mouvement de retour l'a reportée au delà de n vers t, autant ou à peu près que le mouvement initial l'avait portée au delà de n' dans la branche opposée. La loi des corps oscillants reçoit ici sa pleine application. Dans l'appareil de M. Magendie (fig. 5) les choses se passent autrement. Lorsqu'une pression surajoutée à celle du niveau n fait monter une portion de mercure dans le tube T au-dessus de n', la masse M reste immobile; et quand l'excès de pression cesse, et que la portion montée redescend, elle est si peu de chose par rapport à la masse immobile, que sa chute, non plus que son volume, ne fait sur celle-ci aucun effet appréciable. Par suite, il n'y a pas un reflux oscillatoire au delà de n, comme cela a lieu dans l'autre hémomètre.

Il résulte de là que l'hémomètre-Poiseuille, adapté à une artère, porte en lui-même une cause de trouble piézométrique à chaque variation de pression, c'est-à-dire chaque fois que le mercure, abaissant brusquement son niveau dans la branche T par suite d'un abaissement de pression dans l'artère B, rencontre brusquement aussi le flot du sang qui revient avec le retour de cette pression. Or les alternations brusques de plus et de moins dans la pression artérielle ont constamment lieu avec la systole et la diastole, avec l'inspiration et l'expiration.

Voilà pourquoi l'impulsion ventriculaire, dont il était si naturel de demander l'expression à l'hémodynamomètre, a dû passer inaperçue. Quand la pompe respiratoire, dont le mouvement est plus ample, l'expression plus soutenue, et dont les intervalles sont plus espacés, fait sentir son action, alors le mercure monte et descend plus régulièrement, et surtout sur une échelle plus considérable et plus apparente. Mais il n'est pas moins vrai que, soit pendant l'ascension, soit pendant l'abaissement qui correspondent à l'expiration et à l'inspiration, il y a des oscillations intercalaires qui sont à chaque oscillation respiratoire ce que sont des ondulations à une grosse vague. Quoiqu'on les distingue très irrégulièrement à l'hémodynamomètre de M. Poiseuille, elles sont appréciables, du moins plusieurs d'entre elles. Celles dont j'ai composé le tableau que nous avons vu plus haut, et qui sont rapportées à l'un comme à l'autre des deux instruments que nous étudions, sont des oscillations ventriculaires. Seulement, on les voit très distinctes et très amples chez M. Magendie; chez M. Poiseuille, elles se confondent souvent entre elles et se perdent dans le mouvement plus vaste dû à la respiration.

Je ne quitterai pas ce chef sans dire que dans l'un comme dans l'autre instrument il est difficile d'isoler complétement la part du cœur de la part du poumon. Ainsi avec l'hémomètre Magendie, malgré la netteté des impulsions systoliques qui semblent dégager un élément de la question, nous n'avons pu, le docteur Bernard et moi, obtenir en toute précision ce résultat qui nous intéressait. La rapidité des oscillations d'une part, d'autre part les mouvements imprévus et fréquents de l'animal apportent beaucoup d'obstacles à ce dessein.

D. Si c'est un mérite pour un appareil que d'être portatif, l'hémomètre-Magendie a encore l'avantage sur l'hémomètre-Poiseuille à ce titre. On peut mettre séparément dans sa poche le petit matras et les tubes, et aller faire son expérience partout où l'on voudra. L'hémomètre-Poiseuille, vu sa longueur et la planche destinée à le protéger, ne se transporte pas aussi aisément.

E. Pour l'étude des pressions négatives ou aspirations qui ont lieu dans le système veineux, nous retrouvons dans l'instrument de M. Poiseuille les mêmes genres d'inconvénients que nous avons signalés plus haut, mais à un moindre degré, à cause de la moindre énergie de l'action ventriculaire dans ce système.

En résumé, dans l'intérêt de la justesse des observations, et pour la vérité des interprétations qu'elles peuvent fournir, nous avons cru utile de signaler la différence entre les deux instruments ci-dessus, tout à l'avantage de celui de M. Magendie. Cette différence le rend, à notre avis, aussi supérieur à celui de M. Poiseuille que celui de M. Poiseuille l'est à celui de Hales.

NOUVELLES.

M. le docteur Wertheim, honorablement connu dans le monde médical par ses travaux sur l'hydrothérapie, vient d'obtenir du gouvernement français, en récompense des services rendus dans la dernière épidémie du choléra, la médaille d'honneur, et de la part de la reine d'Espagne, la croix de chevalier de l'ordre royal d'Isabelle.

Incident du procès Mortier. — Déposition du docteur Sichel. — Demande en suppression d'une lettre de M. Clauzel. — Dans les débats du procès en interdiction intenté à M. Mortier, un des témoins entendus fut M. le docteur Sichel, dont l'opinion lui fut défavorable. M. le vicomte Clauzel, fils du maréchal, écrivit à M. Mortier une lettre qui fut lue et publiée, et qui contenait le passage suivant destiné à combattre l'impression que pouvait faire sur les juges l'opinion de M. Sichel :

« En 1832, je crois, M. le maréchal Clauzel, mon père, conduisit Mme la maréchale chez M. Sichel pour le consulter sur une taie qui se formait sur son œil et qui causait un affaiblissement de la vue. Lorsque leur tour arriva, mon père et ma mère entrèrent dans le cabinet de M. Sichel, qui, après avoir examiné l'œil de ma mère pendant un instant, dit brutalement tout haut en s'adressant à M. le maréchal : « Madame mourra folle! »

» Vous voyez décidément que M. Sichel a la manie de découvrir la folie présente ou future chez les autres, etc. »

Dès que M. Sichel eut connaissance de cette lettre, il écrivit à M. Clauzel pour démentir les faits par lui articulés, déclarant que, si M. Clauzel ne se rétractait pas dans les trois jours, il se pourvoirait devant les tribunaux; la lettre de M. Sichel contenait entre autres passages le suivant :

« En 1834, et non en 1832, M. le maréchal Clauzel me consulta pour Mme votre mère, qui avait non « une taie qui se formait sur son œil, » mais bien un affaiblissement de cet œil (amblyopie) sans aucune altération matérielle visible. J'examinai longuement Mme Clauzel en présence de M. le maréchal, et la tranquillisai sur la nature de son affection, l'assurant qu'elle était parfaitement guérissable.

» Je dis ensuite (à part) à M. Clauzel que la maladie oculaire n'avait aucun danger actuel et était guérissable; mais, loin d'être locale, elle tenait à un certain degré de congestion au cerveau qui, négligée, pourrait plus tard augmenter et donner lieu à une amaurose (goutte sereine) ou à une autre affection cérébrale.

» L'idée d'une aliénation mentale actuelle ou à craindre n'a pas été émise par moi et n'était nullement dans mon esprit.

» Vous voyez, monsieur, qu'il n'y a de brutal dans tout cela que votre conduite et vos indignes calomnies, dont vous aurez à rendre compte incessamment devant les tribunaux, à moins d'une rétractation franche, complète et publique de votre part. Je vous laisse trois jours pour me répondre. »

M. Clauzel n'ayant pas répondu, M. Sichel l'assigna devant le tribunal pour obtenir la suppression de la lettre de M. Clauzel, l'insertion de sa réponse et du jugement à intervenir dans plusieurs journaux aux frais de M. Clauzel.

Après les plaidoieries, intervint le jugement ci-après :

« Le tribunal, attendu que dans l'instance à fin d'interdiction pendante entre les sieur et dame Mortier, devant la cour d'appel de Paris, hors des débats et sans provocation ou sollicitation de la justice, Clauzel a adressé à Mortier une lettre et a fait une déclaration dont il a autorisé la publicité;

» Attendu que la lettre du sieur Clauzel contient un fait dont l'inexactitude est certaine, et que le propos dont il s'agit est reconnu n'avoir jamais été tenu en présence de Mme la maréchale Clauzel, sa mère;

» Attendu que les imputations résultant de la lettre dont il s'agit sont de nature à porter préjudice à Sichel; qu'il lui en est dû réparation;

» Mais attendu que le tribunal ne peut, en raison même des termes de la lettre dudit Sichel, en ordonner l'impression et la publication par voie d'insertion;

» Ordonne la suppression de la lettre (de Clauzel) dont s'agit et l'insertion du dispositif dans trois journaux, au choix de Sichel; condamne Clauzel aux dépens, dont distraction à Me Lefaure, avoué, qui l'a requise. »

Fait et jugé par MM. Debelleyme, président; d'Herbelot, vice-président; Colette de Baudricourt, Hua, de Molènes, Labour, de Charnacé et Auzouy, juges; en présence de M. Berryat Saint-Prix, substitut, le 11 janvier 1850.

On nous assure que le sirop de dentition prescrit par le docteur Delabarre, dentiste de l'hospice des Orphelins de Paris, produit les plus heureux résultats.

Il est fâcheux que le docteur Delabarre persiste à tenir secrète sa formule, car, en agissant ainsi, il aura de la peine à vaincre la répugnance qu'éprouvent les médecins en général à adopter un remède nouveau, quelque bon qu'il puisse être.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Nous rappelons à Messieurs les Médecins les Bouts de sein et Biberons en tétine de MADAME BRETON, sage-femme. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention. Rue St-Sébastien, 40.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 26 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 25.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

PARIS, 25 FÉVRIER 1850.

Séance extraordinaire
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance de samedi s'est à la fois ressentie des fatigues d'une longue discussion et de son caractère extranormal. Il est généralement admis à l'Académie que, lorsqu'on veut enterrer une discussion, on n'a qu'à la renvoyer à une séance extraordinaire. Celle des engorgements utérins n'avait pas besoin de cet expédient. Il était évident que tout ce que l'Académie savait sur celle question, elle l'avait dit. Malgré les louables et intelligents efforts de M. Huguier pour ranimer la discussion, pour combattre les assertions de son collègue, M. Velpeau; malgré les narrations originales, pittoresques de M. le professeur Récamier; enfin, malgré le travail de M. Hervez de Chégoin pour résumer tous les points soulevés dans les débats précédents, la séance a langui, et la discussion s'est éteinte plutôt qu'elle n'a été close. Il est probable qu'elle sera terminée là. Nous n'aurons donc plus à y revenir; mais précisément pour cette raison, nous ne devons pas manquer l'occasion de dire une fois encore que cette discussion a offert un vif intérêt, qu'elle fera progresser la science, qu'elle fera surgir et répandra plusieurs vérités utiles touchant les maladies de l'utérus, et qu'il est à désirer que l'Académie saisisse désormais toutes les occasions qui s'offriront à elle pour discuter des questions importantes. C'est le plus sûr moyen de se maintenir à la hauteur de sa mission.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Testicule tuberculeux. Amputation par le procédé en coquille.

(Leçon du 20 février 1850.)

Les tubercules des testicules ont pour caractère très général, et c'est là une circonstance dont on se sert souvent pour éclairer le diagnostic, d'envahir les deux organes à la fois. Ceux qui se sont développés sur le malade que nous allons opérer aujourd'hui devant vous, dit M. Jobert, sont curieux par un caractère opposé; ils siégent exclusivement sur le testicule gauche, le droit étant parfaitement sain, autant du moins que l'examen le plus attentif nous permet d'en juger. Voici en quelques mots l'histoire de ce malade.

Cru, âgé de trente ans, exerçant la profession de cannier, est entré dans mon service le 30 janvier dernier, salle Saint-Côme, n° 34. Cet homme, d'un tempérament mixte, est né de parents sains; il y a dix ans, il a eu une blennorrhagie sans complication de chancres ni de bubons. Cette blennorrhagie a duré six semaines.

Depuis cette époque, rien de nouveau ne s'est montré du côté de l'urètre. Il y a six mois, une suppuration abondante s'est établie par les fosses nasales; une portion d'os que l'on présume être du cornet est sortie avec du pus. Actuellement la suppuration est tarie; tout est rentré dans l'état normal; seulement le malade est sujet à des rhumes de cerveau qui le gênent considérablement.

Il y a trois ans, il a reçu un coup violent sur le testicule gauche. Depuis ce temps, cet organe a acquis du volume, et aujourd'hui il est parvenu à la grosseur d'un œuf. La peau est saine, glisse parfaitement sur la tumeur; il n'y a aucune adhérence. La tumeur est dure, bosselée, irrégulière, indolente à la pression, excepté entre les bosselures.

Il y a vingt-deux jours que le malade est entré à l'hôpital; depuis ce temps, on lui a prescrit des frictions sur le testicule, et fait prendre de l'iodure de fer en pilules. Le cordon, qui était infiltré, est revenu à son état normal depuis le traitement. La peau du scrotum s'est ulcérée, et il est sorti du liquide par l'ulcération. La constitution est d'ailleurs bonne; tous les organes sont sains.

A quel genre de maladie avons-nous affaire dans ce cas? Est-ce à la scrofule, est-ce à une affection syphilitique ou bien à une hypertrophie du testicule, ou bien encore à une affection cancéreuse?

Ce n'est pas à une hypertrophie du testicule; car le testicule a perdu sa souplesse, et de plus il est dur, symptômes que l'on n'observe pas dans l'hypertrophie.

Ce n'est pas non plus à une affection syphilitique; car dans les sarcocèles vénériens on ne remarque pas de tubercules à l'extérieur; la tumeur n'est pas bosselée; elle n'est pas irrégulière; et de plus, il succède d'ordinaire à des chancres, et il est rare de le voir survenir à la suite d'une simple blennorrhagie. Quelquefois seulement on l'observe quand le testicule a été sous l'influence d'une chaudepisse tombée dans les bourses. Il faut donc rechercher ailleurs la cause de l'affection que nous avons sous les yeux.

Nous ne devons pas non plus rapporter la tumeur au genre encéphaloïde; elle serait plus légère par rapport à son volume, et accompagnée à sa surface de vaisseaux dilatés. De plus, depuis le temps que le malade s'en est aperçu, elle serait passée à l'état de ramollissement; il y aurait eu, ou il y aurait encore au moins quelques douleurs, sinon des douleurs lancinantes.

C'est donc à une affection tuberculeuse que nous devons songer. Comment admettre que cette affection ait pu se développer isolément chez notre malade? Ce jeune homme vit habituellement bien; il fait usage d'une bonne nourriture. Or, c'est surtout dans les cas où les individus sont mal nourris, placés dans des logements humides; c'est dans les prisons qu'on observe souvent ce genre de maladie; mais ici, on ne peut invoquer aucune de ces puissantes causes. Chez notre malade, nous devons sans doute croire que l'hématose ne s'est pas faite régulièrement, et que c'est là la cause de la maladie. Le coup qu'il a reçu sur le testicule n'a été qu'une cause occasionnelle, mais non pas l'origine du mal.

Les tubercules du testicule exigent-ils toujours l'amputation? Non, car la matière tuberculeuse peut disparaître par absorption, les bosselures s'effacer et le malade guérir. Mais ce ne peut être ici le cas; il y a trop longtemps que le mal a débuté, et il est parvenu à un degré trop avancé.

Cette affection paraît ordinairement à l'âge de la puberté, ou trois ou quatre ans après. Si, à son début, on reconnaît l'affection, et que l'on constate la présence d'un liquide, une ponction et une injection de teinture d'iode constituent un traitement presque certain.

On voit à la suite de l'opération la matière se résorber, les fistules, s'il y en a, s'oblitérer, et, par ce traitement tout à fait local, les malades guérir promptement. C'est par un phénomène d'absorption et non d'endosmose que la guérison a lieu. Mais que faire ici? Si les deux testicules étaient malades, on ferait bien d'attendre leur atrophie plutôt que de tenter l'amputation.

Dans ce cas, au contraire, il faut pratiquer une opération; car, si l'on attendait, peut-être le testicule sain se prendrait-il aussi, comme on le remarque pour les tumeurs blanches du genou, pour les ophthalmies, les cataractes. Il faut enlever le testicule sans différer; car la matière tuberculeuse pourrait exercer une influence sur les autres organes, influence qui pourrait devenir dangereuse; et de plus, la suppuration épuiserait le malade et mettrait la vie en danger. La tumeur sera enlevée par le procédé en coquille.

Après l'opération, M. Jobert réunit la plaie au moyen de huit serres-fines, et l'on recouvre les bourses de compresses trempées dans l'eau froide.

L'ouverture de la tumeur est venue confirmer le diagnostic; on ne distinguait plus le testicule de l'épididyme; la matière tuberculeuse occupait la presque totalité de l'organe.

Aujourd'hui, 21, la réunion par première intention est presque partout complète. On peut enlever quatre serres-fines sans inconvénient.

HOPITAL COCHIN. — M. NONAT.

Du phlegmon des ligaments larges.

On comprend dans les annexes de l'utérus les ligaments larges qui renferment du tissu cellulaire des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des nerfs, l'ovaire et ses dependances.

Nous traiterons exclusivement de l'inflammation du tissu cellulaire des ligaments larges avec ou sans phlegmasie de l'ovaire.

Cette affection a été décrite sous les noms de phlegmon pelvien, phlegmon des ligaments larges. Je préfère cette dernière dénomination, comme indiquant d'une manière plus spéciale le siége de la maladie, bien que dans un certain nombre de cas, ainsi que nous le verrons, l'inflammation ne reste pas circonscrite dans les ligaments larges, et qu'elle se propage tantôt entre l'utérus et le rectum, tantôt entre la vessie et la matrice, ou dans le tissu péri-utérin, d'autres fois dans la fosse iliaque.

Divers travaux ont déjà été publiés sur cette maladie. Parmi ces travaux, je dois vous citer principalement :

1° Les recherches de Puzos sur les dépôts laiteux dans le bassin, qui sont bien évidemment relatifs au phlegmon des ligaments larges;

2° Les dissertations inaugurales de MM. Satin, Verjus, Willemin; et enfin la thèse plus récente d'un de mes anciens élèves, M. Boyer, qui a exposé une grande partie des observations que j'ai faites depuis plusieurs années sur ce genre d'affections, et sur lesquelles je vais appeler votre attention.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Séance annuelle de la Société anatomique.

Mon cher confrère,

Il est encore de par le monde plus d'un esprit chagrin qui cherchent des amants désintéressés de la science, et qui ne trouvent pas même :

> D'adorateurs zélés à peine un petit nombre,
> Osant des premiers temps nous retracer quelque ombre.

Ces esprits ne voient partout que fausse science, vaine parade, calcul intéressé.

D'autres tempéraments non moins difficiles cherchent seulement la confraternité sous le régime de la fraternité, et ne trouvent que la rivalité.

Peut-être si je faisais un examen bien complet de ma conscience, ne me trouverais-je pas moi-même tout à fait exempt d'un semblable travers. Mais si j'ai réellement pu partager de tels sentiments, je dois avouer qu'ils sont exagérés. Il est dans Paris même un sanctuaire où se cultivent la science et la bonne confraternité, et ce sanctuaire, situé au-dessus du Musée Dupuytren, est celui de la Société anatomique. C'est là, mon cher confrère, qu'un bon vent a transporté mercredi dernier l'ignorant feuilleton. Qu'allait donc faire le feuilleton, me direz-vous peut-être, dans un pareil puits de science? Le feuilleton voudrait-il devenir savant? A Dieu ne plaise, mon cher confrère; le feuilleton aimerait mieux être bas-bleu ou rédacteur de la *Voix des Femmes* (quand les femmes avaient une voix, car depuis quelque temps il ne leur reste plus que la langue, et d'aucuns disent que c'est bien assez). Non, Dieu merci, le feuilleton n'aspire pas à la science, mais il chérit la joyeuseté; et puisqu'il faut tout vous dire, la Société anatomique ne cultive pas seulement la science et la concorde, elle sacrifie aussi au plaisir un jour au moins par an, et mercredi était ce jour. Cet aveu doit vous suffire. Mais comme la Société anatomique ne fait passer le plaisir qu'après le devoir, le feuilleton a assisté au devoir avant de goûter au plaisir, et je me hâte d'ajouter qu'il n'a qu'à s'en féliciter. Entendre une de ces charmantes paternelles et tout à la fois scientifiques allocutions du professeur Cruveilhier; voir se dérouler dans un tableau rapide, animé, philosophique, les travaux accomplis dans une année entière par une génération pleine de séve, d'amour du travail, d'intelligence et d'avenir; rendre un dernier hommage à ceux qui sont noblement tombé sur le champ d'honneur de la science : voilà un de ces devoirs que tout homme de cœur aime à remplir, tant peu savant soit-il, et qu'il est heureux de donner pour prélude aux innocents plaisirs dispensés par Chevet. C'était notre spirituel confrère M. Mailliot qui cette année avait été chargé du périlleux honneur de retracer les travaux de la Société pendant l'année 1849; le jeune secrétaire s'est on ne peut mieux acquitté de sa difficile tâche, et son compte-rendu figurera sans pâlir parmi les plus remarquables, et il y en a beaucoup, que renferment les bulletins de la Société.

M. Maquet, dans un discours profondément senti et chaleureusement écrit, a rendu à la mémoire de Blandin un dernier hommage, et l'élève reconnaissant a su, même après l'éloge si consciencieux et si remarquable de M. Denonvilliers, présenter sous un nouveau jour les qualités du maître.

Enfin M. Vigla, en traçant l'éloge de l'infortuné Ernest Boudet, enlevé si prématurément à la science et à ses amis, nous a fait entendre tout ce que l'amitié a de plus touchant, la science de plus profond, la philosophie de plus élevé. Nous connaissions bien des qualités à M. Vigla; mais nous ignorions encore jusqu'à quel point il possède l'art d'exprimer les beaux sentiments et d'exciter les nobles passions.

Après ce religieux et magnifique hommage rendu à la mémoire de deux de ses membres, la Société a levé la séance du devoir et s'est rendue au palais Richelieu pour ouvrir celle du plaisir. La nature a si bien fabriqué le cœur humain que ni l'amour de la science ni le profond respect des morts n'excluent nullement chez lui des sentiments d'une tout autre nature.

Vous dire la gaieté franche, la bonne et loyale confraternité qui ont régné pendant le festin, les mots heureux qui ont été échangés, c'est ce que je ne tenterai point. Mais j'ai été assez heureux pour saisir au vol, sinon très exactement, au moins à peu près, une charmante improvisation d'une couleur tout à fait locale; ne pouvant vous faire assister à tout le repas, vous me saurez gré, mon cher confrère, de partager avec vous ce plat de dessert. Le voici tel que j'ai pu le recueillir sans être sténographe :

LA SÉANCE ANNUELLE ANATOMICO-PATHOLOGICO-PHYSIOLOGICO-GASTRONOMIQUE.

I.

> Messieurs, tantôt à la science,
> En votre annuelle séance,
> Dans de brillants compte-rendus,
> Vous avez payés vos tributs.
>
> Il faut, déesse anatomie,
> Pour ce soir, à gastronomie
> Concéder tes nombreux élus.
> Nous ne te servons plus.
> Honneur au dieu Comus !

II.

> O vous que nous cherchions naguères,
> Lésions aux mille caractères,

Occupons-nous d'abord des causes qui développent le phlegmon des ligaments larges.

Cette maladie ne s'observe pas également dans tous les âges; ainsi, jusqu'à l'âge de la puberté, on n'en cite pas d'exemples authentiques; mais à partir de ce moment, à l'époque où apparaissent les premières menstruations, le phlegmon des ligaments larges commence à se montrer, et il devient de plus en plus fréquent. Ainsi, j'en ai vu deux exemples authentiques chez de jeunes filles réglées n'ayant jamais eu de rapports avec un homme.

Parmi les causes qui donnent naissance au phlegmon des ligaments larges, une des plus fréquentes est le trouble du flux menstruel. On conçoit effectivement qu'il y ait congestion lorsque le cours du sang vient à être dérangé, à s'arrêter, et que de là puisse résulter une phlegmasie envahissant le tissu cellulaire ambiant de l'utérus.

La période menstruelle et le coït ont également une grande influence sur ces sortes de phlegmon; car ils sont beaucoup plus fréquents à l'âge où la femme a de fréquents rapports avec l'homme qu'à toute autre époque de la vie. A partir du moment où les règles cessent, le phlegmon redevient très rare, et même, depuis quatre ans, je n'en possède qu'un seul exemple bien authentique.

D'après ce que nous venons de dire, il est évident qu'on peut mettre au nombre des causes de cette phlegmasie la menstruation et le coït. Mais indépendamment de ces causes générales, il existe des conditions particulières qui en favorisent le développement chez certaines femmes.

L'accouchement, soit prématuré, soit à terme, donne lieu à ces sortes de phlegmons; mais on peut dire que, dans les quatre cinquièmes des cas, ils s'observent à la suite de fausses couches. Pourquoi paraissent-ils consécutivement à tel ou tel accouchement, par une foule de causes qui peuvent également déterminer l'inflammation de la matrice, et que nous indiquerons sans nous y arrêter. Ces causes sont les manœuvres plus ou moins pénibles à exécuter pour aller chercher l'enfant, un refroidissement, la trop grande hâte à se lever; aussi voit-on très communément cette maladie atteindre des femmes à leur sortie des hôpitaux d'accouchements.

Malgré toutes les précautions, le phlegmon des ligaments larges peut survenir à la suite de couches; et si ces précautions ne sont pas renouvelées à l'époque de la suppression du lait, la matrice peut encore se fluxionner; et on peut citer à cette occasion des exemples de métrite et même de métro-péritonite. Une constipation opiniâtre peut également fluxionner le bas-ventre et occasionner une inflammation des ligaments larges.

La stase des matières fécales dans le rectum peut aussi être considérée comme une des causes de cette phlegmasie; ainsi, on a remarqué qu'elle se montrait plus fréquemment du côté gauche que du côté droit; du moins, beaucoup plus de femmes accusent la douleur du côté gauche : il est donc probable que l'accumulation des matières fécales n'est pas étrangère à ce genre de maladie.

La cause que nous devons signaler comme venant immédiatement après l'accouchement et l'avortement, c'est le coït; le défaut de proportion entre les organes des deux sexes, la grande sensibilité dont est doué l'organe femelle dans certains cas, tellement considérable que certaines femmes sont atteintes de phlegmon immédiatement après leur mariage. Un des premiers cas de ce genre que j'aie eu à traiter existait chez une jeune femme n'ayant jamais souffert avant son mariage, prise de douleurs aussitôt après les premiers rapports avec son mari. Entrée à l'hôpital, elle portait une tumeur considérable remplissant le bassin des deux côtés et ayant refoulé l'utérus jusqu'au contact du pubis.

Toutes les causes qui viennent arrêter ou augmenter le cours des règles peuvent donner naissance au phlegmon. Ainsi, les femmes ayant des pertes se répétant aux époques menstruelles ou dans l'intervalle de ces époques sont également sujettes à cette maladie.

Enfin, dans les cas où la menstruation s'effectue difficilement, chez certaines jeunes filles, par exemple, où cette fonction est accompagnée de douleurs causées par l'accumulation du sang dans l'utérus, il y a possibilité, dans ce cas, de congestion utérine gagnant ses annexes, et de là, phlegmon des ligaments larges.

Peut-on donner pour cause à cette affection le passage, à chaque époque menstruelle, de l'œuf venant de l'ovaire et se rendant à l'utérus? Dans certaines circonstances, il est possible que cette fonction puisse donner lieu à certains accidents inflammatoires.

Les rapports sexuels pendant la menstruation ne sont pas sans inconvénients, et peuvent donner lieu à des phlegmons de l'ovaire et des ligaments larges.

L'abus de certains emménagogues a pu également amener des congestions utérines; les chutes sur le bassin, sur les pieds également. La blennorrhagie paraît, dans certains cas, avoir eu une influence marquée sur l'apparition du phlegmon. Déjà on a comparé l'ovarite, chez la femme, à l'orchite blennorrhagique chez l'homme, et j'ai vu moi-même, à la Pitié et à Cochin, des exemples de femmes prises d'inflammation des ligaments larges pendant qu'on les traitait de la blennorrhagie.

Telles sont les principales causes du phlegmon des ligaments larges.

Symptômes. — Le phlegmon des ligaments larges peut se présenter sous trois formes différentes, aiguë, subaiguë et chronique. Des caractères particuliers servent à distinguer ces différentes formes entre elles, et des symptômes locaux ou généraux à distinguer la maladie qui nous occupe de celles qui ont également leur siége dans le bassin.

Lorsque le phlegmon se présente sous la forme aiguë, alors apparaissent une douleur vive, la chaleur, la tuméfaction, le gonflement du tissu cellulaire des ligaments larges et de celui qui entoure l'utérus, principalement en arrière.

La douleur qui accompagne le phlegmon aigu est, dans certains cas, aussi vive que celle de la péritonite; comme celle-ci, elle augmente par la pression. Elle s'exaspère lorsqu'on explore l'hypogastre, même en touchant très légèrement, et, dans certaines circonstances, elle s'étend à tout le bas-ventre, et même jusqu'à la région ombilicale.

Si on porte le doigt dans le vagin, on occasionne, suivant les cas, une douleur plus ou moins intense, surtout quand on vient à presser le ligament large.

La douleur est continue dans le phlegmon aigu, de même que dans toutes les inflammations aiguës du bas-ventre; aussi on a attribué pendant fort longtemps à la métrite, à la péritonite la douleur appartenant à une phlegmasie des ligaments larges.

La douleur s'irradie parfois dans les reins, la région lombaire, les fesses, sur le trajet du nerf sciatique, dans la cuisse, quelquefois même dans les membres supérieurs; mais cette dernière forme s'observe rarement et lorsque le phlegmon est à l'état subaigu.

La douleur augmente souvent en urinant; chaque contraction de la vessie amène un surcroît de douleur qui persiste un peu de temps après, puis disparaît, pour reparaître à chaque nouvelle émission.

Les évacuations alvines également causent parfois des douleurs très aiguës, suivant le siége du phlegmon : ainsi, lorsque celui-ci est à droite, elles sont beaucoup moins fortes que s'il est à gauche, également moindres lorsqu'il est situé à la partie supérieure des ligaments larges qu'à leur partie inférieure.

Chaleur. — Située du côté où se trouve le phlegmon, on peut la constater soit en appliquant la main sur l'hypogastre, soit en introduisant le doigt dans le vagin; ce dernier phénomène appartient également aux autres phlegmasies du bassin.

Tuméfaction. — La tuméfaction survient quelque temps après le début du phlegmon des ligaments larges; mais l'occasion d'étudier cette maladie avant l'époque de son apparition est très rare. Il est impossible de bien savoir le temps écoulé entre le début de la maladie et le moment où la tuméfaction commence à paraître. Néanmoins, malgré l'absence de ce symptôme important au commencement, il m'est arrivé fréquemment, après m'être assuré du point de départ de la douleur, de diagnostiquer ces sortes de phlegmasies et de traiter la malade en conséquence, sans que par la suite il soit survenu de tuméfaction bien appréciable, tuméfaction qui se serait produite assurément si la malade n'avait été traitée immédiatement en conséquence. La pratique m'a démontré bien souvent la vérité de ce que j'avance.

Siége. — Le siége de la tumeur résultant de l'engorgement du tissu cellulaire des ligaments larges est, comme son nom l'indique, situé dans l'épaisseur même de ces ligaments, entre l'utérus et la paroi latérale du bassin, au-dessus du cul-de-sac du vagin; aussi peut-on la sentir ordinairement avec facilité en portant le doigt dans le vagin ou dans le rectum. Mais il n'est pas toujours aussi facile de la reconnaître au toucher, suivant qu'elle est mobile ou immobile, indépendante ou adhérente au corps de l'utérus, et dans ce dernier cas ce n'est que par l'observation d'un grand nombre de faits que l'on finit par s'habituer à diagnostiquer juste; aussi a-t-on cru pendant longtemps que ces sortes de tumeurs provenaient d'une affection de la matrice. Ce qui a pu donner lieu aussi à cette erreur, c'est que la métrite puerpérale coïncide souvent avec l'inflammation des ligaments larges.

On a attribué souvent à une hypertrophie de l'utérus ces sortes de tumeurs adhérentes, et Lisfranc admettait des hypertrophies partielles de la matrice. Je ne doute pas que dans un grand nombre de cas ce chirurgien n'ait pris les engorgements des cloisons recto-utérine et utéro-vésicale et des ligaments larges pour des hypertrophies partielles du corps de l'utérus.

A mesure que la maladie fait des progrès ou que la guérison arrive, la tumeur se dessine, s'isole, et le diagnostic devient plus facile. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet à l'article diagnostic.

Le toucher rectal donne le plus exactement les limites inférieures de la tumeur; l'exploration hypogastrique n'a guère de valeur qu'autant qu'on l'emploie concurremment avec les autres; aussi on ne doit pas être étonné de ce que beaucoup de médecins qui n'emploient que ce dernier genre d'exploration ne trouvent pas la tumeur qui existe cependant.

On doit néanmoins s'abstenir du toucher lorsqu'il occasionne des douleurs trop vives, et que ce dernier caractère, joint aux autres symptômes, suffit pour porter le diagnostic.

Quand la tumeur occupe exclusivement les ligaments larges, elle s'élève peu à peu jusqu'au-dessus du pubis et atteint même quelquefois le niveau de l'ombilic. Elle peut encore s'étendre en largeur, repousser l'utérus, gagner la ligne médiane et s'avancer dans la fosse iliaque.

Outre les symptômes que nous venons de passer en revue, le pouls, qui monte à 100 et 120 pulsations et même quelquefois au delà, offre encore un caractère très important et qui permet de distinguer le phlegmon des ligaments larges de la péritonite. En effet, en même temps qu'il est très fréquent, il est fort, large, résistant dans le phlegmon, petit et concentré dans la péritonite.

Il y a un rapport constant entre la fréquence du pouls et la période d'acuité de la maladie, et, tant qu'il reste fréquent, la moindre cause peut ramener l'inflammation à l'état suraigu.

Le frisson se fait sentir au début, comme du reste dans toutes les maladies inflammatoires; mais à partir du moment où la phlegmasie s'est développée, il cesse de se montrer, à moins de circonstances particulières ou que la maladie se termine par suppuration, ce qui a lieu du reste dans les autres phlegmons parenchymateux. Le retour du frisson est un signe défavorable; il peut survenir également lorsque la maladie était à l'état subaigu; alors il indique son passage à l'état aigu.

La phlegmasie des ligaments larges exerce une action sur les organes digestifs aussi bien que sur ceux de la respiration; ainsi elle occasionne des nausées, des vomissements comme dans la métrite et la péritonite.

Au début, la malade perd l'appétit, qui reparaît quelquefois, suivant les individus, lorsque la phlegmasie passe de l'état aigu à l'état subaigu. Dans ce cas il faut se garder d'accorder trop tôt l'alimentation.

Les vomissements consistent en boissons, qui sont rejetées avec ou sans mélange de bile.

La constipation se montre également assez fréquemment et dure quelquefois huit, dix, quinze, et jusqu'à dix-huit jours. Mais ce symptôme ajoute peu à la gravité de la maladie, et l'on doit se garder de provoquer des évacuations alvines dans la première période, car elles occasionnent de la douleur. Ainsi ce symptôme doit être plutôt respecté que combattu.

Les complications du côté du cerveau sont très rares.

Il peut se faire, par propagation de l'inflammation, que la maladie se complique de péritonite; mais on est parvenu à ce changement par l'altération plus profonde de la physionomie, la douleur plus intense qui se fait sentir, et surtout les changement de caractère du pouls.

L'inflammation peut gagner également les vaisseaux qui avoisinent la partie malade. Ainsi les veines hypogastriques, les veines iliaques peuvent s'enflammer. Cette complication est très grave.

On peut arrêter le développement du phlegmon lorsqu'on l'attaque au début et lorsqu'il n'est encore qu'à l'état de congestion inflammatoire. Mais le plus souvent on n'est averti que lorsque la maladie est dans une période plus avancée. Souvent l'état aigu succède à un état chronique, et le malade a longtemps porté dans ses flancs une tumeur inoffensive. Puis tout à coup le frisson, la fièvre et les autres symptômes de l'inflammation se déclarent, et la maladie passe à l'état aigu. La phlegmasie reste également pendant un temps plus ou moins long sous cette dernière forme; cela s'observe surtout chez les femmes qui ne peuvent supporter jusqu'au bout le traitement antiphlogistique, et qu'on est forcé d'alimenter de temps à autre pour les soutenir.

Souvent, sous l'influence de la constipation, les phénomènes de chaleur, fièvre et douleur reparaissent, et indiquent le retour à l'état aigu. Un lavement administré contre la constipation peut également amener le retour à cette période.

Il arrive également que la fièvre, la chaleur, la douleur ont diminué, puis qu'à l'époque des règles tous ces phénomènes se reproduisent avec leur intensité première, soit qu'il y ait flux ou non. A cette époque, il se forme une nouvelle congestion sanguine, et une inflammation nouvelle se développe. Ce fait est important à noter sous le rapport du traitement. La simple station debout, et, en un mot, tout ce qui tend à porter le sang vers la partie inférieure du ventre et les organes génitaux peut donner lieu à un développement d'une nouvelle inflammation des ligaments larges.

Produits d'un virus en courroux,
Eloignez-vous, éloignez-vous.

. . . .

Salmis d'aspect si confortable,
Qui chatouillez nos estomacs,
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas.

III.

Vous qui, répandant la jaunisse,
Rendez notre teint pain d'épice,
Foies engorgés et foies strumeux,
Pouah ! cachez-vous loin de nos yeux.
Mais vous que Chevet assaisonne,
Que tout gourmet ambitionne,
Foies farcis, fois truffés, foies gras,
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas.

IV.

Kyste ou clapier d'infecte approche,
Qui renfermez dans votre poche
Des hydatides ou des poux,
Eloignez-vous, éloignez-vous.
Mais vous dont la coque mollette
Contient cervelle à la poulette,
Croquette au fumet délicat,
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas.

V.

Sang putride, humeurs floconneuses,
Vous, dont les odeurs nauséeuses
Aux poumons excitent la toux
Eloignez-vous, éloignez-vous.
Mais vous, divin jus de la treille,
Blanc nectar et liqueur vermeille,
Qui confortez nos estomacs,
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas.

VI.

Censeurs au minois de vampire,
Qui ne sauriez jamais sourire,
Si vous vous trouvez parmi nous
Eloignez-voos, éloignez-vous.
Mais vous qui   la science
Par votre aimable présidence
Lui prêtez de nouveaux appas,
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas.

Vous me demanderez sans doute l'auteur de cette ode joyeuse et originale ; mais mon indiscrétion n'ira pas jusqu'à vous le dire, d'autant plus que, n'étant pas bien certain d'avoir recueilli les mots tels qu'ils ont été prononcés et de n'avoir point commis quelque bévue poétique, je pourrais peut-être blesser l'amour-propre si froissable d'auteur. Je me risquerai cependant à vous dire la première lettre de son nom (F.), et j'ajouterai que cet aimable convive, dans des conceptions plus sérieuses, a porté tout récemment la philosophie dans des régions où l'on n'avait guère porté jusqu'à ce jour que le fer, le feu, le nitrate acide de mercure et le plaisir. Si vous ne devinez pas sur ces indices, ce ne sera pas ma faute.

X...

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Nouvelles expériences faites sur l'œil, après la dilatation de la pupille par la belladone.

En répétant les expériences déjà faites par MM. Magendie, Darluc, Verlegh, etc., sur la dilatation artificielle de la pupille, je n'avais d'abord qu'un but, celui de décrire expérimentalement les symptômes de la mydriase considérée comme état morbide, et d'élucider quelques points encore obscurs ayant trait à cette dernière affection.

Ce but a été plus qu'atteint, il a été dépassé.

En effet, si je ne m'abuse, ces nouvelles recherches, plus variées, plus complètes, plus précises que celles de mes devanciers, auront encore pour résultat de rectifier plusieurs erreurs qu'ils ont émises touchant l'action de la belladone sur l'œil.

Le 9 décembre 1849, à 12 heures 20 minutes, j'instille dans mon *œil droit* deux à trois gouttes d'une solution de belladone.

A 12 heures 45 minutes la dilatation pupillaire commence, mais elle est encore peu prononcée.

A 12 heures 50 minutes, la dilatation de la pupille a atteint son maximum; l'iris n'est plus représenté que par une bandelette ayant à peu près 2 à 3 millimètres de largeur.

A gauche, l'iris est resté à l'état normal, comme cela a toujours lieu quand on n'instille l'extrait de belladone que dans un œil. La pupille est même assez rétrécie à cause de la grande quantité de lumière qui entre dans l'appartement.

Etat physique de l'œil.

1° La légère injection sanguine qui avait suivi le contact de la belladone a disparu complétement; il n'existe plus d'autre état anormal de l'œil que celui qui résulte de la dilatation exagérée de la pupille.

2° Le parallélisme des axes oculaires reste régulier, quelle que soit la direction imprimée aux yeux.

3° Le fond de l'œil, examiné au grand jour, au lieu de présenter une teinte d'un beau noir, comme cela arrive dans l'état normal, offre un reflet grisâtre ou d'un gris sale. Ce phénomène insolite tient évidemment à ce que, le pigmentum de la choroïde ne pouvant plus absorber tous les rayons lumineux, un certain nombre d'entre eux sont réfléchis dans divers sens.

Etat physiologique de l'œil droit.

1° Je n'éprouve aucune douleur soit dans l'œil, soit au pourtour de l'orbite. Pendant les différents mouvements du globe oculaire, je perçois dans l'orbite une sensation particulière, comme si, au lieu de l'œil que l'on ne sent pas se mouvoir, j'avais dans la cavité orbitaire un corps sphérique étranger dont j'apprécie très bien les déplacements. Cette impression, qui n'a rien d'ailleurs de désagréable et qui diminue peu à peu, s'explique-t-elle en admettant avec Himly qu'il existe dans la mydriase artificielle une sorte de *rigidité des muscles de l'œil*? — V. *De la paralysie de l'iris par la jusquiame*, p. 7, 2e édition; 1803.

2° Bien que la pièce dans laquelle je suis soit très éclairée, je n'éprouve dans l'œil aucune impression pénible de la lumière. Je puis même regarder dans la rue sans être gêné par le contact sur la rétine d'une grande quantité de rayons solaires. Seulement, lorsque je dirige mes yeux vers le soleil, qui est très beau pour le mois de décembre, j'éprouve aussitôt dans l'œil droit un sentiment de gêne, de douleur, qui va même jusqu'à provoquer un léger larmoiement.

Toutefois, en répétant à diverses reprises la même expérience, je constate que cette sensation pénible produite par l'action de rayons lumineux vifs et éclatants diminue graduellement, de sorte qu'à la troisième ou quatrième expérience l'œil droit n'est pas plus impressionnable que le gauche placé dans les mêmes conditions.

Il y a loin de ce fait à celui qui aurait été constaté par M. Verlegh, qui dit d'abord avoir éprouvé de la céphalalgie, surtout du côté droit — la mydriase artificielle existait de ce côté — et qui ajoute : « L'œil droit, fixé sur un objet assez fortement éclairé, devient immédiatement très larmoyant et ne peut résister au besoin de cligner fréquemment; il est d'une sensibilité extrême à la lumière. » — V. *J. l'Expérience*, 1843, p. 315 et 316. Extr. des *Am. de la Soc. de Méd. d'Anvers.*

Je ne m'explique pas ces différences dans les résultats obtenus au moyen des mêmes expériences. On verra plus loin que ces différences sont encore plus tranchées à propos de l'action sur l'œil de la lumière artificielle.

3° En examinant à la distance ordinaire, et comparativement de l'un et de l'autre œil, les caractères ordinaires d'un livre, je constate que les lettres perçues avec l'œil gauche sont d'un très beau noir, tandis qu'elles présentent de l'œil droit un reflet bleuâtre très prononcé.

On ne peut faire cette remarque qu'en fermant successivement l'œil droit et l'œil gauche; car, si l'on regarde simultanément avec les deux yeux, on n'aperçoit rien de particulier dans la coloration des lettres.

4° L'adaptation de l'œil aux distances a subi les modifications suivantes, que j'ai étudiées à plusieurs reprises et avec d'autant plus de soin que plusieurs physiologistes prétendent expliquer par les changements survenus dans l'ouverture pupillaire cette remarquable faculté de l'œil.

A. *Distance éloignée.* — L'atmosphère, qui est très pure, me paraît chargée de brouillards. De ma croisée, et à la distance de quarante-cinq à cinquante pieds, je distingue de l'autre côté de la rue les hommes des femmes, mais il m'est impossible de reconnaître en détail les différentes parties de leur costume, tant la forme des objets est mal définie et peu accentuée.

D'ailleurs les corps ne me paraissent ni plus gros ni plus petits avec un œil qu'avec l'autre.

B. *Distance ordinaire.* — A 10 pouces, par exemple, je lis facilement et sans fatigue aucune les caractères les plus petits. Les lettres ont leur grandeur naturelle; elles paraissent seulement un peu bleuâtres, comme je l'ai déjà dit plus haut. Mais, passé 12 à 15 pouces, je ne distingue pas assez pour lire avec l'œil droit, tandis qu'avec le gauche je puis encore lire à 2 pieds et demi de distance.

C. *Distance rapprochée.* — A 5 pouces, je puis lire avec la plus grande facilité; mais les lettres paraissent évidemment diminuées de grandeur dans la proportion d'un tiers ou d'un quart au moins.

A 3 pouces environ, la lecture n'est plus possible, car les lettres sont tellement confondues entre elles qu'on ne distingue plus qu'une ligne noire continue. Un petit point noir, tracé sur le papier et qui est bien vu de l'œil droit à la distance de 8 à 10 pouces, cesse d'être distinct lorsque je le regarde à la distance de 3 à 4 pouces.

5° Dans le but de remédier à l'état fonctionnel de l'œil qui résulte de la dilatation exagérée de la pupille, j'ai recours à une carte percée de trois trous d'inégale grandeur, à travers lesquels je regarde successivement les objets, soit éloignés, soit rapprochés.

Ces trois trous ont : le plus petit, la grandeur d'une épingle ordinaire avec laquelle il a été fait; le moyen est le double environ du plus petit; le plus grand est également le double du moyen.

A. *Objets éloignés.* — En regardant successivement les grosses lettres des boutiques situées à 45 ou 50 pieds à travers ces trois trous, je remarque ceci :

1° Avec le plus petit, je les lis très facilement; 2° avec le moyen, je les lis encore distinctement, mais elles sont moins nettes; 3° avec le plus grand, elles sont embrouillées, au point que je ne puis plus les distinguer.

B. *Objets rapprochés.* — A la distance de 10 à 12 pouces, je lis, sinon également bien, du moins assez bien, à travers les trois trous. Les lettres ont une égale grandeur. Toutefois, la lecture est plus facile à travers le grand trou qu'avec le moyen, avec le moyen qu'avec le petit.

Voici maintenant ce qui a lieu lorsqu'on rapproche davantage l'œil des objets, et qu'on essaie de lire à 5 pouces, par exemple :

Les lettres sont grosses en raison directe de l'étroitesse de l'ouverture par laquelle on les regarde.

A 4 pouces, on distingue déjà mal avec le grand trou; on distingue encore assez bien avec le moyen; avec le petit, la vision est très nette.

A 3 pouces, on ne voit plus avec le grand trou; avec le moyen et le petit, les lettres sont très distinctes, mais elles paraissent une fois plus grandes qu'elles sont en réalité.

A une distance encore plus rapprochée, le nez appliqué sur le livre, on voit mal avec le trou moyen, tandis qu'à travers le petit trou les lettres restent très distinctes; elles paraissent seulement avoir une grandeur triple de leur grandeur réelle.

6° J'ai armé successivement l'œil droit et l'œil gauche d'une loupe assez forte, et j'ai constaté que les objets étaient également grossis des deux côtés.

7° En approchant la chandelle de l'œil atteint de mydriase artificielle, dit M. Verlegh (V. *loco cit.*, p. 316) : « Celui-ci larmoyait immédiatement, et il m'était impossible de résister au besoin fréquent de cligner. » Voici maintenant mes expériences : Dans une pièce rendue obscure, je place trois bougies allumées. Je prends d'abord une de ces bougies que je rapproche le plus possible de l'œil, en tenant la flamme en regard de l'ouverture pupillaire : je ressens la chaleur de la flamme; mais je n'éprouve aucune autre impression sur l'œil, ni besoin de cligner, ni larmoiement.

Je fais plus, je place simultanément devant ma pupille droite la flamme des trois bougies : même résultat négatif.

Je reçois ces trois lumières sur une petite glace, et je dirige par réflexion leur image sur l'œil droit : toujours même résultat négatif par rapport à la sensibilité, au clignement, au larmoiement.

8° En étudiant maintenant la perception de ces corps lumineux à des distances variées, j'ai constaté ce qui suit :

A la distance de 1 à 2 pieds, les trois lumières de bougies paraissait assez nettes;

A la distance de trois pieds, les trois lumières paraissait augmenter dans leurs proportions;

A la distance de 10 pieds, les lumières sont entourées d'un cercle rayonnant de 6 pouces environ de diamètre;

A la distance de 25 pieds, l'espèce d'auréole lumineuse qui encadre la flamme de chaque bougie, a à peu près 1 pied de diamètre.

En s'avançant vers les lumières, on voit ce cercle rayonnant diminuer de plus en plus d'étendue, jusqu'à ce qu'il ait tout à fait disparu.

Ces expériences sont faites, bien entendu, l'œil gauche étant fermé.

Avec les deux yeux ouverts, le cercle radié dont j'ai parlé, et qui est formé par des rayons lumineux perpendiculaires à la bougie, paraît beaucoup plus pâle; il semble que l'on ait enlevé des rayons intermédiaires à ceux qui restent.

J'ai aussi examiné, avec la carte dont j'ai parlé plus haut, ces trois lumières, et j'ai remarqué qu'en regardant à diverses distances à travers l'un des trois trous indifféremment, la lumière se présente à l'état naturel, et que le disque rayonnant n'existe plus. Néanmoins, j'ai constaté aussi que les lumières sont vues d'autant plus nettes et distinctes que le trou à travers lequel on les regarde est plus petit.

Ces expériences ont été terminées à 2 heures 45 minutes; la dilatation pupillaire n'avait pas changé. Ce n'est que le 13, c'est-à-dire quatre jours après, que l'iris a recouvré sa contractilité physiologique.

Il reste maintenant à tirer de nos expériences des déductions applicables à la pratique. Dans un prochain article sur la *mydriase*, on appréciera mieux l'importance de ces déductions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 13 février 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Anatomie pathologique d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur.

M. Chassaignac, à propos de la communication faite par M. Huguier dans la dernière séance, présente la pièce anatomique d'une fracture du col du fémur complétement intra-capsulaire. Cette pièce a été recueillie sur un vieillard de soixante-treize ans, qui fut apporté à Saint-Antoine il y a deux mois et demi. Aucun signe d'une fracture du col, aucune altération n'est appréciable dans la conformation du membre, ni déformation, ni déviation au moment de l'entrée du malade à l'hôpital. Il lève la jambe à volonté, il imprime à la pointe du pied des mouvements de rotation en dedans et en dehors. Si on saisit la jambe en la fléchissant sur la cuisse, on se sert du membre comme d'un levier coudé pour imprimer des mouvements étendus à l'articulation coxo-fémorale, et le résultat de cette exploration est négatif.

M. Chassaignac, ne croyant à aucune lésion, se disposait à renvoyer le malade, lorsque l'interne eut l'idée de le soumettre le soir à l'éthérisation; la crépitation devient aussitôt manifeste, et on a pu la constater le lendemain. Au bout de deux mois et demi, à la suite de l'application d'un sinapisme, des eschares gangréneuses se forment, un phlegmon diffus survient, et le malade meurt. On trouve, à l'autopsie, une fracture exclusivement intra-capsulaire; le fragment inférieur présente un petit bec de tissu compacte correspondant au bord inférieur du col, et du fragment supérieur formé par la tête de l'os partent des languettes fibreuses très résistantes; il y a une adhérence très solide entre les bords du cartilage articulaire et les languettes périostiques; le fragment supérieur est excavé et éburné à sa surface fracturée; il y a enfin des productions stalactiformes à la base du col à l'extérieur de la capsule.

M. Larrey fait observer que cette pièce anatomique, malgré tout l'intérêt qu'elle peut avoir, diffère essentiellement de celle que M. Huguier a présentée, et ne saurait par conséquent lui être assimilée. En effet, dans le cas offert par M. Chassaignac, la fracture était exclusivement intra-capsulaire, et sa disposition suffirait pour expliquer l'absence des signes caractéristiques; tandis que, dans le cas présenté par M. Huguier, la fracture se trouvait en grande partie extra-capsulaire, et cependant elle ne s'était révélée par aucun signe appréciable avant la mort. C'est là ce qui établit une différence marquée entre ces deux faits et donne à celui de M. Huguier un intérêt spécial, puisqu'il représente un cas exceptionnel.

M. Larrey a cru devoir faire cette observation en l'absence de M. Huguier, qui probablement l'aurait faite.

M. Vidal exprime la pensée de plusieurs de ses collègues, en disant que l'élève de M. Chassaignac est parvenu, dans ses recherches, à déterminer la fracture. Cette fracture était sans doute intra-périostale; et ainsi incomplète, elle explique, d'une part, les difficultés du diagnostic, et, d'autre part, le résultat signalé.

M. Chassaignac reconnaît que M. Larrey a eu raison d'établir une différence entre les deux cas de fracture, sans admettre qu'il y ait une mobilité moindre dans les fractures intra-capsulaires. Il apprécie également la remarque faite par M. Vidal sur la circonstance accidentelle qui a eu des suites aussi regrettables.

M. Morel dit que la pièce intéressante de M. Chassaignac vient s'ajouter aux faits déjà nombreux qui ont enlevé presque toute sa valeur au signe donné par Boyer. On a vu des fractures du col du fémur qui, non-seulement permettaient aux malades étendus sur leur lit les mouvements de soulèvement du membre, mais qui leur avaient permis même de marcher à une assez longue distance avant que l'impuissance du membre et les autres caractères de la fracture se fussent manifestés. M. Robert, entre autres, a cité un cas de ce genre, et M. Malgaigne en a rapporté un aussi dans son livre sur les fractures.

M. Giraldès fait observer que, dans ces fractures intra-capsulaires, il y a ordinairement engrenage des fragments. Un exemple emprunté à Sanson en a été présenté à la Société anatomique.

Correspondance.

M. Cazenave (de Bordeaux) adresse à la Société, avec une lettre d'envoi, un manuscrit renfermant divers travaux sous les titres suivants :

1° Histoire d'une taille bilatérale faite dans un cas exceptionnel, avec un lithotome double fabriqué tout exprès par M. Charrière et d'après les indications de l'auteur ;

2° Fracture de l'humérus droit, tout près de l'articulation du coude, et résection du fragment supérieur ;

3° Observation de tubercules fibreux et d'un rétrécissement du rectum traités avec succès ;

4° Opération faite sans succès pour enlever des tubercules encéphaloïdes siégeant dans le rectum ;

5° Petit mémoire à consulter sur un rétrécissement circulaire du rectum ;

6° Vaste ulcération et dégénérescence cancéreuse du col de l'utérus traitées par le cautère actuel ;

7° Opération de fissure anale faite avec succès ;

8° Extirpation d'un squirre mammaire ; récidive et mort ;

9° Ablation d'une dégénérescence squirrheuse de la vulve et du vagin ;

10° Erreur de diagnostic touchant un calcul vésical.

Une commission composée de MM. Guersant, R. Marjolin et Demarquay examinera le manuscrit de M. Cazenave, et en fera un rapport à la Société.

M. Cazenave a envoyé en même temps différents travaux imprimés que M. le président n'a pu apporter à la séance.

Kystes hydatiques de l'abdomen.

M. Vidal (de Cassis) présente au nom de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant de la Société, un travail manuscrit intitulé : *Deux cas remarquables de kystes hydatiques de l'abdomen considérés au point de vue chirurgical.*

M. le secrétaire donne lecture de ce mémoire en entier pour M. Vidal, qui s'excuse de ne pouvoir s'en charger.

« Les faits qui font le sujet de ce travail, dit M. Goyrand dans son introduction, paraîtront peut-être étrangers à la spécialité de la Société de Chirurgie. En effet, la description des kystes hydatiques de l'abdomen, qui occupe une longue place dans les livres des ma-

ladies internes, est généralement négligée dans les traités de chirurgie ; cependant c'est par des moyens chirurgicaux qu'on arrive à établir le diagnostic de cette affection, c'est par des moyens chirurgicaux qu'on la guérit. C'est donc à tort que les chirurgiens l'ont négligée , et je ne connais pas de juge plus compétent de la question dont je m'occupe aujourd'hui que la Société à laquelle j'ai l'honneur de soumettre ces observations. »

Premier fait. — Trois kystes hydatiques du foie s'ouvrant spontanément, le premier (1833) dans les bronches, le second (1845) dans l'estomac, et le dernier (1848) dans l'intestin. Guérison.

Second fait. — Enorme kyste acéphalocyste de la rate. — Ponction exploratrice suivie d'une péritonite grave. — Ouverture du kyste par incision des couches extérieures et cautérisation des couches profondes de la paroi abdominale. — Mort par suite de la rétraction trop rapide du kyste qui s'est détaché du parenchyme de la rate.

Tel est l'énoncé des deux observations rapportées par M. Goyrand, qui arrive à la conclusion suivante : « Il faut donc qu'on cesse de considérer comme inoffensives les ponctions exploratrices des kystes abdominaux. »

M. Vidal remercie M. le secrétaire, au nom de M. Goyrand, de s'être chargé de cette lecture, et demande le renvoi du mémoire au comité de publication.

M. le président annonce, d'après une remarque de M. Lenoir, que la discussion est ouverte sur ce sujet.

M. Maisonneuve dit que M. Goyrand est arrivé par son expérience propre aux résultats où il est parvenu lui-même, comme le témoigne la thèse qu'il vient de soutenir récemment pour le concours actuel de médecine opératoire. La ponction des kystes abdominaux est, selon lui, une pratique fâcheuse, qu'il a vue plusieurs fois occasionner des accidents mortels. Il appuie donc les conclusions de M. Goyrand à cet égard, et il ajoute que c'est toujours une chose grave d'agir ainsi, parce qu'on n'a aucun moyen d'empêcher l'épanchement de se faire dans la cavité péritonéale.

M. Giraldès ne sait pas si la Société acceptera la doctrine soutenue par M. Maisonneuve, mais il affirme d'après de nombreux exemples que des ponctions ont été faites sans accidents à des kystes abdominaux. L'un de ces exemples a même été rapporté par M. Maisonneuve. M. Giraldès fait observer, d'autre part, que des kystes se sont ouverts dans le péritoine sans aucune conséquence grave. Il a même vu la rupture d'un de ces kystes hydatiques volumineux donner lieu sans le moindre danger à une hydropisie ascite.

M. Maisonneuve fait remarquer à M. Giraldès qu'il confond la ponction simple et la ponction exploratrice. Or, c'est celle-ci, la ponction exploratrice, qu'il rejette entièrement. Il a d'ailleurs vu aussi, à Saint-Louis, une jeune fille chez laquelle un kyste s'était ouvert dans le péritoine sans résultat fâcheux. Il sait de même que les ponctions évacuatrices peuvent en effet procurer des guérisons ; mais il répète que, pour les ponctions exploratrices, on doit s'en abstenir d'une manière absolue.

M. le président met aux voix la proposition de renvoyer le travail de M. Goyrand au comité de publication. Cette proposition est adoptée.

Anatomie pathologique d'une fausse articulation.

M. Giraldès présente une fausse articulation du tiers inférieur du bras gauche, qui lui semble affectée de tumeur blanche, chez un malade de soixante ans, mort à la suite d'un phlegmon diffus du membre inférieur. Voici l'état des parties :

1° *Examen pendant la vie.* — Cette fausse articulation très ancienne est placée au tiers inférieur de l'avant-bras gauche ; elle est mobile. Cette mobilité permet des mouvements dans tous les sens ; le malade se sert de son membre, et, malgré la grande mobilité des parties, il peut se soulever en s'appuyant sur sa main ; alors les fragments se déplacent : le supérieur en dehors, l'inférieur en dedans.

2° *Examen après la mort.* — Les aponévroses des muscles et surtout celle qui s'attache aux côtes osseuses de l'humérus, la cloison inter-musculaire sont hypertrophiées et semblent former des ligaments ; les muscles conservent leur volume normal, à l'exception des fibres profondes du brachial antérieur ; celles-ci sont décolorées et atrophiées. Les deux extrémités des os sont placées à distance et maintenues ainsi par une capsule fibreuse, dense, parsemée de noyaux osseux et de plaques en apparence cartilagineuses.

Les fragments osseux jouent l'un sur l'autre ; le supérieur est coupé en bec de flûte, l'inférieur est arrondi ; tous les deux sont encroûtés d'une substance fibreuse blanche ayant l'apparence de cartilage.

La partie interne de cette fausse articulation de cette capsule offre des dimensions assez grandes. La face interne est blanche, formée de fibres de tissu fibreux hypertrophié et traversé par des franges rouges ayant l'apparence des membranes synoviales.

M. Maisonneuve, en entendant M. Giraldès parler de la possibilité qu'une tumeur blanche se développe dans une fausse articulation, doute qu'il soutienne une semblable hypothèse et lui demande s'il connaît des exemples de ce qu'il avance.

M. Giraldès répond que l'existence de la membrane synoviale suffit pour faire admettre la possibilité du fait.

M. Maisonneuve prétend que ce n'est pas là une membrane synoviale.

M. Giraldès ne peut mieux prouver le contraire que par la démonstration, et il reproche à M. Maisonneuve de n'avoir pas même examiné cette pièce anatomique.

M. Maisonneuve n'avait qu'un but dans ce qu'il a dit, c'était de connaître s'il existe ou non dans la science des faits de tumeurs blanches des fausses articulations.

M. Chassaignac, trouvant cette pièce remarquable par le développement d'un tissu cartilagineux sur une portion d'os, pense que la question soulevée par M. Giraldès mérite d'être examinée.

Ophthalmie purulente.

M. Larrey fait part à la Société de deux faits qui semblent offrir de l'intérêt. « Tous les chirurgiens, dit-il, savent combien sont graves les ophthalmies purulentes, dont l'apparition insidieuse, les causes diverses, les signes compliqués, la marche rapide, les terminaisons fâcheuses, les altérations profondes et la thérapeutique souvent impuissante attestent l'extrême gravité.

» Tous les chirurgiens, dit-il encore, savent par l'observation avec quelle virulence se développe l'ophthalmie blennorrhagique, avec quelle intensité se propage l'ophthalmie des nouveau-nés, avec quelle promptitude même se manifeste la même maladie sous l'influence de diverses causes d'encombrement ou autres ; mais nous ne connaissons guère que par tradition les effets désastreux de l'ophthalmie des armées ; car cette redoutable maladie, endémique ou épidémique dans certaines contrées, comme l'Égypte, d'où elle semble originaire, la Hollande et la Belgique où elle sévit encore, l'Angleterre, la Russie et d'autres pays du Nord qu'elle a envahis à plusieurs époques, semble avoir jusqu'ici épargné la France. C'est pourquoi, ajoute M. Larrey, l'ophthalmie purulente, même sporadique, survenue dans des conditions où je ne l'avais jamais observée jusqu'à présent dans nos hôpitaux militaires, me semble mériter une sérieuse attention. Voici les faits :

« Deux jeunes soldats appartenant à un régiment caserné ou plutôt barraqué sur l'esplanade des Invalides, sont entrés cette semaine au Gros-Caillou, à peu d'intervalle l'un de l'autre, pour une ophthalmie purulente des mieux caractérisées. Tuméfaction et rougeur intense des paupières, avec chaleur et douleurs vives, occlusion de l'œil, écoulement puriforme abondant, boursouflement de la conjonctive oculo-palpébrale, chémosis et kératite compliquée de ramollissement, avec tendance à l'ulcération perforante, et à l'évacuation des humeurs de l'œil.

» Chez aucun de ces deux hommes n'existaient d'indices d'une blennorrhagie urétrale, et nulle cause appréciable de contamination directe. Mais il ne serait pas impossible que les conditions d'insalubrité où se trouvent les barraques de l'Esplanade jointes à l'humidité plus grande du terrain par la crue des eaux de la Seine, n'eussent déterminé cette ophthalmie, bien qu'elle n'existe qu'à un seul œil.

» Deux autres soldats du même régiment en ont été affectés aussi, mais à un degré moindre, et à cause de cela n'ont pas été envoyés à l'hôpital ; tandis que ceux qui y sont entrés, tardivement il est vrai, conserveront difficilement la vue de l'œil malade. L'un d'eux même est pris de l'œil gauche, par suite d'un attouchement présumé de la matière virulente (c'est là une circonstance à noter).

» Le traitement le plus actif, le plus énergique, tel qu'il est indiqué en pareil cas, saignée générale et locale, scarifications et cautérisations de la conjonctive, irrigation froide, etc., semble devoir échouer, sinon complétement, du moins en partie, quoique l'intensité des symptômes soit diminué.

» Il ne faudrait pas conclure de ces faits isolés que le régiment auquel ces hommes appartiennent soit sous l'imminence d'une épidémie d'ophthalmie purulente ; mais il est utile d'y veiller, comme il serait utile de savoir si la même ophthalmie se serait manifestée dans d'autres localités.

» Voilà pourquoi, dit M. Larrey en terminant, j'ai voulu soumettre ces faits à l'attention de mes honorables collègues. »

M. Maisonneuve se souvient qu'en 1846 il se manifesta à Bicêtre, dans la division des aliénés, une épidémie très grave d'ophthalmie purulente. Plusieurs malades succombèrent ; d'autres perdirent la vue des deux yeux, et un plus grand nombre d'un seul œil ; la plupart des personnes du service, les infirmiers entre autres, eurent des atteintes de cette maladie à divers degrés, et M. Maisonneuve lui-même en fut affecté. On ne put alors saisir dans les conditions de la température des salles ou dans d'autres circonstances aucune cause appréciable du développement de cette épidémie.

M. R. Marjolin pense que cette affection aussi grave que l'ophthalmie blennorrhagique est aussi contagieuse, et n'est pas seulement particulière aux soldats. En effet, outre l'épidémie dont M. Maisonneuve a été témoin à Bicêtre, il a eu occasion, en 1832, d'en observer avec son père une autre à Lourcine. On avait réuni à cette époque, dans les bâtiments de cet hôpital, un grand nombre d'enfants dont les parents étaient morts du choléra. Ces enfants restaient dans les cours pendant la journée exposés au soleil, entre ces bâtiments nouvellement blanchis, et malgré tous les soins de propreté dont ils étaient entourés, il y avait encore beaucoup à désirer sous le rapport des conditions hygiéniques. Ainsi, en entrant dans les dortoirs, on était saisi par une odeur ammoniacale très prononcée, et bientôt après on éprouvait dans les yeux une sorte de picotement très sensible. Le nombre des malades augmenta en peu de jours, à tel point qu'il fallut songer à évacuer Lourcine. Une partie des enfants fut envoyée à l'hospice des Bons-Hommes, et une autre partie à Saint-Antoine ou aux Orphelins. Un assez grand nombre perdirent la vue.

La seconde fois que M. Marjolin a eu occasion d'observer cette maladie, c'était dans son service à l'hôpital de Bon Secours. Ce n'était plus cette fois sur des enfants ou de jeunes adultes, mais sur des enfants nouveau-nés. Il avait bien eu à plusieurs reprises occasion de voir quelques cas isolés d'ophthalmie purulente, mais jamais il n'avait vu un aussi grand nombre d'enfants atteints en même temps. En recherchant quelles pouvaient être les causes qui favorisaient le développement de cette affection, M. Marjolin trouva que toutes les layettes des enfants étaient dans une armoire, séparée seulement des latrines par une simple cloison. Il fit aussitôt enlever les layettes de cette place, et si depuis des cas isolés se sont encore montrés, il n'y a pas eu de nouvelle épidémie.

Il pense que dans ces deux circonstances la maladie a eu pour cause des conditions d'insalubrité, et qu'il existe une grande analogie entre elle et l'opthalmie purulente des armées, dont M. Larrey vient d'entretenir la Société.

M. Guersant a observé l'ophthalmie purulente à l'hôpital des Enfants, et il la considère aussi comme étant très analogue à l'ophthalmie purulente des militaires.

M. Larrey, en reproduisant la question telle qu'il l'avait posée, a dû écarter les faits relatifs à l'ophthalmie purulente qui se développe chez les nouveau-nés, ou dans certaines conditions d'ailleurs bien connues de tous les chirurgiens pour fixer son attention sur la maladie survenue parmi les soldats. Il aura soin, du reste, de rendre compte du résultat de ses observations.

Appareil à irrigation.

Le docteur Eguisier met sous les yeux de la Société un piston garni en caoutchouc vulcanisé dont il a fait l'application à son irrigateur, appareil sur lequel la Société de Chirurgie a fait le 3 juin 1846 un rapport des plus favorables.

M. Eguisier regarde ce perfectionnement comme important, en ce que le cuir dont on a garni les pistons jusqu'à ce jour se dessèche et se rétrécit assez promptement. La gomme vulcanisée met le piston à l'abri de ces inconvénients. Elle est imperméable ; sa flexibilité et son élasticité sont invariables.

La séance est levée à cinq heures et demie.

H. L.

Dans la séance de ce jour, M. Bussy, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie de Médecine, a été élu membre correspondant de l'Académie des Sciences.

Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 28 FEVRIER 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 26.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR	9 FR.

PARIS, 27 FÉVRIER 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Toujours des comités secrets; mais il paraît bien décidé que ce sera le dernier. Après force discussions, l'Académie a pris une décision qui satisfera peu, nous le croyons, les aspirants au prix d'Argenteuil. Il paraît que l'Académie a voté six encouragements........ moraux. Quant aux 10,000 francs, ils resteront intégralement, jusqu'à nouvel ordre, dans les caisses du trésor. Est-ce un bien, est-ce un mal? Nous n'avons point assez mûrement pesé les titres des divers candidats pour répondre d'une manière catégorique à ces questions. Cependant, en principe, nous croyons qu'il vaudrait mieux encourager plus efficacement les travailleurs sérieux, et il y en avait plusieurs parmi les concurrents, que de laisser accumuler les fonds destinés à un prix qu'on n'est pas bien certain de pouvoir distribuer ni à la prochaine période fixée par le testament, ni peut-être à la seconde, ni même à la troisième ou aux suivantes. Nous ne soutiendrions pas que ce soit là l'interprétation rigoureuse des dispositions testamentaires; mais nous croyons que cette interprétation est équitable et intelligente.

Le comité secret n'a cependant point occupé toute la séance. M. Depaul a eu le temps de lire un mémoire qui a assez vivement impressionné l'auditoire par la nouveauté et la hardiesse des idées pathologiques et pratiques qu'il renferme. Nous n'oserions approuver, ni blâmer ces idées, et encore moins en contester la valeur; mais, quelles que soient les conséquences qui en résultent pour la pratique, il est évident qu'elles auront pour résultat inévitable de diriger les esprits vers des recherches à peu près complètement négligées jusqu'à ce jour, et qui pourront conduire à des résultats utiles. C'est donc un véritable service que M. Depaul aura rendu à la science en mettant au jour ce travail.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la phthisie pulmonaire.

(Cinquième article. — *Voir* les nos des 29 janvier, 5, 12 et 19 février.)

Diagnostic. — Le diagnostic de la phthisie pulmonaire s'établit par les signes qui sont propres à faire reconnaître la présence des tubercules dans le poumon. La présence des tubercules dans le poumon s'annonce par des signes différents, suivant qu'ils sont encore crus ou à l'état de tubercules ramollis, ou selon qu'il existe des cavernes plus ou moins considérables. Ce sont ces trois degrés qui se rattachent à l'existence de la phthisie, et on la reconnaît toutes les fois qu'on est à même de les constater, d'où il suit que le diagnostic précis de cette affection repose plutôt sur la constatation des accidents locaux que sur l'ensemble des phénomènes généraux concomitants, car la formation des tubercules est le résultat d'une condition pathologique générale qui existe dans l'organisme avant de produire l'altération de texture de l'organe de l'hématose, et c'est le diagnostic de cette condition pathologique qui constitue le diagnostic de la phthisie probable et future. Nous allons commencer par celui qui établit la présence des tubercules pulmonaires.

Dans la plupart des cas, quand on s'est un peu exercé, on peut reconnaître leur présence même lorsqu'il n'y en a encore que peu. A l'état physiologique, les cellules du poumon se dilatent facilement sous l'influence de l'air qui se précipite dans l'appareil respiratoire, et cette dilatation n'est accompagnée que d'un léger murmure, qui, en vertu de l'activité de toutes les fonctions plastiques, devient un peu plus fort et un peu plus dur chez les enfants : quand une partie du poumon est devenue imperméable à l'air et que les fonctions respiratoires s'accomplissent entièrement dans les cellules qui ont persisté, la respiration s'exagère dans ces points encore à l'état normal, et on a la respiration supplémentaire, qui a encore reçu le nom de respiration puérile. Au delà des limites de cette respiration dure, il se produit un bruit spécial quand des concrétions tuberculeuses sont formées dans les cellules du poumon. Une plus grande quantité de sérosité dans ces cellules ou l'induration de leurs parois sont les deux conditions qui modifient l'expansion vésiculaire, et on entend un bruit de craquement interposé au murmure respiratoire, de sorte que chaque respiration craquante est séparée de la précédente et de la suivante par du murmure la plupart du temps un peu exagéré. C'est ce bruit de craquement ou sec ou humide qui est le signe stéthoscopique des tubercules au premier degré; c'est par lui qu'on reconnaît qu'un certain nombre de cellules pulmonaires sont déjà imperméables à l'air, que d'autres sont distendues par de la sérosité qui peut aussi se trouver dans les petits tuyaux bronchiques faisant suite à ces cellules. On les distingue de la crépitation de la pneumonie, qui est continue et ne présente pas de murmure vésiculaire interposé entre les différentes crépitations, tandis qu'il existe toujours en présentant ses conditions normales entre les craquements que détermine la présence de tubercules crus.

Si des tubercules crus sont disséminés dans le parenchyme du poumon et l'ont rendu un peu moins pénétrable à l'air, il se produit une autre modification physique qui se rapporte aux vibrations sonores auxquelles on donne naissance par la percussion. Dans l'état physiologique toute portion du poumon perméable à l'air reçoit les vibrations que la percussion imprime aux parois de la poitrine; quand le poumon est pas mal infiltré de tubercules, il reçoit moins d'air, par conséquent les vibrations sont plus brèves et la sonorité est diminuée : la matité imparfaite est donc le résultat nécessaire de la présence de tubercules dans le poumon.

Pour reconnaître la matité quand elle n'est pas plus considérable, il faut comparer la sonorité du point percuté ou avec la sonorité du même point de l'autre côté, ou avec celle des portions voisines du même poumon, car il faut s'assurer d'abord de la plus ou moins grande sonorité de la poitrine chez le sujet que l'on examine, et il faut de l'habitude pour ne pas se laisser induire en erreur.

Tous ceux qui ont des tubercules crus, même peu nombreux, ont de la toux qui revient par secousses et plus ou moins sèche, et c'est elle souvent qui conduit à soupçonner les tubercules crus que l'on reconnaît par une investigation attentive. Ainsi de la toux sèche, de la diminution de sonorité, des craquements avec du murmure vésiculaire normal interposé, tel est l'ensemble des signes pathognomoniques de la présence des tubercules crus dans la poitrine.

A ces signes viennent encore s'en joindre d'autres ; ainsi l'amaigrissement général se montrant surtout sur les parois de la poitrine et à la base du cou, de l'oppression à la suite des moindres efforts musculaires, une aptitude grande à contracter de la fièvre, de la sécheresse à la peau, des sueurs insolites pendant la nuit, et quand ces accidents viennent s'ajouter aux signes que fournit l'examen de la poitrine, il n'y a plus de doute à avoir sur la présence des tubercules.

Le diagnostic comparatif des tubercules crus avec les autres lésions du poumon est facile à établir; il l'a déjà été en partie pour la pneumonie, qui, lorsqu'elle est complète, présente du souffle tubaire, phénomène qui n'existe jamais dans la phthisie au premier degré, et qu'on ne rencontre que lorsqu'il y a des excavations. Dans la bronchite, la sonorité du thorax est toujours conservée, quelque étendue que soit cette phlogose; ce qui n'a pas lieu dans la phthisie. Pour la pleurésie, il n'y a pas non plus matière à confusion; l'épanchement pleurétique est la cause d'une matité absolue dans le point où il se trouve; mais cette matité commence toujours par en bas, et monte en même temps que le liquide formé par l'inflammation; la respiration supplémentaire s'entend toujours en haut, au-dessus du niveau du liquide. Joignez à cela le point de côté dont le siége est en général sous la mamelle, tandis que la douleur ressentie par les phthisiques sur les parois de la poitrine se place le plus souvent vers les épaules et sous les omoplates, et reconnaît surtout pour causes les mouvements étendus des bras.

Si la phthisie est plus avancée, s'il y a une grande agglomération de tubercules qui commencent à se ramollir et à creuser les cavernes, les signes que peut donner l'examen de la poitrine sont plus tranchés. La sonorité du thorax reste toujours détruite dans les points qui correspondent aux tubercules, même quand ceux-ci sont ramollis; le bruit respiratoire reste craquant, les craquements deviennent humides sur quelques points, et dans d'autres on peut percevoir du gargouillement, phénomène résultant de ce que, dans les secousses de toux, l'air est convulsivement projeté de la caverne dans les tuyaux bronchiques, et, traversant de la matière tuberculeuse ramollie, produit le bruit d'un gaz passant à travers un liquide visqueux : c'est ce bruit qui a été appelé par quelques auteurs râle muqueux à grosses bulles. Ces phénomènes suffisent comme signes de la phthisie au second degré. Ajoutez à cela la matité plus prononcée de la poitrine et les accidents généraux qui peuvent alors fournir des signes aussi positifs que l'exploration du poumon. La fièvre devient quotidienne et presque continue, des sueurs se montrent plus abondantes; la toux, [illegible] plus fréquente, est accompagnée, le matin surtou[illegible]pectorations muqueuses abondantes avec des crachat[illegible]unâtres arrondis, présentant des stries sanguines et [illegible]geant dans une quantité de liquide telle, qu'elle emplit souvent le crachoir du malade en un jour. Ce sont les crachats numulaires dont il a déjà été parlé. Il n'est plus possible alors de confondre les signes de la seconde période de la phthisie avec ceux des autres maladies de poitrine. Jamais dans la pneumonie on ne trouve à l'auscultation des points correspondant aux parties mates; les craquements humides forts, prononcés, muqueux, séparés par un bruit de murmure vésiculaire; jamais on n'y trouve de gargouillement mêlé à ces mêmes signes. On ne pourra pas la confondre avec la pleurésie, à moins que les tubercules ne se développent à la base du poumon, même alors la matité du thorax ne sera pas en ce point aussi absolue, et on entendra encore les craquements et le bruit gargouillant qui ne sont jamais perçus quand il y a un simple épanchement de liquide à la base de la poitrine.

La confusion de la phthisie au deuxième degré avec la bronchite sera de même difficile, si on se rappelle qu'il n'y a pas de matité à la percussion dans la bronchite. Cependant il importe de s'arrêter sur les rapports qui existent entre ces deux affections, se présentant quelquefois comme complications l'une de l'autre. Les auteurs que vous avez entre les mains insistent sur la difficulté qu'il y a de distinguer les tubercules ramollis qui se trouvent à la racine des grosses bronches, de la bronchite ayant déterminé dans ces grosses bronches une grande accumulation de mucosités; mais d'abord dix-neuf fois sur vingt c'est au sommet des poumons et en arrière que se trouvent les tubercules les plus avancés, et de plus, quelque grande quantité de mucus qu'il y ait dans les grosses bronches, jamais vers ce point il n'y aura de matité à la percussion, comme dans les points correspondant aux tubercules.

Quand on est en présence d'un tuberculeux, et qu'il s'agit de déterminer si la phthisie est à la deuxième période, on ne peut toujours obtenir un résultat satisfaisant dès le premier examen; la matière tuberculeuse peut être plus ou moins évacuée, les communications des excavations avec les petites bronches qui s'ouvrent dedans peuvent être obstruées complètement, et on ne reconnaîtra pas les cavernes. Mais dans cette période il survient des accidents qui ne trompent jamais. La maigreur de la base du cou se produit, les intervalles des côtes présentent plus d'enfoncement, tant par l'atrophie des muscles intercostaux que par la diminution du volume du poumon à la suite des expectorations de matière muqueuse. Un mouvement fébrile se produit; il survient une accélération du pouls, dont les malades n'ont pas toujours conscience. Arrivent la sécheresse de la peau, la perturbation des sécrétions, des sueurs nocturnes considérables qui occasionnent aux malades des sentiments de faiblesse, et quelquefois du refroidissement. Ces accidents généraux sont les signes infaillibles de tubercules nombreux et à l'état de ramollissement.

Parmi les phthisiques avancés, il en est qui sont à la troisième période de cette maladie, et alors les signes stéthoscopiques sont plus faciles à recueillir. La matité de la poitrine existe toujours, et elle est plus prononcée dans les points correspondant aux excavations que dans toute autre maladie de poitrine, le bruit de gargouillement se produit avec un son plus ou moins amphorique: tels sont les signes que donnent à l'examen les grandes excavations. Le bruit amphorique perçu dans une excavation avec le bruit de gargouillement peut être très sec et très sonore, on a alors affaire à une grande excavation en partie vide et dont les parois sont susceptibles de vibrations très sonores parce qu'elles sont très indurées. Si le bruit a les caractères humides, s'il se produit de grosses bulles et que la matité soit très grande, c'est qu'on sera en présence d'une caverne anfractueuse contenant des détritus de mucosités, de parenchyme pulmonaire et de matière tuberculeuse considérablement ramollie.

Les excavations tuberculeuses peuvent se trouver très près des parois de la poitrine sous la plèvre et immédiatement derrière les côtes, dans ces cas la percussion fait entendre un bruit particulier qui est le bruit de pot fêlé; il est produit par la projection d'une certaine quantité d'air de la caverne dans les bronches qui communiquent avec elle, ou de ces bronches dans la caverne, projection déterminée par la pression brusque qu'occasionne la percussion; aussi ce bruit est-il d'autant plus intense qu'on frappe plus fort, absolument comme si l'on frappait sur un soufflet et qu'on en fît sortir l'air par saccades.

Il se produit dans le tissu des poumons des excavations par d'autres causes que par l'évacuation de tubercules ramollis; ainsi, à la suite de vomiques. Les vomiques déterminées par les abcès inflammatoires du parenchyme pulmonaire ne sont pas un accident rare, quoi qu'en ait dit Laënnec, qui a soutenu qu'elles résultaient, la plupart du temps, d'une pleurésie interlobulaire qui soudait les feuillets de la plèvre et déterminait ainsi une cavité dans laquelle le pus se formait.

Souvent, dans la phthisie pulmonaire, il se produit secon-

dairement des phlogoses qui se terminent assez fréquemment par induration du parenchyme pulmonaire, et on a du souffle tubaire, signe incontestable de cette affection, qui vient compliquer les accidents des tubercules. Si on est en face d'un malade qui présente une excavation dans le poumon, peut-on dire *à priori* qu'elle est tuberculeuse? Pour préciser le diagnostic, il faut remonter dans les antécédents. La vomique à la suite de pneumonie suppurée se produit, en général, vers la fin du deuxième septenaire, à la suite d'un état fébrile violent qui avait succédé à un affaissement momentané de la fièvre. Dans la phthisie, la vomique n'arrive jamais tout d'un coup au bout de huit ou dix jours d'invasion; mais après de longs accidents qui sont loin d'avoir l'acuité de ceux que présente la phlogose du poumon. Jamais, dans la phthisie, on n'observe ces phénomènes comme dans la pneumonie simple, et quand ils sont vus chez un tuberculeux, c'est que ce tuberculeux, déjà avant la pneumonie, présentait des accidents de phthisie.

Après la vomique, la matité du poumon se limite, les phénomènes généraux diminuent d'intensité, la respiration se rétablit et le malade marche vers la guérison. Après l'évacuation des tubercules, les accidents persistent; la matité reste toujours, et une fièvre hectique s'empare du malade, qui continue à expectorer. Ainsi, c'est par la marche de la maladie qu'on parvient à se fixer sur la question de savoir si on a affaire à une vomique ou à des tubercules ramollis qui sont rejetés au dehors.

Les signes dont il vient d'être parlé peuvent présenter des modifications nombreuses. On a un phthisique qui a offert les accidents au premier degré; il est pris tout d'un coup de pneumothorax; la poitrine est subitement devenue sonore dans toute l'étendue de la cavité pleurale; je suppose le pneumothorax complet; car s'il ne l'était pas, c'est qu'il y aurait des adhérences, et la sonorité serait localisée dans certains points. A la percussion, la poitrine donne un bruit tympanique intense; le bruit amphorique est très marqué, la cavité pleurale devient le siége d'une phlogose; par suite il y aura épanchement de sérosité, mais peu considérable, et en remuant le malade on produit le bruit de succussion. Dans les grandes vomiques, qui peuvent aller jusqu'à désorganiser un lobe tout entier du poumon, jamais ces phénomènes n'ont lieu, on ne trouve jamais le bruit de flot de liquide obtenu par la succussion, phénomène qui exige la coïncidence de gaz au-dessus du liquide; mais quand on fera tousser le malade ou qu'on l'agitera, on pourra entendre une crépitation sonore comme celle d'un gravier tombant dans une amphore. Ce bruit de tintement métallique appartient encore au pneumothorax, comme nous l'avons vu plus haut.

Chez les sujets atteints de tubercules, il se produit des accidents inflammatoires plus ou moins marqués affectant le parenchyme du poumon ou la plèvre, et il importe d'éclairer le diagnostic à cet égard, car ce peut être la cause d'une modification importante dans le pronostic qu'on aura à porter.

Un sujet présente les signes de la phthisie pulmonaire, même au deuxième degré; tout d'un coup il est pris d'une douleur de côté violente avec fièvre, et à l'examen on trouve les signes manifestes d'une pleurésie secondaire. Cet accident n'est pas rare, pour le dire en passant. Ainsi, ce malade n'a que peu de tubercules, il toussaille en quelque sorte, mais peut vaquer à ses affaires sans trop d'incommodité, et il est pris tout d'un coup de pleurésie. Le médecin appelé doit établir s'il a affaire à une pleurésie simple ou à une pleurésie correspondant à des tubercules en voie d'évolution; car alors cette phlogose, qu'elle guérisse ou non, ne sera qu'un accident secondaire dans la marche de la maladie. Au-dessus de l'épanchement pleurétique, le parenchyme pulmonaire, dans la pleurésie simple, fait toujours entendre la respiration supplémentaire, la sonorité est conservée en ce point; mais en bas, dans toute la portion occupée par le liquide, il n'y a presque plus d'expansion vésiculaire, et on n'entend qu'un murmure doux et éloigné. Si, au contraire, il y a des tubercules dans la partie qui est au-dessus du liquide, la respiration est craquante, et même à un plus haut degré que lorsqu'il n'y a pas de pleurésie; la matité est toujours absolue en bas, et si le poumon est enveloppé de liquide par sa partie qui contient des tubercules, les craquements et quelquefois même le gargouillement pourront être entendus derrière le liquide. C'est par là qu'on verra que la pleurésie n'est que secondaire, et comme un phénomène intercurrent dans le cours de la phthisie pulmonaire.

Le point le plus difficile dans le diagnostic de la phthisie est celui qui touche à la prédisposition; cependant c'est un point clinique très important et qui peut intéresser à un haut degré les familles dans lesquelles on est appelé comme médecin. Cette prédisposition ne peut pas se reconnaître par des signes aussi absolus que l'existence des tubercules, car, dans le cas de simple prédisposition, il n'y a pas encore de tubercules développés dans le poumon qui est parfaitement perméable à l'air. Le plus ordinairement, chez les sujets prédisposés à cette affection, la cage thoracique reste étroite, les côtés sous les aisselles sont plats et carrés, le sternum avance par sa partie moyenne comme un casque, et est déprimé vers son extrémité inférieure au niveau de l'appendice xyphoïde: disposition qui provient de ce que la partie la plus large du poumon a pris peu de développement. Fréquemment la colonne vertébrale au niveau du dos est renversée en avant, on voit une dépression sous les clavicules, les côtes sont peu volumineuses, les muscles thoraciques peu développés. Ces imperfections annoncent le plus souvent une modification radicale des fonctions plastiques, modification qui porte principalement sur les organes situés autour des poumons, à cause de leur développement imparfait; car il est d'observation qu'un viscère tendant à s'atrophier, les parties qui le recouvrent et l'entourent tendent aussi à s'atrophier. Si, de plus, on trouve les signes de la scrofule; si le sujet a déjà eu des engorgements ganglionaires; si les extrémités articulaires sont grosses; si les fonctions de la peau se font mal; si le malade est sujet à contracter facilement des phlogoses, surtout des phlogoses se portant sur les membranes muqueuses, l'évolution des tubercules est à craindre, car c'est sous l'influence de ces phlogoses qu'ils ont le plus de tendance à se développer.

Il est une autre prédisposition qui trompe rarement. Quand on trouve avec les vices de conformation dont nous avons parlé un état habituel de dyspepsie acescente, une grande facilité à contracter des états fébriles sous la plus légère cause, on peut regarder le sujet qui en est affecté comme prédisposé aux tubercules. Puis viennent les signes tirés de la famille, si la personne appartient à une famille où il y a eu des phthisiques ou des scrofuleux; mais, comme tous les autres signes, l'hérédité n'est pas infaillible.

On reconnaît les tubercules qui se développent dans différentes parties du corps comme étant des prodromes de phthisie très imminente. Si le malade perd la voix, maigrit, est pris de douleur dans le larynx sans que le poumon soit attaqué, il a ou des tubercules du larynx, ou une laryngite chronique; mais dans la laryngite chronique, il y a de fréquents accès d'une toux bruyante, avec douleur au larynx et expectoration de grands crachats glaireux après de pénibles efforts; tandis que, dans la phthisie laryngée, on voit apparaître une petite toux rare, sèche, avec des crachats muqueux nummulaires striés de sang, et, dans ce dernier cas, le poumon ne tardera pas à se tuberculiser consécutivement.

Pronostic. — Le diagnostic de la phthisie pulmonaire une fois porté, il faut s'entendre sur son pronostic: il est nécessairement très grave, puisqu'elle conduit généralement au tombeau, à de très rares exceptions près, ceux qui en sont atteints; toutefois, il y a des différences à établir entre les différents sujets qui en sont affectés et les différentes formes qu'elle peut présenter.

La phthisie originaire, comme l'appelle Morton, ou qui provient de la famille par hérédité, et la phthisie venue à la suite de mauvaises habitudes hygiéniques sont moins graves que la phthisie aiguë, en ce sens que leur terminaison est moins rapide, tandis que la phthisie aiguë suppose une condition morbide procatharctique violente qui surmonte toute la puissance réactionnelle de l'organisme aussi bien que les efforts du médecin.

Les sujets dont l'organisme est épuisé par les cachexies qui ont entraîné un affaiblissement général dans les fonctions plastiques ne trouvent plus en eux-mêmes assez de force vitale pour combattre le principe de la maladie, et résisteront aussi moins énergiquement à l'affection qui les emportera.

Le pronostic peut aussi se déduire de l'étendue des ravages produits par la maladie: si le poumon est presque totalement infiltré de tubercules, il est évident que le cas sera grave, et il le deviendra encore bien plus si le catarrhe du tube digestif, les tubercules de la muqueuse intestinale, la phthisie laryngée, la diarrhée violente, les sueurs collicatives viennent s'ajouter à l'affection tuberculeuse première et affaiblir rapidement les forces du malade.

Le pronostic peut se poser d'après les règles que nous venons d'énoncer. La tuberculisation a une marche différente partout où elle se produit: elle peut s'opérer d'un seul jet et s'arrêter brusquement, ou bien elle peut continuer; elle peut venir graduellement et s'accroître constamment sans aucun temps d'arrêt. Un sujet est pris de tubercules qui envahissent le sommet des deux poumons, puis la tuberculisation s'arrête et ne reparaît plus; il semble que l'organisme ait épuisé la condition originaire prédisposante par cette première évolution: ceux, par exemple, qui présentent des tubercules dans les ganglions sous-maxillaires et qui, après la guérison de ces tubercules, n'en présentent plus nulle part ailleurs; le même phénomène peut arriver dans le poumon, et dans ces cas la guérison est possible; nous connaissons quelques sujets qui se trouvent dans ces conditions et qui sont guéris depuis bien des années. Mais la tuberculisation peut, après avoir commencé, marcher toujours en croissant: il y a deux mois, le malade a été pris d'une affection tuberculeuse qui depuis ce temps a peu marché; les tubercules sont restés crus, et bientôt, si on examine le sujet, on trouvera que les tubercules qui, avant, ne se trouvaient que dans la fosse sus-épineuse et d'un côté, se sont étendus dans les deux poumons et ont gagné la fosse sous-épineuse; dans un cas semblable, le pronostic n'est pas favorable, car la phthisie croît et croîtra sans s'arrêter jusqu'à la mort du malade.

Si la tuberculisation envahit rapidement toute l'étendue des poumons avec des accidents fébriles intenses, le pronostic est très défavorable; car, la marche de la maladie se faisant avec rapidité et sur une grande étendue, il est évident que l'organisme ne pourra résister longtemps.

La tuberculisation a frappé un individu dans sa jeunesse; elle n'a pas fait de progrès, et on a porté un pronostic sinon favorable au moins consolant: il survient une fonction accessoire, un état physiologique anormal, la grossesse, par exemple, et la phthisie restée stationnaire prendra tout d'un coup une marche ascensionnelle qui sera d'autant plus favorisée que l'état physiologique anormal sera plus prolongé, si, par exemple, une femme accouchée nourrit son enfant: les conditions sont les mêmes quand il survient des états transitoires de l'organisme. Les maladies ne sont-elles pas de ces états transitoires? On a vu plus haut que des sujets devenaient phthisiques à la suite de maladies graves. Si on voit un sujet prédisposé à la phthisie, mais qui n'est pas encore pris, ou un sujet dont les tubercules n'ont que peu d'extension, on est fort disposé à croire qu'ils vivront encore longtemps; mais il ne faut qu'une fièvre même traumatique pour déterminer le développement des tubercules: aussi, en face de telles circonstances, faut-il toujours être très réservé pour son pronostic.

L'hémoptisie qui survient, comme nous l'avons vu plus haut, par la rapide oblitération d'un grand nombre de capillaires de l'artère pulmonaire, amène une perte de sang et par suite un épuisement de l'organisme d'autant moins réparable que le sujet est déjà plus affaibli: il faut alors porter un pronostic fâcheux. On comprend que ces individus qui se trouvent devenir phthisiques après de grandes hémoptisies ou des pneumonies graves sont placés dans des conditions spéciales toutes défavorables que le médecin doit apprécier. Telles sont les bases du pronostic dans la maladie tuberculeuse. On a vu du reste des existences se prolonger très longtemps malgré les tubercules, et Morton cite l'exemple de son père qui, frappé de phthisie dans sa jeunesse, succomba à l'âge de soixante-dix ans à un typhus pendant qu'il se livrait encore à l'exercice de la médecine.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Chancre phagédénique de la verge. — Amputation de la verge avec le fer rouge, par le procédé de M. Bonnet, de Lyon.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont pu lire dans le numéro du 13 février 1849 de ce journal l'exposition d'une nouvelle méthode d'amputation de la verge de M. Bonnet, de Lyon. On sait que cette méthode consiste dans la substitution du fer rouge à l'instrument tranchant, et présente, d'après son auteur, le grand avantage de préserver les malades des hémorrhagies, de la phlébite et de la résorption purulente. Cette opinion de M. Bonnet repose sur des résultats pratiques qui tous ont été favorables au chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Nous donnons le fait suivant comme confirmatif des avantages signalés par M. Bonnet.

Le nommé Morel (Claude), âgé de vingt-huit ans, charpentier, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez robuste, entre le 29 septembre 1848 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord.

Cet homme, interrogé sur ses antécédents, raconte que dans l'hiver de 1845 à 1846, il fut atteint d'un chancre entre le gland et le prépuce. Ce chancre, non cautérisé, pansé simplement avec de la charpie enduite d'onguent mercuriel, se cicatrisa très rapidement, en quinze jours environ, au dire du malade.

A la même époque, un bubon se développa dans l'aine gauche; il acquit le volume d'un gros œuf, parvint à suppuration et fut ouvert par le malade lui-même avec un canif. L'ouverture s'ulcéra, les bords se renversèrent et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'au bout de quatre à cinq mois, après plusieurs applications de pommades diverses qui restaient sans effet. Le malade avait fini par se traiter lui-même; il se pansait avec du coton ou de la charpie. Il prit néanmoins à ce moment vingt pilules dont il ignore la composition. Aucune affection consécutive ne se montra depuis ce bubon jusqu'au mois de mars 1848.

A cette époque, le malade portait sur la verge une écorchure accidentelle lorsqu'il eut des rapports avec une femme. Dès le lendemain, deux chancres apparurent entre le gland et le prépuce; l'un, plus grand, siégeant du côté gauche; l'autre, plus petit, du côté droit. Le malade se fit aussitôt des applications d'eau blanche. Trois semaines après le début des chancres, il alla consulter un pharmacien, qui lui donna une pommade pour se panser, et du sirop de Cuisinier comme médication interne.

Dès le moment de l'apparition des chancres, le malade avait éprouvé des cuissons et des élancements très vifs. Le traitement que nous venons d'indiquer fut fait pendant un mois sans aucune modification dans les douleurs, qui continuèrent, comme auparavant, à se faire sentir sans interruption et avec des exaspérations irrégulières. Cependant, le petit chancre du côté droit se ferma; celui du côté gauche, loin de diminuer, fit de nouveaux progrès, ce que le malade voyant, il consulta un médecin qui cautérisa l'ulcération avec une allumette trempée dans un liquide fumant, prescrivit des pansements avec la pommade au précipité blanc, et enfin un traitement interne par des pilules. Le malade prit de ces pilules pendant deux mois; il alla de deux à treize par jour sans éprouver aucun symptôme de stomatite. Cette nouvelle médication n'eut aucun résultat satisfaisant. Trois semaines après la cautérisation, le chancre avait fait presque tout le tour du gland. Il n'y eut d'ailleurs jusque-là aucun engorgement, aucune sensibilité dans les aines, ni trace de symptômes constitutionnels.

Le chancre ayant envahi la presque totalité du gland, le malade, qui était à cette époque à Tours, et qui se trouvait dans l'impossibilité de travailler par la violence de ses douleurs, entra dans l'hôpital de cette ville. Là, on lui fit faire des lotions avec une solution de nitrate d'argent; on cautérisa l'ulcération une fois avec la pierre infernale; on eut recours ensuite aux pansements avec le vin aromatique, puis avec l'onguent mercuriel; enfin, on administra des pilules de proto-iodure, deux par jour; on continua ainsi pendant deux mois sans aucun succès: le chancre s'étendait toujours en rongeant; il avait détruit une portion du gland.

Le malade alors se décida à venir à Paris; il se présenta à la consultation de l'hôpital du Midi; M. Ricord le fit entrer dans son service.

Au moment de l'entrée du malade, il ne restait plus qu'un vestige du gland, l'ulcération avait envahi en outre une portion notable de la verge.

On prescrivit les pansements avec la solution de tartrate de fer et de potasse; on donna à l'intérieur 3 grammes du même médicament à prendre chaque jour; le malade alla jusqu'à 12 grammes sans modification apparente.

On eut recours alors au vin aromatique, puis aux décoctions émollientes, au ratanhia, à l'huile de foie de morue, à la tisane de noyer, puis aux pansements à la charpie sèche, aux pilules de Sédillot, dont le malade prit de quatre jusqu'à cinquante par jour; il resta pendant huit jours à cette dose, et ressentit un peu de mal à la bouche. Quant au chancre, il marchait toujours. Force fut d'abandonner ce traitement; on essaya les applications de poudre de charbon et de quinquina; puis l'eau d'Enghien à l'intérieur, sans plus de bénéfice. Vers le mois de février 1849, on eut recours à la solution iodée pour les pansements, et à l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de trois prises de quatre grammes. Après deux mois environ de cette médication il s'opéra une amélio-

ration apparente; certains points de l'ulcération semblèrent se cicatriser; les bourgeons charnus prirent meilleur aspect; la suppuration devint plus épaisse, crémeuse, au lieu de sanieuse et sanguinolente qu'elle était auparavant. Cette amélioration dura deux mois, après lesquels les choses revinrent à leur état primitif; il y avait toujours des points en voie de cicatrisation; mais en même temps d'autres déjà cicatrisés s'ulcéraient de nouveau.

Vers le commencement de juillet M. Ricord voulut s'assurer, avant d'en venir à l'amputation, de la persistance de spécificité du pus fourni par le chancre. Dans ce but il pratiqua sur la face antérieure de la cuisse droite une inoculation qui donna un résultat positif. Il se développa dans ce point un chancre parfaitement caractérisé, mais qui fut immédiatement détruit par une cautérisation avec la pâte de Vienne.

Vers le milieu de juillet le gland était complétement rongé, la plus grande partie de la verge envahie; on recouvrit toute la surface de l'ulcère d'une couche de pâte arsenicale de Rousselot, maintenue au moyen d'une toile d'araignée. Au bout de dix jours l'eschare se détacha complétement et laissa voir une plaie simple de bon aspect; mais cette amélioration dura à peine. L'aspect sanieux et les douleurs reparurent presque aussitôt, malgré les pansements avec le vin aromatique et l'onguent digestif, et l'usage du tartrate de fer à l'intérieur.

Dans le courant du mois d'août, nouvelle application de pâte arsenicale qui parut encore devoir réussir, au moins partiellement; quelques points non modifiés nécessitèrent après quelques jours une troisième application.

A la fin d'août, quatrième application partielle encore suivie d'une modification momentanée, puis de retour à l'état primitif.

Vers le milieu de septembre, pansements trois fois par jour avec la poudre d'amidon arsénié. Ce topique diminua sensiblement les douleurs éprouvées par le malade; à chaque pansement il éprouvait un soulagement instantané.

En octobre, un point très limité parut cicatrisé sous l'influence de la poudre; on en continua l'usage dans la proportion d'un d'arsenic pour cinq cents d'amidon. Depuis ce temps on employa le poudre à 1/250, puis à 1/200; on revint à la solution iodée à 2 pour 100, à l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes. Ce traitement fut continué sans aucun changement dans l'état du mal jusqu'au moment de l'opération.

Dans les derniers jours de décembre, M. Ricord pratique une nouvelle inoculation sur la face antérieure de la cuisse gauche; développement d'un nouveau chancre, cautérisé avec la pâte de Vienne.

Dans le courant du mois de janvier, la verge étant réduite à un moignon d'un pouce de longueur tout au plus, et le mal menaçant par conséquent d'envahir le bas-ventre, M. Ricord se résout à amputer cet organe.

Le 26 janvier, l'opération est pratiquée. Le bas-ventre et le scrotum garantis par des compresses mouillées et superposées, le malade endormi par le chloroforme, M. Ricord, saisissant de la main gauche le moignon avec la pince de Museux, circonscrit avec la main droite armée d'un fer rouge tranchant la moitié dorsale de la verge, il creuse ensuite le sillon ainsi formé par des mouvements de va-et-vient imprimés d'un côté à l'autre au cautère; la verge est coupée complétement en moins de temps qu'il n'en a fallu pour le dire.

Le moignon restant se trouve au niveau de la peau des parties voisines, il est parfaitement net. Après un moment il s'écoule un peu de sang fourni par trois artérioles, on en lie deux; la troisième, placée dans les parois de l'urètre, donne lieu à un suintement assez abondant. M. Ricord introduit dans l'urètre une sonde de gomme élastique du calibre de la sonde d'argent ordinaire, l'écoulement de sang s'arrête aussitôt. On maintient la sonde avec quatre fils attachés aux quatre brides d'un suspensoir, ou la bouche avec un morceau de bois. On recouvre le tout de compresses mouillées. Le malade dit n'avoir point souffert pendant l'opération; on le reporte dans son lit.

A deux heures après midi, le malade rend la valeur d'un demi-verre d'urine normale; pas la moindre hémorrhagie.

A quatre heures, pas de fièvre; état très satisfaisant, qui se continue le soir. Pendant la nuit le malade dort peu, quoiqu'il ne souffre point; il est seulement gêné par la sonde.

Le 27, ni douleur, ni hémorrhagie, ni fièvre.

Le 28, même état. Le malade, qui depuis l'opération ne prenait que des bouillons et des potages, demande une portion. — On continue les fomentations d'eau froide.

Le 29, le bien continue; le malade a été à la garde-robe sans difficulté. (On supprime les compresses d'eau froide; pansements au cérat opiacé). La surface de la plaie est baignée de pus.

Le 31, le malade se plaint de douleurs dans le canal et les bourses; les urines sont toujours normales.

Le 2 février, les eschares sont complétement tombées; la plaie a un très bon aspect; le malade éprouve d'assez vives cuissons; le moignon est extrêmement sensible au contact. — On fait appliquer par-dessus le cérat opiacé de la charpie imbibée de chlorure de soude étendu.

Le 3, les cuissons sont encore vives; on trouve un peu de sang coagulé sous le pansement.

Le 4, on change la sonde pour la première fois; l'ancienne est modérément incrustée de mucosités. L'introduction, très appréhendée par le malade, n'est pas néanmoins très douloureuse.

Le 5, la plaie est superbe; elle devient un peu infundibuliforme par la rétraction des corps caverneux.

Les 8 et 12, on change la sonde; les deux fois l'introduction est douloureuse.

On continue à changer la sonde tous les trois jours. La plaie a toujours bon aspect; son fond s'est de plus en plus rétracté, on n'aperçoit plus que les bords, la peau étant revenue sur elle-même et circonscrivant l'ouverture de plus en plus petite de l'entonnoir. Cette ouverture est actuellement au ras du pubis.

Le 21 février, on supprime la sonde à demeure, en recommandant au malade de la mettre lui-même de temps en temps pour uriner; on l'engage même à essayer d'uriner sans sonde. Dans le courant de la journée, il introduit la sonde cinq ou six fois sans difficulté; le soir, après avoir uriné seul, il ne peut parvenir à la réintroduire. On est obligé de pénétrer d'abord avec une bougie fine, qui éprouve même à l'orifice extérieur une certaine résistance; la bougie, néanmoins, arrive dans la vessie; on la remplace par une seconde plus volumineuse, qui, en dilatant l'ouverture, permet d'y replacer la sonde à demeure.

Aujourd'hui, sans avoir eu ni fièvre, ni douleurs excessives, ni hémorrhagie, le malade est dans l'état le plus satisfant. Il a bon appétit et dort bien. Son sommeil a été troublé plusieurs fois depuis l'opération (comme cela lui arrivait assez souvent auparavant) par des pertes séminales, il n'en a pas éprouvé de douleurs vives; cela l'oblige seulement à retirer la sonde pour un instant. Ce malade pourra certainement sortir de l'hôpital dans un temps très prochain.

M. Ricord n'a eu qu'à se louer de l'emploi du procédé de M. Bonnet; il l'a adopté comme ressource extrême dans un cas désespéré, rebelle jusque-là à toute espèce de médication, et qui est un exemple frappant de la gravité de certains accidents syphilitiques primitifs. L'opiniâtreté de la maladie rendait la récidive très redoutable; grâce à la modification puissante exercée par le cautère actuel, le malade a échappé à ce danger. Eût-on obtenu le même résultat avec l'instrument tranchant? Il est permis d'en douter; il est évident que l'action du fer rouge dans des cas pareils doit être de beaucoup supérieure à celle de la lame, qui ne fait que diviser les tissus sans imprimer aucune modification à leur vitalité. Les avantages de cette méthode paraissent donc incontestables. Chez le malade en question, il y a eu hémorrhagie; mais, telle qu'elle a été, on ne peut la considérer comme une complication sérieuse.

M. Ricord s'est servi, pour cette opération, de cautères particuliers faits par M. Charrière. Ils diffèrent des cautères cultellaires par leur volume et surtout leur épaisseur; ils offrent la forme d'un prisme triangulaire; le bord tranchant est droit au lieu d'être courbe; le bord opposé ou plutôt la base du prisme est très épaisse, arrondie et constitue une espèce de cylindre très propre à conserver le calorique.

Pour compléter les renseignements que nous avons donnés sur ce malade, nous dirons que M. Robin, après avoir examiné au microscope la portion de verge amputée, n'y a point trouvé d'éléments cancéreux, mais, comme dans les chancres ordinaires, beaucoup de cellules d'épithélium et du tissu fibroplastique à la base de l'ulcération.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 février 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, qui invite l'Académie à suspendre toute délibération sur la question relative au citrate de magnésie, M. le ministre se proposant de faire étudier la question des remèdes secrets au point de vue administratif, et de la soumettre ensuite à l'examen de l'Académie.

2° Le même ministre transmet un mémoire qui lui a été adressé par M. Dumas, d'Alais, professeur de mathématiques, sur un système général de fontaines naturelles.

— La correspondance manuscrite comprend les propositions suivantes :

M. Clot-Bey annonce à l'Académie qu'étant maintenant fixé à Marseille, il se met à la disposition de ce corps pour tous les renseignements qui concernent l'Egypte.

Candidatures.

MM. Nélaton, Leblanc, Maisonneuve, Sandras et Martinet se portent candidats aux diverses places vacantes.

Suc gastrique et diastase.

M. Reboulleau, médecin de la banlieue de Constantine, adresse une note sur l'emploi du suc gastrique artificiel et de la diastase à l'intérieur comme moyen hygiénique et thérapeutique.

— M. Pellarin envoie une suite à ses communications sur le choléra.

Rétention d'urine dans la voie intra-utérine.

M. Depaul, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit un mémoire intitulé :

De la distension de la vessie par rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale, étudiée surtout comme cause de dystocie.

Ce travail, d'une étendue considérable, se termine par les conclusions suivantes :

1° La sécrétion urinaire s'établit à une époque peu avancée de la vie fœtale.

2° Quand un vice de conformation ou un obstacle quelconque s'oppose à l'excrétion de l'urine, qui ne peut être versée, à cette période de la vie, que dans la cavité de l'amnios, ce liquide s'accumule dans la vessie, qui peut alors acquérir des dimensions tellement considérables, que l'accouchement spontané est impossible, même avec un bassin parfaitement conformé, et quoique la grossesse n'ait pu parcourir toutes ses périodes.

3° Les difficultés qui peuvent résulter d'une semblable disposition sont telles, qu'on a pu, dans plusieurs cas, arracher la tête et les membres de l'enfant sans surmonter l'obstacle.

4° Toutes les fois que l'examen anatomique des parties a été rigoureusement fait, il a été facile de constater qu'avec le développement du réservoir urinaire coïncidait l'hypertrophie de ses parois, et en particulier de la tunique musculeuse, circonstance qui, jointe à beaucoup d'autres, prouve que la vessie ne joue pas un rôle purement passif, mais qu'elle fait, pendant la plus grande partie de la grossesse, des efforts pour se débarrasser du liquide qu'elle contient.

5° Si l'on ne peut arriver à un diagnostic d'un semblable état pendant la grossesse, on peut arriver aux plus grandes probabilités, sinon à une certitude, pendant le travail.

6° La main, introduite dans l'utérus, peut seule permettre de reconnaître la tumeur formée par la distension de la vessie de l'enfant.

7° Quand on aura fait inutilement toutes les tractions que la prudence permet pour extraire l'enfant, il faudra songer à évacuer le liquide contenu dans la vessie.

8° Cette évacuation devra être faite par la ponction.

9° Il n'est pas impossible, après l'accouchement, de rétablir l'écoulement de l'urine par les voies naturelles, et de conserver la vie à des enfants qui auraient nécessairement succombé.

— A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 février 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Nomination.

L'ordre du jour appelait la nomination d'un académicien libre en remplacement de M. Francœur.

La commission chargée de préparer la liste de candidats a présenté dans le comité secret de la dernière séance la liste suivante :

En première ligne, M. Ménard; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Bussy, Dubois (d'Amiens), Vallée.

Voici le résultat du scrutin :

Sur 60 votants,

M. Bussy a obtenu. . . .	32 voix.
M. Ménard.	12
M. Vallée.	11
M. Dubois (d'Amiens). . .	5

M. Bussy, ayant réuni la majorité des suffrages, a été élu.

Vitesse de propagation de l'agent nerveux dans les nerfs rachidiens.

M. Helmholts, professeur de physiologie à l'Université de Kœnigsberg, adresse une note sur la vitesse de propagation de l'agent nerveux dans les nerfs rachidiens. L'auteur a trouvé qu'il faut à l'irritation nerveuse, pour arriver du plexus sciatique au muscle gastro-cnémien d'une grenouille, un espace de temps qu'il a cherché à évaluer au moyen d'une expérience dont il indique avec détails le dispositif. Il résulte de ces expériences que, la distance entre les points irrités du nerf étant de 50 à 60 millimètres, l'incitation nerveuse a mis à parcourir cet espace de 0,0014 à 0,0020 de seconde (60^{mm} parcourus en 0,0014 de seconde reviendraient à peu près à 43 mètres par seconde, 50^{mm} en 0,0020 à 25 mètres). L'auteur a constaté en outre qu'à des températures basses correspondaient de moindres vitesses de propagation de l'agent nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 février 1850. — Présidence de M. Legroux.

M. Devergie donne lecture d'un travail sur les maladies de la peau, ayant pour but de prouver la liaison qui existe entre les différents ordres de ces maladies, et de faire voir que les pathologistes ont eu tort d'admettre entre ces affections diverses des différences telles que maintenant on en est arrivé à faire un ordre tout à fait distinct et spécial des maladies dites dartreuses, et à la cause desquelles il est facile de remonter, ainsi que M. Devergie cherche à le prouver dans les considérations générales suivantes :

Les exanthèmes et les dartres, dit M. Devergie, sont, au premier abord, les deux points les plus éloignés dans les ordres divers du dermatose, à tel point que les pathologistes en sont généralement amenés à les considérer comme des affections essentiellement distinctes.

Les exanthèmes en effet s'accompagnent tous de troubles généraux assez graves, tandis que les affections dartreuses n'apportent le plus ordinairement aucun trouble sensible dans l'économie. Cependant en prenant un exanthème d'un ordre inférieur, l'érythème, par exemple, nous voyons déjà que dans certains cas les symptômes généraux sont nuls ou de peu d'intensité. Cette maladie serait déjà un point intermédiaire, et si l'on va plus loin, nous trouvons l'urticaire qui, dans certains cas, affecte la forme aiguë, et dans d'autres prend la forme chronique et ne s'accompagne d'aucune réaction sensible; tandis qu'au centre on voit des dermatoses de forme ordinairement chronique prendre, comme l'eczéma, l'impétigo, le psoriasis, un caractère aigu des plus tranchés. L'exanthème n'est donc qu'une forme de la maladie. Les mennifections morbides sont variables seules au point de produire chez quelques-uns, dans la pellagre, des accidents qui peuvent être rapidement mortels; d'autres, comme la lèpre, rester dans un état d'insensibilité presque inévitable.

Notons encore que certaines autres affections ne se développent que sous l'influence d'états pathologiques différents, tels que le pithyriasis versicolor qui se manifeste sous l'influence de maladie du foie, le rupia, l'ecthyma, qui sont liés à un état cachectique particulier. En effet, on n'a rien détruit de la maladie dans ces cas quand on a fait disparaître l'exanthème.

Cette cause inconnue, les anciens lui avaient donné le nom

de virus. Or il est évident que ce mot maintenant n'est plus acceptable, et que les travaux des pathologistes modernes en ont fait justice, dans son application à certaines maladies de la peau.

Nous sommes donc amené à rechercher les causes des maladies dartreuses. Ces causes sont de deux ordres; elles sont prédisposantes et déterminantes.

Les causes prédisposantes sont au nombre de six et peuvent se rapporter à l'hérédité, au tempérament, à l'âge, à la structure particulière de la peau, à l'action des agents extérieurs, à celle des infirmités acquises. C'est dans ces différents ordres de causes que se trouve la clef de la thérapeutique des maladies de la peau.

En effet, c'est sous l'influence de l'hérédité que l'on voit se développer l'ichtyose, par exemple, qui apparaît de suite après la naissance des enfants provenant de parents atteints de cette affection. La même cause se produit avec la même influence pour le développement du lichen, du psoriasis. Pour le tempérament, on sait parfaitement que certaines affections, l'impétigo entre autres, se développent plus volontiers dans le jeune âge et chez les individus qui ont le tempérament lymphatique. Chez les individus secs, nerveux, on voit, au contraire, les affections papuleuses, le pityriasis, l'herpès squameux, les syphilides aqueuses ou pustuleuses, selon les causes déterminantes, se montrer avec une plus grande tendance que dans d'autres circonstances. L'influence de l'âge n'a jamais été mise en doute; c'est ainsi que le lichen, le favus, les squames n'apparaissent guère que chez les adultes; le prurigo dans la vieillesse, etc. D'autres affections sont liées d'une manière évidente à la structure intime de la peau: telles sont l'acne rosacea, qui n'est qu'une maladie des organes qui entrent dans la structure de la peau; le pityriasis versicolor, qui ne se montre que sur les peaux blanches, huileuses.... à tel point que tout le traitement ne doit chercher qu'à modifier la structure de la peau, puisqu'il est impossible de changer l'organisation.

Certaines affections ne se développent également que sous l'influence des agents avec lesquels la peau se trouve en contact; la gale des épiciers, etc., etc., n'arrivent que dans ces conditions.

C'est donc en attaquant ces différents ordres de causes que l'on arrivera à guérir ces maladies développées sous l'influence de ces causes si diverses. Ainsi, si l'on ne trouvait pas dans les causes déterminantes la cause des affections qui se développent si facilement sur la peau, il faudrait alors remonter aux causes prédisposantes qui en sont le point de départ le plus souvent fort éloigné, mais qui fournissent alors des indications bien plus positives. Cette assimilation des affections chroniques de la peau aux autres maladies devrait donc éloigner toute idée de spécialité. Ces affections ne seraient spéciales que sous le rapport de leur siége. Mais, si au début on soignait la cause de leur développement d'une manière rationnelle, il n'y aurait que très rarement des formes chroniques et par conséquent presque jamais d'affections dites dartreuses.

M. Béhier. Les idées que vient d'émettre M. Devergie ne sont pas nouvelles. Ces principes ont été professés depuis longtemps par M. Biett, et depuis par ses élèves. Le prurigo sénile, l'acné sébacé ont reconnu de tout temps des causes spéciales, et qui ont été admises de tout temps par les dermatologues.

Aucune de ces altérations ne se montre d'une manière isolée, et se rattachant à des causes prédisposantes ou déterminantes. Cependant, je ne puis me dispenser de faire quelques objections à ce que vient de dire M. Devergie, qui a prétendu que la gale subissait l'influence du tempérament, et qu'alors elle pouvait devenir aqueuse ou pustuleuse. Cette différence ne dépend que des complications. La gale est toujours vésiculeuse, mais elle est souvent mélangée d'impétigo, d'eczéma, affections qui ont pu donner le change et faire croire qu'elle pouvait être tantôt pustuleuse, tantôt vésiculeuse.

L'ichtyose n'est pas non plus une affection héréditaire, mais congéniale, ce qui n'est pas la même chose; car il arrive souvent que les enfants naissent de parents qui ne sont pas affectés de cette maladie. L'influence du tempérament a été également signalée depuis longtemps, et par conséquent les moyens de traitement employés n'ont jamais été empiriques mais bien rationnels.

M. Devergie. Je n'ai pas eu la prétention de faire rien de nouveau dans le travail que je viens de lire; mais j'ai voulu combattre ce qu'autrefois on appelait virus dartreux, et que maintenant on traite de principe inconnu. Il n'y a ni virus, ni inconnu. Cet inconnu se trouve dans les causes que j'ai signalées et qui n'avaient pas été indiquées d'une manière générale ni par Biett, ni par d'autres.

Quant à la gale, il est évident que, selon les tempéraments, le moment où on l'examine, elle peut offrir des modifications très grandes. L'ichtyose peut être héréditaire et se développer d'une manière spontanée comme la gale, qui ne reconnaît pas toujours la contagion pour cause primitive. Il y a certaines maladies, telles que le psoriasis, par exemple, qui se perpétuent dans les familles.

Je n'ai rien proposé de neuf pour les moyens de guérison à employer; mais j'ai voulu faire voir que trop souvent on s'attachait à détruire des virus au lieu d'attaquer la cause d'une manière rationnelle, et que cela conduirait à employer des moyens thérapeutiques perturbateurs.

M. Béhier. Cela ne détruit en rien l'objection que j'ai faite; car il est très certain qu'à côté de la vésicule de la gale on trouve, comme complication, la pustule de l'ecthyma, la vésicule de l'eczéma.

M. Devergie. Je ferai observer que, dans des recherches faites récemment, on a pu trouver l'acarus de la gale même dans les pustules, et que je n'ai entendu parler en rien des complications.

M. Vernois. Il est très certain que, chez les enfants, on ne rencontre souvent dans la gale que des pustules et pas de vésicules; mais on me permettra de ne pas croire aussi facilement au développement spontané de l'acarus, développement qui peut avoir lieu pour certains ordres de parasites, mais qui lui paraît difficilement admissible pour la gale.

M. Devergie. Je ne vois pas pourquoi, si on admet le développement spontané d'autres parasites, cette spontanéité n'existerait pas pour l'acarus.

M. Legendre. Il n'est pas rare de voir, sous l'influence de grandes chaleurs, se développer sur les articulations des doigts de la main des eczémas *vésiculeux*, sortes de vésicules dans lesquelles on n'a jamais trouvé d'acarus. Cette analogie entre ces espèces de vésicules a pu induire en erreur; mais je ne puis croire à la spontanéité du développement de l'acarus.

M. Devergie. Il n'est pas rare d'observer des galeux qui, sous l'influence d'une fièvre de longue durée, d'une fièvre typhoïde, par exemple, ont vu leur gale disparaître complétement, puis au moment de la convalescence déclarée bien franchement, la gale revenir de plus belle par une sorte de régénération difficile à expliquer.

M. Vernois. Les acarus peuvent, dans ce cas, être plongés dans une sorte de cercueil, ou devenir, comme certains parasites, d'une transparence telle qu'ils peuvent échapper à la vue, ainsi que cela peut se constater chez un certain ordre d'animaux. Il n'y aurait donc pas dans ce cas de spontanéité, mais une sorte de résurrection de toutes pièces.

M. Beau. Dans ce cas, l'insecte devient aussi malade; les œufs restent et attendent un état meilleur de l'organisme pour se développer. D'un côté, l'insecte manque de la force nécessaire pour reprendre la vitalité, et, de l'autre, la peau ne réagit plus pour l'incitation nécessaire à cette sorte de résurrection. On ne peut expliquer cet état anormal que par un *silence* tout particulier des symptômes.

DE L'EXTRACTION DE LA MANNITE.

On a vu à l'exposition de l'industrie de très beaux cristaux de mannite; cette mannite a été préparée par le procédé de M. Ruspini, qui consiste à dissoudre 50 kilogrammes de manne en sorte (Gervey) avec 25 kilogrammes d'eau de pluie. On fait bouillir pendant quelques minutes, on passe à travers une chausse de laine; le liquide filtré se solidifie par refroidissement; il se présente sous forme d'une masse de couleur brun-pâle, qui, par la trituration, se réduit en un liquide pultacé.

La mannite étant en cet état, on l'introduit dans un sac de toile; on l'exprime; on obtient ainsi un gâteau de mannite. On traite cette mannite par l'eau bouillante; on filtre, et on place le liquide dans une cave. Après un jour de repos on obtient de la mannite cristallisée, mais encore brune. On la purifie en dissolvant de nouveau et faisant cristalliser. En faisant évaporer les eaux-mères on obtient de nouveaux cristaux.

Lorsque toute la mannite provenant de 50 kilogrammes est obtenue sous forme cristalline, on la fait dissoudre dans une suffisante quantité d'eau bouillante additionnée de charbon animal; on filtre le liquide bouillant, on le reçoit dans une capsule de porcelaine, on fait évaporer le liquide jusqu'à pellicule; on retire du feu, on laisse cristalliser. Les cristaux ainsi obtenus sont très volumineux. Ce sont des prismes quadrangulaires tronqués qui sont d'une blancheur et d'une transparence parfaites.

M. Ruspini dit que la mannite est employée en Italie comme purgatif, à la dose de 30 à 45 grammes dissous dans une infusion de café, à laquelle on ajoute du jus de citron ou de l'acide nitrique pour former une limonade.

(*Journal de Chimie médicale.*)

MAGNÉTISME SPIRITUEL.

Escroquerie. — Exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Il y a quelques mois, des affiches annonçant des séances de magnétisme et de somnambulisme furent placardées sur les places publiques de la ville de Rouen. Ces séances avaient lieu boulevard Beauvoisin, 70, dans les salons d'un abbé, le sieur Joly, avec le concours d'une femme Hardy, dite madame Marthe.

Les moyens mis en pratique par le sieur Joly et par la dame Marthe furent le sujet d'un procès. Le sieur Joly et son acolyte furent traduits devant la poliee correctionnelle sous l'inculpation d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Voici le jugement rendu par le tribunal correctionnel de Rouen:

« En ce qui touche l'escroquerie:

» Attendu que Joly a employé le magnétisme comme moyen curatif; que les annonces peuvent bien être du charlatanisme, mais ne constituent pas des manœuvres frauduleuses; qu'au surplus l'emploi de la clef mystérieuse est postérieur aux faits signalés.

» En ce qui touche le port illégal d'un costume:

» Attendu que Joly, quoique interdit par ses supérieurs, avait le droit de porter le costume de prêtre;

» En ce qui concerne le reproche de faire métier de deviner et de pronostiquer:...

» Attendu que ce chef de prévention se confond avec celui d'exercice illégal de la médecine.

» En ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine:

» Attendu qu'il résulte des débats que Joly n'a pas pris le titre de médecin ou d'officier de santé, et que les faits d'exercice illégal de la médecine remontaient à plusieurs années; qu'ils sont, dès lors, couverts par la prescription, aux termes de l'article 640 du Code d'instruction criminelle.

» En ce qui touche l'exercice illégal de la pharmacie:

» Attendu qu'il est constant que Joly a distribué des médicaments;

» Ce qui constitue le délit prévu par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, et par la loi du 29 pluviôse an XIII.

» En ce qui touche la femme Hardy:

» Attendu que, pour l'escroquerie, les manœuvres frauduleuses n'existent pas davantage, et qu'elle ne serait complice que d'un fait atteint par la prescription;

» Par ces motifs:

» Le tribunal condamne Joly à 100 fr. d'amende et aux dépens;

» Décharge la femme Hardy de l'action du ministère public. »

Tout en approuvant le jugement rendu par le tribunal, on ne saurait trop regretter que la législation ne soit pas plus sévère pour condamner les manœuvres frauduleuses qui se cachent si souvent sous l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Mutations dans le corps des officiers de santé. — M. Bouffar, médecin adjoint aux ambulances de l'Algérie, est promu médecin ordinaire de 2e classe aux mêmes ambulances.

M. Boudier, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Popincourt, est désigné comme chirurgien-major de 2e classe au 61e de ligne.

M. Woirhaye, chirurgien aide-major de 1re classe à la gendarmerie de la Seine, est désigné comme chirurgien-major de 2e classe au 9e de ligne.

M. Lassaigne, chirurgien aide-major de 1re classe au 7e bataillon de chasseur à pied, est désigné comme chirurgien-major de 2e classe au 12e de ligne.

M. Colmant, chirurgien aide-major de 1re classe aux hôpitaux de l'Algérie, est désigné comme chirurgien-major de 2e classe au 68e de ligne.

M. Bourguillon, chirurgien aide-major de 1re classe au corps de la Méditerranée, est désigné comme chirurgien-major de 2e classe au 16e léger.

M. Marmy, chirurgien-major de 2e classe au 61e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Queignard, chirurgien-major de 2e classe au 16e léger, est désigné pour les ambulances du corps de la Méditerranée.

M. Grosieux, chirurgien-major de 2e classe au 68e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui nous ont remis, dans le mois de janvier, leurs collections de 1849 pour les faire relier, peuvent les faire reprendre à notre bureau: elles sont toutes prêtes.

Le prix de la *Gazette des Hôpitaux* reliée (année 1849), est de 17 fr. 20 c. — L'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format. C'est aussi de cette année que date l'introduction de fréquentes gravures dans le texte de ce journal.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 2 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 27.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Roséole syphilitique sans accidents primitifs. — Un certain nombre d'esprits impartiaux doutent encore aujourd'hui de l'existence des syphilides primitives, c'est-à-dire non précédées d'accidents primitifs locaux, et beaucoup d'autres esprits systématiques refusent obstinément de se rendre à l'autorité des faits qui démontrent la réalité de cette catégorie d'accidents syphilitiques. Ces faits ne sont pas cependant d'une extrême rareté; mais les garanties que doivent présenter les malades pour que les antécédents qu'ils fournissent puissent être à l'abri de tout soupçon sont si difficiles à obtenir que la plupart des faits dont nous parlons doivent être écartés dans toute appréciation rigoureuse. Quelques-uns cependant font une heureuse exception à la règle générale et ne peuvent laisser la moindre incertitude dans l'esprit des observateurs qui ne cherchent que la vérité. Tel est le cas suivant, que nous devons à notre confrère M. Delacour, interne distingué des hôpitaux.

Un élève des hôpitaux, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne santé, de grande taille, sans apparence de scrofules, né de parents bien portants, me consulta le 18 novembre 1849 pour des taches qu'il avait au front et sur la poitrine depuis deux semaines. C'étaient de petites taches sans élevure, d'un rouge brunâtre, accompagnées de quelques pustules isolées dans les cheveux et la barbe. Je crus à une roséole syphilitique; je le présentai à M. Cazenave, qui confirma mon diagnostic et conseilla cependant au malade d'attendre quelques jours pour suivre la marche de l'éruption. Celle-ci devint générale, la teinte spéciale plus tranchée; en même temps, le malade avait un peu de fièvre, du malaise, de l'anorexie, des sueurs nocturnes, de la céphalée lorsqu'il était au lit. Son teint était devenu blême, cachectique.

Il raconte qu'il n'a jamais eu de commerce qu'avec une seule femme, et que depuis quatorze mois il ne s'est pas livré au coït. Il n'a jamais eu ni chancre, ni blennorrhagie, ni plaques muqueuses, aucune ulcération aux lèvres ni à l'anus.

Jamais il ne s'est aperçu d'avoir aux doigts une écorchure par laquelle il eût pu subir la contagion.

Il a été mis au traitement par les pilules de proto-iodure. La maladie s'est très rapidement améliorée, et, dix jours après l'administration des médicaments, les syphilides avaient disparu. Le mercure a cependant été continué à la dose de 0,025m par jour pendant trois semaines.

Je publie cette observation sans entamer la question de doctrine. C'est un simple fait qui a l'avantage d'offrir toutes les garanties d'authenticité possibles.

—

Affection curieuse des centres nerveux. — Nous avons publié depuis quelques semaines plusieurs cas remarquables de lésions des centres nerveux, et aujourd'hui encore le fait publié par M. Delacour continue la série de ces faits curieux. En voici un autre qui figurera avec avantage dans cette série.

Une femme de cinquante-deux ans, mais qui en paraît au moins soixante-cinq ans, entre dans le service de M. Cruveilhier, au n° 19 de la salle des femmes. Cette malade donne sur le début et la marche de sa maladie les renseignements qui suivent :

Depuis six ans, il existe une amaurose complète des deux yeux; cette affection, qui s'est développée graduellement, ne s'est accompagnée d'aucune céphalalgie ni d'aucun malaise général ou partiel. La santé de la malade n'éprouva aucune altération pendant quatre ans; à cette époque, c'est-à-dire il y a environ deux ans, la malade s'aperçut que sa jambe gauche devenait un peu faible, et qu'elle se fatiguait pendant les longues courses ou quand la malade se tenait longtemps debout. Cet affaiblissement ne fit pas de progrès notables pendant dix-huit à vingt mois; ce n'est qu'il y a trois ou quatre mois qu'il devint assez prononcé pour attirer l'attention sérieuse de la malade et qu'il se propagea à la jambe du côté opposé. Bientôt la paralysie s'accrut au point que la station et surtout la progression devinrent très difficiles; les jambes fléchissaient sous le poids du corps, et la malade faisait involontairement la *révérence*, suivant son expression. Il lui est arrivé quatre ou cinq fois de tomber en marchant dans sa chambre. Pendant que la paralysie augmentait ainsi dans les membres inférieurs, le bras gauche éprouva aussi un affaiblissement léger, dont la malade s'apercevait quand elle portait un panier ou un cabas.

Cet état s'étant aggravé au point que la malade ne pouvait plus vaquer à ses affaires, elle se décida à réclamer son admission à l'hôpital. Aujourd'hui, elle se trouve dans l'état suivant :

La marche et la station sont complétement impossibles sans le secours d'un soutien; aussitôt que la malade veut marcher, les membres inférieurs font des mouvements désordonnés que la malade ne peut en aucune façon diriger; quand une fois elle est arrêtée, elle se soutient avec un faible secours; pour marcher, au contraire, elle a besoin d'un appui beaucoup plus efficace. Le membre supérieur gauche exécute avec précision tous les mouvements que la malade lui imprime; il est seulement un peu plus faible que le membre supérieur droit, lequel est dans son état tout à fait normal.

La sensibilité est presque entièrement abolie dans la partie inférieure du membre inférieur gauche; ce n'est que lorsqu'on pince très fortement la peau que la malade sent un peu qu'on la touche. A mesure qu'on remonte vers le tronc, la sensibilité revient peu à peu et se trouve tout à fait normale quand on est arrivé au tronc. Les mêmes phénomènes existent sur le membre inférieur droit, mais à un degré un peu moins prononcé. Enfin, on les constate aussi, mais à un degré très léger, sur le membre supérieur gauche.

Les mouvements de la face ne présentent aucune altération, mais la sensibilité de la peau du menton est légèrement altérée.

La déglutition des solides se fait à peu près comme à l'état normal; mais les liquides ne passent que par gorgées, comme convulsivement, et en excitant souvent des accès de toux. Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent normalement.

Il y a de temps en temps des douleurs orbitaires qui traversent les deux yeux, comme une *barre*, dit le malade; il en existe également quelquefois au-dessus du front, mais plus rarement et moins vives. Il existe aussi depuis quelques semaines des picotements dans le membre inférieur droit; quelquefois assez violents, ces picotements sont presque toujours assez légers pour ne pas incommoder sérieusement la malade.

L'intelligence est parfaite, ainsi que la parole.

La malade a cessé d'être réglée seulement depuis deux mois; au moment où elle a fait une chute de son lit elle avait ses règles, qui ont cessé tout à coup et n'ont point reparu depuis.

Ce qui frappe surtout dans l'état de cette femme, c'est l'impossibilité complète de coordonner les mouvements des membres inférieurs; la prédominence des phénomènes morbides de ces membres sur ceux des membres supérieurs, dont l'un est tout à fait dans l'état normal, doit naturellement porter l'observateur à placer le siége de la maladie dans la moelle épinière; cependant l'affaiblissement léger de la sensibilité qui existe à la peau du menton et les phénomènes de paralysie qui existent manifestement dans le pharynx sont de nature à faire croire que le cerveau est aussi légèrement atteint. M. Cruveilhier toutefois pense que l'altération de l'extrémité supérieure de la moelle suffit pour expliquer tous les symptômes observés. Si l'on en croyait une doctrine partagée par beaucoup d'auteurs, on devrait nécessairement faire remonter l'origine de la maladie jusqu'au cervelet, puisque cet organe aurait pour fonction principale de présider à la coordination des mouvements, parce qu'ici le désordre de ceux-ci est incontestablement le symptôme prédominant. L'autopsie seule permettra de se prononcer sur cette question, que les faits connus ne sauraient permettre, suivant nous, de résoudre *à priori* dans l'état actuel de la science.

Maintenant, de quelle nature est cette maladie? Est-ce une simple congestion dont on puisse espérer la résolution, ou bien, comme le pense M. Cruveilhier, une lésion organique dont il faut se résigner à prévoir la marche incessamment progressive jusqu'à la terminaison fatale?

La lenteur de son développement, les progrès constants, quoique faibles, qu'elle a faits jusqu'à ce jour ne donnent que trop de probabilités à la seconde alternative. C'est là sans doute une triste prévision au point de vue pratique; mais il est cependant bon de ne pas en ignorer les probabilités; car, lorsque la thérapeutique est impuissante, il importe encore beaucoup au praticien de pouvoir avertir ceux qui entourent un malade des dangers qui le menacent.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

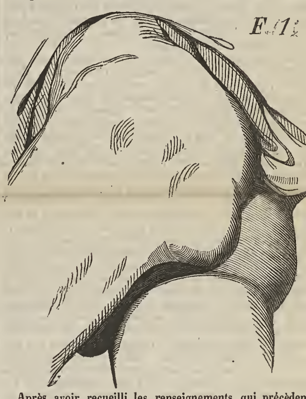
Anévrisme de l'artère ischiatique; ligature de cette artère;

Par M. C. SAPPEY, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

Paul Dudère, ouvrier en marqueterie, âgé de 55 ans et d'une bonne constitution, rapporte qu'il fit à douze ans une chute sur la fesse gauche. Une douleur modérée et un peu de gêne dans la marche furent d'abord les seuls phénomènes qui suivirent cet accident; mais quinze jours plus tard le malade, à l'aide du toucher, reconnut vers la partie inférieure et interne de la région douloureuse une tumeur du volume d'une petite noix. Cette tumeur, complétement indolente, sans battement et de forme arrondie, conserva ces caractères pendant dix ans sans faire aucun progrès. A cette époque, ses dimensions s'accrurent lentement, et dans l'intervalle qui s'écoula de vingt-deux à vingt-cinq ans, elle atteignit progressivement le volume d'un œuf de poule; pendant cette période d'accroissement, elle devint peu à peu pulsative. A vingt-cinq ans, ses battements étaient très nettement accusés; très souvent, dit le malade, *je m'amusais* à les sentir. Malgré ses progrès, elle demeura indolente; et si parfois elle déterminait un peu de gêne, c'était seulement lorsque la position assise était trop longtemps prolongée.

Dix ans se passèrent encore sans que cette tumeur fît de nouveaux progrès et présentât aucun autre phénomène; le malade continuait, comme précédemment, à marcher et à se livrer aux travaux de sa profession sans difficulté. Il venait d'atteindre sa trente-cinquième année, lorsque, le 27 août 1829, après être resté longtemps assis sur l'herbe, il ressentit une douleur vive et subite dans la fesse gauche; le lendemain, il reconnut que sa tumeur avait à peu près doublé de volume et égalait environ les dimensions du poing. Inquiet de ce nouveau progrès, il se présente à l'hôpital de la Pitié, et il est admis dans les salles de M. le professeur Laugier, qui avait bien voulu me confier son service pendant les mois de septembre et octobre.

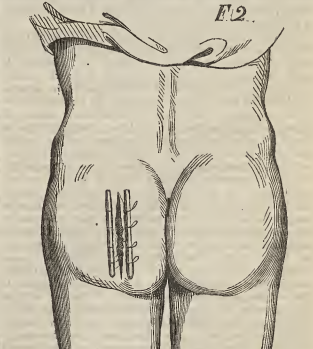
F. 1



Après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, j'examinai attentivement cette tumeur :

Elle était située sous le bord inférieur du grand fessier, au niveau de la tubérosité de l'ischion, et devenait ainsi une cause de gêne pour le malade pendant la station assise; cependant, comme elle était un peu mobile et se laissait assez facilement dévier en dehors, il pouvait encore prendre cette position et même la garder assez longtemps sans souffrir.

F. 2



Son volume, un peu inférieur à celui du poing, était en partie réductible par une compression graduée.

Les téguments correspondants étaient rouges, douloureux et tout à fait analogues à ceux qui recouvrent un abcès phlegmoneux.

Les doigts, appliqués à sa surface, constataient un phénomène de fluctuation qui dénotait clairement sa nature humorale, et qui aurait pu faire croire à un abcès aigu si le toucher n'eût révélé en même temps un autre phénomène important, l'existence de battements isochrones aux pulsations artérielles.

Ces battements se montraient, non-seulement à la surface de la tumeur, mais sur toute l'étendue du trajet de l'artère ischiatique. En comprimant le vaisseau immédiatement au-dessous du muscle pyramidal, tout battement cessait dans la tumeur, qui redevenait pulsative aussitôt que la compression était levée.

L'oreille, armée du stéthoscope, ou immédiatement appliquée soit sur la tumeur, soit sur le trajet de l'ischiatique, percevait un bruit de souffle intermittent en rapport avec les contractions des ventricules.

En présence de tous ces phénomènes, la nature de la maladie devenait manifeste; il s'agissait ici d'un anévrisme, et cet anévrisme avait pour point de départ l'artère ischiatique. Ce second point du diagnostic pouvait seul soulever quelques doutes; cependant, le siége de la tumeur au niveau de la tubérosité de l'ischion; ses pulsations, remontant en quelque sorte sur tout le trajet de l'ischiatique, et se suspendant, puis reparaissant alternativement, suivant qu'on comprimait ou qu'on cessait de comprimer cette artère, me parurent un signe si précis, que je n'hésitai pas dans la détermination du vaisseau anévrismatique.

Cet anévrisme reposant sur la tubérosité de l'ischion, et occupant une artère de quatrième ordre, je pensai d'abord à le combattre à l'aide de la compression. Dans ce but, j'eus recours au spica, que je serrai fortement; et afin de rendre ce bandage plus énergique, je le modifiai en adoptant pour la moitié supérieure de mon huit de chiffre, non la circonférence de l'abdomen, mais le tronc tout entier, c'est-à-dire en prenant un point d'appui solide sur l'épaule droite. Cet appareil eut pour résultat une réduction du volume de la tumeur. Cependant, les battements persistèrent, et après quinze jours de son emploi, l'amélioration qu'il avait d'abord produite ne faisant plus aucun progrès, je proposai au malade un moyen plus efficace, la ligature du tronc anévrismatique, qui fut exécutée le 21 septembre.

Pour pratiquer cette ligature, l'opéré étant couché sur l'abdomen, après avoir été soumis à l'influence du chloroforme, je fis sur la région fessière une incision de 14 centimètres, parallèle au plan médian, et située à égale distance du grand trochanter et de la tubérosité de l'ischion, sur le trajet de l'artère ischiatique. Cette incision comprit successivement la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané et le muscle grand fessier dans les deux tiers inférieurs, intéressa neuf à dix rameaux artériels inter-musculaires qu'il fallut successivement lier en pénétrant des parties superficielles vers les profondes. Sous le grand fessier l'artère ischiatique fut reconnue à l'aide du toucher, qui me fut ici d'un grand secours, le sang suintant avec abondance de tous les points de la plaie et voilant les parties à diviser malgré l'application réitérée de l'éponge; elle était flexueuse et d'un calibre qui dépassait à peine son volume ordinaire. Une sonde cannelée étant glissée sous la face profonde du muscle parallèlement à son trajet, je débridai dans les deux angles de la plaie en achevant de découvrir le vaisseau que je pus alors facilement saisir et comprimer entre le pouce et l'indicateur de la main gauche. Cette compression suspendit les battements de la tumeur; je cessai de comprimer, les battements reparurent. Cette expérience, renouvelée plusieurs fois avec un résultat toujours identique, acheva de dissiper les derniers doutes qu'on aurait pu conserver sur le siége du vaisseau anévrismatique; je dénudai alors l'artère ischiatique, et l'étreignis avec un fil ciré. Après la ligature toute pulsation demeura suspendue.

Pour procéder à la réunion de la plaie longue et profonde que j'avais dû pratiquer, j'eus recours à la suture, et j'accordai la préférence à la suture enchevillée, qui seule ici pouvait agir sur les deux lèvres de la solution de continuité, de manière à les rapprocher dans toute leur hauteur. Quatre points de suture pratiqués à égale distance permirent un rapprochement complet et facile; je fis ensuite un pansement simple, dont j'assujettis les diverses pièces à l'aide du spica, et le malade fut reporté dans son lit.

La nuit qui suivit l'opération, le malade éprouva une fièvre traumatique assez intense, de l'agitation, de l'insomnie, une sueur abondante; mais peu de douleur. Le lendemain, le pouls était moins fort et moins précipité; je jugeai prudent de laisser l'appareil en place. Le surlendemain, je procédai à la levée de l'appareil de pansement; les battements n'avaient pas reparu, l'anévrisme avait notablement diminué de volume, et les deux lèvres de la plaie paraissaient devoir se réunir par première intention. Le troisième jour, je constate avec regret que la tumeur est le siége de quelques faibles pulsations, et, pour en prévenir le retour, j'exerce à sa surface une forte compression. Les deux lèvres de la plaie ont contracté entre elles une adhésion sur tous les points de leur étendue, excepté au niveau des fils de ligature sur le trajet desquels la suppuration se manifeste. Le quatrième jour et les jours suivants, malgré la compression énergique dont l'anévrisme est le siége, les battements deviennent plus prononcés, la réunion par première intention se confirme et se consolide; tous les fils sont tombés, si ce n'est celui de l'artère anévrismatique. Le onzième jour, le dernier fil se détache; la plaie est presque entièrement cicatrisée; la tumeur est toujours pulsative, bien que ses battements soient moins forts et son volume moins considérable qu'avant l'opération. On continue la compression jusqu'au 22 octobre, mais sans succès; dès lors j'y renonçai, et, redoutant pour l'opéré les progrès que cet anévrisme ferait indubitablement en l'abandonnant à lui-même, je songeai à le traiter par la méthode ancienne, c'est-à-dire par l'ouverture du sac. Je communiquai cette résolution au malade, qui parut d'abord la partager; mais un héritage qu'il avait à recueillir ayant nécessité sa présence à quelques lieues de Paris, il partit, et ne crut pas devoir rentrer à l'hôpital. Deux mois après sa sortie, j'eus l'occasion de le voir; il m'apprit que sa tumeur était dans le même état, qu'elle ne lui causait aucune douleur, aucune gêne, et qu'il avait pris le parti d'ajourner provisoirement toute opération.

Réflexions. — La ligature de l'artère ischiatique pour un anévrisme de ce vaisseau est un fait dont les annales de la science ne m'ont offert aucun exemple; l'expérience était donc muette sur le traitement qui convenait à cet anévrisme. Me trouvant en présence de deux méthodes : la ligature par le procédé d'Anel, et l'ouverture du sac, je donnai la préférence à la première, et me ralliai ainsi à l'opinion la plus générale, qui prescrit de lier, pour les anévrismes de la fesse, le tronc de l'hypogastrique; mais cette opinion, vraie peut-être pour les anévrismes de la fessière, me paraît aujourd'hui tout à fait erronée pour ceux de l'ischiatique. L'artère fessière, en effet, ne s'anastomose avec les autres vaisseaux du même ordre que par des ramuscules capillaires; on peut donc très bien supposer que, son tronc étant oblitéré, le sang se coagulera dans l'anévrisme qui en dépend, et que la guérison aura lieu; mais l'artère ischiatique communique avec plusieurs branches de la fémorale, et particulièrement avec la circonflexe interne et la première perforante par des rameaux importants. En la liant, on ne peut espérer qu'on supprimera l'entrée du sang dans la tumeur; on diminuera seulement le courant sanguin qui s'y précipite; mais peu à peu ce courant, s'élargissant, reprendra ses proportions primitives, et l'opération deviendra infructueuse. Les raisons qui plaident en faveur de la méthode d'Anel, parfaitement applicables à l'artère fessière, ne sont donc peu ou point à l'artère ischiatique. Lorsqu'on lie cette artère par la méthode d'Anel, il faut se résoudre à pratiquer une plaie étendue et profonde; n'est-il pas plus simple d'inciser le sac! On ne peut redouter ici une grande effusion de sang, le vaisseau étant d'un petit calibre; la solution de continuité ne sera pas plus étendue, et même elle pourra l'être un peu moins; le danger que cette méthode fera courir au malade ne sera pas plus grand, et la théorie indique que l'opération sera plus efficace.

Conclusion. — Dans les anévrismes de l'artère ischiatique, il faut préférer l'ouverture du sac à la méthode d'Anel.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

Nouvelles observations sur les effets thérapeutiques de la gomme-gutte à haute dose.

Dans un article publié le 15 septembre 1849 dans la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai cherché à prouver, d'après une série d'observations, le parti que la thérapeutique peut tirer de la gomme-gutte.

Cet article a trouvé assez d'écho dans la presse médicale française et étrangère pour que je me sois vu obligé de renouveler mes expérimentations dans le but de donner un point d'appui plus solide aux opinions émises alors presque sous forme de doute.

Les faits que je citais à cette époque, quoique limités au nombre de cinq, ne tendaient pas moins, par l'identité des résultats obtenus, à démontrer deux choses : d'abord, la propriété puissamment diurétique de la gomme-gutte dans certaines conditions données de l'organisme malade; et, en second lieu, une certaine aptitude de la part de cet organisme pour la tolérance de doses très élevées du médicament.

Je pressentais déjà, sans pouvoir les définir rigoureusement, les dispositions extra-physiologiques qui semblaient favoriser le plus la tolérance. Aujourd'hui, quoiqu'il ne m'ait pas été donné d'expérimenter sur une grande échelle, j'ai cependant par devers moi quelques nouveaux faits qui me permettent de corroborer mes idées premières.

La gomme-gutte a toujours été considérée comme un purgatif violent, même à des doses très faibles en apparence (20 à 30 centigr.). Le fait est que telle est son action chez les sujets bien portants.

On s'est généralement accordé à lui reconnaître une propriété irritante sur la muqueuse gastro-intestinale. Les expériences tentées par M. Orfila sur les animaux ne tendent à rien moins qu'à la faire considérer comme un poison quand on en élève trop les doses.

Cependant, quelques médecins, Cullerier en tête, ont pu en faire prendre des quantités assez fortes en la donnant par fractions de 3 à 4 grains toutes les trois ou quatre heures, et il paraît même que dans quelques cas d'hydropisie ils en ont tiré de bons effets par les évacuations séreuses qu'elle provoquait, et par une certaine activité qu'elle imprimait à la sécrétion urinaire.

On peut donc voir par là que notre opinion sur l'action de la gomme-gutte n'est point nouvelle, puisque depuis longtemps déjà on lui a attribué une certaine vertu diurétique.

Mes observations, plus rigoureuses que celles connues jusqu'à ce jour, établissent d'une manière plus positive son heureuse influence sur la sécrétion des reins dans une série de maladies ou d'épiphénomènes morbides bien déterminés, et une aptitude prononcée de l'organisme à en tolérer de très fortes doses sans accidents dans ces mêmes conditions.

Je pourrais prouver aisément, après l'énonciation des faits nouveaux que j'ai à mettre à jour, que ce n'est point par habitude que la tolérance s'établit, et que, si elle a lieu en raison d'un degré plus ou moins prononcé d'inertie de la part du tube digestif, cette raison est quelquefois plus apparente que réelle.

Il devient urgent de rappeler sommairement ce qui s'est passé dans les cinq observations que j'ai citées dans le temps, pour que le lecteur, partant de ces données, puisse juger les faits nouveaux avec connaissance de cause. Il s'agissait, dans un premier cas, d'une ascite chez une femme de cinquante ans, ayant subi déjà une ponction. Cette ascite paraissait se rattacher à une tumeur abdominale à diagnostic difficile. Les urines de la malade étaient albumineuses et acides.

La gomme-gutte, administrée après une deuxième ponction aux doses de 30 et 40 centigr., produisit de fortes purgations avec coliques. Cet effet diminua à mesure que les doses furent élevées, et finit par devenir nul quand la malade prit 1 gram. 40 centigr. du médicament.

Du seizième au dix-huitième jour de l'usage du médicament, crise urinaire qui débarrassa complétement la malade du nouveau liquide qui s'était accumulé. Affaiblissement profond et prolongé; puis rétablissement définitif et durable.

Dans un deuxième cas, ayant trait à un jeune militaire porteur d'une anasarque due à une hydropéricarde compliquée de tubercules pulmonaires, administration de la gomme-gutte aux mêmes doses et de la même façon que dans le précédent exemple. Tolérance le dixième jour. Disparition de la suffusion séreuse dans les cinq jours suivants, par véritable crise urinaire. Le malade succombe plus tard à une variole.

La troisième observation a pour sujet un militaire porteur de tubercules pulmonaires et d'anasarque consécutive. La gomme-gutte, portée progressivement à des doses aussi élevées que dans les deux premiers cas, est tolérée le sixième jour. La suffusion séreuse met dix jours à disparaître, à partir de la tolérance, et c'est encore par diurèse qu'elle s'élimina. Chez ces deux militaires les urines n'avaient jamais été albumineuses.

Le sujet de la quatrième observation est un jeune postillon présentant tous les caractères de la maladie de Bright, ce que confirment les analyses du sang et des urines, et anasarque depuis assez longtemps.

Ce malade fait usage de la gomme-gutte comme les sujets des autres observations. A trois reprises différentes la même médication est recommencée, donne lieu chaque fois aux mêmes phénomènes, et chaque fois dissipe la suffusion séreuse renaissante par une véritable diurèse.

Enfin, dans la cinquième observation, une vieille demoiselle porte depuis fort longtemps une ascite consécutive à une dégénérescence de la rate. Cette ascite a nécessité des ponctions multiples. Après une dernière ponction, la gomme-gutte est prescrite sans espoir à doses croissantes. Ici la tolérance n'a jamais été complète, mais le médicament finit par activer la sécrétion urinaire, et par ce surcroît de sécrétion des urines la cavité péritonéale reste beaucoup plus longtemps que d'habitude à s'emplir. La malade finit par succomber à son ancienne affection.

Les conclusions à tirer de ces cinq observations étaient faciles.

Je passe aux faits nouveaux, regrettant vivement de n'avoir pas été en position de pouvoir expérimenter sur un plus grand nombre de malades. Toutefois, ils méritent une juste appréciation.

1° Militaire débarqué d'Afrique avec plusieurs camarades, porteur comme eux d'une dysenterie chronique rebelle. Ce militaire était placé dans mon service, à l'hôpital de Toulon, dans le commencement de septembre pendant que j'étais détaché à cet établissement pour le choléra.

Réduit au marasme, ce garçon voyait toutes les médications échouer contre la terrible maladie qui l'entraînait lentement. Il y avait chez lui, avec la dysenterie, augmentation considérable dans le volume du foie reconnue à la plessimétrie.

Les purgatifs salins (30 grammes de sulfate de soude et 8 grammes de nitrate de potasse) furent essayés tous les deux jours. La dysenterie fut domptée en huit jours par cette nouvelle médication; mais au même instant se dessina une ascite, qui augmenta assez rapidement pour distendre outre mesure les parois abdominales fin septembre.

J'avais craint d'administrer la gomme-gutte pendant le développement de la suffusion séreuse à cause de la profonde détérioration que je supposais à la muqueuse intestinale et de la maigreur si prononcée du malade.

Cependant, le malade étant doué d'un moral excellent, force fut de pratiquer la ponction, et, après avoir évacué environ vingt litres de liquide, je hasardai 30 centigrammes de gomme-gutte en potion. C'était le 2 octobre. Purgation avec coliques. Les jours suivants, même potion à 40, 50, 60 et 70 centigrammes. Alimentation. Purgation de moins en moins forte et sans coliques. Selles séreuses.

Du 8 au 15, la dose du médicament fut portée à 1 gramme et 1 gramme 40 centigr. Le malade n'avait qu'une, deux ou trois selles par jour et sans coliques.

Dès le 10, les urines tendaient à augmenter et la suffusion péritonéale restait presque nulle.

Du 15 au 17, repos demandé par le malade.

Du 17 au 20, reprise de la potion à 1 gramme 50 centigr. Même tolérance.

Le 20, j'étais obligé de partir par ordre de rappel à Paris et laissais ce malade dans une excellente disposition morale, mangeant le quart de portion depuis plus de trois semaines. Le péritoine ne contenait que peu de liquide.

J'ai appris depuis que la médication n'avait pas été continuée, qu'il avait fallu recourir plus tard à une seconde ponction et que la mort avait suivi de près cette deuxième opération.

2° Au n° 71 de la salle 13 est couché le nommé Baillon, caporal au 23e de ligne, entré au Val-de-Grâce le 4 février et porteur d'anasarque avec collection séreuse considérable dans le péritoine.

Ce militaire dit avoir ressenti depuis assez longtemps une grande faiblesse avec langueur dans toutes les fonctions, mais sans douleur aucune. Les pieds ont commencé à s'œdématier d'abord, puis les jambes et les cuisses; la cavité abdominale s'est remplie à son tour de liquide, et définitivement tout le corps a participé à cette infiltration. Je cherche par un examen aussi précis que possible à apprécier l'état des divers organes. Le cœur ne présente rien d'anormal, les organes respiratoires fonctionnent bien. Le volume du foie paraît grandement augmenté. La percussion le fait remonter jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du sein en avant latéralement, tandis qu'en arrière la résonance est normale. La matité antérieure descend jusqu'à près de deux pouces au-des-

sous des fausses côtes et se dirige obliquement en haut et en avant à l'épigastre, qu'elle recouvre en partie.

Du reste, il n'y a de douleur nulle part ni à la pression, ni à la percussion. Il n'y a aucune trace de tumeur partout ailleurs.

Le tube digestif paraît en bon état. La langue est normale. Il n'y a pas d'altération. Les urines, rares, citrines, sont neutres et ne donnent aucun précipité albumineux. Nous n'osons pratiquer une légère saignée exploratrice pour analyser le sang, qui aurait peut-être pu nous apprendre quelque chose. Nous sommes forcé pour le moment de rattacher l'anasarque à l'état pathologique du foie, n'ayant pas de donnée plus précise. Ce malade n'a jamais eu de fièvre d'accès.

Le 5, la gomme-gutte est donnée à la dose de 30 centigr. et le malade est mis à la demi-portion. Cette médication suscite deux selles sans coliques.

Le lendemain 6, deuxième potion à 60 centigr. Une selle sans coliques.

Le 7, le malade, ayant bon appétit, est mis aux trois quarts de portion. 80 centigr. de gomme-gutte. Pas de selle. Diurèse prononcée.

Le 8, gomme-gutte à 90 centigr. Une selle dans les vingt-quatre heures. Les urines rendues dans ce même laps de temps sont mesurées et donnent six litres et demi.

Du 9 au 13, le malade prend 1 gramme et 1 gramme 20 centigr. du médicament sans aller plus d'une fois à la selle par vingt-quatre heures. Pendant ces quatre jours, les urines rendues ont dépassé vingt-trois litres en tout.

Le 13, le malade est complétement désenflé. La peau reste sèche et rugueuse.

Le 14, il essaie de prendre encore 70 centigrammes de gomme-gutte, mais il survient des selles nombreuses (six) avec quelques coliques.

Le 15, le même médicament est donné à 30 centigrammes et produit les mêmes résultats que la veille. Il est définitivement arrêté.

Baillon n'a plus une goutte de sérosité dans la cavité péritonéale; il est réduit à un amaigrissement assez prononcé. Les urines, encore assez copieuses (deux litres en vingt-quatre heures), restent neutres et non albumineuses. Il lui est appliqué un large vésicatoire sur la région du foie. Des toniques et une bonne alimentation sont prescrits. La position est excellente.

3° Le sujet de cette troisième observation est le nommé Tisserant, artilleur; c'est cet albuminurique dont j'ai eu l'occasion de parler le 15 janvier dans la *Gazette des Hôpitaux*, qui était porteur d'une amaurose coïncidant avec l'albuminurie et dont l'analyse du sang donnait 60,39 pour les matériaux solides, c'est-à-dire, défalcation faite des sels inorganiques, environ 52 à 54 d'albumine, ou une très notable diminution de ce principe.

Le 8 janvier, Tisserant voyait reparaître son hydropisie, dont il avait été affecté deux ou trois mois auparavant. Vers le 14, l'abdomen contenait une assez grande quantité de liquide qui en distendait les parois. Ce malade est sujet depuis assez de temps à des rapports acides avec vomiturition séreuses tous les quatre ou cinq jours sans qu'il y ait néanmoins le plus petit signe de gastrite.

La gomme-gutte, donnée d'abord à 30 centigrammes, est portée graduellement et successivement à 1 gramme et 1 gramme 40.

Le malade mange en même temps la demi-portion. Les deux premières potions de gomme-gutte donnent lieu à quelques selles sans coliques; la tolérance devient telle ensuite, qu'il y a constipation sans douleur intestinale. Il ne se manifeste rien de remarquable du côté des urines chez ce malade; mais un autre phénomène saillant apparaît. Les vomiturition qui avaient lieu avant prennent une grande extension. Le malade ne vomit que bien longtemps après avoir ingéré la gomme-gutte et souvent avant d'avoir mangé, toujours plus de deux heures après. Les matières vomies sont purement liquides, sans offrir la moindre coloration due à la gomme-gutte, sans être mêlées aux aliments. Le malade en vomit tellement en quelques instants qu'il remplit jusqu'à une fois et demie son vase de nuit, soit plus de trois litres. Du reste, le vomissement terminé, tout va bien. Il n'y a ni rougeur de la langue, ni soif, ni douleur épigastrique, et l'appétit se maintient. C'est souvent en quelques secondes, et par flots, que Tisserant rend tout ce liquide, qui est légèrement acide et ne contient pas un atome d'albumine. Ces vomissements se manifestent maintenant tous les jours et à heure variable. J'ai voulu suspendre deux fois la médication pendant quelques jours; Tisserant l'a sollicitée de nouveau, tant il s'en trouve peu fatigué et tant la digestion alimentaire s'effectue encore bien.

Depuis trois jours pourtant, j'ai supprimé complétement le remède. Les vomissements sont moins copieux; mais ils persistent, et les matières vomies sont toujours les mêmes. Quelquefois il faut donner l'eau de Sedlitz pour provoquer quelques selles.

Maintenant voici ce qui s'est passé pour l'hydropisie depuis un peu plus d'un mois que le malade use de la gomme-gutte. La collection séreuse a plutôt diminué qu'augmenté, mais elle reste encore assez vaste. Les urines restent toujours rares et très albumineuses, ce qui doit faire craindre une altération très avancée des reins. La nutrition s'effectue assez bien, puisque la moitié supérieure du tronc, qui n'est le siége d'aucune infiltration, laisse voir des muscles encore assez bien dessinés et assez saillants.

4° La gomme-gutte a été essayée chez le nommé Bourgues, du 18e de ligne, ce deuxième albuminurique dont j'ai relaté aussi l'histoire. Bourgues n'est albuminurique que depuis trois semaines; l'analyse du sang a donné 77,30 en matériaux solides, c'est-à-dire à peu près la moyenne ordinaire en albumine. Il est fort, bien constitué, et n'a aucune infiltration séreuse. C'est contre l'albuminurie que la gomme-gutte est dirigée. Comme les autres, Bourgues mange la demi-portion. Le médicament, donné d'abord à 30 centigrammes, n'a été élevé successivement qu'à 80 centigrammes. Il a toujours produit un effet purgatif d'autant plus prononcé que les doses étaient plus fortes. C'est ainsi qu'il provoquait jusqu'à douze et quinze selles vers la fin. J'ai dû le cesser le huitième jour sans qu'il eût produit le moindre bénéfice pour l'albuminurie. Bourgues a quitté l'hôpital fin janvier.

— Il appert de toutes ces observations d'abord deux faits incontestables, savoir: que la gomme-gutte finit par être tolérée à doses très élevées dans les hydropisies, et qu'elle finit, dans la plupart des cas, par déterminer une diurèse qui juge plus ou moins promptement l'épiphénomène morbide.

Il importe d'examiner quelles sont les conditions qui favorisent la tolérance. Dira-t-on que c'est l'état d'inertie des intestins baignés depuis plus ou moins longtemps par le liquide au milieu duquel ils flottent? Mais alors la tolérance aurait lieu dès le principe, quand les doses du médicament sont encore faibles. Nous avons vu que dans presque tous les cas, au contraire, il purge dès le principe, et que ce n'est que plus tard que la tolérance arrive.

Ceci conduirait naturellement à penser que c'est par habitude qu'il finit par être toléré. Cette opinion est complétement controuvée dans la dernière de nos quatre observations récentes, où le malade, n'ayant aucune infiltration séreuse, éprouve un effet purgatif de plus en plus prononcé à mesure que les doses du médicament sont plus élevées, si bien qu'au huitième jour il va jusqu'à quinze fois à la selle avec coliques.

Et dans la deuxième de ces mêmes observations, ne voit-on pas le médicament être toléré presque de prime abord? Il n'y a donc pas là effet d'habitude de la part de l'organisme. Et puis, quand l'anasarque est dissipée, le médicament ne reprend-il pas son action purgative?

Il faut donc convenir que la tolérance par inertie du tube digestif est loin d'être prouvée par les faits, et que l'habitude, selon toute apparence, ne joue qu'un rôle très secondaire.

En appréciant à sa juste valeur tout ce qui se passe dans ces cas d'hydropisie, on est forcé de convenir que la gomme-gutte exerce d'abord son action locale, la purgation par irritation de la muqueuse, puis vient un moment où elle est absorbée et va porter son action ailleurs.

C'est sur les reins que semble se concentrer cette action ultérieure, soit primitivement, soit secondairement. En effet, sur huit hydropiques compris dans les deux séries d'observations, le résultat est plus ou moins palpable et plus ou moins prompt dans sept cas.

Chez le huitième, au lieu d'une augmentation de sécrétion urinaire, c'est une hypersécrétion stomacale qui apparaît. Cette exception au milieu des autres faits, et dans les conditions où se trouve le sujet, peut permettre de supposer que, chez lui, les reins se trouvent tout à fait hors d'état de fonctionner par l'altération profonde qu'ils peuvent avoir subie, et alors le cas serait d'autant plus désespérant.

Enfin, l'hydropisie, d'après nos faits, encore peu nombreux, il est vrai, paraît l'état pathologique propre à la tolérance, quelle que soit au reste la cause de cette hydropisie, car nous avons vu qu'elle a été diverse dans nos observations; et pour prouver que c'est bien l'hydropisie qui constitue cet état, nous mettons encore en avant l'albuminurique Bourgues, exempt d'hydropisie, qui est purgé en raison des doses qu'il ingère. J'ai, pour mon compte, donné la gomme-gutte dans beaucoup d'autres cas, et j'ai toujours vu un effet purgatif prononcé.

HOSPICE DES INCURABLES (Hommes).

Ossification des capillaires du cerveau.

Par M. le Dr Delacour, ancien interne des hôpitaux.

Voici assurément un des faits les plus remarquables et les plus rares que renferment les annales de l'art.

Bérenger (Jean-Nicolas), âgé de quatre-vingt-un ans, entre à l'infirmerie, service de M. Duplay, le 23 novembre 1847. Cet homme est depuis longtemps dans un état de demi-imbécilité; il a une incontinence d'urine et de matières fécales; depuis plusieurs années il ne peut plus marcher. Son intelligence est très affaiblie; il comprend les demandes qui lui sont faites; mais il est bien rare d'obtenir des réponses complètes et exactes; les fonctions digestives s'accomplissent bien. Depuis plusieurs jours un changement s'était opéré dans son état habituel; il avait de la fièvre, le facies altéré.

Le 23 novembre, on le fait entrer à l'infirmerie, et nous observons une fièvre très vive et les signes d'une bronchite étendue à la base des deux poumons. Décubitus dorsal; immobilité sans paralysie; toux et expectoration muqueuse. — Une saignée de deux palettes lui fut pratiquée, et on administra un lavement purgatif.

Le 24 et le 25, les symptômes généraux restent les mêmes; on continue d'entendre du râle muqueux à la base de la poitrine.

Le 26, le malade est agonisant; il succombe dans un état adynamique.

Autopsie, 48 heures après la mort. — *Tête.* Adhérences très intimes de la dure-mère aux os du crâne. Il est impossible de l'en détacher sans le secours du scalpel. Au moment où la dure-mère est incisée, il s'écoule un verre de sérosité citrine. Il y a beaucoup d'injection des vaisseaux sous-arachnoïdiens. La substance corticale du cerveau, sur trois circonvolutions, a perdu son aspect lisse et poli; sa couche la plus superficielle est évidemment dépolie; un filet d'eau en fait flotter des détritus en forme de filaments. Outre ce ramollissement superficiel, il existe dans ces mêmes points, dans l'espace de 2 centimètres carrés, une injection vive des capillaires du cerveau. Un piqueté rouge s'observe aussi par plaques sur beaucoup de circonvolutions. La substance blanche, généralement sablée de rouge, conserve sa consistance naturelle; les ventricules latéraux, légèrement dilatés, contiennent chacun environ deux cuillerées de sérosité.

En incisant les hémisphères cérébraux en tranches minces, et au moment où l'on arrive sur le centre oval de Vieussens, le scalpel se trouve arrêté, et l'on a la sensation de corps durs et résistants qui seraient incisés. En promenant le doigt sur la surface qui résulte de la section, on sent un foule de petites aspérités dures, qui donnent exactement la sensation d'une barbe rude. On aperçoit une foule de petites pointes qui font une saillie de 1 ou 2 millimètres. La même altération se retrouve des deux côtés et dans toute l'étendue du centre ovale; on la retrouve aussi dans la paroi inférieure des ventricules latéraux, et elle est d'autant plus apparente qu'on approche davantage des corps striés. Ces deux organes sont profondément désorganisés; leur substance est d'un gris jaunâtre; leur tissu est comme déchiré en certains points, et leur centre est occupé par une petite masse osseuse criant sous le scalpel, et résistant à une pression très forte sans pouvoir être écrasée. Celui de ces deux corps étrangers qui est logé dans le corps strié droit a le volume d'un haricot ordinaire; le gauche est un peu plus gros. Tous deux ont la surface hérissée d'aspérités qui s'enfoncent çà et là dans la substance du corps strié, et ils semblent formés par l'agglomération de plusieurs petites masses analogues.

Nous avons suivi avec attention plusieurs des petites aspérités dont le centre ovale est comme hérissé, et nous avons pu nous convaincre qu'elles étaient toutes formées par des vaisseaux très fins entièrement ossifiés; chacune d'elles, en effet, faisait suite à un vaisseau dont on retrouvait, au bout d'un certain trajet, les parois souples et la cavité entièrement libre: c'étaient de petites artérioles dont les extrémités capillaires se convertissaient en autant de petites tiges dures et cassantes. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que l'ossification ne portait nullement sur les troncs principaux, qui n'offraient nulle part les plaques cartilagineuses ou osseuses si fréquentes dans la vieillesse.

Poitrine. — Rien dans la cavité des plèvres. Le poumon droit, sain dans toute sa partie antérieure, présente à sa base un engouement très prononcé. La coupe en est lisse, non granuleuse, et laisse écouler un liquide séro-sanguinolent. Les fragments de ce tissu surnagent lorsqu'on les précipite dans l'eau; en avant et en haut, plusieurs points emphysémateux. Le poumon gauche, sain dans sa partie antérieure, est le siége d'un engouement qui occupe le bord postérieur ainsi que la base. Dans cette dernière partie, plusieurs points du tissu pulmonaire sont d'un rouge foncé; ce tissu se déchire facilement; la coupe n'offre cependant pas de granulations, mais elle laisse écouler un liquide d'un rouge terne et abondant. Plusieurs fragments mis dans l'eau vont au fond du vase. — Le cœur est normal, comme tous les organes de l'abdomen.

Il y a dans les auteurs beaucoup d'exemples de concrétions calcaires dans le cerveau: les unes semblent liées à des épanchements anciens, et sont probablement dues à leur transformation. Dans le tome III de la *Collection académique étrangère* est rapportée l'histoire d'un bœuf qui présenta une transformation complète du cerveau en os. Dobrzensky, qui rapporte le fait, se demande même si l'on peut admettre que le cerveau est la source des fonctions animales, puisque celles-ci continuaient malgré une altération si grande. — Il est d'autres observations qui se rapprochent beaucoup de celle que je présente, et qui sont signalées dans le *Répertoire* de Ploucquet et le *Compendium* d'Otto: dans ces cas, la matière osseuse ou calcaire est disséminée dans une proportion affectée de la substance cérébrale, et on ne constate sa présence que quand on presse la pulpe nerveuse entre les doigts; quelquefois la matière osseuse se présente sous la forme de petites concrétions de formes irrégulières, semblables à des esquilles, comme l'a signalé M. Andral dans le tome II du *Journal de Physiologie*. Le docteur Hooper dit en avoir rencontré qui étaient adhérentes à de petits vaisseaux filamenteux. J'ai puisé ces derniers renseignements dans le *Compendium de Médecine*.

L'altération anatomique que j'ai rapportée n'est donc pas sans analogues; la dissection du cerveau de ce vieillard a été faite avec soin devant M. Duplay, et je puis assurer que nous avions affaire à une ossification des capillaires cérébraux. Dans les corps striés, où le nombre des vaisseaux est beaucoup plus considérable, on pouvait croire à une concrétion; mais celle-ci était comme formée d'aiguilles cristallines juxtaposées. De même que, dans les autres observations, il n'y a pas eu pendant la vie un symptôme qui puisse nous servir, à l'avenir, à reconnaître une altération semblable. Je noterai l'absence d'hémorrhagie cérébrale ancienne ou récente; et cependant, si l'ossification de l'artère basilaire et de ses branches a, comme on l'a dit, de l'influence sur la production des hémorrhagies, l'ossification des rameaux intra-cérébraux devrait en avoir une bien plus prononcée.

GUÉRISON DU CROUP.

Traitement par l'alun et le calomel. Observation détaillée suivie de réflexions.

Par M. le docteur Berton, chirurgien-major attaché à l'école d'état-major de la 1re division militaire.

Convaincu de la trop fréquente insuffisance des anciens modes de traitement opposés au croup, je me suis adressé, en semblable péril, à ma méthode nouvelle que j'avais entendu vanter, et je crois de mon devoir d'en signaler immédiatement les heureux résultats aux praticiens.

Je fus appelé le 26 janvier dernier, le matin, rue Basse-du-Rempart, 50 *bis*, pour une petite fille de six ans, malade depuis l'avant-veille. On me dit qu'à deux heures de l'après-midi, les deux jours précédents, elle avait été prise d'agitation, de fièvre, et même d'un peu de délire; que ces accidents avaient duré jusque vers le soir, et qu'alors l'enfant semblait chaque fois avoir recouvré sa santé habituelle. Cette charmante petite fille, parfaitement constituée, grasse, fraîche, rosée, souriante, sans chaleur à la peau, sans fréquence du pouls, ne se plaignait d'aucun mal, et me parut en fort bon état, sauf la fièvre intermittente quotidienne dont l'existence

me parut évidente. Je dirai même en passant que l'espèce m'en parut fort ordinaire; car j'ai souvent vu chez les enfants manquer le stade de froid, et le fort de la période réactionnelle s'accompagner de symptômes cérébraux. Mes prescriptions furent celles-ci : Potage le matin vers neuf heures : 3 décigrammes de sulfate de quinine en solution dans deux cuillerées à bouche d'infusion de café noir (1), à donner à midi.

Pendant l'accès, tisane émolliente, cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures; dans la soirée, après la disparition de la fièvre, bouillon ou potage léger, si l'enfant demande des aliments.

A l'heure ordinaire de sa manifestation l'accès fut à peine sensible, et le lendemain dans la matinée je trouvai la petite fille en question couchée, mais jouant, sans fièvre, et accusant seulement un léger mal de gorge. Je fus péniblement étonné en trouvant les voiles du palais, les amygdales, le pharynx et les fosses nasales parsemés d'exsudations plastiques. La plupart de ces plaques couenneuses étaient entourées d'une sorte de liséré rouge, et leurs intervalles offraient des surfaces muqueuses tantôt parsemées de quelques arborisations, tantôt d'une coloration normale. En cherchant à cautériser avec un crayon de nitrate d'argent les enduits recouverts de fausses membranes, je soulevai quelques-unes de celles-ci, sous lesquelles la muqueuse était saignante, et je m'aperçus à leur épaisseur qu'il serait difficile, sinon avec un caustique plus actif, très énergique, d'atteindre à travers leur épaisseur les surfaces sous-jacentes. La déglutition me parut à peine gênée; le nez était bouché, et par suite la respiration assez bruyante, sans gêne sensible et sans aphonie ou modification dans le timbre de la voix. J'avais évidemment affaire ici à deux états morbides distincts : à une fièvre intermittente et à une angine diphthéritique, qui, ainsi qu'il arrive assez souvent, était établie d'une manière sourde, insidieuse. Je me décidai donc à continuer le fébrifuge à la même dose et de la même manière, et quant aux plaques couenneuses, vu leur épaisseur, leur densité et leur multiplicité, je renonçai à la cautérisation, prescrivis un mélange d'un décigramme d'alun pulvérisé avec partie égale de calomel; dose à donner d'heure en heure, triturée dans un peu de miel. J'ordonnai en outre une tisane émolliente, des cataplasmes sinapisés aux jambes, la diète, et un vomitif composé de 15 grammes de sirop d'ipécacuanha additionné de 2 centigrammes d'émétique; un semblable pour le lendemain matin. Il n'y eut pas de fièvre à l'heure ordinaire des accès. La nuit fut très agitée, avec insomnie, respiration bruyante, souvent gênée; toux rare, rauque, altération légère dans le timbre de la voix.

Le 28, au matin, apyrexie complète, respiration bruyante, mais non fréquente; voix enrouée, nasillarde, toux rare, ellemême enrouée. D'énormes plaques d'un blanc sale, légèrement jaunâtres et paraissant très denses, très épaisses, recouvrent toute la partie antérieure des voiles du palais et le pharynx. Plusieurs fragments assez minces ont été détachés et rejetés à la suite du vomitif et d'efforts d'expectoration; pas de selle. — Mélange de 15 centigrammes d'alun et de 15 centigrammes de calomel administré d'heure en heure; un vomitif vers le milieu du jour et dans la soirée; un troisième demain le matin; lavement laxatif. Le reste comme la veille, à l'exception du sulfate de quinine qui est supprimé.

A plusieurs reprises dans la journée, anxiété et gêne de la respiration; toux rare; une seule selle; deux vomissement à la suite des vomitifs, et rejet de petits fragments et flocons membraniformes. La nuit a été comme la précédente, et le coryza pseudo-membraneux a contribué à rendre la respiration difficile et bruyante.

Le 29, dans la matinée, fut rejetée à la suite d'un vomissement une fausse membrane d'environ deux millimètres d'épaisseur, tomenteuse, villeuse sur la face adhérente, chagrinée à la surface libre, de forme rectangulaire et d'un centimètre de haut sur deux de large. Toujours voix enrouée et nasillarde, toux rare, enrouée et un peu rauque; respiration plus libre; apyrexie; sentiment de douleur, de cuisson dans la bouche et l'arrière-gorge, dû à la stomatite mercurielle; une selle verdâtre liquide. Au total, l'enfant est moins abattue, est mieux, plus gaie. — 1 décigramme d'alun et de calomel d'heure et 1/2 en heure et 1/2. Tisane, looch blanc; un vomitif l'après-midi.

A la suite de ce dernier, plusieurs particules membraneuses ont encore été rendues, ainsi qu'il en a d'ailleurs été de temps à autre rejeté à la suite de la toux; mais une autre fausse membrane, environ de la même dimension que celle précédemment indiquée, mais moins régulière, dense comme elle, pareillement d'un gris jaunâtre, mais roulée sur elle-même, a été rendue. Six selles peu abondantes, également liquides et verdâtres, ont eu lieu. Il est important de remarquer qu'il y avait eu jusqu'à ce jour plutôt constipation, et malgré l'administration continue du calomel. Il semblerait que ce n'est en quelque sorte qu'après la saturation mercurielle de la membrane muqueuse buccale et pharyngienne que l'action purgative du calomel s'est fait sentir sur le tube digestif. — La nuit a été calme, l'enfant a dormi près de huit heures.

Le 30, la bouche et le pharynx sont presque totalement dégarnis de fausses membranes, et partout où elles existaient la muqueuse est d'un rouge foncé, facilement saignante, très sensible et comme dépouillée de l'épithélium. Les fosses nasales paraissent aussi désobstruées; la respiration libre, la voix assez claire, mais encore un peu nasillarde; la toux est très rare et à peine enrouée; l'enfant ne se plaint que de la sensibilité de la bouche; légère salivation, un peu de suintement séro-purulent sur le nez, nullement odorant. De 86, le pouls est monté à 100 pulsations; la peau est chaude sans être brûlante; il y a eu deux selles liquides ce matin. — Calomel et alun pulvérisé, 1 décigramme de chaque de deux en deux heures; looch blanc; lait coupé.

Le 31, la nuit a été pareillement calme et le sommeil prolongé; le pouls est redescendu à 86; peau fraîche; la sensibilité de la bouche est moins grande; celle-ci et le pharynx ne présentent plus la moindre trace d'exsudation, et nulle parcelle de fausse membrane n'a été rejetée avec les crachats; pas de garde-robe. L'enfant cesse de se plaindre, a repris en partie sa gaieté et ses jeux. — Bouillon coupé et lait sucré. La poudre de calomel et d'alun est supprimée.

La convalescence paraît tout à fait s'établir à compter du 1er février. Toute prescription, si ce n'est celle d'un peu de tisane, a été interrompue dès lors; des aliments de plus en plus substantiels ont été successivement accordés.

Le 3, le rétablissement me paraît complet, et depuis lors cette petite fille n'a pas cessé d'être dans l'état de santé le plus satisfaisant.

— Il s'agit dans cette observation d'une angine couenneuse buccale et pharyngienne très prononcée, commençant à devenir laryngée et arrêtée dans son extension avant qu'elle se soit propagée davantage du côté des voies aériennes. Suivant plusieurs observateurs, tels que MM. Bretonneau, Gendron, etc., c'est, du reste, la marche la plus habituelle que suivent les laryngites pseudo-membraneuses. Toujours est-il qu'ici les accidents du croup commençaient à se manifester, et que l'issue de l'affection eût été promptement funeste si de fausses membranes aussi étendues, aussi épaisses et aussi denses que celles qui ont été rejetées, avaient eu le temps de se former à l'intérieur de la glotte, dans la trachée ou les bronches. Il n'est pas cependant douteux pour moi que déjà quelques légères exsudations plastiques s'étaient développées à l'entrée des voies aériennes. La gêne de la respiration, les modifications dans le timbre de la voix et de la toux en sont une preuve; mais ces particules membraneuses ont été détachées et rejetées avant un plus grand développement. Les deux principales pseudo-membranes, que j'ai recueillies et conservées dans l'alcool, me paraissent avoir été formées, l'une sur les voiles du palais, et l'autre vers la partie inférieure du pharynx. Je n'insiste pas sur la fièvre intermittente qui existait au commencement : état morbide distinct, ainsi que sa disparition à la suite de l'administration du sulfate de quinine l'a prouvé, et sur la marche insidieuse et apyrétique de l'affection couenneuse. Marche, du reste, qui m'a toujours paru plus fréquente que celle avec appareil fébrile et symptômes immédiats et tranchés; tandis que le cortége de tous ces phénomènes les plus subitement graves en apparence appartient bien plutôt aux *faux-croups*. Cette remarque s'accorde d'ail leurs avec les distinctions que j'avais déjà établies à cet égard, et les observations que j'ai publiées à l'appui dans la deuxième édition de mon *Traité pratique des Maladies des enfants.* L'objet principal ici est le traitement particulier qui a été mis en usage avec un plein succès, et que j'avoue même inespéré. Ce traitement spécial se résume en doses fractionnées d'un mélange, par parties égales, d'alun et de calomel, donné à des intervalles égaux et rapprochés; soit, terme moyen, deux décigrammes du mélange en question administré d'heure en heure, les vomitifs n'ayant guère été employés que comme moyen mécanique apte à achever de détacher et à expulser au debors les concrétions membraneuses. Ces mêmes substances pulvérulentes ont toutefois déjà été antérieurement prescrites dans ce genre d'affection. M. Bretonneau a donné en effet le calomel à fortes doses, et M. Guersant père l'a pareillement conseillé dans les angines et laryngo-trachéites pseudo-membraneuses, mais par fractions d'un décigramme donné d'heure en heure. MM. Bretonneau et Trousseau ont aussi dans les mêmes circonstances insufflé l'alun pulvérulent, et en ont fait des applications topiques. Ces médications, bien que se rapprochant de celle en dernier lieu indiquée par M. le docteur Miquel, d'Amboise, et dans le but paraissant le plus rationnel, de part et d'autre, de substituer une irritation spéciale à une irritation spéciale, soit une sécrétion hydrargérienne à une sécrétion plastique, ne semble pas d'ailleurs jouir d'une égale efficacité. J'ai vu maintes fois échouer contre le croup les vomissements coup sur coup, et le calomel à haute dose et à dose fractionnée, et les insufflations et applications alumineuses, etc., etc., et je viens de voir réussir d'une façon merveilleuse l'administration méthodique du mélange de poudre d'alun et de calomel, telle que l'a conseillé M. le docteur Miquel. J'ai ouï dire que d'autres praticiens en ont également obtenu les plus heureux effets. Si l'on demande à quoi tiennent ces différences de résultats, de succès de la part de méthodes de traitement si rapprochés en apparence, peut-être acceptera-t-on comme explication à peu près satisfaisante celle-ci : Que dans le procédé de M. Miquel la médication substitutive est plus promptement et plus sûrement obtenue au moyen de l'association de l'alun et du calomel, qui contre-balancerait, enrayerait la double action, l'action purgative de ce dernier, et par suite laisserait agir seule, ou exalterait même son action mercurielle sur les muqueuses de la bouche et de l'arrière-gorge.

(1) On sait que ce mélange est sans amertume prononcée, sans goût désagréable.

Concours de Montpellier.

RÈGLEMENT. — M. ORFILA.

La *Gazette médicale de Montpellier*, après nous avoir adressé des remercîments pour l'approbation par nous donnée aux justes réclamations qu'elle a fait entendre (voir *Gazette des Hôpitaux*, 29 décembre) donne la nouvelle suivante :

Malgré cette approbation donnée par un journal aussi compétent que désintéressé, le concours de *pathologie et de thérapeutique générales* va s'ouvrir le 11 mars. Les candidats sont, suivant leur rang d'inscription, MM. Lombard, Lassalvy, Jaumes, Quissac, Dupré, Chrestien et Anglada. — La liste étant close le 10, conformément aux affiches du concours, la Faculté de médecine a reçu le 11 une lettre de M. Sanson, en date du 6, qui demande aussi à concourir.

Les juges de ce concours, désignés par les règlements du 11 janvier 1842 et du 28 juillet 1847, sont les professeurs de chimie médicale et de pharmacie, de physiologie, de pathologie interne, de clinique interne, de clinique externe, d'opérations et d'appareils.

Ces règlements, dont nous avons fait la critique dès leur apparition et que l'on doit, dit-on, à M. Orfila, excluent le professeur de thérapeutique, qui, à notre sens, devrait, avec le professeur de pathologie interne, occuper le premier rang parmi les juges de ce concours.

Quoi qu'il en soit de nos réflexions à cet égard, que chacun trouve justes, même au ministère de l'instruction publique, où l'on regrette de ne pouvoir pas encore y faire droit, le jury sera composé comme suit : MM. Duportal, Lordat, Rech, Caizergues, Fuster, Bouisson et Estor. MM. Dunal, Combal et Benoît, sont proposés au ministre comme juges pris hors du cadre professoral de la Faculté de médecine, conformément auxdits règlements. Nous aurions bien quelque chose à dire sur la violation de l'article 13 de l'un desdits règlements, mais certains nous reprochent toujours d'en trop dire; et d'ailleurs, si cette violation choque notre amour des principes, elle s'accorde, au contraire, avec nos goûts. Mais *amicus Plato, magis amica veritas.*

Nous remercions à notre tour la *Gazette médicale* de ses bienveillantes intentions, mais sans accepter ses remercîments pour un acte qui n'était que le strict accomplissement de nos devoirs de journaliste les plus impérieux. Nous soutiendrons de nouveau aujourd'hui les nouvelles réclamations de notre confrère touchant la composition du jury du concours de *pathologie et de thérapeutique générales*. Mais en même temps nous croyons pouvoir justifier M. Orfila du reproche d'avoir conçu un règlement aussi défectueux que celui dont se plaint avec raison la *Gazette médicale de Montpellier*. M. Orfila a donné trop de preuves de capacité administrative pour qu'on puisse lui attribuer un règlement aussi absurde.

Nous constatons avec plaisir, d'après les expériences faites dans les hôpitaux de l'Hôtel-Dieu, de la Charité, de Saint-Louis, des Cliniques, en présence de MM. les docteurs Velpeau, Jobert (de Lamballe), Paul Dubois, Nacquart, Blandin, Voillemier, Giraldès, Thillaye, etc., que le Nosophore inventé par M. Rabiot doit être placé sur la ligne des appareils que les praticiens emploient avec le plus d'avantages.

Utile dans un grand nombre de cas, il sera bientôt adopté dans tous les hôpitaux, à cause de la simplicité de son mécanisme, qui permet à un seul infirmier de changer le lit du malade le plus susceptible sans la moindre difficulté.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 5 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 28.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	— 13 fr	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr	— 9 fr.

PARIS, 4 MARS 1850.

Nos confrères de Paris ont reçu depuis quelques jours le compte-rendu annuel des actes de l'Association des médecins de Paris; et, comme nous, ils ont pu voir avec quelle noble persévérance cette association poursuit l'œuvre de bienfaisance qu'elle a commencée il y a dix-sept ans déjà, sous le patronage éclairé de M. Orfila. Ce n'est donc point pour nos confrères de Paris, mais bien pour nos lecteurs des départements, et même de l'étranger, où l'on ne saurait trop désirer de voir se fonder de semblables institutions, que nous croyons utile d'insister sur les actes consignés dans le compte-rendu rédigé par M. le docteur Perdrix, secrétaire général de l'Association. Les plus importants de ces actes se trouvent exposés avec toute la dignité qu'ils comportent dans le passage suivant du compte-rendu :

« Votre commission générale a reçu trente demandes de secours, dont quelques-unes ont été reproduites deux et trois fois dans le cours de l'année; et, pour la première fois peut-être depuis la fondation de l'œuvre, pas une de ces demandes n'a été écartée. Je me trompe : une seule a été l'objet d'un refus justement motivé; la pétitionnaire était la veuve d'un médecin étranger à l'Association; elle avait été secourue six fois et avait reçu six cents francs. L'accueil fait à toutes ces demandes tient évidemment, d'un côté, au discernement, à l'équité, aux sentiments d'humanité qui dirigeaient et animaient votre commission générale, et, de l'autre, aux droits incontestablement et trop douloureusement acquis par des malheurs immérités, la maladie, les infirmités, la vieillesse, la détresse profonde; par tous ces titres, enfin, d'une déchirante réalité, dont la connaissance jetterait le désespoir dans des âmes moins résignées ou moins stoïques que la vôtre.

» Sept sociétaires âgés et infirmes ou jeunes encore et affectés depuis longtemps de maladies graves;

» Neuf veuves de sociétaires, les unes dans un âge fort avancé et infirmes, les autres chargées d'enfants en bas âge,

» Ont reçu une somme de six mille sept cent quatre-vingts francs.

» Le fils d'un de nos anciens sociétaires, placé dans un des lycées de Paris depuis la mort de son père par l'intervention de l'Association, reçoit annuellement une somme de 300 fr.

» Parmi les personnes étrangères à l'Association qui ont réclamé votre assistance et auxquelles votre règlement permet d'accorder le sixième du fonds de secours se trouvent :

» Trois docteurs en médecine;

» Neuf veuves de médecins. »

Les sommes affectées à ces divers secours se sont élevées, savoir :

Celles données aux personnes étrangères à l'Association, à 1,035 fr. ;

Celles allouées aux sociétaires, à leurs veuves ou enfants, à 6,780 fr.

Voilà assurément des résultats qui n'ont pas besoin de commentaires, et qui mettent assez en évidence tous les bienfaits de l'Association. Cependant, malgré le chiffre considérable de secours alloués et le faible chiffre de la cotisation annuelle, laquelle s'élève à 20 fr. par an, l'Association est en état de continuer avec succès son œuvre confraternelle. En effet, les recettes pour 1849 ont été de 12,302 fr., tandis que les dépenses ne se sont élevées qu'à 11,411 fr. L'Association a donc eu un excédant de 891 fr., qui, placé avec les excédants des années précédentes, lui a permis d'acheter une rente sur l'Etat de 3,540 fr. 5 0/0. En outre, l'Association possède deux rentes perpétuelles de 20 fr., fondées par des sociétaires. Elle est donc en pleine voie de prospérité, non-seulement morale, mais aussi financière. Combien de semblables résultats ne devraient-ils pas encourager tous nos confrères des départements à tenter des associations qui n'ont pas exclusivement pour objet de réparer les malheurs produits par la mort, la maladie ou d'autres circonstances imprévues, mais qui, en outre, concourent puissamment à entretenir dans la famille médicale les liens d'une bonne confraternité. Nous donnons plus loin la composition du bureau de l'Association et les noms des membres de la commission générale.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Baudens.

Des lésions traumatiques artérielles.

Leçon clinique recueillie par M. Molard, aide de clinique.

Au n° 7 de la salle 30 et au n° 11 de la salle 31, sont couchés des militaires entrés à l'hôpital, dit M. Baudens, pour des lésions artérielles, l'un à l'arcade palmaire de la main droite, l'autre un peu au-dessus du poignet; chez l'un comme chez l'autre, la cause vulnérante a été un éclat de verre violemment brisé pendant l'ivresse.

Notre premier soin a été d'examiner s'il n'était pas resté un morceau de verre dans la plaie. En effet il nous est arrivé plusieurs fois dans nos dissections de trouver dans la région du poignet des portions de verre, d'ailleurs parfaitement enkystées, et provenant probablement de bris de bouteille au cabaret. Nos recherches n'ayant rien fait découvrir, nous avons rétabli d'une manière plus méthodique la compression directe qui avait été faite au moment de l'accident pour tarir la source d'une forte hémorrhagie. Au lieu d'une compression circulaire, nous n'avons fait porter la compression que sur la déchirure cutanée de la face palmaire et sur le point diamétralement opposé de la région dorsale. Nous nous servons pour cela avec succès du croissant en acier que nous avons imaginé pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius. L'avantage de notre compresseur est facile à saisir ; il prévient l'engorgement des parties situées au-dessous de lui. C'est, en un mot, l'application du compresseur de Dupuytren, bien préférable au tourniquet de Jean-Louis Petit.

La conduite que nous avons tenue, savoir la compression directe et non la ligature des deux bouts du vaisseau artériel lésé, est-elle toujours préférable?

Lorsque l'artère, étant d'un médiocre volume, comme dans les cas précités, est facilement accessible à une compression directe non circulaire, nous pensons qu'alors il y a plus d'avantage à y recourir que d'aller à la recherche du bout supérieur et du bout inférieur de l'artère divisée pour les lier l'un et l'autre séparément. Depuis peu de temps six blessés sont entrés dans notre service pour des blessures artérielles analogues; et chez cinq, la compression, aidée de la glace et de la position déclive, a amené une guérison radicale. Chez le sixième, qui est le n° 11 de la salle 31, nous avons dû lier l'artère humérale au quinzième jour de l'accident. Nous reviendrons sur cette opération.

Si l'artère était d'un gros volume, il n'y aurait pas à hésiter; il faudrait lier le bout supérieur et le bout inférieur. Toutefois, cette opération ne serait indiquée qu'autant que le chirurgien serait appelé à la faire dans les premières quarante-huit heures qui ont suivi la blessure; passé ce délai, les chances ne seraient plus aussi favorables au succès, parce que la ligature porterait sur un tube artériel devenu le siége d'une inflammation traumatique. Or vous savez que des trois tuniques artérielles deux sont friables, se rompent immédiatement sous la constriction du fil qui les étreint, et que ces ruptures sont favorables au succès de l'opération, loin d'être nuisibles, parce que d'une part elles favorisent le rapprochement sous forme de froncement des tuniques rompues, et que d'autre part elles donnent lieu à une sécrétion de lymphe plastique propice à la cicatrisation; mais ces résultats ne peuvent être obtenus qu'à une condition indispensable, c'est que la troisième tunique, la tunique externe celluleuse, résistera et ne sera pas coupée par le fil. Or tant que l'inflammation ne s'est pas emparée du tube artériel, la tunique externe résiste tout le temps nécessaire à la guérison; mais si l'artère enflammée est devenue friable, elle se laisse facilement couper; voilà une vérité pratique incontestée et qu'il ne faut jamais perdre de vue. Donc, sous peine de voir l'hémorrhagie se reproduire par la rupture des trois tuniques artérielles, il ne faut jamais placer de ligature que sur une artère parfaitement saine.

Ce n'est pas tout, la profondeur de l'artère, la présence de caillots abondants, rendent les recherches des extrémités du tube artériel parfois extrêmement difficile et laborieuse; plus d'une fois il a fallu y renoncer et les abandonner pour recourir à la ligature à la manière d'Anel.

Autre considération qui, je crois, n'a pas encore été produite avant nous d'une manière aussi remarquable.

Il se peut faire qu'entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'artère un écartement de plusieurs centimètres existe, et c'est sans doute cette circonstance qui a pu faire échouer les recherches pour en tenter la ligature directe.

En effet, chez un soldat blessé le 24 juin 1848, et mort trente jours plus tard d'hémorrhagies traumatiques avec division de l'artère crurale au milieu de la cuisse par une balle, nous avons trouvé entre le bout supérieur et le bout inférieur de cette artère un écartement de quatre travers de doigt; l'autopsie a fait constater, de plus, que les hémorrhagies se reproduisaient par le bout inférieur, car le bout supérieur était solidement cicatrisé. Dans ce cas on aurait été fort embarrassé dans la recherche des deux bouts de l'artère divisée. Quant au fait de l'hémorrhagie entretenue par le bout inférieur, il y a là un enseignement précieux, celui de porter la ligature sur un lieu fort élevé, non pas seulement afin d'éviter de porter le lien sur une portion d'artère enflammée, mais surtout pour éviter plus sûrement l'hémorrhagie de retour par les artères collatérales. Et en effet quelques jours plus tard, dans une circonstance analogue et pour un cas absolument semblable, nous avons lié avec un plein succès l'ar-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Ce n'était pas en vain que je faisais mes réserves en vous adressant les couplets improvisés au banquet de la Société anatomique, et que des échos infidèles avaient apportés jusqu'à mes oreilles. L'auteur, malgré l'absence de toute prétention, réclame à bon droit contre les hérésies poétiques que je lui ai prêtées, et surtout contre l'oubli d'un nom que vous aimerez comme moi à trouver dans cette inspiration toute confraternelle. Vous dire en quoi consistent toutes les inexactitudes que j'ai commises serait aussi long que fastidieux et peut-être inintelligible. J'aime donc mieux vous donner une seconde édition corrigée de la chanson, en y joignant la charmante réclamation que notre confrère-poëte a bien voulu y joindre.

« *A monsieur le Rédacteur du* Courrier du Monde Médical.

» Monsieur et honoré confrère,

» Dans le dernier feuilleton de votre estimable journal, vous avez bien voulu reproduire, en les accompagnant de réflexions aussi bienveillantes pour le fond qu'elles étaient spirituelles dans la forme, quelques couplets composés à l'occasion de la séance annuelle de la Société anatomique, et qui tiraient leur principal mérite de la bonne volonté de leur auteur, ainsi que de son désir d'être agréable à ses collègues.

» Mais, comme vous le dites vous-même, monsieur le rédacteur, nous n'avez pu saisir qu'*au vol* cette chanson de circonstance que vous avez l'obligeance de juger trop favorablement; d'où il résulte, si vous voulez bien me permettre de continuer la métaphore, qu'une notable partie de *son plumage* s'est trouvée çà et là quelque peu compromise ; j'ajouterai même qu'elle a perdu, en cette occasion, la plus belle plume de son aile, car le nom de M. Cruveilhier, notre honorable président, ne figure plus dans son couplet terminal.

» Comme il serait possible, monsieur le rédacteur, que vous éprouviez par hasard le désir de réparer, soit dans votre esprit, soit aux yeux de vos lecteurs le dommage qu'elle a malencontreusement subi, tant à son propre détriment qu'à celui du corps médico-littéraire, je m'empresse de la mettre à votre disposition, sinon telle que je l'eusse souhaitée pour qu'elle fût digne de figurer dans vos colonnes, du moins telle qu'elle est sortie des mains inhabiles de son auteur.

» A cela elle aura bien certainement quelque chose à gagner, ne serait-ce que de se voir restituer un nom célèbre qui fait son plus bel ornement, et de se retrouver placée en quelque sorte sous le patronage de notre illustre président.

» Agréez, etc.

» Dr Eugène Forget.

» 2 février 1850. »

Société anatomique.

LA SÉANCE ANNUELLE. — CHANSON ANATOMICO-PATHOLOGI-PHYSIOLOGO-GASTRONOMIQUE.

I.

Messieurs, tantôt à la science,
En votre annuelle séance,
En de brillants comptes-rendus,
Vous avez payé vos tributs.
Il faut, déesse Anatomie,
Pour ce soir, à Gastronomie,
Concéder tes nombreux élus.
Nous ne te servons plus :
Honneur au dieu Comus!

II.

Vous que nous recherchions naguères,
Lésions aux cent caractères,
Produits d'un virus en courroux,
Eloignez-vous, éloignez-vous!
Mais vous qui garnissez la table,
Salmis d'aspect si confortable,
Qui chatouillez nos odorats.....
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas!

III.

Vous qui, répandant la jaunisse,
Rendez notre teint *pain d'épice*,

tère iliaque externe immédiatement au-dessus de l'artère épigastrique.

Des deux malades atteints dernièrement de lésion artérielle, l'un au-dessus du poignet, l'autre à la paume de la main, celui-ci a été guéri par la compression directe, bien qu'au septième jour une petite hémorrhagie se fût reproduite par une des branches artérielles de l'arcade palmaire superficielle. Celui-là avait une large et profonde plaie transversale, à deux travers de doigt au-dessus du poignet, face palmaire; l'hémorrhagie fournie probablement par l'artère radiale s'est reproduite plusieurs fois et la dernière fois si abondamment, que la mort a failli s'ensuivre. Pour en finir, nous avons fait la ligature de la brachiale à la manière d'Anel, au quinzième jour de la blessure. La guérison a eu lieu, comme on le verra plus loin.

Pourquoi avons-nous lié l'artère humérale?

Si la branche lésée était, soit l'artère radiale, soit la cubitale, ne pourrait-on pas se contenter de lier l'une ou l'autre de ces deux artères? L'expérience démontre que les nombreuses anastomoses qui relient entre elles les artères cubitale et radiale rendent presque toujours infructueuse la ligature isolée de l'une ou de l'autre de ces artères; et dans une foule de cas, la ligature de l'une de ces artères, consécutive à celle qui avait été primitivement liée, de sorte que la radiale et la cubitale se trouvaient ainsi définitivement étreintes par un fil, a néanmoins été impuissante à supprimer l'hémorrhagie, entretenue dans ce cas par le rétablissement de la circulation par les collatérales. Cette circulation collatérale se rétablit avec une extrême facilité; pour vous en convaincre, faites l'expérience suivante:

Liez sur le cadavre l'une ou l'autre artère radiale ou cubitale, ou bien les deux à la fois sur deux points rapprochés l'un de l'autre; divisez l'artère entre les deux ligatures, puis poussez une injection ordinaire par l'artère axillaire, vous verrez la matière injectée arriver tout contre les deux ligatures et conserver à l'artère au-dessus et au-dessous des ligatures son calibre ordinaire.

Aussi la ligature à la manière d'Anel, c'est-à-dire sur un lieu éloigné de la lésion artérielle, serait-elle assez souvent insuffisante si elle n'était très efficacement secondée par une compression directe et méthodiquement établie sur le point vulnéré, ainsi que nous l'avons observé chez le blessé à qui nous avons lié l'artère brachiale. Pourquoi cette compression, qui a échoué avant la ligature selon la méthode d'Anel, devient-elle efficace du moment que celle-ci a été faite? Cela tient évidemment au ralentissement de la colonne sanguine dans ses détours à travers les voies collatérales. Le choc est alors amoindri notablement, et il suffit d'une compression directe, même modérée et médiate, sur le tube artériel lésé pour opposer une barrière efficace à l'impulsion de la colonne sanguine.

Il y a quelques années, nous sommes parvenu à guérir deux anévrismes variqueux au pli du bras rien que par la compression directe modérée, et en ralentissant le cours du sang avec le compresseur-Dupuytren appliqué sur l'artère humérale à son tiers supérieur.

Après ces considérations d'ensemble et éminemment pratiques, le professeur a rappelé d'une manière analytique et cependant suffisante les faits sur lesquels il a appuyé les considérations qui précèdent, en y rattachant la physionomie spéciale à chacun d'eux, et que nous allons essayer de reproduire.

Obs. I. — *Plaie transversale de la paume de la main droite; hémorrhagie artérielle avec récidive, définitivement arrêtée par le compresseur de M. Baudens.*

D..., fusilier au 18ᵉ régiment, est entré au Val-de-Grâce le 30 décembre 1849, atteint d'une lésion artérielle de la paume de la main droite.

La veille au soir, étant à boire hors barrière, il s'est enivré, et, dans un accès de colère, il a brisé un verre sous sa main. Une plaie transversale profonde, large de 6 centimètres, située à la partie moyenne de la paume de la main, s'en est suivie, avec une hémorrhagie si abondante, qu'on n'est parvenu à l'arrêter que par une compression forte et circulaire à l'aide d'un mouchoir et d'un tampon de linge.

Quand nous avons vu le blessé, l'hémorrhagie était tarie depuis douze heures; il n'y avait pas d'engorgement notable des doigts. Nous avons respecté cet appareil, dans la crainte de la renouveler en le changeant.

Traitement. — Diète, boisson acidulée froide, repos au lit, position déclive de la main vers la racine du membre pour faciliter le retour du sang, glace en permanence sur la main et le poignet, compresse froide sur l'avant-bras. Tout va bien jusqu'au septième jour; à cette époque, le malade fait un effort, et l'hémorrhagie reparaît assez forte pour nécessiter le renouvellement du premier appareil, le sang sortait à jets artériels continus par le centre de la plaie, dont les extrémités étaient déjà en voie de cicatrisation. Un examen approfondi ne permit pas de constater la présence de fragments de verre, ainsi que cela nous était déjà arrivé peu de temps avant sur un soldat blessé dans des circonstances analogues.

La compression soit de l'artère radiale, soit de l'artère cubitale, mais surtout de la radiale, ralentissait l'hémorrhagie, sans toutefois la tarir entièrement, tandis que la compression de la brachiale au pli du bras arrêtait presque complétement l'écoulement sanguin. Nous mîmes une compresse graduée sur la partie centrale de la plaie par où le sang s'échappait; nous plaçâmes à la face dorsale de la main, sur le point diamétralement opposé, un coussin de ouate, puis sur l'une et sur l'autre une petite planchette longue de 3 centimètres sur 2 de large, et ces deux petits appareils furent maintenus fortement assujettis par un demi-cercle en acier, espèce de croissant dont l'élasticité forcée exerce une pression continue, mais non circulaire. Je veillai à prévenir la formation d'une eschare en enlevant le ressort tous les deux ou trois jours pour le porter sur un point voisin. La guérison a eu lieu sans retour d'hémorrhagie.

Si l'hémorrhagie avait reparu, j'aurais pu seconder l'action de la compression immédiate par une compression sur l'artère humérale à l'aide du compresseur de Dupuytren, et si ce moyen avait échoué, force eût été de recourir, comme dans le cas qui suit, à la ligature de l'artère humérale.

Obs. II. — *Plaie transversale à 4 centimètres au-dessus du poignet. Lésion artérielle. Hémorrhagie avec récidive. Ligature de l'artère brachiale, partie moyenne. Guérison.*

Comme dans le cas qui précède, D..., soldat au 2ᵉ régiment, était pris de vin, quand, donnant un violent coup de poing sur une bouteille, il la brisa et se fit, à 4 centimètres au-dessus de l'articulation radio-carpienne, face palmaire, une large solution de continuité, suivie d'une hémorrhagie artérielle abondante qui paraît provenir de l'artère radiale. Cette hémorrhagie avait été arrêtée, comme plus haut, par une compression médiate et circulaire. Traitement comme chez le blessé qui précède. Seulement l'hémorrhagie récidive avec une ténacité désespérante, si bien qu'il fallut appliquer, à défaut du compresseur de Dupuytren, le tourniquet de Jean-Louis Petit sur l'artère humérale, partie moyenne de l'humérus. Dès le lendemain, un œdème énorme a envahi tout le membre jusqu'à l'endroit de la compression circulaire, et sitôt qu'on desserre un peu le lien, le sang reparaît par la plaie. Le blessé était exsangue; une nouvelle hémorrhagie l'eût tué infailliblement. D'après ces considérations, nous nous décidâmes à faire sur-le-champ la ligature de la brachiale au milieu du bras.

Après avoir endormi le blessé à l'aide du chloroforme, nous découvrîmes l'artère, non sans quelque difficulté, à raison de l'engorgement œdémateux dont cette région était le siége. On sait qu'à la partie moyenne du bras le nerf médian croise l'artère pour quitter son côté externe et se porter en dedans. Ce fut précisément à l'endroit de l'entre-croisement que je fis la ligature. Le nerf, en raison de l'engorgement des parties molles, se trouvait plus profondément situé que dans l'état normal. En posant le doigt sur lui, on sentait battre l'artère si distinctement qu'il nous a fallu l'isoler et le rejeter de côté pour éviter une erreur, et cette erreur aurait pu se produire d'autant plus aisément qu'il était d'une insensibilité absolue sous l'empire du chloroforme. C'est pourquoi nous pensons que, si rien d'ailleurs ne le contre-indique, il est préférable de lier l'artère soit un peu au-dessus, soit un peu au-dessous de son entre-croisement avec le nerf.

Une autre considération pratique sur laquelle je veux encore fixer ici votre attention est la suivante:

Au lieu de découvrir, comme on le fait généralement, l'artère au moment de la lier dans une étendue de plusieurs centimètres en incisant sur une sonde cannelée la gaîne celluloGraisseuse qui la fixe aux parties voisines et constitue en quelque sorte une quatrième enveloppe artérielle, nous attachons la plus grande importance à ne faire à cette gaîne qu'une toute petite fenêtre, tout juste pour laisser passer la sonde cannelée; celle-ci doit être engagée tout doucement autour de l'artère; elle doit la contourner à l'aide de légers mouvements latéraux jusqu'à ce que, arrivée au côté opposé à son entrée, elle puisse ressortir, secondée par la pulpe du doigt indicateur, qui vient avec intelligence la recevoir, tandis que la face onguéale déprime les parties molles voisines pour faciliter sa sortie. Sans doute, en agissant ainsi les difficultés sont un peu plus grandes pour l'opérateur; mais c'est là une affaire d'habileté, ce ne peut être une objection sérieuse comparée à l'avantage si précieux d'agir sur le tube artériel en quelque sorte par la méthode sous-cutanée, de ne pas priver l'artère de ses adhérences et de ne pas rompre les vasa-vasorum.

On ne saurait apporter trop de soin dans l'introduction sous l'artère de la sonde cannelée. En 1826, j'ai vu Dupuytren lier l'artère crurale à sa partie moyenne chez un cordonnier qui s'était ouvert par accident, avec son tranchet, l'artère fémorale au tiers inférieur de la cuisse et la veine en même temps, de sorte qu'il y avait un anévrisme variqueux. En passant la sonde cannelée sous l'artère, Dupuytren blessa la veine crurale, dont il fit la ligature, et l'opéré succomba à une gangrène du membre.

Six mois plus tard, à l'hôpital du Gros-Caillou, j'ai vu le même accident arriver à M. Larrey.

Il liait l'artère fémorale à la partie moyenne de la cuisse pour un anévrisme variqueux du creux poplité produit par un coup de pointe de sabre. La veine crurale fut ouverte et liée, l'opéré périt également des suites d'une gangrène du membre pelvien.

Ces faits, dont j'ai été témoin, prouvent combien nous avons raison d'appeler votre attention sur les soins à prendre dans la ligature des artères.

On sait que l'écueil de la ligature c'est sa chute prématurée et le retour de l'hémorrhagie. Or, nous avons dit que la chute prématurée du fil reconnaît pour cause l'inflammation qui a rendu friables les parois de l'artère. Dès lors, il est évident qu'on ne saurait trop éloigner les causes de l'inflammation. Le moyen précité que nous conseillons et que nous suivons depuis vingt années concourt efficacement vers ce but. Ceux d'entre vous qui ont suivi ce blessé se rappellent que l'hémorrhagie, suspendue d'abord, s'est reproduite au poignet au septième jour de l'opération, mais qu'elle a été définitivement arrêtée sous l'influence d'une compression médiate à l'aide du ressort compresseur dont j'ai parlé plus haut.

Quant à la ligature, elle est tombée d'elle-même au quatorzième jour; elle consistait dans un simple fil de soie: la plaie était à cette époque réunie par première intention partout, excepté dans le pertuis central destiné à donner passage au fil de soie. Aujourd'hui, deux mois se sont écoulés depuis l'opération et le malade n'en conserve d'autres traces qu'un amaigrissement notable du bras d'ailleurs condamné jusqu'à ce jour au repos absolu.

Obs. III. — *Déchirure complète de l'artère fémorale par une balle; hémorrhagie au dix-neuvième jour. Compression directe, récidive, gangrène du membre pelvien. Mort.*

Le lit 9 de la salle 16 a été occupé après les événements du 24 juin 1848 par le nommé E..., soldat au 14ᵉ régiment de ligne. Ce militaire avait reçu à la cuisse droite une balle un peu au-dessous de la partie moyenne; l'entrée du plomb correspondait au muscle couturier et sa sortie en arrière au point diamétralement opposé.

Au dire du blessé, il y aurait eu au moment de sa blessure une perte de sang assez notable, que le chirurgien de son corps aurait arrêtée par une compression à l'aide d'une pyramide de compresses et d'une bande roulée.

A la levée de l'appareil, quarante-huit heures plus tard, l'hémorrhagie ne s'était pas reproduite, et, la tuméfaction de la cuisse au-dessous de la plaie n'ayant pas permis de distinguer les battements artériels, on conserva des doutes sur la lésion artérielle.

Traitement.—Bandage roulé sur le membre, position déclive, glace; au quatorzième jour, hémorrhagie assez abondante arrêtée par le chirurgien de garde en appliquant le tourniquet circulaire de Jean-Louis Petit sur la branche horizontale des pubis. Le tourniquet est enlevé après trente-six heures, et quatre jours plus tard survient une nouvelle hémorrhagie. A la visite du matin, le lendemain, je me proposais de lier l'artère iliaque externe, mais des traces de gangrène disséminées par plaques sur le membre pelvien s'y opposèrent; la position du blessé était même si critique qu'il ne fallait pas songer à l'amputation; en effet, dès le lendemain il expira.

A l'autopsie, on constata une division complète de l'artère. Le bout supérieur et le bout inférieur avaient subi une si grande rétraction qu'un espace de quatre travers de doigt au moins les tenait écartés l'un de l'autre. Le bout supérieur était solidement cicatrisé. Un caillot de 3 à 4 centim., remontant jusqu'à la naissance d'une branche collatérale, protégeait la cicatrice contre le choc de la colonne sanguine. Une injection poussée avec violence fut impuissante pour la rompre. Quant au bout inférieur, l'ouverture béante contenait un caillot sanguin rouge à moitié renfermé dans ce tube, à moitié en dehors du vaisseau. L'injection faite par l'artère iliaque externe s'échappait avec une grande facilité par ce bout inférieur, qui, à n'en pas douter, avait entretenu les hémorrhagies consécutives.

Je regrette de n'avoir pas employé chez ce blessé la compression à la manière de Dupuytren. Un compresseur aurait pu être appliqué sur la branche des pubis modérément, afin de briser l'impulsion de la colonne de sang et d'en ralentir le cours. L'autre aurait pu agir directement sur le bout inférieur par une compression médiate. Il est à regretter que l'arsenal des hôpitaux militaires ne soit pas doté de ces compresseurs, dont l'avantage est incontestable.

De ce fait, il ressort un triple enseignement:

1° L'absence d'hémorrhagie, ou du moins la possibilité de la réprimer aisément quand les artères ont été déchirées complétement par une balle, et cela d'après un mécanisme analogue

---

Foies engorgés, foies cancéreux,
Pouah! cachez-vous loin de nos yeux!
Mais vous que Chevet assaisonne,
Que tout gourmet ambitionne,
Foies farcis, foies truffés, foies gras.....
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas!

IV.

Kyste ou clapier, d'infecte approche,
Qui renfermez dans votre poche
Des hydatides ou des poux,
Eloignez-vous, éloignez-vous!
Mais vous dont la coque mollette
Contient cervelle à la poulette,
Croquette aux fumets délicats.....
Ne vous éloignez pas,
Ne vous éloignez pas!

V.

Sang putride, humeurs sanieuses,
Vous dont les odeurs nauséeuses,
Aux poumons excitent la toux,
Eloignez-vous, éloignez-vous!
Mais vous, divin jus de la treille,
Blanc nectar et liqueur vermeille,
Qui confortez nos estomacs.....
Ne vous éloignez pas,
Et ne tarissez pas!

VI.

Censeurs au minois de vampire,
Qui ne sauriez jamais sourire,
Si vous vous trouvez parmi nous...
Déguisez-vous, éloignez-vous!
Mais vous qui, réglant la science,
Par votre aimable présidence,
Lui prêtez de nouveaux appas.....
Cruveilhier, d'ici-bas
Ne vous éloignez pas!

Dr Eugène F....T.

Association générale des médecins de Paris. — Ont été réélus pour l'année 1850: M. Orfila, président; MM. Fouquier et Adelon, vice-présidents.

La commission générale est composée de MM. les docteurs dont les noms suivent:

1ᵉʳ arrondissement, MM. Andrieux, Chérest, Livois, Deschamps; 2ᵉ, Soula, Vidal (de Poitiers), Dufour (de Villefranche), Piet; 3ᵉ, Moreau, Toirac, Trèves, Bergeron; 4ᵉ, Léger-Fleurus, Longueville, Godard, Bonvallet; 5ᵉ, Campardon, Poultier, Renaut, Pluche; 6ᵉ, Bertrand, Paguégny, Ledeschault, Nicot; 7ᵉ, Patissier, Rigaud, Duclos, Vasseur; 8ᵉ, Augouard, Maurue, Belhomme, Brière de Boismont; 9ᵉ, Boullard, Deville, Chailly, Charpentier; 10ᵉ, Levaillant, Labric, Porre, Cazeaux; 11ᵉ, Régnier, Vasseur, Gasnault, Tardieu; 12ᵉ, Devilliers, Bois-Duval, Ménière, Rousseau.

à celui qu'on remarque dans les plaies par arrachement. En effet, qu'une balle porte en plein sur une artère, celle-ci, par le fait de son élasticité, cède, s'allonge et finit par se déchirer; mais ses trois tuniques ne se rompent pas en même temps. La tunique interne et la tunique moyenne, plus friables, se rompent les premières, et en se fronçant elles ferment le calibre du vaisseau; puis la tunique celluleuse est rompue; et revient violemment s'appliquer sur les deux autres. Pour peu alors qu'un état syncopal survienne, un caillot a le temps de se déposer jusqu'à la hauteur de la première artère collatérale, et si celle-ci est à une distance de 3 à 4 centimètres de la solution de continuité de l'artère, le caillot sera très heureusement disposé pour prévenir l'hémorrhagie en résistant au choc de la colonne sanguine. Quelques jours plus tard, la portion de l'artère tranchée par la balle se détachera sous forme d'escbare, et alors surgiront de nouvelles chances d'hémorrhagies, comme cela s'est présenté chez notre blessé.

2° Je ne sache pas qu'un écartement aussi notable que celui que nous avons rencontré ait encore été signalé; il est bon cependant de savoir que ce fait peut se reproduire, sans quoi le chirurgien qui, dans un cas analogue, voudrait lier le bout supérieur et le bout inférieur d'une artère divisée, pourrait être fort embarrassé et se trouver même dans l'impossibilité de mener à bien son opération.

3° La cicatrisation du bout supérieur, tandis que le bout inférieur a continué à fournir une hémorrhagie qui finalement a abouti à la mort, démontre tout le parti qu'on aurait pu tirer des compresseurs de Dupuytren, et en même temps le facile établissement de la circulation par les branches collatérales fait, à mon sens, un précepte rigoureux de porter sur un point fort élevé la ligature quand on a recours à la méthode d'Anel, sous peine de voir l'hémorrhagie se reproduire. Ce précepte, nous l'avons mis en usage chez le blessé qui fait le sujet de l'observation qui suit.

Obs. IV. — *Coup de feu à travers la partie moyenne de la cuisse. Lésion de l'artère crurale. Hémorrhagies consécutives. Ligature de l'artère iliaque externe. Guérison.*

Un soldat, blessé lors des événements du 24 juin 1848, par une balle qui lui avait traversé la cuisse d'avant en arrière à sa partie moyenne et sur le trajet du muscle couturier, a été porté à l'Hôtel-Dieu, où il est resté douze jours, après lesquels il a été évacué sur le Val-de-Grâce, dans le service de M. Larrey. Le blessé n'avait qu'un simple appareil; et bien que la blessure fût sur le trajet de l'artère crurale, il n'était pas trop permis de s'occuper sérieusement de sa lésion. Cependant, six jours plus tard apparut une hémorrhagie assez sérieuse, que le chirurgien de garde parvint à arrêter, à l'aide d'une compression directe et d'une bande circulaire, par la position déclive du membre et par la glace. Quatre jours après, une nouvelle hémorrhagie beaucoup plus abondante survint. Il était midi; le chirurgien de garde me fit appeler; le blessé était exsangue, dans un état de syncope voisin de la mort. Je fis sur-le-champ, aidé du chirurgien de garde et de M. le professeur Marchal, la ligature de l'artère iliaque externe d'après le procédé de Bogros, afin de lier l'artère immédiatement au-dessus de l'artère épigastrique et au-dessous de cette branche collatérale. Je me rappelle que, dans les derniers temps de l'existence de Béclard, je lui ai vu faire, à l'Ecole pratique, une ligature de l'artère iliaque externe, et que son opéré mourut d'une hémorrhagie survenue le dix-huitième jour, au moment de la chute du fil. L'autopsie démontra que le lien avait été placé immédiatement sous l'artère épigastrique. Le caillot, qui n'occupe jamais que l'espace compris entre le fil et la naissance de la première artère collatérale, n'avait pu se former, et on attribuait généralement l'hémorrhagie à l'absence du caillot. Cette opinion a prévalu aujourd'hui, et il faut en tenir grandement compte dans l'importante question des lésions artérielles. Voilà pourquoi je préfère ici à tout autre mode opératoire le procédé de Bogros. Dans ce cas, comme je le fais toujours, j'ai eu soin de n'inciser la tunique d'enveloppe cellulo-graisseuse que tout juste pour donner un passage à ma sonde cannelée. L'artère a été saisie et comprimée par un fil de soie. Le fil est tombé le dix-septième jour; deux mois plus tard, le blessé est sorti de l'hôpital du Val-de-Grâce, ne conservant qu'un amaigrissement du membre, toutefois assez notable.

HOPITAL COCHIN. — M. Nonat.

Du phlegmon des ligaments larges.

(*Voir* n° du 26 février.)

Le phlegmon des ligaments larges peut être confondu avec la métrite, les tumeurs stercorales, certains kystes de l'ovaire, et dans quelques cas avec le phlegmon des fosses iliaques.

Ainsi, il est des circonstances où le phlegmon des ligaments larges remontant jusque dans la fosse iliaque, et réciproquement le phlegmon des fosses iliaques descendant jusque dans l'intérieur du bassin, le toucher vaginal et hypogastrique pourrait laisser des doutes. Mais ces exemples sont rares, et l'on parvient presque toujours à les distinguer, malgré cette circonstance.

Lorsque le phlegmon des ligaments larges succède à l'accouchement, que la matrice est encore considérablement dilatée, qu'elle proémine avec ses ligaments et ses organes accessoires dans les fosses iliaques, il peut y avoir quelque difficulté dans le diagnostic; mais elle sera bientôt dissipée, car la matrice ne tarde pas à s'abaisser, et les ligaments larges et les accessoires qu'ils contiennent redescendent également avec elle; et, la tumeur développée dans leur intérieur suivant leur mouvement d'abaissement, la difficulté de diagnostic occasionnée par le déplacement momentané de l'organe malade disparaît avec la cessation de cette anomalie.

La métrite peut également être confondue avec le phlegmon des ligaments larges lorsque la tumeur, développée dans l'intérieur de ces ligaments, est adossée à l'utérus et fait corps avec lui. Mais avec un peu d'attention, il est facile d'échapper à cette cause d'erreur.

En effet, si la matrice elle-même est engorgée, elle le sera également des deux côtés; car je n'ai jamais eu occasion d'observer ces exemples d'engorgements partiels dont parlent les auteurs. Si la proéminence que l'on observe est due à un changement de position de la matrice, il est facile de le constater par l'inspection du museau de tanche, dont la direction est également déviée.

Lorsque la tumeur est unique et occupe un seul ligament large, on trouve, par l'exploration avec le doigt, un obstacle qui empêche de pénétrer plus profondément dans le cul-de-sac vaginal, qui est parfaitement libre de l'autre côté.

La constatation est très facile lorsqu'il y a un certain espace entre la tumeur et la matrice.

Les tumeurs stercorales sont beaucoup moins dures, et donnent une sensation d'empâtement qu'on ne trouve pas dans celles qui proviennent de l'inflammation des ligaments larges.

Le phlegmon des ligaments larges à l'état aigu peut se terminer de trois manières différentes :

1° Par résolution, et lorsque la malade est soumise à temps à un traitement convenable. Ce mode de terminaison est le plus fréquent;

2° Par suppuration, principalement lorsqu'il survient à la suite de couches;

3° Enfin, il peut passer à l'état chronique, et se prolonger ainsi indéfiniment.

Le phlegmon des ligaments larges peut-il dégénérer en squirrhe, en cancer? Ces tumeurs enkystées qu'on retrouve quelquefois dans les tissus des ligaments larges, doit-on leur donner pour cause l'inflammation des ligaments larges? Cette question n'est pas encore bien élucidée, et réclame de nouvelles observations. Le phlegmon passé à l'état aigu ou à l'état chronique laisse une tumeur plus ou moins indurée et semblable à celle qu'on observe à la suite de tous les engorgements inflammatoires passés à l'état chronique.

On conçoit la possibilité de la terminaison par gangrène. Je n'en ai cependant pas vu d'exemple.

Lorsque le phlegmon doit se terminer par résolution, l'intensité des symptômes généraux diminue peu à peu; puis le toucher vaginal et hypogastrique vient confirmer le diagnostic, on sent de jour en jour la tumeur diminuer de la circonférence au centre, et enfin elle disparaît complétement.

Lorsque la maladie passe à l'état chronique, la fièvre, la douleur diminuent, ainsi que les autres symptômes généraux, mais la tumeur persiste. La douleur, la fièvre peuvent même cesser complétement, et la tumeur augmenter néanmoins de volume.

Le mode de terminaison par suppuration se présente le plus souvent lorsque le phlegmon est survenu à la suite des couches. Lorsque l'inflammation se termine ainsi, le pronostic est fort grave en général, et la vie de la malade dépend de l'issue par laquelle le pus s'échappera. On le reconnaît aux signes suivants: la malade éprouve un frisson qui se répète pendant plusieurs jours et plusieurs fois en vingt-quatre heures, en même temps qu'une sensation de pesanteur dans les parties enflammées; la douleur et la chaleur augmentent d'intensité, et le toucher vaginal et hypogastrique dénote la fluctuation. Ce dernier phénomène n'est pas toujours facile à constater au début de la suppuration et lorsqu'elle marche du centre à la circonférence; dans ce cas elle ne se manifeste souvent que par un peu de rénitence; mais l'incertitude dure peu, et la fluctuation ne tarde pas à devenir évidente par suite des progrès de la maladie. L'abcès qui en est le résultat peut acquérir quelquefois un volume considérable, repousser la matrice, descendre dans l'intérieur du bassin et remonter par son extrémité supérieure dans l'hypogastre à quelques travers de doigt de l'ombilic. On a vu de ces tumeurs présenter le volume d'une tête d'enfant. Une fois l'abcès formé, le pus peut séjourner pendant une période de temps plus ou moins longue ou se donner immédiatement issue au dehors; et, suivant que le siége de l'inflammation est à droite ou à gauche, suivant la marche de la suppuration, le pus peut se faire jour à travers les parois de tel ou tel organe ou viscère et donner lieu à un pronostic plus ou moins grave. Ainsi, lorsque le pus s'écoule par le vagin, la vessie, on peut espérer la guérison dans la majorité des cas; lorsqu'il se fait jour à travers les parois de l'abdomen sans épanchement dans la cavité du péritoine, soit que des adhérences se soient formées entre les feuillets de cette membrane, soit que celle-ci ait été refoulée en haut par la tumeur, on peut également espérer une terminaison favorable. Lorsque l'abcès s'ouvre dans l'intestin, le pronostic devient beaucoup plus grave, principalement si c'est dans le rectum, ce qui peut avoir lieu lorsque la tumeur a son siége à gauche ou dans l'S iliaque; le cœcum seul fait exception à cette règle, et encore les chances sont-elles moins favorables que dans le cas d'écoulement par le vagin et la vessie. Mais lorsque l'issue se fait à travers les parois de l'abdomen avec épanchement entre les feuillets du péritoine, la péritonite se déclare et la mort suit immédiatement.

On peut reconnaître, à l'aide de signes certains, que l'abcès est ouvert et que le pus s'écoule par telle ou telle issue.

Lorsqu'on explore la tumeur par le toucher, on trouve qu'elle a diminué de volume. Lorsque l'issue a lieu par le vagin, on sent facilement l'ouverture avec le doigt. Si les parois de la matrice ont été perforées, à l'aide du spéculum et en pressant sur la tumeur, on voit le pus sortir par l'orifice du canal utérin. Si l'écoulement a lieu par la vessie, les urines sont mélangées de pus; si c'est par l'intestin, on voit tout à coup survenir des selles fréquentes, et on constate la présence du pus dans les matières fécales. Enfin, dans le cas où le gros intestin a été perforé, l'ouverture est ordinairement mal formée, l'écoulement se fait difficilement, il y a stase de pus et, par suite, inflammation du gros intestin, coliques violentes, diarrhée, augmentation de fièvre, et la mort survient, dans la plupart des cas, au bout d'un temps plus ou moins long.

Le phlegmon se termine le plus souvent par suppuration lorsqu'il survient dans les six premiers jours de l'accouchement; après cette époque, il devient moins dangereux, et l'on peut, dans la majorité des cas, obtenir la résolution. Le volume de la tumeur, suivant qu'il est plus ou moins considérable, donne plus ou moins de gravité au pronostic. L'intensité de la réaction est d'un augure encore plus fâcheux, et on doit faire craindre la terminaison par suppuration. J'ai vu souvent des tumeurs d'un volume considérable céder et disparaître complétement sans amener de suppuration, lorsque la réaction n'était pas trop forte; du reste, ce dernier mode de terminaison s'est rarement offert à moi, et seulement dans les cas où l'abcès était déjà formé lors de l'entrée des malades à l'hôpital.

Le phlegmon des ligaments larges peut passer, comme nous l'avons dit, de l'état aigu à l'état subaigu ou chronique, ce qui arrive ordinairement lorsqu'à l'état aigu il n'a pas été traité par des moyens suffisants. D'autres fois, dès son origine il affecte la forme subaiguë ou chronique. Dans ce dernier cas, les causes du phlegmon sont les mêmes; seulement elles agissent avec moins d'énergie. Nous avons déjà parlé de ces causes assez longuement pour ne pas être forcé d'y revenir.

Il est facile de distinguer ces différentes formes. Ainsi, dans le phlegmon subaigu, nous retrouvons les mêmes symptômes que dans le phlegmon à l'état aigu; seulement ils présentent beaucoup moins d'intensité. La douleur est moins forte, et ne se fait sentir souvent qu'à la pression. Dans d'autres circonstances, la douleur est intermittente; elle cesse dans l'intervalle des menstrues pour revenir à cette époque. Souvent elle est réveillée par la marche, par l'exercice des organes génitaux, par les émissions d'urine, et enfin par toutes les circonstances ayant pour effet d'imprimer des mouvements à la partie malade. Cet état peut se prolonger pendant plusieurs années; dans ce cas, il se forme un engorgement chronique passant de temps en temps à l'état subaigu. De même que la douleur peut être en quelque sorte intermittente, elle peut aussi se faire sentir constamment. Lorsque le phlegmon est à l'état chronique, la douleur disparaît, et quelquefois la malade porte depuis longtemps une affection de ce genre sans qu'elle ait jamais éprouvé un sentiment de souffrance. Mais, le plus ordinairement, les accidents de l'état subaigu se montrent de temps à autre, et révèlent l'existence de la maladie.

Le phlegmon des ligaments larges à l'état chronique a occasionné souvent des douleurs s'irradiant dans les parties voisines de la tumeur et jusque dans le sein et les membres supérieurs, et ces symptômes l'ont fait confondre souvent avec les névralgies utérines, et il est même arrivé dans ce cas que, croyant remédier à cette dernière affection, on a pratiqué la section du col de la matrice : j'ai eu occasion d'observer un fait semblable sur une malade entrée à la suite de l'opération dans mon service.

D'autres fois la douleur affecte la forme rhumatismale, et, après avoir duré fort longtemps en présentant ce caractère, elle devient tout d'un coup très violente en même temps que tous les signes du phlegmon aigu apparaissent.

Enfin, il est des circonstances où la malade éprouve dans les membres de l'engourdissement, et j'ai vu ce phénomène poussé au point de rendre les mouvements presque impossibles et de déterminer une paralysie à peu près complète dans l'un des côtés du corps; d'autres fois la paralysie ne se développe que dans les deux membres inférieurs ou dans celui qui correspond au côté qui est le siége de la tumeur. Et ces caractères sont tellement tranchés dans certaines circonstances qu'ils peuvent faire penser à une maladie de la moelle épinière. J'ai eu à traiter une jeune femme chez laquelle une méprise de ce genre a été commise.

En outre des phénomènes que nous venons de passer en revue, l'engorgement subaigu et chronique des ligaments larges peut occasionner des troubles dans les fonctions digestives, troubles qui se manifestent ordinairement par la constipation, quelquefois par la diarrhée, des nausées et des vomissements. La tumeur exerçant en outre une certaine pression sur la vessie, la malade éprouve un besoin plus fréquent d'uriner, et les contractions de cet organe sont souvent accompagnées d'une douleur assez violente qui se propage quelquefois jusque dans le canal de l'urètre.

Les fonctions de l'utérus sont également troublées, et, comme nous l'avons déjà vu, les menstrues se font ordinairement d'une manière irrégulière. Ainsi, les époques de menstruation peuvent être rapprochées ou éloignées, et les pertes, peu abondantes dans certains cas, peuvent dans d'autres constituer de véritables hémorrhagies. Ces troubles occasionnent le plus souvent une recrudescence dans la douleur, qui disparaît de nouveau lorsque le flux menstruel a cessé. Des flueurs blanches se montrent également avant et après les règles. Tous ces phénomènes qui s'observent dans le phlegmon à l'état subaigu peuvent ne pas exister dans le phlegmon à l'état chronique, et nous avons dit plus haut que l'existence de celui-ci n'est souvent constatée par aucun trouble fonctionnel, par aucune douleur, et on a vu dans certaines circonstances les malades porter une tumeur dont la formation remontait à des années sans qu'elles aient jamais été incommodées.

La femme atteinte de l'inflammation chronique des ligaments larges peut-elle concevoir dans cet état? Cela ne nous paraît pas douteux, et nous pouvons citer à l'appui de notre opinion l'exemple authentique d'une malade entrée dans notre service pour une tumeur d'un volume considérable et datant de dix-huit mois. Cette femme n'était plus réglée depuis trois mois. J'entrepris le traitement; la tumeur, au bout de deux mois, avait considérablement diminué, et je pus constater par suite de cette amélioration une grossesse datant de cinq mois. Un autre cas analogue s'est encore offert récemment à mon observation. Ainsi, quoique rares, ces exemples nous prouvent que la conception peut avoir lieu pendant la durée de la phlegmasie des ligaments larges.

La tumeur dans le phlegmon des ligaments larges peut être double, c'est-à-dire qu'il peut en exister une dans chacun de ces ligaments; elle peut aussi n'exister que d'un seul côté, et

c'est ce qui arrive le plus souvent. Elle peut également avoir son siége dans la partie supérieure ou inférieure. Elle peut aussi, comme nous l'avons vu, être séparée de l'utérus ou faire corps avec lui, et par cette raison elle est tantôt mobile, tantôt immobile; mais elle est presque toujours ramenée à ce dernier cas lorsqu'elle marche vers la résolution et qu'elle a par conséquent diminué de volume.

La tumeur, en augmentant de volume, peut entraîner la matrice dans différentes directions, selon qu'elle s'étend au-dessus ou en arrière de cet organe. Ainsi, l'utérus est repoussé en arrière et dans l'excavation du bassin, lorsque, ce qui arrive bien rarement, la tumeur s'étend entre cet organe et la veine; quand elle se porte, au contraire, vers la cloison utéro-rectale, elle peut donner lieu à un engorgement du tissu cellulaire situé en arrière de l'utérus, et le repousser en avant, tandis que le péritoine est refoulé en haut. Dans le premier cas, elle donne lieu à une rétroversion; dans le second, à une antéversion, et ces deux phénomènes viennent aider à la précision du diagnostic. Lorsque la tumeur se développe à droite, elle peut repousser l'utérus à gauche, dans l'excavation du bassin, et réciproquement. Le col de l'utérus obéit à ces déplacements, et il est toujours facile de les constater à l'aide du toucher. Lorsque la tumeur n'entraîne pas de déplacement de l'utérus, c'est, comme nous l'avons dit plus haut, à l'aide du toucher que l'on parvient à la différencier. En effet, il existe ordinairement et on peut sentir avec le doigt une rainure qui détermine le point de contact de la tumeur et de la matrice; et, dans le cas de tumeur double entourant l'utérus de tous côtés, l'existence de cette rainure fournit un excellent caractère.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 février 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Ophthalmie purulente.

Après la lecture du procès-verbal, M. Larrey donne des nouvelles des deux malades dont il a entrenu la Société dans la dernière séance, et qui étaient entrés au Gros-Caillou pour une ophthalmie purulente. L'un et l'autre sont hors de danger; mais chacun d'eux a perdu à peu près la vue de l'œil qui avait été atteint, et ce fâcheux résultat n'était que trop prévu. Les accidents primitifs n'ont cessé que pour faire place à des lésions secondaires. Ainsi, chez le premier malade, une ulcération perforante de la cornée s'est compliquée d'adhérences et de procidence de l'iris, d'hypopion et de kératomalaxie. Chez le second malade, le chémosis péricornéal a déterminé aussi le ramollissement et la suppuration interlamellaire de la cornée, sans perforation, mais en donnant lieu à un staphylome, qui, suivant toute probabilité, suivra un développement progressif.

Il est heureux encore, ajoute M. Larrey, que dans ces deux cas l'œil n'ait pas été vidé de ses humeurs et ne se soit pas atrophié, comme on pouvait le craindre.

Aucun nouveau cas d'ophthalmie purulente ne s'est d'ailleurs présenté dans la garnison de Paris; et ainsi que nous l'avions espéré, cette redoutable maladie est restée à l'état sporadique.

Correspondance.

M. BOYS DE LOURY, secrétaire-général de la Société de médecine de Paris, demande la suite des fascicules de la Société de chirurgie, dont il est chargé de faire l'analyse, et il exprime la pensée d'entretenir toujours les bonnes relations établies entre les deux sociétés.

La suite des fascicules sera envoyée à la Société de Médecine avec la réponse qu'il est convenable de lui adresser.

— Les rédacteurs d'un journal intitulé l'*Emancipation de l'enseignement, journal de l'instruction publique à tous les degrés*, adressent une lettre dans laquelle ils indiquent les avantages inhérents à toute société bien organisée, et l'utilité de passer en revue les résultats les plus importants obtenus par les principales associations savantes de Paris. Ils demandent, en considération de ces vues d'intérêt général, 1° le dernier compte-rendu des travaux de la Société de Chirurgie; 2° la liste des membres de la Société.

Réponse sera faite avec envoi des pièces demandées; et sur la proposition de l'un des membres (M. Vidal), les statuts de la Société seront joints à cet envoi.

Cal volumineux et difforme d'une fracture ancienne du col du fémur.

M. GIRALDÈS présente une pièce anatomique recueillie à l'hôpital de la Clinique chez un malade dont voici l'observation succincte:

Cet homme, âgé de trente-neuf ans, ancien infirmier à l'hôpital maritime de Brest, avait fait autrefois une chute sur la hanche droite; il est entré à la Clinique pour une claudication existant depuis huit ans, et surtout pour un gonflement œdémateux des deux extrémités inférieures, celle du côté droit offrant cette tuméfaction à un degré beaucoup plus prononcé que celle du côté gauche. Cette partie est difforme, raccourcie, déviée de sa direction normale et tournée dans la rotation en dehors. L'augmentation considérable de l'œdème empêchait d'explorer l'articulation de la hanche, et avait envahi tout le scrotum. Un abcès sous-cutané très étendu avait compliqué cet état; il fut ouvert, et il survint une péritonite à laquelle le malade succomba.

L'autopsie a fait voir les altérations suivantes: un engorgement des ganglions lombaires, volumineux, comprimant les vaisseaux veineux, et un œdème induré du tissu cellulaire du bassin.

Le fémur du côté droit est terminé par une masse osseuse très considérable, ayant la forme d'une pyramide dont la base correspond à la fosse iliaque externe. Cette masse irrégulière est constituée par des tubercules, des stalactites osseuses, qui semblent se détacher du fémur. Elle présente une base concave s'adaptant à la convexité de la fosse iliaque, et glissant sur elle au moyen d'une membrane synoviale de nouvelle formation. On trouve dans cette cavité la tête du fémur entièrement séparée de son col, dépouillée de ses enveloppes fibreuses, de son cartilage, de son périoste, réduite à l'état de nécrose ou du séquestre, et logée dans une espèce de capsule creusée au milieu de la tumeur osseuse.

Cette pièce représente, selon M. Giraldès, une ancienne fracture complète du fémur, compliquée d'un déplacement considérable qui a ainsi donné lieu à la formation de cet énorme cal.

M. MAISONNEUVE dit avoir vu à Bicêtre un malade chez lequel, à la suite d'une double luxation des deux articulations scapulo-humérales, se développèrent d'énormes stalactites osseuses qui remplirent les aisselles en déterminant l'immobilité complète des deux bras.

M. DEMARQUAY a eu occasion de voir dernièrement une pièce anatomique qui se rapporte à une fracture du col du fémur. Des stalactites se sont développées consécutivement dans la disposition que voici: ces jetées osseuses de nouvelle formation se sont déposées à la partie antérieure et à la partie postérieure du fémur, en se portant du côté du bassin en avant et en arrière, de telle sorte que le malade était assis sur ces dépôts d'ossification, qui servaient également de point d'appui au mouvement du bassin.

M. GIRALDÈS rappelle que l'histoire des stalactites osseuses a été bien décrite, et il croit qu'il s'agit ici d'autre chose que de stalactites. C'est, pour lui, un véritable cal enveloppant toutes les parties qu'il vient de montrer. Le fémur, remonté ainsi sur la face externe de l'os iléon, était entouré de franges synoviales; et ce qui lui paraît curieux surtout, c'est la disposition de la tête complétement séparée de l'os et nécrosée.

M. Giraldès regrette de n'avoir pas pu disséquer lui-même cette pièce anatomique, qui a été détachée avec trop de précipitation par l'interne chargé de l'autopsie; mais il sera possible encore d'apprécier avec plus de soin les altérations profondes.

M. MICHON ne conteste pas que cette pièce ne soit très intéressante; mais il pense que, avant d'examiner la question de savoir s'il s'agit ou non de stalactites, on devrait connaître exactement les diverses circonstances qui manquent aux éléments de la discussion. Ainsi, les antécédents du malade, les conditions primitives de la fracture, en établissant un diagnostic fondé sur la symptomatologie, auraient permis de constater tout d'abord le degré de raccourcissement du membre, sa déviation et les autres signes utiles à connaître pour en déduire des conséquences plus justement applicables aux lésions secondaires.

Nous savons tous, dit M. Michon, que certaines maladies des os se compliquent de fractures ou se terminent par cet accident. C'est pourquoi, dans le cas présent, il était nécessaire de savoir si l'œdème du membre ne devait pas être attribué à une altération organique du fémur, si la partie inférieure du séquestre n'était point malade, si l'ascension de l'os vers le bassin n'était pas due à un état d'hypérémie; si, enfin, les divers caractères anatomiques indiqués par M. Giraldès ne seraient point dus à une autre lésion que celle dont il a parlé. M. Michon demande, en un mot, que l'histoire de la maladie soit jointe à l'anatomie pathologique, en complétant celle-ci par un examen qui mette les parties cachées à découvert.

M. GIRALDÈS reconnaît la justesse des réflexions faites par M. Michon; mais il est en mesure d'y répondre.

Le malade, comme il l'a dit, est entré à l'hôpital pour s'y faire traiter de la difformité qu'offrait surtout l'un de ses membres inférieurs par son volume énorme. On y voyait des traces multiples de ventouses scarifiées, des points fistuleux profonds, et on constatait quelques autres signes dont il a parlé. Il ne doute pas que la fracture n'ait été le point de départ de la maladie, et il fait observer que dans le développement de l'ostéite les os augmentent en effet de volume, mais ne forment jamais une masse aussi régulière que celle-ci. De plus, le déplacement du trochanter résultait évidemment d'une fracture qui s'est trouvée enclavée dans tous ces tissus.

M. Giraldès admet d'ailleurs la nécessité d'une préparation anatomique plus complète, sans accorder autant de portée aux objections que lui a faites son honorable collègue.

M. MICHON répète qu'il a voulu seulement signaler l'insuffisance de l'anatomie pathologique pour expliquer d'une manière satisfaisante le fait qui s'y rattache.

M. LOIR aurait quelques réflexions à faire sur la formation des stalactites et sur l'appréciation des symptômes primitifs ou consécutifs dans le cas actuel; mais il y renonce pour ne pas prolonger cette discussion.

Troubles prolongés de l'innervation par l'emploi du chloroforme.

M. MICHON communique le fait suivant relatif aux effets du chloroforme.

Il s'agit d'une jeune fille à laquelle il a appliqué hier plusieurs raies de feu sur le genou pour une tumeur blanche de l'articulation; mais afin de lui épargner la douleur il a eu soin de la soumettre à l'inhalation du chloroforme, sans en porter la dose jusqu'à un résultat complet; de telle sorte que la malade a conservé un peu de sensibilité sous l'action du cautère actuel.

Mais après la visite de M. Michon, cette jeune fille, revenue à elle, resta pendant trois heures et demie dans un état d'insensibilité absolue; elle aurait été pincée, piquée, meurtrie, sans témoigner la moindre douleur; elle était immobile, et elle avait les yeux fixement ouverts, avec des hallucinations de la vue, comme dans l'extase. C'est ce dont elle retrouva elle-même le souvenir; mais interrogée à l'effet de savoir si antérieurement elle n'aurait pas eu quelques accidents nerveux, elle assura n'en avoir jamais éprouvé.

M. Michon ne cite qu'en passant cette observation, qui a été recueillie avec soin par son interne, et qu'il pourra d'ailleurs communiquer plus complétement à la Société de Chirurgie.

La séance est levée avant cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

M. le docteur Wertheim, connu par ses travaux sur l'hydrothérapie, mode de traitement introduit par lui à l'hôpital de Saint-Louis, auquel la médaille d'honneur a été décernée pour le dévouement dont il a fait preuve pendant l'épidémie de choléra, vient de recevoir de la reine d'Espagne la croix de chevalier de l'ordre royal d'Isabelle.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 7 MARS 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — No 29.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 6 MARS 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie semble avoir voulu réparer aujourd'hui le temps absorbé par les comités secrets qui se sont succédé sans interruption pendant les dernières séances.

Après une courte allocution de M. le secrétaire perpétuel sur les décisions de la commission du prix d'Argenteuil, la parole a été donnée à M. Danyau, qui a lu une note intéressante sur un point tout spécial de pratique obstétricale, le mode d'application du forceps dans les présentations de la face. Nous n'avons pu apprécier que l'esprit général de ce travail rempli de détails techniques minutieux, et nous nous proposons d'y revenir lorsqu'un rapport en sera fait à l'Académie. Nous pouvons dire seulement qu'il est digne de la réputation de praticien éclairé et de critique judicieux que M. Danyau s'est justement et depuis longtemps acquise.

A M. Danyau a succédé M. Piorry, qui a exposé d'une manière succincte quoique complète, et en termes extrêmement convenables, la doctrine médicale qu'il cherche à faire prévaloir, et sur laquelle il s'efforce depuis quelque temps d'appeler une discussion publique au sein de l'Académie. M. Rochoux a seul répondu à cet appel, et encore n'a-t-il envisagé la question que sous un de ses points de vues, celui de l'existence de l'âme, que M. Piorry admet comme un des éléments principaux de sa doctrine. La discussion sur ce point-là aurait suffi, il est vrai, pour occuper bien des séances ; mais l'Académie, consultée à propos par M. Piorry, a refusé la discussion dont on la menaçait. M. Piorry s'est ainsi tiré avec esprit de la situation assez peu aisée où M. Rochoux avait cherché à le placer. Nous ne pouvons que féliciter l'Académie de la décision qu'elle a prise à ce sujet. Mais en dirons-nous de même du silence avec lequel elle a accueilli les provocations scientifiques du savant académicien? Nous ne le saurions sans mentir à notre conviction. Nous n'avons jamais été partisan de la doctrine générale de M. Piorry; nous ne le sommes point encore. Mais nous sommes loin de méconnaître les services que ce professeur a rendus à la science par sa sagacité et par un travail infatigable, deux qualités qui percent à chaque page dans le volumineux ouvrage qu'il vient de mettre au jour. Nous sommes loin de méconnaître surtout l'utilité qu'aurait une discussion approfondie sur la doctrine exposée et défendue avec tant de conviction dans cet ouvrage. M. Piorry l'a proclamé hautement hier : il est de l'Ecole de Paris, et son but est de défendre cette école contre ce qu'on appelle les vitalistes et à la fois contre ceux qui l'accusent de matérialisme. Or il ne faut point se le dissimuler, M. Piorry a dit la vérité. Il est certain que sa doctrine est la personnification exagérée, il est vrai, mais logique, de ce qu'on appelle l'Ecole de Paris ; il est certain que ceux qui se croient le plus éloignés des idées de M. Piorry s'en rapprochent à beaucoup d'égards sans trop s'en douter, comme lui-même n'est que l'élève de Broussais, qu'il combat cependant dans bien des endroits. Pour résumer en deux mots la doctrine de M. Piorry, de Broussais et de l'Ecole de Paris : la maladie est toute dans l'état organique, c'est-à-dire dans les modifications anatomiques des organes. M. Louis, par exemple, qui se croit l'antipode de Broussais, fait consister presque exclusivement la fièvre typhoïde dans l'inflammation des plaques de Peyer. Or c'est précisément ce principe fondamental qui est faux scientifiquement, et qui serait souvent funeste pratiquement, si les principaux représentants de l'Ecole de Paris, Laënnec, MM. Chomel, Louis, Andral, etc., n'abandonnaient le plus souvent au lit du malade leurs principes théoriques pour ne suivre d'autre guide qu'une expérience qu'ils ne raisonnent pas toujours, mais qu'ils acceptent comme un fait. Si c'est là le véritable état de la question posée par M. Piorry, qui oserait dire que la discussion d'une telle question serait oiseuse? Depuis la grande discussion sur la statistique, aucune question de philosophie médicale n'a été débattue au sein de l'Académie. Nous ne sommes certes pas de ceux qui se complaisent dans les nuages d'une vague phraséologie, qu'on prend trop souvent pour de la philosophie; en toute occasion nous faisons passer les faits avant la théorie, la pratique avant la spéculation. Mais ce n'est point une raison pour que nous repoussions systématiquement toute discussion de principes quand elle peut s'appuyer sur des faits positifs et aider à l'intelligence d'autres faits qui sont moins faciles à comprendre. Or c'était là un avantage qui pouvait ressortir de la discussion entamée par M. Piorry, et pour cette raison nous aurions désiré que l'Académie eût ramassé avec un peu plus de vivacité le gant qui lui avait été lancé par le savant professeur.

Quand le fragment de discussion soulevée par M. Rochoux a été terminé, M. Jobert a présenté, par l'intermédiaire de M. Depaul, une pièce très curieuse d'anatomie pathologique, dont on trouvera la description au compte-rendu.

Enfin nous ne devons pas oublier de mentionner deux pièces importantes de la correspondance : l'une est un travail étendu de MM. Rodier et Becquerel sur la composition du sang dans les hydropisies, et l'autre un mémoire extrêmement curieux de M. Villers, médecin à Toulon, sur un cas d'homicide. Nous appellerons prochainement l'attention de nos lecteurs sur ce fait remarquable.

DÉCÈS ET OBSÈQUES de M. le professeur Marjolin.

La Faculté de Médecine, l'Académie et le corps médical de Paris, ont rendu aujourd'hui les derniers devoirs à l'un de leurs membres les plus célèbres, les plus honorables et les plus justement considérés. Les dépouilles mortelles de M. le professeur Marjolin, qui a succombé avant-hier aux suites d'une longue et douloureuse maladie, ont été accompagnées aujourd'hui au champ de repos par un nombreux concours de médecins, d'hommes du monde et d'anciens malades, qui étaient venus payer un dernier tribut de reconnaissance à celui qui avait soulagé leurs douleurs, ou qui les avait sauvés de la mort.

Quelques paroles pleines de cœur et de dignité ont été prononcées sur la tombe du célèbre défunt par M. Roux, au nom de la Faculté; par M. Fr. Dubois, au nom de l'Académie; et enfin, par M. H. Larrey, au nom de la Société de Chirurgie de Paris.

Comme celle de la plupart des grands médecins, la carrière de M. Marjolin est une admirable preuve de ce que peuvent le travail opiniâtre, l'ordre et les vertus privées, pour conduire aux plus hautes positions l'homme qui sait accepter la vie avec les conditions véritables qui nous sont faites par la nature, et non avec celles que se complaisent à rêver de dangereux spéculateurs.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Hystérie anesthésique. — Bons effets de la belladone.

La nommée Mikeloff, coloriste, âgée de dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, no 28, service de M. Rostan, le 31 janvier 1850. Elle est d'une taille moyenne et d'une faible constitution.

Son père était d'un caractère vif et emporté; sa mère, âgée de quarante-quatre ans, est facilement irascible.

Cette femme n'avait jamais été malade lorsqu'elle se maria : elle avait alors seize ans et n'était pas réglée. Six mois après son mariage, elle ressentit quelques douleurs sourdes à la partie postérieure des cuisses et vers les aines; cette première affection, qu'elle attribue à son séjour dans une habitation fort humide, avait disparu, quand il y a trois mois à peine, à la suite d'une frayeur des plus vives, elle perdit connaissance; elle jetait des cris et se débattait violemment; ces accidents, qui durèrent environ deux heures, se reproduisirent cinq ou six fois dans la même journée.

Pendant deux mois, ces attaques se montrèrent tous les jours à des heures fixes et régulières; leur durée était à peu près de dix minutes.

Un traitement, que suivit exactement la malade, triompha de ces accidents; cependant, presque toutes les nuits, elle se réveillait avec un sentiment de gêne et d'oppression vers l'épigastre; une sensation de boule, de corps pesant, remontant du ventre vers le pharynx, la fatiguait beaucoup.

Il y a trois jours, une nouvelle frayeur fit reparaître les accidents, qui avaient cessé depuis un mois : perte de connaissance, cris, mouvements violents et désordonnés.

Au moment de son entrée, on constata les phénomènes suivants :

Céphalalgie assez intense, rêves pénibles pendant le sommeil, qui est très agité; éblouissements après une station prolongée; du reste, ni sueurs ni frissons pendant la nuit.

Crampes fréquentes et douloureuses dans les jambes et dans les bras ; les membres ont conservé la faculté du mouvement, mais leur sensibilité est singulièrement modifiée.

La plante des pieds est insensible au chatouillement, à un pincement assez énergique.

Les deux jambes sont à peu près également insensibles; la partie postérieure l'est cependant moins que l'antérieure.

La partie antérieure et interne des cuisses est notablement plus sensible que la partie postérieure, quoiqu'il faille exercer une assez vive pression pour que la malade ait conscience des pincements qu'on opère sur la peau.

La partie droite du ventre et du thorax est moins sensible que la gauche.

Les mêmes phénomènes subsistent pour les membres supérieurs : diminution évidente de sensibilité, surtout à droite.

Le visage est peu sensible; en passant sur la peau de la face les barbes d'une plume, on ne détermine aucune sensation, non plus que lorsqu'on les promène soit sur la commissure des lèvres, soit sur le sillon naso-labial.

La partie interne des joues, la voûte ou le voile du palais, le pharynx sont complétement insensibles; on y introduit, sans que la malade fasse le moindre mouvement qui dénote une sensation quelconque, soit l'extrémité la moins large d'une cuillère, soit le manche d'un couteau.

La malade présente en outre des phénomènes de gastro-entéralgie portés à un certain degré; elle a peu d'appétit, peu de soif; ses repas s'accompagnent de douleurs très vives vers l'épigastre; elle a des nausées, sans cependant avoir des vomissements.

Les selles sont régulières, les urines claires et abondantes; ces fonctions s'accomplissent volontairement.

La respiration est facile, le pouls est normal; mais les attaques sont précédées de difficulté dans la respiration, de battements de cœur. L'auscultation et la percussion ne font percevoir d'autre phénomène qu'un léger bruit de souffle dans les carotides.

Le 1er février, la malade est mise au traitement qui suit : Infusion de laurier cerise; 1 pilule par jour de 0,05 de poudre de racine de belladone; un bain; quelques aliments légers.

Le 2, point de nouvelle attaque; elle s'est bien trouvée de son bain; quelques nausées à son réveil; vers quatre ou cinq heures du matin, crampes d'estomac, qui disparaissent au bout d'une heure environ. — Même traitement.

Le 3, le mieux continue; pas d'attaques; la malade se trouve plus calme qu'à son entrée.

Les 4, 5, 6, même traitement; résultats de plus en plus satisfaisants.

Le 7, je remarque une dilatation évidente de la pupille; la malade a eu des rêves érotiques ; sa gaîté est excessive; elle se sent bien portante. — Augmentation de la dose de belladone; pilule de 0,10 au lieu de 0,05.

Le 8 février, la perte de sa mère qu'elle vient d'apprendre oblige la malade à quitter l'hôpital.

On constate que l'anesthésie a diminué d'une manière notable; la malade éprouve de la douleur au moindre pincement; les troubles gastro-entéralgiques ont disparu complétement, et nous regrettons vivement que la sortie forcée de la malade de l'hôpital ne nous permette pas de suivre et de constater d'une manière plus exacte les bons résultats obtenus dans ce cas par l'emploi de la belladone, dont les effets du reste ont pu être appréciés d'une manière bien évidente.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 5 mars 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

La correspondance officielle comprend :

Traitement des fièvres intermittentes.

1o Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi d'un mémoire de M. Beau, médecin à Bourganeuf, sur un nouveau sel pour la guérison des fièvres. (Commissaires : MM. Bricheteau, Orfila, Bousquet.)

Eau de desséchement.

2o Une lettre du même ministre, avec envoi de trois bouteilles d'eau provenant de desséchements pratiqués par le système des rigoles souterraines (drainage). (Commission de l'Annuaire des eaux de la France.)

3o Une lettre du même ministre, avec envoi d'un exemplaire du travail de M. Robierre, professeur de chimie à Nantes, sur les cours d'eau du département de la Loire-Inférieure. (Même commission.)

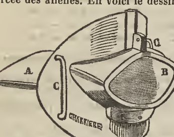
La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes ;

Candidatures.

MM. Boudin, H. Bouley, Dronsart se portent candidats aux places vacantes.

Alimentation des aliénés.

M. Charrière adresse, au nom de M. Billod, médecin de l'asile des aliénés de Blois, un appareil construit par lui d'après les indications de ce praticien, et destiné à l'alimentation forcée des aliénés. En voici le dessin et la description :



Cet appareil se compose d'un morceau de bois de forme elliptique ou d'une plaque métallique percés d'un trou rond (fig. B) qui représentent une sorte de bouche. Sur la lèvre inférieure s'applique et s'appuie une gouttière en acier (fig. A), légèrement recourbée transversalement et arrondie par le bout. La face postérieure du morceau de bois ou plaque est disposée de manière à se monter sur le pourtour de la bouche et à la clore exactement, tandis que la gouttière métallique déprime la langue. L'ouverture ovalaire est munie d'une soupape s'ouvrant de dehors en dedans lorsqu'on introduit une cuiller, et se refermant aussitôt de manière à s'opposer au rejet des aliments.

Le malade, contenu par la camisole, est assis sur une chaise, la tête un peu renversée en arrière et fortement appuyée par un aide contre sa poitrine; le médecin glisse entre les mâchoires la gouttière linguale, manœuvre toujours très facile à exécuter, quelle que soit la résistance qu'opposent les sujets. Un aide maintient l'appareil en place au moyen de trois doigts, ou d'un lien fixé par les deux anses CC, et l'opérateur introduit dans la bouche, au moyen d'une cuiller, l'aliment, soit tout à fait liquide, soit d'une très médiocre consistance. A chaque cuillerée on doit serrer un peu les narrines du malade.

M. le docteur Billod a eu déjà plusieurs fois l'occasion de se servir de cet appareil chez des aliénés, qui, au bout de quelques séances, convaincus de l'inutilité de leur résistance, ont consenti à manger seuls. Il pense qu'outre cette indication cet instrument, dont l'application ne présente aucun danger, pourra être mis en usage dans la pratique civile, pour l'administration, par exemple, de certains médicaments dans les maladies des enfants, dont la résistance obstinée fait souvent le désespoir des médecins. (Commissaires : MM. Falret et Ferrus.)

Composition du sang dans les hydropisies.

MM. Becquerel et Rodier présentent sur ce sujet un mémoire, qui se termine par les conclusions suivantes :

1° De même qu'il existe une anémie par diminution de proportion des globules du sang, on doit admettre également un état pathologique particulier, caractérisé par l'abaissement de l'albumine du sérum.

2° Cette diminution de l'albumine du sérum peut se produire d'une manière rapide; elle se traduit alors par de la pâleur, une teinte jaunâtre de la face, une grande débilité, et surtout une anasarque générale sans albumine dans les urines.

3° Un grand nombre d'hydropisies aiguës regardées encore aujourd'hui comme essentielles doivent manifestement être attribuées à cette cause pathologique.

4° La diminution de l'albumine du sérum peut se développer avec lenteur. Elle constitue alors un état pathologique chronique qui se traduit par des symptômes particuliers, qui sont : la pâleur, avec teinte jaunâtre de la face, une débilité extrême; enfin une hydropisie générale plus ou moins intense, sans albumine dans l'urine.

5° La plupart des hydropisies regardées autrefois comme essentielles et positives rentrent dans le cas précédent.

6° La diminution de proportion de l'albumine du sang, produite d'une manière aiguë ou chronique, est complétement indépendante de l'abaissement du chiffre des globules. Ces deux altérations du sang existent cependant très souvent ensemble, et c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui prédomine.

7° La diminution de proportion des globules est tout à fait incapable de déterminer une hydropisie, à moins que la diminution de l'albumine du sérum ne soit venue s'y ajouter.

8° Les accidents qui viennent se joindre à ceux précédemment exposés, lorsque la diminution des globules survient comme complication, sont : un bruit de souffle au premier temps du cœur, un souffle continue dans les jugulaires ou intermittent dans les carotides, de la dyspnée et des palpitations.

9° Les causes capables de déterminer la diminution lente et chronique de l'albumine du sang sont : une alimentation insuffisante, des pertes sanguines considérables, une diète longtemps prolongée, l'intoxication paludéenne.

10° Les mêmes effets se produisent sous l'influence de maladies organiques, telles qu'une affection du cœur, une maladie de Bright, constituent un véritable état cachectique, une cachexie.

11° L'état pathologique auquel on donne en général le nom de cachexie n'est autre que l'ensemble des symptômes qui résulte de la diminution de proportion de l'albumine unie ou non à un certain degré d'abaissement du chiffre des globules. La première de ces causes rend bien compte des hydropisies qui y sont si fréquentes, de la décoloration de la peau et de l'affaiblissement profond des malades; la deuxième explique les bruits de souffle cardiaques et vasculaires, la dyspnée, les palpitations, etc.

12° Les distinctions précédentes exercent une grave influence et doivent être prises en grande considération dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces hydropisies.

Médecine légale de l'homicide.

M. Villers, médecin du bagne de Toulon, adresse un mémoire sur un cas important de médecine légale relative à un homicide commis dans le bagne de Toulon. Nous publierons prochainement ce travail très intéressant, que nous ferons suivre de quelques réflexions.

Application du forceps dans les présentations de la face.

M. Danyau, candidat à la place vacante dans la section d'accouchements, lit sur ce sujet un mémoire plein de détails minutieux, et dont il nous serait impossible de rendre un compte exact à une première audition. Nous reviendrons plus tard sur cette communication toute pratique.

— M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un travail de M. Gobley, intitulé : *Recherches chimiques sur les œufs de carpe*. Nous avons récemment donné l'analyse de ce mémoire, présenté aussi à l'Institut. M. le rapporteur conclut à l'approbation du travail et à des encouragements à l'auteur. (Adopté.)

Nomenclature médicale.

M. Piorry. Je crois, avant tout, devoir m'excuser de provoquer dans le sein de l'Académie, et sur les doctrines que je défends, une discussion publique. Une puérile vanité ne m'a pas conduit à occuper l'assemblée de mes travaux. Il m'a semblé que la manière dont les faits ont été considérés dans le *Traité de Médecine* que je viens de publier représente, pour ainsi dire, la raison formulée de la pratique des grands maîtres. La nomenclature des états morbides m'a paru être plutôt l'extension systématisée du langage reçu et la déduction logique du progrès scientifique, que l'œuvre nouveau d'un seul homme. J'ai cru voir dans mes travaux le résumé des vastes recherches et des grandes découvertes : soit de Vésale, de Morgagni et des anatomo-pathologistes modernes; soit de Haller, de Bichat et des physiologistes de notre temps; soit enfin d'Avenbrugger, de Corvisart et de Laënnec. J'ai donc pensé être autorisé à soutenir mes idées qui étaient nées des leurs, et je m'estimerai heureux si, dans le débat qui va avoir lieu, je puis arriver quelquefois à prouver que la médecine a désormais fondé sur des connaissances positives la pratique générale et les grandes indications thérapeutiques.

Le livre des épidémies d'Hippocrate, cité comme le chef-d'œuvre des temps antiques, décrit des symptômes divers existant chez des malades, mais ne groupe pas ces phénomènes pour en constituer des unités morbides. Arétée, tout en décrivant certains troubles organiques sous les noms spéciaux, s'attache presque toujours à particulariser les circonstances anatomiques et maladives qui ont présidé aux séries d'accidents qu'il réunit sous des termes qui se ressentaient fort de l'état d'imperfection où était alors la science. Ce n'est pas en groupant des collections de symptômes divers, considérées comme des unités pathologiques, que Galien s'est immortalisé; tandis que ses recherches expérimentales l'ont hautement placé dans l'estime des vrais savants et des praticiens judicieux de tous les temps. Avant, déjà Celse avait fait beaucoup moins d'attention *aux maladies* qu'à l'état des organes malades.

Cœlius voulut classer, fit de la nosologie et non pas de la pathologie organique. Il suivit la mauvaise route dans laquelle la science s'engageait; il particularisa les individualités morbides; il en traça les couleurs par des phénomènes nombreux et collationnés; il leur conserva ou leur donna des noms singuliers, qui quelquefois rappelèrent l'organe qu'il supposait affecté; mais il le fit d'une manière si incomplète, que l'on se demande encore ce qu'il avait voulu exprimer par le mot de *cardiacie*.

Les Arabes, les arabistes, individualisaient de plus en plus la maladie, et l'on finit par y voir en quelque sorte un être spécial contre lequel il s'agissait de trouver un autre être qu'on pût lui opposer, c'est-à-dire un remède.

Avec la renaissance de l'anatomie, cet échafaudage fut ébranlé dans sa base. Avec l'étude des lésions organiques, des coups plus rudes lui furent portés, et Broussais vint à s'écrier qu'il n'existait pas de maladies, mais bien des organes malades. Avec la diagnose organique, cet édifice en ruine, miné par la physiologie et par la clinique, s'écroula de toutes part, et ses débris seuls trouvent encore quelques mains pour les étayer.

Si je ne me trompe, voici à peu près où l'on en est arrivé. Presque tous les médecins, à Montpellier, à Strasbourg comme à Paris, voient dans les organes altérés (et le sang fait partie des organes) les points de départ des phénomènes propres aux maladies. La voix de Broussais a trouvé de l'écho; mais les conséquences de ces principes n'ont été admises ni par Broussais lui-même, ni par ceux qui l'ont suivi.

Le chef de l'école dite physiologique reconnut tout d'abord l'*inflammation comme une maladie*, et l'irritation comme élément principal de celle-ci. Cette inflammation devint une sorte d'être protéique, aigu ou chronique, suraigu ou subaigu, et qui comprenait toutes les lésions possibles de structure. Injection de capillaire, transsudations vasculaires, pyogénie, concrétions, tubercules, cancers, etc.; et tout devint des degrés ou des formes de la fantastique phlogose, qui, rapportée ensuite à chaque organe, se divisa en espèces représentées par les diverses parties du corps de l'homme. En somme, il n'y avait presque plus pour Broussais qu'une unité morbide principale, et c'était l'inflammation rendue par l'expression *itis*, et contre laquelle il s'agissait de trouver un remède. Or, ce remède, c'était le plus souvent la médication antiphlogistique dans toute sa rigueur.

Depuis, on a bien été conduit par la force des choses à étudier au lit du malade plutôt les organes que les abstractions dites maladies; mais, en théorie, on a continué à reconnaître et à traiter comme des êtres pathologiques des collections symptomatiques quelque composées qu'elles fussent. La fièvre typhoïde, le rhumatisme, les scrofules, la variole, la rougeole, le croup, la coqueluche, la pneumonie, la pleurésie, l'hémoptysie, l'apoplexie, la paralysie, etc., ont continué à être des unités morbides contre lesquelles on a cherché à spécifier un traitement indiqué *à priori*, et l'on s'est borné à appeler complications les très nombreux états organopathiques qui coexistaient nécessairement ou qui survenaient accidentellement.

A mesure que l'on a étudié organiquement les *maladies*, on a été obligé d'étudier de plus en plus avec détail les espèces, les variétés, les formes, les degrés, les phases, les transformations, les compositions, les complications de symptômes qu'inévitablement on devait y trouver, et l'on en est arrivé à cette étrangeté de retracer à l'occasion de chaque monographie le tableau diffus de la pathologie entière.

Il est résulté de tout ceci un chaos incroyable, une confusion d'idées et de choses qu'on se figurerait difficilement : l'un admet à peine quelques maladies, d'autres en reconnaîtraient avec Sauvages plusieurs milliers; Pinel considère comme des maladies-fièvres les collections symptomatiques qui ne sont pour les modernes que des formes de l'élastique fièvre typhoïde; la congestion, l'induration rouge, la suppuration des poumons, quelque différentes qu'elles soient comme causalité ou comme faits, ne sont que des degrés de l'entité pneumonie. On ne peut plus dire en quoi diffèrent et les symptômes et les maladies; on ne sait comment circonscrire et définir celle-ci, et dans cette pathologie incompréhensible, où la statistique s'égare dans des cas complexes constamment étudiés, la thérapie est dirigée au hasard et ne trouve pour l'établir que des tableaux souvent tracés dans le silence du cabinet, et que le lit du malade ne donne pas l'occasion de trouver.

Le langage usité dans les sciences est la signification de l'état où elles sont parvenues. Quand les notions scientifiques sont confuses, les mots qui les désignent sont dépourvus de sens exact et de clarté; quand elles sont constituées par des faits mal compris et par des théories incohérentes, les termes qui s'y rapportent n'expriment point de pensée ou tendent à substituer des erreurs aux vérités. Quand il y a partout désordre, réunion confuse d'opinions disparates, la nomenclature est un chaos qu'il est impossible d'harmoniser; quand dans les connaissances humaines on ne voit que les apparences ou que la superficie des choses, les mots ne donnent des notions que sur les couleurs, les formes et en quelque sorte l'écorce des faits ou des idées; quand la science a progressé ou a passé par diverses phases, et cela tout en conservant des théories erronées et d'antiques erreurs; quand elle a été d'abord fondée sur des notions fausses, exprimées par un jargon propre aux populations où elles étaient recueillies, et lorsque peu à peu elle est devenue dans quelques-unes de ses parties exacte et positive, la langue dont elle se sert devient un mélange incorrect et barbare d'expressions justes et caractéristiques et d'appellations à la fois bizarres qui s'opposent à toute vue d'ensemble et à toute harmonie.

Tel a donc dû être, et tel est en effet le langage médical généralement reçu, dont l'extrême confusion ou la singularité a été encore augmentée de tout le vague résultant des doctrines fausses dans lesquelles la maladie était considérée comme unitaire, et de l'impossibilité de fixer nettement la circonscription ou les limites de cet être supposé. De là une synonymie dont l'abus a été porté à ce point, que vingt noms divers ont été donnés à une maladie, que des chapitres entiers ont été consacrés à la détermination du sens que chaque auteur attache à un mot. De là encore une extension continuelle de cette synonymie; car presque toujours celui qui en traite le dernier ne manque pas d'ajouter un terme de plus à la longue kyrielle de ceux qui étaient déjà usités ou proposés.

Ces considérations préliminaires étaient indispensables pour énoncer les propositions suivantes, qui sont l'expression abrégée des doctrines que je défends.

L'âme est le point de départ de l'organisation. C'est son influence qui détermine soit l'organisation, soit les phénomènes vitaux et variés qui ont été rattachés au principe vital, aux propriétés, aux forces vitales, etc. L'âme est le principe vital, les propriétés vitales ne peuvent être malades.

Les organes seuls sont susceptibles de maladie.

La thérapie peut influer sur les organes; mais des moyens moraux pourront seuls avoir une action sur l'âme.

Il ne peut y avoir de lésion fonctionnelle sans altération momentanée ou persistante dans les organes solides ou liquides.

La lésion d'un organe, sa cause simple et directe, ses effets immédiats, constituent la seule idée vraie que l'on puisse se faire de la maladie.

La lésion bien spécifiée, survenue sous l'influence d'*une* cause, et déterminant *un* effet fixe et absolu, peut être considérée comme un élément, une unité que nous appelons un état pathologique, ou monorganie.

Si l'on considérait de cette sorte la maladie, son existence certaine pourrait être admise; mais par *maladie* on n'entend, en général, que des séries de lésions survenues chez des sujets divers, sous l'influence de causes variées et produisant des effets multiples, souvent dissemblables, et qui se succèdent d'une manière variable. Prise dans ce sens, la maladie ne peut être logiquement admise. Ses formes, ses espèces, ses variétés, ses degrés, etc., ne sont autre chose que des états pathologiques divers et souvent nombreux qui coïncident dans certains cas, et qui, dans d'autres, se succèdent ou se lient entre eux.

Les collections symptomatiques dites maladies sont complétement arbitraires, et varient suivant les opinions de chaque médecin; la fièvre typhoïde, les fièvres de toutes sortes, le rhumatisme, les scrofules, etc., ne sont chacune que des réunions d'états pathologiques qui, n'étant fixes sous le rapport : 1° ni des lésions observées; 2° ni du nombre de ces lésions et des organes affectés, 3° ni des causes de ces souffrances organiques, ne peuvent être étiologiquement et pathologiquement considérées comme des éléments unitaires auxquels la statistique soit applicable.

Le traitement des maladies telles qu'on les admet ne peut pas davantage être établi sur des règles fixes et sur des données positives. Le doute, l'indécision, le scepticisme médical,

présideront toujours la thérapeutique fondée sur de telles bases.

La détermination des cas où convient telle médication repose soit sur la connaissance exacte des états pathologiques simples et unitaires existant, soit sur l'appréciation des causes qui ont présidé au développement de ces lésions, soit sur les relations physiologiques et pathologiques développées entre les diverses souffrances organiques dont les malades sont atteints. Il faut accorder la pratique avec la théorie; et puisqu'en clinique on fait de l'organopathologisme et non du nosologisme, il faut, en pathologie, étudier non pas les maladies, mais les états organopathologiques, soit dans leurs causes et leurs effets, soit dans leur simplicité et leur corrélation.

Pour se rappeler toujours les organes malades et la manière dont ils peuvent l'être, il est utile de chercher à oublier autant que possible l'idée de la maladie exprimée par un nom.

Au lit du malade, il faut toujours être anatomiste, physiologiste, observateur, logicien et philosophe.

Puisqu'il faut oublier les entités morbides, il convient de ne plus se servir des noms qui les représentent. Une chose fausse reste alors que le mot qui la consacre est conservé.

Puisque les états pathologiques sont importants à connaître, puisque leur étude forme le fondement d'une saine pratique, on est dans la nécessité de les nommer; or, comme la plupart d'entre eux ne le sont pas, il est indispensable de créer des mots nouveaux. Ceux-ci ne seront pas et ne peuvent être les synonymes des appellations qui désignaient les maladies; dans mes doctrines, il ne s'agit pas de refaire les mots anciens pour en fabriquer de nouveaux, mais de substituer aux idées hypothétiques et erronées des faits véritables représentés par des expressions justes et autant que possible correctes.

La nomenclature ou onomisme pathologique n'est donc pas le fruit d'un néologisme inutile, mais elle est la conséquence de la doctrine organopathologique.

Le mécanisme de l'onomisme pathologique est simple; il est emprunté, d'une part, aux bons auteurs grecs, latins ou modernes, et, de l'autre, au langage usité dans les sciences physiques et naturelles autres que la médecine.

Le grec a été adopté pour les éléments des mots: 1° parce qu'il est plus euphonique que toute autre langue; 2° parce qu'il se prête mieux à la signification des idées; 3° parce que ses racines expriment avec peu de lettres beaucoup de pensées; 4° parce qu'il est un des éléments principaux des langues latine, française, italienne, ibérienne et anglaise; 5° parce qu'il a été employé par les Latins eux-mêmes, alors qu'il s'est agi de composer leurs mots scientifiques; 6° parce que les médecins de tous les temps s'en sont servis pour exprimer les faits, les découvertes et les théories en rapport avec les progrès anatomiques et physiologiques; 7° parce qu'il a été adopté: soit dans la plupart des autres nomenclatures, telles que celles de Linné, de Lavoisier, de Chaussier, etc.; soit pour le calcul décimal; soit enfin dans le langage de toutes les sciences; 8° parce qu'il est entré dans le génie de notre langue, et que ses racines, pour la plupart, sont déjà connues même des gens qui ne sont ni savants, ni médecins; 9° parce qu'il est compris par les lettrés de toutes les nations, et particulièrement par les médecins; 10° parce qu'enfin un grand nombre des mots anciens, grecs d'origine et de forme, rentrent facilement dans le cadre de l'onomisme pathologique, et parce qu'il suffit d'en décomposer quelques autres, puis de les arranger autrement pour former la plupart de ceux qui composent la nouvelle nomenclature médicale.

Puisque la lésion frappe un organe, le nom de cet organe doit former le corps du mot destiné à désigner l'état morbide; il est naturel, pour exprimer celui-ci, de faire suivre ce nom de l'espèce de souffrance qui a lieu ou au moins dont on admet l'existence. Comme la cause précède le mal, il est logique de placer l'expression qui rend l'idée de cette cause avant le nom de l'organe; le degré ou la nature de ce même mal sont convenablement placés avant le terme déjà composé qui exprime l'organe et la maladie.

La simplicité de cette méthode est extrême. Non-seulement le petit nombre d'éléments de mots qu'elle exige suffit pour désigner soit les lésions connues ou admises, soit des affections attribuées par certains auteurs à la fonction altérée, à des modifications dans les forces, à des altérations dans la vitalité et dans la pensée même, mais encore pour trouver tout d'abord des appellations qui s'appliquent à des affections auxquelles on n'aurait pas encore songé. Chaque médecin, en utilisant le tableau de la nomenclature, qui n'exige qu'une seule page d'impression et que, sans savoir le grec, on peut apprendre en quelques minutes, le médecin, dis-je, peut créer de toutes pièces les mots qui rendent le mieux sa manière de voir, et n'est en rien tenu à circonscrire son langage dans les termes adoptés par l'auteur de l'onomisme pathologique.

En vérité, je cherche les inconvénients de cette méthode, et je ne les aperçois pas. Si quelques mots sont mal composés, trop longs, s'ils ne sont pas euphoniques, qu'ils soient modifiés, refaits, remplacés par des expressions plus harmonieuses et plus convenables. Il n'est pas un seul de ces termes auquel en particulier j'attache de l'importance; je crois que l'Académie ne me supposera pas un esprit si superficiel que d'avoir l'intention de créer des appellations nouvelles. Ce sont les choses que je veux frapper; c'est un vieux monument qui s'écroule que je veux saper; ce sont des abstractions inutiles et dangereuses dont je cherche à éloigner le souvenir; c'est le langage reçu que je m'efforce d'épurer; ce sont les tentatives de Linné, de Sauvages, de Baumes, de Barbier (d'Amiens), d'Alibert, des nomenclateurs en ophthalmologie, en dermatologie, etc., que je tâche d'harmoniser; c'est le progrès anatomique et physiologique auquel je voudrais trouver un langage simple; ce sont enfin les vœux de pathologistes tels que MM. Andral, Bouillaud, Chomel que je tente de réaliser.

S'il était vrai que l'usage seul des vieux mots reçus entravât le succès de l'onomisme pathologique, c'est-à-dire du progrès anatomique et physiologique en médecine représenté par des mots expressifs, il suffirait de votre honorable assentiment, de la faveur avec laquelle vous voudriez bien m'écouter pour que les médecins en général adoptassent, sinon les termes, au moins les principes qui ont fait le sujet de la communication dont je viens d'avoir l'honneur de vous entretenir. Quoi qu'il en soit, j'espère que vous voudrez bien m'excuser du temps que je vous ai priés de consacrer à l'exposition de mes doctrines, car ma conviction sur leur valeur est entière; cette conviction m'a coûté trente ans de travail, la publication d'un ouvrage long et bien pénible, et des discussions dans lesquelles j'ai eu trop souvent la douleur d'être en dissidence d'opinions avec des hommes dont j'estimais et la personne et les écrits.

M. Rochoux. Aristote comptait trois âmes, ni plus, ni moins: la végétative, la sensitive, la rationnelle, qui, chacune, avaient leur rôle dans l'économie. A l'exemple de Stahl, M. Piorry n'admet que l'âme rationnelle pour grand moteur de la machine humaine, soit à l'état sain, soit à l'état morbide. Il s'ensuit qu'il est dans l'obligation de prouver scientifiquement l'existence du principe auquel il accorde une si grande action. Or, la tâche, à ce point de vue, est si difficile, que jusqu'à présent personne n'a encore pu fournir un argument, une raison, une apparence de motif dont on pût conclure qu'il existe chez l'homme un principe quelconque en dehors de l'organisation. Et, puisque la pathologie et par suite la nomenclature de notre savant collègue ont pour point de départ l'action de l'âme, je n'examinerai son système que quand il sera parvenu à démontrer l'existence du principe qui en fait la base. A cet égard, je dois faire remarquer que tous les médecins qui ont su embrasser l'ensemble de la science, Fernel, Jennert, Etmuller, etc., ont tous commencé par discuter à fond les divers systèmes de philosophie naturelle qui pouvaient servir d'appui aux opinions qu'ils cherchaient à accréditer. Les anciens avaient procédé de la même manière. Ainsi, l'auteur du livre des *Flatibus*, celui du livre des *Humidibus*, Asclépiades, etc., ont établi des principes de physiologie philosophique qui servaient de lien à leurs productions médicales. Bichat n'a pas suivi une autre méthode en fondant pour un temps bien court l'hypothèse des propriétés vitales au moyen desquelles il croyait renouveler dans leurs fondements la physiologie et la médecine. M. Piorry doit donc faire de même pour son âme; sans cela je n'ai plus rien à dire, sinon qu'Hoffman, homme vraiment religieux et d'une haute portée d'esprit, admettait l'existence de l'âme, mais ne lui faisait jouer aucun rôle dans la production des phénomènes physiologiques ou pathologiques, qu'il rattachait tous à l'organisme. Cependant, contradictoirement à ce principe, il croyait à l'existence de causes morales, accordant ainsi à l'âme une portion du rôle qu'il lui avait d'abord refusé.

M. Piorry. Je regrette que M. Rochoux n'ait pas cru devoir attaquer ce qui dans ma doctrine domine principalement, la pathologie, et qu'il s'adresse au contraire à une question dont je ne parle qu'à la fin de mon ouvrage. Ce n'est pas cependant que je refuse la discussion sur le terrain où il l'apporte; je crois avoir de bonnes raisons à lui donner en faveur de l'existence de l'âme; mais je ne crois pas que l'Académie soit disposée à entamer une discussion sur ce sujet; je la consulte d'ailleurs, et, si je me trompe, je suis disposé à commencer la discussion. (De tous côtés: Non! non!)

Personne ne demandant la parole pour faire des objections à la partie médicale du mémoire de M. Piorry, cet académicien déclare qu'il inférera de ce silence qu'on n'a aucune raison sérieuse à opposer à une doctrine qu'il a cependant tant de peine à faire adopter et que beaucoup de gens condamnent sans la connaître.

Kyste ovarique.

M. Depaul, au nom de M. Jobert (de Lamballe), forcé de s'absenter, présente la pièce suivante:

M. le docteur Besnier, de Lamballe, mon confrère et mon ami, m'a prié de présenter à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique qui me paraît mériter l'attention de la Compagnie. J'ai vu la malade et j'ai visité la pièce à Lamballe.

Cette préparation se compose de deux choses distinctes: 1° d'une membrane indépendante de la tumeur, et qui n'a avec elle des rapports que par quelques adhérences; 2° d'un kyste dont les parois sont dures et épaisses. Il représente une véritable poche irrégulièrement bosselée à sa surface externe, et lisse à l'intérieur. La cavité de ce sac contient des poils en masse, qui ressemblent à de la bourre; des dents, des plaques osseuses et un os long.

La membrane, qui n'a que des moyens d'union avec la tumeur, est formée par l'épiploon, reconnaissable à sa conformation et à sa structure.

Ce kyste me paraît appartenir au kyste ovarique, qui se sera trouvé, dans l'excavation du bassin, accolé aux parois du vagin. Il a gêné l'accouchement au point de forcer le médecin à appliquer le forceps pour extraire l'enfant, qui était arrêté dans l'excavation du bassin par cet obstacle. Après l'accouchement, notre confrère a appliqué sur le pédicule de la tumeur une ligature, et a fait ensuite la section de celui-ci au-dessus de la constriction.

La malade a éprouvé quelques signes de péritonite, mais ils ont bientôt disparu, et lorsque je l'ai examinée elle était tout à fait hors de danger.

L'examen de la malade m'a permis de constater, tout à fait en haut et dans le cul-de-sac vaginal, une solution de continuité comblée probablement par une substance intermédiaire.

On pourrait se demander ici si un fœtus avait cessé de se développer, ou bien si toutes ces parties osseuses se seraient développées sous une influence morbide particulière? Je ne me permettrai pas de résoudre une question semblable, très controversée, et que jusqu'à présent on a si diversement expliquée.

La séance est levée à cinq heures.

Cautérisation dans le traitement de l'utérus.

La discussion sur les maladies de l'utérus ayant été close dans la séance extraordinaire qui a eu lieu récemment, M. Amussat dépose le discours qu'il se proposait à prononcer, et dont nous extrayons les passages suivants.

Dans la séance du 6 novembre dernier j'ai avancé plusieurs faits nouveaux sur lesquels j'aurais désiré pouvoir insister encore, en répondant à toutes les objections qui m'ont été adressées. Pour le moment, je me contenterai d'établir le fait le plus important et que je crois le plus incontestable. Malgré ce que j'avais dit sur la possibilité de redresser d'une manière permanente l'utérus en état de rétroversion, on n'a tenu aucun compte de mon assertion basée sur des faits, puisqu'on a affirmé que nous ne possédions aucun moyen d'obtenir la guérison permanente des déviations de l'utérus.

Je viens aujourd'hui démontrer par le raisonnement et par des faits la réalité de ce que j'ai avancé. En donnant à ma pensée plus de développements, je serai peut-être mieux compris.

Faire adhérer le col à la paroi postérieure du vagin par la cautérisation des deux surfaces opposées en détruisant la muqueuse, tel est le but que je me suis proposé.

Cette opération est des plus simples, et ne détermine que peu ou point de douleurs.

Comme effet primitif, les deux muqueuses du col et du vagin sont détruites; et comme effet consécutif, il s'établit des adhérences entre ces deux parties. De plus, la paroi postérieure du vagin étant raccourcie, le col qui y adhère ne peut plus être entraîné en avant; l'équilibre se rétablit, c'est-à-dire que le fond de l'utérus tend à reprendre sa situation normale.

Toutes ces assertions sont déjà établies sur un assez grand nombre de faits, et quelques-uns de nos confrères ici présents ont constaté sur plusieurs de mes malades les résultats que je viens d'énoncer, c'est-à-dire que les femmes affectées de rétroversion de l'utérus et qui avaient été traitées sans succès par tous les moyens ordinaires (ceintures, éponges, pessaires de toute espèce, etc.) ont été guéries par le moyen que j'ai indiqué.

Un principe d'anatomie pathologique sur lequel on s'est appuyé pour combattre ma proposition, c'est que les muqueuses ne peuvent pas adhérer ensemble par un simple travail inflammatoire; cela est incontestable; mais si j'obtiens le résultat que je viens d'indiquer, c'est que par la cautérisation de deux muqueuses opposées et contiguës je produis une ulcération légère, d'où résulte, par le travail de cicatrisation, des adhérences solides et permanentes entre les deux surfaces de la muqueuse du col et du vagin.

M. Amussat dit avoir été conduit à employer le moyen qu'il propose, par suite de faits de réunion spontanée qu'il a observés chez certaines malades; il cite les suivants:

Premier fait. — Mme *** était affectée depuis longtemps d'une rétroversion avec ulcération du col. Après la guérison de cette ulcération survenue à la suite de fortes cautérisations qui avaient surtout porté sur la lèvre postérieure et la paroi correspondante du vagin, je reconnus des brides à la face postérieure du col et du vagin, et je constatai, à mon grand étonnement, que le col était redressé, que Mme ***, à laquelle je voulais appliquer un pessaire, n'en avait plus besoin; enfin elle avait été guérie de sa double maladie par le seul effet de la cautérisation pratiquée pour détruire l'ulcération, et nullement pour remédier au déplacement de l'utérus.

Deuxième fait. — Une dame anglaise qui avait, dit-elle, un abaissement de la matrice, ou plutôt une rétroversion, ce qui me paraît plus probable d'après les symptômes, fut guérie fortuitement par l'adhérence du col à la paroi postérieure du vagin. On constate en effet une bride entre ces deux parties, qui s'est formée consécutivement à l'application d'éponges imbibées d'extrait de saturne.

Ces deux faits, ajoute M. Amussat, et plusieurs autres, ont éveillé mon attention, et m'ont fait espérer qu'en imitant la nature je parviendrais, dans les cas de rétroversion, à faire adhérer ensemble le col et le vagin par une ou plusieurs cautérisations.

Les faits suivants prouvent que mes espérances étaient fondées.

Mme C., âgée de quarante-un ans, d'un tempérament nerveux et lymphatique, mariée à vingt-cinq ans, a éprouvé vers l'âge de la puberté les symptômes ordinaires de la chlorose; elle a fait une fausse couche à quatre mois, à la suite d'une forte émotion, et elle a eu une seconde grossesse qui est arrivée à terme. A la suite de l'accouchement on s'est aperçu qu'il existait un écartement très prononcé de la ligne blanche. La mère de Mme C. est morte d'un cancer de l'estomac, et sa sœur, demoiselle encore, a été opérée d'un cancer du sein, qui a déjà récidivé.

Depuis longtemps Mme C. éprouvait de la difficulté à digérer, des maux de cœur fréquents, des palpitations; elle avait aussi beaucoup de pertes blanches, des douleurs dans les cuisses, dans les aines, des maux de reins, qui ne lui permettaient pas de marcher sans éprouver de suite une très grande fatigue. La menstruation a toujours été régulière et assez abondante.

Traitée d'abord en province, puis à Paris, où son état avait été considéré par un médecin distingué comme étant produit surtout par une *dyspepsie*, elle continuait à éprouver les symptômes que nous avons énumérés lorsqu'elle vint nous consulter le 9 juin 1848.

Je constatai par le toucher vaginal que le col était abaissé, placé en avant du côté du pubis et assez entr'ouvert pour permettre facilement l'introduction de la première phalange du doigt indicateur. Le fond de l'utérus était volumineux, sensible et porté en arrière. Par le spéculum, je vis que le col était gros, rouge, et le siége d'érosions peu profondes s'étendant dans la cavité de cette partie.

Il s'agissait donc, comme on le voit, d'une rétroversion de l'utérus compliquée d'engorgement du col et du corps de cet organe, et d'érosions intérieures et extérieures du col.

Je commençai par appliquer dans le vagin des éponges fines ; elles furent supportées sans trop de gêne, et elles permirent à Mme C... de marcher avec moins de difficulté. Néanmoins dans l'espoir d'activer la guérison, je remplaçai bientôt les éponges par un pessaire.

Deux mois environ après l'usage de tous ces moyens, qui avaient déjà produit quelque amélioration, mais qui laissaient subsister la rétroversion, je cautérisai les érosions à plusieurs reprises, et, afin de redresser le col, je le cautérisai plusieurs fois à sa partie postérieure, ainsi que la partie correspondante du vagin, pour obtenir par un travail inflammatoire et ulcératif la formation de brides ou d'adhérences dans ces points.

Par ce moyen, il s'est formé des brides dans l'angle inférieur et postérieur du col, brides qui retiennent cette partie et l'empêchent de se porter du côté des pubis.

La marche est devenue facile; les fonctions de l'estomac se sont considérablement améliorées; enfin, Mme C... n'éprouve plus aucun des accidents dont elle se plaignait lorsque je l'examinai pour la première fois.

Le 12 novembre 1849, j'ai revu Mme C... avec un de nos confrères, qui a constaté le résultat obtenu par la cautérisation, c'est-à-dire les brides qui se sont formées entre le col et la partie postérieure du vagin et qui retiennent l'utérus vers ce point.

Réflexions. — Ce fait est très remarquable sous plusieurs rapports :

1° Il prouve que l'état local, c'est-à-dire le déplacement de l'utérus et les érosions du col, avait profondément modifié l'état général, et amené du côté des fonctions digestives des désordres graves. En effet, tous les accidents ont cessé lorsque la guérison du déplacement et des érosions a été obtenue.

2° Il prouve que, par la cautérisation directe avec le caustique solidifié de potasse et de chaux, les érosions ont entièrement disparu, ainsi que l'écoulement vaginal.

3° Il prouve que la soudure ou l'adhérence du col à la paroi postérieure du vagin, survenant consécutivement à la cautérisation pratiquée dans ces points, remédie infiniment mieux à la rétroversion que tous les moyens médicaux et mécaniques auxquels on avait eu recours jusqu'alors.

M. Amussat rapporte une seconde observation analogue à la précédente, et termine en décrivant ainsi qu'il suit le manuel opératoire de la cautérisation :

Je ne décrirai pas longuement ici le procédé de cautérisation pratiqué dans le but de faire adhérer ensemble le col et le vagin ; je dirai seulement qu'il suffit d'appliquer le caustique de potasse et de chaux solidifié sur la lèvre postérieure seulement, d'essuyer très légèrement et de placer en avant du col quelques tampons de linge, afin de déterminer le contact de cette partie avec la paroi postérieure du vagin. Alors le caustique, qui n'a pas été absorbé par la lèvre postérieure du col, agit encore avec assez de force pour ulcérer légèrement le vagin et permettre la formation d'adhérences entre ces deux parties.

Dans quelques cas, j'ai fait la cautérisation transcurrente du cul-de-sac vaginal ou de la paroi postérieure du vagin dans la crainte que l'excédant de caustique appliqué sur la lèvre postérieure ne fût insuffisant pour agir avec assez de force sur le vagin.

Mais, comme la rétroversion est souvent accompagnée d'engorgement du col et du corps de l'utérus et que d'ailleurs le déplacement peut être entretenu par l'engorgement, il suffit dans ce cas de cautériser la lèvre postérieure du col pour obtenir en même temps et le dégorgement et le redressement de l'organe.

Si plus tard la guérison était moins complète que par des adhérences établies entre la lèvre postérieure et la paroi correspondante du vagin et s'il existait encore des symptômes indiquant un déplacement, il faudrait poursuivre le traitement et le compléter par la cautérisation de la lèvre postérieure du col et de la paroi correspondante du vagin, afin d'obtenir le redressement permanent de l'utérus par des adhérences solides.

Quelques personnes ont pensé que des adhérences ou des brides établies entre le col et le vagin pouvaient déranger les fonctions de l'utérus.

Je n'ai rien observé de semblable; au contraire, je n'ai constaté que des avantages. Ainsi des femmes affectées de rétroversion et qui n'avaient jamais eu d'enfants sont devenues enceintes peu de temps après la guérison du déplacement de l'utérus par des adhérences établies entre le col et le vagin ; la grossesse est arrivée à terme sans le moindre accident. On comprend, en effet, que dans cette circonstance l'enclavement de l'utérus était devenu impossible, ce qui ajoute encore aux avantages de la guérison de la rétroversion. Enfin, j'ai constaté souvent que la menstruation, en général difficile dans le cas de rétroversion, reprenait son cours régulier et facile après le redressement de l'utérus par le moyen dont j'ai déjà parlé si souvent.

SUR LA RÉCIDIVE DU CANCER,

Par M. Tanchou.

Nous avons publié, il y a peu de temps, une série d'articles sur la récidive du cancer, qui ont provoqué chez M. Tanchou des réflexions que nous nous empressons d'accueillir comme toujours, attendu, nous le savons, que le grand avantage des journaux c'est de faire naître, à ceux qui les lisent, des réflexions, des objections qui ne sont pas moins utiles à la science qu'aux praticiens.

On se trompe, dit M. Tanchou, sur la récidive du cancer. On croit, on répète sans cesse que l'opération ne guérit pas cette déplorable maladie; on a même remarqué quelle excitait sa malignité, par conséquent hâtait la mort des malades, et cependant on opère toujours. La première idée qui vient à un chirurgien quand on lui montre une plaie ou une tumeur de mauvaise apparence, c'est de l'enlever, sans s'inquiéter de ce qui adviendra, sans se demander s'il n'y aurait pas quelque chose de mieux à faire.

Jusqu'à quand les chirurgiens mettront-ils leur gloire, et jugera-t-on leur mérite sur le volume des parties qu'ils détachent du corps, sur la hardiesse d'une opération qui n'est souvent qu'une blâmable témérité? Cette chirurgie sent fort le moyen âge, où les chirurgiens, ne sachant que couper, laissaient à d'autres le soin de guérir leurs opérés, ou à un vain étalage dans l'intérêt de l'opérateur plutôt que dans celui du malade.

« Une des malades qui fait surtout l'objet de ces réflexions est une femme de quarante-deux ans (1), qui a été opérée *six fois* pour un mal qui consistait à son début dans une petite tumeur placée au dessus de l'arcade surcillière droite.

» La *seconde fois*, on lui a enlevé, avec la tumeur, qui s'était reproduite, la glande lacrymale avec divers prolongements morbide qu'elle avait projetés autour d'elle.

» La *troisième fois*, Lisfranc ôta toutes les anciennes cicatrices et cinq tumeurs de mauvaise nature qui s'étaient développées au-dessous de l'arcade surcillière, aux angles de l'œil, au fond de l'orbite, jusque sur le nerf optique. Dans cette opération, Lisfranc eut soin d'enlever aussi le périoste partout où la tumeur avait eu des adhérences.

» La *quatrième fois*, pour une tumeur qui s'était développée dans le grand angle de l'œil.

» La *cinquième fois*, on extirpa l'œil tout entier, ainsi que plusieurs engorgements suspects qui existaient dans l'orbite.

» Enfin, tout récemment, pour la *sixième fois* (le 6 novembre), on a enlevé une nouvelle tumeur avec une *queue* qu'il était facile de sentir au toucher, et qui s'étendait dans la paupière inférieure, adossée à la surface de l'orbite. »

On ne sait ce qui doit le plus étonner, ou du courage de cette femme martyre, ou de la persévérance froide et inflexible des divers chirurgiens qui l'ont opérée. Oh! que la chirurgie faite de cette manière est loin du but que l'on se propose! qu'elle est contraire à la science et à l'humanité! elle sacrifie sans utilité des parties qu'on pourrait conserver; elle fait endurer aux malades des souffrances qu'on pourrait leur épargner; elle tue la pensée, empêche la réflexion du chirurgien, toute tentative, tout essai; elle est contraire à tout progrès.... C'est l'intelligence brute qui sert la mécanique au lieu de s'en servir, quand la science a besoin de son secours.

Comment les hommes distingués qui ont traité cette malheureuse femme n'ont-ils pas pensé à ce vide, à l'innocuité de leur conduite, et persistent-ils dans une si déplorable voie; eux aujourd'hui si éclairés, si laborieux, si bien placés pour faire sortir la chirurgie d'une routine qui est si au-dessous de leurs capacités et de leurs intentions.

Que dirait-on d'un homme qui, pour détruire de l'herbe qui repousse sans cesse, se contenterait de la faucher? Quand un agriculteur veut détruire la mousse qui nuit à ses prairies, quand le jardinier veut se débarrasser du chiendent qui croît dans ses carrés, il en modifie le sol; et voilà que des chirurgiens, des médecins, des hommes de mérite les mieux intentionnés n'ont pas eu cette simple idée! C'est le cas de dire ici que le savoir nuit parfois au plus simple bon sens. Flaubert était sur le point d'opérer une religieuse de l'hôpital de Rouen, chez laquelle une tumeur cancéreuse avait récidivé. La malade était sur la chaise, les aides étaient à leur poste, Flaubert avait le bistouri à la main, ses doigts étaient placés pour faire la première incision... Une idée lui traverse l'esprit... Il s'arrête, dépose son histouri, renvoie la malade à son lit, donne ses raisons aux assistants, et dix ans après, Flaubert me montrait cette femme, chez laquelle la maladie n'avait presque pas fait de progrès. Voilà le chirurgien; voilà l'homme de l'art qui opère pour guérir, et non pour opérer.

Mais peut-on empêcher la récidive du cancer? Nul doute; et d'abord peut-on le guérir? Nul doute encore. C'est ce que nous allons chercher à démontrer.

On peut toujours modifier une partie malade; on peut toujours enrayer plus ou moins la marche d'un mal quelconque. Or, modifier une partie, enrayer un mal, c'est déjà prouver la puissance de l'art, et qu'on a toujours tort, à quelques exceptions près, d'opérer de but en blanc; car calmer la souffrance, ralentir tant soit peu la marche d'une maladie, c'est faire le premier pas pour la guérir; la puissance de la médecine n'a de terme que l'intelligence du médecin. La maladie la plus grave n'est qu'une série de transformations depuis le point le plus initial jusqu'à sa terminaison fatale. L'art peut donc toujours *un peu* sur le mal le plus avancé; il n'en faut pas davantage pour engager le médecin ou le chirurgien à essayer quelque chose.

Je sais bien qu'on peut objecter la lenteur du traitement, du temps perdu pour la réussite de l'opération plus tard; mais le temps n'est jamais perdu pour le médecin; il apprend; et pour le malade, il vit souvent, et vit plus longtemps; parfois même il guérit. On voit tous les jours des malades qu'on a crus perdus ou guéris de maladies pour lesquelles on a voulu les opérer. Ce sont là des leçons que l'homme de l'art doit enregistrer et ne pas laisser perdre.

Nous blâmons donc toute opération précipitée; nous la blâmons surtout dans la reproduction du cancer, bien persuadé que, dans cette lutte, ce n'est pas la chirurgie qui l'emportera.

(1) *Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 3 décembre 1849.

Revue thérapeutique.

Nouvelle modification de la fécule, par M. Schulze.

La fécule est traitée comme si l'on voulait préparer de la dextrine; on interrompt seulement l'ébullition avec l'acide sulfurique lorsque la dissolution est effectuée. La liqueur, encore chaude, est neutralisée par le carbonate de chaux, et au bout de plusieurs jours elle laisse déposer des flocons que l'on peut séparer par le filtre. Lorsqu'ils sont secs, ils présentent l'aspect du sagou, et ont la même composition que la fécule: ils constituent un nouveau corps que M. Schulze appelle *amiduline*. Celle-ci se comporte avec l'iode comme la fécule, mais elle en diffère par sa solubilité complète dans l'eau chaude. (*Pharmaceutical journal.*)

Sur l'appréciation du volume ou du poids des liquides d'après le nombre de gouttes versées d'un vase quelconque; par M. Meurcin, pharmacien à Lille.

Des expériences récentes faites par M. Meurcin, il résulte, ainsi que cela avait été remarqué par d'autres observateurs, que l'on doit renoncer à prescrire les médicaments par gouttes, et en général à apprécier le volume ou le poids des liquides de cette manière.

En effet, le poids et le volume de ces gouttes sont susceptibles de varier beaucoup, et cela dépend de la nature des liquides, de l'orifice des vases, de la quantité de liquide qu'ils renferment, de l'adhésion des liquides après les vases.

Dans les cas où les pharmaciens n'auraient pas besoin de résultats d'une rigueur absolue, ils pourront obtenir une approximation suffisante au moyen des gouttes, en déterminant très-exactement le poids d'un certain nombre de gouttes de divers liquides fréquemment employés, versées uniformément de vases qui devront être constamment les mêmes pour les liquides, et suffisamment pleins.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 9 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 30.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

Revue clinique hebdomadaire.

Cancer encéphaloïde du testicule simulant une hydrocèle avec épaississement des parois de la tunique vaginale. — Les cas de diagnostic incertain dans les tumeurs de la tunique vaginale se présentent assez fréquemment à l'observation ; mais il est bon que les praticiens ne les perdent pas de vue. En voici un remarquable que nous avons observé dans le service de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu, et dont M. Trumet, interne distingué des hôpitaux, a bien voulu nous donner la relation complète.

Boyzon, âgé de quarante-deux ans, ciseleur, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 34, dans le service de M. Jobert, le 19 décembre 1849. Cet homme est bien musclé, d'une forte constitution, de tempérament sanguin et jouit ordinairement d'une très bonne santé. Il assure ne jamais avoir eu d'autre maladie vénérienne qu'un chancre il y a vingt-trois ans, qui lui dura seulement quelques jours et pour lequel il ne fit aucun traitement régulier; jamais il n'eut de chaudepisse, jamais d'orchite; dix mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, une femme en jouant avec lui le prit et le serra violemment par les testicules : c'est le droit surtout qui eut à souffrir. Il éprouva sur-le-champ une vive douleur, qui le fit presque tomber en syncope; au bout de huit jours, le testicule droit commença à grossir; pendant cinq mois, sans que la santé générale fût du reste en rien dérangée, il ne cessa point d'augmenter de volume; au bout de ce temps, il avait à peu près atteint les dimensions qu'il présente aujourd'hui.

Au moment de son entrée, le malade est dans l'état suivant :

Le testicule droit manque dans le scrotum ; il est remplacé par une tumeur volumineuse, arrondie, à surface lisse, nullement inégale ni bosselée, ayant assez exactement le volume d'une grosse orange, à laquelle les téguments du scrotum constituent vers la partie supérieure une sorte de prolongement qui lui donne assez bien l'aspect pyriforme ordinaire dans l'hydrocèle. Cette tumeur est dure, sensible à la pression, qui devient douloureuse quand on l'exerce un peu fort. On n'y trouve ni fluctuation sensible ni transparence. La peau qui la recouvre est parfaitement mobile; elle n'a avec les tissus sous-jacents aucune adhérence; elle n'est point parcourue par des vaisseaux variqueux; sa couleur ne s'éloigne pas sensiblement de la couleur normale. Le raphé médian du scrotum ne répond pas exactement à la partie moyenne de la tumeur; il la divise en deux parties inégales, dont l'une, droite, est plus volumineuse, et l'autre, gauche, plus petite. Cette tumeur offre un poids spécifique assez considérable; au dire du malade, elle n'est nullement le siége de douleurs lancinantes ; il y a seulement une sensation gravative, qui diminue dans le décubitus horizontal, en même temps que des douleurs plus ou moins vives sont provoquées par le contact des cuisses, des vêtements ou d'autres corps solides.

Le cordon paraît aussi légèrement douloureux dans le côté gauche; il est sain du reste; on ne peut y constater aucun engorgement glandulaire.

Les désirs vénériens, les érections persistent tout aussi prononcés qu'avant l'apparition de cette tumeur; cette fonction n'a pas subi depuis lors le moindre dérangement.

Le testicule gauche est parfaitement sain de forme, de volume, de consistance. Il est placé comme un appendice en haut et sur le côté de la tumeur principale.

La maladie jusqu'à présent paraît d'ailleurs exclusivement locale; Boyzon n'a pas maigri, n'a nullement perdu ses forces depuis qu'elle s'est développée; il n'a jamais cessé de travailler; il remarque seulement que, lorsqu'il travaille, la tumeur augmente, à ce qu'il dit, d'un tiers de son volume; jamais il n'a rien fait pour s'en débarrasser; il n'a même jamais porté de bandage. Jamais il ne tousse; la respiration est libre, l'appétit conservé, le ventre souple et indolent, les digestions faciles; il n'y a aucune réaction générale; nulle part on ne trouve de traces d'infection syphilitique ni dans les os, ni sur la peau, ni sur les muqueuses. La verge est parfaitement saine. Sa mère est morte du choléra à soixante-dix-neuf ans dans l'épidémie de cette année. Elle se portait bien auparavant; son père a quatre-vingt-deux ans et n'a jamais été malade. Jamais personne dans sa famille n'a présenté de grosseur qu'il ait fallu enlever.

Le diagnostic est embarrassant. M. Jobert hésite; la forme de cette tumeur est à peu près celle d'une hydrocèle; mais son poids, sa dureté, l'absence de transparence éloignent cette idée; peut-être à cause de ces caractères pourrait-on accueillir l'idée d'un sarcocèle; mais la tumeur n'est point inégale, ni bosselée, nullement variqueuse à la surface; il n'y a pas de douleurs lancinantes; la santé du malade, ses forces, son embonpoint n'ont nullement dépéri depuis qu'il la porte.

Avant tout, il s'agit de savoir si cette tumeur est de nature *solide* ou si elle renferme un liquide : pour le savoir, M. Jobert y plonge une aiguille fine montée sur un manche; si elle est solide, on ne pourra pas imprimer à l'aiguille, en la saisissant par le manche, des mouvements de circumduction, qui seront au contraire possibles si la tumeur est liquide, rien dans ce cas ne faisant obstacle à son évolution.

Aussitôt après la ponction, l'aiguille, enfoncée presque jusqu'au manche qui la porte, demeure immobile sous l'action de la main. M. Jobert croit d'abord à une tumeur solide ; mais en retirant un peu l'instrument, il devient facile de lui imprimer ces mouvements de circumduction dont il vient d'être parlé et que plusieurs élèves impriment tour à tour. On peut être autorisé, jusqu'à un certain point, à conclure à la présence d'une poche renfermant un liquide ; l'immobilité de l'aiguille signalée tout à l'heure tenait à ce qu'elle avait traversé cette poche d'outre en outre, et qu'elle se trouvait enfoncée dans la paroi opposée à celle par laquelle elle avait pénétré.

La tumeur contient donc un liquide ; c'est sans doute, dit le chirurgien, une hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale, qui est peut-être devenue cartilagineuse en quelques points, ce qui expliquerait sa dureté, au lieu de la mollesse habituelle aux tumeurs liquides.

Le 23 décembre, cet endurcissement, cet état probablement cartilagineux des parois de la poche empêcherait, dit M. Jobert, le rapprochement de ses parois et rendrait certainement inutile l'opération par ponction et injection iodée. C'est l'excision de la poche elle-même dans une étendue plus ou moins considérable à laquelle il croit devoir se décider.

L'opération est pratiquée le 26 décembre 1849, sans l'emploi du chloroforme. M. Jobert, pensant toujours avoir affaire à une hydrocèle, mais à une hydrocèle particulière, nous donne, avant d'opérer, quelques détails sur la conduite qu'il va tenir. Il est, dit-il, deux opérations fort anciennes employées contre l'hydrocèle, alors qu'on ne connaissait pas la méthode des injections qui est une conquête toute moderne, c'est l'*incision* et l'*excision ;* on doit aujourd'hui les réserver pour les cas particuliers comme celui qui nous occupe, parce que la ponction et l'injection constituent une méthode beaucoup plus simple et pour le moins aussi efficace.

L'incision consiste à ouvrir largement la tunique vaginale, à la vider du liquide qu'elle contient, puis à déposer entre les lèvres de la plaie de la charpie ou un autre corps irritant qui, par son contact, enflamme la poche et amène l'adhésion de ses parois.

L'*excision*, que l'on combine ordinairement avec la méthode précédente, consiste à enlever dans une étendue plus ou moins grande une portion de la tunique vaginale elle-même. Pour cela, on peut circonscrire par deux incisions un lambeau ovalaire, et *enlever* ce lambeau, ou bien pratiquer seulement une simple incision verticale, et, avec des ciseaux, détacher ensuite sur les deux lèvres de la division, dans toute leur longueur, un lambeau plus ou moins considérable. En retranchant ainsi une certaine portion de la tunique vaginale, qui a perdu par son épaississement sa souplesse et sa mobilité, on permettra le rapprochement de ses parois, qui n'aurait pu se faire sans cela. Un liquide albumineux, de la sérosité plastique se déposeront dans l'intérieur de la poche, et la guérison aura lieu.

Le séton, conseillé anciennement aussi contre l'hydrocèle, détermine un travail inflammatoire trop considérable, et peut donner lieu à des accidents.

Après ces préliminaires, M. Jobert procède à l'opération : Le malade est étendu horizontalement sur le lit, les jambes écartées ; un aide soutient la tumeur et tend avec la main la peau qui la recouvre; le chirurgien pratique alors sur la li-

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France ;
Par le docteur Félix Roubaud.

Quand il y a deux ans le docteur Roubaud nous fit part de son projet de publier un *Annuaire médical de la France*, nous ne crûmes point à l'exécution et surtout à la réussite de ce dessein. Nous connaissions le docteur Roubaud pour avoir un esprit charmant, une imagination vive, un caractère aimant plus la fantaisie que le sérieux, et un style plus approprié aux qualités de l'artiste qu'à celles du statisticien et du savant. Nous savions qu'avant d'entrer dans la presse médicale, le docteur Roubaud avait longtemps habité les rez-de-chaussée des grands journaux, et qu'il avait pour la littérature légère et pour les théâtres une prédilection marquée. Cette année même, alors qu'il coordonnait les nombreux éléments de la deuxième édition de son *Annuaire*, et qu'il dressait cette belle statistique du corps médical dont nous parlerons tout à l'heure, il tirait de son imagination une douzaine de petits romans délicieux, groupés autour d'une idée commune comme des fleurs autour d'une même tige.

Toutes ces considérations, on le comprend, devaient nous inspirer des doutes sur l'édification par le docteur Roubaud d'un *Annuaire médical.* C'est qu'en effet, pour ces sortes d'ouvrages, il faut tout à la fois réunir un travail infatigable, une volonté inébranlable, une tension d'esprit continuelle, un amour inconsidéré de l'abstrait et du chiffre, une intelligence froide, une patience à toute épreuve, et par-dessus tout la connaissance exacte et profonde de la matière que l'on traite. Nous croyions toutes ces qualités étrangères au docteur Roubaud, et, même encore aujourd'hui, nous regardons son *Annuaire* comme un défi ou comme un tour de force.

Que le docteur Roubaud ait eu l'intention de prouver le précepte de Boileau qui veut qu'on passe *du grave au doux*, *du plaisant au sévère*, ou qu'il eût voulu montrer ce que peut une forte volonté, peu nous importe, s'il a rendu au corps médical un véritable service. En cette matière, et surtout pour nous, la fin doit justifier le but.

Incontestablement l'*Annuaire* du docteur Roubaud a rempli une lacune que tout le monde déplorait, le gouvernement comme le corps médical. On se souvient encore de quelle façon se traîna, faute de documents, à l'ancienne chambre des pairs, le projet de loi de M. Salvandy sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Ce fut même à cette occasion, si notre mémoire est fidèle, que le docteur Roubaud, qui faisait pour la *Gazette des Hôpitaux* le compte-rendu de la chambre, eut la première idée de son *Annuaire* et conçut la pensée de réunir tous les matériaux capables d'éclairer la discussion qui devait s'ouvrir au palais Bourbon.

Ce point de départ devait nécessairement conduire l'auteur à porter sur la législation médicale et pharmaceutique une attention toute spéciale ; c'est ce qu'il a fait en classant méthodiquement tous les lambeaux épars de nos codes relatifs aux professions du médecin et du pharmacien; bien plus, il a accompagné chaque loi et chaque ordonnance de notes, soit historiques, soit législatives, soit judiciaires; les points litigieux sont éclaircis par les arrêts de la cour suprême qui fixe l'esprit de la législation.

Ces notes intéressantes à tous égards se continuent dans toutes les parties de l'ouvrage. Toujours au courant des derniers progrès de la science, l'auteur donne sur chaque branche qui se présente un résumé des travaux les plus récents, et indique d'une manière scrupuleuse les sources auxquelles on peut puiser de plus amples renseignements. Ainsi pour les eaux minérales, pour les établissements des aliénés, pour les travaux des académies, pour les hôpitaux, etc.

Mais la partie capitale de l'ouvrage, celle que l'administration a toujours regrettée, c'est la statistique médicale et pharmaceutique de la France. L'auteur a dû se heurter contre des difficultés inouïes, et a dû éprouver de bien cruelles désillusions. Il semble l'avouer lui-même quand il l'écrit dans sa préface :

« Outre les correspondants que j'avais choisis dans chaque arrondissement, et dont la majorité a répondu à mon appel, un grand nombre de confrères sont venus corroborer les documents déjà reçus ou rectifier les erreurs inséparables d'une première coordination de si volumineux matériaux. Je les remercie bien vivement, les uns pour leur concours, les autres pour les conseils qu'ils m'ont donnés. »

Quoi qu'il en soit, l'auteur a cru que sur les documents qu'il avait il pouvait dresser une statistique raisonnée de la profession médicale. Cette statistique, dont le *Moniteur universel* et quelques autres journaux politiques se sont déjà emparés, est un morceau trop instructif et trop intéressant pour que nous ne le donnions pas en entier à nos lecteurs. Le voici textuellement extrait de l'ouvrage du docteur Félix Rouhaud :

« La France compte 18,081 praticiens médicaux et 5,372 pharmaciens. Parmi les 18,081 médecins, il y a 10,955 docteurs et 7,126 officiers de santé.

» La population de la France, d'après le dernier recensement fait en 1848, est de 33,255,181 habitants. En comparant le chiffre de la population avec celui des médecins, nous trouvons qu'il y a un praticien sur 1,839 habitants et une fraction.

» Il s'en faut de beaucoup que cette proportion soit la même pour toute la France; ainsi, par exemple, Paris seulement a une population de 1,053,897 habitants, et compte 1,354 docteurs et 64 officiers de santé; c'est donc 1 médecin sur 744 habitants. Sous ce rapport nous pouvons dire en règle générale que le midi de la France compte plus de praticiens que le nord; ainsi le Calvados, qui a une population de 520,690 habitants, a 154 docteurs et 113 officiers de santé, tandis que les Bouches-du-Rhône, qui n'ont que 359,473 habitants, comptent 218 docteurs et 121 officiers de santé; de même encore pour les Côtes-du-Nord, dont la population est de 598,872 habitants, et le nombre de ses praticiens de 77 docteurs et 80 officiers de santé, tandis que l'Aude, sur 270,125 habitants, a 113 docteurs et 75 officiers de santé; l'Eure, sur 424,248 habitants, compte 91 docteurs et 95 officiers de santé, et le Var, sur 317,601 habitants, a 162 docteurs et 105 officiers de santé.

» Sur le nombre total de praticiens, 18,081, deux tiers sont docteurs et un tiers est officier de santé. Il nous paraît intéressant de constater les pays qui fournissent le plus grand nombre d'officiers de santé et d'en rechercher les causes.

» En règle générale, on peut dire que les départements les plus riches possèdent le plus grand nombre d'officiers de santé, et que les départements les plus pauvres sont ceux où l'on remarque le plus de docteurs. Cette règle pourtant souffre des exceptions; nous allons essayer de les expliquer.

» La richesse d'un pays découle ou de la source industrielle, ou de la source agricole ; la première s'acquiert tout entière par l'activité de l'homme; pour la seconde, au contraire, l'activité humaine reste à peu près stérile, si elle n'est pas secondée par la nature du sol sur lequel elle s'exerce. Par cette double considération, la fortune de l'industriel est toute en lui, tandis que celle du propriétaire

gne médiane des téguments qui recouvrent la tumeur une longue incision verticale. La tumeur, ainsi mise à nu dans toute son étendue, est incisée elle-même à son tour ; cette incision permet de voir qu'elle est enfermée dans une coque fibreuse épaisse et résistante ; à peine cette enveloppe est-elle ouverte, qu'elle laisse échapper une sorte de bouillie grisâtre mêlée à quelques caillots sanguins. M. Jobert croit d'abord que ce sont seulement des flocons albumineux mêlés comme souvent à la sérosité, et avec un ciseau droit il enlève hardiment un large lambeau sur l'une des lèvres de la division ; mais, à mesure qu'il agrandit l'ouverture, il s'échappe une plus grande quantité de cette même matière grisâtre, ramollie, comme diffluente, que le premier coup de bistouri a déjà fait sortir.

En introduisant le doigt au milieu de la tumeur, le chirurgien s'aperçoit que cette même matière la remplit en entier ; il y a peu ou point de sérosité ; le testicule ne se peut sentir nulle part. M. Jobert reconnaît tout de suite ce dont il s'agit ; c'est un cancer encéphaloïde ramolli, dont les caractères physiques en ont imposé pour une tumeur d'une autre nature ; et aussitôt, sans hésiter, il achève rapidement, par la castration, une opération qu'il avait commencée dans d'autres intentions. Trois vaisseaux appartenant au cordon sont liés *isolément;* et à ce propos, M. Jobert répète ce qu'il a l'habitude de dire dans de semblables circonstances, à savoir : que la ligature en masse du cordon est une mauvaise chose, parce qu'elle porte sur des éléments différents qui, n'ayant pas la même vitalité, ne cèdent pas également vite à la pression de la ligature ; c'est à cause de cela que, tandis que les artères sont coupées au bout de quelques jours, la section du canal déférent se fait attendre pendant quarante ou cinquante jours, ce qui retarde inutilement la guérison, empêche la réunion par première intention et prolonge la suppuration aux dépens des forces du malade.

L'examen ultérieur de la tumeur, fait seulement au point de vue des caractères physiques, montre que le testicule a subi une dégénérescence complète, qu'il n'y a nulle part des traces d'organisation parenchymateuse, pas un vaissau séminifère, etc.

Quatre épingles et la sutnre entortillée servent à réunir la plaie. Un linge cératé, un plûmasseau de charpie, le tout recouvert de compresses imbibées d'eau froide, sans bandes, sans constriction aucune, constituent tout le pansement. Un petit coussin est placé entre les jambes du malade pour soutenir le scrotum. Voilà, certes, un cas bien intéressant quant à la difficulté du diagnostic ; c'est un exemple de la marche insidieuse que peut quelquefois affecter le cancer. Ainsi dans le cas qui nous occupe, il n'y avait que le *poids* de la tumeur qui pût éveiller l'idée d'une dégénérescence cancéreuse ; pas de bosselure ni d'inégalités à la surface, pas de varicosités, pas de douleurs lancinantes ; nul retentissement sur l'état général du sujet, qui n'a ni maigri, ni perdu ses forces. Ce poids, sans être précisément égal au volume de la tumeur, comme cela arrive ordinairement dans le sarcocèle, était absolument le seul signe fort incertain du reste qui pût éveiller l'idée d'un cancer.

Deux heures après que le malade fut reporté à son lit, un écoulement de sang assez abondant survint qui nécessita deux nouvelles ligatures. A part ce léger accident, le malade fut bien tout le jour. Il put même reposer un peu la nuit suivante.

Le lendemain, 27 décembre, la figure du malade est bonne ; il ne souffre pas. Le pouls est plein à 92. Il se trouve très bien. On lui permet un peu de bouillon. Deux épingles sont déjà retirées.

Le 28, les deux dernières sont enlevées. L'adhésion, peu solide encore, est cependant établie entre les lèvres de la plaie.

Le malade se trouve très bien ; il ne souffre nulle part. Sa figure est bonne ; son pouls comme hier, à 92. Il demande à manger. On lui permet des potages. Il a bien dormi une grande partie de la nuit.

Les 29 et 30, état toujours très satisfaisant ; nulle réaction fébrile.

Le malade se trouve très bien ; il dort la nuit, ne souffre nulle part. La suppuration est modérée. — Potages gras.

Le 31, on lui permet une portion de pain.

Le 1er janvier, même état. Pas d'accident ; figure bonne. Appétit prononcé ; digestions faciles.

Rien de nouveau du 1er au 4 janvier. La plaie fournit une suppnration modérée.

Le malade se trouve très bien.

Le 7, toujours bon appétit ; sommeil régulier ; état très satisfaisant.

M. Jobert enlève par quelques tractions modérées tous les fils de ligature, à l'exception d'un seul.

Du 7 au 13, il n'y a rien absolument de particulier.

Le malade est toujours dans un parfait état de santé. Il mange trois portions.

Le 13, M. Jobert détache par une traction avec les pinces le dernier fil de ligature qui demeurait encore.

Le malade sort très bien portant et complétement guéri le 23 janvier 1850.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Abcès par congestion de la région inguinale. Son diagnostic et son traitement.

Il nous est entré ce matin, au n° 3, une femme âgée de trente ans, d'une bonne constitution en apparence. Elle porte une tumeur à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite, au-dessous du pli de l'aîne, faisant une saillie vers le côté interne. Cette tumeur est volumineuse, hémisphérique, fluctuante, à base mal circonscrite et profondément située dans les tissus. La peau qui la recouvre n'est pas rouge ; il n'y a pas de douleur ; elle est venue insensiblement, et la malade ne paraît pas avoir fixé son attention sur elle, si ce n'est lorsque son volume était déjà assez considérable.

La malade ne dit pas avoir reçu de violence dans cette région ; de sorte que nous ignorons la cause de son apparition.

Malgré cette tumeur, la malade a l'air de se bien porter ; elle a bon appétit ; son embonpoint n'a pas diminué ; elle n'a pas eu de maladies antécédentes sérieuses. Cependant, elle nous accuse un fait sur lequel votre attention doit se porter.

Depuis longtemps elle éprouve dans la région lombaire des douleurs très vives ; aujourd'hui ces douleurs existent aussi au niveau des hanches et dans le membre abdominal droit ; la malade ne tousse pas, et n'a jamais toussé.

Avec ces renseignements, on peut éprouver quelque embarras sur la nature de la tumeur, parce que dans cette région on observe toutes les espèces de tumeurs. La région inguinale, comme la région axillaire, sus-claviculaire, est une des plus riches en tumeurs possibles ; toutes les espèces peuvent s'y rencontrer. Vous y voyez, en effet, les abcès avec toutes les espèces d'anévrismes, les hernies, les tumeurs osseuses, etc., de sorte qu'en présence d'une tumeur comme celle que nous offre notre malade, on est obligé de songer à toutes les autres.

Mais, pour arriver à établir notre diagnostic, établissons des divisions. Il y a des tumeurs inguinales situées au-dessus ou au-dessous de l'aine. Or, notre tumeur est située au-dessous.

Bien que ce caractère suffise pour élaguer les anévrismes, l'artère, en effet, ne suit pas cette direction de la tumeur, et se trouve plus en dehors. Nous pouvons aussi mettre de côté les tumeurs ganglionnaires ; car, dans les adénites, le gonflement est situé plus haut et plus en dehors. Ici, au contraire, nous avons une saillie qui vient jusqu'à la partie interne de la racine de la cuisse. Nous ne pouvons penser à une tumeur osseuse occupant soit les os du bassin, soit une partie du fémur ; car ici on constate une fluctuation manifeste. Les tumeurs cancéreuses, fibreuses, et les hernies ne présentent pas la fluctuation comme ici ; par conséquent, nous les rejetons.

Il en résulte que nous n'avons à nous occuper que des tumeurs liquides. Nous avons déjà vu que ce ne pouvait pas être un anévrisme ; il ne nous reste plus à choisir qu'entre un kyste, une hématocèle ou un abcès.

Ce n'est pas un kyste, parce que la limite, la base de la tumeur ne sont pas précises, distinctes des parties environnantes, caractères que l'on trouve dans les kystes. Et puis, le développement n'est pas celui d'un kyste. Il en est de même du volume. Il y a eu des douleurs lombaires, et jamais un kyste n'acquiert un volume aussi grand en quatre ou cinq mois. Serait-ce une hématocèle ? Je ne le pense pas, à cause de son mode d'apparition et de développement. Il s'agit donc d'un abcès ; mais il faut aller plus loin, et préciser la variété de collection purulente. Il n'y a pas de région dans le corps où toutes les variétés soient plus communes. On peut y trouver, en effet, les abcès par congestion, les abcès froids, les abcès symptomatiques de l'articulation coxo-fémorale, de l'inflammation de la bourse muqueuse du psoas, ou bien encore d'une lésion des os du bassin, comme les pubis, l'éminence iléo-pectinée, l'épine iliaque inférieure et du fémur, soit du col, soit du petit trochanter. Bien d'autres abcès peuvent survenir dans la région inguinale à la suite d'une affection de la matrice chez la femme, et de la vessie dans les deux sexes. Il nons reste encore à nous rappeler les abcès tenant aux vaisseaux et aux ganglions lymphatiques. Tous ces abcès se divisent encore en superficiels et profonds, en chauds et froids.

Maintenant, cherchons à déterminer quelle est l'espèce dont notre malade est affectée.

Les abcès chauds doivent être rejetés tout d'abord ; jamais la malade n'a eu la peau rouge, douloureuse, chaude dans ce point. Serait-ce un abcès froid ? Il est vrai qu'il n'y a pas eu les symptômes d'une inflammation locale ; mais un abcès froid présente à sa surface une peau écailleuse, terne, non douloureuse à la pression ; mais elle est pour ainsi dire infiltrée, œdémateuse. Ici nous n'avons pas ces caractères.

Il ne nous reste plus qu'à choisir entre un abcès par congestion et un abcès symptomatique d'une carie, ou une nécrose des os dn bassin et du fémur.

L'abcès symptomatique n'existe pas ; il est impossible de trouver soit dans les antécédents, soit dans les symptômes actuels quelque chose qui s'y rapporte. Il est donc probable que c'est un abcès par congestion. C'est en effet ce qui existe, et en voici les preuves.

D'abord, vous avez à la partie interne et supérieure de la cuisse une tumeur molle, fluctuante ; puis, si vous examinez la fosse iliaque droite, vous sentez une tumeur ayant les mêmes caractères que celle de l'aine. Bien plus, ces tumeurs communiquent ensemble. Vous n'avez qu'à presser sur l'une d'elles, et vous constaterez facilement cette communication.

Il y a encore les antécédents, qui nous font croire à un abcès par congestion. N'a-t-elle pas eu des douleurs vives pendant deux ans au niveau de la région lombaire ? Ces caractères suffisent certainement pour établir notre diagnostic.

Mais nous devons étudier cet abcès sous un autre point de vue ; nous devons en préciser le siége, car une fois que nous le connaîtrons, nous pourrons, au moyen de nos connaissances anatomiques, deviner, pour ainsi dire, où se trouve la source du mal, quelle est la vertèbre malade, et même quelle est la partie de cette vertèbre qui est cariée ou nécrosée. Cette étude offre donc beaucoup d'intérêt. Je dis que la collection purulente est sous-aponévrotique. Qu'est-ce qui nous l'indique ? La position seule. Les abcès par congestion sous-cutanés ne peuvent venir dans l'aine que par le canal crural ou par le canal

---

foncier est en grande partie dans ses terres ; par conséquent encore l'industriel ne peut se livrer à des occupations étrangères à son industrie ; tandis que le propriétaire foncier peut consacrer à la science, aux arts, etc., une partie de son activité, sans que sa fortune ait le moins du monde à en souffrir.

» Ces considérations nous amènent directement à cette première conclusion, que les départements riches par l'industrie ont beaucoup moins de médecins que les départements agricoles : ainsi la Somme, département industriel, sur une population de 543,704 habitants, possède 77 docteurs et 184 officiers de santé, tandis que la Gironde, département agricole, sur une population de 552,225 habitants, a 272 docteurs et 182 officiers de santé.

» La seconde conséquence à laquelle amènent les considérations que nous avons établies touchant les départements industriels et agricoles, consiste en ce que, dans les premiers, le nombre des officiers de santé est bien supérieur à celui des docteurs, et que le contraire a lieu pour les départements agricoles.

» Dans les départements industriels, la bourgeoisie a toute sa richesse dans des usines, des manufactures et le commerce ; elle a pour ses enfants, quel qu'en soit le nombre, une carrière toujours prête, et dans ces pays nul n'est plus honoré qu'un manufacturier ; les fils de la bourgeoisie, élevés dans l'industrie, pensent peu à quitter cette carrière, héritent des usines et des manufactures de leurs pères, et tournent rarement un regard d'envie vers les professions libérales. Ceux, au contraire, qui dans ces départements embrassent ces professions, appartiennent à des familles peu aisées, pouvant tout au plus donner à leurs enfants le titre d'officier de santé ; ceux-ci, une fois parvenus à une certaine aisance, destinent rarement leurs fils à la médecine et, subissant malgré eux l'influence des idées au milieu desquelles ils vivent, ils les livrent à l'industrie, soit par le mariage, soit par l'achat d'une usine. — Les onze départements de la zone septentrionale industrielle, qui est sans contredit la plus riche de la France, présentent le caractère que nous venons de signaler : le Nord a 211 docteurs et 310 officiers de santé ; le Pas-de-Calais, 99 docteurs et 286 officiers de santé, etc.

» Daos les départements agricoles, au contraire, la bourgeoisie, ne pouvant faire de ses enfants des fermiers ou des laboureurs, les tourne vers les professions libérales et leur donne le titre de docteur au lieu de celui d'officier de santé. Ainsi, la Charente-Inférieure, sur 163 docteurs, n'a que 82 officiers de santé ; dans le Cher, 65 docteurs et 36 officiers de santé, presque le double, etc.

» Les départements du Midi, sauf quelques rares exceptions, sont dans le cas des départements agricoles ; ici la supériorité du nombre des docteurs sur celui des officiers de santé peut encore tenir au caractère propre aux Méridionaux. La vanité est sans contredit un de leurs principaux mobiles, et, tandis que dans le Nord un industriel fera facilement un mariage honorable et riche, dans le Midi les professions libérales, flattant davantage l'amour-propre, le médecin sera entouré de plus de considération et sera, toutes choses égales d'ailleurs, préféré à un manufacturier. — Cette explication, quoique triviale, est parfaitement exacte, et il n'est personne qui, ayant visité le Nord et le Midi, en conteste la vérité. L'Ardèche a 88 docteurs et 14 officiers de santé ; l'Aude, 113 docteurs et 75 officiers de santé, etc.

» La Corse fait une exception remarquable à cette règle ; sur 52 docteurs, elle compte 221 officiers de santé. Cette énorme différence se cnmprend sans peine si l'on songe aux mœurs de ce département et à son éloignement de tout centre d'instruction.

» A côté des départements riches soit par l'industrie, soit par l'agriculture, viennent se placer les départements pauvres ou montagneux. Il semblerait, au premier abord, que le nombre des officiers de santé dût l'emporter sur celui des docteurs, si l'on n'avait égard qu'à la différence des désirs et des besoins qui doit naturellement exister entre le docteur et l'officier de santé ; pourtant il n'en est rien, et c'est le contraire qui se présente. Les Hautes-Alpes ont 20 docteurs et 11 officiers de santé ; l'Aveyron, 77 docteurs et 17 officiers de santé ; le Cantal, 122 docteurs et 15 officiers de santé ; les Vosges, 91 docteurs et 24 officiers de santé. Les Landes font seules exception à cette règle : sur 84 docteurs, elles comptent 164 officiers de santé ; nous n'avons pu nous expliquer l'état de ce département.

» En ce qui regarde la supériorité numérique des docteurs sur le chiffre des officiers de santé dans les départements pauvres ou montagneux, on peut dire que dans ces départements où la population est partagée en deux classes bien tranchées, l'une ayant de l'aisance et l'autre croupissant dans la plus affreuse misère, la première seule peut embrasser les professions libérales, et, par cela même qu'elle possède quelque fortune, acquérir le titre de docteur. Aussi, dans ces contrées où l'art médical serait insuffisant aux besoins du médecin, celui-ci est à coup sûr propriétaire, et les ressources de cette fortune, presque toujours paternelle, s'ajoutant aux produits de la pratique médicale, continuent l'aisance qui permettra au médecin de léguer à son fils le titre de docteur ; c'est ce qui arrive en effet dans ces départements où l'on trouve à chaque pas le père, l'enfant et souvent les enfants, exerçant la médecine dans des rayons pen éloignés les uns des autres.

» En résumé :

» 1° Les contrées méridionales de la France possèdent un plus grand nombre de praticiens que les contrées septentrionales ;

» 2° Les départements agricoles jouissent aussi de cette supériorité numérique sur les départements industriels ;

» 3° Les départements industriels comptent plus d'officiers de santé que de docteurs en médecine ;

« 4° Le contraire a lieu pour les départements agricoles ;

» 5° Les contrées méridionales suivent la loi des départements agricoles ;

» 6° Les départements pauvres ou montagneux, obéissant, en ce qui concerne le nombre des praticiens (docteurs et officiers de santé), aux lois que nous avons établies touchant la position topographique des départements, possèdent plus de docteurs que d'officiers de santé.

» L'exercice de la pharmacie, ne présentant aucun caractère spécial et n'ayant pu, malgré nos soins, être divisé en deux catégories, ainsi que nous l'avons fait pour les médecins, nous ne pouvons que déplorer leur infériorité numériquement proportionnelle à la population. »

Si la chambre des pairs avait eu de pareils documents, il est probable que la question des officiers de santé n'eût pas fourni à MM. Cousin et de Salvandy matière à des démentis continuels.

Reconnaissons, en terminant, que l'Annuaire du docteur Roubaud est d'une grande importance et pour l'administration et pour le corps médical ; pour l'administration, parce qu'il lui donne le moyen d'exercer d'une manière efficace la police médicale et pharmaceutique ; pour le corps médical, parce qu'il lui donne réunis tous les documents qui l'intéressent de près ou de loin, et qu'il est même pour lui *memento* bibliographique et scientifique de l'année.

Dr A. F.

Le docteur de Puisaye, ancien interne des hôpitaux, vient d'être nommé, par ordonnance de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, médecin inspecteur-adjoint des eaux minérales d'Enghien, en remplacement de M. Donné, démissionnaire.

inguinal; ces deux canaux se continuent avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, lequel est en communication avec la partie antérieure du corps des vertèbres lombaires. Mais ces abcès se trouvent au-dessous du pli de l'aine et à la partie antérieure de la cuisse; si vous le trouvez en dedans, il est sous-aponévrotique, car il ne peut être venu là que par la gaîne du muscle psoas iliaque. Le pus, bridé de toutes parts, suit le muscle, et arrive avec lui jusqu'au petit trochanter. Arrivé là, il s'accumule et forme une tumeur qui est nécessairement sous-aponévrotique.

Il en résulte donc pour nous que cet abcès n'est pas sous-cutané et qu'il a suivi le muscle psoas iliaque. Cette connaissance acquise, nous devons chercher quelle est l'origine du pus. Lorsque l'abcès est superficiel et qu'il est arrivé sous la peau par le canal crural, le pus a glissé entre le péritoine et le *fascia iliaca*. Or, pour qu'il puisse fuser dans ce tissu cellulaire, il faut qu'il ait sa source à la partie antérieure des vertèbres lombaires au moins. Si l'os coxal était malade, le pus serait resté dans la fosse iliaque. Ainsi, pour nous résumer, nous dirons qu'un abcès sous-cutané de l'aine annonce nécessairement une maladie du corps seulement des vertèbres lombaires ou dorsales. Cette proposition se devine par l'inspection anatomique. Je l'avais mentionnée dans mon livre d'anatomie chirurgicale, et depuis, les faits sont venus confirmer mes prévisions sur ce point.

Si, au contraire, l'abcès est sous-aponévrotique, nous serons autorisé à penser que le pus vient des apophyses transverses, des lames et des parties latérales du corps des vertèbres lombaires seulement. Les insertions supérieures du *fascia iliaca* nous expliquent très bien le mécanisme de cette infiltration.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que ceci n'offre jamais d'exception. Des abcès de la fosse iliaque sous-aponévrotique sont devenus sous-cutanés, et réciproquement, en perforant le feuillet qui établit la séparation entre le psoas iliaque et le péritoine. J'ai observé des cas semblables.

D'après ces considérations, comme notre malade a un abcès sous-aponévrotique au-dessous du pli de l'aine et au dedans de la cuisse, communiquant avec une autre collection ayant son siége dans la fosse iliaque correspondante, il est certain qu'elle a une carie ou une nécrose des parties latérales des vertèbres lombaires.

Il nous reste maintenant à examiner la question au point de vue du diagnostic et du traitement.

Le pronostic, il faut le dire de suite, ne se trouve pas satisfaisant. Tôt ou tard les malades finissent par succomber, et cela, dans la proportion de 4 sur 5. Cette fatale terminaison arrive de quelque façon qu'on traite les malades. Je ne suis pas sûr même que les médications offrent quelque utilité. Effectivement, on a deux choses bien différentes à envisager: la collection purulente et la maladie des vertèbres. Traitez-vous l'abcès? Vous pourrez peut-être le faire disparaître; mais aurez-vous guéri, pour cela, la cause de l'abcès, c'est-à-dire, la carie ou la nécrose des vertèbres? Il s'en faut de beaucoup. Maintenant, si vous vous adressez directement à ces vertèbres malades, vous ne pourrez pas le faire avec fruit; car, à cause de leur situation profonde, ces os seront difficilement accessibles aux topiques; vous ne pourrez pas non plus les maintenir dans l'immobilité, ressource si grande pour les maladies des os des membres. Si on traite l'abcès, on s'attaque à l'ombre du mal. Si on l'ouvre, ou bien ce sera pour le vider, et cela ne peut être utile que lorsqu'il produit de la gêne et de la douleur; ou bien ce sera pour le guérir; mais c'est un but impossible à atteindre, parce que la source n'est pas tarie. Si on ne l'ouvre pas, il croît toujours en volume; la peau devient tendue et luisante; elle s'enflamme, et l'abcès s'ouvre de lui-même. La suppuration continue au contact de l'air; bientôt elle revêt de mauvais caractères; le pus devient irritant, la fièvre se déclare, et une nouvelle scène se montre. Le chirurgien n'a pas un grand succès, même quand il a recours à la méthode sous-cutanée.

Il n'y aurait donc plus qu'un moyen, ce serait d'attaquer le mal dans sa source. Eh bien! on l'a fait, mais avec aussi peu de succès. On a appliqué au niveau des vertèbres malades des cautères, des moxas, etc.; on a donné à l'interieur les toniques, les iodures, l'huile de foie de morue, sans obtenir de brillants résultats. On a conseillé un régime substantiel et de bonnes conditions hygiéniques; mais ces dernières conditions, pouvons-nous les donner à notre malade, et dans un hôpital; c'est impossible. Il ne nous reste donc plus que le traitement de l'abcès. Comme la malade n'en est point incommodée, je ne suis pas d'avis de l'ouvrir. Aussi, après quelques jours, je me propose de lui conseiller de sortir.

SUR L'ANÉMIE PENDANT LA GROSSESSE.

Nous avons reçu depuis plusieurs jours la lettre suivante d'un de nos distingués confrères de province; le défaut d'espace nous a seul empêché de la publier plus tôt.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 21 février, vous rendez compte d'une communication faite par M. Cazeaux à l'Académie de Médecine, sous ce titre: *De la nature chlorotique des troubles fonctionnels qui chez les femmes enceintes sont généralement attribués à la pléthore.*

Permettez-moi de revendiquer, par la voie de votre estimable journal, la priorité des idées émises par notre confrère M. Cazeaux.

Pour prouver sa proposition, M. Cazeaux s'appuie:

1° Sur l'analyse du sang, qui démontre dans ce liquide des modifications analogues à celles qu'il éprouve dans la chlorose;

2° Sur la symptomatologie, qui indique que les troubles fonctionnels de la grossesse sont les mêmes que ceux de la chlorose;

3° Sur le traitement par les toniques et les ferrugineux, qui est aussi efficace contre les troubles fonctionnels de la grossesse que contre ceux de la chlorose.

Eh bien! c'est précisément de la même manière, et presque dans les mêmes termes, que j'ai démontré cette proposition dans un travail couronné par l'Académie en 1848 et imprimé au commencement de 1849 (1).

1° *Analyse du sang.* — Page 237: « Dans les premiers mois de la grossesse, les globules sont diminués: *il y a aglobulie.* Ce fait, après ce que nous avons dit plus haut, ne doit pas étonner; quand l'économie perd quelque chose (et ici elle fournit des matériaux à un organe supplémentaire), c'est l'aglobulie qui se manifeste en premier lieu: la grossesse développe cet état comme le mauvais régime, l'excès de travail, l'alimentation végétale, les pertes de sang, les suppurations abondantes. » — Page 238: « Cette aglobulie n'est jamais très forte; cependant vous verrez fréquemment les globules *descendre au-dessous de* 100 *pour* 1000. Si elle détermine souvent des accidents, c'est que, dans ces circonstances, se développe une aglobulie que j'ai appelée *relative.* Une femme a 125 en globules; c'est son état normal, elle se porte bien; elle devient enceinte, ses globules diminuent de 15 pour 1000; son aglobulie n'est pas absolue, mais enfin elle existe relativement à ce qu'était naguère la composition du sang, et les accidents éclatent. »

2° *Symptomatologie.* — Page 238: « A quelles lésions peuvent se rapporter les troubles variés que présentent les femmes fécondées? Tous dérivent *de la diminution des globules* (aglobulie)... Leur bouche se sèche ou produit une hypersécrétion salivaire qui se traduit par une expuition continuelle et fatigante. L'appétit se perd le plus souvent, soit que les aliments inspirent le dégoût, soit qu'une sorte de *boule hystérique* les empêche de descendre en donnant l'impression d'une constriction œsophagienne insurmontable. Des gastralgies variées ajoutent leurs tourments à ces troubles de la partie supérieure du tube intestinal. Elles se manifestent sous forme de crampes, de tiraillements, de pincements, et par des mouvements antipéristaltiques de l'estomac qui produisent ces vomissements si fatigants dans le début de la grossesse. Ces symptômes de l'aglobulie n'existent généralement pas seuls; les hémicranies, les palpitations nerveuses, les accès d'asthme hystérique, les névralgies, les tympanites.. et autres manifestations symptomatiques de la diminution des globules apparaissent. »

3° *Traitement.* — Page 239: « En dernière analyse, la femme fécondée perd ses globules, parce qu'elle en fournit à son enfant, et les troubles qu'elle présente sont les manifestations symptomatiques de l'aglobulie. Que penser, après cela, de cette pratique, qui s'est perpétuée sans raison depuis une longue suite de siècles, et qui consiste à saigner, à mettre à la diète ou à purger pour s'opposer aux troubles sympathiques de la gestation? La femme fournit à l'accroissement d'un produit nouveau, ses globules s'épuisent, l'aglobulie paraît traînant à sa suite des symptômes douloureux. Et vous, que faites-vous avec vos saignées et vos purgations? Vous diminuez les globules, vous augmentez l'aglobulie, vous favorisez les accidents. Oh! plutôt, que n'est-il possible de reproduire les globules à mesure qu'ils s'épuisent! etc... » — « Que doit donc faire le médecin? Il doit s'opposer aux saignées, à la diète..... Son rôle ne sera pas seulement passif; il agira activement en conseillant une alimentation animale, exclusivement animale même, suivant les circonstances; il ne négligera ni les tisanes amères, ni les aromatiques, ni les ferrugineux: le vin, le houblon, la bière, la gentiane, la centaurée, le trèfle d'eau, le quinquina, le chamadrys, le chenopodium ambrosioïdes, etc...; le lactate de fer, le citrate de fer et les autres préparations martiales trouveront ici leur application.»

Ces citations prouvent, il me semble, la justesse de ma réclamation. J'ai hâte d'ajouter que je n'entends parler ici *que des premiers mois de la grossesse;* et si mon savant confrère explique les troubles fonctionnels *des derniers mois* par la chloro-anémie, je n'élève aucune prétention. Dans le mémoire que j'ai publié, j'essaie, en effet, de prouver que les troubles fonctionnels qui apparaissent à cette époque sont dus à une pléthore réelle (*polyglobulie*).

Agréez, etc. Emile Marchand, d.-m.-p.

Sainte-Foy (Gironde), 25 février 1850.

(1) *De l'Influence comparative du régime animal et du régime végétal sur le physique et le moral de l'homme.* — Paris, chez Baillière; Bordeaux, chez Laffargue.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 février 1850. — Présidence de M. Legroux.

Thoracentèse.

M. Trousseau. Messieurs, je viens faire part à la Société d'un fait assez intéressant qui m'est arrivé chez un malade en ville et qui a succombé à la suite d'une opération de thoracentèse. Cette opération m'avait paru jusqu'alors d'une complète innocuité, et je l'avais pratiquée souvent avec succès dans des cas d'hydrothorax aigu, d'épanchements pleurétiques sans complication dans la composition du liquide et dans la cause de la pleurésie; et c'est autorisé par ces nombreux suivis de succès que je crus pouvoir faire cette opération avec avantage chez un homme goutteux, qui fut pris tout à coup, sous l'influence d'une pleurésie latente intérieure, d'accidents graves de dyspnée. Je constatai que l'épanchement remplissait toute la cavité gauche de la poitrine; que le malade était, au moment de la consultation, sous l'influence d'une orthopnée des plus considérables; qu'il ne pouvait y avoir de craintes pour la nature purulente de l'épanchement, et qu'enfin l'opération offrait toutes les chances de succès qu'il était possible d'espérer.

L'opération fut donc pratiquée; je retirai 2,300 grammes de sérosité de bonne nature. Dans les premiers moments de l'écoulement du liquide, le malade n'éprouva aucun accident et ne fit que rire et plaisanter sur le manuel opératoire; puis, tout à coup, il fut pris d'une toux si violente que je sentais à chaque secousse le poumon frapper en se déplissant le bout interne de la canule. La respiration, néanmoins, devint plus facile, malgré une douleur assez vive que le malade éprouva à l'épaule gauche; à l'auscultation, je ne pus constater qu'un râle crépitant très léger accompagnant le murmure vésiculaire normal. La toux se calma au bout d'une demi-heure.

Le lendemain, le malade se plaignit d'un point de côté, qu'il attribua à sa douleur de goutte. Il n'y avait pas de pneumothorax. A deux heures, le malade voulut aller à la garde-robe; ses efforts furent infructueux, ce qui l'exaspéra un peu. A sept heures, malgré les représentations de sa famille, il voulut encore se lever pour aller à la selle; il fit des efforts avec violence pendant dix minutes sans résultat, revint se mettre dans son lit et fut pris d'un accès d'orthopnée épouvantable. Malgré cet accident, le malade tenta une troisième fois de satisfaire le besoin qu'il ressentait; il se mit dans une grande colère par suite des observations qu'on put lui faire, fit de nouveaux efforts, vint se remettre dans son lit, fut repris presque immédiatement d'un accès d'orthopnée tel qu'il succomba presque subitement.

En présence de ce cas, je me demande si l'opération a été faite avec prudence, si je n'aurais pas dû ne tirer d'abord qu'une petite quantité de liquide et faire l'opération en deux temps en employant également un bandage de corps bien serré autour du thorax; si, enfin, je n'ai pas commis de faute en continuant l'opération malgré les accidents de toux, qui ont peut-être pu amener une déchirure pulmonaire. En dernière analyse, je vieus soumettre à la Société cette question: Est-ce l'opération qui a été la cause de la mort?

M. Piedagnel. Pour mon compte, je ne puis admettre qu'une syncope puisse amener la mort; il est très probable que, dans le cas cité par M. Trousseau, il y a eu déchirure du tissu pulmonaire et entrée de l'air dans les veines. Dans des cas analogues, j'ai pu constater à l'autopsie que les cavités du cœur étaient remplies de sang écumeux. J'ai signalé du reste cette cause de mort dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie il y a trois années.

M. Trousseau. Je ne puis admettre ce que vient de dire M. Piedagnel relativement aux causes de la mort subite: il est évident pour moi que la syncope est une des causes les plus fréquentes de ce genre de mort; car, du moment que l'action du cœur vient à cesser, la vie ne peut plus se continuer, et, dans les syncopes par hémorrhagie, le cœur ne cesse de battre, et il n'y a en définitive qu'une demi-syncope. J'ai vu souvent à l'hôpital des Enfants de petits malades s'éteindre et mourir sans efforts en tournant la tête seulement et dans un état syncopal bien évident.

M. Gendrin. De 1830 à 1840, j'ai fait souvent l'opération de la thoracentèse; dès 1825, j'avais essayé cette méthode dans des cas de pneumothorax, de fistules pleuro-bronchiques, etc., et je puis dire que cette méthode de traitement ne m'a jamais donné que de mauvais résultats. Sur une trentaine de cas dans lesquels j'ai pratiqué cette opération, il n'y a pas eu d'accidents immédiats, mais les accidents consécutifs ont été des plus sérieux: je n'ai pas obtenu de guérison; l'épanchement se reproduisait d'une manière presque constante. Je n'ai du reste jamais pris de précaution pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine, la pesanteur de l'air qui pénètre le poumon suffisant pour déplisser suffisamment cet organe. Je dois ajouter que les malades atteints de pleurésie aiguë avec épanchement guérissent d'une manière presque constante avec le temps et un traitement approprié, et que dans ces cas il faut savoir attendre.

Je répondrai à M. Piedagnel en lui faisant observer que les cas de mort subite par la déchirure du poumon sont rares, tandis que la syncope par suspension de l'action du cœur est un accident assez fréquent. Quant au malade de M. Trousseau, il me serait difficile de dire à quel genre de mort il a succombé.

M. Tardieu. Ce que vient de dire M. Piedagnel a été vérifié par les médecins légistes qui ont eu à constater souvent que la mort n'était arrivée que sous l'influence de l'entrée de l'air dans les veines et qui ont trouvé dans ces cas des bulles d'air dans les veines. Les opérations que M. Gendrin a pratiquées ont été faites dans de mauvaises conditions. La réussite de l'opération de la thoracentèse dépend beaucoup des médications, qui sont encore mal formulées et sur lesquelles on ne saurait être trop circonspect.

M. Valleix. Le fait que vient de rapporter M. Trousseau prouve qu'en somme l'opération n'est pas sans inconvénients; aussi serais-je porté à partager l'avis de M. Gendrin, et à penser que le temps peut amener des modifications heureuses et la terminaison favorable de la maladie. C'est ainsi que j'ai vu avec M. Marotte un individu affecté d'un épanchement tellement considérable que les accidents d'asphyxie, comme la lividité des lèvres, la fréquence et la petitesse du pouls, etc., étaient portés à un degré des plus extrêmes, et qui, en définitive, a parfaitement guéri sans le secours de l'opération.

M. Trousseau. C'est parce que j'ai vu et constaté assez fréquemment des cas de pleurésie simple qui se sont terminés par la mort que j'ai été porté à employer ce moyen de traitement qui, je dois le dire, m'a réussi dans un grand nombre de cas. Quant aux faits de pleurésie mortelle, ils ne sont pas rares. M. Chomel en a perdu deux, M. Rostan en a vu périr un autre: j'ai vu moi-même deux hommes, l'un de vingt-deux ans, l'autre de vingt-six, succomber sans qu'on ait pu constater autre chose qu'un épanchement considérable, qui ordinairement remplit la poitrine du troisième au quatrième jour.

M. Marotte a vu dans deux cas de pleurésie spéciale, avec exhalation séreuse considérable, un des malades opérés mourir après avoir été soulagé seulement, et l'autre guérir par le traitement ordinaire.

M. Hardy. J'ai pratiqué avec succès la thoracentèse chez une femme qui avait un épanchement abondant à gauche,

avec refoulement du cœur, dyspnée, etc. L'opération ne fut suivie d'aucun accident; je retirai 300 grammes de sérosité seulement; après l'opération, je constatai dans le poumon du souffle bronchique, ce qui me fit penser que la pleurésie était compliquée de pneumonie. La guérison se soutint et fut complète par le traitement ordinaire de la pneumonie.

M. Gendrin. Je veux bien admettre qu'on peut mourir d'une pleurésie, même lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'épanchement; mais cela ne peut me faire abandonner la méthode ordinaire de traitement pour une autre méthode qui présente de graves inconvénients.

M. Tardieu fait remarquer qu'il ne s'agit pas ici de la pleurésie ordinaire, mais de faits en définitive assez rares et pour lesquels les moyens ordinaires de traitement paraissent être insuffisants.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. DUBOIS (D'AMIENS)

aux funérailles de M. Marjolin.

Interprète des regrets de l'Académie nationale de médecine dans cette lugubre cérémonie ; appelé par un pieux devoir sur les bords de cette tombe qui va se refermer sur la dépouille mortelle d'un des plus grands chirurgiens de notre époque, de Jean-Nicolas Marjolin, que pouvais-je faire en tout ceci, si ce n'est tenir le langage de la douleur? si ce n'est prononcer quelques paroles qui puissent répondre à la tristesse de vos pensées!

Plus tard, Messieurs, et dans d'autres lieux, j'aurai à rappeler les titres d'une gloire justement acquise; j'aurai à parler des talents de Marjolin, de ses longs travaux, de ses publications, de ses nombreux succès, et des honneurs auxquels il était parvenu: mais à la vue de cette tombe, mais au milieu d'une famille éplorée, entouré de monuments qui nous rappellent le néant des grandeurs humaines, le courage me manque pour vous raconter les incidents de la vie de Marjolin, les épisodes de son enfance, la pauvreté et les luttes de sa jeunesse, ses premières joies, ses triomphes, et le noble repos de sa vieillesse!

Non, Messieurs, telle tâche ne m'est point imposée; je ne dois vous rappeler ici que les souvenirs de quelques belles actions; je ne veux insister que sur les qualités de son cœur, la générosité de ses sentiments et l'aménité de son caractère. Je veux vous dire quelle était la simplicité de ses goûts, la modestie de ses habitudes, et la douceur de ses mœurs.

Marjolin était né en 1780, à Rey-sur-Saône, dans les rangs d'une honnête bourgeoisie, qui renferme toutes les forces vives de la nation, et du sein de laquelle surgissent toutes les grandes intelligences, tous les talents qui honorent un pays.

L'amour de ses parents, telle a été la première, sinon l'unique passion de sa vie. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1808, est dédiée aux mânes de son père, de son frère, noble et infortunée victime du plus intrépide dévouement pour l'humanité.

Plus tard, dans un discours de rentrée à la Faculté, cette voix si ferme, si égale, eut un moment de faiblesse et d'attendrissement, quand il en vint à parler de sa mère, quand il vint à dire « le chagrin que lui avait donnée sa première séparation, et la joie que lui avait apportée ses premiers succès. »

Doué d'un caractère franc, ouvert, naïf et sensible, Marjolin a trouvé successivement les amis les plus dévoués parmi ses condisciples, ses collègues et ses élèves.

Je me rappelle encore l'amour que nous lui portions, nous ses élèves de 1816 et de 1817. C'est nous, Messieurs, nous qui l'avons porté en quelque sorte sur nos bras jusque dans cette chaire de l'Ecole qu'il a si glorieusement occupée pendant plus de trente années!

Jamais nom n'a été plus populaire que celui de Marjolin. Dans ses longues luttes avec un altier rival nous avions tous pris sa défense. La jeunesse d'alors pleine de bons sentiments, comme toujours, avait cru le voir en butte à certaines persécutions; il s'était approché de trop près d'une grande réputation pour n'avoir pas eu à en souffrir. De là le vif intérêt qu'il nous inspirait; jeune encore lui-même, Marjolin accueillait les élèves comme des amis, des condisciples, des frères, qui avaient besoin d'être guidés par leur aîné.

Cette grande popularité ne s'est jamais retirée de Marjolin. C'est qu'elle était de bon aloi, basée à la fois sur ses talents et sur son caractère.

Jo viens de dire que nous lui avions ouvert les portes de l'Ecole; mais c'est qu'aussi jamais enseignement n'avait jeté autant d'éclat que le sien, et n'avait attiré un tel concours d'élèves; l'enseignement de la chirurgie ne se faisait plus dans les chaires de la Faculté, Marjolin l'avait transporté dans son ampbithéâtre particulier. Il en résulta un étrange événement; c'est que, confuse de sa solitude, effrayée de ce complet abandon, l'ancienne Ecole le fit prier de suspendre son cours et de quitter la place. J'y consens, répondit Marjolin; mais à une condition, c'est que vous me donnerez une place parmi vous. L'Ecole eut le bon esprit de comprendre cette nécessité, et elle accueillit Marjolin au nombre de ses professeurs.

Voilà, messieurs, quelle a été la forme du concours qui a fait entrer Marjolin à la Faculté. Vous le comprenez, il n'y eut aucune surprise de scrutin. Toute la génération médicale de l'époque avait voté pour lui.

L'enseignement de Marjolin comptera parmi les plus fructueux. Comme il n'était point usé par le concours, comme il n'avait pas eu le temps de vieillir dans ces luttes dévorantes, une fois nommé professeur, une fois arrivé dans sa chaire, il attira comme par le passé un grand concours d'élèves. Il montra le même zèle, le même talent, et il eut le même succès. C'était un enseignement grave et substantiel; c'était le praticien consommé qui ouvrait aux élèves les trésors de son expérience, à la fois méthodique, claire et positive. Il débitait ses leçons avec une certaine lenteur, il est vrai, mais d'une voix qui n'avait rien de monotone; elle était au contraire accentuée et pénétrante; rien n'était perdu; tout ce qui tombait de sa bouche devait être et pouvait être recueilli. J'en atteste les milliers de praticiens qui ont entendu ses fructueuses leçons, tous avaient leurs manuscrits.

Mais s'il y avait affluence aux leçons de Marjolin, il y avait également affluence dans son cabinet; sa réputation, non-seulement comme chirurgien, mais encore comme médecin, était devenue européenne; que dis-je! son nom avait franchi les mers, et était devenu aussi populaire dans le Nouveau-Monde que dans l'ancien. On s'embarquait à la Nouvelle-Orléans, à New-York pour venir consulter Marjolin; c'était, comme consultant, la plus grande réputation que nous ayons eue depuis Ant. Dubois. Ce qui excellait en Marjolin, c'était le tact médical, la rectitude et la justesse, non pas tant peut-être de son diagnostic que de son bon jugement en ce qui concernait ce qu'il y avait à faire ou à ne pas faire dans l'intérêt des malades.

La simplicité des goûts de Marjolin resta la même quand il se trouva en possession d'une grande fortune; seulement il put exercer cette bienfaisance qui avait toujours été dans son cœur.

On sait combien il aimait les champs, la verdure, les bois; dès qu'il pouvait s'arracher aux exigences de sa clientèle, il courait à son jardin, à ses vergers, à ses parterres; les premiers rayons du soleil le trouvaient au milieu de ses belles fleurs; puis, et comme pour rafraîchir aussi son âme, il recevait les pauvres malades de l'endroit et leur donnait chaque jour des consultations gratuites.

C'est ainsi qu'il avait arrangé sa vie, quand vinrent les premiers symptômes de cette cruelle maladie à laquelle il devait inévitablement succomber. Triste destinée d'un esprit sagace et éclairé qui ne peut plus même se bercer d'illusions! Ses jours étaient comptés, il le savait. Sa mort n'a été que le dernier acte d'un drame douloureusement prolongé; mais s'il est vrai qu'il n'y ait pas de scène au monde plus sublime que la mort du sage Marjolin arrivé à ce moment suprême, il pourra être cité comme un de ceux qui ont noblement couronné leur vie; on pourra dire de lui qu'à l'exemple de quelques grands médecins et naturalistes, l'approche de la mort n'a porté aucun trouble dans son âme. Si Henri Meyer, de Berlin; si Jœger, de Stuttgard, ont annoncé à leurs proches dans leur dernière maladie, et avec une admirable sérénité d'esprit, l'instant précis de leur mort, Marjolin, avec un calme inexprimable, se mit à entretenir son fils le médecin peu d'heures avant sa mort, et, comme pour le préparer à ce terrible événement, il lui en parlait comme d'une terminaison, comme d'un dénoûment prévu et tout naturel; cette nuit, lui disait-il, sera la dernière que tu auras à passer près de moi; je finirai un peu avant le jour; c'était lui qui consolait ses enfants et avec une force d'âme dont rien n'approche, les entretenant des effets des médicaments qu'il avait pris et de la cessation progressive des fonctions de sa vie. Tout s'accomplit comme il l'avait prévu; le 4 mars, à cinq heures du matin, il s'éteignit, ayant conservé jusqu'au dernier moment toute la lucidité de son intelligence et une parfaite tranquillité d'esprit.

Cette perte, Messieurs, est irréparable, mais la mémoire de Marjolin vivra parmi nous; son nom restera inscrit dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu, il brillera au premier rang entre ceux des plus illustres chirurgiens que la France ait produits, l'Ecole et l'Académie se souviendront toujours et avec un juste sentiment d'orgueil de l'avoir compté au nombre de leurs plus grandes illustrations. Une voix plus autorisée que la mienne vient de le célébrer dignement au nom de la Faculté; puisse l'Académie ne point désavouer les paroles que je viens de prononcer en son nom!

La *Gazette des Tribunaux* rend compte en ces termes d'un procès qui vient d'être jugé par la cour d'appel de Paris :

Le Perdriel, pharmacien à Paris, fabrique un taffetas vésicant destiné à la pose des vésicatoires. Pour distinguer ce produit, il lui a donné le nom de *toile vésicante adhérente*, au lieu de celui de taffetas vésicant, qui est l'ancienne dénomination. Il a de plus substitué à la couleur verte adoptée la couleur rouge, et sur ce côté rouge il a figuré par des rayures noires une division métrique par centimètres, afin que le malade pût vérifier si l'emplâtre a la dimension exacte prescrite par le médecin.

M. Delvallée, autre pharmacien à Paris, s'est également servi de la couleur rouge et de la division métrique adoptée par Le Perdriel, qui a vu en cette disposition l'intention de faire confondre le produit Delvallée avec sa toile vésicante; en conséquence, il a fait assigner le sieur Delvallée devant le tribunal de commerce, qui a « fait défense à Delvallée de se servir de la couleur rouge et de la » division avec indication des chiffres, semblables à celles dont se » sert Le Perdriel; sinon, dit qu'il sera fait droit; et condamne » Delvallée aux dépens pour tous dommages-intérêts. »

Mais la cour, adoptant les motifs du jugement du tribunal de commerce, a maintenu les défenses faites à Delvallée, et l'a, en outre, condamné à payer à Le Perdriel 500 francs en dommages-intérêts.

Erratum. — Dans le dernier article de M. Berton sur le croup, une faute typographique a fait dire à ce praticien: « ma *méthode nouvelle* », au lieu de: « une *méthode nouvelle*. » On sait que c'est de la méthode préconisée par M. Miquel (d'Amboise) que M. Berton parlait.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 12 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 31.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	13 FR	7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	16 FR	9 FR.

PARIS, 11 MARS 1850.

Une amitié intime au bagne de Toulon,

SUIVIE D'UN HOMICIDE.

Tel est le titre, non moins dramatique que médical, donné par M. le docteur Villers à la curieuse communication qu'il a faite mardi dernier à l'Académie, et sur laquelle nous nous sommes promis d'appeler d'une manière toute particulière l'attention de nos lecteurs. Peu d'observations intéressent à un si haut degré la psychologie et la médecine légale; peu se recommanderaient par une aussi grande rareté, si l'interprétation donnée aux faits par M. Villers est bien celle qui leur convient. Mais, en supposant même que celle interprétation ne soit pas la véritable, l'observation n'en conserverait pas moins un vif intérêt sous les deux rapports que nous avons signalés.

On pourrait, jusqu'à un certain point, regretter que le défaut d'habitude n'ait pas permis à M. Villers d'ajouter à son observation l'intérêt d'une rédaction plus concise et un peu plus lucide; mais le lecteur suppléera facilement, avec un peu d'attention, à ce qu'on pourrait désirer sous ce rapport. Nous allons donc rapporter textuellement la narration de M. Villers.

Le 30 janvier 1850, deux têtes tombaient sur l'échafaud dressé hors des murs de notre ville. Ces têtes étaient celles de deux comdamnés à perpétuité, échappés quelques mois auparavant du bagne de Toulon, et qui payaient de leur vie de nouveaux crimes commis depuis leur évasion. Eh bien, ce jour-là même un homicide se commettait au bagne. Ce meurtre avait été précédé, et il était accompagné de circonstances tellement peu ordinaires, tellement exceptionnelles, qu'il constitue un de ces faits rares et des plus intéressants à étudier au point de vue psychologique. Je dirai même que, pour arriver à ce degré de persuasion, de conviction nécessaire pour l'admettre comme une probabilité, pour pouvoir comprendre ce fait dans toute sa portée, et le voir sous le jour sous lequel il s'offre à nous, il faut préalablement tenir compte de deux conditions essentielles sans lesquelles il n'aurait pu se produire, et en dehors desquelles aussi il deviendrait incompréhensible : premièrement que le meurtrier est un homme de la race noire, à laquelle la dissemblance d'organisation physique doit donner nativement des instincts, des penchants, des passions, et conséquemment un ensemble d'organisation morale évidemment quelque peu différente de la nôtre (et l'on se tromperait si on croyait voir dans une pareille proposition une exagération physiologique), et tenir compte encore de cette seconde condition, que le sentiment exagéré qui dans l'espèce a servi de mobile au meurtre a pris naissance dans une position exceptionnelle, c'est-à-dire au bagne même. Retranchez en effet de la question ces deux éléments essentiels, et le fait devient alors inexplicable, inadmissible, même au point de vue où nous allons nous placer pour le considérer.

Exposons d'abord le fait; nous examinerons ensuite s'il est probable que le mobile qui a conduit le bras du meurtrier ait pu être le produit d'instincts dépravés, de passions ignobles, d'un crime qui outrage la nature, ou bien si au contraire ce mobile a pris sa source (et pour nous c'est une croyance intime) dans un sentiment moral de sa nature, mais qui, par la suite, a pu être perverti par son exagération même, en raison des limites extrêmes auxquelles il était arrivé; et alors dans le cas où cette dernière proposition acquerrait la valeur d'un fait démontré jusqu'à l'évidence, d'une vérité enfin, disons-le bien vite, si toutefois nos paroles pouvaient contribuer à sauver une tête que l'échafaud menace peut-être, que cette tête soit celle d'un homme libre, ou bien celle d'un homme dans les fers, qu'importe! Disons bien haut que le crime, même celui de l'homicide, devant se mesurer pour la culpabilité à la nature de l'intention, en présence du crime de Ferradji, la justice humaine, sans se laisser entièrement désarmer, ne peut aller, pour obtenir satisfaction, jusqu'à demander, jusqu'à vouloir exiger tête pour tête et sang pour sang!

Le nommé Ferradji-ben-Salem, actuellement détenu au bagne de Toulon, est Africain, de race noire. Il est né au désert; il est âgé de vingt-six ans. Il appartenait récemment encore à la religion mahométane; depuis, il s'est converti au christianisme, à la suite de la mission du bagne; aujourd'hui il a reçu le baptême. Il était bien jeune encore quand il vint de ces régions centrales de l'Afrique dans l'Algérie. Il habitait Blidah; sa profession était celle de cultivateur; il possède encore sa mère, qui a fait avec lui le voyage du désert à Alger. Il est célibataire; il a servi dans trois corps différents, appartenant aux troupes auxiliaires que le gouvernement français entretient dans nos possessions du nord de l'Afrique. Ferradji fut condamné à Oran, en 1846, à la peine de cinq ans de travaux forcés pour vol commis avec effraction au préjudice de son capitaine. Il a fait un peu plus de trois ans de sa peine. Les matricules de l'établissement indiquent que depuis qu'il est au bagne sa conduite a été très bonne. Il était bien vu de ses camarades et de ses chefs; jusqu'à présent il a été sans punition.

Dans une situation qui le tient isolé du monde, séparé de la société, éloigné de sa famille, le condamné éprouve avec plus ou moins d'entraînement, et sa position l'y pousse naturellement, le besoin d'un attachement, d'une affection, d'une amitié qui provoque les épanchements, les confidences, et qui va même quelquefois jusqu'à lui faire confier un secret bien profondément caché dans son cœur.

Des sentiments de cette nature se donneraient même le champ plus libre si la crainte de mal placer son affection et de voir plus tard trahir de secrètes confidences ne retenait plus d'un condamné. Ferradji, plus qu'un autre, devait se trouver à son insu sous la dépendance, sous la domination de l'influence que je signale : éloigné de son pays natal, séparé des hommes de sa race, plus qu'aucun condamné il devait subir cette influence de l'isolement. L'homme de la race noire s'attache fortement; dans cette situation, son dévouement, son abnégation vont quelquefois presque jusqu'au culte; car, on le sait, l'attachement est une de ces qualités instinctives et irrésistibles. Mais si parfois un sentiment de cette sorte suffit à absorber tout son être, à constituer pour lui tout son bonheur, à remplir son existence et, pour tout dire, à satisfaire ses attractions psychologiques, de même aussi, s'il vient à se trouver tout à coup en présence de la perte de ce qui pour lui était une croyance, le vide qu'il éprouve est plus immense et doit infailliblement le jeter dans une de ces situations où la raison, la résistance morale ne sont plus pour une semblable nature une digue suffisante à des emportements passionnés, à des instincts natifs qui se réveillent alors terribles dans toute leur rudesse et leur crudité originelles.

Il y a un an, Ferradji fit la connaissance d'un autre condamné, du nommé Rousseau, homme jeune aussi, d'une constitution athlétique. L'intimité qui les unissait était connue des autres condamnés de leur localité, et aucun de ces derniers en les voyant si liés ne s'était pris à songer à mal. Ils travaillaient au même chantier, mangeaient ensemble, partageaient sans cesse les aliments qu'ils se procuraient en dehors de la ration réglementaire avec le faible pécule dont l'administration payait leur travail. Ces sortes de dépenses étaient même supportées presque entièrement par Ferradji, homme laborieux, qui parvenait à gagner à la peine beaucoup plus que son ami, dont la paresse rendait le profit presque nul. Ferradji ne bornait pas à ces petites dépenses son dévouement à l'amitié : il donnait encore à Rousseau tout l'argent qui lui restait. Ce n'était pas seulement le moment du repas qui rapprochait ces deux hommes que la confraternité du malheur unissait ainsi; ils cherchaient à se trouver ensemble chaque fois qu'un instant de repos leur était accordé. Le soir, quand leurs travaux avaient cessé, ils se réunissaient encore en rentrant dans leur localité; ils s'entretenaient alors longuement et trouvaient probablement, l'un d'eux surtout, dans ces confidences et ces épanchements intimes l'oubli momentané de leur malheureuse position. Si une pensée autre que celle d'un échange de mutuelle affection avait guidé Ferradji; si cette pensée immorale, impure, immonde était arrivée jusqu'à son accomplissement, supposition que Ferradji repousse de toutes ses forces, il est hors de doute que l'intimité que l'on savait exister entre ces deux hommes eût éveillé les soupçons des agents de surveillance, et que l'immoralité qui se serait ainsi couverte du voile de l'amitié n'aurait pas échappé tôt ou tard à leurs investigations; elle eût infailliblement été surprise et dévoilée malgré le mystère dont elle eût été entourée.

Depuis un mois, Ferradji s'était aperçu d'un refroidissement notable dans l'affection de Rousseau. Il s'en plaignit à lui, il en obtint une réponse satisfaisante; mais cette réponse n'était qu'une dissimulation, elle cachait un mensonge. Au reste, le soupçon avait déjà profondément pénétré cette nature ombrageuse et y commençait ce travail lent qui devait transformer un sentiment d'affection en un sentiment de haine sauvage, et dont le résultat devait être une pensée et une exécution d'homicide. Rousseau, par sa manière d'agir, continuait à donner à Ferradji le droit de lui adresser de temps en temps des reproches de même nature que les premiers. Ce dernier arriva enfin à s'apercevoir qu'il était délaissé; ou du moins, pour être plus précis, pour mettre plus d'exactitude dans notre narration, Ferradji put se convaincre que celui qu'il croyait son ami, dont l'affection était devenue pour lui un besoin, qui éveillait dans son cœur un sentiment que nous n'osons traduire par le mot jalousie, mais que le pauvre noir éprouvait pourtant d'une manière aussi passionnée, aussi impétueuse que si c'eût été ce sentiment lui-même, put se convaincre, disons-nous, que cet ami, ainsi qu'il le soupçonnait, le délaissait pour un autre. A plusieurs reprises, ainsi qu'il le raconte lui-même, il l'avait vu se promener, causer intimement, faire ses repas avec un autre condamné dit le *Matelot*. Alors, se voyant au moment de tout perdre, Ferradji alla jusqu'à consentir à faire un énorme sacrifice de ses sentiments à la situation. Il demanda à Rousseau à ne pas être abandonné, délaissé aussi complétement et au moins à être admis en tiers dans les nouvelles relations amicales. On

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La civilisation, le magnétisme et quelques autres merveilles de l'esprit humain.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Si quelque chose pouvait encore étonner l'homme raisonnable (car, n'en déplaise à la définition de Linnée, je suis loin de croire qu'ils le soient tous) qui a tant soit peu médité sur les faits déjà bien nombreux dont se compose l'histoire de l'humanité, je m'étonnerais on ne peut plus de l'opiniâtreté naïve avec laquelle nous proclamons à voix redoublées notre époque la première de toutes les époques, notre civilisation, la première des civilisations. Nous connaissons, j'en conviens, mieux que nos ancêtres la géographie et la physique, nous voyageons plus vite qu'eux, et nous savons nous préserver de la foudre; mais est-ce dans toutes ces choses ou dans d'autres analogues que consiste l'essence de la civilisation? Voilà ce que je conteste. Et, avant tout, qu'est-ce que la civilisation? Voilà une question bien grave pour un feuilletoniste, lorsque M. Guizot lui-même a renoncé à y répondre par une définition. Cependant, comme un feuilletoniste a beaucoup moins de raisons que M. Guizot pour craindre de se compromettre, je serai plus hardi que lui, et je me hasarderai à dire que :

« *L'essence de la civilisation consiste dans le progrès de la raison humaine.* »

Or, la raison consiste elle-même à trouver, à connaître les véritables rapports des choses, à voir, en un mot, la vérité partout où elle se trouve. Sous ce rapport, mon cher confrère, il ne faut pas croire que nous soyons beaucoup plus avancés que les Grecs ou les Romains, ni même que les barbares du moyen âge. Nous ne croyons plus, il est vrai, aux miracles de saint Médard ou de l'âne de Vérone; nous ne croyons plus aux sorciers et aux loups-garous; mais nous croyons au magnétisme animal, à l'homœopathie et à bien d'autres facéties que la spécialité de votre journal me défend de nommer. C'est donc pour en revenir au magnétisme, me direz-vous, que vous entamez cet exorde sérioso-philosophique? Pourquoi non, cher confrère? Entre autres progrès de notre temps, il faut compter celui de plaisanter sur les choses les plus sérieuses et de parler gravement sur les choses les plus cocaces. En voulez-vous une preuve? Voici comment le fondateur d'un *journal magnético-animal* (rédigé par une société de magnétiseurs et de *médecins*) parle d'une bouffonnerie charlatanesque :

« Tout ce qu'on écrit sur cette vérité mystérieuse (le magnétisme animal) semble être dicté par une mémoire infidèle où l'imagination tient lieu de réalité; c'est un mélange de vérités et d'erreurs qui étonne l'esprit du lecteur sans éclairer sa raison.

» Cependant tous ces écrits, toutes ces opinions diverses relatent une chose positive : c'est qu'une vérité immense s'est révélée au monde, qu'elle l'envahit chaque jour davantage et que sa voix est si puissante aujourd'hui qu'on peut l'entendre en tous lieux.

» Nous avons créé un *Journal* pour servir d'écho à cette voix, recueillir tous les faits de magnétisme et de somnambulisme épars dans le monde, dire ce qu'ils ont de fondé sans qu'aucune prévention, aucune crainte n'altère notre jugement.

» Nous voulons :

» 1° Enseigner une nouvelle méthode magnétique, claire et compréhensible à toutes les intelligences, afin que celui qui souffre et languit sache le moyen de soulager ses maux;

» 2° Grouper tous les phénomènes nouveaux de manière à faire saisir la loi qui préside à leur développement;

» 3° Rechercher dans les sciences naturelles, la physique, la psychologie et la médecine, tout ce qui a trait au magnétisme, et relier ces faits entre eux;

» 4° Donner une nouvelle théorie de ce principe mystérieux, dire d'où il vient, quelle est son origine, afin que tous puissent le voir, le juger par les effets qu'il produit, et marcher sans crainte dans la route nouvelle qu'il ouvre à l'intelligence humaine.

» Dans nos travaux, l'expérience nous éclairera de son flambeau.

» La sincérité sera notre compagne.

» Si, notre œuvre accomplie, il en résulte le bien que nous désirons, nous serons heureux et fiers, car la vérité est notre idole et son triomphe notre seule pensée, etc., etc......... »

Ce n'est pas moi qui mets plusieurs points, c'est notre confrère, puisqu'il faut bien lui donner ce nom, et il continue sur ce ton pendant plusieurs pages.

Croyez-vous que dans notre siècle de civilisation un tel illuminé prêche dans le désert? Détrompez-vous, si vous ne l'êtes déjà : les journaux dits sérieux (je ne parle pas de leur quatrième page) nous fournissent mille exemples du contraire; en voici un qui n'est pas des moins édifiants, rapporté par un de ces journaux les plus respectables :

le lui promit; mais, promesse vaine! Rousseau fuyait son ancien ami, il l'évitait constamment. Dès lors, plus de conversations intimes, plus de repas en commun; mais dès ce moment aussi ce ne fut plus un sentiment de dépit, de jalousie, mais de la rage qui entra au cœur du noir, dans ce cœur pour ainsi dire primitif, aux sentiments incultes et capable des emportements les plus aveugles. Rousseau, n'appréciant pas dans toute son étendue, dans toute sa portée ce caractère sauvage, crut à de la haine seulement, et c'était pourtant une noire tempête qu'il soulevait et qui allait bientôt éclater sur lui. Il avait pensé pouvoir agir avec un noir comme il aurait agi avec un homme blanc; il se trompa! Avant peu, il devait porter la peine de son erreur et de l'abus d'un sentiment qu'il avait cru pouvoir jouer impunément, puisque après tout, pour lui, il ne s'agissait que d'un simple lien d'amitié entre hommes.

Ferradji, nous l'avons dit, aurait fait un sacrifice de cœur en consentant à n'entrer que pour un tiers dans une affection intime; il fit encore un sacrifice à sa haine, à sa vengeance, en se résignant à en retarder l'exécuton jusqu'au jour où il ne lui resterait plus une seule conviction à attendre pour arriver à la persuasion complète de ce qu'il soupçonnait. S'il fallait même apprécier jusqu'à l'analyse toutes les nuances des impressions produites sur cet homme, dans la situation morale où il se trouvait en raison de ses instincts natifs, nous pourrions dire qu'il fut plus sensible à la préférence accordée à un autre qu'à l'abandon dont il se voyait l'objet. Quoi qu'il en soit, un jour, c'était le 30 janvier, Ferradji voulait parler à Rousseau; ce n'était peut-être de sa part qu'un prétexte pour arriver à une conviction, mais il le cherchait. Quelques condamnés lui indiquèrent qu'ils l'avaient vu derrière des pièces de bois, mangeant avec le *Matelot*. Il se rendit à l'endroit désigné; il y trouva, en effet, les deux condamnés occupés à se partager quelques aliments qu'ils avaient achetés. Ferradji se livra alors à de violents reproches, à des emportements même; après quoi il quitta ces deux hommes. Le soir, en rentrant dans son bagne flottant, des condamnés l'entendaient murmurer sourdement ces mots sinistres: « Je le tuerai. » Il fut prendre pourtant avec une apparente tranquillité la place qu'il occupait habituellement, peu éloignée de celle où se trouvait Rousseau. De là, la rage et le désespoir au cœur, il observait. Mais ses sentiments de vengeance, contenus avec tant de peine, firent explosion au moment où il vit le *Matelot* s'approcher de Rousseau. Il s'approcha aussi de son côté sous un faux prétexte, et, armé d'un couteau aigu, d'un premier coup porté d'une main dont la fureur doublait la force, il en frappa à la poitrine Rousseau, qui poussa un seul cri, mais long et douloureux..... il était mort! Le coup avait atteint le cœur et y avait fait une large ouverture. Ferradji s'acharna alors sur sa victime; il la voyait morte, mais il avait comme le vertige; il avait à contenter une rage que la mort ne satisfaisait pas complétement. Il frappa encore de coups nombreux le cadavre; il le frappa au tronc, aux membres, y fit des blessures affreuses par leur profondeur et leur étendue..... il le déchira, et il ne sembla vouloir s'arrêter qu'après avoir obtenu une double vengeance: la mort de Rousseau, et ensuite la satisfaction d'avoir lacéré son corps. Cette seconde scène donna une idée de la fureur qui transportait ce malheureux. Mais c'est qu'alors cet être n'était plus un homme, mais un fou, un maniaque, un être humain descendu au niveau de la brute, un être qu'un sentiment moral dans sa source, mais dépravé par son exagération, avait conduit à une de ses limites extrêmes à peine aperçues par nous, à peine compréhensibles, et que la raison humaine ne peut toucher, non-seulement sans craindre de s'égarer, mais même sans s'exposer à se perdre complétement. Et pourtant, si l'on veut reconnaître, ainsi que nous l'avons dit, que ce n'est réellement qu'un sentiment noble dans son essence, mais perverti chez cette nature sauvage, qui a pu faire arriver un être humain à ce point de dégradation morale, peut-être pourra-t-on encore trouver que, dans le crime qui vient d'être commis, si horrible qu'il puisse paraître, s'il y a à sévir, il y a aussi place pour une miséricorde mesurée au mobile qui a fait agir le meurtrier.

Le lendemain du crime, nous avons visité le cadavre, et à voir ces horribles plaies, ce corps déchiré, ces blessures si larges et si profondes, on se prenait naturellement à dire au premier aspect: « Non, ce cadavre n'est pas celui d'un homme sur lequel a été commis un crime vulgaire. »

Le surlendemain, nous avons aussi visité Ferradji dans la cellule où il est détenu. Nous l'avons longuement questionné, avec détail, en présence d'abord des surveillants du quartier d'isolement; puis une autre fois enfermé seul avec lui dans son réduit, de manière à faire disparaître à ses yeux tout ce qui aurait pu éveiller en lui un sentiment de crainte et mettre obstacle à un aveu. L'expression générale de la physionomie de cet homme est celle de la douceur; son regard est tendre et pénétrant, mélancolique même. Il n'a rien de cette dureté, de cette expression farouche que l'on rencontre souvent chez l'homme de la race noire. Son organe est doux; il parle le français assez passablement. Il paraît ne se livrer ni au désespoir, ni à l'espérance; il est calme. Son attitude exprime une parfaite résignation. Interrogé sur la source de son intimité avec Rousseau, sur les incidents de cette liaison, sur les détails du crime, ses réponses sont empreintes d'une grande naïveté; il dit tout, comme s'il racontait un crime commis par un autre homme, peut-être avec moins d'animation encore. Il ne cache rien non-seulement de ses actes, mais même de ses pensées, de ses intentions. Pourtant, si on laisse percer quelques soupçons qui lui fassent comprendre qu'on ne peut attribuer son meurtre qu'aux conséquences qu'ont eues des relations criminelles, sa négation est calme, froide, sans emportement calculé; elle porte le cachet de la vérité: « Dans ma localité, on me connaît, dit-il; demandez à tous les condamnés qui l'habitent, demandez à tous mes chefs des renseignements sur la conduite de Ferradji. » Et condamnés et chefs, nul des premiers n'est venu révéler le fait par des dénonciations toujours si faciles à obtenir au bagne; nul des seconds ne peut le constater comme le résultat de la surveillance; nul ne l'avait même soupçonné. Innocent à ses yeux, et persuadé qu'aux yeux de tous cette innocence est confirmée à l'égard du premier crime, il porte le poids du second avec une certaine sérénité. Il sait par quel supplice il s'est exposé à en subir l'expiation, et, vivant avec cette pensée, il possède toute la tranquillité de l'homme qui a fait et qui ferait encore volontairement le sacrifice de sa vie à la satisfaction d'une vengeance.

Après les détails que nous venons de donner sur l'homicide dont le condamné Rousseau a été la victime, un crime contre nature a-t-il précédé et préparé un second crime, ou bien celui-ci n'a-t-il été que le résultat d'une situation exceptionnelle dans laquelle un sentiment perverti, à force d'être exagéré, peut placer l'homme, en égarant son moral, sa raison et son cœur? Quelle réponse faire dans l'espèce? Pour nous, elle n'est pas douteuse. La seconde proposition nous paraît seule admissible; et alors la question criminelle se trouve tellement enlacée, tellement étreinte par la question psychologique, que, dans la première, il ne peut plus sortir raisonnablement qu'un verdict dont la seconde ait tempéré la sévérité.

Par voie d'exclusion, nous arrivons donc à la vérité en démontrant d'abord que des relations criminelles n'ont pas existé entre le meurtrier et sa victime, et que, conséquemment, elles n'ont pas été la cause provocatrice du meurtre commis par Ferradji. Des soupçons, il peut bien en naître au premier abord; mais à mesure que les faits se déroulent dans la question, ces soupçons s'effacent, puis ils s'évanouissent complétement. Quant aux indices, nuls. Des preuves, encore moins. Cet homicide n'a pas été commis non plus dans un de ces moments d'emportement, de colère violente, comme il en naît quelquefois au bagne, à la suite d'une dispute qui n'a le plus souvent pour cause qu'un motif futile, la possession, par exemple, d'un objet de vil prix. On a la persuasion qu'il ne provient pas davantage d'un sentiment de vengeance provoqué par quelque dénonciation dont le meurtrier aurait été l'objet. Non. Aucun de ces derniers mobiles n'a poussé Ferradji au meurtre. Mais alors, quel est-il donc? Pour nous, il est évident: le seul, le vrai mobile qui l'ait conduit à l'homicide, qui l'y ait entraîné; eh bien! dans notre narration, ne l'avons-nous pas vu naître, se développer, grandir, arriver à l'état de passion? Et alors, comme d'un pareil état d'hallucination des sens au vertige, à l'hallucination même de la raison, à la folie, il n'y a qu'un degré, qu'une nuance insensible, pour ainsi dire pas de limites. Ferradji a eu le vertige, il a été en démence, et aujourd'hui il est criminel.

Après avoir cherché sans prévention, sans passion, mais froidement, mais raisonnablement, et par tous les moyens possibles, à pénétrer l'essence d'un fait aussi extraordinaire, après avoir fouillé profondément dans toute cette question pour en faire sortir la vérité dans tout son éclat, oui, nous le proclamons, c'est là la conviction intime ou nous sommes arrivé, et nous devons la faire connaître, parce qu'ici il y a plus qu'un devoir à remplir, il y a un cas de conscience à satisfaire. Puisse aussi cette conviction passer dans d'autres cœurs; car, ne l'oublions pas, nous sommes en présence d'un échafaud qui menace une tête.

Sans doute, nous n'ignorons pas que dans l'espèce il ne suffit pas d'avoir cette conviction personnelle pour la faire recevoir; il faut la justifier. N'est-on pas en effet en droit de demander s'il peut être raisonnable d'admettre qu'un simple sentiment d'amitié entre hommes ait pu arriver à ces limites extrêmes où ne parvient qu'exceptionnellement le sentiment passionné qui rapproche deux êtres de sexe différent. Cela est vrai; et abstraction faite des deux conditions qui, au point de vue de l'humanitaire doivent dominer toute la question, comme elles la dominent au point de vue de l'appréciation scientifique; nous aussi, nous l'avouons, nous serions peut-être porté à nous laisser aller à contester la possibilité du fait. Mais ce qui peut paraître incroyable, impossible dans un pays comme le nôtre, dans notre état social, avec nos mœurs, avec les penchants natifs et corrigés des hommes de notre race, nous pouvons, nous devons même raisonnablement l'admettre comme une possibilité quand la scène où se passe le drame que nous venons de raconter est un lieu d'exception, un lieu sans analogue, un lieu qui a ses habitudes à lui, ses mœurs, ses coutumes, ses exigences même; quand ce lieu, en un mot, est le bagne, et quand avec cela le héros de ce drame épouvantable est un être d'une organisation physique et morale (faut-il dire toute notre pensée?), un être d'une organisation inférieure sous ce double rapport, être que Dieu voulut faire naître avec des penchants, des instincts impétueux, des passions tyranniques; être né aux déserts de l'Afrique, où aucun principe de morale n'a pu lui apprendre à modérer ses inclinations, réprimer ses passions; enfin quand le héros d'un pareil drame est un homme de la race noire!

Et maintenant, pénétré ainsi que nous le sommes, peut-il nous paraître probable que les juges qui seront appelés à prononcer sur le sort de Ferradji ne prennent point en considération, avant de prononcer leur verdict, ce que nous venons d'exposer? Et ne doit-il pas aussi nous sembler impossible que cet homme, de race africaine, chez qui le sentiment d'amitié, qui n'est chez nous qu'un penchant bien doux sans doute, une inclination bien tempérée, a pu arriver jusqu'à la démence, jusqu'au délire de la passion, et d'une passion homicide; oui, il nous semble impossible que cet homme, si criminel qu'il soit au premier aspect aux yeux de la société, de la morale et de la religion, mais pourtant criminel à un degré inférieur au point de vue de l'appréciation raisonnée de la science, ne rencontre pas au tribunal qui aura à prononcer sa sentence, la pitié siégeant à côté de la justice!... Non, à un crime de cette nature ne peut être appliquée la peine de mort!

Toulon, le 10 février 1850.

VILLERS,
médecin du bagne.

Deux questions bien différentes nous semblent soulevées par la triste narration qu'on vient de lire:

1° Quelle est la véritable nature du sentiment qui conduisit Ferradji à l'assassinat?

2° Le meurtre commis par Ferradji a-t-il été conçu et exécuté dans des circonstances qui lui enlèvent en tout ou en partie son caractère de criminalité?

Quant à la première de ces questions, rien ne nous autorise à penser différemment que M. Villers. Quelque étrange que puisse nous paraître une *jalousie d'amitié* portée au point qu'elle aurait atteint, chez Ferradji, une telle jalousie n'est cependant pas tellement éloignée des sentiments que nous trouvons chez certains hommes, qu'elle ne se puisse concevoir et être admise comme une vérité. Sans doute une jalousie différente serait plus naturelle, quoique moins avouable; mais nous croyons que la conviction de M. Villers, formée sur les lieux, d'après des impressions et des renseignements nombreux et divers, qu'une telle conviction doit inspirer une grande confiance.

Mais cette conviction étant admise comme fondée, est-ce à dire que Ferradji ne doive pas être un criminel ordinaire aux yeux de la loi? C'est là ce qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Au point de vue légal, et nous croyons que des juges, quels qu'ils soient, n'en doivent jamais avoir d'autre sous les yeux, rien ne peut enlever à un meurtre son caractère, si ce ne sont les conditions mêmes posées par la loi. Or, dans le cas actuel, ces conditions se réduiraient à une seule: l'état mental de Ferradji. Nous admettrons volontiers que cet état mental n'était point normal. Mais croit-on que ce soit une disposition d'esprit bien naturelle que celle d'un voleur qui attente à la vie d'un passant pour lui enlever sa bourse, ou d'un conspirateur qui attente aux jours du chef d'un état pour lui enlever le pouvoir? personne n'oserait le penser. Entre de tels états de l'esprit et l'état du pauvre fou qui vous assassine parce qu'il croit voir en vous son bourreau, ou bien parce qu'il croit obéir à une volonté étrangère et irrésistible qui conduit son bras, il y a une différence immense, et cette différence a été sagement admise et prévue par la loi. Le crime de Ferradji est étrange, il est rare; mais c'est un crime absolument de même nature que celui d'un homme qui en assassinerait un autre pour se venger d'une offense réelle ou imaginaire.

Qu'on ne s'imagine pas toutefois que nous cherchions à éloigner la miséricorde de la tête de Ferradji; loin de nous une telle pensée! Nous connaissons trop l'inutilité

« Une scène passablement étrange s'est passée avant-hier dans l'église de Saint-Roch. Un service mortuaire y avait attiré, vers midi, un assez grand nombre de personnes, et la cérémonie était sur le point d'être achevée, lorsque tout à coup un homme paraissant sous l'impression d'une grande émotion entra dans l'église, alla droit au prêtre qui officiait, et lui demanda de cesser immédiatement le service. « Je suis l'ami de M. M.... (le défunt), ajouta-t-il de manière à être entendu des assistants, je viens de consulter une somnambule, elle m'a assuré que M. M..... n'est pas mort. » Plusieurs personnes étant intervenues, on décida qu'on procéderait à l'ouverture du cercueil. Deux médecins furent aussitôt appelés; on transporta la bière dans la sacristie, et le corps ayant été visité avec soin, on reconnut que M. M..... avait cessé de vivre depuis plus de quarante-huit heures. Le service s'est alors continué, et le corps a été conduit à sa dernière demeure. »

Vous pourriez croire, mon cher confrère, que c'est là un de ces *canards* si agréablement inventés par nos grands journaux pour distraire leurs lecteurs bénévoles; vous auriez tort. Rien n'est plus vrai; l'anecdote est très réelle; c'est un véritable ami du défunt, un ami électeur, éligible, juré et garde national, qui aurait eu la lumineuse idée d'aller consulter une somnambule sur la réalité de la mort de son ami. Pauvre M. Bouchut! faites donc des rechercher savantes sur les signes de la mort, pour vous voir couper l'herbe sous le pied par une somnambule! Franchement, que pouvez-vous penser de la civilisation des gardes nationaux, électeurs, éligibles et jurés? les tenez-vous pour bien supérieurs de raison aux convulsionnaires de Saint-Médard?

Et vous, célèbre médecin-légiste, qui nous avez appris à découvrir le poison jusque dans la plus petite parcelle de tissu cadavérique, à quel taux estimerez-vous la civilisation du grand journaliste qui raconte avec conviction à ses lecteurs l'histoire suivante:

« Un événement des plus déplorables est venu prouver une fois de plus les dangers auxquels s'exposent les personnes qui se livrent sans retenue à l'abus des boissons alcooliques. Une femme des Batignolles étant rentrée chez elle dans un état d'ivresse, état qui était presque normal chez elle, et ayant approché sa lumière trop près de sa bouche, le feu prit aux vapeurs spiritueuses qui s'en exhalaient, gagna bientôt tout le corps, et quand on arriva pour porter des secours à cette malheureuse, *quelques grammes de cendres blanches* furent les seuls restes qu'on trouva de sa dépouille mortelle. »

Ne vous semble-t-il pas, mon cher confrère, que cette anecdote a quelques rapports avec celle de ces fameux rats qui, ayant été renfermés seuls et sans pitance dans un local bien clos, se dévorèrent réciproquement au point qu'on n'en trouva plus que les queues? Avec quel dédain nous traiterions une pareille histoire si elle était écrite dans les fabliaux du temps jadis! mais comme nous sommes en pleine civilisation, rien ne nous paraît plus naturel.

Le temps me presse, mon cher confrère, et je vous quitte; mais je ne romps pas sur ce sujet; il mérite de nous occuper encore, parce que le médecin a un rôle à jouer dans les histoires de cette nature et dans le progrès de la civilisation.

X...

Nous avons reçu de notre honorable et distingué confrère, M. le docteur Cazeaux une lettre que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro.

des pénalités violentes pour ne pas voir avec satisfaction tous les adoucissements que la clémence y apportera. Mais ce n'est point par des considérations légales et propres à Ferradji qu'on pourrait être conduit à l'indulgence ; c'est par des considérations générales et d'un genre tout différent. En ne considérant que les conditions mêmes dans lesquelles le crime actuel a été commis, Ferradji peut bien être un criminel curieux, mais ce n'en est pas moins un criminel dans toute l'acception légale du mot.

HOPITAL BEAUJON. — M. Bouvier.

Abcès de la fosse iliaque ouvert dans la vessie et le rectum. — Mort. — Autopsie.

Par M. Degaille, interne des hôpitaux.

Cette observation, recueillie par M. Degaille, interne du service de M. Bouvier, présente quelque intérêt sous le point de vue de la double communication qui s'est établie entre l'abcès d'une part et la vessie et le rectum d'une autre. Aussi croyons-nous, malgré la terminaison funeste de la maladie, que ce fait mérite d'être mentionné avec tous les détails dans lesquels l'auteur est entré.

Le 13 décembre 1849, la femme Basile, âgée de trente-huit ans, est entrée dans la salle Sainte-Marie, n° 103, pour une douleur dans la hanche gauche.

D'une assez bonne constitution, elle avait toujours été bien portante et n'était malade que depuis le 27 octobre 1849. C'est à cette époque qu'elle accoucha pour la dixième fois. Elle était à terme; le travail fut de courte durée et se termina naturellement sans aucun accident. Peu de temps après, elle fut prise de douleurs vives dans le ventre, avec fièvre et vomissements. Tous ces accidents avaient disparu dix jours après (on avait administré des purgatifs, mis des sangsues en grand nombre et fait des frictions sur le ventre avec une pommade qui n'était probablement autre que de l'onguent napolitain). Elle eut pourtant encore quelques vomissements pendant quinze jours, mais elle était sans fièvre.

Quand elle voulut sortir de son lit, elle ressentit une douleur dans l'aine et ne put marcher. Vers la fin de novembre, elle souffrit pour la première fois dans le genou, qui devint douloureux, ainsi que toute la cuisse. Elle éprouvait une douleur vive dans le pli de l'aine quand elle voulait mouvoir sa cuisse sur son bassin. La malade avait peu d'appétit; elle maigrissait, et, comme ses douleurs augmentaient, elle entra le 13 décembre à Beaujon, dans le service de M. Bouvier.

La douleur qu'elle accusait dans l'aine et dans le genou, l'absence de fièvre, l'impossibilité presque complète de faire mouvoir la cuisse sur le bassin, l'absence de tumeur dans ce dernier firent croire, lors de son entrée, à un commencement de coxalgie. Cinq ventouses scarifiées furent appliquées autour de l'articulation; la malade prit quelques bains de vapeur, eau de Vichy et préparation opiacée le soir. Cataplasme laudanisé sur l'aine. Il n'y eut aucun amendement.

Le 2 janvier, un vésicatoire fut appliqué sur la fesse et pansé le lendemain avec 3 centigrammes de morphine. Une heure après l'application de la morphine, la malade eut de l'assoupissement, une céphalalgie intense, de nombreux vomissements bilieux : les pupilles étaient contractées. Ces accidents disparurent au bout de six à sept heures.

A un nouvel examen de la malade, vers le 7 janvier, on put constater que l'articulation douloureuse dans toute sa circonférence ne présentait aucun gonflement, que la cuisse pouvait être fléchie dans une certaine étendue sur le bassin sans déterminer une douleur trop vive, tandis qu'il était presque impossible de l'étendre. Une pression même légère sur la crête iliaque, sur la fosse iliaque et sur le pli de l'aine était douloureuse ; dans cette même fosse iliaque, on sentait profondément une tumeur aplatie et allongée de haut en bas, elle descendait derrière le ligament de Fallope. Ses limites, en dedans, étaient difficiles à déterminer. La douleur, que la moindre pression déterminait, ne permit pas de constater s'il y avait de la fluctuation ; mais il ne fut plus permis de douter que la malade avait un abcès de la fosse iliaque. L'amaigrissement de la malade faisant des progrès, on chercha à la soutenir par des toniques (eau vineuse, vin de Bagnols, eau de Seltz, une portion et viandes rôties). On put suivre les progrès de la tumeur du bassin.

Le 24 janvier, la malade rendit par l'anus du pus facilement reconnaissable à tous ses caractères physiques. Trois jours après, la malade rendit aussi du pus en urinant; ses urines étaient épaisses, d'un blanc jaunâtre, et présentaient l'odeur et tous les caractères physiques du pus. L'évacuation du pus continua à se faire par ces deux voies, et on vit la tumeur de la fosse iliaque disparaître graduellement.

Le 4 février, elle perdit du sang et par l'anus et par la vessie. Ces hémorrhagies, assez abondantes, continuèrent en même temps que l'excrétion du pus.

Le 6, elle rendit en urinant un énorme caillot de sang aplati et de forme circulaire, dont le diamètre pouvait être de 14 à 15 centimètres; il s'était probablement formé dans le vagin. Il était évident que ce sang venait du même foyer que le pus, puisqu'il sortait par les mêmes voies. La malade, épuisée par cette suppuration abondante (on peut l'évaluer approximativement à plus de deux litres), et surtout par ces hémorrhagies, succomba le 10 février, à cinq heures du matin. Dans les derniers jours, son pouls était à peine sensible et très fréquent; elle avait eu des vomissements.

Autopsie. — *Abdomen.* — Le cul-de-sac recto-utérin contenait environ une cuillerée de liquide purulent. Le paquet d'intestin grêle logé dans le petit bassin présentait des traces évidentes de péritonite, et était recouvert dans quelques points par de petites fausses membranes.

Le rectum, la vessie, l'angle supérieur gauche de l'utérus, l'ovaire et son ligament adhéraient entièrement ensemble. Le fascia iliaca adhérait avec tous ces organes dans ce point. On pouvait détruire en grande partie les adhérences qui réunissaient tous ces organes en les écartant les uns des autres, et l'on arrivait ainsi à un point central où tous ces organes, intimement soudés ensemble, ne pouvaient plus être séparés. Le rectum, ou plutôt, l'S iliaque, adhérait au fascia iliaca dans une étendue d'environ 6 centimètres. Le psoas-iliaque était réduit à une couche mince de fibres musculaires d'un aspect vert-foncé; le foyer situé derrière remontait jusqu'aux vertèbres lombaires, c'est-à-dire jusqu'aux insertions supérieures du fascia iliaca, et descendait jusqu'à l'insertion inférieure du psoas-iliaque. La capsule articulaire de la tête du fémur était en contact immédiat avec le pus, et avait pris par imbibition un aspect noirâtre (l'articulation était saine). En dehors l'abcès était limité par la crête iliaque en dedans; il avait franchi le détroit supérieur du petit bassin pour s'étendre jusqu'à son détroit inférieur. La fosse iliaque paraissait recouverte d'une fausse membrane en tout semblable aux fosses membranes épaisses des plèvres; c'était le périoste qu'on enlevait facilement. L'os ne paraissait pas altéré. Le nerf crural était baigné de pus; mais en le râclant avec le dos du scalpel et en l'incisant suivant sa longueur, on lui reconnaît la texture normale. Dans le petit bassin, le foyer contenait quelques petits caillots de sang, allongés, et du volume environ d'une plume de corbeau. C'est probablement ce point qui avait été le siége de l'hémorrhagie observée pendant la vie.

L'S iliaque incisée, on trouva à la face postérieure un pertuis qui conduisait directement d'avant en arrière dans le foyer.

La vessie, également incisée, on trouvait immédiatement en arrière et en dedans de l'orifice de l'uretère gauche un petit orifice. Un stylet introduit dans cet orifice pénétrait dans la fosse iliaque interne en parcourant un long trajet fistuleux à travers les fibres du psoas-iliaque en grande partie détruites par la suppuration.

Les vaisseaux iliaques externes et fémoraux étaient sains, ainsi que tous les autres organes abdominaux.

Les cavités thoraciques et crâniennes n'ont pas été ouvertes.

Les détails de cette observation sont assez complets pour que nous n'ayons rien à y ajouter. Nous dirons seulement que ce fait nous a semblé mériter d'être mentionné, à cause de la double communication qui s'est établie. Il n'est pas très rare, en effet, de voir un abcès de la fosse iliaque s'ouvrir dans un des organes abdominaux avec lequel il est en contact selon sa position ; mais il n'est pas fréquent, au contraire, de le voir se frayer une route simultanément à travers plusieurs de ces organes. Cette terminaison, à ce qu'il semble tout d'abord, ne peut s'expliquer que par les dimensions de la tumeur, qui font qu'elle est obligée de s'étendre et de se loger loin du lieu où elle a pris naissance. Cette position facilite d'abord des adhérences entre l'abcès et les organes avec lesquels elle se trouve en contact; en second lieu, par suite du travail d'inflammation ulcérative qui s'opère dans divers points, l'abcès les perfore et s'épanche dans leur intérieur.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Nouvelles recherches sur les différentes espèces de mydriase.

On a donné le nom de *mydriase* (de ἀμυδρον, *obscur*) à la paralysie de l'iris, à cause de la faiblesse de la vue qui résulte de la dilatation exagérée de la pupille.

Pour avoir une idée exacte du mécanisme selon lequel la dilatation pupillaire s'opère dans la paralysie de l'iris, il importe de bien connaître les lois qui président à la dilatation et à la constriction de la pupille.

L'iris peut être considéré, abstraction faite des vaisseaux et des nerfs qui entrent dans sa composition, comme une membrane formée de deux éléments distincts :

L'un, *musculaire*, constitué par les fibres orbiculaires qui forment le petit cercle de l'iris, est l'agent constricteur de la pupille;

L'autre, *fibreux*, représenté par les fibres radiées qui vont de la grande à la petite circonférence de l'iris, est l'agent dilatateur de la pupille.

Il existe un antagonisme constant entre ces deux puissances, qui tendent, l'une à rétrécir la pupille, l'autre à l'agrandir; et c'est de leur équilibre fonctionnel que résulte ce degré moyen entre la dilatation et le rétrécissement qu'on appelle l'état normal de la pupille, d'ailleurs si variable selon les individus. L'agent constricteur et l'agent dilatateur de la pupille ne diffèrent pas seulement par leurs fonctions, mais encore par leur nature.

L'un est un muscle, c'est-à-dire une puissance physiologique essentiellement active, qui n'a besoin, pour entrer en action, que du concours du système nerveux.

L'autre est un tissu fibreux, jaune, élastique, c'est-à-dire une puissance physique essentiellement passive, en ce sens qu'elle n'agit pas par elle-même, mais réagit par le raccourcissement contre l'allongement qui a été imprimé à ses fibres.

Cette manière de comprendre la structure de l'iris, et qui déjà avait été entrevue par Faure (*Obs. sur l'iris*, 1820, page 14), est la seule, à notre avis, qui puisse rendre compte des phénomènes physiologiques et pathologiques observés jusqu'à présent.

Ici, en effet, il n'y a rien d'obscur.

Pour que le rétrécissement de la pupille ait lieu, il faut que la contraction du sphincter de l'iris soit assez forte pour surmonter la résistance élastique des fibres rayonnantes.

Pour que la dilatation de la pupille ait lieu, il faut que la résistance contractile du sphincter de l'iris soit assez faible pour laisser aux fibres radiées toute l'étendue de leur rétractilité élastique.

Par paralysie de l'iris, il faut donc entendre seulement la paralysie des fibres circulaires qui constituent un véritable sphincter à l'iris; car les fibres radiées, par leur nature même, ne sont pas susceptibles d'être paralysées.

Afin de présenter la paralysie de l'iris non-seulement sous ses différentes espèces, mais encore sous toutes les formes qu'elles peut revêtir, nous avons cru devoir faire les divisions suivantes :

1° Mydriase congénitale;
2° Mydriase mécanique;
3° Mydriase organique;
4° Mydriase traumatique;
5° Mydriase par paralysie du sentiment;
6° Mydriase par paralysie du mouvement;
7° Mydriase par paralysie du sentiment et du mouvement;
8° Mydriase artificielle.

Cette classification nous permettra d'être aussi complet que possible.

1° *Mydriase congénitale.* — En s'en tenant à la définition rigoureuse du mot, je crois qu'il n'existe peut-être pas dans la science un seul exemple authentique de paralysie de l'iris rencontrée à la naissance. Je pense, avec M. Ph. De Walter, que les cas publiés sous le nom de *mydriase congénitale* appartiennent à l'iridémie (absence de l'iris), qui peut présenter des degrés divers.

Quoi qu'il en soit, et sous l'empire, sans doute, de cette confusion, Schon, Jæger, d'Escher, Jüngken, Plater, Melchior, Fallot, etc., font mention de la mydriase congénitale et en rapportent des exemples.

La distinction, d'ailleurs, n'est pas toujours facile à établir en s'en tenant à l'aspect de l'œil. En effet, dans la première des trois formes d'iridérémie, il y a absence des fibres circulaires de l'iris, et cette membrane n'est plus représentée que par une sorte d'anneau rudimentaire. (V. *Abnorm. cong. des yeux*, par le docteur Cornaz, 1848, p. 73.) D'Ammon, sans avoir encore rencontré cet état organo-génésique de l'iris, l'admet comme possible.

S'il y a en effet, comme nous l'avons dit dans la mydriase congénitale, un arrêt de développement du muscle constricteur de l'iris, il est facile de comprendre l'incurabilité absolue de cette affection, qui, par bonheur, se montre très rarement.

La mydriase congénitale n'existe pas toujours à l'état simple. On l'a vue associée à divers désordres organiques des yeux; j'ai publié moi-même l'observation d'un jeune enfant chez lequel cette affection coïncidait avec une opacité de la cornée.

2° *Mydriase mécanique.* — Il nous suffira pour la faire connaître de mentionner la cause essentiellement physique qui produit cette forme de paralysie de l'iris.

Lorsqu'il existe un épanchement, soit de sang, soit de pus, dans la pupille; quand, surtout, un cristallin déchatonné est engagé dans l'ouverture de l'iris, on observe alors une véritable mydriase par cause mécanique. Il en est de même, et cela importe beaucoup à connaître dans la pratique, si l'on a affaire à une cataracte volumineuse qui, en refoulant l'iris en avant, exerce sur lui une pression telle qu'elle paralyse tous ses mouvements.

Cette variété de cataracte, qui n'est peut-être qu'une sorte d'hydropisie de la capsule du cristallin, ainsi que je l'ai dit ailleurs (V. *De l'hyd. de la caps. du cristallin.* — *Annales d'Oculistique*, 1849), n'est pas extrêmement rare; et, comme on le prévoit déjà assez, la mydriase coexistante n'ajoute en aucune façon à la gravité de l'opération, car la paralysie de l'iris cesse avec la cause qui la déterminait.

3° *Mydriase organique.* — Cette affection est toujours consécutive à un état pathologique de l'iris qui n'est plus compatible avec la contraction et la dilatation de la pupille. Elle survient parfois après une phlegmasie chronique de l'iris qui a fini par céder avant qu'il se soit établi des adhérences entre l'uvée et la cristalloïde antérieure; ou bien encore elle résulte d'une soudure qui s'est établie entre l'iris, d'une part, et la capsule antérieure ou des fausses membranes, d'autre part, pendant que la pupille était dilatée par la belladone.

Nous n'avons rencontré que très rarement la mydriase organique. Il importe cependant d'être prévenu de son existence pour éviter une erreur de diagnostic.

Cet état est d'ailleurs tout à fait incurable.

4° *Mydriase traumatique.* — La paralysie de l'iris sous l'influence d'une cause traumatique est assez fréquente, car elle peut être produite par des lésions très variées. Je l'ai vue survenir après des plaies de l'orbite, des contusions de la cornée, la déchirure ou la section du bord interne de l'iris. On l'observe assez souvent après l'opération de la cataracte par extraction ; elle paraît être alors le résultat de la distension forcée de la pupille par le passage du cristallin. (V. *Dict. ophth. de Wenzel*, t. I, p. 431.)

La mydriase traumatique est souvent compliquée d'une ou de plusieurs lésions différentes des tissus de l'œil qui amènent la cécité. Mais, quand elle existe à l'état simple, les symptômes que l'on observe dépendent de la dilatation elle-même et ne présentent ici rien de particulier, si ce n'est dans quelques cas une irrégularité plus ou moins prononcée de la pupille.

J'ai vu la mydriase traumatique cesser spontanément, plusieurs mois après l'accident, lorsqu'elle paraissait être le résultat d'une sorte d'ébranlement ou de commotion de l'iris, tandis que dans des circonstances contraires elle peut persister toute la vie.

5° *Mydriase par paralysie du sentiment.* — Ce sont les nerfs sensitifs qui transmettent aux nerfs moteurs de l'iris l'impression nécessaire à la contraction du sphincter de la pupille. Les uns et les autres concourent par conséquent à l'activité fonctionnelle de l'iris, mais avec cette particularité que les nerfs ciliaires sensitifs, d'un côté, peuvent suppléer au défaut d'action des nerfs sensitifs du côté opposé, tandis qu'il n'existe aucune solidarité physiologique entre les nerfs moteurs.

Donc la mydriase par anesthésie de l'iris n'existe réellement que quand l'œil du côté opposé est fermé, et elle disparaît aussitôt qu'il est ouvert. Les malades qui se présentent à notre observation pour une affection comme celle-ci ayant toujours les yeux ouverts, la mydriase n'existe pas dans ces conditions et la maladie échappe souvent au chirurgien.

Cependant en explorant chaque œil en particulier, l'autre étant tenu fermé, il est facile de reconnaître cette variété de mydriase; car la pupille, après avoir oscillé pendant quelque temps, s'agrandit de plus en plus, et finit par rester tout à fait immobile, quelle que soit la quantité de lumière qui arrive sur l'œil. Puis cette pupille, tout à l'heure paralysée, aussi longtemps que vous l'avez voulu, reprend toute sa contractilité dès que la lumière peut arriver jusqu'à l'œil, qui aussitôt réagit sympathiquement sur son congénère.

Les auteurs qui ont avancé que, dans cette espèce de mydriase, la faiblesse de la vue dépendait de la dilatation exagérée de la pupille ont commis une grave erreur, comme on le voit, puisque cette mydriase n'existe pas en temps ordinaire, et pendant l'exercice normal de la vision bi-oculaire.

La mydriase par paralysie du sentiment présente des degrés variables depuis la simple paresse de la pupille jusqu'à l'atomie complète du sphincter irien.

Elle peut exister seule ou être compliquée d'une amaurose.

Si les nerfs ciliaires sensitifs de l'iris sont seuls paralysés, il y a un mydriase simple ; la rétine continue à fonctionner.

Si la paralysie a envahi tous les nerfs ciliaires sensitifs, la mydriase est compliquée d'amaurose; ou, pour parler d'une manière plus exacte, la paralysie de l'iris et celle de la rétine ont ici une origine commune : l'anesthésie du système ciliaire.

J'ai consacré un chapitre tout entier à l'action du trijumeau sur les différentes parties de l'œil, et je crois l'avoir établi sur des preuves suffisantes. (Voyez *Traité clinique des maladies des yeux*, page 21.) Je n'y reviendrai pas.

L'étude des causes qui produisent le plus ordinairement l'espèce de mydriase dont nous nous occupons vient encore à l'appui de notre manière de voir.

Ainsi je l'ai observée fréquemment sur des malades qui avaient été atteints d'une photophobie très prolongée, pendant le cours d'une ophtbalmie scrofuleuse, par exemple. On conçoit qu'un état douloureux des nerfs qui sont communs à la cornée et à l'iris, lorsqu'il dure trop longtemps, finisse par modifier le mode de vitalité de ces nerfs, et par produire l'affaiblissement de leur sensibilité spéciale.

Cette paralysie, complète ou incomplète, est plus prononcée là où les nerfs ciliaires ont le plus souffert, c'est-à-dire du côté de la cornée et de l'iris. Mais, dans la plupart des cas, la douleur retentit toujours, plus ou moins, sur tout le système ciliaire, et il en résulte que l'anesthésie irienne s'accompagne ordinairement d'un certain degré de faiblesse de la rétine. C'est là une variété d'amblyopie, dont j'ai le premier indiqué l'existence et la nature. (Voyez : *Des Amauroses consécutives à divers états phlegmasiques des yeux*. (*Abeille médicale*, 1846.)

6° *Mydriase par paralysie du mouvement.* — Elle est le résultat d'une paralysie partielle ou générale de la troisième paire de nerfs. Dans le premier cas, la lésion est bornée aux nerfs ciliaires moteurs, et il n'existe pour tout symptôme qu'une dilatation exagérée et absolue de la pupille ; dans le second, au contraire, on rencontre, outre la mydriase, une déviation du globe oculaire en dehors et un prolapsus de la paupière supérieure.

Ces deux formes de la mydriase sont, au fond, complétement identiques ; mais bien que la rétine soit également intacte dans l'un et l'autre cas, il est aisé de concevoir que la rectitude ou la déviation de l'œil aient quelque influence sur la manière dont s'opère la vision.

En tenant compte des faits que j'ai observés et de ceux publiés par les auteurs, j'ai trouvé que la paralysie partielle et la paralysie générale de la troisième paire étaient à peu près aussi fréquentes l'une que l'autre.

La mydriase par paralysie du mouvement n'existe ordinairement que d'un côté, tandis que la mydriase par paralysie du sentiment survient très souvent des deux côtés, soit simultanément, soit successivement.

Il n'est pas possible d'ailleurs de confondre ces deux espèces de mydriases; car l'iris privé de l'action de ses nerfs moteurs reste toujours immobile, tandis que l'iris privé de l'action de ses nerfs sensitifs peut encore se contracter sous l'influence de l'œil du côté opposé.

A la vérité, cette solidarité physiologique cesse d'avoir lieu quand l'anesthésie rétinienne est double ; mais alors il existe, le plus souvent, un affaiblissement de la rétine qui, joint à l'existence de la mydriase des deux côtés, est propre à faire rejeter l'idée d'une paralysie des nerfs ciliaires moteurs.

Le docteur Marchal a émis, dans ces derniers temps, l'opinion que la paralysie de la troisième paire pouvait être la conséquence d'une névralgie de la cinquième paire. J'ai relu avec soin son travail (voyez *Archives générales de Médecine*, 1846) et les quatre observations qui lui servent de base. Je crois que les faits, d'ailleurs très incomplets, sur lesquels notre confrère s'est appuyé appartiennent à cette catégorie d'affections multiples qui dépendent le plus souvent d'une lésion grave des centres nerveux, et qu'ils ne sauraient être assimilés, par conséquent, aux névralgies essentielles proprement dites.

J'ai d'ailleurs observé moi-même un certain nombre de malades atteints de névralgie trifaciale, et dans aucun cas je n'ai constaté cette influence de la cinquième paire sur la troisième.

7° *Mydriase par paralysie du sentiment et du mouvement.* — Cette affection est rare ; elle présente réunis les caractères qui appartiennent à chacune des deux lésions qui la constituent. Elle est nécessairement produite par une cause capable de modifier, altérer ou détruire l'ensemble du système ciliaire sensitivo-moteur. On la rencontre dans le phlegmon de l'orbite, dans les tumeurs de cette région ; elle peut survenir à la suite d'opérations qui ont nécessité une dénudation étendue du globe oculaire ; une hypertrophie du cercle ciliaire a également pour effet de paralyser les nerfs du mouvement et du sentiment, qui se rendent à l'iris par la compression qu'elle leur fait subir.

8° *Mydriase artificielle.* — Deux conditions sont nécessaires pour produire une dilatation pupillaire artificielle : l'absence d'inflammation et l'absence d'adhérences étendues de l'iris. Si l'iris est enflammé, la dilatation n'aura pas lieu ; si l'iris est adhérent, la dilatation ne portera que sur les portions libres de l'ouverture pupillaire, d'où une déformation plus ou moins prononcée de cette ouverture. Mais toutes les fois que l'iris est à l'état normal, il est toujours apte à subir l'action de la belladone ou de la jusquiame. Le degré de dilatation pupillaire que l'on obtient avec l'une ou l'autre de ces substances n'est pas le même chez tous les individus : il est généralement en rapport avec la grandeur normale de la pupille.

Dans les cas où l'on veut obtenir une dilatation plus prononcée, ou bien lorsqu'il s'agit de triompher d'adhérences encore récentes qui fixent l'iris soit à la cornée, soit à la capsule du cristallin, on se trouvera bien de substituer à la belladone ou à la jusquiame l'atropine à la dose de 0,25 pour 30 gram. d'eau, dont on instille deux à trois gouttes dans l'œil. C'est presque toujours sous forme de collyre qu'il faut prescrire ces diverses substances : à l'intérieur, elles n'agissent sur les yeux qu'à dose assez élevée, et qui n'est pas toujours sans inconvénients ; en pommade, elles n'ont pas ou presque pas d'action, à moins, ce qui arrive parfois, qu'elle ne glisse le long des paupières et ne parvienne ainsi jusqu'à la conjonctive. Himly (*loco cit.*, p. 6) avait déjà fait la remarque qu'en mettant un emplâtre de jusquiame ou de belladone sur le sourcil, il n'en résultait aucun effet sur l'iris.

La durée de la mydriase artificielle est, en moyenne, de trois jours sur un œil sain. La paralysie de l'iris cesse d'exister dès qu'il survient une phlegmasie oculaire, et surtout une iritis. Il est rare que la dilatation pupillaire provoquée avant une opération de cataracte persiste plus de vingt-quatre heures après l'opération, précisément à cause de la réaction qui ne tarde guère à survenir.

La mydriase artificielle ressemble, par ses principaux caractères, à la mydriase par paralysie du mouvement de l'iris. Ainsi, l'œil du côté sain n'a aucune action sur l'œil mydriatique, quelle que soit la quantité de lumière qui lui serve de stimulant.

On a utilisé la dilatation artificielle de la pupille, soit pour l'exploration des parties profondes de l'œil, soit pour l'opération de la cataracte, ce qui n'avait point encore été fait avant les expériences d'Himly en Allemagne et de Demours en France. J'ai eu l'idée d'avoir recours, d'une manière continue, à l'emploi de la belladone dans le cas que voici : Un jeune homme de vingt-trois ans est venu me consulter pour une synéchie antérieure double survenue à la suite d'une perforation des cornées, qui avait été la conséquence d'une variole confluente. A droite, l'adhérence de l'iris existait vers le quart inférieur de la cornée ; à gauche, au contraire, elle se rencontrait au niveau du quart supérieur de cette membrane. Les deux pupilles, d'ailleurs très étroites et déformées, correspondaient à une portion de cornée restée transparente ; le malade voyait des deux côtés, mais d'une manière insuffisante pour se livrer à des travaux un peu délicats. Je lui ai prescrit un collyre à la belladone dont il instille quelques gouttes dans les yeux tous les deux ou trois jours seulement, en l'engageant à continuer en quelque sorte indéfiniment cette médication si simple. La vue s'est améliorée d'une manière très notable sous l'influence de la dilatation artificielle de la pupille, et, depuis six mois que la paralysie de l'iris existe, cette amélioration persiste, mais elle cesse aussitôt que le malade oublie de se servir de la solution belladonée.

Ainsi la belladone, quelque prolongée que soit son action, n'a pas d'influence fâcheuse sur la rétine, comme quelques auteurs l'avaient prétendu en confondant les symptômes de la mydriase avec ceux de l'amaurose.

Il y a plus, c'est qu'il est à espérer qu'avec le temps le sphincter irien artificiellement paralysé doit finir par tomber dans une sorte d'atonie, de manière à être impropre à la contraction de la pupille. Or dans quelques circonstances données, analogues par exemple à celles relatives plus haut, cette mydriase définitive serait un bien pour le malade.

Notre honorable confrère, M. Foucault, de Nanterre, nous annonce qu'il a imaginé un appareil tout à fait analogue à celui de M. le docteur Decoularé, que nous avons fait connaître tout récemment. M. Foucault ne nous ayant point envoyé encore la description ni le dessin de son appareil, nous ne pouvons que prendre acte de sa déclaration.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 14 MARS 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 32.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr	9 fr.

A NOS ABONNÉS.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1849, et qui voudraient la compléter, sont priés de nous faire promptement la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 10 centimes seulement.

On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Nos abonnés nouveaux qui voudraient faire une collection à partir de 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal), peuvent se procurer, à notre bureau, des volumes tout reliés moyennant 17 fr. 20 c.

PARIS, 13 MARS 1850.

Séance annuelle de l'Académie des Sciences.

Nous n'avons pu annoncer plus tôt les récompenses que l'Institut a décernées à différents auteurs pour des travaux que nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs, et qui tous, quoique à des degrés divers, méritent les encouragements de l'illustre corps savant. Nos lecteurs trouveront dans notre compte-rendu l'analyse consciencieuse des divers travaux couronnés. Nous mentionnerons ici, comme spécialement dignes de l'intérêt du monde scientifique, le grand travail de M. Lebert, les belles recherches de M. Sappey sur la respiration des oiseaux, les expériences extrêmement intéressantes de M. Bernard sur les fonctions du pancréas, et enfin les études profondes de M. Pravaz sur les luxations spontanées de la hanche.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur la phthisie pulmonaire.

(Sixième article. — *Voir* les nos des 29 janvier, 5, 12, 19 et 28 février.)

Traitement. — Les moyens par lesquels on peut combattre la phthisie doivent être subordonnés aux indications fournies par l'état des malades.

Par l'histoire qui a été tracée de cette affection et par la description des cas particuliers qui peuvent se présenter, on comprend qu'il y a dans la phthisie, indépendamment des symptômes qui se rattachent au développement des tubercules, un état inflammatoire général qui se reporte surtout vers les organes respiratoires. Comme l'inflammation primitive du parenchyme pulmonaire peut devenir la cause prédisposante de l'évolution de tubercules, ou, si elle se développe pendant son cours, la cause immédiate de progrès rapides, il est évident que c'est une indication capitale de réprimer autant que possible la gravité de ces accidents inflammatoires. Cependant, ce moyen de traitement n'est encore que latéral; car il n'atteint pas cet état de prédisposition cachectique dont la tuberculisation est le phénomène le plus saillant; il est pourtant d'une haute importance, puisque par lui on peut tout au moins modérer, et quelquefois même arrêter la marche parfois si rapide des tubercules pulmonaires.

Une autre circonstance qui touche encore la phthisie au point de vue des inflammations, c'est que les prédispositions les favorisent très évidemment, surtout quand ces prédispositions se décèlent par des formes particulières de tempérament, comme celui des sujets lymphatiques ou scrofuleux, plus disposé que tous les autres à contracter des inflammations des muqueuses en général, et chez lesquels ces phlogoses, une fois établies, sont réfractaires à des traitements même énergiques, et tendent facilement à la suppuration. Cette prédisposition aux inflammations, en la rapprochant de ce fait, que ces inflammations sont souvent le signe du développement des tubercules, fournit une indication de traitement qui rentre dans la prophylaxie de cette affection.

Chez tous les phthisiques qui présentent des phlogoses du parenchyme du poumon ou de ses annexes, et qui ont une aptitude particulière à contracter des phlogoses, il faudra satisfaire à ces indications, mais dans la limite que comportent les forces du malade et le degré de la maladie.

La médication antiphlogistique applicable dans ce cas se compose de moyens divers; d'abord, ce sont les émissions sanguines, propres à réprimer l'activité exagérée de l'appareil circulatoire et de l'hématose; la médication diététique, par laquelle on diminue la prédisposition aux phlogoses en diminuant la masse de molécules alimentaires introduites dans l'organisme, et par-là, les causes d'excitation des appareils fonctionnels; enfin, la disposition de phlogoses secondaires qu'on fait développer subsidiairement aux phlogoses profondes et à leur détriment. C'est dans cette forme de médication que rentre l'application d'épispastiques et d'exutoires profonds. Ces trois sortes de traitement sont applicables dans la phthisie.

Quand la phthisie menace de se déclarer chez des individus d'un tempérament lymphatico-sanguin qui ont une circulation active, une respiration large et facile, les émissions sanguines trouvent leur place utile; il faut réprimer dans une juste mesure cette excitation de l'appareil circulatoire, qui pourrait déterminer des phlogoses pulmonaires; mais ces conditions se présentent dans le plus petit nombre des cas, et l'application de ce traitement est rarement opportune. Pourtant, quand ces émissions sanguines sont faites avec mesure et de manière à ne pas produire d'anémie, quand on préfère les réitérer que les faire larges tout d'un coup, elles sont propres à réprimer la prédisposition inflammatoire qui doit favoriser, plus tard, le développement de tubercules.

Chez certains sujets, qu'ils soient ou non affectés de phthisie, il se produit vers les poumons des congestions sanguines qui deviennent la cause déterminante d'hémoptysies. Ces hémoptysies peuvent être assez considérables pour tuer les malades, et on en a vu mourir ne présentant, à l'autopsie que des tubercules miliaires disséminés dans les poumons; alors ce n'était pas seulement par suite de la congestion du poumon, qui empêchait l'hématose de se produire, mais encore par l'obstruction des bronches que déterminait l'exhalation sanguine considérable de la muqueuse. Les émissions sanguines sont indiquées pour réprimer cet état congestionnel de l'organe de l'hématose; car, comme la circulation pulmonaire doit faire, en tout cas, équilibre à la circulation générale, il est évident que nul organe ne pourra ressentir les effets des émissions sanguines générales comme le poumon; aussi, dans ces circonstances, produit-elle bon effet. Mais quand on sera obligé d'y avoir recours, il faudra bien se rappeler qu'il y a phthisie, que cette affection a pour résultat de diminuer les forces de l'organisme et de jeter le malade dans un état de cachexie d'où on le retirera difficilement. Le sang perdu par les saignées sera, dans ce cas, bien difficile à réparer, et le sujet sera prématurément poussé vers cette cachexie; on arrivera alors à cette conséquence, qu'il ne faut saigner que quand il y a nécessité, et encore le faire avec modération.

Chez les sujets pour lesquels on doit épargner le plus possible ces émissions sanguines, il faut chercher à déterminer des inflammations locales et dérivatives afin de décongestionner le poumon. C'est dans ce but qu'on a appliqué des ligatures sur les membres pour y arrêter le sang, qu'on a placé des sinapismes aux extrémités et renfermé des membres tout entiers dans de grandes ventouses, afin de soustraire par une stase artificielle une partie du sang de l'appareil respiratoire, et y faire un vide analogue à celui qu'on produit par les émissions sanguines. Ces traitements, qui ne débilitent pas les malades, sont produits quand on peut se contenter d'un effet moins durable et moins prononcé, et quand il faut épargner les forces du sujet : dans bien des hémoptisies, par exemple.

La médication antiphlogistique par la diète doit être appliquée dans les cas où les émissions sont indiquées, ou bien quand on ne peut plus y avoir recours par affaiblissement du malade, et pour modérer les phlogoses survenues pendant le cours de la phthisie : elle consiste dans la diminution de l'alimentation solide, et dans une assez grande quantité de boissons douces et mucilagineuses qui exercent sur l'estomac un effet sédatif, rendent les digestions moins actives, et débilitent ainsi l'appareil de la circulation et celui de l'hématose. Il faut l'appliquer pendant le cours des phénomènes inflammatoires qui se présentent pendant le cours de la phthisie; mais il faut bien se garder de confondre l'état fébrile déterminé par ces accidents inflammatoires avec la fièvre lactique quelquefois intense et continue, avec cette activité du pouls qui oxyde l'organisme et qu'on peut voir durer pendant plusieurs années chez des phthisiques bien conduits. Une telle erreur serait une grande faute très préjudiciable au malade. La diète ordonnée dans ces accidents, qui sont propres à la phthisie, lui ferait faire des progrès par la débilité qui en serait la suite. Elle ne fournirait plus à l'économie des éléments nutritifs suffisants pour réparer l'organisme; elle ne donnerait pas à l'hématose d'aliments de combustion qui épargneraient ceux du corps tout entier, et la ruine de l'organisme serait rapidement précipitée. Aussi ne doit-elle être employée qu'avec le plus grand soin dans son activité et dans sa durée, et suivant qu'il est indiqué par les accidents inflammatoires qui se présentent accessoirement.

Reste à examiner les moyens antiphlogistiques qui proviennent des inflammations artificielles locales, et qui constituent la médication dérivative et révulsive. Sans examiner par quel suite de phénomènes agissent ces moyens de traitement, nous nous contenterons de poser en fait que, pour combattre des phlogoses profondes, on a avantage à enflammer la surface tégumentaire voisine de ces phlogoses, les organes cryptеux de la peau, le tissu de la peau lui-même, et même le tissu cellulaire sous-cutané, quand on a à diminuer les progrès d'inflammation ayant déjà pris un caractère chronique. C'est la médication dérivative épispastique, et elle est applicable dans les phlogoses concomitantes de la phthisie.

Quand on voit de la pneumonie chronique ramollir les concrétions tuberculeuses et les transformer en cavernes, quand ces pneumonies chroniques sont la cause occasionnelle de développement de tubercules, quand on a affaire à des pleurésies, à des bronchites chroniques se montrant avec des symptômes de phthisie, cette médication peut être employée avec avantage et favoriser la résolution de ces inflammations chroniques de l'appareil de l'hématose et de ses annexes : elle fournit le moyen de prévenir ces phlogoses, qui se développent avec facilité dans les organes respiratoires, ou même sur les muqueuses éloignées et qui sont le résultat de diathèse inflammatoire. Il est évident qu'en entretenant une inflammation locale on a pour ainsi dire un déversoir par lequel cette prédisposition peut rejeter ses produits, et on peut ainsi prévenir ces phlogoses souvent si funestes pour les sujets qui en sont atteints; de là les exutoires profonds et à demeure. Dans la pratique rationnelle des médecins des deux derniers siècles, on aurait regardé dans le cas de phthisie comme une faute capitale de ne pas entretenir un exutoire chronique.

Cette médication, qui produit de si bons résultats, a aussi ses abus. Si on va creuser ces fontanelles chez des sujets arrivés au dernier degré de la phthisie, épuisés par la suppuration de leurs cavernes, dont la respiration est courte, qui sont minés par la fièvre hectique, elles n'auraient pas d'utilité; car il n'y a plus rien à dériver chez ces malades qui ont le tissu pulmonaire désorganisé, infiltré de tubercules qui se ramollissent à chaque instant; on ne peut au contraire en tirer que des inconvénients; elles entretiennent de la suppuration, qui n'a déjà que trop de tendance à se produire, des déperditions qui épuisent les malades. Ainsi rationnelles et indiquées, quand il reste à l'organisme une puissance plastique assez grande pour qu'il n'y ait pas épuisement, quand il y a une inflammation secondaire dont il est utile d'obtenir la dérivation, elles ne conviennent plus et ne peuvent être que nuisibles dans un état plus avancé de la maladie tuberculeuse. Il y a d'ailleurs encore un autre motif, c'est que les dérivations ne peuvent être utiles au malade que si l'organisme peut obéir à leur impulsion; c'est dans la puissance de l'organisme que les moyens de dérivation trouvent leur action. Aussi, quand le malade est affaibli par de longues déperditions, quand chez lui il s'est établi une hémaciation considérable, que les fonctions plastiques ne s'accomplissent plus que très imparfaitement, il ne peut remplir les conditions nécessaires à l'efficacité de ce traitement. Ainsi la médication antiphlogistique doit être appliquée avec mesure chez les sujets encore capables de la supporter, et elle peut prévenir les inflammations, ou prodromiques, ou accessoires, de la maladie tuberculeuse.

La phthisie pulmonaire, bien connue dès l'origine de l'art, et fort bien décrite par Hippocrate, a exercé à un haut degré la sagacité des médecins, et on s'est enquis avec soin des moyens qu'il pouvait y avoir pour la prévenir ou tout au moins la modifier, et parce qu'aujourd'hui il s'est établi du scepticisme sur l'efficacité de ces moyens, on ne les applique pas; il n'en est pas moins vrai qu'on peut faire quelque chose pour le traitement de la phthisie, et cependant il y a des médecins qui se croisent les bras en présence de cette affection, et la laissent marcher jusqu'à ses dernières limites sans faire aucune tentative pour arrêter ou retarder sa marche. Néanmoins ces médecins qui abandonnent le gouvernail à la première avarie, quand ils ont à soigner des enfants strumeux qui présentent des engorgements de ganglions sous-maxillaires, ont recours à une médication. Comment se fait-il qu'ils traitent ces tubercules développés dans divers organes externes, et qu'ils ne font plus rien pour ceux qui se développent dans les organes internes? Il y a évidemment dans cette manière d'agir une contradiction palpable. Il ne faut pas abandonner les tubercules développés dans les organes profonds, et les laisser marcher jusqu'à la destruction de ces organes.

L'expérience a prouvé, surtout dans le traitement des tubercules externes, qu'on n'obtient que rarement leur résolution, et, quand cet heureux résultat se produit, ce n'est qu'après un long espace de temps et quelquefois imparfaitement; ainsi des tubercules sous-maxillaires restent des années et s'affaissent peu à peu; le tissu cellulaire que contiennent les ganglions s'indure; cette induration persiste très longtemps et quelquefois toute la vie avec des dépôts calcaires et de la matière tuberculeuse comme crétacée. Le plus souvent ces tubercules se ramollissent, déterminent un aposthème qui se forme en abcès : cet abcès s'ouvre au dehors, ses parois s'indurent, et il reste un petit trajet fistuleux par lequel la matière tuberculeuse s'écoule pendant plus ou moins longtemps, puis il se produit une cicatrice vicieuse donnant naissance à un tissu nouveau comme cartilagineux. La même marche et

la même terminaison peuvent avoir lieu pour les tubercules pulmonaires. La médication que l'expérience a fait reconnaître propre à favoriser la résolution des tubercules développés dans les organes extérieurs, à hâter leur cicatrisation lorsqu'ils ont évacué la matière ramollie qu'ils contenaient ou à prévenir leur développement ultérieur est aussi la même pour tous les tubercules qui peuvent se développer dans quelque organe que ce soit. C'est une médication fondée sur des substances analeptiques et toniques qui doivent fournir à l'organisme des principes azotés et stimulants. On les choisit de préférence parmi les crucifères, les toniques amers et les aliments qui doivent fournir le plus de principes nutritifs sous un petit volume et les substances animales sont les plus propres à remplir ces conditions à un haut degré.

Cette médication est celle qu'on doit aussi appliquer à la phthisie pulmonaire comme médication altérante : c'est à elle que je rattache le traitement de cette affection dès les temps les plus anciens; ainsi, dès Galien on voit employer les crucifères, les amers, des substances alcooliques dans certaines proportions, des vins, par exemple, et ajoutés à des aliments d'origine animale qui ont la propriété de réparer facilement les déperditions de l'organisme. Les praticiens bien habitués à traiter les phthisiques reconnaissent l'utilité de cette médication altérante pour prévenir les tubercules si c'est possible, ou tout au moins ralentir leur manifestation, obvier à leur ramollissement et aux désordres qui en sont la suite.

Il est des médications qui ont été préconisées spécialement par certains auteurs ; mais il faut bien se tenir sur ses gardes, car souvent elles sont le fruit des erreurs du médecin ou de ses préjugés, souvent elles sont liées à des intérêts de réputation ou à des intérêts moins louables encore. Il faut dans ces cas tenir compte des effets qu'elles ont produits sur des malades observés en grand nombre: ainsi, quand Boerhave rapporte l'observation de malades conduits à guérison ou tout au moins à des états de santé satisfaisants par le suc de cresson, il faut y faire attention, quoiqu'on ne puisse aucunement soupçonner la bonne foi de ce praticien distingué. Il faut bien peser la valeur des expressions employées par les anciens auteurs. N'employant pas l'auscultation comme on le fait aujourd'hui, ils ne connaissaient pas bien exactement les désordres qui existent dans la poitrine d'un tuberculeux; de sorte que, lorsqu'ils avaient rendu au phthisique ses forces dans certaine proportion, quand ils avaient amélioré sa santé, fait disparaître les principaux accidents extérieurs et qu'ils lui avaient fait revenir son embonpoint primitif, ils le croyaient guéri. Mais aujourd'hui, par l'examen de la poitrine, on peut s'assurer des désordres qui existent encore dans le poumon malgré ce rétablissement apparent de la santé et on est moins facile à se laisser aller à ces espérances de réussite : il ne faut donc pas prendre à la lettre ce que peuvent dire ces auteurs, qui étaient dans l'impossibilité de s'assurer des lésions anatomiques existantes.

Cardan, qui, il faut le dire, n'est pas toujours très digne de foi, rapporte des guérisons obtenues par du bouillon d'écrevisses, qui contient des matières animalisées et oxydables en grande quantité ; ses disciples, après lui, ont aussi obtenu de bons résultats par le même traitement : on peut le croire dans ce cas; cette substance, en effet, contient des principes très nutritifs et excitants, et Huxham se fondait sur le même principe quand il donnait exclusivement de la viande pour nourriture à ses malades, les privant de toute alimentation végétale et même de pain.

Il est une médication qui a eu dans le dernier siècle une assez grande vogue, c'est la tisane de Dyzon, qu'on administrait en très grande quantité : elle consistait en jaunes d'œufs battus dans l'eau chaude et sucrée; c'était un véritable lait de poule. Le jaune d'œuf, outre des principes excitants, tels que le phosphore, etc., renferme en grande quantité une substance grasse qui contient des principes hydrogénés en abondance; ces principes hydrogénés, brûlés dans le poumon, empêchent l'hématose de réagir sur ceux de l'organisme en lui fournissant les combustibles dont elle a besoin.

Une autre médication assez curieuse est celle que Raulin employait dans le seizième siècle et qui consistait à faire boire aux malades du vin pur en abondance. Au premier aperçu, c'est assurément avancer un fait peu croyable de dire que des phthisies ont été améliorées par cet usage des alcooliques en grande quantité; mais la pratique vous montrera qu'il y a peu de médications plus certaines dans leurs effets, et les phthisiques ivrognes ne se trouvent jamais mal de leur défaut, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas de phlogose concomitante. Il est des phthisiques qui ont duré jusque pendant trente ans au moyen de ce traitement, même en présentant de la fièvre hectique à un assez haut degré. Pour nous, nous ne préconisons pas l'usage des substances alcooliques comme moyen de traitement dans la phthisie, car les substances alcooliques sont propres à favoriser le développement de phlogoses accessoires; mais, chez les phthisiques qui ne présentent pas de ces phlogoses, c'est un moyen de fournir à l'économie des principes hydrogénés qui empêchent l'hématose de brûler l'organisme. On ne fait pas autre chose, dans certaines mesures, en administrant aux enfants strumeux de la teinture de gentiane ou de l'élixir de Peyrilhe, qui n'est autre que la teinture de gentiane additionnée de carbonate de potasse.

On a préconisé avec raison l'huile de foie de morue, qui est souvent, par cupidité, mêlée avec de l'huile de poisson. Cette substance, outre de la matière grasse en grande quantité, contient de l'acide cétique et du phosphure d'iode; sous l'influence de ce médicament, qu'il faut avoir soin de porter à une dose élevée, il est incontestable que les expectorations diminuent et se terminent quelquefois. Les excavations se dessèchent, les fonctions de la peau se rétablissent, l'embonpoint revient : tous ces phénomènes prouvent l'efficacité du traitement; mais cette efficacité va-t-elle jusqu'à opérer la guérison? C'est ce qu'il est bien difficile de constater, et on ne peut rien avancer à ce sujet.

Dans la phthisie tuberculeuse, la guérison trouve des obstacles dans l'essence même de la maladie, et, quand on arrêterait le principe de la phthisie dans son développement, l'état du poumon peut être trop avancé dans la désorganisation pour que le malade puisse guérir. En tout cas, la guérison ne peut être que très lente, et qu'il survienne des obstacles, de l'âge du malade, de sa constitution, des maladies accessoires qui peuvent survenir, de sa diététique plus ou moins convenable, ce sont autant de chances qui se présentent d'une terminaison funeste. Il est donc bien difficile d'apprécier l'efficacité réelle de ce médicament, et il faut s'en tenir aux effets généraux qu'il produit, car on obtient souvent un bon résultat de ces substances huileuses, qui fournissent à l'économie des principes de combustion.

Dans notre pratique civile, nous avons l'habitude de faire un traitement qu'il nous est impossible de réaliser à l'hôpital faute de bras, c'est d'appliquer ces substances grasses à l'extérieur en frictions, non sous la forme d'huile de foie de morue, car les malades auraient l'air de vrais Lapons fumés, mais sous forme d'axonge. On fait deux ou trois frictions par jour avec trois ou quatre cents grammes d'axonge, et des malades ont été soutenus dans un état de santé assez satisfaisant pendant plusieurs années par ce traitement, qui doit être employé surtout lorsqu'on ne peut administrer l'huile de foie de morue à l'intérieur par la répugnance qu'elle inspire. En ajoutant un régime analeptique, des boissons alcalines, qui ont la propriété d'activer la digestion, du bouillon d'huîtres, qui contient des principes excitants et nutritifs, un peu de boissons alcooliques, on arrive à prolonger des phthisiques pendant longtemps et même à en guérir quelques-uns.

Maintenant, il peut se présenter des accidents intercurrents qui forcent de ralentir ou de modifier ce traitement, quitte à le reprendre après leur disparition.

Il faut autant que possible avec les malades prendre des précautions hygiéniques. Les phthisiques se trouvent mal du froid de l'hiver, qui tend à favoriser les sécrétions et les phlogoses du poumon; aussi faut-il pendant l'hiver les transporter dans les pays chauds ou bien les cloîtrer chez eux et faire entretenir dans leur appartement une température constamment la même, car le poumon est très sensible aux variations de température et contracte facilement sous leur influence des affections inflammatoires; mais cette existence dans une maison chauffée est une mauvaise condition pour la nutrition; aussi les climats chauds, où les malades peuvent vivre à l'air libre, sont-ils de beaucoup préférables. Les phthisiques qui ont un état de phlogose habituel du poumon, une pneumonie chronique ou une grande irritabilité de la muqueuse bronchique se trouvent mal d'un climat trop chaud, et il faut choisir un médium de température.

Souvent pendant le cours de la phthisie il survient de l'agitation, de l'insomnie, de la douleur dans les membres à la suite de l'émaciation. Cette agitation qui produit l'insomnie et ces accidents de douleur sont assez bien combattus par les pilules de cynoglose et les préparations de jusquiame et d'opium. Quand il survient des diarrhées qui ne sont pas liées à des douleurs dans le ventre et à un état inflammatoire manifeste du tube digestif, on emploie utilement pour les réprimer les médicaments narcotiques astringents et amers, la thériaque et le diascordium, par exemple.

Les sueurs colliquatives sont avantageusement combattues par les amers; mais quand il n'y a encore que peu de temps qu'elles se sont établies, car si elles sont anciennes on risque en les supprimant de voir s'établir des diarrhées qui céderont à leur tour lors de la réapparition des sueurs, ces deux accidents se succèdent subsidiairement, et semblent se remplacer l'un l'autre. L'acétate de plomb a été préconisé contre ces sueurs abondantes, et on l'a administré à petites doses, de un à trois grains. Cette substance exerce une action sédative qui peut diminuer la fièvre hectique et donne le même résultat que le sulfate d'alumine, dont l'effet est encore meilleur quand on le mélange au sang-dragon ou au bol d'Arménie. L'acétate de plomb n'est pas vénéneux pris à l'intérieur même à d'assez hautes doses, et n'occasionne jamais de coliques de plomb, car il trouve en arrivant dans l'estomac des produits sulfurés qui le décomposent et forment du sulfure insoluble; aussi les selles sont-elles noires à la suite de l'administration de ce médicament. Nous le donnons à la dose de 1 et même de 2 grammes, et nous n'avons jamais obtenu d'action marquée dans les sueurs colliquatives. Si elles cessent pendant deux ou trois jours, c'est comme sous l'action de bien d'autres médications; mais elles reparaissent bientôt pour résister à tous les traitements.

Je n'ai pas besoin de passer en revue toutes les médications par lesquelles on peut modérer l'agitation, les diarrhées et les sueurs colliquatives que le sujet frappé de phthisie peut éprouver dans le cours de sa maladie ; c'est un traitement accessoire utile, mais dont il ne faut pas s'exagérer les avantages; car il ne produit guère qu'un soulagement, et encore un soulagement temporaire.

On voit par cet exposé qu'il faut traiter méthodiquement les phthisiques, qu'avec du temps et de la sagacité on peut parvenir à en guérir quelques-uns, ou tout au moins à en retarder un grand nombre, et c'est cette affection qui peut au plus haut degré fournir l'exemple de l'efficacité d'une médication bien faite.

Hôpital du Midi. — M. Ricord.

Chancre phagédénique de la verge. — Amputation de la verge avec le fer rouge, par le procédé de M. Bonnet, de Lyon.

(*Voir* le numéro du 28 février.)

A propos de l'analyse microscopique, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que la dégénérescence cancroïde du chancre phagédénique rend très bien compte ici de la résistance opiniâtre du mal à toute médication. Il n'en faudrait point conclure cependant que l'inoculabilité est un caractère de cette dégénérescence cancroïde; car chez un malade du même service affecté d'un cancer épithélial bien caractérisé, et offrant la même composition, l'inoculation, faite à plusieurs reprises, est restée constamment négative. Il faut donc bien reconnaître que, dans le cas du malade amputé, il y avait simultanéité, combinaison, pour ainsi dire, de deux éléments pathologiques distincts, à savoir : dégénérescence cancroïde d'une part; et d'autre part, élément syphilitique persistant, démontré d'une manière non équivoque par l'inoculation.

Erratum. — A la fin du dernier paragraphe de ce même article, *au lieu de*: beaucoup de cellules d'épithélium et du tissu fibro-plastique à la base de l'ulcération, *lisez* : et pas de tissu fibro-plastique à la base de l'ulcération.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mars 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Appareil destiné à obvier à l'issue des urines à la suite de l'opération de la taille par le haut appareil.

M. Heurteloup fait part à l'Académie d'un moyen qu'il a imaginé pour obvier aux accidents qui résultent souvent de l'opération de la taille par le haut appareil, tel que l'issue des urines par la plaie faite à la vessie et son épanchement dans les tissus. Ce moyen consiste à introduire par l'ouverture faite à l'organe un tube en caoutchouc, à l'extrémité duquel on peut développer, par l'insuflation, un petit ballon, lequel, tiré de dedans en dehors avec modération, doit fermer l'ouverture.

Nouvelle méthode de traitement des inflammations cutanées.

M. Robert-Latour adresse une note sur une nouvelle méthode de traitement des inflammations qui se développent à la surface du corps. L'auteur, considérant l'inflammation comme le résultat d'une augmentation de calorique animal, a pensé que, pour dompter un travail inflammatoire, il devait suffire de posséder un moyen d'arrêter la production du calorique animal dans la région qui en serait le siége. Ce moyen, M. Robert-Latour l'a emprunté aux expériences de M. le docteur Fourcault, qui a signalé l'action immédiate de l'air sur la peau comme la condition absolue de la calorification. Depuis plusieurs années qu'il a attaqué toutes les inflammations extérieures par un enduit imperméable destiné à soustraire la partie malade au contact de l'air, il assure n'avoir jamais manqué d'arrêter promptement le développement soit du phlegmon, soit du furoncle, soit de l'érysipèle, soit de l'inflammation qui complique fréquemment l'eczéma, les pustules de la variole, l'herpès zostère, ou enfin de l'engorgement inflammatoire des ganglions sous-cutanés.

Pour obtenir ces heureux résultats, M. Robert-Latour s'est longtemps servi d'une solution concentrée de gomme, solution qu'il étendait sur toute la partie malade, qu'il recouvrait ensuite de poudre d'amidon en suffisante quantité pour former une couche plastique absolument imperméable à l'air. Aujourd'hui il se sert pour cet usage du collodium.

Délire et hypochondrie.

M. Liégey, médecin à Rambervillers (Vosges), adresse un mémoire intitulé : *Du délire et de l'hypochondrie fébriles*, affections que l'auteur considère comme se rattachant à la classe des fièvres pernicieuses.

Guérison de la fistule lacrymale par la cautérisation.

M. Magne communique une observation de guérison radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal au moyen de la cautérisation par le beurre d'antimoine.

Morve chez l'homme.

M. Légal, de Dieppe, envoie un observation détaillée de morve aiguë chez l'homme, communiquée par un cheval morveux.

Séance annuelle du 4 mars 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Le défaut d'espace nous ayant empêché de donner *in extenso* les rapports qui ont été lus dans cette importante séance, nous rétablissons aujourd'hui cette lacune.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES, PROPOSÉ EN 1847 POUR 1849 (1).

(Commissaires : MM. Serres, Milne-Edwards, Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire, Ad. Brongniard, et Flourens, rapporteur.)

L'Académie a proposé, pour le grand prix des sciences naturelles de l'année 1849, la question suivante :

« Etablir, par l'étude suivie du développement de l'embryon dans » trois espèces, prises chacune dans un des trois premiers embran- » chements du règne animal, les vertébrés, les mollusques et les » articulés, des bases sûres pour l'embryologie comparée. »

L'Académie ne désigne au choix des concurrents aucune espèce donnée; elle n'exclut pas même celles sur lesquelles il a pu déjà être fait des travaux utiles, à condition pourtant que les auteurs auront vu et vérifié par eux-mêmes tout ce qu'ils diront.

Le grand objet qu'elle propose aux efforts des zoologistes et des anatomistes est la détermination positive de ce qu'il peut y avoir de semblable ou de dissemblable dans le développement comparé des *vertébrés*, des *mollusques* et des *articulés*.

L'Académie appelle des travaux sérieux, exacts, sur lesquels la science puisse compter. Elle laisse le champ libre aux doctrines ; mais elle demande des résultats certains, et la discussion approfondie de ces résultats.

Les concurrents regarderont sans doute comme un point essentiel d'accompagner leurs descriptions de dessins qui permettent de suivre avec précision les principales circonstances des faits.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le roi ayant

(1) Concours qui ne doit être jugé qu'en 1850.

autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818.

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être renvoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril de chaque année.

PRIX CUVIER.

La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de *Prix Cuvier*, et qui serait décerné tous les trois ans à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie, et le gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839.

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1851, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis la mort de ce grand naturaliste, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

La valeur de ce prix sera de 1,500 fr.

Le concours sera clos le 1er janvier 1850.

A partir de l'année 1851, le *prix Cuvier* sera décerné tous les trois ans.

Prix décernés pour les années 1846, 1847, 1848.

Rapport sur le grand prix des sciences naturelles pour l'année 1847.

(Commissaires: MM. Decaisne, Ad. Brongniart, Gaudichaud, Richard, de Jussieu, rapporteur.)

L'Académie avait adopté pour sujet du grand prix des sciences naturelles :

« L'étude des mouvements des corps reproducteurs ou spores » des algues zoo-sporées et des corps renfermés dans les anthéri- » dies des cryptogames, telles que charas, mousses, hépatiques et » fucacées. »

L'Académie accorde le grand prix à M. Gustave Thuret, et applique une somme de 2,000 fr. pris sur les fonds restés libres du prix Montyon, pour un deuxième prix, qu'elle décerne à MM. Derbès et Solier (de Marseille.)

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Rapport sur le prix de l'année 1846.

(Commissaires : MM. Flourens, Rayer, Magendie, Serres, Milne-Edwards, rapporteur.)

Le nombre des mémoires présentés au concours pour le prix de physiologie expérimentale, pendant l'année 1846, a été peu considérable, et la commission n'a cru devoir accorder une mention qu'à deux de ces pièces.

La première est un travail de M. Sappey sur l'appareil respiratoire des oiseaux. Ce sujet avait été traité par Harvey, Perrault et Hunter; mais les observations de ces grands anatomistes avaient été trop négligées par les auteurs plus modernes, et il existait beaucoup d'obscurité dans l'histoire des réservoirs aériens des oiseaux, lorsque MM. Owen, Natalis Guillot et Sappey en ont fait l'objet d'études nouvelles, et sont venus rectifier plusieurs idées inexactes, introduites dans la science depuis le commencement de ce siècle. La commission n'avait à s'occuper que des recherches de M. Sappey. Ce jeune anatomiste a décrit avec beaucoup de méthode le système compliqué de cellules et de poches qui se trouvent en communication avec les poumons des oiseaux, ainsi que le mode de distribution des rameaux bronchiques, et la disposition des faisceaux charnus, qui, dans cette classe d'animaux, représentent les derniers vestiges du diaphragme des mammifères. Mais la partie la plus neuve de son travail est relative au mode de renouvellement de l'air dans les différents réservoirs destinés à contenir ce fluide. M. Sappey a fait connaître quelques autres détails intéressants, et ses recherches forment un utile complément aux travaux de ses devanciers.

Le second mémoire sur lequel nous devons appeler l'attention de l'Académie a déjà été l'objet d'un rapport favorable présenté par nos savants collègues, MM. Duméril, Flourens et Valenciennes, dans la séance du 17 août 1846; c'est le travail de M. Coste relatif à l'instinct que les épinoches déploient dans la construction de leur nid. Ce fait intéressant avait déjà été observé par M. Lecoq. M. Coste en a étudié avec beaucoup de soin tous les détails, et il a enrichi de la sorte l'ichthyologie de plusieurs faits curieux. L'histoire des mœurs des animaux est une branche de la zoologie que les naturalistes ne doivent pas négliger, et nous espérons que l'approbation donnée au travail de M. Coste pourra contribuer à diriger l'attention des observateurs sur les questions de ce genre.

En résumé, la commission, tout en s'abstenant de décerner le prix de physiologie expérimentale, accorde une mention honorable ;

1° A M. Sappey, pour ses recherches sur l'appareil respiratoire des oiseaux ;

2° A M. Coste, pour ses observations sur la nidification des épinoches.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Rapport sur les prix des années 1847 et 1848.

(Commissaires : M. Flourens, Rayer, Milne-Edwards, Serres, et Magendie, rapporteur.)

Le prix de physiologie expérimentale a été décerné, pour l'année 1848, à un de ces travaux comme il ne s'en fait et comme il ne peut s'en faire que très rarement. C'est que la physiologie expérimentale ne saurait toujours marcher isolée ; elle a souvent besoin du concours des autres sciences, et particulièrement de celui des sciences physiques.

Le mémoire couronné contient la découverte aussi importante qu'inattendue de la fonction du pancréas dans l'acte si compliqué et encore si peu connu de la digestion.

Jusqu'ici on n'avait, il faut l'avouer, que des données vagues ou erronées sur les usages du pancréas. Une analogie de structure anatomique, plus apparente que réelle, avait fait considérer cet organe comme la *glande salivaire, abdominale*, bien que l'un de vos commissaires ait naguère constaté que le fluide pancréatique a des propriétés physiques et chimiques très différentes de celles de la salive.

Le mémoire couronné met hors de doute que le liquide sécrété par le pancréas possède la fonction spéciale, très distincte de l'usage de la salive, de *dissoudre* la graisse des aliments, et en général toutes les substances *grasses neutres*, ou plus exactement végétales et animales. Le liquide pancréatique est doué de cette propriété, à ce point que si, par une cause quelconque, sa sécrétion est suspendue, les matières grasses introduites dans l'estomac avec les aliments traversent le canal intestinal sans y éprouver le moindre altération.

L'auteur du mémoire ne s'est pas borné à établir ce fait capital, qui jette une si vive clarté sur la théorie de la digestion ; il en donne l'explication, et cette explication renferme elle-même un fait d'un haut intérêt physiologique. On sait que les chimistes, depuis quelques années, ont dirigé leurs études sur diverses substances qui, mises en contact avec certains corps, déterminent des réactions singulières : telle est lo *diastase*; telles sont la plupart des matières animales ; tel est le ferment du suc gastrique, etc., etc. Bien que ce genre de phénomènes *catalytiques*, selon l'expression de Berzélius, n'ait pas encore son explication, cependant les résultats de cette réaction n'en sont pas moins certains et constants.

Le mémoire démontre de la manière la plus satisfaisante que la dissolution des matières grasses par le suc pancréatique se fait à l'aide de ce mystérieux mécanisme, et que son agent unique est un ferment propre à la sécrétion du pancréas. Cette matière nouvelle, qui a pour caractère spécial d'émulsionner très rapidement toute espèce de corps gras, peut être facilement obtenue pure, et conservée quelque temps sans qu'elle perde rien de sa propriété émulsive.

L'auteur de ce travail remarquable, dont votre rapporteur n'a pu vous donner qu'une esquisse très incomplète, est M. le docteur Bernard, déjà lauréat de l'Académie pour d'autres recherches très intéressantes de physiologie expérimentale.

Pour l'année 1847, la commission n'a pas cru devoir décerner le prix ; mais elle a accordé une mention honorable aux recherches expérimentales de M. Brown-Séquard sur les fonctions du système nerveux, et particulièrement sur le mouvement de l'iris dans les animaux vertébrés, ainsi que pour les observations curieuses qu'il a faites sur les usages de la moelle allongée et de la moelle épinière.

PRIX RELATIFS AUX ARTS INSALUBRES.

Rapport sur le concours des années 1847 et 1848.

(Commissaires: MM. Dumas, Rayer, Chevreul, Payen, et Combes, rapporteur.)

La commission propose à l'Académie d'accorder à M. Leclaire, entrepreneur de peinture en bâtiments, un prix de 2,500 fr. :

1° Pour avoir rendu possible, depuis l'année 1844, l'emploi économique du blanc de zinc dans la peinture en bâtiments, à l'exclusion de la céruse et de tout siccatif à base de plomb, d'abord en préparant en grand le blanc de zinc pour son usage particulier et pour le commerce, ensuite en préparant un siccatif économique, l'huile manganésée, qui permet d'employer la peinture au blanc de zinc, comme on emploie la peinture à la céruse avec un siccatif d'huile lithargirée ;

2° Pour avoir démontré par des travaux en grand, exécutés pour le compte du gouvernement et de particuliers, le bon usage de la peinture au blanc de zinc (1).

Il est évident pour la commission que la préparation et l'emploi des produits à base d'oxyde de zinc n'ont pas sur la santé des ouvriers l'influence fâcheuse des produits correspondants à base d'oxyde de plomb.

La commission propose de décerner un prix de 2,500 fr. sur la fondation Montyon à M. Rocher pour avoir introduit dans la marine de France des appareils perfectionnés réalisant tous les avantages d'une distillation et fournissant ainsi aux marins et passagers une quantité d'eau douce et salubre suffisante à tous les besoins.

La commission croit devoir mentionner les travaux de MM. Eugène Pihet, ingénieur-mécanicien à Paris, et Jules Peugeot, de la maison Peugeot Japy et compagnie, d'Hérimoncourt (Doubs) : le premier pour avoir introduit dans des ateliers d'aiguiserie, où sont employés des ouvriers en grand nombre, des appareils ventilateurs destinés à entraîner les poussières malfaisantes produites par l'aiguisage à sec des pièces de fer, d'acier ou d'autres métaux sur des meules de grès, et à rendre par suite la profession d'aiguiseur moins insalubre.

PRIX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Rapport sur les prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1846.

(Commissaires : MM. Serres, Duméril, Magendie, Roux, Rayer, Andral, Velpeau, Flourens et Lallemand, rapporteur.)

La commission des prix de médecine et de chirurgie avait, pour l'année 1846, à examiner vingt-six ouvrages ou manuscrits sur les diverses branches de l'art de guérir. Parmi ces travaux, elle en a distingué huit qui lui ont paru mériter les encouragements de l'Académie à des degrés et pour des motifs différents. En première ligne :

1° Elle a placé l'ouvrage du docteur Lebert, intitulé : *Recherches cliniques expérimentales et microscopiques sur l'inflammation, la tuberculisation, les tumeurs*, etc. (2 vol. in-8° avec un atlas). L'auteur a surtout le mérite de s'être livré, l'un des premiers en France, à des recherches microscopiques de quelque étendue sur les diverses productions morbides.

Si le génie de Bichat a créé l'anatomie générale; si Dupuytren, Laënnec, Broussais et leurs élèves ont fondé l'Ecole française de l'anatomie pathologique observée à l'œil nu, nous avons été devancés par nos voisins dans l'application du microscope à l'étude intime des tissus de l'homme à l'état normal et surtout à l'état pathologique. En effet, dès 1846 Treviranus présentait déjà sous une face nouvelle l'anatomie générale en réduisant par le microscope les tissus qu'on regardait comme simples à leurs véritables éléments. Vinrent ensuite les recherches entreprises par Kraus, par Lauth et autres sur le tissu cellulaire ; en 1830, le traité de Müller sur la structure des glandes; en 1834, les observations de Berrès sur les vaisseaux capillaires; enfin, en 1839, parut le travail de Shwam sur la cellule à noyau donnée par lui comme la base de toute formation végétale et animale ; c'était la généralisation hardie des observations et des idées successivement introduites dans la science par Prévot et Dumas, Milne-Edwards, Dutrochet, Raspail, Brown, Schleiden, Purkinje, Valentin, Wagner, etc.

Quant à l'anatomie pathologique, dès 1838 Müller avait déjà fait paraître sur les *tumeurs* un ouvrage dans lequel il cherche à distinguer ces produits, à les classer au moyen de caractères puisés surtout dans leur étude microscopique. C'est là, par exemple, que se trouve décrite pour la première fois la *cellule cancéreuse*. Postérieurement, Gluge publiait à Minden ses *Recherches sur l'inflammation* et faisoit connaître sous le nom de *globules granuleux* une forme toute spéciale de corpuscules qui se produisent dans cet état morbide, disposition dont le microscope seul peut fournir les caractères distinctifs. En 1843, Vogel faisait paraître ses *Icones anatomiæ pathologicæ*, où se trouvent représentées beaucoup d'altérations de nos tissus étudiées principalement à l'aide du microscope. Gruby s'est aussi livré à des recherches importantes sur plusieurs points d'anatomie pathologique examinés au microscope, particulièrement sur le développement des parasites.

M. Lebert, en reprenant ses travaux, a fait de chacun d'eux une révision minutieuse; il les a contrôlés par ses propres observations ; il les a développés ou corrigés, et les figures qu'il donne des mêmes objets sont en général meilleures ou plus fidèles que celles de ses prédécesseurs.

En étudiant la matière tuberculeuse avec un grossissement de cinq cents fois et au delà, il y a découvert des *corpuscules* particuliers, qui se distinguent de tous les autres en ce qu'ils sont parsemés de *granules* et sans noyaux. En assignant à ces *corpuscules* des caractères propres, il a séparé les tubercules de tous les autres produits pathologiques. Les descriptions et les figures de M. Lebert ont été trouvées si fidèles par les auteurs qui sont venus après lui qu'elles ont été généralement adoptées, même par ceux qui, dans des publications précédentes, avaient décrit et figuré le tubercule autrement. Enfin, plusieurs membres de votre commission ont eu l'occasion de reconnaître dans la matière tuberculeuse, et seulement dans cette matière, les corpuscules décrits et représentés par M. Lebert.

Quant à la cellule cancéreuse iodiquée par Müller, décrite plus complétement et bien représentée par Vogel dans son type fondamental et dans ses variétés, la cellule cancéreuse a été reproduite par M. Lebert dans des planches d'une remarquable exactitude et d'une grande netteté. A cette occasion, l'auteur s'est engagé dans une série de recherches qu'il a poursuivies avec persévérance et qui l'ont conduit à penser que beaucoup de tumeurs qui ont leur siége à la peau ou sur des membranes muqueuses ne sont que des *pseudo-cancers*, quoique leur aspect extérieur les fasse ordinairement envisager comme de véritables affections cancéreuses.

M. Lebert se fonde sur ce que le microscope n'y découvre pas la cellule qui caractérise ce produit morbide, mais d'autres éléments, tels que les cellules épidermiques ou bien épithéliales, du tissu dermique hypertrophié, des follicules altérés, des papilles modifiées dans leur forme et dans leur texture. Suivant l'auteur, ces pseudo-cancers, après avoir été enlevés, peuvent bien récidiver dans les tissus qui leur avaient donné naissance, mais ils ne sont jamais suivis d'une infection générale, d'une cachexie cancéreuse.

Tout en reconnaissant que le plus grand nombre des tumeurs considérées comme cancéreuses offrent au microscope une cellule particulière, la commission pense que l'absence de cette cellule dans certaines tumeurs d'apparence cancéreuse et sujettes à récidive, n'autorise pas à les séparer du cancer; cependant, elle croit devoir ajouter que M. Lebert a rendu service à la pathologie en démontrant, à l'aide du microscope, une différence de structure intime dans ces tumeurs dites cancéreuses.

On trouve encore, dans l'ouvrage de M. Lebert, des détails intéressants et peu connus sur les tumeurs mélaniques et les tissus érectiles. Il a fait connaître aussi, sous le nom de tissu *fibro-plastique*, un tissu anormal qui constitue essentiellement certaines tumeurs formées de tissu fibreux et de tissu cellulaire, en voie d'organisation, à l'état *embryonal*. Enfin, M. Lebert a suivi très minutieusement les changements qui s'opèrent dans les vaisseaux des parties enflammées. A l'aide du micromètre, il a déterminé rigoureusement l'augmentation que ces vaisseaux subissent dans leur diamètre, et cela dans les différents tissus de l'économie. Il a souvent étudié, avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui, les divers produits de l'inflammation, spécialement le pus et les dépôts fibrineux.

Pour tous ces motifs, votre commission vous propose de décerner une récompense à M. Lebert.

2° Il est des maladies rares dans certains pays, très communes et même endémiques dans d'autres, dont l'observation n'offre pas moins de difficultés au pathologiste que d'intérêt à l'administration publique. Parmi ces maladies, il en est une, la *pellagre*, dont une nouvelle étude offrait, en France, dans ces derniers temps, un intérêt tout particulier. On avait signalé l'existence de cette maladie dans plusieurs de nos départements du Midi; plus tard, quelques cas, considérés comme des exemples de pellagre sporadique, avaient été observés d'abord à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Gibert), puis à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer). Il importait d'apprécier ces faits au point de vue de la science et de l'hygiène publique.

M. Théophile Roussel, après avoir observé à l'hôpital Saint-Louis plusieurs cas considérés comme des exemples de pellagre, s'est rendu en Italie pour y étudier sous toutes les formes cette grave et singulière maladie, dans les contrées où elle règne d'une manière endémique. Fort de ses nouvelles recherches, d'autant plus importantes pour lui qu'elles constituaient une sorte de criterium pour juger les cas de pellagre observés en France, M. Théophile Roussel s'est rendu dans nos provinces méridionales et a constaté que les cas, heureusement assez rares, que l'on avait signalés sous le nom de *pellagre*, appartenaient bien réellement à cette maladie. Dans un premier travail, s'appuyant sur des documents que personne en France n'avait connus ou utilisés, il s'était attaché à démontrer que le *mal de la rosa* des Espagnols et la pellagre des Italiens étaient une seule et même maladie. Pour acquérir une preuve plus complète de l'identité de ces deux affections, il s'est rendu en Espagne, afin d'observer le mal de la rosa sur les lieux mêmes où Cazal l'avait rencontré et décrit le premier. Les résultats de ce nouveau voyage scientifique ont pleinement confirmé, pour M. Roussel, l'identité du mal de la rosa et de la pellagre proprement dite, et les observations consignées dans son mémoire ne paraissent laisser aucun doute à cet égard.

La commission, reconnaissant l'importance des recherches auxquelles M. T. Roussel s'est livré, rendant justice à la persévérance dont il a fait preuve dans ses études et dans ses voyages, entrepris pour la solution d'une question difficile, a l'honneur de proposer à l'Académie d'accorder une récompense à ce jeune médecin distingué.

3° L'ouvrage du docteur Pravaz (*Traité théorique et pratique des luxations congéniales du fémur*) est le fruit de recherches longues, pénibles et dispendieuses, qui témoignent d'autant de persévérance que de sagacité. L'auteur ajoute des faits nouveaux et bien observés à ceux qu'avaient publiés Verduc, Kerkring, Chaussier, Paletta, etc. Il complète le remarquable mémoire de Dupuytren sur ce sujet, ainsi que les travaux ultérieurs de Breschet, de Sandifort le fils, de Wrolik, etc. ; il résume les discussions anatomiques, physiologiques et pratiques soulevées par MM. Guérin, Bouvier, Sédillot et Parise; il apprécie les tentatives de traitement faites par MM. Duval et Lafond, surtout par M. Humbert. Enfin, à ces données de ses prédécesseurs, il a joint l'application de moyens mécaniques fort ingénieux et très variés pour opérer lentement la réduction des luxations congéniales et pour obtenir la consolidation de la guérison.

Sous ces divers rapports, rien d'aussi complet n'avait encore été publié sur les luxations congéniales du fémur, et la science est bien certainement redevable à l'auteur d'un véritable progrès. S'il avait pu donner à ses observations de guérison le même degré de précision et de rigueur qu'à tout le reste, son œuvre ne laisseroit que bien peu de chose à désirer. Mais comment avoir la certitude que la tête du fémur a bien réellement repris sa position dans la cavité cotyloïde et s'y est *recreusé* sa place ? L'expérience du passé semble indiquer que la *dissection* des parties peut seule mettre à l'abri

(1) Rapport fait à M. le ministre des travaux publics, le 20 décembre 1848, par une commission composée de MM. Caristie, Gourlier, Leplay, Ebelmen et Rivot.

de toute illusion à cet égard. Sans doute, il n'a pas dépendu de l'auteur d'acquérir cette preuve *complète*, et probablement elle se fera longtemps attendre ; car ces traitements sont peu communs, et les occasions d'en observer les résultats après la mort sont encore plus rares ; mais cette lacune laisse encore quelques doutes dans les convictions de votre commission sur la réalité des réductions annoncées.

Cependant, comme il résulte incontestablement des observations du docteur Pravaz, que de graves difformités, produites par des luxations congéniales, ont été considérablement diminuées et d'une manière permanente par les procédés employés par l'auteur, votre commission pense que de pareils succès sont très importants pour l'humanité, et vous propose de décerner une récompense à M. Pravaz.

4° Le travail de M. Roger, intitulé : *De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique*, repose sur près de mille expériences thermométriques faites avec soin et dans les conditions les plus variées.

En voici les principaux résultats :

Au moment de la naissance, la température de l'enfant est de 40°, c'est-à-dire égale à celle du milieu dans lequel il vivait ; mais elle descend bientôt à 35°, en moyenne. Dans les années suivantes, elle varie entre 36° et 38°.

L'auteur a constaté ce fait important, que la fièvre typhoïde est la maladie dans laquelle la température des enfants est plus élevée et d'une manière plus continue, de 42°,5 à 41°, lors même que la circulation est le moins accélérée ; tandis que dans la pneumonie elle n'est, en moyenne, que de 39°,9, et qu'elle varie dans les fièvres éruptives, suivant les périodes de la maladie, et d'une manière uniforme. Dans les méningites, au contraire, M. Roger a trouvé les plus grandes différences de température, suivant les individus plutôt que suivant la gravité de la maladie ; et ces différences ne s'expliquent pas d'une manière satisfaisante par l'âge des enfants, ni par l'intensité de la phlegmasie, ni par sa nature *simple* ou *granuleuse*, ni par ses diverses périodes. — Bien plus, la température est ordinairement moins élevée dans la période moyenne qu'au début et vers la fin, tandis qu'on observe le contraire dans toutes les autres inflammations.

Dans les maladies apyrétiques, telles que l'anémie, les différentes hydropisies, le rachitisme, etc., la diminution des forces n'entraîne pas, chez les enfants, une diminution de température au-dessous de la moyenne physiologique de cet âge. D'un autre côté, elle n'augmente pas dans les convulsions, dans la chorée, malgré l'accroissement de l'action musculaire.

Il n'y a qu'une maladie de l'enfance dans laquelle l'auteur de ces recherches ait constaté une diminution de température plus considérable que dans aucune affection : c'est l'endurcissement du tissu cellulaire. Chez dix-neuf enfants, le thermomètre marquait sous l'aisselle 33° ; chez sept autres, il descendit plus bas que 26 ; chez deux autres enfin, il descendit à 23°, et même à 22°, c'est-à-dire à 15° au-dessous de la température ordinaire. Ce refroidissement progressif se manifeste dès que l'endurcissement commence ; quelquefois même il le précède, et toujours il est proportionné au degré de la maladie. Ce refroidissement avait bien été signalé avant M. Roger ; mais il est le premier qui l'ait constaté d'une manière aussi précise et dans ses divers degrés.

Toutes ces recherches étant faites dans un excellent esprit, et avec la rigueur qu'il est désirable d'introduire, autant que possible, dans les études physiologiques et pathologiques, votre commission vous propose d'accorder une récompense à M. Roger.

(*La fin au prochain numéro*).

Revue thérapeutique.

Des modes d'administration de l'huile de foie de morue.

L'usage de l'huile de foie de morue devient aujourd'hui tellement général qu'il est utile, ainsi que le fait remarquer le *Bulletin de thérapeutique*, de vulgariser les formules à l'aide desquelles on en rend l'administration la moins désagréable. Il faut savoir en effet que les qualités les plus pures de cette huile conservent toujours une saveur assez désagréable.

Voici les formules que donne le *Bulletin :*

Première formule :

Pr. Huile de foie de morue. . . . . 30 grammes.
Solution de carbonate de potasse . . 8
Sirop d'orange. 30
Essence d'œillet. . . . . . . 4 gouttes.

Une petite cuillerée deux fois par jour.

Deuxième formule :

Pr. Huile de foie de morue . . . . 30 grammes.
Sirop d'orange. 30
Eau distillée d'anis 30
Essence d'œillet . . . . . . 3 gouttes.

Une grande cuillerée trois fois par jour.

Troisième formule :

Pr. Huile de foie de morue . . . . 250 grammes.
Gomme en poudre. 30

Faites une émulsion, et ajoutez :

Sirop d'orange. . . . . . . 30 grammes.
Sirop de menthe poivrée. . . . 60

Une grande cuillerée deux fois par jour.

On pourrait encore donner l'huile de foie de morue en opiat, d'après la formule suivante :

Pr. Huile de foie de morue . . . . 4 grammes.
Magnésie, Q. S. pour saturation.

Mais comme il faut environ deux fois autant de magnésie en poids que d'huile pour arriver à saturation, il suit de là que ce mode d'administration a le grand inconvénient d'obliger le malade à ingérer une trop forte proportion de médicament.

On peut encore dissimuler cette saveur désagréable en faisant prendre l'huile de foie de morue avec du lait chaud ou dans une tasse de café noir très-chaud ; mais nous devons avouer que le meilleur mode d'administration du médicament est de le donner sans aucun mélange. On parvient souvent à la faire supporter en engageant le malade à se gargariser la bouche, avant et après l'ingestion de l'huile, avec une cuillerée d'eau-de-vie. Les papilles de la bouche, ainsi émoussés, permettent alors des doses assez élevées pour qu'on en obtienne tous les bons effets. Enfin lorsque les malades sont fortement tourmentés par des nausées, des renvois ou des envies de vomir, lorsque l'ingestion de l'huile est suivie, ainsi que nous en avons vu quelques exemples, d'un dégoût tel qu'il a pour conséquence l'abstention de tous les aliments, on peut encore administrer l'huile de foie de morue le soir en se couchant et au moment de s'endormir ; le sommeil arrive, et la digestion de l'huile s'opère pendant la nuit, facilitée qu'elle est par le décubitus horizontal et l'immobilité. Pour notre part, nous avons réussi ainsi à faire supporter l'huile de foie de morue à des personnes qui jusque-là n'avaient pu s'y habituer.

NOUVELLES.

Par décrets du 10 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur, en considération des services qu'ils ont rendus pendant le choléra, et du courageux dévouement dont ils ont fait preuve :

M. le docteur Canquil, ancien chirurgien militaire, membre du conseil municipal d'Oran, chargé du service de l'hôpital spécial des cholériques ;

M. le docteur Trolliet, chirurgien en second à l'hôpital civil d'Alger, médecin de l'hôpital spécial des cholériques établi au lazaret de ladite ville ;

M. le docteur de Manas, médecin des établissements civils de Philippeville ;

M. de Nobelly, négociant, président de la chambre de commerce de Philippeville ;

M. Stura, membre du conseil municipal et de la commission des hospices de la ville d'Oran, qui a organisé et dirigé gratuitement les ambulances et l'hôpital des cholériques.

— M. le docteur Bonet, inspecteur des eaux de Baréges, médecin en chef de la Conciergerie, vient aussi d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé.* — M. Pingrenon, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital de Toulon, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Villaret, chirurgien-major de 1re classe, détaché à l'hôpital de Valenciennes, est désigné pour l'hôpital de Toulon.

M. Péret, chirurgien aide major commissionné au 60e de ligne, est promu aide-major de 3e classe au même régiment.

M. Michel, chirurgien aide-major au 15e de ligne, est promu aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Denisart, chirurgien aide-major de 1re classe au 3e d'artillerie, est désigné pour le 7e bataillon de chasseurs à pied.

— *Hôpital des Cliniques. — Accouchement de trois enfants vivants.* — Une femme, entrée dans le service de M. Paul Dubois, vient d'accoucher samedi dernier de trois enfants du sexe mâle. Le premier, venu par le sommet, est sorti à une heure un quart de l'après-midi : il pesait 1,450 grammes ; le second (présentation par les pieds) est venu au monde à une heure cinquante minutes : il pesait 1,620 grammes ; le troisième (présentation par le sommet), à deux heures cinquante-cinq minutes : il pesait 1,500 grammes.

Les trois placentas, assez volumineux par rapport à la grosseur de chacun de ces enfants, étaient réunis par une membrane. La circulation était restée indépendante.

L'un de ces enfants est mort dans la journée de dimanche. Les deux autres offrent une apparence assez chétive.

— On achève en ce moment, dans la cour de l'hôpital militaire du Val de-Grâce, devant l'aile gauche des bâtiments qui règnent des deux côtés du portail de l'église, le piédestal qui doit supporter la statue en bronze de l'illustre chirurgien Larrey. Ce piédestal, de marbre blanc, est d'une forme élégante, quoique d'une apparence un peu grêle ; il est supporté par un soubassement en granit gris. Dans chacune de ces quatre faces seront encastrés des bas-reliefs de bronze, dont les sujets seront empruntés aux traits principaux de la vie de l'homme illustre dont le dévouement à la science fut égal à celui qu'il portait à l'humanité. La statue de Larrey doit être solennellement inaugurée dans le courant du mois d'avril prochain.

— Le tribunal correctionnel a condamné, ces jours derniers, à 500 fr. d'amende et aux dépens le sieur Richaud, pharmacien, rue Notre-Dame-de-Nazareth, 38, pour vente de substances vénéneuses sans ordonnances de médecin.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 16 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — No 33.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr	9 fr.

PARIS, 15 MARS 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

La lecture de deux discours prononcés par MM. Roux et Fr. Dubois sur la tombe de Marjolin, une lecture de M. Beau sur la pathologie générale du foie, et une autre de M. F. Boudet sur les propriétés épilatoires des sulfures de sodium et de calcium, tel a été le butin de la séance d'aujourd'hui. Il ne faut pas oublier une présentation, très importante au point de vue pratique, faite, au nom de M. Jobert, par M. Depaul.

Sous prétexte d'étudier le mode d'action des causes des affections du foie, M. Beau s'est évertué à démontrer que celles de ces causes qui étaient dues à des *ingesta*, étaient portées dans le tissu hépatique par la circulation de la veine-porte. Il est à regretter que M. Beau n'ait pas choisi, dans sa riche collection d'observations, un sujet de mémoire dont il fût plus facile de saisir la signification pratique, et même pathologique.

Quant au mémoire de M. Boudet, il se rattache à un sujet trop spécial pour que nous puissions nous y appesantir.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Calcul occupant la totalité de la vessie et une partie du vagin, et obstruant l'urètre dans presque toute son étendue, chez une femme affectée de fistule vésico-vaginale.

Le 2 mars 1850, il entra au no 9 de la salle Saint-Roch, dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, une femme de quarante ans, nommée Aubry, exerçant la profession de couturière. Cette femme, assez débile, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a jamais fait de maladie sérieuse. Elle a été réglée à vingt ans; jusqu'à l'époque de son mariage, il n'y a rien eu de régulier dans l'apparition des règles. Mariée à vingt-sept ans, elle devint enceinte deux ans après et accoucha à terme sans accident. Depuis ce moment, elle a toujours été souffrante. Elle est redevenue enceinte à trente-quatre ans; l'accouchement s'est fait à terme; mais cette fois le travail dura plus de vingt-quatre heures et l'enfant arriva mort. A la suite de cette couche, la malade a éprouvé tous les symptômes d'une affection utérine. Quatre ans après, en 1838, elle devint enceinte pour une troisième fois; cette grossesse fut très pénible; le terme arriva, et l'accouchement ne parut pas se présenter dans des conditions satisfaisantes. En effet, l'enfant s'offrit par l'épaule, et le médecin appelé, après avoir inutilement tenté la version, abandonna la terminaison du travail aux efforts de la nature. Quelques heures après, la tête se présenta, mais elle ne put franchir le détroit et elle demeura dans l'excavation du bassin. Le forceps fut introduit et ramena un enfant mort. Une hémorrhagie grave suivit cet accouchement; la malade raconte que le seigle ergoté seul, sans autre médication, arrêta l'écoulement du sang.

Le lendemain, la malade, sentant que sa couche était mouillée, en rechercha la cause et s'aperçut bientôt que les urines sortaient involontairement par le vagin. Depuis ce temps, elles n'ont jamais suivi d'autre voie. Dix-sept jours après être accouchée, cette femme essaya de se lever; mais il y eut impossibilité complète. Les membres inférieurs avaient été frappés de paralysie. Cet état dura deux mois, au bout desquels elle entra à l'hôpital Saint-Louis pour se faire soigner de sa fistule vésico-vaginale.

Avant d'aller plus loin, on peut se demander à quelle cause il faut rapporter cette paralysie des membres inférieurs. Etait-elle due à une maladie *alba dolens*, à une altération de la moelle épinière ou bien à une compression exercée sur le plexus lombo-sacré? Il n'y a pas chez cette femme d'altération de la moelle épinière : elle n'en a jamais éprouvé aucun symptôme; la *phlegmatia alba dolens* n'a été pour rien dans les accidents survenus à la suite des couches. Cet état était le fait d'une paralysie locale déterminée par la compression des nerfs du bassin, et il est facile de l'expliquer quand on passe en revue les diverses circonstances dans lesquelles l'accouchement s'est accompli. La tête de l'enfant, qui était très volumineuse, et les tentatives faites pour terminer l'accouchement sont des causes suffisantes pour produire les accidents dus à la compression des nerfs.

La *phlegmatia alba dolens* dure longtemps; ses symptômes, sa marche et sa terminaison ne permettent pas de la comparer à la paralysie locale des nerfs. La paralysie locale des membres, en effet, est le résultat d'une compression exercée sur un point où les nerfs sont réunis en faisceaux pour se distribuer aux membres; ainsi, la compression déterminée par l'engorgement des ganglions du creux de l'aisselle en est un exemple fréquent pour la paralysie du bras.

Enfin, deux mois après l'accouchement la position de la malade s'étant améliorée, elle entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Malgaigne, pour se faire traiter de sa fistule vésico-vaginale. Ce chirurgien eut recours à la compression faite sur le vagin, et il plaça une sonde à demeure dans le canal de l'urètre. Ce traitement n'amena aucun résultat. Quelque temps après elle passa dans le service de M. Jobert, alors chirurgien dans le même hôpital. A l'examen on constata l'existence de brides dans le vagin qui diminuaient le calibre de ce conduit, et la fistule pour laquelle la malade était entrée à l'hôpital. On fit une première opération, qui consista à détruire les brides, et quelques jours après une seconde opération fut pratiquée pour la cure de la fistule; mais une malade occupant le lit placé à côté de l'opérée étant morte, celle-ci demanda sa sortie, sans vouloir se laisser examiner. Toutefois elle revint souvent depuis nous consulter pour une autre affection qui compliquait la première. En introduisant son doigt dans le vagin (c'est une mauvaise habitude qu'ont toutes les femmes atteintes de maladies des organes génitaux) elle sentit un corps dur, que nous reconnûmes être un calcul. Elle ne voulut jamais entrer à l'hôpital pour s'en faire guérir; ce n'est que le 2 mars 1850 qu'elle se décida enfin à venir réclamer nos soins à l'Hôtel-Dieu.

En explorant le vagin avec le doigt, nous avons constaté la présence d'un calcul volumineux qui occupait la totalité de la vessie, l'intérieur du vagin, et dilatait l'urètre dans presque toute sa longueur. Une sonde de femme n'a pu être introduite plus loin qu'à un demi-centimètre du méat. Ce corps volumineux peut être très bien comparé à un bouton de chemise; sa présence donne lieu à un ténesme vésical presque constant, à un spasme accompagné de douleurs vives; de plus l'urine sort accompagnée de graviers et d'une notable quantité de pus.

Que ferons-nous donc dans ce cas? Faudra-t-il essayer de dissoudre le calcul? On pense généralement que c'est le seul moyen à employer pour obtenir la guérison radicale. On a conseillé comme litbotriptique les eaux de Vichy en bains et en boissons, celles de Contrexeville. MM. Civiale et Leroy disent que l'eau de Vichy, loin de dissoudre les calculs, donne lieu à des concrétions phosphatiques, et que cette médication doit être rejetée.

L'usage des eaux de Vichy et de Contrexeville, il est vrai, n'a jamais détruit les calculs vésicaux; il n'a fait qu'agir sur les urines et en modifier la qualité. M. Chevalier pense d'ailleurs qu'on peut obtenir les mêmes résultats en se servant d'eau ordinaire et de sous-carbonate de soude.

En Angleterre on a employé le borate de soude, et l'on regarde ce moyen comme excellent. Des expériences ont été faites à Paris; on a reconnu à cet agent diurétique des propriétés dissolvantes; mais on ne s'en est point encore servi en thérapeutique.

On a expérimenté sur le suc gastrique plus encore que le borate de soude; il possède de grandes propriétés dissolvantes; mais la difficulté de s'en procurer une quantité nécessaire empêchera toujours que l'usage en soit adopté.

On a parlé aussi de l'électricité comme puissant lithotriptique; on a prétendu avoir détruit un calcul en dirigeant un courant électrique sur ce corps étranger dans la vessie. MM. Boursier et Leroy ont répété cette expérience à plusieurs reprises, et n'ont point du tout été satisfaits du résultat. Du reste, l'électricité offre beaucoup plus de dangers que la lithotritie; elle désorganise, amène des inflammations suppuratives de la vessie, qui sont bientôt suivies de la mort des malades. C'est donc encore un moyen qu'il faut mettre de côté.

On a proposé des irrigations dans la vessie. M. J. Cloquet, après avoir fait un grand nombre d'expériences, a fini par croire qu'en introduisant une sonde à double courant dans la vessie, et en dirigeant sur le calcul un courant d'eau constamment renouvelé, on pouvait en obtenir la dissolution.

Il faudrait un temps très long pour obtenir un résultat, et à la fin des accidents sérieux pourraient survenir; c'est donc un moyen qu'il faut employer avec beaucoup de réserve.

Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, il serait impossible d'appliquer ce dernier procédé, puisqu'une sonde ne peut pas être introduite à plus d'un demi-centimètre dans le canal de l'urètre. Les lithotriptiques n'offrent pas des résultats assez satisfaisants pour qu'on admette généralement leur emploi. En général, ils ne font que modifier les urines, et ne dissolvent jamais complétement les calculs.

Ici, nous aurons recours à un autre moyen, à la lithotritie. Comme ce cas est compliqué en ce sens qu'il y a deux ouvertures par lesquelles on peut tenter l'introduction de l'instrument lithotriteur, l'urètre d'un côté, et l'ouverture vaginale de l'autre, nous tenterons de terminer l'opération par la fistule. Si cela n'est pas possible, nous tenterons de désobstruer l'urètre et d'opérer par ce canal. S'il y avait impossibilité par l'une et par l'autre de ces deux voies, il faudrait abandonner la lithotritie, qui deviendrait alors dangereuse, et recourir à la taille vaginale. On agrandira l'ouverture accidentelle, le calcul sera saisi et on en fera l'extraction.

La femme étant placée comme si elle devait subir la taille périnéale, le lithotriteur de M. Heurteloup a été introduit par le vagin dans la fistule et dans la vessie; le calcul a pu être saisi entre les deux branches de l'instrument. Le pignon adapté à l'extrémité de l'instrument, et s'engrenant avec la branche femelle, n'ayant pas suffi pour broyer le calcul, à cause de sa grande dureté, le maillet a dû être employé. Quelques coups appliqués directement sur le calcul ont suffi pour le briser en de nombreux morceaux. Les tenettes ont été introduites par la même ouverture, et la totalité du calcul, quoique d'un volume extraordinaire, a été extraite en quelques minutes.

Aujourd'hui, la malade va bien et paraît hors de tout danger; il ne reste plus qu'à traiter la fistule.

HOPITAL COCHIN. — M. Nonat.

Du phlegmon des ligaments larges. — Traitement.

(Voir les nos des 26 février et 5 mars.)

Le phlegmon des ligaments larges peut se développer sans amener des accidents inflammatoires dans les organes qui l'avoisinent; il peut, au contraire, être compliqué de métrite, d'ulcérations au col de l'utérus, de granulations plus ou moins étendues. Des erreurs fréquentes ont été commises dans ces circonstances, qui rendent en effet le diagnostic plus difficile. Souvent on s'est attaché à combattre ces sortes de lésions qui n'étaient que secondaires, sans qu'on ait soupçonné l'inflammation des ligaments larges, qui était leur point de départ. Il faut donc, lorsque des altérations de ce genre se présentent, rechercher si la cause qui les entretient n'est pas en dehors de l'utérus, et s'assurer si les ligaments larges ne sont pas le siége d'une tumeur inflammatoire.

L'entérite, la gastralgie, la péritonite partielle ou générale peuvent encore se développer sous l'influence de l'inflammation des ligaments larges.

Anatomie pathologique. — Au début de l'état aigu, les vaisseaux des ligaments larges sont fortement injectés, et le tissu cellulaire de ces ligaments est le siége d'une infiltration séreuse semblable à celle que l'on observe dans le phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané au premier degré; puis, à mesure que la maladie s'aggrave, l'infiltration devient séro-purulente, puis purulente.

Dans le phlegmon à l'état subaigu, il se forme, en outre, un dépôt de lymphe plastique dans les mailles du tissu cellulaire; ce tissu, dans le phlegmon à l'état chronique, prend un aspect blanchâtre qui offre de l'analogie avec le tissu fibreux sur lequel reposent certains ulcères des membres.

La tumeur offre dans toutes ses parties un tissu homogène. Elle peut contracter des adhérences avec les parties voisines, le rectum, l'utérus, la vessie, etc., selon la direction qu'elle suit dans son développement. On n'y trouve jamais de traces de tissu squirrheux, à moins qu'elle ne passe à l'état de cancer, ce qui peut arriver chez un individu prédisposé à ce dernier genre d'affection.

On peut trouver des lésions plus ou moins considérables provenant de ce que la collection purulente s'est fait jour à travers les parois de tel ou tel organe, lésions analogues à celles qui sont occasionnées par les abcès ordinaires.

Traitement. — Le traitement varie suivant que le phlegmon des ligaments larges est à l'état aigu, subaigu ou chronique.

Dans le phlegmon à l'état aigu, on doit s'attacher : 1° à obtenir la résolution, 2° et à empêcher le passage à l'état chronique.

Les émissions sanguines fréquentes, surtout dans les premiers jours de la maladie, nous paraissent répondre le plus avantageusement à cette double indication. On doit les répéter deux et trois fois par jour, jusqu'à ce qu'elles aient amené une diminution dans la période de réaction. Dans le phlegmon des ligaments larges à l'état aigu, de même que dans toutes les phlegmasies intenses, la saignée locale peut être employée concurremment avec la saignée générale. Ainsi, lorsque la douleur est très intense à la pression, les sangsues appliquées sur l'abdomen en nombre suffisant (25 à 30 la première fois) modifient avantageusement ce symptôme; mais ce dernier moyen doit seulement venir en aide à la saignée générale, et ne peut, dans aucun cas, y suppléer. Les forces du malade et l'intensité de la réaction doivent guider sur le nombre des saignées à pratiquer dans le même jour et la quantité de sang qu'on doit tirer chaque fois. Lorsque la

réaction générale diminue, le nombre des saignées doit diminuer en proportion ; pratiquées au moment où il n'y a encore que simple congestion inflammatoire, elles peuvent amener une amélioration rapide et faire avorter la maladie.

L'état aigu de l'inflammation des ligaments larges peut être enté sur un état chronique. Dans ce cas, la malade porte une tumeur considérable, dont l'origine est antérieure à l'état aigu, et l'on doit, tout en agissant d'une manière énergique, ménager assez les forces des malades pour qu'elles puissent supporter un traitement de plus longue durée.

Les saignées doivent être de 90 à 125 grammes. Elles doivent encore être continuées même après que les symptômes généraux et locaux ont cessé; mais dans ce cas elles doivent être moins abondantes.

Les sangsues peuvent être remplacées avantageusement par les ventouses scarifiées lorsque la douleur locale est tombée, et leur application peut être répétée six, huit et même dix fois pendant le cours de la maladie.

C'est principalement aux époques de menstruation que la saignée générale doit être employée. Cette fonction, en amenant une congestion du côté du bassin, peut occasionner une recrudescence des accidents inflammatoires, qu'on doit chercher à prévenir par une émission sanguine avant et après les menstrues. Ce précepte était pratiqué par Lisfranc, qui, dans les maladies de l'utérus et de ses annexes, faisait pratiquer une saignée révulsive de 60 à 100 grammes le lendemain des règles, afin de modifier les accidents et la recrudescence qu'elles amènent constamment dans ces sortes de maladies. La saignée locale doit être employée en même temps lorsque la réaction est des plus intenses. Ces précautions doivent être prises jusqu'à la fin du traitement.

Lorsqu'à la suite d'une saignée locale on voit survenir une recrudescence (légère ordinairement), il faut pratiquer la saignée générale, qui dans la plupart des cas fait cesser complétement ces accidents.

On a conseillé les frictions mercurielles, et j'ai eu moi-même recours à ce moyen avec ou sans succès. Lorsqu'on l'emploie, il faut appliquer sur la région du bas-ventre occupée par la tumeur 100 à 200 grammes d'onguent récemment préparé étendu sur une compresse assez large pour déborder en tous sens la surface occupée par la tumeur. Cet emplâtre peut être laissé pendant trente-six à quarante-huit heures. Passé ce temps, il convient de l'enlever, soit qu'il ait agi ou non, sans quoi on s'exposerait à provoquer les accidents qui surviennent à la suite de toutes les préparations mercurielles à haute dose. On doit éviter de frictionner les malades; cette manœuvre pourrait amener de la douleur et par suite une recrudescence.

Purgatifs. — Il serait sans doute très utile dans une maladie de ce genre d'entretenir la liberté du ventre; mais le bien opéré dans ce sens par les purgatifs ne pourrait compenser le mal qui résulte des contractions occasionnées par les évacuations alvines dans le phlegmon aigu des ligaments larges. En effet, les douleurs très vives qui accompagnent les selles sont suivies très souvent d'une recrudescence violente. Aussi, je n'emploie jamais de purgatifs quelle que soit la durée de la constipation pendant la période aiguë, et c'est seulement lorsque cette période est passée que j'ai recours à cette médication. J'ai vu dans la période aiguë l'administration d'un simple lavement ramener avec violence les symptômes inflammatoires.

Révulsifs (vésicatoire). — Le vésicatoire est un moyen très puissant dans le traitement des phlegmasies aiguës. Ainsi, on l'emploie généralement avec succès dans le traitement du phlegmon sous-cutané; mais, employé d'une manière inopportune, il peut avoir une influence très fâcheuse. Ainsi, dans le phlegmon des ligaments larges, il faut se garder de l'appliquer au début, et ce n'est qu'après avoir combattu la réaction générale et locale qu'on doit avoir recours à ce moyen, lorsque l'inflammation a diminué sous l'influence du traitement antérieur.

On doit appliquer le vésicatoire au niveau de la partie malade. Il vaut mieux faire usage de vésicatoires volants que d'entretenir la suppuration, ce qui pourrait avoir pour effet de fluxionner les parties voisines de la tumeur sous la double influence du vésicatoire et de la tumeur elle-même, et d'amener par suite une recrudescence inflammatoire.

On doit mettre de côté, dans la période aiguë, les autres révulsifs, tels que cautère, séton, moxa.

Calmants. — Les calmants peuvent être d'une certaine utilité dans le phlegmon des ligaments larges à l'état aigu, quoiqu'ils n'agissent cependant pas d'une manière aussi efficace que dans les douleurs névralgiques, par exemple. On peut les administrer à l'intérieur si l'estomac ne les rejette pas, et dans le cas contraire, d'après la méthode endermique. Cette dernière méthode peut également être mise en usage concurremment avec l'administration des calmants en lotions et lavements, dans certaines circonstances où leur effet est lent à se produire.

Le repos, des boissons émollientes, la diète et un régime sévère prolongés pendant un temps assez long après la disparition de la période aiguë doivent être également recommandés.

Bains. — Les bains sont un moyen sédatif très puissant dans le phlegmon aigu des ligaments larges, lorsque la douleur n'est pas intense au point d'empêcher la malade de faire aucun mouvement. En même temps qu'ils soulagent la malade, ils aident à la résolution et préviennent le retour de l'inflammation. On doit les employer au nombre de deux ou trois par semaine.

Injections émollientes. — Il ne faut employer les injections émollientes que dans les cas où on y est forcé; par exemple, lorsque les flueurs blanches donnent un écoulement abondant; et encore n'est-ce qu'avec une extrême précaution qu'on doit se servir de ce moyen, le moindre attouchement au col de l'utérus pouvant ramener une inflammation intense.

Lorsque le phlegmon des ligaments larges est arrivé à l'état de suppuration, soit qu'il ait résisté au traitement, soit que le médecin ait été appelé trop tard pour tenter la résolution, on doit renoncer aux émissions sanguines, qui affaibliraient inutilement la malade et lui enlèveraient les forces dont elle a besoin pour résister à l'état d'épuisement occasionné par la suppuration; et dans ce cas, on doit se borner aux potions calmantes, aux boissons rafraîchissantes et aux applications émollientes.

Lorsqu'on a acquis la certitude que l'abcès est formé, si l'on constate en même temps qu'il est situé profondément, et que l'introduction de l'instrument tranchant peut faire craindre de blesser les organes ou les viscères qui avoisinent la tumeur, on doit avoir recours aux applications émollientes, laissant au pus le soin de se faire jour par lui-même; et il est impossible, dans ce cas, de prévenir les suites funestes qui peuvent survenir suivant les différentes issues qu'il aura choisies.

Lorsque la tumeur vient faire s[illegible] au-dessus du pubis sans que le péritoine ait été décollé [illegible]ulé en haut, ce qui est indiqué lorsque le tissu cellulaire sous-cutané ne présente pas de traces d'inflammation, on doit, à l'aide de la potasse caustique, et par son application sur la paroi de l'abdomen, provoquer l'inflammation adhésive des feuillets du péritoine, afin de prévenir l'écoulement du pus entre ces feuillets, et ensuite pratiquer l'ouverture à l'aide du bistouri. Ce procédé n'est certainement pas sans danger, mais il en offre moins que celui qui consisterait à abandonner la tumeur à elle-même sans chercher à prévenir les accidents graves qui peuvent résulter de l'issue du pus à travers les parois des viscères environnants.

Lorsque le péritoine a été refoulé il n'y a pas à hésiter, et l'ouverture doit être pratiquée sur-le-champ avec le bistouri.

La tumeur peut faire saillie dans la cloison recto-vaginale. Certains praticiens ont craint dans ce cas de pratiquer l'ouverture dans les parois du vagin; et en effet, cette ouverture une fois pratiquée, les bords de la plaie venant à se rapprocher (ce qui a lieu surtout lorsque la tumeur est située à une certaine distance de la paroi vaginale), il peut en résulter une fistule et l'écoulement du pus peut être ralenti. De là stase de pus dans le bassin occasionnant des accidents graves, et la mort. On préviendra facilement ces accidents en cautérisant les lèvres de la plaie à l'aide du crayon de nitrate d'argent, et en ayant soin de répéter la cautérisation tous les deux jours.

Lorsque l'inflammation des ligaments larges est à l'état subaigu, on doit avoir recours à un traitement moins énergique. Ainsi on emploiera également les saignées générales, mais moins abondantes et moins répétées que dans les phlegmons à l'état aigu, et on aura recours plus spécialement aux saignées locales en donnant la préférence aux ventouses lorsque la douleur résultant de l'inflammation sera peu intense, et rendra leur application supportable à la malade.

Dans le phlegmon à l'état chronique, le traitement devra être encore moins énergique que dans les cas précédents, et l'on proportionnera l'emploi des saignées locales et générales à l'intensité des périodes de réaction.

Dans le phlegmon à l'état subaigu et chronique, de même que dans celui à l'état aigu, on obtient des effets salutaires de l'emploi du vésicatoire, des potions calmantes, des applications émollientes, des bains; une surveillance attentive, la diète ou une alimentation peu nutritive, le repos absolu, doivent être également recommandés jusqu'à la fin de la maladie, et de même que dans le phlegmon à l'état aigu, on aura soin de pratiquer une saignée générale après chaque période menstruelle.

Iodure de potassium. — Ce médicament, qui n'a aucune utilité dans le phlegmon à l'état aigu ou subaigu, est très utile dans le phlegmon chronique des ligaments larges. On l'administre à l'intérieur à la dose de 0 gr. 40 à 1 gr. 50 et 2 grammes, dans les boissons ou mélangé aux aliments en guise de sel. On doit toujours surveiller son action, car certains estomacs le supportent mal, et la gastralgie peut résulter dans ce cas de son administration prolongée. On doit donc varier son mode d'administration suivant les circonstances et même suspendre son usage pendant quelque temps, quitte à y revenir ensuite. On arrive ainsi à la faire supporter au malade.

A l'extérieur, en frictions, on peut employer la pommade à l'iodure de potassium et, mieux encore, la pommade d'iodure de plomb. Les cautères, les moxas, les sétons ont été employés avec succès dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, l'inflammation chronique a résisté aux autres moyens de traitement.

Quant à la durée du traitement, elle peut être de cinq, six mois et même un an, suivant la période de la maladie et son état plus ou moins avancé. Elle est subordonnée au mode de traitement lui-même, qui, suivant les circonstances, doit être plus ou moins énergique. Ainsi, il est clair que, si l'on constate l'inflammation aiguë entée sur une tumeur des ligaments larges passée à l'état chronique, la nécessité de conserver à la malade des forces suffisantes pour un traitement ultérieur mettra une limite à l'emploi des saignées générales et les rendra par cela même moins efficaces. De même, lorsque la malade est d'un tempérament faible, qu'elle a besoin d'être soutenue de temps en temps par une alimentation qui, en suspendant le traitement, ramène un certain degré d'irritation dans l'inflammation chronique des ligaments larges, on conçoit que, dans ce cas, il est impossible de déterminer la durée du traitement et le terme de la maladie.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mars 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui demande l'avis de l'Académie sur un projet de mission demandée par M. Gouraud pour aller étudier l'hydrothérapie en Allemagne. (Commissaires : MM. Gérardin, Gibert, Guéneau de Mussy.)

2° Une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce avec envoi d'observations faites par M. le docteur Auzouy sur les eaux minérales de Cransac. (Commission des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite se compose des communications suivantes :

Magnétisme animal.

Une personne étrangère à l'art de guérir confie en dépôt à l'Académie un paquet cacheté contenant l'indication d'un procédé nouveau de magnétisme, que cette personne propose d'appeler magnétisme français.

L'Académie refuse d'accepter ce dépôt, vu son caractère extra-scientifique, et parce qu'elle a décidé en d'autres temps qu'elle ne s'occuperait plus de magnétisme animal.

Plante propre à favoriser la cicatrisation des plaies.

Le consul d'Espagne en Bolivie envoie à l'Académie un échantillon de plante appelée dans le pays *Matew*, et qui serait propre à favoriser la cicatrisation de toutes les plaies. (Commissaires, MM. Roux et Mérat.)

Galvanisation localisée appliquée à l'étude des fonctions des muscles.

M. Duchenne (de Boulogne) adresse un mémoire intitulé : *Recherches électro-physiologiques.*

L'auteur annonce avoir découvert des fonctions nouvelles à plusieurs muscles de la face. (Commissaires, MM. Longet et Bérard.)

Maladies des voies urinaires.

M. Heurteloup adresse une copie de la communication qu'il a faite lundi dernier à l'Académie (*voir* au compte-rendu de l'Académie des Sciences).

Collodium dans les inflammations cutanées.

M. Robert-Latour envoie également un exemplaire de la communication mentionnée au compte-rendu de l'Académie des Sciences.

Choléra.

M. Lechaptois, de Lillebone (Seine-Inférieure), envoie la relation des cas de choléra qui ont eu lieu dans cette localité. (Commission du choléra.)

Candidatures.

M. Cazeaux écrit pour se porter candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

— M. Piorry demande à faire la proposition que la lecture qu'il a faite dans la dernière séance soit soumise à une discussion publique.

Plusieurs membres. Quand le travail de M. Piorry aura paru dans le *Bulletin.* — Cette proposition est adoptée.

— M. Roux donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Marjolin. Nous regrettons que le défaut d'espace ne nous permette pas de donner ce discours.

— M. F. Dubois donne aussi lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie. Nous l'avons déjà donné dans le numéro du samedi 9 mars.

Pathologie du foie.

M. Beau, candidat à la place vacante, lit un mémoire dans lequel il se propose de rechercher le mode d'action des causes des maladies du foie. Dans ce travail, peu susceptible d'analyse, l'auteur s'attache surtout à prouver que les substances qui déterminent les affections hépatiques arrivent au foie par le système de la veine-porte.

Dépilatoires.

M. Boudet, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, lit un travail intitulé : *Observations sur les sulfures d'arsenic considérés comme dépilatoires.* Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Un agent inoffensif, le sulfure de sodium, peut être substitué avec avantage aux sulfures d'arsenic dans la plupart de leurs usages.

2° Dans l'intérêt de l'hygiène et de la sécurité publique, le commerce et l'emploi du sulfure d'arsenic artificiel peuvent être interdits, au moins en ce qui concerne la mégisserie et les préparations dépilatoires, et il pourra bientôt aussi sans doute être proscrit des fabriques d'indigo, où il ne doit agir, comme dans la mégisserie, que par les sulfures alcalins auxquels il donne naissance.

3° La poudre dépilatoire au sulfure de calcium peut remplacer avec avantage tous les dépilatoires arsenicaux, et, en raison de son innocuité, recevoir des applications beaucoup plus nombreuses que les préparations qu'elle doit remplacer.

Fistule vésico-utérine.

M. Depaul, au nom de M. Jobert, présente à l'Académie une femme opérée par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'une fistule vésico-utérine.

M. Depaul fait devant l'Académie l'historique de cette malade, qui a été accouchée prématurément dans le service de M. Paul Dubois pour prévenir les accidents d'un accouchement à terme.

Il dit que M. Jobert (de Lamballe) ne rencontra sur la cloison vésico-vaginale aucune trace de fistule, et que bientôt il aperçut un jet d'urine qui s'échappait par l'orifice du col même. Une injection faite par la vessie s'échappait entièrement par cette même voie. Il put facilement introduire le doigt dans l'orifice de la fistule en pénétrant dans l'orifice du col.

On peut reconnaître que la lèvre antérieure du museau de tanche était alors intacte, et en relevant celle-ci on n'aperce-

vait derrière elle que les restes de la lèvre postérieure, qui avait été complétement détruite par la gangrène.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

1°. Deux incisions furent faites dans le sens des commissures du col utérin, et elles furent assez considérables pour parvenir jusqu'à l'ouverture utéro-vésicale, qui fut ravivée avec des ciseaux, le bistouri et de pinces à dents;

2° Le vagin détaché de son insertion au col de l'utérus sur les côtés et en avant;

3° Ce décollement du vagin étant opéré, trois points de suture entrecoupée furent appliqués sur l'ouverture vésicale.

La malade est guérie et conserve aujourd'hui parfaitement ses urines.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle du 4 mars 1850.—Présidence de M. Duperrey.

(Suite et fin du numéro précédent.)

5° M. Bourguignon s'est occupé de la gale, de sa cause, de ses effets et de son traitement. Un pareil sujet, traité déjà si souvent, ne paraît pas susceptible de présenter un intérêt nouveau, c'est cependant l'effet que produit la lecture de ce travail dont il est difficile de se faire une idée d'après son titre.

L'auteur apprécie d'abord très exactement les recherches de ses devanciers sur l'*acarus scabiei*, cause unique de tous les symptômes et de la contagion ; il reproduit les figures diverses qui en ont été données, et fait voir que la plupart sont incomplètes ou inexactes. Pour arriver à des notions plus précises sur sa marche, ses effets, sa propagation, il est parvenu à porter le microscope sur toutes les parties du corps, en éclairant le foyer d'une manière telle, que l'observation pût avoir lieu la nuit comme le jour, car c'est la nuit surtout que l'insecte agit et se déplace. L'auteur n'a jamais rencontré de mâle parmi les nombreux individus qu'il a soumis à ses recherches microscopiques. Quant aux œufs, il les suit depuis le moment où leurs premiers rudiments peuvent être appréciés à travers les parois transparentes de l'abdomen jusqu'à leur éclosion et la dernière transformation de la larve. Là encore se trouvent des renseignements d'autant plus précieux pour l'ovologie que toutes les figures sont exécutées avec une grande netteté sous des grossissements considérables. Il faut en dire autant de tous les dessins qui ont rapport au développement ultérieur de l'animal et aux plus petits détails de sa structure.

Pour se rendre compte de la précision et de la variété de ces recherches, il faut savoir que l'auteur est parvenu à soumettre les œufs de l'acarus à l'incubation artificielle; qu'il s'est résigné volontairement à donner sur lui-même asile au parasite, afin de pouvoir en suivre sans interruption les habitudes, la marche progressive et les divers effets; il faut savoir enfin qu'il a consacré plus de deux ans à ces études, et cela dans l'établissement de Paris qui lui présentait le plus de ressources. Ces investigations ont éclairé l'auteur sur le mode de transmission de l'insecte, sur ses effets constants ou accidentels, réels ou supposés, sur sa marche, ses progrès, ses habitudes, etc., ainsi que sur les meilleurs moyens de s'en préserver ou de le détruire. C'est à l'aide de ces données positives qu'il a comparé les divers moyens thérapeutiques mis en usage contre la gale, et qu'il en a jugé les avantages et les inconvénients.

Sous tous ces rapports, le travail de M. Bourguignon paraît à votre commission digne de récompense.

6° Le mémoire de M. Pétrequin sur la guérison des anévrismes à l'aide de l'électro-puncture présente sans contredit le plus grand intérêt; car ce serait un immense bienfait pour l'humanité que de pouvoir obtenir par un moyen si simple la guérison d'une affection si grave, même à son début. Mais les occasions ne se sont pas encore présentées à vos commissaires de confirmer par de nouveaux faits l'exactitude des observations de l'auteur, et ils croient ne devoir rien préjuger à cet égard, tout en se promettant de ne pas perdre de vue cette importante question.

Votre commission réserve donc le travail de M. Pétrequin pour un examen ultérieur.

7° M. Moreau (de Tours) a présenté, dans un ouvrage remarquablement écrit, les résultats de ses observations sur les hallucinations produites par le hachych, et il les a comparées à celles qui sont dues à différentes préparations opiacées, à la jusquiame, à la belladone, et quelquefois aux alcooliques. En augmentant graduellement les doses de hachych, auxquelles il se soumettait lui-même, il a pu conserver d'abord la conscience entière de ses illusions d'optique et d'acoustique; il a pu suivre successivement la série des idées qui s'y rattachaient, jusqu'à ce que l'erreur devînt complète. Ensuite, à mesure que l'action du hachych diminuait, il a pu voir comment ses jugements se rectifiaient, comment il rentrait peu à peu en possession complète de sa raison. Ces effets, qu'il pouvait reproduire à volonté, lui ont permis de juger par lui-même comment, sous l'influence d'autres agents, les hallucinations commencent, deviennent complètes, diminuent et disparaissent; comment elles servent de base à de nouvelles idées plus ou moins bizarres, plus ou moins fixes, et aux actes extravagants qui en sont la conséquence. De là, il est conduit aux hallucinations *spontanées* plus ou moins durables, et aux aberrations mentales qui rentrent dans le domaine des vésanies, tristes résultats d'autres excitations cérébrales, trop vives ou trop prolongées!

Malheureusement les faits relatifs à l'emploi thérapeutique du hachych ne sont pas assez nombreux, assez concluants pour qu'on en puisse tirer des conséquences pratiques incontestables. Aussi, malgré l'intérêt que présente l'ouvrage au point de vue scientifique, et même comme étude philosophique, votre commission se borne-t-elle à vous proposer une mention honorable pour M. Moreau.

8° Elle croit également de son devoir de mentionner le mémoire de M. Colson, sur les avantages de la suture comme moyen de réunion immédiate, après l'extirpation des tumeurs du sein et de l'aisselle; non que cette opinion soit nouvelle, car elle est généralement admise en Amérique, en Angleterre, et, depuis Delpech, à Montpellier; mais les quinze observations rapportées par M. Colson à l'appui de cette pratique sont de nature à rappeler l'attention des chirurgiens sur des ressources que plusieurs ont trop négligées jusqu'à présent.

En résumé, la commission des prix Montyon, pour la section de médecine et de chirurgie, propose à l'Académie de décerner :

A M. Lebert, une récompense de... 1,800 fr.
A M. Roussel, une de.............. 1,500
A M. Pravaz, une de............... 1,500
A M. Roger, une de................ 1,200
A M. Bourguignon, une de.......... 1,200

Elle réserve pour un examen ultérieur, le travail de M. Pétrequin;

Elle propose une mention honorable à M. Moreau et à M. Colson.

Rapport sur les prix de médecine et de chirurgie pour les années 1847 et 1848.

(Commissaires : MM. Velpeau, Rayer, Serres, Magendie, Duméril, Andral, Flourens, Lallemand, Roux, rapporteur.)

La commission, dont je suis en ce moment l'organe auprès de l'Académie; a été formée il y a deux ans. Composée de MM. Duméril, Flourens, Rayer, Magendie, Serres, Andral, Velpeau, Lallemand et moi, elle est restée ce qu'elle était primitivement, tout à fait libre conséquemment de remplir avec zèle et sans retard, autant que cela pouvait dépendre d'elle, la mission que vous lui aviez confiée. Mais la même commission qui avait été chargée de l'examen et de l'appréciation des travaux envoyés et admis au concours pour 1847, a dû fonctionner ensuite pour ceux de 1848. C'est une double tâche que nous avons eu à remplir, et dont le temps est venu de vous exposer les résultats; c'est en quelque sorte un double rapport que nous avons à faire à l'Académie.

Plus encore que dans tous les concours précédents, le travail propre de la commission a été long et difficile. Elle y a consacré un grand nombre de séances, indépendamment de ce que chaque membre a eu à faire en particulier. Comment n'en eût-il pas été ainsi, pour l'examen et l'appréciation d'ouvrages plus ou moins étendus, ou d'objets scientifiques, dont le nombre s'élevait à plus de cinquante? Mais la commission le reconnaît tout d'abord, après la satisfaction d'avoir rempli ses devoirs envers l'Académie, un vrai plaisir lui était réservé, c'est celui d'avoir distingué plusieurs travaux bien dignes des récompenses que nous allons avoir à vous proposer.

L'un d'eux, toutefois, domine ou prime les autres, et c'est sur celui-ci que nous appelons en premier lieu l'attention de l'Académie. Il ne s'agit pas d'un travail étendu et compliqué, qui aurait exigé de longs labeurs, de grandes méditations et des efforts renouvelés d'intelligence : c'est seulement un fait d'une haute importance mis en lumière, une pensée féconde en conséquences et en applications. Ce fait et cette pensée ont ensemble le caractère d'une véritable découverte, qui a saisi et vivement impressionné tous les esprits, et qui, partie du Nouveau-Monde, a bientôt eu le retentissement le plus général. Elle intéressait l'humanité tout entière. Déjà des milliers d'hommes en ont éprouvé les bienfaits : elle profitera aux générations qui nous suivront; car il est à jamais dans la destinée de l'homme d'être exposé à des maux de tous genres, qui ont pour cortége inévitable la douleur; il est dans sa nature d'appréhender les souffrances, de se révolter à la pensée qu'elles vont bientôt l'assaillir, surtout quand il faut qu'il s'y soumette volontairement, et de désirer se soustraire aux sensations pénibles avec autant et plus d'empressement qu'il n'en met à rechercher le plaisir. Il est peu probable d'ailleurs que la médecine et la chirurgie, malgré tous leurs efforts et tous les progrès dont elles sont encore susceptibles, arrivent au point que les ressources dont elles disposent se dépouillent jamais de ce qu'elles ont qui nous répugne, et quelques-unes plus particulièrement de ce qu'elles ont par elles-mêmes de cruel et de dangereux.

Ce sont surtout les opérations chirurgicales qui ont ce triste et fâcheux caractère, et c'est un éclatant service rendu à la science et à l'humanité d'avoir fait connaître un moyen à peu près infaillible, ou qui du moins réussit dans la généralité des cas, de rendre l'homme momentanément insensible à la douleur, d'anéantir chez lui pour quelques minutes ou même pour un temps plus long, une seule fois ou successivement à plusieurs reprises, la conscience des impressions extérieures, le sentiment du moi, sans doute en portant atteinte au principe de la vie, mais en ne causant qu'une perturbation momentanée, fugace, après laquelle toutes les fonctions rentrent dans leur rhythme naturel. Que si l'on a eu à enregistrer quelques exemples d'une issue funeste de l'anesthésie ainsi produite artificiellement, il a fallu en accuser tantôt l'emploi de procédés défectueux, tantôt l'inhabileté ou l'imprévoyance de l'expérimentateur, ou de la part de la victime une malheureuse idiosyncrasie particulière, une de ces anomalies constitutionnelles qui prédisposent aux événements les plus inattendus et les plus improbables d'après les lois connues de l'économie de l'homme et des animaux : et hâtons-nous d'ajouter que les cas bien avérés, trop déplorables assurément, des funestes effets des agents anesthésiques chez l'homme sont jusqu'à présent en nombre infiniment minime, eu égard au nombre prodigieux des expérimentations qui ont été faites. Il n'y a pas d'exagération à dire que, depuis un peu plus de trois ans seulement que les inhalations d'éther ou de chloroforme ont été introduites dans la pratique de la médecine et de la chirurgie comme moyen anesthésique, cent mille individus au moins, en Amérique d'abord et de la part des chirurgiens américains, qui ont eu la gloire de l'initiative, puis dans les diverses parties du globe, ont dû y être soumis, et sur ce nombre on n'a pas plus de douze ou quinze malheurs à déplorer. A raison des circonstances dans lesquelles ils sont placés, quelques-uns des membres de votre commission, deux particulièrement, ont été dans le cas de payer un large tribut à la science pour ce qui concerne l'emploi des moyens anesthésiques. Leur seule expérience a déjà quelque chose d'imposant. Depuis la fin de 1846 (c'est à cette époque que remontent les premiers faits observés et recueillis, en Amérique, à Boston, par MM. Jackson et Morton, et qui ne tardèrent pas à être connus en France); depuis cette époque, dis-je, M. Velpeau et moi avons dû pratiquer, chacun des deux en particulier, l'éthérisation proprement dite d'abord, puis la chloroformisation, cinq ou six cents fois au moins : mille ou douze cents individus, ou plus peut-être, ont été anesthésiés par nos mains ou sous nos yeux pour être soumis à des opérations chirurgicales plus ou moins graves, et nous n'avons encore vu ni l'un ni l'autre l'anesthésie produire la mort instantanément; nous n'avons encore jamais eu ni l'un ni l'autre l'âme brisée par la vue d'un tel événement, et nous doutons l'un et l'autre que l'anesthésie, dirigée avec prudence et avec méthode, ait eu jamais une influence mauvaise sur les suites de nos opérations : sans oser l'affirmer, et sans pouvoir démontrer qu'il en a été ainsi, nous lui attribuerions plutôt une influence favorable.

La question de l'anesthésie produite par les inhalations d'éther ou par celles du chloroforme (et peut-être découvrira-t-on d'autres agents anesthésiques ayant la même puissance et possédant même une innocuité encore plus grande); cette question, disons-nous, intéresse à un haut degré à la fois la physiologie, la chirurgie et la médecine proprement dite. Elle touche à cette dernière, qui a déjà tiré quelque parti des moyens anesthésiques dans la thérapeutique de certaines maladies, notamment dans celles dont la douleur est le principal symptôme. Avec l'éther ou le chloroforme, la chirurgie a perdu beaucoup de ce qu'elle avait de cruel : ses procédés sont moins effrayants; elle n'a plus à lutter contre l'extrême pusillanimité de quelques individus. La physiologie ayant eu à étudier le véritable caractère et le siége de l'action produite sur les organes centraux du système nerveux par l'éther ou par le chloroforme, ses investigations, auxquelles notre honorable secrétaire perpétuel, M. Flourens, a pris une si grande part, n'ont pas été sans fruit pour l'analyse des fonctions du cerveau. Il se peut que de nouveaux et importants résultats nous soient encore réservés. La physiologie a d'ailleurs été le point de départ de tout ce qui s'est dit et de tout ce qui a été fait relativement à l'éther et au chloroforme. L'anesthésie produite par le premier de ces agents et observée fortuitement est le grand fait physiologique d'où sont découlées tant et de si belles applications pratiques.

Envisagée sous ce triple point de vue, la question de l'anesthésie devait faire naître beaucoup de travaux : la science possède, en effet, déjà plusieurs ouvrages importants sur ce sujet. Malgré tout l'intérêt que ces ouvrages présentent, malgré les lumières qu'on y trouve répandues, il s'en faut que la matière y soit épuisée, et le moment est venu peut-être où il conviendrait que, prenant l'initiative, l'Académie provoquât un de ces grands travaux qu'elle peut couronner et récompenser en son propre nom et d'une manière digne d'elle. L'anesthésie, considérée en elle-même et sous le rapport de ses applications soit comme moyen thérapeutique, soit comme moyen préservatif de la douleur dans les opérations chirurgicales, quel plus beau sujet d'étude, d'expériences et d'observations cliniques! Que de questions importantes s'y rattachent qui sont encore à résoudre! Notre tâche n'est pas de faire un examen, même rapide, de ces questions : la commission n'a point à tracer le programme d'un sujet de prix mis au concours; elle dépose seulement sa pensée dans le sein de l'Académie. Elle n'a considéré que la découverte primitive, que le fait générateur de tous ceux qui se produisent incessamment sous nos yeux, en laissant l'Académie libre, pour d'autres temps et dans d'autres circonstances, de dispenser des éloges et des récompenses aux travaux par lesquels cette découverte aura été perfectionnée. Peut-être en devra-t-elle à M. Simpson (d'Edimbourg), s'il se confirme, comme cela paraît évident, que le chloroforme est vraiment préférable à l'éther comme moyen anesthésique, en reconnaissant toutefois que les premières expériences sur les animaux avec le chloroforme appartiennent à M. Flourens.

Mais la découverte elle-même a reçu la sanction du temps et de l'expérience. Après trois ans et plus écoulés depuis qu'elle s'est fait jour dans la science et que le monde a profité de ses bienfaits, l'Académie ne doit plus tarder à lui donner sa haute approbation; elle doit la proclamer et l'honorer comme un des plus beaux faits scientifiques de notre époque, qui rentre bien assurément dans la catégorie de ceux qui ont été prévus par la généreuse philanthropie de M. de Montyon.

Vous le savez, Messieurs, car ce débat a déjà retenti dans le sein de l'Académie, deux hommes qui habitent la même ville, Boston, ont attaché leur nom, mais à deux titres différents, à ce fait important de l'anesthésie par l'inhalation des vapeurs éthérées et de l'application de ce moyen à la pratique médicale et chirurgicale : l'un est M. Jackson, professeur de chimie; l'autre, M. Morton, chirurgien dentiste. Ainsi que cela n'arrive que trop souvent en semblable circonstance, une discussion de priorité s'est élevée entre eux. Cependant la commission a dû prendre un parti sur des faits et des événements qui se sont produits loin de nous. Tous les documents ont passé sous ses yeux; elle en a fait l'examen le plus attentif et le plus consciencieux; et de cet examen est résultée pour elle cette conviction, qu'il y a dans la découverte de l'éthérisation deux choses distinctes qui sont nées successivement, dont l'une appartient à M. Jackson, et l'autre à M. Morton. M. Jackson avait remarqué que quelques individus, pour être restés pendant un certain temps exposés à l'action des vapeurs éthérées, avaient été momentanément privés de toute sensibilité. C'est le fait physiologique. M. Jackson l'a vérifié sur lui-même. Plus tard, M. Morton réussit plusieurs fois à pratiquer sans douleur l'évulsion d'une dent à des personnes préalablement soumises à l'inhalation de vapeurs éthérées; de plus, il obtint que quelques chirurgiens des grands hôpitaux de Boston aient recours au même moyen dans la pratique des grandes opérations. Voilà l'anesthésie utilisée, appliquée; la découverte reçoit ainsi son complément. M. Jackson et M. Morton ont été nécessaires l'un à l'autre : sans les instances, la préoccupation et le courage, pour ne pas dire l'audace de celui-ci, l'observation faite par M. Jackson aurait pu rester longtemps inappliquée; et sans le fait observé par M. Jackson, la pensée de M. Morton aurait pu être stérile et sans effet.

Après donc y avoir mûrement réfléchi, la commission a pensé qu'il y avait deux parts distinctes à faire dans cette brillante découverte de l'éthérisation, et qu'à chacune des deux séparément devait être accordé un prix particulier. En conséquence, elle propose à l'Académie de décerner un prix de 2,500 fr. à M. Jackson pour ses observations et ses expériences sur les effets anesthésiques produits par l'inhalation de l'éther; un autre de 2,500 fr. pareillement à M. Morton, pour avoir introduit cette méthode dans la pratique chirurgicale, d'après les indications de M. Jackson.

Après ce qui concerne l'éthérisation, un grand travail, qui a trait à la chirurgie expérimentale, à la chirurgie éclairée à la fois par les recherches d'anatomie pathologique et par les expériences sur les animaux, une œuvre qui a coûté à son auteur plusieurs années d'études sérieuses et d'investigations minutieuses, et par laquelle ont été résolues diverses questions d'une grande utilité pratique, restées jusqu'à présent indécises, a fixé d'une manière particulière l'attention de la commission, c'est un ouvrage ayant pour titre : *Expériences et observations sur les changements pathologiques qui surviennent dans les artères après la ligature et la torsion.* Cet ouvrage a été publié en Italie. Son auteur, M. Porta, est un des successeurs de Scarpa, et l'un des professeurs les plus distingués de l'université de Pavie. Nonobstant les belles études faites sur les vaisseaux sanguins, principalement au point de vue des lésions ou des maladies dont ils sont susceptibles, sur ces lésions ou ces maladies elles-mêmes, sur les diverses manières d'intercepter le cours du sang dans les artères, sur les modifications, ou instantanées, ou consécutives, que la circulation éprouve, dans telle ou telle autre partie du corps, à la suite de l'application d'une ligature sur un tronc artériel; nonobstant, disons-nous, les belles études de Jones, de Travers, d'Astley Cooper, de Barry, de Scarpa, de Béclard, de M. Manec, de M. Amussat, beaucoup de points importants étaient encore environnés d'une certaine obscurité, qui elle-même répandait de l'incertitude et de l'hésitation sur la pratique de la chirurgie. Ainsi, par quel mécanisme s'accomplit l'oblitération d'une artère embrassée par une ligature? Ce mécanisme est-il le même, ou diffère-t-il, au contraire, dans les diverses manières dont on peut faire agir une ligature? Quel est celui de cette oblitération après la torsion? Laquelle, de la torsion ou de la ligature laisse moins à appréhender des hémorrhagies consécutives? Que devient une ligature abandonnée dans la plaie qui a servi à la pratiquer? Quels changements surviennent dans les artères liées et dans leurs branches collatérales pour le rétablissement de la circulation? N'y a-t-il jamais que la dilatation des vaisseaux normaux? Se peut-il, au contraire, que la puissance de la nature aille jusqu'à la formation de nouveaux vaisseaux? etc., etc.

Eh bien! toutes ces questions ont été abordées par M. Porta; il les a, pour la plupart, ou résolues, ou singulièrement élucidées. Nous avons surtout remarqué dans son travail la constatation du fait, déjà indiqué toutefois, de la production de vaisseaux nouveaux autour d'une artère considérable après la ligature, pour le rétablissement de la circulation collatérale; ce qui paraît avoir lieu plus particulièrement autour de l'artère carotide primitive; puis la démonstration de la possibilité qu'un anévrisme se reproduise après une guérison apparente, et cela par le fait d'une circulation collatérale très active après l'interception du cours du sang dans l'artère principale qui était le siége de cet anévrisme; puis une description des plus soignées de cette circulation collatérale, quant à son mécanisme,

après la ligature de chacune des principales artères du corps ; puis encore le résultat de recherches expérimentales sur la circulation dans l'encéphale par les seules artères vertébrales ou par les carotides seulement.

On est presque étonné du nombre prodigieux d'observations anatomiques faites sur l'homme, après les opérations d'anévrismes, que M. Porta a réunies pour la composition de son travail ; du nombre plus considérable encore d'expériences sur les animaux dont il a fait servir les résultats au but qu'il s'était proposé. La science moderne compte réellement bien peu d'œuvres qui aient une aussi grande valeur et qui soient aussi susceptibles d'applications utiles. C'est un de ces travaux sérieux, d'un intérêt durable, que l'Académie doit encourager : nous proposons pour M. Porta une récompense de 2,000 fr.

Les progrès de l'industrie, les changements qui surviennent dans ses procédés, sont-ils favorables de tous points, et l'homme n'a-t-il jamais à en souffrir ? On le croirait au premier abord, et cependant il n'en est pas toujours ainsi. Oui sans doute beaucoup de perfectionnements ont été introduits dans certains arts, qui tendent à les rendre moins insalubres et à protéger autant que possible la santé publique. Mais à côté de ce résultat, sur lequel ont tant influé nos sociétés modernes, on a vu certains accidents ou certaines maladies se montrer plus fréquemment qu'à d'autres époques ; et, ce qu'il y a de plus remarquable, on a vu naître des maladies nouvelles ou des formes nouvelles de maladies. C'est ainsi que l'art de préparer les allumettes phosphoriques, qui a pris une si grande extension, est devenu la source d'une maladie des os maxillaires, tant supérieurs qu'inférieurs, qui atteint dans une proportion assez considérable les individus employés dans les manufactures à la préparation de ces allumettes. Cette maladie, alors même qu'elle ne compromet pas la vie, entraîne au moins la perte des os qui en deviennent le siége. Ce n'est peut-être essentiellement qu'une nécrose, mais une nécrose qui, dans ses débuts, dans sa marche, dans la manière dont elle parcourt ses diverses périodes, a quelque chose d'assez remarquable, et qui ressort du caractère même de la cause qui l'a produite. C'est en Allemagne que ce singulier effet des émanations phosphoriques sur l'homme a été observé en premier lieu, et que les premières descriptions en ont été données ; et le rapporteur de votre commission, dans une des excursions rapides qu'il lui a été donné de faire, en avait recueilli quelques beaux exemples à Nuremberg, à Erlangen, lorsqu'on ne connaissait presque rien encore en France à cet égard. L'éveil avait été donné par M. Dietz, praticien fort habile, qui jouit d'une grande réputation dans la première de ces deux villes, et par M. Heyfelder, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen ; et bientôt on nota cette circonstance assez curieuse que l'intoxication phosphorique atteignait plus facilement les femmes que les hommes, et plus facilement aussi les femmes jeunes que les femmes plus avancées en âge. Un tel ordre de faits méritait bien d'être étudié dans tous ses détails et sous tous les points de vue. Il l'a été avec un grand soin, et l'exposition en est présentée de la manière la plus complète dans un travail spécial de deux médecins de Nuremberg, MM. Bibra et Gheist, qui ont rendu le double service : 1° d'avoir fait connaître, au point de vue médical et chirurgical, certains désordres de l'organisme, qui n'avaient point encore été décrits aussi complètement ; 2° d'avoir mis l'industrie en demeure de conjurer, s'il est possible, les *dangers attachés dans certaines manufactures à l'emploi de matières phosphoriques.* La commission a pensé que l'Académie devait accorder comme encouragement une somme de 1,000 francs aux auteurs d'un travail aussi important au point de vue de la science, et qui peut conduire à des mesures utiles pour la santé d'une classe très nombreuse d'ouvriers.

Voici maintenant des travaux d'un autre genre, d'un autre caractère.

Déjà, dans son dernier rapport, la commission des prix de médecine et de chirurgie, en rendant compte d'un ouvrage de M. Lebert, a eu occasion de citer M. Mandl parmi les hommes qui, depuis quelques années, se sont livrés avec le plus de zèle aux études microscopiques. Cette année, la commission a eu à examiner l'ouvrage d'*Anatomie microscopique* que ce médecin vient de terminer, ouvrage qui se compose à la fois d'un texte plein d'intérêt et de planches où sont représentés les différents tissus élémentaires et les divers liquides du corps de l'homme, tels qu'on les observe au microscope. M. Mandl a eu l'heureuse idée de reproduire, les unes à côté des autres, les diverses figures qui ont été données d'un même tissu ou d'un même liquide par les différents micrographes qui se sont succédé depuis Malpighi et Leuwenboeck jusqu'à nos jours, et il y a joint le résultat de ses observations personnelles. Dans un moment où les médecins, jaloux des progrès de la science, s'occupent avec succès d'étudier, par le microscope, les altérations des solides et des liquides du corps des animaux, ils trouveront un grand secours dans l'ouvrage de M. Mandl, qui leur évitera bien des tâtonnements, bien des recherches et bien des erreurs, en leur montrant l'état normal dans toutes ses variétés et dans toutes les représentations qui en ont été données. L'ouvrage de M. Mandl est du nombre de ceux qui méritent d'être encouragés par l'Académie. Il exercera à coup sûr une heureuse influence sur les recherches pathologiques, en les facilitant ; et, sous ce rapport surtout, votre commission l'a cru digne d'un encouragement de 1,000 fr.

Dans un nouveau travail présenté à l'Académie, MM. les docteurs Becquerel et Rodier ont continué, avec une louable persévérance, leurs *recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.* Dans ce nouveau travail, les variations de composition du sérum les ont surtout occupés. Ils ont déterminé, avec beaucoup plus de soin qu'on ne l'avait fait avant eux, les différences de quantités d'albumine que ce sérum contient dans les diverses maladies. Ils ont démontré que sa diminution est un fait constant dans certains états morbides ; tandis que son augmentation est beaucoup plus rare, se présente en quelque sorte accidentellement, et n'appartient spécialement à aucune maladie. Ils ont aussi étudié quelle était, à l'état physiologique, la densité du sérum, et dans quelles limites l'état de maladie pouvait changer cette densité. La commission croit qu'il est convenable de décerner un encouragement de 1,000 fr. au travail de MM. Becquerel et Rodier, tant à cause des faits intéressants qu'il contient qu'à cause de l'excellent esprit qui a présidé à l'exécution.

On connaissait l'*hystérie;* mais un travail, un long ouvrage de M. Landouzy, a incontestablement concouru à répandre la lumière sur plus d'un point resté encore obscur de l'histoire de cette maladie. Les diverses perturbations de la sensibilité qui l'accompagnent y sont mieux décrites qu'elles ne l'avaient été jusqu'alors ; et nulle part on ne trouve tracé d'une manière aussi fidèle et aussi complète le tableau des diverses douleurs qui appartiennent à l'hystérie, et qui servent à la caractériser. L'ouvrage fait mieux connaître aussi cette paralysie singulière que l'hystérie produit, et qui, d'après la description qu'en a donnée M. Landouzy, sera moins confondue qu'elle ne l'avait été jusqu'à lui avec les paralysies dépendantes d'une altération des centres nerveux. M. Landouzy a aussi démontré que, dans un plus grand nombre de cas qu'on ne l'avait cru, les phénomènes hystériques sont sous la dépendance d'un état de souffrance de l'appareil générateur. Pour établir les principes généraux contenus dans son ouvrage, l'auteur s'est livré à un patiente analyse de 390 observations, dont 28 lui appartiennent, et dont les 362 autres ont été empruntées à 168 écrivains de tous les temps et de tous les lieux : de telle sorte que chacune des assertions émises dans ce livre trouve sa démonstration dans les nombreux faits particuliers rassemblés par l'auteur, et qui constituent comme la partie expérimentale de son travail. Sous ces différents rapports, la commission a jugé l'ouvrage de M. Landouzy digne d'un encouragement de 1,000 fr.

Un encouragement de la même valeur lui a semblé aussi devoir être accordé au *Traité de la fièvre typhoïde* de M. le docteur de Larroque. Cet ouvrage ne renferme sans doute, relativement à la description de la fièvre typhoïde, que ce qu'on peut trouver ailleurs. Les vues théoriques en sont peut-être même quelque peu contestables ; mais M. de Larroque a rendu à la pratique médicale un éminent service par les observations auxquelles il s'est livré sur l'emploi de la méthode évacuante dans le traitement de la fièvre typhoïde. Les faits qu'il a publiés à cet égard ont contribué à éclairer plus d'une question importante de thérapeutique, et à ramener les médecins à l'emploi d'une médication utile, dont une doctrine qui a dominé pendant plusieurs années avait singulièrement exagéré les inconvénients.

Quelques autres travaux enfin, après ceux pour lesquels nous désirons que l'Académie veuille bien accéder à nos vœux en les proclamant dignes d'un prix, d'une récompense ou d'un encouragement, ont paru à la commission mériter l'honneur d'une mention honorable. La commission propose de l'accorder :

1° A M. Legendre, pour un ouvrage sur quelques points de la pathologie de l'enfance, ouvrage qui contient particulièrement des recherches intéressantes sur la méningite aiguë des enfants, sur la pneumonie lobulaire, sur les altérations de l'intestin dans la diarrhée des jeunes sujets, et enfin sur la dégénérescence graisseuse du foie, qui, d'après l'auteur, se présente souvent à cette première époque de la vie sans que les poumons soient tuberculeux ;

2° A M. Isidore Bourdon, pour ses *Mémoires sur la peste et les quarantaines;*

3° A M. Audouard, pour ses *Nouvelles recherches sur l'origine de la fièvre jaune;*

4° A M. Blandet et à MM. Bois de Loury et Chevallier, pour leurs travaux divers sur les maladies des ouvriers qui sont exposés par leur état aux émanations cuivreuses et aux émanations arsenicales.

Enfin, la commission croit devoir signaler l'intéressant ouvrage de M. Renouard sur l'*Histoire de la médecine.*

CORRESPONDANCE.

Phénomènes chloro-anémiques de la grossesse.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* du samedi 9 mars une lettre de M. le docteur Marchand, par laquelle cet honorable confrère croit devoir réclamer la priorité des idées émises dans un mémoire lu récemment à l'Académie de Médecine, mémoire intitulé : *De la nature chlorotique des troubles fonctionnels, qui chez les femmes enceintes sont généralement attribués à la pléthore.* Voulez-vous être assez bon pour insérer une courte réponse à cette longue lettre.

Établissons d'abord les faits. J'ai cherché à prouver :

1° Que les troubles fonctionnels des premiers mois étaient dus aux sympathies nombreuses que les modifications physiologiques ou pathologiques subies par l'utérus réveillent habituellement dans tout l'organisme ;

2° Que cette influence sympathique s'exerçait plus généralement sur les fonctions digestives ; qu'il en résultait un trouble dans les digestions, trouble plus ou moins prolongé, dont la conséquence très probable, chez une femme obligée de fournir les éléments nécessaires au développement de l'enfant, était un appauvrissement du sang ;

3° Que cet appauvrissement du sang, consistant dans la diminution notable des globules et l'augmentation d'eau, devait nécessairement produire la chlorose, et avec elle les symptômes ordinaires de la maladie ;

4° Qu'en supposant que la chlorose des derniers mois ne fût pas toujours le résultat des troubles digestifs qui se manifestent dans la première moitié de la grossesse, elle n'en existait pas moins dans le plus grand nombre des cas ;

5° Que son existence, enfin, me paraissait démontrée par l'analyse du sang des femmes enceintes, par la ressemblance qui existe entre les troubles de la grossesse attribués à la pléthore et les symptômes ordinaires de la chlorose, et par le résultat avantageux obtenu du traitement tonique.

Ceci bien établi, je vais répondre à la réclamation de M. Marchand par une autorité dont il ne contestera pas la valeur ; je l'emprunte à sa lettre même.

Il dit en terminant : « Si M. Cazeaux parle de chlorose *dans les derniers mois*, je n'élève aucune prétention. J'ai, au contraire, cherché à démontrer que l'*aglobulie* existait dans les premiers mois et la polyglobulie dans la seconde moitié de la gestation, c'est-à-dire que les symptômes accusés par les femmes dans les derniers mois étaient ceux d'une *pléthore réelle.* »

J'avoue ne plus comprendre sur quoi se fonde la réclamation de notre honorable confrère. Je prétends que, dans le commencement de la grossesse, l'altération du sang est nulle ou à peu près ; il affirme que ce liquide a perdu une partie de ses globules. Je dis qu'à la fin de la gestation le sang est très notablement appauvri par la diminution du chiffre des globules et l'augmentation de sérosité ; il croit à la *polyglobulie.* Enfin je cherche à prouver l'existence de la chlorose ; il croit pouvoir démontrer la pléthore réelle. Comment donc peut-il m'accuser de plagiat ?

Il ne m'appartient pas de décider qui de nous deux a tort ou raison ; mais permettez-moi de faire remarquer que, si je me trompe sur le véritable état du sang pendant la grossesse, mon erreur est partagée par MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, Regnauld, Beau, Piorry et tous ceux qui ont fait un grand nombre d'analyses. Quelle que soit la haute estime que je professe pour les travaux de M. le docteur Marchand, il me pardonnera, j'espère, de rester en si bonne compagnie.

Agréez, etc. P. Cazeaux.

Gangrène dans l'intoxication arsenicale.

A propos de l'empoisonnement suivi de gangrène que nous avons rapporté dans notre numéro du 16 courant, notre honorable confrère M. le docteur Dehenne nous adresse la communication suivante :

Monsieur le rédacteur,

Dans votre journal du 16 février vous rendez compte d'un empoisonnement par l'arsenic, et vous demandez si la gangrène des membres est une coïncidence ou un effet de l'arsenic. En France on a beaucoup négligé l'étude des effets primitifs des médicaments sur l'homme sain. Pourtant elle éviterait bien des questions, et dans les cas de médecine légale il y aurait moins d'erreurs si on connaissait mieux ces effets primitifs des médicaments.

Habnemann, *Traité des Maladies chroniques*, indique comme produits par l'arsenic les cas de gangrène que je vais citer :

N° 640. Inflammation et gonflement des parties génitales, portés jusqu'à la gangrène, avec douleurs énormes.
N° 641. Gangrène subite aux organes génitaux masculins (Stahl).
N° 871. Ulcère à la jambe, qui, couvert d'une croûte grise, cause une douleur cuisante, et a des bords enflammés.
N° 899. Ulcères aux talons, avec pus sanguinolent.
N° 1070. Un ulcère au doigt se couvre de chairs baveuses, devient bleu et vert, avec ichor putride, et répand une odeur insupportable, etc., etc.

Agréez, etc. Dehenne, D.-M.-P. à Bourbourg.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 19 MARS 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — No 34.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr	9 fr.

HOPITAL DE BON-SECOURS. — M. HARDY.

Gangrène diffuse du poumon.

L'histoire de la gangrène, quoique assez bien connue dans ses formes principales, laisse cependant beaucoup à désirer dans quelques-unes de ses variétés qui s'offrent moins fréquemment aux observateurs, ou qui, du moins, ont été moins que les autres l'objet de l'attention des observateurs. Sous ce rapport, le fait suivant, observé dans le service de M. Hardy, et que M. Triquet, interne lauréat des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer, est digne d'intérêt.

Dans le courant de mars 1847, il entra à l'hôpital Bon-Secours (salle-Saint-Ferdinand, no 10), un homme nommé Boulonis (Pierre), âgé de 52 ans, célibataire, exerçant la profession de carrier. Né en Italie, il fut amené jeune à Paris, où il n'a cessé d'habiter depuis. Il est fils unique; son père et sa mère sont morts d'une manière subite, l'un à soixante-deux ans, l'autre à cinquante-deux. Jusqu'à vingt ans, sa santé fut excellente. A cette époque, elle fut troublée sans cause connue par une hémoptysie qui depuis lors s'est reproduite à certains intervalles. La quantité de sang expectoré était toujours assez considérable (un demi-litre), et le lendemain on le voyait reprendre ses pénibles travaux.

Chaque hiver il s'enrhume avec une grande facilité. La toux dure trois ou quatre mois, diminue avec le printemps, sans jamais entièrement disparaître.

Cette année, Boulonis, plongé dans une misère profonde, sans ouvrage, se nourrissait à peine. Les chagrins, les privations, les progrès de l'âge achevaient de détruire sa santé déjà chancelante, et qu'épuisait encore son vieux rhume, qui l'avait repris en décembre 1846.

Pierre avait déjà beaucoup maigri, lorsque dans les premiers jours de mars 1847, il fut atteint, sans cause connue, d'une violente douleur dans le dos et le côté gauche de la poitrine, avec sensation de froid et une sorte de tremblement. En même temps, hémoptysie subite (un verre de sang à peu près).

Les jours suivants, l'hémorrhagie continue en assez grande abondance. Plus d'appétit. Les forces diminuent et l'émaciation se prononce.

Des sueurs nocturnes, des selles diarrhéiques, sans être fort copieuses, ne laissent pas que d'augmenter sa faiblesse.

Jusqu'alors le malade s'était obstiné à ne vouloir rien faire; mais, voyant que son état ne s'améliorait point, il se décida enfin à venir à l'hôpital, et le 15 mars, jours de son entrée, voici son état :

A. *Habitude extérieure.* — Pierre conserve encore les traces d'une constitution assez robuste. Visage mâle, large, coloré aux pommettes, d'un jaune terreux à l'ovale inférieur, encadré d'une barbe grisonnante, mais épaisse.

L'amaigrissement est peu marqué à la face, mais très manifeste à la poitrine et aux membres. Pas de céphalalgie; peau sèche et rugueuse; pouls régulier, assez développé, sans dureté ni mollesse, assez vite (112 pulsations) ; perte d'appétit, soif ardente ; plus de diarrhée.

B. Il est couché sur le côté gauche et y sent à peine une légère douleur. Respiration fréquente, anxieuse (40); toux saccadée presque continuelle. Les crachats sont abondants, de nature hémoptoïque, spumeux, rutilants à la surface, couleur acajou au fond du vase et ne présentant aucune viscosité.

Poitrine. — 1° A droite, tout est normal; 2° à gauche, rétrécissement avec dépression de la région sous-claviculaire seulement; son de pot fêlé, donné par la percussion, au niveau de la dépression mentionnée. Du reste, en avant comme en arrière, la matité est presque complète, sauf un petit espace antérieur au-dessus du mamelon, où la sonoréité, sans être normale, n'a pourtant pas entièrement disparu.

En avant, la pneumonie donne une large part au cœur dans la matité.

Auscultation. — En avant, dans la fosse sous-claviculaire ; en arrière, dans la fosse sus-épineuse, souffle, voix et râles caverneux. Autour de ce point, râle crépitant et sous-crépitant, un peu de souffle bronchique. Absence de respiration dans toute l'étendue de ce côté gauche, excepté vers la partie moyenne, où l'on entend un léger susurrus.

Les battements du cœur, réguliers, éclatants, mais sans bruit anormal, sont perçus dans toute la région thoracique, quel que soit le point où l'on applique le cylindre.

Le 16 au matin, mêmes symptômes généraux et locaux. Le malade n'a pu dormir; la toux a été presque incessante; un crachoir entier suffit à peine pour contenir les matières expectorées.

Diagnostic. — En raison de la matité précordiale, de l'étendue et du timbre éclatant des battements du cœur, on croit : 1° A une dilatation avec hypertrophie; 2° on explique l'hémoptysie par une apoplexie pulmonaire; 3° la matité, par un épanchement; 4° le râle crépitant et le souffle, par quelques noyaux pneumoniques consécutifs à l'apoplexie.

Quant au souffle, au râle, à la voix caverneux sous la clavicule et sus-épineux, ils ne paraissent pas assez marqués pour faire admettre une excavation dans le lobe supérieur. — Saignée de 35 onces; potion eau de Rabel, 4 grammes; tisane de ratanhia.

Les 17 et 18, tous les symptômes s'exagèrent; on croit à la caverne que l'on mettait en doute hier. — Pot. Rabel continuée et ratanhia.

Le 19, l'haleine et les crachats offrent une odeur à la fois fétide et nauséeuse, qui rappelle l'odeur de la gangrène.

En haut, sous la clavicule, dans la fosse sus-épineuse, souffle et râle caverneux toujours évidents. Dans tout le reste du poumon gauche, du haut jusqu'en bas, souffle rugueux, craquements humides, gros râles muqueux, bronchophonie, et çà et là un peu de râle caverneux; alors on ajoute au diagnostic : gangrène diffuse consécutive à l'apoplexie pulmonaire. — Même traitement.

Le 20, toux un peu moins fréquente, moins de douleur dans le côté gauche; crachats d'un gris verdâtre, sorte de détritus dont l'odeur est manifestement gangreneuse : ils sont moins abondants. La face est pâle, grippée, comme cadavéreuse; les lèvres sont noires de sang desséché. Intelligence parfaitement conservée; pouls rapide, 120 pulsations, petites, tremblottantes, à peine saisissables; les forces sont prostrées; extrémités froides; adynamie complète. Le soir, râle des mourants.

Mort le 21, à deux heures du matin.

AUTOPSIE FAITE LE 22 MARS. — A. *Poitrine.* 1° A droite, poumon et plèvre à l'état normal (sauf quelques adhérences celluleuses et un petit tubercule crétacé logé dans le lobe supérieur).

2° A gauche : *a.* Pleurésie chronique (plèvre cartilagineuse sur deux feuillets soudés ensemble); à la partie inférieure, un petit espace large comme la paume de la main, rempli d'un liquide citrin nouvellement sécrété (pleurésie aiguë circonscrite).

b. Poumon gauche. Lobe supérieur : Là où existait la dépression sous-claviculaire, là où dès le premier jour de son entrée il y avait *râle, voix, souffle caverneux*, se trouve une excavation capable de loger une noix. Cette caverne, tapissée d'une fausse membrane blanchâtre, épaisse de 3 millimètres, présente à sa surface une matière crémeuse, comme purulente; un noyau d'hépatisation grise l'entourait à peu près complètement. Puis, dans tout le reste du poumon, du haut jusqu'en bas, gangrène diffuse : variété rare que Laënnec dit n'avoir vue que deux fois en sa vie.

Le poumon offre une teinte noirâtre; il est tellement ramolli que le moindre effort pour l'enlever de la poitrine le rompt en mille endroits.

Des surfaces déchirées suinte en abondance une sérosité boueuse d'une insupportable fétidité; son tissu n'est plus qu'une sorte de deliquium putride et sanieux, au milieu duquel on ne peut reconnaître les divers éléments dont il est composé. Vers la circonférence, en avant et en arrière, se trouvent çà et là quelques traces d'une hépatisation particulière, à laquelle Laënnec a donné l'épithète si juste d'*œdémateuse*. Puis çà et là, au milieu même des *bourbillons gangréneux*, on rencontre disséminées de petites cavités capables de loger une aveline. Une fausse membrane blanchâtre, tomenteuse, exactement semblable à celle que j'ai décrite plus haut, forme à chacune d'elles une sorte de revêtement intérieur, et un liquide analogue baigne aussi leurs parois.

c. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés, sans dégénérescence.

d. Cœur. Péricardite des plus violentes; dépôt de fausses membranes fibrineuses sur les feuillets pariétal et viscéral. Dans le péricarde, 100 grammes (à peu près) de sérosité citrine, dans laquelle nagent des flocons albumineux.

Le ventricule gauche offre un peu d'hypertrophie sans dilatation appréciable de ses cavités.

Les valvules mitrale et aortique présentent dans leur épaisseur : 1° la mitrale, une concrétion osseuse, sorte de *stalactite*, longue d'un pouce environ, incrustée dans l'épaisseur même de la valvule entre ses deux feuillets; 2° les sigmoïdes aortiques, plusieurs petits points ossifiés à la base et dans l'étendue même de ces voiles membraneux, et cependant aucun bruit anormal pendant la vie.

Chaque jour le cœur fut exploré avec soin, sans jamais rencontrer autre chose que des battements larges, clairs, frappés avec une grande régularité et résonnant au loin dans toute l'étendue de la poitrine, et, avec cela, un pouls régulier, assez développé, vite (112), sans dureté ni mollesse. La matité considérable s'expliquait bien en admettant une dilatation. Cette péricardite est donc une de celles que Laënnec appelait latentes, qu'on pouvait, selon lui, deviner, mais non diagnostiquer.

Quant au poumon, deux questions se présentent :

1° L'apoplexie pulmonaire a-t-elle existé ?

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les candidats et les candidatures.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous savez comme moi que l'Académie et la Faculté sont dans l'enfantement, et que l'enfant de cette dernière en particulier est en ce moment au passage ; mais il paraît que ce passage n'est guère plus facile que celui du Rubicon, d'autant plus, à ce que disent certains coulissiers malins, ou qui se croient tels, qu'on trouve ici toutes les difficultés qui existaient sur les rives du célèbre ruisseau, avec un César de moins. Vous trouverez peut-être ce mot un peu sévère ; mais vous savez que les coulissiers ne sont guère charitables, et l'on ne peut pas dire d'eux comme de la fourmi : C'est là leur moindre défaut. Mais il est juste de dire que les concurrents ne le sont guère davantage. C'est une étude assez curieuse au point de vue psychologique que celle du concurrent, et que je crois pouvoir recommander à l'attention toute spéciale de nos savants confrères Falret, Ferrus et Baillarger. Il est très intéressant de suivre les métamorphoses du concurrent, de le voir passer en un clin d'œil du tigre au mouton, puis de l'agneau au loup et surtout au chat, voire même au rat ; il est très remarquable d'observer ces amblyopies, ces héméralopies, ces nyctalopies, ces complètes illusions d'optique auxquelles il est sujet, et qui lui font voir les choses et les hommes exactement comme s'il les regardait en leur tournant le dos et en mettant la tête entre ses jambes. L'autre jour, je rencontrai un de ces braves concurrents (car, au demeurant, la plupart n'en sont pas moins d'excellentes gens), et, l'abordant poliment : Eh bien ! lui dis-je, voilà l'heure suprême qui approche ; qui va être l'heureux élu ?

— Heu ! heu !

— On dit que M. F... a des chances.

— Oui, il en a eu ; mais depuis qu'il a tranché d'une main si hardie ce fameux nerf..., l'Ecole ne peut plus, sans se compromettre, le recevoir dans son sein. Je sais bien qu'on cherche en ce moment à accréditer cette mauvaise maxime : un professeur est comme un prédicateur; il doit dire à ceux qui l'écoutent : Ne faites pas ce que je fais, mais faites ce que je vous dis. Mais ce sont là des facéties qui ne peuvent avoir de crédit auprès d'hommes sérieux, et qui tiennent à sauvegarder l'honneur de leur corporation.

— Alors, ce serait donc M. P.... qui profiterait du malheur de M. F....?

— Peuh !... M. F.... aura des voix; mais il a complètement manqué sa première épreuve ; puis, il excite quelques antipathies personnelles; puis....

— Mais savez-vous qu'avec ces car et ces si, les actions de K.... vont monter beaucoup?

— Oh! si M. K.... savait professer, son affaire serait claire ; malheureusement il manque d'habitude, et l'Ecole ne peut prendre des professeurs pour faire leur apprentissage.

— Or çà, mais vous m'embarrassez. Si vous élaguez ainsi M. F...., M. P...., M. K...., qui nommera-t-on? Est-ce que M. V.... aurait des chances?

— Oh! par exemple!

— Ce serait donc M. X....?

— Y songez-vous?

— Je ne puis croire cependant que le jury ait jeté les yeux sur M. O., M. Q., M. Y., ni M. Z. !

— Et vous avez parfaitement raison, car aucun de ces candidats n'a plus de chances que le Grand-Mogol.

— Ma foi, mon cher, s'il en est ainsi, je vous félicite bien sincèrement; vous êtes, si je ne me trompe, dix candidats ; en voilà neuf d'élagués ; la conclusion ne dépasse pas la portée de mon intelligence.

— Oh ! mais je ne dis pas ça ! vous allez trop vite.

— On est logique ou on ne l'est pas ; je vous réitère mes compliments et au revoir.

Sur ce, je quittai mon homme, et je me dirigeais vers l'Académie, lorsque je rencontrai un autre candidat qui m'arrêta court. Voulant lui éviter l'embarras de la situation, j'abordai immédiatement le nœud de la question.

— J'aurais voulu, mon cher, vous adresser mes félicitations ; mais, comme tout le monde ne peut être heureux à la fois, recevez au moins mes compliments de condoléance; je viens de voir M. B..., qui m'a annoncé sa nomination.

— Vraiment! mais cet excellent B... se fait des illusions incroyables!.... comme bien d'autres, du reste. Personne ne se doute, mon cher, de ce qui va sortir des délibérations du jury. Toutes les combinaisons seront déjouées, et vous allez voir une nomination qui sera frappante d'imprévu.

— Je vois, mon cher, que vous allez être nommé; j'en suis bien aise; mille compliments et adieu !

Avant d'arriver à l'Académie, je rencontrai encore deux concurrents qui me firent des discours analogues et me permirent enfin, après quelques compliments, de toucher le temple de la rue de Poitiers.

— Quel air de jubilation! dis-je en entrant à un candidat de la

La désorganisation profonde du poumon, l'aspect uniforme de cette sorte de bouillie grisâtre trouvée à l'autopsie, rendent cette question insoluble; d'un autre côté, l'hémoptysie (comme on le sait) est un fréquent symptôme de la gangrène sans complication d'apoplexie.

2° Quelle était la nature des petites excavations, dont la plus grande était logée sous la clavicule gauche dans le sommet du lobe supérieur? Deux hypothèses se présentent:

A. Rappelons d'abord ses hémoptysies et ses bronchites si fréquentes depuis l'âge de vingt ans; la toux, les nouvelles hémoptysies, l'amaigrissement, les sueurs dont le malade fut atteint cet hiver dernier; la dépression sous-claviculaire, le son de pot fêlé, les signes indiquant une excavation au sommet gauche dès son entrée, quatre jours avant les symptômes de la gangrène.

Or, avec tout ce cortége de symptômes tous propres à la phthisie, ne pourrait-on pas se demander si les excavations trouvées çà et là n'étaient point dues à la fonte d'un certain nombre de tubercules? Je sais bien qu'on n'en a trouvé aucun à l'état de crudité au milieu des détritus gangréneux, et qu'un seul, devenu crétacé, se trouvait au sommet du poumon droit. La fausse membrane qui tapissait ces excavations ressemblait de tous points à celles que l'on trouve dans les cavités tuberculeuses.

B. N'étaient-elles point formées plutôt par des abcès nombreux, il est vrai, mais enfin causés par une inflammation violente qui se serait terminée ici par suppuration, là par gangrène?

Dans cette seconde hypothèse, l'inflammation révélée çà et là par des noyaux d'hépatisation grise avait été primitive, et l'état de cachexie du malade, accablé de misère, de privations, de chagrins, avait donné une fâcheuse impulsion à la pneumonie négligée du reste au début, et déterminé la mortification du poumon.

Telle fut l'opinion admise à l'examen du cadavre; elle compte en sa faveur un certain nombre de probabilités, sans lever toutes ces objections.

HOTEL-DIEU DE TROYES.

Note clinique sur un cas de blessure du poumon sans plaie extérieure au thorax.

Par M. Bédor, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Troyes, membre correspondant de l'Académie nationale de Médecine.

Les lésions traumatiques évidentes des poumons qui ne sont accompagnées ni de plaie extérieure ni de signes directement appréciables de fractures de côtes, et qui ne sont pas même suivies de crachement de sang, me paraissent trop peu ordinaires pour que le cas suivant ne mérite pas d'être rapporté. — Un homme nommé Prunier, actif et vigoureux garçon d'écurie, âgé de quarante-trois ans, point maladif, rentrait, dans la matinée du 7 février dernier, une charretée de fourrage par la fenêtre d'un grenier, à environ dix mètres d'élévation, lorsqu'il tomba de cette hauteur la tête la première.

C'était à l'hôtel des Courriers, vis-à-vis ma maison; de sorte que, appelé en toute hâte près du blessé, je m'y trouvai en même temps qu'on le relevait de sa chute. Voici les circonstances commémoratives de cette chute très grave, qu'il importe de bien faire connaître avant de décrire les blessures dont elle a été suivie.

Les mains de Prunier, tendues pendant qu'il recevait ses bottes de fourrage par la haute fenêtre dont il a été question, laissèrent échapper la corde, glissant dans une poulie, à laquelle étaient suspendues les bottes. S'étant penché trop vivement et sans précaution pour ressaisir cette corde, il perdit l'équilibre. Alors, qu'on me permette d'appliquer à ce fâcheux accident le mot pittoresque des plongeurs, il piqua une tête de la haute croisée où il travaillait et tomba sur la voiture arrêtée au-dessous. La tête vint d'abord heurter obliquement le haut d'une des roues de la charette, dont elle ensanglanta la ferrure. Là le blessé, ayant rebondi du coup, fut lancé contre l'une des saillies en bois de la ridelle, qu'il brisa sous le poids de tout son corps joint au choc de son épaule ainsi que de son bras droit; puis il fut en définitive violemment jeté dans la voiture, où il restait heureusement pour lui encore quelques bottes de paille.

Le blessé, retiré avec précaution et remis sur pieds pour être rentré à l'hôtel, avait une sueur froide et une pâleur cadavéreuse. Il marchait cependant un peu encore en le soutenant fortement sous les aisselles; mais il était dans un état progressif de défaillance très voisin de la syncope.

Placé sur un lit, étendu en supination, les parois du thorax semblaient à peine se mouvoir, tant la respiration était faible; et son pouls, dans quelque région qu'on le cherchât, n'était plus perceptible. Le malade conservait pourtant un reste de connaissance manifestée par les mots: « Ah! quel malheur! » qu'il répétait continuellement. Il fut déshabillé en coupant ses vêtements pour lui épargner autant que possible des mouvements dont le moindre lui arrachait des plaintes. Celles-ci étaient du reste bien faiblement articulées, de même que son exclamation continuelle. Il rapportait ses plus vives douleurs à la région lombaire droite. Cependant les téguments de cette région, examinés, ne se montraient encore qu'à peine ecchymosés sur deux points seulement, chacun de la largeur d'une pièce de 1 franc.

Les cheveux et le visage étaient mouillés de sang: il s'écoulait en filet peu abondant d'une plaie fortement contuse et déchirée située à la racine des cheveux au-dessus de l'éminence coronale droite. La configuration de cette plaie était irrégulièrement semi-lunaire, son étendue totale d'environ 6 centimètres. A son centre, la table externe de la boîte osseuse du crâne se reconnaissait déprimée d'environ 3 millimètres sous les téguments écrasés. L'épaule, le bras droit et le coude, ainsi que les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, se montraient notablement ecchymosés, tuméfiés et contus. Examinés avec soin, ils ne présentent du reste aucun signe de fracture ni de luxation. Entre le sommet du moignon de cette épaule et la base de la partie latérale du cou, il existait une autre contusion. Elle était fortement ecchymosée, superficiellement excoriée, et sillonnait les téguments d'arrière en avant, sur une longueur de cinq centimètres, large seulement de trois.

Voici enfin ce qui existait sur le thorax et qui fait surtout l'objet de la présente communication. A la région sous-claviculaire droite, il s'était élevé une tumeur sous-cutanée faiblement granulée, molle et évidemment emphysémateuse. Elle était très crépitante à la moindre pression: celle-ci n'y développait que peu de sensibilité. Sans changement de couleur à la peau, elle avait une forme arrondie, bombée en verre de cadran de pendule, et son diamètre en tous sens n'était, dans le premier moment du moins et durant le plus fort degré de l'état syncopal, que d'environ huit centimètres; mais peu d'heures après cet emphysème sous-cutané se propageait, supérieurement, sur le côté correspondant du cou à sa face antérieure jusqu'au-dessous de la mâchoire et, inférieurement, au-devant de l'aisselle.

A l'exception du sang fourni par la plaie existant au-dessus de l'éminence coronale droite, il n'en apparaissait pas la moindre quantité soit sortant des oreilles, soit par la bouche, soit même des narines.

J'exerçai fort attentivement le palper et l'auscultation des parois du thorax. J'y procédai d'abord seul; puis j'y revins un peu plus tard réuni en consultation avec M. Saussier. Ce confrère avait précisément rassemblé dans sa thèse inaugurale (1) d'intéressantes recherches sur les perforations pulmonaires en particulier, ce qui ne pouvait qu'ajouter encore à l'à-propos de notre réunion près de mon blessé.

Ni M. Saussier, ni moi, nous ne pûmes toutefois reconnaître aucun signe direct de fracture de côte, soit qu'elle n'existât pas, ce qui reste au moins douteux, soit qu'elle existât au contraire bien réellement, comme cela s'était vu, par exemple, chez l'homme dont parle Richerand (2), tombé, ainsi que le nôtre, d'un second étage, et où elle ne put être constatée qu'à l'autopsie.

La percussion du thorax, exercée avec la réserve nécessaire ici, n'obtint qu'un son mat pareil des deux côtés. Son auscultation fit percevoir vers la base, à droite, un faible bruit de râle crépitant. Nous n'avons point perçu le bruit particulier qualifié (1) de *claquement costo-hépatique*.

(1) Paris, 9 août 1841.

(2) Nosographie chirurgicale.

Entièrement d'accord dans notre appréciation de ces blessures, le pronostic que nous portâmes, quand on nous pria de nous prononcer sur l'état du blessé, fut des moins rassurants. Sa famille souhaitait fort de faire transférer le malade de l'hôtel à son domicile, dans un quartier éloigné. Nous déclarâmes formellement que ce transport pouvait hâter sa fin, et il fut ajourné.

Le pouls de Prunier resta aussi imperceptible; sa respiration aussi peu marquée, et sa faiblesse générale aussi excessive pendant tout le premier jour et toute la nuit suivante. Nous fûmes ainsi empêchés de recourir d'abord à la saignée, si fort indiquée d'ailleurs, aussi bien que de permettre le transport désiré ou même le moindre déplacement. On favorisa seulement le saignement très modéré de la plaie de tête.

Le lendemain 8, le pouls, qui ne s'était pas encore remontré, se ranima enfin, quoique faiblement, le matin. L'extrême pâleur diminua et la chaleur revint. Prunier nous parut en cela subir avantageusement l'influence excitante de l'alcoolat vulnéraire. Il était administré dans l'eau sucrée, par petites gorgées, répétées souvent. Quoiqu'il paraisse établi que l'emphysème sous-cutané n'exige aucun traitement spécial quand il est peu étendu, des compressions molles et ménagées furent exercées sur celui-ci avec un mince coussinet de coton cardé. Je tentai ainsi d'entraver l'infiltration ou boursouflement emphysémateux du tissu cellulaire. Il se propageait et s'accroissait en proportion du rétablissement graduel des fonctions vitales qu'avait presque anéanties cette longue défaillance. Les tuméfactions contuses du bras, fomentées par des lotions, d'abord résolutives, puis émollientes, se montraient douloureuses; la tête moins, mais les lombes l'étaient toujours plus qu'aucune autre partie. Sur leurs points douloureux, d'ailleurs, la peau s'était couverte d'une large teinte ecchymosée. Dans cette journée nous reconnûmes le transport du blessé praticable, et il eut lieu sans inconvénient. La plaie de tête, qui ne saignait plus, fut soigneusement rasée et pansée. Vers la fin du jour une réaction générale assez prononcée s'étant manifestée, enfin une saignée abondante (au moins 500 grammes) fut pratiquée. Elle était suivie dès le même soir d'une rémission marquée dans les souffrances.

Le 9, il n'avait pas dormi de la nuit. Il éprouvait de l'altération, avait une fièvre modérée, de la sensibilité plutôt que de la douleur à la poitrine au moindre mouvement. Il témoigna une répulsion complète pour la réitération de la saignée. Le sang obtenu par celle-ci était d'ailleurs normal, d'un rouge vif et nullement couenneux. — Diète, sans bouillon. Limonade-orangeade à discrétion. Potion calmante le soir, avec 30 grammes de sirop diacode.

Le 10, nuit meilleure. Une rémission déjà plus prononcée des symptômes observés se manifeste. De bruyants visiteurs et convives sont même réunis attablés près de son lit, sans qu'il s'en trouve incommodé, tout au contraire. Il observe du reste encore scrupuleusement l'abstinence complète, dont nous lui signalons avec énergie la nécessité.

Le 11, même état. L'emphysème sous-cutané se dissipe. La sensibilité pneumonique, apaisée par le repos, se montre d'une intensité assez modérée pour démontrer, comme déjà l'absence d'hémoptysie donnait lieu de le reconnaître, que la lésion traumatique du poumon, quoique certaine, avait eu peu d'étendue et ne menaçait nullement d'être suivie d'abcès.

Le 12, le blessé, qui souhaitait déjà manger, quoiqu'il n'eût accepté qu'une seule saignée heureusement copieuse, et qu'il souffrit encore notablement de la poitrine, obtint par obsession un léger vermicelle au lait.

Dès les jours suivants il me déclara vouloir désormais s'affranchir de son régime et reprendre l'usage du vin. L'avis intempestif d'un confrère, j'ai regret de le savoir, avait encouragé cette périlleuse résolution.

Cependant, plus heureux que sage, il compromit seulement le début encore fragile de sa convalescence; mais, grâce à sa robuste constitution, il se rétablit ensuite en assez peu de temps.

Au moment où je communique cette observation, dont l'issue, comme on l'a pu voir, ne s'annonçait pas à beaucoup près aussi heureuse, un mois s'est écoulé depuis la chute de Prunier. Il est rétabli, sauf un reste de gêne dans les mouvements du bras droit, laquelle s'efface même de jour en jour plus complétement. Ce blessé s'en ressent cependant assez peu pour avoir repris en partie ses travaux journaliers.

Que faut-il conclure de cette observation? Serait-ce donc que dans le cas actuel la superficie du poumon droit, sous la double cause d'une violente commotion subite et d'une pression momentanée, se sera plus ou moins rompue en éclatant comme une vessie, n'importe sur quel point? Je n'en crois rien. L'emphysème en cas pareil me semble trop, ainsi que l'a d'ailleurs consigné M. Velpeau dans son *Anatomie chirurgicale* (tome I, page 555 de la 1re édition), « un des signes les plus certains de fractures des côtes. » Aussi, quoique aucun autre signe ne l'ait confirmé, je crois certain qu'il y en a eu ici au moins une.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Dans nos précédents articles sur le concours ouvert à la Faculté de Médecine pour la succession de M. Blandin, nous avons fait connaître à nos lecteurs le résultat des trois premières épreuves; il nous reste, pour terminer nos comptes-rendus, à les entretenir des deux dernières. Celles-ci sont essentiellement différentes. L'une, toute théorique, est destinée à mettre en relief la nature et la portée d'esprit des divers candidats; elle consiste dans une thèse sur un sujet déterminé par le jury, rédigée dans l'espace de deux semaines, et sur laquelle chaque concurrent est ensuite argumenté par quatre de ses compétiteurs; l'autre, entièrement pratique, a pour

(1) Thèse déjà citée et *Expérience*, t. VII, n° 204.

---

section de pharmacie: on dirait en vérité qu'on vient de dépouiller un scrutin de ballottage en votre faveur.

— Nous n'en sommes pas tout à fait à ce point, me dit-il en se frottant les mains; mais si mes concurrents voulaient me faire l'amitié de lire tous un mémoire comme celui de ce bon M. B..., je crois que je pourrais attendre sans inquiétude le résultat du scrutin.

— Qu'a donc fait M. B... qui vous soit si favorable?

— Comment! vous l'ignorez encore! M. B..., pour faire sa cour à une partie de l'Académie, est venu lui présenter, non pas un mémoire d'apothicaire, mais bien un mémoire de barbier. Ce cher concurrent a conclu, de ce qu'il y a à l'Académie la section des perruques, qu'il devait nécessairement y avoir celle des perruquiers, et voilà ce qui l'a mis dedans.

— Prenez garde à vous, lui dis-je; vous avez bien de l'esprit pour un candidat; je vous engage à être un peu réservé sur ce point: les hommes en général et les académiciens aiment à ce qu'on leur trouve du talent; ils se soucient assez peu qu'on en ait ou non. Ainsi, tâchez, si vous tenez à réussir, de ne plus faire de bons mots; car un mauvais mémoire sans bons mots vaut mieux qu'un bon mémoire avec cet accompagnement. Tenez-vous-le pour dit, et allez faire des visites.

Pendant que je montais les marches du péristyle, un digne académicien les descendait paraissant assez peu satisfait des hommes et du sort.

— Qu'avez-vous? lui dis-je; votre figure, ordinairement si épanouie, semble aujourd'hui trahir les desseins les plus sinistres contre l'ordre social.

— Si j'étais un tant soit peu atrabiloire, il y aurait bien de quoi. Comprend-on qu'un académicien-amateur, qui ne met jamais le pied à l'Académie dont il semble faire fi, y vienne précisément aujourd'hui pour déranger des combinaisons fondées sur la plus stricte justice, sur les véritables intérêts de notre corps!

— De quoi donc s'agit-il?

— Il s'agit! il s'agit! que nous avions consenti, dans un intérêt de pure conciliation, à présenter au premier rang et *ex æquo* MM. M. Lévy et Requin, ce qui pour nous était une véritable concession, et voilà qu'un académicien du temps jadis, qui dédaigne la roc de Poitiers depuis qu'il trône au quai de Conti, vient une fois dans l'année à l'Académie uniquement pour nous surprendre et porter le trouble chez nous! Et dire que l'Académie se laissera influencer peut-être par une pareille tactique! Où donc est notre dignité et notre indépendance?

— Calmez-vous, lui dis-je; la cause que vous défendez est très défendable, et je ne doute pas qu'avec la conviction, l'énergie, l'art de persuader qui vous caractérisent, vous n'arriviez facilement à la faire triompher. M. Requin est un homme de mérite; mais M. Michel Lévy est un homme de mérite aussi. Puisque entre les candidats distingués qui ont brigué vos suffrages, la commission a placé ces deux noms l'un à côté de l'autre, l'Académie se rappellera l'imposante minorité qui a soutenu M. M. Lévy dans sa dernière lutte; elle se rappellera que M. Michel Lévy est un homme exclusivement scientifique, qui partageait exclusivement son temps entre l'Académie et son hôpital; elle se rappellera enfin que les représentants de la médecine militaire deviennent par trop rares parmi elle, qu'ils y ont toujours tenu un rang éminent, et elle renversera l'ordre tracé par la commission. Voilà ce que j'ose vous prédire, Dieu et notre éloquence aidant.

Là-dessus je le quittai, et j'allai écouter le charmant discours de M. Roux. Je dois vous dire seulement que je trouvai fort justes, quoiqu'un peu vives, ses réflexions sur les académiciens-amateurs, et que je pourrai bien quelque jour dire mon mot sur cette catégorie de rois fainéants. X...

but principal de mettre les candidats aux prises avec les difficultés de l'art chirurgical; elle consiste dans une série d'opérations sur le cadavre.

Thèses et argumentations.

Les thèses constituent une des épreuves qui se prêtent difficilement au parallèle. Chacune d'elles, en effet, traite un sujet différent et se trouve attaquée par des argumentateurs différents aussi; par conséquent les données sur lesquelles on pourrait établir la comparaison varient presque à l'infini; le jugement que le jury et le public peuvent porter sur les compétiteurs qui passent tour à tour sous leurs yeux est en quelque sorte tout personnel et se base sur deux éléments: sur la valeur de la thèse et sur la manière dont elle est défendue. C'est sous ce double point de vue que nous allons passer en revue les thèses que nous avons lues et entendu argumenter. Les limites étroites qui nous sont imposées ne nous permettant aucun développement, nous nous voyons condamné, bien à regret, à adopter pour nos appréciations une formule en quelque sorte aphoristique.

1° M. Lenoir. *Des opérations qui se pratiquent sur les muscles de l'œil.* — Thèse savante, bien pensée et soutenue avec succès.

2° M. Robert. *Des amputations partielles du pied.* — Thèse contenant un grand nombre de détails anatomiques sans applications, et de procédés opératoires pour la plupart soumis à une critique insuffisante, mais très bien défendue.

3° M. Gosselin. *Du Traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx.*—Thèse médiocrement pensée, convenablement exposée, bien défendue.

4° M. Nélaton. *Parallèle des divers modes opératoires employés dans le traitement de la cataracte.* — Thèse caractérisée par la justesse des appréciations et la netteté de l'exposition. Un peu mollement défendue.

5° M. Richet. *Des opérations applicables au traitement de l'ankylose.* — Thèse assez bonne, mais renfermant quelques erreurs qui ont rendu sur certains points la défense impossible.

6° M. Jarjavay. *Des opérations qu'on pratique pour les tumeurs fibreuses de la matrice.* — Thèse trop chargée de détails anatomiques, conçue à un point de vue un peu restreint; très brillamment défendue.

7° M. Maisonneuve. *Des opérations qu'on pratique pour les tumeurs de l'ovaire.* — Thèse un peu faible de critique, trop riche d'observations, très vigoureusement attaquée, vaillamment défendue.

8° M. Sanson. *Des opérations qu'on pratique pour les solutions de continuité du tube intestinal.* — Thèse aussi défectueuse dans le fond que dans la forme; attaquée avec force par trois candidats, avec un peu de hauteur par M. Malgaigne; défendue avec beaucoup d'esprit.

9° M. Malgaigne. *Parallèle des diverses espèces de taille.* — Thèse savante, d'une critique moins heureuse peut-être qu'on n'aurait dû s'y attendre; faiblement attaquée, facilement défendue.

Epreuve de médecine opératoire.

Le jury a cru devoir dédoubler cette épreuve en imposant aux candidats: 1° une série d'opérations; 2° une opération unique à exécuter et à décrire dans l'espace d'une demi-heure. L'épreuve muette ou purement pratique a nécessité deux séances, et l'épreuve à la fois pratique et orale cinq séances.

Il est impossible de porter un jugement sur la première partie de cette épreuve, que les personnes très rapprochées de l'opérateur ont pu seules apprécier; mais nous dirons quelques mots de la seconde, que la plupart des spectateurs ont pu comme nous voir et entendre. Par suite des vicissitudes du concours, trois candidats, MM. Malgaigne, Nélaton et Robert, ont eu le privilège de captiver l'attention publique dans cette nouvelle épreuve; c'est donc sur eux seulement que nous ferons porter notre appréciation.

L'épreuve de M. Malgaigne a été marquée par la fatalité qui semble poursuivre ce candidat dans ses épreuves sur la médecine opératoire. Après avoir exposé avec facilité la théorie de l'opération qu'il avait à faire, et avoir insisté longuement et avec beaucoup de raison sur l'importance que l'opérateur doit attacher à éviter la lésion du nerf cubital dans la *résection du coude*, il a été assez malheureux pour couper ce cordon nerveux, en dirigeant en dedans une incision qui devait être dirigée en dehors.

M. Nélaton, qui avait à pratiquer et à décrire la même opération, a joint au mérite d'une exposition claire et précise celui d'une exécution irréprochable.

M. Robert a eu à pratiquer la désarticulation de la cuisse; cette opération a été habilement exécutée; les détails descriptifs qui l'ont précédée ont été exposés aussi d'une manière satisfaisante.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DES ÉPREUVES.

Après avoir mis sous les yeux de nos lecteurs les appréciations de chacune des épreuves de ce concours, il ne serait peut-être pas inutile de réunir en quelques mots dans une sorte de tableau synoptique chacune de ces appréciations. Toutefois, les chances du concours étant aujourd'hui concentrées sur MM. Malgaigne, Nélaton et Robert, nous croyons répondre aux désirs de nos lecteurs en nous bornant nous-même à résumer les épreuves de ces trois candidats, sans pour cela méconnaître le talent incontestable déployé par la plupart de leurs compétiteurs.

En se reportant à chacun de nos comptes-rendus et en subordonnant, dans de justes proportions, les divers mérites résultant de la solidité de l'instruction, de la rectitude du jugement, du sens pratique, de l'habileté opératoire, enfin de la facilité d'exposition, voici les conclusions auxquelles on est conduit;

Première épreuve. — *Composition écrite.* — Bonne pour MM. Malgaigne et Nélaton, nulle pour M. Robert, qui a traité une autre question que celle posée par le jury.

Deuxième épreuve. — *Leçon orale après vingt-quatre heures de préparation.* — Très bonne pour M. Robert, bonne pour M. Nélaton, brillante dans la forme et assez bonne dans le fond pour M. Malgaigne.

Troisième épreuve. — *Leçon orale après trois heures de préparation.* — Bonne pour M. Robert, très mauvaise pour M. Malgaigne, excellente pour M. Nélaton, vu surtout l'ingratitude de la question.

Quatrième épreuve. — *Thèse.* — Alternativement faible ou forte, suivant les points de vue auxquels on se place, c'est-à-dire suivant que l'on considère la solidité d'esprit, la disposition et l'exécution du plan, enfin la manière dont le candidat s'est défendu; en résultat général, cette épreuve est à peu près également bonne pour les trois candidats.

Cinquième épreuve. — Bonne pour M. Robert, mauvaise pour M. Malgaigne, très bonne pour M. Nélaton.

Ainsi qu'on le voit, cette récapitulation générale est tout à fait favorable à M. Nélaton, et c'est dans ce candidat que le jury, s'il se laisse guider exclusivement par des considérations de concours, devra trouver un professeur de médecine opératoire.

Parmi ceux qui ont disputé la palme, d'autres, et des plus jeunes, auraient pu remplir les devoirs qu'impose le titre de professeur; mais puisque les hasards du combat ont désigné M. Nélaton, nous ne pouvons qu'en remercier la fortune. M. Nélaton est un homme profondément instruit, d'un jugement solide; c'est un excellent opérateur, et si sa diction laisse encore quelque chose à désirer, il acquerra facilement par l'habitude ce qui lui manque sous ce rapport. Les nombreux élèves qui suivent sa clinique à l'hôpital Saint-Louis sont une preuve qu'il en attirera de beaucoup plus nombreux encore à la Faculté. M. Nélaton professera avec simplicité et bonhomie. On a dit qu'il remplacerait le paternel Marjolin. Le mot est vrai et et n'a rien d'exagéré.

Revue thérapeutique.

Emploi de la glycérine contre les maladies de la peau.

La propriété qu'a la glycérine de se volatiliser très-lentement a suggéré à M. Stratin, médecin du service des maladies de la peau, à Londres, l'idée d'employer ce liquide dans celles des maladies qui ont pour caractère une sécheresse extrême du tissu cutané: telles sont le pytiriasis, la lèpre vulgaire, le psoriasis, le prurigo, etc.

Le même médecin a mis la glycérine en usage contre l'impétigo inveterata, contre le lupus, contre certaines syphilides, contre la scrofule cutanée, contre la variole, à sa période squameuse, contre l'alopécie, contre les gerçures des mains et des lèvres.

Combinée avec les savons, la glycérine peut être avantageusement utilisée en onctions, suivant M. Stratin, chez les individus qui ont la peau habituellement sèche, ainsi que chez ceux qui sont sujets aux douleurs rhumatismales.

La glycérine doit être prescrite pure.

Voici les formules que préfère M. Stratin:

1° Dans les brûlures superficielles, les excoriations, les écorchures, l'intertrigo, les crevasses des lèvres, l'herpès des lèvres, etc.

Pr. Gomme adragante pure, de	8 à 15 grammes.
Eau de chaux	120
Glycérine purifiée	30
Eau distillée de roses	100

On obtient ainsi une gelée molle, que l'on peut employer en onctions ou en embrocations.

2° Dans le traitement du prurigo, du lichen, du strofulus, de la lèpre, du psoriasis, des démangeaisons, etc.

Pr. Acide nitrique étendu d'eau de	2 à 4 grammes.
Sous-nitrate de bismuth	2
Teinture de digitale	4
Glycérine purifiée	15
Eau distillée de roses	225

Pour des lotions sur les parties malades.

3° Pour les fissures du mamelon, des mains, des lèvres; les irritations de la peau qui succèdent à l'action du rasoir, qui sont produites par l'insolation, etc.

Pr. Biborate de soude de	2 à 4 grammes
Glycérine purifiée	15
Eau distillée de roses	225

Pour lotions sur les parties malades.

4° Contre l'alopécie qui suit les maladies aiguës, ou qui est consécutive à la sécheresse ou à l'atonie du cuir chevelu, etc.

Pr. Esprit d'ammoniaque composé	30 grammes.
Glycérine purifiée	15
Teinture de cantharides de	4 à 8
Eau distillée de romarin	200

Pour lotions, que l'on fait une ou deux fois par jour sur le cuir chevelu.

5° Contre les douleurs rhumatismales, arthritiques, névralgiques, les contusions, les entorses, etc.

Pr. Liniment savonneux composé	45 grammes.
Glycérine purifiée	15
Extrait de belladone	4

On peut ajouter à ce liniment une certaine quantité de vératrine. Pour embrocations, deux fois par jour. (*Medic. times.*)

Il est à regretter, pour la confiance que l'on pourrait accorder aux expériences de M. Stratin, qu'il ait obtenu des succès dans tant de maladies diverses. S'il en reste quelques-uns dans la thérapeutique, ce sera déjà un service rendu; mais il est bien évident que ce qu'il annonce est empreint d'exagération.

Traitement de l'eczéma chronique.

M. Thiry, médecin de l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, dit avoir employé avec succès, contre l'eczéma chronique, les formules suivantes;

1° *A l'extérieur,* bains de carbonate de potasse et bains d'amidon, alternant tous les deux jours. Tous les jours frictions prolongées avec l'onguent suivant:

Pr. Suie de bois	30 grammes.
Axonge	120

Ajoutez:

Huile de jusquiame noire	4
— d'amandes douces	4

Formez une pommade.

2° *A l'intérieur,* le malade dut prendre le mélange suivant:

Pr. Iodure de soufre	50 centigrammes.
Rob de sureau	8 grammes.
Eau de sureau	120

M. S. A.

A prendre à la dose de 4 cuillerées par jour. Décoction des quatre bois sudorifiques pour boisson. Légumes et viandes blanches.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 27 février 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Cal volumineux et difforme d'une fracture ancienne du col du fémur.

M. GIRALDÈS, pour compléter la description de la pièce pathologique qu'il a présentée dans la dernière séance, la montre dépouillée de ses parties molles et en fait la description de la manière suivante:

« Cette pièce est constituée par une tumeur osseuse dans laquelle sont compris les trochanters et la base du col; sa hauteur est de 24 centim., et sa grande circonférence de 34; sa forme est comparable à une pyramide triangulaire dont la base s'applique sur la cavité articulaire et sur la face externe de l'os des îles, et dont l'arête interne se prolonge en arc-boutant au-dessous du cotyle. La surface de cette masse osseuse est irrégulière, composée d'ossifications, de stalactites osseuses plus amassées en arrière et en dedans de l'articulation qu'en avant et en dehors. La face interne de cette tumeur osseuse, celle qui s'applique contre la face externe de l'os des îles, est formée par une surface concave, irrégulière, de 12 à 13 centimètres de longueur, et recouverte par un tissu fibreux et par une membrane synoviale. Cette surface est constituée par la partie supérieure du fémur: elle présente à sa partie inférieure une petite cavité dans laquelle est logé le col de l'os.

En coupant la tumeur dans son grand diamètre, on constate de nouveau qu'en dehors elle est formée par le corps du fémur, et en dedans par les exostoses qui s'en détachent. On constate également que le tissu osseux est devenu plus dense dans quelques points, mais que nulle part, soit sur le corps du fémur, soit sur la tumeur osseuse, on ne rencontre, dit M. Giraldès, un travail d'ossification semblable à celui qui existe autour des os nécrosés. La tête du fémur, érodée en partie, avec une portion de son col, est contenue dans la cavité cotyloïde et dans la petite dépression qui existe à la face interne de la tumeur osseuse; elle y est contenue libre de toute adhérence et à la manière d'un corps étranger enkysté. Au-dessous de la cavité cotyloïde ou de l'os iliaque, et dans le point correspondant aux attaches du petit muscle fessier, on rencontre une tumeur osseuse en forme de tête, qui semble s'articuler avec la partie supérieure et interne de la pyramide osseuse formée par l'ensemble des parties.

M. CHASSAIGNAC trouve deux points remarquables dans cette pièce; c'est que, d'une part, les productions osseuses, extrêmement abondantes ici, se rapportent non-seulement au travail de formation du cal, mais encore et surtout à ce travail de production osseuse qui se fait autour des nécroses; c'est que, d'autre part, la tête osseuse, quoique complétement nécrosée, était contenue dans une cavité où il n'y avait pas de suppuration, et qui ne communiquait à l'intérieur par aucun trajet fistuleux.

M. Chassaignac a vu des faits analogues à la Société anatomique, particulièrement au niveau du grand trochanter, où sans doute il existe une vitalité exagérée du fémur.

M. GIRALDÈS fait observer à son collègue qu'en raison de l'ancienneté de la lésion, il y a eu des accidents d'inflammation et de suppuration très marqués.

M. FORGET demande si les fistules communiquaient avec la tête du fémur.

M. GIRALDÈS répond négativement, et rappelle que la tête osseuse se trouvait dans un isolement absolu.

M. MOREL demande que cette observation soit complétée et accompagnée d'un dessin.

M. GIRALDÈS regrette que la pièce pathologique subsiste seule, parce que les antécédents de cette lésion restent inconnus.

M. A. FORGET comparerait volontiers cette sorte d'enkystement de la tête du fémur à une balle enkystée dans un os, avec cette différence, qui n'existe pas ici cependant, qu'un séquestre est un agent de suppuration, et qu'un projectile peut séjourner dans l'épaisseur des tissus sans y provoquer la formation du pus.

M. GIRALDÈS, revenant au point précis de la discussion, rappelle qu'il existe des cas nombreux dans lesquels des végétations osseuses se sont ainsi développées; les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, la *Médecine opératoire* de Sabatier, le travail de Smith sur les *fractures près des articulations*, fournissent des exemples analogues à celui-là.

Pour M. Giraldès, en un mot, ce n'est pas là une nécrose; c'est un excès de vitalité ou d'hypersécrétion osseuse.

— M. LOIR appelle l'attention de la Société sur un mémoire publié par M. Bouvier à l'occasion du prix d'orthopédie. Ce mémoire, à l'article *Luxation de l'articulation coxo-fémorale*, contient plusieurs exemples d'hypertrophie osseuse appartenant à l'extrémité supérieure du fémur et à l'os iliaque.

Les observations que M. Loir a faites lui-même lui ont donné pour résultat général ce que M. Giraldès a exposé dans ce cas particulier. Ici seulement le volume de l'os, la structure spongieuse, la vascularité, le défaut de coaptation des fragments, ont été les causes de la formation d'un cal énorme. On pourrait dire que c'est un cal provisoire, selon Dupuytren, persistant indéfiniment, en raison même de l'impossibilité du cal définitif.

Les stalactites osseuses, dit M. Loir, se sont formées sans doute par suite du frottement du fémur et de l'os iliaque l'un contre l'autre, et sont le résultat des efforts et des mouvements nécessités pour la station et la marche. Une autre preuve à l'appui de ce fait, c'est que les cavités articulaires accidentellement formées sur la fosse iliaque externe sont dues aux luxations non réduites du fémur sur l'os iliaque.

Dans la fracture intra-capsulaire de l'extrémité supérieure du fémur, ajoute M. Loir, il faut noter au contraire la difficulté que le cal éprouve à se former par son insuffisance propre. En effet, le fragment supérieur est privé de sa vitalité par le fait même de la fracture; il tend à s'atrophier, à s'user et à disparaître par résorption.

Le cas de nécrose de la tête du fémur présenté par M. Giraldès en est même un exemple. Mais les masses de concrétions osseuses qui s'observent sur cette pièce pathologique ne sont pas, selon M. Loir, la conséquence de cette nécrose:

elles doivent être rapportées, dit-il, 1° au travail d'ossification nécessité par la fracture qui a eu lieu au niveau des trochanters; 2° aux pressions et aux frottements que ces parties ont eu à supporter continuellement dans la station et la progression. Les productions osseuses auxquelles donne lieu la nécrose avec séquestre offrent des caractères bien différents.

M. Chassaignac répète formellement qu'ici la principale partie du travail d'ossification est celle d'une nécrose.

M. Giraldès soutient, de son côté, que dans le cas présent, l'idée d'une nécrose est complétement en opposition avec le fait démontré d'une formation du cal.

M. Gosselin pense que ces deux opinions contraires peuvent être mises d'accord, parce que chacune d'elles semble vraie; dans les deux cas, en effet, le travail osseux est identique par l'épanchement de lymphe plastique qui doit se transformer en os, et le travail d'ossification pourrait s'appeler hypérostose.

M. Deguise fils fait les réflexions suivantes :

« M. Chassaignac, dit-il, exprime son étonnement après avoir examiné la tête du fémur, qu'il trouve nécrosée, qu'il n'y ait pas eu de foyer purulent autour d'elle, ni de trajet fistuleux communiquant à l'extérieur; et M. Forget, pour expliquer ce phénomène, le compare à ce qui se passe lorsqu'une balle est perdue dans quelque point de l'économie. Je suis d'autant plus disposé à admettre l'explication de M. Forget qu'elle m'a été démontrée par une pièce que j'ai eue entre les mains. J'ai trouvé, il y a cinq ou six ans, dans le foie d'un ancien militaire blessé à la bataille de la Moskowa, un fragment de côte de 5 ou 6 centimètres totalement détaché et enkysté au milieu du tissu du foie. Il n'y avait point de foyer purulent autour du kyste, ni le moindre vestige de trajet fistuleux. »

M. Deguise demande à M. Larrey s'il n'a pas vu des cas analogues à celui-là.

M. Larrey répond qu'il a vu quelquefois des fragments d'os à l'état de séquestres arrêtés ou maintenus dans l'épaisseur des organes sans y avoir déterminé d'accidents; mais il ne pense pas pour cela que ces portions d'os nécrosés puissent séjourner ainsi au milieu des tissus vivants sans y devenir tôt ou tard un foyer d'inflammation et une source de suppuration.

Quant à l'analogie d'action établie entre ces fragments d'os et les projectiles d'armes à feu, M. Larrey ne la croit pas exacte.

Dans le premier cas, du reste assez rare, le corps étranger, quoique mortifié, n'en est pas moins un corps organique susceptible d'absorption ou d'altération; or, par ce seul fait, il peut provoquer ou entretenir de l'irritation dans les parties au sein desquelles il se trouve placé; et il tendrait d'ailleurs par sa forme irrégulière à produire les mêmes effets; tandis que dans le second cas, extrêmement fréquent au contraire, le corps étranger, étant inerte, inorganique, conserve invariablement ses propriétés matérielles au milieu des tissus qui l'entourent; il s'y fixe enfin d'autant mieux que sa configuration est plus régulière et s'adapte plus facilement à la formation d'un kyste ou d'une enveloppe propre.

« Je pourrais, ajoute M. Larrey, rappeler bien des faits à l'appui de ce que j'avance si je ne craignais de m'écarter du sujet de la discussion. Il me suffira d'en citer un seul parmi ceux que renferment surtout les annales de la chirurgie militaire.

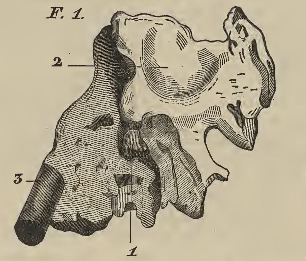
» Un soldat de l'armée du Rhin reçoit un coup de feu à l'épaule; sa blessure n'offre qu'une seule plaie, qui se cicatrise au bout d'un certain temps sans que l'on puisse reconnaître si la balle en est ressortie. Les accidents traumatiques ne laissent plus ensuite d'autre trace qu'une cicatrice déprimée et une ankylose incomplète, qui persiste et fait admettre l'ancien soldat aux Invalides.

» Trente-cinq ou trente-six ans après la blessure, il fait une chute sur le moignon de l'épaule; une arthrite se déclare et se complique de suppuration profonde, d'ulcération fistuleuse et de dénudation étendue de l'humérus. Mon père ampute le bras dans l'articulation, et, à l'examen anatomique du membre, nous trouvons la balle logée dans le centre de la tête osseuse, qu'elle avait perforée en se creusant une place dans son tissu spongieux. L'ouverture s'était rétrécie à tel point qu'elle ne permettait plus au projectile de ressortir de cette cavité, au milieu de laquelle il était resté libre et mobile comme un grelot. J'ai montré cette singulière pièce à la Société anatomique il y a une quinzaine d'années; mais elle a été malheureusement égarée depuis.

» L'intérêt qui peut s'attacher même de loin à ce fait m'excusera, j'espère, de cette digression. »

M. le président et plusieurs membres, MM. Cullerier, Morel-Lavallée, Guersant et Debout, discutent la question de savoir si on ne pourra pas reproduire, soit dans les mémoires, soit dans les bulletins, un dessin de la pièce anatomique présentée par M. Giraldès.

Il est décidé que ce dessin sera annexé aux bulletins.



La fig. 1 représente le fémur (2) et l'os iliaque (3) en rapport.





Fig. 2, les parties séparées. | Fig. 3, la coupe longitudinale.

Troubles prolongés de l'innervation par l'emploi du chloroforme.

M. Michon donne lecture de l'observation qu'il a communiquée sommairement dans la dernière séance. Voici l'extrait de cette observation recueillie par M. Mesmet, interne du service :

« Le mardi 19 février 1850, une jeune fille de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, bien réglée, n'ayant jamais eu, assure-t-elle, aucune attaque d'hystérie, fut chloroformisée pour une cautérisation transcurrente sur le genou gauche affectée de tumeur blanche en voie de guérison.

» Soumise à neuf heures et demie du matin aux inspirations du chloroforme, elle fut insensible au bout de trois ou quatre minutes, sans d'autres troubles qu'un peu de lenteur et de faiblesse du pouls. La cautérisation terminée, la circulation reprit son type normal, et la malade fut abandonnée à elle-même.

» A onze heures et demie (deux heures après la chloroformisation), je revins voir la malade, et la trouvai absolument insensible sur tous les points du corps. Le pouls était bon, la respiration calme; seulement, de temps en temps, une inspiration profonde a lieu; la sensibilité tactile est très obtuse; la motilité légèrement affaiblie; l'intelligence parfaitement conservée. La jeune fille se plaignit de quelque chose de lourd et d'incommode qu'elle avait, disait-elle, au cou, et qui lui pesait sur les mains; souvent elle me priait de l'en débarrasser. Les organes des sens n'avaient pas toute leur intégrité. L'ouïe avait conservé sa finesse; la vue était confuse, et quoiqu'elle distinguât parfaitement la lumière, il lui semblait que les objets placés devant elle étaient déformés et multiples; l'odorat paraissait moins impressionnable, et le tact était très obtus, comme je l'ai dit.

» Cet état se prolongea jusqu'à une heure, *c'est-à-dire eut trois heures et demie de durée, à partir du moment de la chloroformisation.* Pendant ce temps, les projections d'eau froide sur la face avaient été inutilement essayées; et à midi et demi seulement, la malade avait commencé à prendre par cuillerées, à dix minutes d'intervalle, la potion suivante :

Pr.		
Eau de tilleul	120	grammes.
Sirop d'éther	30	—
Eau de fleur d'oranger	10	—
Ammoniaque	12	gouttes.

» A une heure la sensibilité commença à revenir, à une heure un quart elle était complète. La malade, vers le soir, ne se plaignait que d'un peu de fatigue dans les yeux, de lassitude dans les bras, de fourmillements dans les mains. Le lendemain soir, toutes les fonctions étaient rentrées dans le calme.

» Le fait capital de cette observation est le retour si tardif de la sensibilité, puisque trois heures et demie après la chloroformisation l'anesthésie cessait à peine. »

Correspondance.

M. Chassaignac offre à la Société sa thèse de concours sur les *opérations applicables aux fractures compliquées.*

M. Maisonneuve avait déjà fait hommage de la sienne sur les *opérations applicables aux maladies de l'ovaire.*

M. le président, à cette occasion, invite ceux de MM. les membres qui ont pris part au même concours à vouloir bien donner aussi un exemplaire de leur thèse à la Société

Il dépose ensuite sur le bureau les brochures qui lui ont été adressées par M. Cazenave (de Bordeaux), et dont voici les titres :

1° Du coryza chronique et de l'ozène non vénérien;
2° Choix d'observations sur le coryza chronique, la punaisie; sur quelques maladies des voies urinaires chez l'homme et sur la lithotritie;
3° Fragments d'un traité complet des maladies des voies urinaires chez l'homme;
4° Nouveau mode d'exploration de l'urètre;
5° Des rétrécissements de l'urètre (thèse);
6° Des sondes et des bougies en gélatine indestructible de l'ivoire;
7° Etudes sur la fissure à l'anus;
8° Du traitement local des vaginites chroniques à l'aide d'un nouveau procédé de cautérisation;
9° Histoire d'une troisième amputation du col de l'utérus faite avec succès;
10° De quelques infirmités de la main droite qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire, et du moyen de remédier à ces infirmités.

Ces diverses brochures seront renvoyées à la commission chargée d'examiner le travail manuscrit du même auteur.

— Le ministre de l'instruction publique adresse à la Société une lettre-circulaire, qui a pour objet la recommandation de régulariser et d'assurer le service d'échange et de transmission des publications entre les Compagnies savantes.

Cette lettre, n'intéressant que les membres du bureau et ceux du comité de publication, est inutile à lire.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 21 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 35.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 20 MARS 1850.

CONCOURS

OUVERT DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS POUR UNE CHAIRE DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.

C'est demain jeudi, à cinq heures du soir, que sera proclamé le résultat du concours ouvert devant la Faculté de médecine de Paris. On nous rapporte que, sans respect pour la dernière épreuve, quelques juges qui n'attendaient plus que cette épreuve même pour prendre une décision sont déterminés à voter précisément pour le candidat auquel elle a été fatale. Nous espérons encore que des hommes sérieux ne donneront pas ce triste exemple à ceux qu'ils doivent guider dans la voie de la justice non moins que de la science.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu aujourd'hui deux rapports intéressants et un savant mémoire de M. Pravaz, dont tout le monde connaît les remarquables travaux ; c'était plus qu'il n'en fallait pour donner à la séance un véritable intérêt. Le premier des rapports lus a été celui de M. Caventou, sur une source minérale de la vallée de Cransac, non encore exploitée. Deux analyses faites à des époques différentes, par des chimistes différents, M. O. Henry et M. Poumarède, ont démontré que cette nouvelle source, comme les anciennes de la même localité, contenait, mais en moindre proportion, du sulfate de manganèse. Voilà donc la France, déjà si riche en sources minérales, en possession d'une source nouvelle qu'on doit ranger parmi celles, fort rares, qui renferment du manganèse en quantité notable, et qui jouissent d'une grande efficacité. Nous aurions quelques réflexions à faire relativement aux considérations médico-physiologiques à l'aide desquelles M. Caventou a voulu expliquer l'action des eaux de la source nouvelle et des sources anciennes; mais ces considérations venant d'un chimiste, même alors que ce chimiste est un homme aussi distingué que M. Caventou, ne tirent pas à conséquence, et peuvent, sans inconvénient, être passées sous silence. Nous ferons seulement une remarque sur une idée qui a paru préoccuper la commission lorsqu'elle a donné son approbation à la nouvelle source. C'est le dommage matériel que cette approbation pourrait porter aux sources anciennes. Aussi la conclusion du rapport reproduit-elle ce que le rapport lui-même exprime très souvent, c'est que la nouvelle source a une action tout à fait distincte des autres, et que, loin de se nuire, toutes ces sources ne feront que se servir mutuellement. Nous croyons que c'est là une mauvaise tendance à laquelle l'Académie fera bien de ne pas se laisser aller. L'Académie est consultée sur un seule chose, sur la question de savoir si telle source nouvellement découverte peut ou non être utile à la santé publique ; elle doit se contenter de répondre à cette seule question, sans se préoccuper des conséquences qui peuvent découler de sa réponse pour tel ou tel intérêt privé. Nous avons même été surpris qu'un esprit habituellement aussi élevé que celui de M. Caventou n'ait pas compris tout l'avantage qu'il y avait pour l'Académie à se renfermer dans la haute région des intérêts publics.

La lecture de M. Pravaz a pour objet des expériences et des calculs si précis de physiologie et de physique, que nous n'oserions hasarder une discussion sur ce travail, auquel M. Rochoux a cependant fait, séance tenante, des objections graves que nos lecteurs trouveront au compte-rendu.

Quant au rapport de M. Gaultier de Claubry, c'est seulement une œuvre consciencieuse de statistique, dans laquelle aucune question importante n'est soulevée.

Nous ne terminerons pas cette courte appréciation sans signaler avec éloges la communication de madame Museux, qui a transmis à l'Académie un travail réellement scientifique, très convenablement exécuté. La statistique dressée par madame Museux, si elle était faite dans plusieurs localités, serait du plus grand intérêt pour l'histoire des accouchements.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Fistule vésico-utérine. — Perte de substance. — Cloison vésico-vaginale intacte. — Autoplastie par glissement. — Suture entrecoupée. — Pertuis fistuleux déterminé par le séjour prolongé d'un fil. — Guérison.

Rosalie Lazzilaire entra dans mon service, le 28 octobre 1849, pour y être traitée d'une fistule vésico-utérine survenue à la suite d'un accouchement.

Il est curieux, avant d'aborder l'examen des organes lésés, de nous occuper des antécédents de cette malade, qui nous ont été fournis par notre excellent confrère M. le docteur Depaul.

Rosalie Lazzilaire fut reçue à la Clinique d'accouchement le 5 août 1849. Elle raconta qu'elle jouissait habituellement d'une bonne santé, et que déjà deux fois elle était accouchée à terme à la Maternité, une première fois il y a six ans et une seconde il y a trois ans, mais que toujours elle avait eu des accouchements longs et difficiles, qui ne purent être terminés qu'à l'aide d'instruments et qui eurent pour résultat la naissance d'enfants morts.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois du 1er au 6 décembre 1848, et elle a supposé être devenue enceinte quelques jours après.

A ce compte, qui paraît d'ailleurs s'accorder avec le développement de l'utérus, elle était près de la fin du huitième mois au moment de son entrée; la marche de cette grossesse n'a été troublée par aucun accident.

La petitesse de sa taille, certaine conformation des membres pelviens rappelant le rachitisme, les difficultés qui avaient signalé ces deux premiers accouchements, tout permettait de supposer une mauvaise conformation du bassin.

M. Paul Dubois en pratiqua la mensuration et reconnut que le diamètre antéro-postérieur n'avait que 85 ou 86 millimètres. Dès lors, il pensa que l'art devait intervenir, et il résolut de recourir à l'accouchement prématuré artificiel; comme préparation à l'opération qui devait être pratiquée le lendemain, on fit prendre un bain le 8 août et on purgea légèrement avec 30 grammes d'huile de ricin.

Le 9 dans la matinée, M. P. Dubois introduisit un cône d'éponge préparée de 5 à 6 centimètres de long sur 15 millimètres de large à la base, et il fut maintenu dans le col avec deux éponges ordinaires placées dans le vagin.

Pendant la journée qui suivit cette opération, la femme éprouva quelques légères douleurs dans les reins et dans le ventre; le soir, elles devinrent un peu plus vives, pour disparaître presque entièrement pendant la nuit.

Le 10 au matin, quelques contractions utérines légères apparaissent et semblent plus fortes que celles de la veille. Quoique l'état général paraisse bon, on constate une assez grande fréquence du pouls, qui bat de 104 à 108 fois par minute. Les douleurs durent jusqu'à une heure après midi, se calment alors, pour revenir à quatre heures et cesser complètement à six, une heure après qu'on a retiré l'éponge préparée. Déjà le matin on s'était assuré que cette éponge avait presque entièrement abandonné le col, et on reconnut qu'elle n'avait produit qu'une très petite dilatation de l'orifice interne et une un peu plus considérable de l'orifice externe.

L'alimentation depuis la veille avait été très modérée (le quart de la portion ordinaire).

Le 11, il n'y a pas eu de douleurs depuis la veille; sommeil toute la nuit. Le col est dans le même état. Peau un peu chaude, pouls à 88. On introduit un nouveau morceau d'éponge préparée un peu plus volumineux que le premier.

Presque aussitôt après surviennent des contractions utérines qui durent toute la journée et une grande partie de la nuit suivante, en se montrant tantôt plus fortes, tantôt plus faibles.

Le 12, il n'y a pas eu un instant de sommeil; le pouls est toujours un peu fréquent. On retire les éponges, et on trouve l'orifice inférieur du col beaucoup plus dilaté, le supérieur est mou et dilatable.

Une sonde en gomme élastique, armée de son mandrin, est alors introduite dans l'utérus; les membranes sont décollées et percées à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'orifice. On retire environ 80 grammes de liquide amniotique; la sonde est enlevée et la malade laissée dans son lit.

Des douleurs vives mais irrégulières se manifestent toute la journée; pendant la nuit, elles deviennent plus fortes et plus fréquentes.

Le 13, les contractions utérines sont presque continuelles; le col est à peu près complètement effacé, mais à peine dilaté; à trois heures, le col est dilaté comme une pièce de 1 franc; à six heures, la dilatation a 8 centimètres environ. Les membranes bombent fortement pendant chaque douleur; la tête est toujours très mobile au-dessus du détroit supérieur. A six heures un quart, on pratique la rupture des membranes, à la suite de laquelle il s'écoule un litre et demi d'eau verdâtre et fétide. Après cinq minutes de calme, les douleurs reviennent avec une nouvelle intensité; la tête ne s'engage pas cependant, et il est impossible de déterminer quelle est sa position; les battements du cœur de l'enfant sont forts et réguliers (144 à 148 par minute). A 9 heures et demie, on fait prendre un grand bain et on donne un quart de lavement avec 20 gouttes de laudanum. De nombreux vomissements surviennent; la tête s'engage, et à quatre heures du matin la femme accouche d'un enfant mort du sexe féminin qui pesait 3,300 grammes. La délivrance est naturelle.

Les premiers jours qui suivirent cet accouchement ne présentèrent rien de particulier; mais le sixième jour la malade s'aperçut que son linge était mouillé, qu'elle ne pouvait plus uriner spontanément et que son urine s'écoulait à chaque instant sans qu'elle fût libre de la retenir par conséquent. Depuis ce moment cette infirmité persiste, et M. Depaul veut bien donner à la malade le conseil de venir dans mon service. Elle se présenta donc à l'Hôtel-Dieu, où elle fut admise le 22 octobre 1849.

L'ayant examinée, je trouvai peu de lésions à l'extérieur des organes génitaux, où l'on apercevait cependant un érythème, des granulations à l'extérieur des grandes lèvres et de la fourchette, et peu de gonflement et d'œdème des grandes lèvres. Il existait autour de l'anus quelques hémorrhoïdes.

Le spéculum ne fit rien distinguer sur la cloison vésico-vaginale, qui était parfaitement intacte, et au premier abord on se demandait d'où provenait l'urine qui remplissait le vagin et qui inondait les parties génitales externes. Mais, en écartant avec soin les grandes lèvres et en abaissant la cloison recto-vaginale avec un spéculum univalve, on voyait s'échapper par l'orifice du col utérin un flot d'urine. Ce n'est qu'en relevant la lèvre antérieure du museau de tanche qu'on découvrait l'endroit par où s'écoulait le liquide urinaire. C'est alors aussi qu'il était facile d'apercevoir les restes de la lèvre postérieure, qui avait en grande partie été détruite par le fait de l'accouchement.

En portant le doigt dans l'orifice utérin élargi, on parvenait dans la vessie. Il existait donc ici une communication qui mérite le nom de vésico-utérine. Il est clair que dans ce fait toute la paroi antérieure du col de l'utérus a été détruite avec la paroi correspondante de la vessie.

La malade, désirant absolument être opérée de suite, après avoir subi quelques préparatifs, le fut le 28 octobre 1849, en présence de MM. Depaul, Capuron, etc., dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu, de la manière suivante :

1° Le museau de tanche a été saisi sur sa lèvre antérieure avec deux érignes de Museux implantées dans son épaisseur. Bientôt le col a été abaissé d'une manière graduée. Une fois que l'organe a été déprimé aussi bas qu'il pouvait parvenir, j'ai fait deux incisions sur les côtés de l'ouverture du col, dans une de ses commissures; et, tout en débridant l'orifice utérin, je détachai le vagin latéralement.

2° Le col étant largement ouvert, il m'a été permis de raviver le trajet parcouru par l'urine, de retrancher des bourgeons durs et d'enlever la muqueuse utéro-vésicale.

Les ouvertures latérales ont donc permis d'agir sur l'ouverture vésicale et d'appliquer la suture.

Troisième temps. — Application des points de suture. Ce temps a été le plus difficile de l'opération. Il s'agissait, en effet, de réunir les lèvres de la fistule à l'aide de plusieurs points de suture, et c'est ce que je parvins à faire sans trop de difficulté, en ayant soin de décoller largement circonférentiellement le vagin de son insertion au col de l'utérus, aussi bien en avant que sur les côtés. Deux points de suture latéraux furent faits, et un troisième médian.

Une artériole qui fournissait du sang fut liée; des injections d'eau froide furent faites dans le vagin; un tampon d'amadou introduit, et une sonde en gomme élastique fut immédiatement placée dans la vessie.

Rien ne se fit remarquer chez la malade pendant les premières heures qui suivirent l'opération; mais dans le courant de la journée il survint un écoulement de sang assez abondant par la chute d'une ligature appliquée sur un vaisseau artériel. Un tamponnement fut fait par le chirurgien de garde au moyen de morceaux d'agaric poussés dans le vagin.

Dès le même soir, la malade commença à se plaindre de coliques et d'envies de vomir; le ventre se laissa distendre par des gaz.

Le lendemain, la malade éprouva quelques vomissements. La potion anti-émétique de Rivière fut prescrite, et l'eau de Seltz administrée dans le courant du jour. Je ne voyais dans l'état de la malade qu'un état spasmodique. Le spasme, en effet, est très commun après les opérations qui laissent chez les malades une certaine agitation.

Le 25 octobre, la susceptibilité gastro-intestinale a presque disparu. Les morceaux d'agaric et le tampon sont rendus au milieu de caillots de sang.

Le 27, la malade a un peu de dévoiement; dans la nuit, quatre selles liquides. Un lavement laudanisé est prescrit.

Le 28, le dévoiement continue un peu, et un lavement lau-

danisé et amidonné est prescrit. On s'abstient de donner à la malade même du bouillon.

Le 29 et le 30, plus de dévoiement; état général satisfaisant. La malade prend un peu de bouillon de poulet.

Le 1er novembre, la malade est examinée, et une injection d'eau tiède est faite dans le vagin. Le flot du liquide entraîne la ligature devenue libre, et qui avait servi à lier l'artériole dont j'ai déjà parlé.

Le 2, l'état général est satisfaisant. La malade est de nouveau examinée au spéculum, et une injection d'eau tiède est faite dans le vagin. J'enlève un point de suture. Une sonde de femme, introduite dans l'urètre, donne issue à de l'urine trouble et fétide. Cette évacuation se termine par plusieurs jets brefs et saccadés, comme ceux qui suivent la miction chez une femme en santé. Ces deux circonstances annoncent que les fonctions de la vessie se rétablissent.

Le 3, la malade dit avoir uriné trois fois autour de la sonde, et cela avec le besoin d'uriner.

Le 5, je retire un fil. Les lèvres de la plaie sont parfaitement réunies. Une sonde de femme, introduite dans la vessie, évacue une forte quantité d'urine. La malade, d'ailleurs, avoue qu'elle n'en perd pas par le vagin et qu'elle n'est pas mouillée. La sensation du besoin d'uriner a reparu. La sonde, sans doute bouchée, a été chassée de l'urètre par le flot de l'urine. Une nouvelle sonde est cependant introduite dans la vessie.

Le 8, un dévoiement séreux abondant vient tourmenter la malade, qui assure n'avoir fait aucune imprudence de régime. Elle va dix ou douze fois à la garde-robe dans la journée. Dès le soir même, ces accidents cèdent aux sinapismes, à la diète, aux lavements laudanisés et amidonnés et aux cataplasmes sur le ventre.

Le 9, la malade ayant uriné autour de la sonde, et celle-ci la gênant, on l'enlève.

Le 11, la malade a de fréquentes envies d'uriner, et les besoins se renouvellent tous les quarts d'heure.

Le 14, la malade ne peut garder ses uriness plus de huit ou dix minutes, et elle est forcée de les rendre chaque fois que ce besoin impérieux se fait sentir, sans quoi elle inonderait sa couche.

Le 18, les urines paraissent être conservées un peu plus longtemps, une demi-heure environ; mais dès que le besoin se fait sentir, la malade les rend sans pouvoir se retenir.

Le 26, la malade est inquiète, et dit avoir été mouillée. Je l'examinai au spéculum, et je retirai un fil. C'est la présence de ce fil qui avait provoqué sans doute le spasme vésical; car la cicatrice est solide et il n'y a pas d'urine dans le vagin.

Rien de nouveau du 26 novembre au 1er décembre. A mesure qu'on s'éloigne du moment de l'opération, la malade sent qu'elle garde chaque jour un peu plus longtemps son urine. Elle la conserve maintenant une, deux et trois heures quelquefois; les fonctions de la vessie se rétablissent peu à peu; l'urine ne s'écoule plus sans que la malade en ait la conscience, comme cela arrivait avant l'opération. Elle n'est plus autant mouillée; elle urine à volonté, excepté quelquefois encore dans la nuit, pendant le sommeil, que l'urine s'échappe sans qu'elle s'en aperçoive.

Le 14 décembre, les forces reviennent graduellement; elle se lève plusieurs fois dans le jour, et cependant elle se plaint de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins. — Vin de Bordeaux.

Les 5 et 6 décembre, la malade a eu un accès de fièvre intermittente bien caractérisé. — Un lavement de sulfate de quinine a été administré.

Le 7, le malaise et la fièvre ont disparu, mais la malade éprouve, pendant qu'elle dort, des sueurs abondantes qui cessent au moment du réveil. Les forces, d'ailleurs, ne reviennent que lentement. L'appétit est bon; il n'y a pas de dévoiement. Rien de particulier du côté des fonctions respiratoires.

L'état des voies urinaires est toujours le même. — Le lavement de sulfate de quinine est suspendu et remplacé par une pilule du même médicament.

Le 10, examen au spéculum. Le vagin ne contient pas une goutte d'urine. Une sonde introduite dans la vessie par l'urètre en fait, au contraire, écouler une certaine quantité. En portant le doigt dans le vagin, je distingue manifestement un fil dans la paroi de cet organe où a porté la suture. En effet, avec une pince et des ciseaux, je retire encore plusieurs débris de fil, mais non pas une anse entière.

Le 11, rien de nouveau dans l'état local ni dans l'état général. La malade conserve toujours ses urines à peu près le même temps, deux heures environ. Elle se lève une partie de la journée et mange avec appétit; mais toujours, aussitôt qu'elle s'abandonne au sommeil, sa peau se couvre de sueur.

Le 13, elle n'a pas sué du tout de la nuit dernière; il est vrai qu'elle avait pris deux pilules d'extrait de ratanhia.

Les 14 et 15, les sueurs n'ont pas reparu depuis que la malade prend chaque soir trois pilules de 0,05 d'extrait de ratanbia.

L'état local est toujours le même. La malade ne conserve pas ses urines plus longtemps que par le passé; elle les perd pendant la nuit, et même ordinairement pendant le jour dans la position horizontale seulement; car elle les conserve très bien lorsqu'elle est debout.

Le 17, nouvel examen au spéculum. Le vagin ne contient pas une goutte d'urine. L'introduction d'une sonde dans le canal de l'urètre, toujours douloureux à cause de l'état d'irritation de toutes ces parties, donne issue à une petite quantité d'urine, parce que la malade vient d'uriner. Elle perd un peu d'urine involontairement pendant la nuit.

Le 19, je priai la malade de conserver ses urines le plus longtemps qu'il lui serait possible, ce qu'elle fit depuis six heures du matin jusqu'à neuf heures et demie. C'est un temps plus long que celui pendant lequel elle les conservait ordinairement. A neuf heures et demie, elle descendit à pied à l'amphithéâtre, assez éloigné de la salle Saint-Roch; elle retourna à son lit sans avoir été examinée. Tout le reste de la journée elle se trouva fatiguée de sa double course et des efforts qu'elle avait faits pour retenir son urine un temps inaccoutumé.

Le 21, nouvel examen au spéculum en présence de M. Depaul. La malade n'avait pas uriné depuis deux beures. Une sonde de femme introduite par l'urètre donne issue à une forte quantité d'urine, dont une partie filtre dans le vagin entre la portion de la sonde reçue dans l'urètre et les propres parois du canal. C'est la première fois depuis longtemps qu'on trouve de l'urine dans le vagin, et elle ne peut pas s'y être accumulée par une autre cause que celle qui vient d'être indiquée.

Un nouveau fil double, formant cette fois une anse complète, est encore retiré.

Les 24 et 25, tout est toujours à peu près dans le même état. Les urines sont toujours gardées deux ou trois beures environ; elles s'échappent encore involontairement par le vagin pendant le sommeil, et même quelquefois le jour dans les premiers moments du décubitus borizontal, mais non dans la station debout.

La malade, d'ailleurs, se trouve très bien; elle se lève une partie du jour. Les forces reviennent graduellement.

Le 28, nouvel examen au spéculum. Une sonde introduite dans le canal de l'urètre donne issue à une certaine quantité d'urine; mais en même temps que le liquide sort par l'orifice de la sonde, on le voit aussi s'échapper manifestement de l'intérieur du vagin. Il y a donc là un pertuis qui livre passage à l'urine, et qui explique l'incontinence pendant le sommeil et dans certaines positions de la malade. Une injection d'eau tiède poussée par la sonde laissée dans l'urètre rend ce pertuis manifeste, parce qu'on voit le liquide suinter par la paroi antérieure du vagin et tomber dans ce conduit. Ce pertuis d'ailleurs est très petit, il siége au niveau de la cicatrice que l'opération a produite; il reconnaît pour cause la présence de ce fil qui est resté si longtemps en place et qui a été retiré seulement il y a quelques jours, le 21 décembre, deux mois après l'opération.

Je cautérise avec le nitrate d'argent ce trou imperceptible; j'ordonne le repos au lit, et fais de nouveau placer une sonde à demeure.

Les 29 et 30, nouvelles cautérisations avec le nitrate d'argent.

Le 31, la sonde laissée à demeure dans le canal de l'urètre provoque un sentiment de cuisson et de douleur assez vif. L'orifice du canal est rouge et en partie comblé par un petit caillot de sang. J'enlève la sonde.

Le 1er janvier 1850, la malade me dit que, suivant les diverses positions qu'elle prend, elle perd ou ne perd pas son urine: ainsi, elle ne la perd pas quand elle demeure sur le dos; elle la perd, au contraire, quand elle demeure sur le ventre.

Le 4, examen au spéculum. Même état déjà décrit. — Nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent.

Le 9, la malade dit n'être plus mouillée du tout depuis trois jours, quelle que soit la position qu'elle prenne.

Le 12, nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent. Une sonde est de nouveau placée à demeure. L'état général est toujours très satisfaisant.

Le 14, la malade se plaint de repousser la sonde malgré elle chaque fois qu'elle fait effort pour uriner. L'algalie est de nouveau enlevée.

Le 16, la malade se plaint d'étouffements, de maux de tête; elle a la figure rouge, les yeux injectés; ses règles n'ont point reparu depuis son dernier accouchement. Je fais pratiquer une saignée du bras de deux palettes.

Le 19, la malade, qui de temps en temps a perdu jusqu'ici quelque peu d'urine, n'en a pas perdu une goutte depuis vingt-quatre beures.

Le 20, la malade n'a pas été mouillée du tout depuis hier. Un nouvel examen au spéculum me démontre qu'il n'existe plus de trace du pertuis qui livrait passage à l'urine. Le crayon est de nouveau passé, par précaution, sur le point qui a déjà été cautérisé plusieurs fois.

Les 21 et 22, la malade ne perd plus du tout d'urine, et la guérison est complète. Depuis ce moment, la malade n'a pas perdu une goutte d'urine; la vessie remplit admirablement ses fonctions. Le liquide est conservé comme autrefois, et expulsé par les causes naturelles de la miction. Cette femme a repris complètement sa gaieté.

Le 5 mars, en mon absence, M. Depaul a bien voulu la présenter à l'Académie.

Un dernier examen a été fait le 4 mars, et voici ce qu'il m'a appris:

1° L'introduction d'une sonde dans la vessie a démontré que cet organe avait repris sa capacité normale; de plus, cette exploration m'a appris que le col était rencontré par la sonde lorsque celle-ci était introduite en ligne directe.

2° L'urine est parfaitement limpide et transparente, soit qu'on la retire longtemps après qu'elle a séjourné dans la vessie, soit peu de temps après qu'elle y a été déposée.

3° L'examen du vagin permet de reconnaître que ce conduit a à peu près ses dimensions normales. La paroi antérieure du vagin est légèrement plus élevée que dans l'état normal.

4° Les restes de la lèvre postérieure sont complétement cicatrisés.

5° La lèvre antérieure du museau de tanche, qui a été respectée pendant l'accouchement, a conservé sa situation à peu près normale.

6° Il existe des cicatrices linéaires sur le pourtour du vagin, à l'endroit où il s'insère sur le col. Il n'existe nulle part aucune trace de trajet fistuleux.

Il démontre, par cette observation, que la gangrène peut s'emparer du col de l'utérus au-dessus de l'insertion du vagin, et établir là une large communication avec la vessie, c'est-à-dire à l'endroit où elle repose sur la face antérieure du col utérin, et cela sans que la cloison vésico-vaginale soit en aucune manière intéressée.

Il est remarquable aussi d'observer la destruction de la lèvre postérieure du museau de tanche sans que la lèvre antérieure ait subi la moindre perte de substance.

Voici donc une large communication établie directement entre la vessie et l'utérus; aussi les urines sortaient-elles par l'orifice du col avant de pénétrer dans le vagin. C'est donc là une fistule vésico-utérine.

Déjà j'ai observé un assez grand nombre de ces fistules, mais elles ne se présentaient pas avec les mêmes caractères que celle-ci. Chez toutes les femmes qui en étaient affectées, il y avait destruction de la paroi antérieure du col et d'une plus ou moins grande étendue de la cloison vésico-vaginale, si bien que la fistule méritait le nom de vésico-utéro-vaginale. Je me propose de publier incessamment plusieurs de ces observations, qui offrent un baut intérêt tant sous le rapport de la gravité de la lésion que sous celui du résultat. Les recherches physiologico-pathologiques qui en découlent me paraissent intéressantes et curieuses.

On ne craindra donc plus d'attaquer une fistule de la nature de celle qui fait le sujet de notre observation par le bistouri et la suture.

Avant de terminer, je ferai remarquer que ce n'est pas sans inconvénient qu'on laisse séjourner les fils dans l'épaisseur des tissus, où ils organisent un trajet qui peut à son tour livrer passage à l'urine. C'est ce que notre observation a démontré d'une manière claire.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mars 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend les lettres suivantes:

Remèdes secrets.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie la recette d'un remède secret contre les brûlures.

2° Le même ministre envoie une autre recette également secrète qui serait propre à guérir plusieurs maladies.

Croup.

3° Enfin, il adresse un rapport rédigé par M. le docteur Jarrijon, médecin à Aubusson, sur un moyen infaillible de guérir le croup.

Testament Lefèvre.

4° M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui autorise ce corps savant à accepter le legs qui lui a été fait par M. le docteur Lefèvre.

— La correspondance manuscrite comprend les communications suivantes:

Analyse des urines.

M. Maumenée envoie une copie du mémoire communiqué à l'Académie des Sciences (*voir* le compte-rendu de cette Académie).

Choléra.

M. Chrestien, de Montpellier, envoie une relation de l'épidémie de choléra dans cette ville.

Paquet cacheté

Adressé par M. Munaret et accepté.

Statistique des accouchements.

Mme Museux, sage-femme du bureau de bienfaisance de la commune de Montrouge, adresse un tableau statistique, mais assez détaillé, de 541 accouchements qu'elle a faits: 488 se sont présentés et terminés naturellement; 53 se sont présentés contre nature, mais ont été terminés à l'aide de la main seule. Mme Museux croit pouvoir tirer des faits qu'elle a observés la conclusion que le conseil donné par M. P. Dubois et en général par les accoucheurs de l'Ecole française, d'attendre longtemps avant d'avoir recours aux instruments, est conforme à une saine pratique.

Nouvelle source minérale de la vallée de Cransac.

M. Caventou, président de la commission des eaux minérales, fait un rapport sur une nouvelle source dite *du Fraisse*, située dans la vallée de Cransac.

Il résulte des analyses faites à des époques différentes par MM. O. Henry et Poumarède, que les eaux de cette nouvelle source contiennent les mêmes principes que les autres eaux de Cransac anciennement connues, mais seulement dans une proportion moindre. Voici le tableau des unes et des autres:

	SOURCE DU FRAYSSE.	SOURCE DOUCE RICHARD.	SOURCE FORTE RICHARD.
Sulfates de magnésie...	0,503	2,200	0,990
— chaux......	0,449	2,430	0,750
— alumine....	0,369	1,170	0,470
— manganèse..	0,155	0,140	1,550
— fer.........	0,045	0,150	1,250
— soude......	0,248	» »	» »
Chlorure de magnésium.	0,011	» »	» »

On voit que la source du Fraysse ne diffère des deux autres que par la moindre proportion des mêmes éléments et parce qu'elle renferme en outre du sulfate de soude et du chlorure de magnésium.

M. le rapporteur, après avoir fait remarquer que des observations cliniques sont venues confirmer ce qu'on aurait pu induire des données chimiques, propose la conclusion suivante:

Il y a lieu d'autoriser l'exploitation des eaux du Fraysse de la vallée de Cransac, mais comme eaux spéciales et distinctes des anciennes sources, dont elles diffèrent par leur action thérapeutique. (Adopté.)

Respiration, hématose et circulation capillaire.

M. Pravaz lit un mémoire sur le mécanisme de la respiration, sur le phénomène de l'hématose et la circulation capil-

laire considérés dans les atmosphères condensées. Ce travail, déjà assez considérable et qui n'est cependant que l'extrait de recherches beaucoup plus étendues, se termine par les conclusions suivantes :

1° L'accroissement de la pression atmosphérique favorise le développement des cellules pulmonaires et étend le champ de l'inspiration jusqu'à une certaine limite, qui est variable suivant les sujets ;

2° La condensation de l'air atmosphérique influe encore d'une autre manière sur le perfectionnement en facilitant *mécaniquement* l'endosmose de l'oxygène et sa dissolution dans le sang veineux ;

3° L'action par laquelle la pression de l'atmosphère seconde la force d'impulsion qui ramène le sang vers les cavités droites du cœur s'accroît avec cette pression ; elle devient aussi capable de dissiper les congestions viscérales rebelles aux moyens dérivatifs ou résolutifs ordinaires.

M. Rochoux. Notre savant confrère croit à l'asthme convulsif ; il admet l'existence de fibres musculaires dans le tissu du poumon, et considère par conséquent cet organe comme contribuant d'une manière active à l'entrée et à la sortie de l'air dans l'acte de la respiration ; il admet que la dilatation des vésicules pulmonaires est en rapport avec l'intensité de la pression atmosphérique ; enfin, il adopte en partie les idées de Parry sur le rôle que joue cette pression par rapport à la circulation du sang. Voici quels motifs m'empêchent d'acquiescer aux assertions de M. Pravaz sur ces différents points.

1° L'asthme convulsif est une maladie sur la détermination précise de laquelle les médecins sont si peu d'accord, qu'avant d'en rien dire et surtout de chercher à savoir si la pression atmosphérique peut guérir cette maladie, j'attendrai que son existence comme affection à part et bien distincte ait été prouvée.

2° Les fibres musculaires de la trachée et des bronches ne s'étendent pas jusqu'aux dernières ramifications ; elles cessent bien évidemment aux bronches terminales, c'est-à-dire dans celles qui s'abouchent dans les vésicules pulmonaires. A plus forte raison n'en existe-t-il pas dans ces vésicules ; le microscope en fait foi en montrant le tissu pulmonaire uniquement composé de filaments fibreux. D'ailleurs, le resserrement saccadé et fort limité des canaux aériens, en le supposant avoir lieu, ne pourrait exercer aucune action sur l'entrée ou la sortie de l'air, puisqu'il le pousserait en même temps aussi bien vers les vésicules que vers l'ouverture toujours béante de la glotte. Le poumon est donc entièrement passif dans la respiration, et voici comment il s'y comporte. L'air introduit par la trachée faisant équilibre à celui qui environne extérieurement la poitrine, il s'ensuit que, dès l'instant où l'inspiration vient en agrandir la capacité, une quantité proportionnée d'air y pénètre, et cela malgré la résistance que l'*élasticité*, en vertu de laquelle les vésicules pulmonaires tendent nécessairement à revenir sur elles-mêmes, peut opposer ; car, en évaluant cette élasticité à 1 et la pression de l'atmosphère à 10, l'air, quand la poitrine se dilate, doit entrer dans les poumons avec une force de 9, les vésicules ne lui opposant qu'un de résistance, et sortir encore plus facilement quand la poitrine s'affaisse dans l'expiration. Il en résulte que, tant que cette cavité reste intacte, la plèvre pulmonaire ne cesse jamais d'être en contact avec la plèvre costale. Mais si l'on ouvre la poitrine, l'élasticité entre en jeu, et le poumon se resserre de tout ce que l'entrée en action de cette propriété physique peut lui enlever de volume. Voilà tout.

3° Quelle que soit le degré de pression de l'atmosphère, il n'en saurait résulter l'agrandissement de la poitrine, puisque l'air extérieur fait équilibre à l'air intérieur. La dilatation des vésicules pulmonaires n'en peut pas être davantage la conséquence, parce que ces petites cavités, dont la surface réunie est plus de 33 fois celle de la peau, communiquant librement entre elles par de larges ouvertures, l'air intérieur s'équilibre partout, et peut tout au plus aplatir plus ou moins les parois des cellules ; mais leur épaisseur, qui est à peine de 0mm,017, ne saurait varier au delà de 0mm,002, lorsque la pression de l'atmosphère double ou est réduite à moitié. Or il n'y a véritablement là ni resserrement, ni dilatation des cellules. Il n'y a pas plus de réalité dans la dilatation, que Laënnec a supposé avoir lieu dans l'emphysème, et à laquelle on commence maintenant à ne plus croire. Cela ne m'empêchera pas de convenir que le degré de pression influe sur l'hématose, si l'on veut bien en même temps convenir que c'est en présentant au phénomène physico-chimique de l'endosmose une quantité plus ou moins considérable de substance gazeuse pour une même surface.

4° L'expérience de Parry, fort mal interprétée, a fait croire pendant quelque temps que la pression atmosphérique contribuait à favoriser la circulation. C'est une erreur ; cette fonction n'est ni ralentie ni activée par l'action comprimante de l'atmosphère : il suffit pour s'en convaincre de faire attention que le cercle circulatoire, malgré les 25,770,000,000 de vaisseaux fournis par les divisions successives de l'aorte, peut être représenté par un canal en caoutchouc, faisant cercle, rempli entièrement de liquide, et dans lequel on adapterait une machine fonctionnant à la manière du cœur. A chaque mouvement d'impulsion qu'elle donnerait, le canal se dilaterait successivement suivant toute sa longueur par l'effort que le liquide exercerait sur ses parois, qui, elles, écarteraient l'air ambiant. Mais l'instant d'après le canal et l'air reviendraient sur eux-mêmes ; et, somme toute, le liquide n'aurait d'autre force impulsive que celle que lui aurait imprimée la machine, ni plus ni moins. Il en est de même du sang. Tout son mouvement d'impulsion, comme l'a vu du premier coup Harvey, lui vient du cœur : tout le reste est insignifiant ; la preuve en est que, chez le fœtus, la circulation s'exerce parfaitement bien en l'absence de l'action d'une foule de causes accessoires qu'on a considérées comme propres à l'influencer. Il y a plus, ces mêmes causes n'empêchent pas que, dans son trajet pour revenir au cœur, le sang ne perde un sixième de sa force motrice, ce que démontre l'aire de la veine cave, plus grand dans la même proportion que l'aire de l'aorte, la vitesse ou la force du mouvement du sang étant en raison inverse des aires de ces deux vaisseaux.

Vous le voyez, il y a entre les idées de M. Pravaz et les miennes une véritable opposition, une opposition telle que la vérité ou l'erreur est nécessairement de son côté ou du mien. C'est à vous à décider la question.

Section de pharmacie.

M. Robinet, au nom de la section de pharmacie, propose à l'Académie de fixer à trois le nombre des candidats à mettre sur la liste de présentation.

M. Bouley. Il n'est pas inutile de faire remarquer que le nombre des candidatures n'est lui-même que de trois. (Adopté).

Épidémies.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport étendu sur celles qui ont régné en France en 1848. Nous en extrayons les passages suivants :

Depuis l'institution de l'Académie nationale de médecine en 1821, dit M. Gaultier de Claubry, aucune année peut-être n'avait présenté un aussi petit nombre de rapport des médecins des épidémies que l'année 1848. Faut-il donner pour cause à cette rareté des documents officiels qui nous ont été envoyés l'immense perturbation dans laquelle a été jeté la France entière par les effets de la révolution de 1848 ? ou bien, à ce que les épidémies ont réellement été plus légères ou moins nombreuses ? ou bien encore, l'attente d'une invasion nouvelle du choléra, les soins que la maladie, une fois déclarée en 1848, a réclamés des médecins, n'ont-ils pas laissé à ces derniers le temps de rédiger les rapports sur les diverses épidémies qui s'étaient manifestées sous leurs yeux ? Nous ne saurions le dire. Toujours est-il qu'un nombre très peu considérable de rapports nous sont parvenus sous le couvert de M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Sur treize rapports provenant de neuf départements, dix ont pour objet la fièvre typhoïde ; les autres ont trait à des épidémies de grippe, de péripneumonie catarrhale, et de méningite cérébro-spinale. Ainsi, comme toujours, l'affection typhoïde constitue la maladie la plus commune, celle qui atteint un plus grand nombre de sujets, qui fait le plus de victimes, sans que le voile qui couvre l'étiologie véritable de cette maladie soit enfin levé, sans que la science semble avoir à s'applaudir de quelques progrès incontestables dans la voie de la thérapeutique.

Dix épidémies de fièvre typhoïde se sont manifestées pendant l'année 1848, dans sept départements ; à savoir : deux dans chacun des départements du Doubs, du Jura et du Pas-de-Calais ; une dans l'Isère, le Nord, la Seine-Inférieure et les Vosges.

Sur 403 sujets qui ont été atteints, il y a eu 71 morts, ou 1 sur 5 2/3. En comparant ce résultat avec celui que nous avons déjà fait connaître dans un précédent rapport sur les épidémies qui ont eu lieu de 1841 à 1847, on trouve dans les deux cas une remarquable analogie ; ce qui semblerait devoir faire admettre comme une triste loi trop certaine de la nature, que la fièvre typhoïde entraîne la perte d'un sixième à un cinquième des sujets qu'elle atteints, quelles que soient d'ailleurs les différences de traitement mis en usage par les médecins des diverses localités.

Le nombre des femmes que la maladie a atteintes a été, en 1848, comme dans les années précédentes, plus considérable que celui des hommes ; ce que les médecins des épidémies attribuent à cette circonstance que les femmes sont plus assidûment appelées à donner des soins aux malades ; d'où il résulte qu'elles séjournent presque incessamment dans l'atmosphère morbide qui environne ces derniers, et que, quand elles viennent à tomber malades à leur tour, leur constitution est déjà fatiguée à l'excès par suite des veilles prolongées et des travaux pénibles auxquelles elles se sont livrées. Faut-il dès lors s'étonner qu'elles soient plus souvent malades que les hommes, et que chez elles la maladie présente plus de gravité ?

Les médecins des épidémies ayant généralement de la tendance à chercher la cause des épidémies de fièvre typhoïde qu'ils observaient dans les variations météorologiques relatives à la chaleur, au froid, à l'humidité, à la sécheresse, au règne de certains vents, bien que quelques-uns aient le bon esprit de faire remarquer qu'il n'existe aucune relation intime qu'on puisse constater entre telle ou telle condition météorologique et la manifestation de l'épidémie ; il nous a semblé qu'il ne serait pas sans quelque intérêt de faire connaître ici les époques diverses de la manifestation des dix épidémies dont l'Académie a eu connaissance pour 1848. Une de ces épidémies a commencé en février, une en mars, une en mai, trois en juin, une en juillet, deux en septembre, et enfin une dernière en octobre. Un tel résultat démontre clairement que si les conditions diverses de la météorologie peuvent et doivent exercer quelque influence sur l'organisme pour le prédisposer à la maladie, elles ne suffisent pas pour produire une affection aussi spéciale, aussi semblable à elle-même que l'est la fièvre typhoïde.

Il en est de même des conditions trop souvent déplorables des habitations, qui peuvent bien altérer la santé, mais qui ne peuvent produire par elles-mêmes la fièvre typhoïde ; non plus que tel genre d'alimentation, qui d'ailleurs est loin d'être le même dans tous les départements ; non plus surtout que la cherté du blé en 1847, puisque cette condition, qui a pu agir défavorablement sur la santé générale des populations de campagne en 1848, ne saurait plus être invoquée pour expliquer la production de la fièvre typhoïde dans d'autres années où une semblable cherté des récoltes n'a pas eu lieu.

Quelque opinion qu'on puisse se faire d'ailleurs sur l'étiologie de la maladie, dont dix épidémies ont été observées en 1848, disons, pour compléter les considérations générales qui s'y rattachent, que la durée totale de ces épidémies a beaucoup varié : deux fois, elle a été d'un mois seulement ; deux fois, de trois mois ; trois fois, de quatre mois ; une fois, de cinq mois ; enfin, deux fois de six mois. Du reste, sur les dix épidémies, le commencement de la maladie n'a coïncidé que quatre fois avec les mois d'hiver, à savoir : deux fois avec le mois d'octobre, une fois avec celui de février et une fois avec celui de mars ; tandis que, les six autres fois, il a correspondu aux mois d'été, du mois de mai au mois de septembre, comme si le temps le plus beau de l'année était le plus favorable à la production de cette affection.

Le traitement que les médecins des épidémies ont mis en usage dans les dix épidémies dont ils nous ont transmis la relation a été généralement méthodique : quelques-uns ont trouvé avantageuse la médication évacuante ; tous ont fortement insisté sur les soins hygiéniques, comme le renouvellement de l'air autour du malade, la grande propreté, l'éloignement des linges souillés par les matières de déjections ; plusieurs ont employé des aspersions d'eau chlorurée dans les chambres des malades, et, comme moyen préservatif, ils insistent sur l'hygiène générale et particulière. A cet égard, notre commission est heureuse d'avoir à vous faire connaître l'empressement éclairée que, sur la demande des médecins, le conseil municipal de la petite commune d'Aiglepierre (Jura) a mis à faire exécuter des travaux d'assainissement, comme de faire écouler les eaux stagnantes, de relever le sol des rues, de paver ces dernières, d'enlever les fumiers. Honneur à ces dignes administrateurs qui, sur le théâtre ignoré d'une petite commune perdue dans les montagnes du Jura, ont su si bien comprendre les véritables intérêts de leurs administrés, et y ont donné une satisfaction si complète ! Disons aussi que le médecin des épidémies a trouvé, auprès de plusieurs habitants aisés et du maire de la commune de Saint-Martin-d'Isère, l'assistance la plus empressée à l'égard des pauvres de cette commune, qu'une épidémie de fièvre typhoïde a atteints au mois de septembre 1848.

Il nous reste maintenant à inscrire ici pour mémoire :

1° L'affection qui, dans les mois de juillet et d'août, a atteint quatre personnes d'une même famille dans la commune d'Ounouy (Vosges), et que le médecin des épidémies a appelée péripneumonie catarrhale, quoiqu'elle présentât dans ses symptômes une analogie avec certaines fièvres typhoïdes ;

2° La fièvre catarrhale ou grippe, qui, dans les mois de janvier et février, a régné dans deux communes du canton d'Epinal (Vosges) et, dans quelques cas, a présenté la complication d'une certaine excitation nerveuse.

La dernière épidémie dont nous ayons à vous entretenir est l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui, du mois de février au mois d'octobre 1848, a exercé ses ravages sur le corps qui occupait la garnison de Saint-Etienne (Loire), avec cette remarquable circonstance que, sur deux escadrons de dragons, tous vieux soldats, logés dans une caserne qui laissait beaucoup à désirer sous le rapport de l'espace, de l'aération et de la propreté, il n'y a eu, et encore seulement à la fin de l'épidémie, que 6 malades, dont 3 ont succombé ; tandis que sur 1,100 hommes d'un régiment d'infanterie légère venant de l'armée d'Afrique, qui presque tous étaient de nouvelles recrues, dont la caserne était dans les conditions les plus favorables, il y a eu 107 sujets atteints et 30 morts.

Nous devons la relation de cette épidémie à M. Poggioli, chirurgien aide-major du 22e régiment d'infanterie légère. A cette occasion, votre commission exprime ici le vœu que, sous toutes réserves de leurs relations officielles et obligées avec le conseil supérieur de santé des armées, les médecins militaires, à l'exemple de leur confrère de Saint-Etienne, contractent dorénavant l'habitude d'envoyer à l'Académie nationale de Médecine des notices sur les maladies épidémiques qui pourront atteindre les militaires sous les drapeaux ; l'Académie sera dès lors à même de faire, sous le rapport des épidémies qui atteignent également ces derniers et les habitants de la population civile ou qui affectent exclusivement les uns en épargnant les autres, une étude comparative qui pourra tourner au profit de la science médicale d'abord, puis à l'avantage de la santé des individus. C'est principalement en raison de l'obscurité qui enveloppe encore l'histoire médicale de la méningite cérébro-spinale qu'il est vivement à désirer que les médecins militaires surtout, qui depuis dix ans ont eu de nombreuses occasions d'observer cette maladie à l'état épidémique, ne tardent pas plus longtemps à nous adresser l'observation rigoureuse des faits multipliés qu'ils ont dû recueillir pour mettre l'Académie en mesure de se livrer avec un esprit complet d'impartialité à une étude approfondie de cette maladie.

A l'Académie nationale de Médecine est attribuée la mission officielle d'étudier les épidémies diverses qui se manifestent en France. Que les matériaux lui soient abondamment fournis et elle ne manquera pas à sa noble mission.

M. le rapporteur termine en proposant d'adresser des remerciments à MM. Poggioli, Monnerot et Truffert (du Doubs), Arribert et Dufrenne (de l'Isère), Germain (du Jura), Dumont (Seine-Inférieure) et Fliseaut (des Vosges). — (Adopté.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mars 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Diminution de la fibrine du sang sous l'influence du mouvement.

M. le docteur Corne, chirurgien sous-aide, adresse une note sur la diminution de la fibrine du sang sous l'influence du mouvement. On se rappelle que M. Marchal (de Calvi), dans deux séries d'expériences ayant pour but de déterminer l'influence de la chaleur sur la quantité de fibrine contenue dans le sang, et l'influence du mouvement sur la production de cette même fibrine, est arrivé à cette conclusion : 1° que la chaleur est une cause d'augmentation de la fibrine contenue dans le sang ; 2° que le mouvement est une cause de diminution de cette fibrine.

M. Corne a fait des expériences relatives à la seconde proposition, et il a constamment obtenu le même résultat que M. Marchal. Aussi accepta-t-il comme loi la conclusion sui-

vante, à savoir : que le mouvement imprimé au sang tiré d'une veine est une cause de diminution absolue de la fibrine. Il lui paraît rationnel d'admettre que la même influence s'exerce aussi sous l'empire des lois vitales, lorsque le sang circule animé d'un mouvement plus ou moins rapide dans ses propres vaisseaux. L'accélération de la circulation dans les pyrexies devient aussi une cause de défibrination du sang qui se surajoute à une cause spéciale, l'influence pyrétique éminemment défibrinante.

Dans les phlegmasies qui fournissent la même condition d'accélération de mouvement du sang, cette circonstance, au lieu d'agir conjointement, comme tout à l'heure, avec le principe pathogénique qui domine l'état morbide, agit d'une manière antagoniste et tend à en neutraliser les effets, c'est-à-dire qu'au lieu de favoriser la tendance qui est propre aux phlegmasies, l'augmentation de la fibrine, elle se ralentit.

Dans toutes ses expériences, M. Corne a procédé de la manière suivante. Le premier et le quatrième quart de chaque saignée ont été reçus dans un vase semblable, de même dimension. Il a cherché à égaliser tout de suite la quantité de sang recueillie dans chaque vase ; le sang contenu dans l'un des flacons a été abandonné à la coagulation à l'état de repos, tandis que l'autre était soumis pendant dix minutes à un mouvement rapide qui arrêtait la coagulation en masse. Placées dans les mêmes conditions thermométriques, les deux fractions des liquides étaient ensuite analysées après le même espace de temps, généralement six heures après la saignée.

Nouveau réactif pour distinguer la présence du sucre dans certains liquides.

M. E. Maumené (de Reims) adresse une note sur un nouveau réactif pour distinguer la présence du sucre dans certains liquides.

Contrairement à l'opinion de Liebig, le chlore, dit l'auteur, agit sur le sucre à la température de 100° ; même à froid, leur action se produit au bout d'un temps plus ou moins long, et dans tous les cas il se forme une matière brune en partie soluble dans l'eau, un *caramel* d'un noir brillant lorsqu'il est desséché. Ce que le chlore occasionne avec une facilité remarquable, les chlorures eux-mêmes, les perchlorures surtout, le font avec une énergie tout aussi grande ou même plus grande. Abandonne-t-on une dissolution de sucre et de bichlorure d'étain à l'évaporation spontanée dans les conditions ordinaires ? Bientôt le mélange brunit, prend une couleur de plus en plus foncée, et au bout d'un an ou dix-huit mois, par exemple, se trouve changé en une gelée consistante d'un noir-brun éclatant. Le même résultat s'obtient beaucoup plus vite en faisant évaporer la dissolution. Si l'on emploie le bain marie, le mélange se dessèche sans changer de couleur, et ce n'est qu'à 130, 150 degrés environ que le sucre se décompose et noircit tout à coup. Le bichlorure d'étain peut être remplacé par le bichlorure de mercure, le chlorure d'antimoine. Tous ces corps agissent sur le sucre à la manière de substances avides d'eau ; ils déterminent la déshydratation et la formation d'un caramel plus carboné que le caramel ordinaire.

De tous ces faits résulte la connaissance des conditions où l'on doit se placer pour obtenir un papier ou une bandelette solide revêtue d'un réactif propre à déceler la présence du sucre. Supposons en effet une lame de matière solide inaltérable par le chlorure d'étain, même à une haute température ; on couvre cette matière d'une couche de chlorure au moyen d'une dissolution concentrée et de la dessiccation, puis on trempe la lame ainsi préparée dans une solution de sucre même très étendue, et on la place sous l'influence d'une température de 130, 150 degrés. Aussitôt la partie plongée change de couleur et devient d'un brun-noir plus ou moins foncé. Reste à trouver la lame solide. L'auteur prend un *tissu de laine*, un mérinos blanc, par exemple, et après l'avoir trempé durant trois ou cinq minutes dans une solution aqueuse de bichlorure d'étain (oxymuriate du commerce fait avec 100 grammes de bichlorure, 200 d'eau commune) ; on fait égoutter le liquide, on sèche le mérinos sur une bande de même étoffe au bain marie, et le tissu réactif est préparé. On le coupe en bandelettes de 7 à 10 centimètres de longueur, et deux ou trois de largeur, comme les papiers réactifs ordinaires.

A l'aide de ce mérinos chloruré, le médecin pourra sans aucune peine déterminer si l'urine d'un malade renferme une trace appréciable de sucre. Il suffira de verser une goutte d'urine sur une bandelette et de l'exposer au-dessus d'un charbon rouge ou de la flamme d'une lampe ou d'une bougie pour produire en une minute une tache noire très visible. La sensibilité du réactif est extrême ; dix gouttes d'une urine diabétique versées dans 100 centimètres cubes d'eau forment une liqueur avec laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun-noir. L'urine ordinaire, l'urée, l'acide urique, ne donnent aucune coloration par le chlorure d'étain.

Il ne semble pas jusqu'à présent possible, ajoute l'auteur, d'évaluer par le chlorure d'étain ou les autres chlorures la quantité du sucre contenue dans un liquide. On ne peut plus espérer de distinguer les diverses espèces de sucre par l'emploi du chlorure d'étain. Cependant le chlorure rendra, je l'espère, de grands services dans beaucoup de circonstances, et surtout pour la recherche du sucre diabétique. Il a cet immense avantage de pouvoir être employé sous la forme de papiers réactifs ordinaires, et de donner le plus grand changement de couleurs possible, c'est-à-dire de présenter la plus grande sensibilité.

Staphyloraphie.

M. Sédillot, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse un travail sur une méthode nouvelle de pratiquer la staphyloraphie, suivi de la relation d'une opération pratiquée avec un succès complet par cette méthode sur une malade déjà opérée deux fois inutilement par le procédé ordinaire de M. le professeur Roux.

Voici l'exposé des principes généraux sur lesquels est fondée cette nouvelle méthode.

Le voile du palais atteint de division congéniale est, comme on le sait, toujours frappé d'un certain d'atrophie, en raison de l'annihilation d'une partie de ses fonctions, et la contraction des péristaphylins internes et externes et des glosso et pharyngo-staphylins explique la difficulté d'obtenir la réunion de la plaie. De là, la préoccupation du chirurgien de chercher à paralyser momentanément la contraction des muscles par la volonté du malade que l'on condamne à n'exercer aucun mouvement de déglutition, même pour avaler sa salive pendant les deux ou trois premiers jours. Ces conditions étant très défavorables, quelles que puissent être d'ailleurs la volonté et la patience des opérés, M. Sédillot regarde comme une indication capitale de diviser complétement les muscles pour en annihiler momentanément l'action. Les deux moitiés du voile du palais sont alors facilement mises et maintenues en contact ; la striction des ligatures cesse ; les parties molles s'ulcèrent et s'enflamment lentement, et la guérison des malades devient certaine si les sutures ont été bien faites. Pour atteindre ce but, M. Sédillot incise les quatre muscles abducteurs et toute l'épaisseur du voile pour en assurer le relâchement complet. Ces plaies, dit-il, se cicatrisent facilement au bout de quelques jours, et n'exposent ni à la gangrène, ni à la gêne ultérieure de la mobilité du voile du palais qui se rétablit parfaitement. L'auteur a imaginé un instrument et un procédé opératoire qui lui permettent d'atteindre ce but avec une grande facilité.

— M. Les adresse un mémoire sur les tumeurs éburnées du sein.

— M. Hetsch présente de la part de M. le docteur Martini, de Saulgau (Wurtemberg), un exemplaire de son ouvrage sur la nature du choléra.

— L'Académie, dans sa précédente séance, a procédé à la nomination de la nouvelle commission qui aura à examiner les pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

La commission est composée de MM. Roux, Rayer, Lallemand, Serres, Velpeau, Magendie, Andral, Duméril et Flourens.

Les affaires de Suisse préoccupent très vivement l'attention publique : annoncer une *Histoire du Sonderbund* par J. Crétineau-Joly, c'est prédire à l'auteur et à ses éditeurs un double succès, car jamais moment ne fut plus opportun pour révéler les erreurs des uns et les crimes des autres. Le savant et courageux historien n'a manqué ni à son nom, ni à son passé. Ce nouvel ouvrage est digne de ses aînés ; il les surpasse même par une audace de vérité appuyée sur les documents les plus curieux et les faits les plus ignorés. L'*Histoire du Sonderbund* est, pour ainsi dire, l'histoire de la diplomatie et des gouvernements depuis 1830 ; c'est surtout celle des sociétés secrètes : Voyages, travaux, découvertes de pièces inédites, rien n'a coûté à M. Crétineau-Joly. Ce livre, où tout est dit, où tout se révèle, renferme des leçons et des exemples que les rois et leurs ministres peuvent méditer avec autant de fruit que les peuples.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 23 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Calculs salivaires. — Les deux observations curieuses de calculs salivaires que nous avons publiées récemment nous ont valu de la part de notre confrère honorable M. Millot, de Saint-Souplet, la communication des deux faits suivants qui figureront utilement à côté des premiers.

Votre dernière observation, dit M. Millot, publiée sur les calculs salivaires, me décide à vous envoyer celles que je possède sur le même sujet, et que depuis longtemps je me proposais de vous envoyer.

1° Quelques jours après votre premier article du 8 mai 1847 sur les calculs du canal de Warthon, je me rendais à Molain (Aisne) pour y visiter mes malades, lorsque je fus rencontré par une femme qui me raconta que le matin même son fils (Zéphir), tisseur, âgé de trente-cinq ans, avait *rendu une dent* qui lui était poussée sous la langue.

Comme nous n'étions pas loin de la maison, j'y entrai avec elle, et on me remit alors un petit calcul salivaire du poids de 20 centigrammes, long de 14 millimètres, d'une couleur jaune-citrin, et de la forme d'un petit coquillage. Je priai le malade d'ouvrir la bouche, et j'aperçus alors à droite (la langue étant relevée) l'orifice du canal de Warthon entouré d'un bourrelet blanc, qui le faisait ressembler à une pustule vaccinale.

Le malade (d'une excellente constitution) me déclara n'avoir souffert que trois à quatre jours, se sentant griffé sous la langue. Il faisait exécuter à celle-ci des mouvements de contraction assez forts, et c'est dans un d'entre eux que le calcul engagé sortit davantage, et que le malade put avec les doigts achever facilement son extraction.

J'ai revu cet homme depuis lors, et il ne se sent plus de cette affection.

2° Dans le courant de janvier 1849, je fus appelé pour donner mes soins à un sieur Roger, âgé de quarante-trois ans, batteur en grange, de bonne constitution, malade depuis deux jours seulement.

Cet homme présentait sous la mâchoire inférieure, à droite, une tumeur considérable faisant saillie dans la bouche, refoulant la langue et gênant la respiration, la parole et la déglutition. L'haleine était fétide, la langue, les gencives et l'orifice du canal de Warthon couverts d'un enduit pultacé assez épais. Je crus à la formation d'un abcès; le doigt ne pouvait explorer la bouche, tant les mâchoires étaient rapprochées, et tant était sensible la région sublinguale.

Je fis une saignée, prescrivis des cataplasmes, des gargarismes, et revis le malade le surlendemain matin. Là tumeur sous-maxillaire était affaissée en partie; la bouche s'ouvrait avec facilité, et le malade me dit que son abcès s'était le matin même percé sous la langue par le trou d'une racine de dent qui lui était tombée. Il me remit cette prétendue racine de dent, et il me fut facile de reconnaître un calcul salivaire du poids de 30 centigrammes, de la forme d'un cylindre tronqué et arrondi à l'une de ses extrémités, long de 14 millimètres, d'une couleur grise à sa partie corticale, plus blanc, et d'une autre texture à la partie centrale qui semble plus récemment formée. Le malade m'affirma n'avoir jamais souffert ni même été gêné dans la region occupée par ce calcul.

Depuis cette époque, le malade est affecté assez souvent d'une véritable éruption furonculeuse du visage et du cou.

Ces deux observations démontrent donc 1° l'innocuité possible des calculs du canal de Warthon pendant longtemps;

2° Que les calculs formés dans ce canal diffèrent dans leurs formes, leur couleur, et sans doute dans leur composition chimique;

3° Que comme les calculs urinaires, dont les uns sont homogènes et d'autres formés de couches différentes, il en est de même des calculs salivaires du canal de Warthon;

4° Qu'ils peuvent sans trop d'accidents inflammatoires sortir spontanément;

5° Que leur sortie peut en effet s'effectuer spontanément, mais par suite de formation d'abcès et d'issue simultanée de salive et de pus;

6° Et enfin, d'après des observations connues, ils peuvent nécessiter des opérations chirurgicales pour en débarrasser les malades.

Albuminurie avec coïncidence d'amaurose. — Anatomie pathologique. — Nous avons à plusieurs reprises exprimé notre sentiment sur la découverte annoncée par M. Landouzy, et ce sentiment n'était pas tout à fait celui du pathologiste rémois. Cependant nous n'avons pas pour habitude de nous roidir contre les faits, et nous nous empressons de publier celui qu'a bien voulu nous communiquer notre laborieux confrère M. Abeille, médecin adjoint au Val-de-Grâce, ainsi que les réflexions dont il l'a fait suivre.

Il s'agit d'un cas fort intéressant. L'histoire de ce maladie a été rapportée à deux époques différentes dans la *Gazette des Hôpitaux*, d'abord dans le n° du 15 janvier, puis dans celui du 2 mars.

L'artilleur Tisserant présentait depuis longtemps de l'albumine dans les urines quand il fut atteint une première fois, et dans le service de M. le professeur Champouillon, d'ascite, et d'amaurose plus prononcée sur l'œil gauche qu'à droite. L'ascite fut dissipée cette fois, et l'amaurose, disparue à droite, persista à gauche. L'albuminurie continuait très abondante. C'est en cet état que, sur notre demande, le malade fut évacué dans notre service en décembre.

Depuis le moment de son admission dans nos salles, les urines ont été analysées tous les jours, et ont fourni constamment une très grande quantité d'albumine, quel que fût le traitement mis en usage. L'amaurose de l'œil gauche, momentanément améliorée, a repris la même intensité jusqu'au décès.

Nous avons rapporté, le 2 mars, comment, l'ascite ayant reparu le 8 janvier avec œdème des extrémités inférieures, nous fûmes conduit à administrer la gomme-gutte à haute dose. Nous avons dit que ce médicament, ayant été toléré pendant un temps fort long à la dose de 1 gramme et 1 gram. 40, n'avait déterminé aucune modification heureuse dans la sécrétion urinaire et avait suscité, par contre, d'abondants vomissements séreux qui maintenaient l'hydropisie dans de justes limites. Nous ajoutions alors: au lieu d'une diurèse, c'est une supersécrétion stomacale que provoque la gomme-gutte, ce qui, dans les conditions où se trouve le sujet, peut permettre de supposer que, chez lui, les reins se trouvent hors d'état de fonctionner par l'altération profonde qu'ils peuvent avoir subie, et alors le cas serait d'autant plus désespérant.

Le 16 février, l'usage de la gomme-gutte était suspendu. Les vomissements devinrent plus rares et moins abondants; l'ascite augmenta rapidement. Il fallut recourir à la ponction le 2 mars.

La cavité péritonéale, vidée de douze à quinze litres de liquide, ne tarda pas à se remplir de nouveau; et le 7, quand le malade expira, elle contenait autant de sérosité que lors de la ponction.

Mais voici quelques phénomènes saillants qui ont apparu après la ponction.

Le 3, le malade dit ne plus sentir ses membres; il est dans l'impossibilité de mouvoir les inférieurs. La langue est devenue embarrassée en même temps; l'articulation des mots est difficile, quoique Tisserant conserve sa lucidité parfaite. Il témoigne son étonnement de ne plus pouvoir parler distinctement. La langue et les extrémités inférieures sont évidemment paralysées. Ces phénomènes persistent jusqu'à la mort arrivée subitement le 7 à neuf heures du soir, sans agonie, au milieu de la pleine connaissance du malade, qui avait encore mangé la demi-portion ce jour-là, et définitivement sans que rien eût pu faire présager une fin aussi prompte même quelques heures avant.

Voici les résultats de l'autopsie faite 24 heures après décès.

OEdème général plus prononcé dans les extrémités inférieures. Environ douze litres de sérosité citrine dans l'abdomen.

Cavité crânienne. — Pas d'injection dans les méninges, qui conservent une coloration normale. Nombreuses glandes de Pacchioni, faisant saillie sur l'arachnoïde et longeant les côtés de la pente longitudinale.

Les hémisphères cérébraux peuvent être complétement dénudés de leurs membranes d'enveloppe. La substance grise nous paraît un peu atrophiée, ce que nous indique la séparation des circonvolutions par l'élargissement de leurs sillons sinueux; du reste, cette substance conserve, comme la blanche, sa consistance normale et n'offre pas le moindre piqueté rouge.

Il n'existe pas une goutte de sérosité dans les ventricules latéraux.

Le corps strié et les couches optiques du côté droit sont très notablement ramollis; on les réduit en bouillie en pressant légèrement avec le doigt: c'est un ramollissement blanc. A gauche, les mêmes parties ont la coloration et la consistance normales.

La substance grise du cervelet nous paraît le siége d'une infiltration séreuse qui lui donne une telle transparence, qu'on

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

De la nomenclature médicale; par M. Henri DUCLOS, interne des hôpitaux de Paris.

(Thèse inaugurale. — Paris, 1849.)

Des maladies de poitrine et spécialement de la PHTHISIE PULMONAIRE, *catarrhe, asthme, etc.*; par M. le docteur TIRAT, de Malmort, médecin de la Faculté de Paris.

Quand la thèse que nous allons essayer d'analyser ne serait pas une des meilleures de celles qui ont été présentées à la Faculté dans ces derniers temps, elle serait déjà l'objet d'un vif intérêt à cause de la discussion que M. le professeur Piorry a voulu soulever devant l'Académie de Médecine. M. Duclos a accepté cette discussion, et, bien plus, c'est avec son propre maître qu'il l'a soutenue.

Cette thèse a pour sujet la nomenclature médicale en général. M. Duclos commence par définir la nomenclature, l'art de consacrer par un mot une idée ou un fait; puis sortant de cette définition générale, il s'occupe du but des nomenclatures médicales; il définit aussi une nomenclature: l'ensemble des mots fixant un certain ordre bien précis et bien distinct d'idées. Par cette seconde définition, l'auteur refuse le nom de nomenclateur à quiconque n'est qu'un inventeur de mots plus ou moins euphoniques, substitués à d'autres mots reçus, consacrés par l'usage. Il faut bien distinguer le synonymiste de l'auteur d'une nomenclature. Fidèle à cette manière de voir, M. Duclos ne regarde Chaussier que comme un synonymiste.

Abordant la nomenclature des maladies, M. Duclos trouve aussi à la maladie deux définitions, l'une, sur laquelle tout le monde s'entend, définit la maladie: l'état opposé à l'état de santé; cet état ne se définit pas, il se sent, il se comprend; mais une maladie, dans une acception moins large, est l'ensemble des phénomènes observés sur un malade tant qu'il n'a pas recouvré l'état de santé. La maladie, sous ce dernier point de vue, est repoussée par l'auteur en tant que l'ensemble des phénomènes qu'elle présente serait considéré comme quelque chose de fixe, de précis, se déroulant suivant un ordre régulier et exigeant dès lors un même traitement. Le chapitre de ce que les auteurs appellent les complications est trop volumineux pour que l'on puisse attacher la moindre valeur à la maladie considérée comme unité.

C'est ici le lieu de rappeler ce que M. le professeur Piorry disait à l'Académie dans sa séance du 5 mars: « Pour se rappeler toujours les organes malades et la manière dont ils peuvent l'être, il » est utile de chercher à oublier autant que possible l'idée de la » maladie exprimée par un nom,

» Au lit du malade il faut toujours être anatomiste, physiologiste, » observateur, logicien et philosophe.

» Puisqu'il faut oublier les entités morbides, il convient de ne » plus se servir des noms qui les représentent. Une chose fausse » reste, alors que le mot qui la consacre est conservé. »

Toutefois, M. Duclos s'écartant en ce point de son maître, veut que l'on conserve aux maladies leurs noms; ils servent à appeler l'esprit sur une certaine ligne d'idées; mais aussitôt devant un malade il veut que l'on commence l'analyse minutieuse de tout ce que le malade éprouve, de tout ce qu'il présente.

Avant de commencer, l'observateur doit être bien instruit de toutes les connaissances acquises en anatomie, en physiologie, en anatomie pathologique et en anatomie physiologique.

Dès lors l'étude des commémoratifs lui fera quelquefois reconnaître les causes, et nécessitera la nomenclature étiologique si étendue autrefois et si chimérique! Les anciens cherchaient à chaque instant les causes premières, et s'abîmaient dans le gouffre des hypothèses. Les modernes, plus modestes en général, ne s'attachent qu'aux causes secondaires. L'étude des troubles fonctionnels qu'éprouve le malade a exigé la nomenclature symptomatologique, puis l'organicisme est venue apportant l'anatomie et l'anatomie pathologique, et dès lors il a fallu la nomenclature anatomique et la nomenclature anatomo-pathologique.

Ces nomenclatures ont été souvent associées, et *doivent l'être*, aucune d'elles n'étant complète. Une nomenclature peut ne pas être complète et être bonne. Une classification médicale est nécessairement incomplète de nos jours, et partant mauvaise.

Autrefois, on associait presque toujours la nomenclature étiologique et la nomenclature symptomatique; de nos jours, la nomenclature organopathique est l'association de la nomenclature anatomique et de la nomenclature anatomo-pathologique.

Mais M. Duclos dit qu'après l'analyse minutieuse du malade, il faut faire la synthèse. D'abord, pour le traitement, il faut chercher quels états organopathologiques sont les causes des autres, lesquels on doit atteindre si cela est possible; car souvent la cause a disparu que de terribles effets subsistent, ou bien elle est inattaquable, et consiste dans un de ces états généraux où l'anatomie pathologique ne voit rien, que la physiologie pathologique ne peut définir, et qui sont au-dessus des ressources de l'art. On le voit donc, l'auteur, dans l'ouvrage duquel, au milieu de ces questions de mots, ressort l'esprit d'analyse, d'investigation devant l'état si incomplet de nos connaissances en anatomie pathologique, s'arrête devant l'état général et l'admet toujours; seulement, il est évident qu'il lui fait une part moins large que les anciens, qui confondaient dans l'état général une foule de phénomènes que l'analyse en a fait sortir.

M. Duclos, pour exprimer cette synthèse faite après l'analyse, admet, *là encore*, les noms des maladies. Ce nom de la maladie, dit-il, nous dispense, en général, d'une énumération analytique fastidieuse. Le nom de la maladie, de nos jours, rappelle, sans précision il est vrai, mais à peu près, des troubles fonctionnels et des états organopathiques. Puisque les anciens résumaient par le nom *imparfait* de la maladie l'analyse des troubles fonctionnels qu'ils savaient bien être inconstants, pourquoi ne ferions-nous pas la même synthèse pour cet ensemble de troubles fonctionnels et d'états organopathiques que l'analyse nous a montrés, et que nous avons nommés tous individuellement au moyen des différentes nomenclatures que nous avons passées en revue.

Le mot que nous employons chaque jour, *eau*, rappelle une idée assez précise pour tous. Pour le chimiste, ce mot ne suffit plus, il lui faut l'analyse. Il en sera de même pour le médecin quant au nom de la maladie.

peut suivre jusque dans leurs ramifications les plus ténues les arborisations de la substance blanche.

La protubérance a sa consistance ordinaire.

L'arachnoïde spinale est infiltrée de sérosité, sans qu'il y ait cependant une goutte de liquide dans la cavité du rachis.

La moelle présente un commencement de ramollissement blanc appréciable dès la première vertèbre cervicale. Ce ramollissement se prononce de plus en plus inférieurement ; en sorte que, vers la moitié inférieure du dos, le cordon n'est plus constitué que par une bouillie blanche, laiteuse, s'enlevant avec le doigt, si bien qu'on peut en dégarnir exactement les membranes qui la contiennent, et cela par portion de deux, trois centimètres et plus.

Thorax. — Adhérences générales et anciennes des plèvres costales et pulmonaires, du médiastin avec le péricarde, avec infiltration séreuse des pseudo-membranes.

Le sommet des deux poumons est farci de tubercules, dont quelques-uns sont passés à l'état crétacé, pas un au ramollissement. On trouve aussi de la poussière tuberculeuse dans divers autres points du parenchyme pulmonaire.

Le cœur gauche est hypertrophié concentriquement et son tissu ne nous présente pas toute la consistance normale.

Abdomen. — Foie, de consistance et de couleur normales, paraissant un peu augmenté de volume.

Rate présentant un diamètre longitudinal de 14 centimètres sur 6 et demi de largeur, ramollie, laissant échapper à la coupe une sanie d'un rouge artériel et ne présentant pas la moindre consistance. Cet organe peut être vidé comme un kyste hématique.

Rien d'anormal dans toute la surface péritonéale et ses diverses duplicatures.

La muqueuse de l'estomac est exsangue, légèrement cendrée, très consistante, au point de ne pouvoir être déchirée par des tractions fortes et répétées. Sa surface est le siége d'une innombrable quantité de cryptes muqueux érigés, saillants, de la grosseur d'une tête d'épingle et beaucoup plus. C'est à la grande courbure que ces cryptes sont plus nombreux et plus saillants.

Dans tout le reste du tube digestif, la muqueuse reste pâle, cendrée; mais partout elle semble infiltrée d'un peu de sérum. A l'embouchure de l'intestin grêle avec le cœcum existe une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, ayant pour siége les membranes moyenne et externe, la muqueuse restant intacte. Cette tumeur, qui crie sous le scalpel, présente un aspect lardacé, est dure, oblitère en partie le canal intestinal vers la valvule, qui est intègre.

Les reins sont le siége d'altérations remarquables : ils paraissent un peu atrophiés, sont complétement anémiés et offrent un diamètre longitudinal de 23 millimètres et un diamètre transversal de 9 millimètres.

Tels sont les caractères que nous leur avions reconnus d'abord; mais le lendemain, aidé des lumières de notre savant maître M. Lévy et de notre ami M. Tholozan, nous avons reconnu à la surface de la substance corticale mise à nu un aspect marbré dû aux innombrables granulations d'un jaune pâle dont elle était le siége. Ces granulations étaient aussi sensibles au toucher que visibles à l'œil. On ne saurait mieux les comparer qu'à des grains de semoule. En déchirant une portion de la substance corticale, ces granulations se détachent sur la déchirure et saillissent par groupes, aspect bien différent de celui présenté par la déchirure de la substance corticale d'un rein sain où l'on avait rangé en colonnes verticales les fibres organiques.

La substance tubuleuse est pâle, à tissu condensé, d'aspect un peu lardacé. Les cônes paraissent augmentés de volume aux dépens de la substance corticale atrophiée.

A la loupe, on voit à l'orifice des vaisseaux béants leurs tuniques notablement hypertrophiées, présentant aussi cette apparence du lard qui est commune à la séreuse des bassinets. Tous les conduits semblent être à demi oblitérés, y compris les uretères, dont nous pouvons examiner la portion supérieure.

Telles sont les lésions multiples rencontrées sur un sujet dont il nous a été donné de pouvoir suivre la maladie pendant trois mois.

La coexistence de l'amaurose se trouve suffisamment expliquée par le ramollissement des couches optiques du côté droit sans qu'on soit autorisé à émettre le moindre rapport de cause à effet entre l'albuminurie et l'amaurose.

La paralysie de la langue survenue dans les derniers jours reconnaît-elle la même cause que l'amaurose? Celle des extrémités inférieures a son point de départ dans le ramollissement si bien caractérisé de la moelle; mais il reste à se demander comment cette paralysie est survenue si tard, quand le ramollissement, qui n'est certainement pas inflammatoire, semble dater de bien plus loin.

L'altération profonde des reins rend un compte exact de cette albuminurie abondante et persistante qui, à un moment donné, a fini par faire baisser d'une manière notable l'albumine du sang, ainsi que nous l'avait démontré l'analyse.

Or, cette diminution de l'albumine dans le sang est une des principales raisons des suffusions séreuses consécutives ; et si maintenant on joint à cette cause importante la diminution considérable de la sécrétion urinaire par suite de la profonde modification organique du rein, on aura l'explication complète du mécanisme de la formation des hydropisies dans ces cas.

Toutefois, nous ne pourrions finir sans faire remarquer que quelque chose de plus général domine dans cette observation, et que les désordres trouvés dans les reins ne sont, comme tous les désordres trouvés ailleurs, qu'une dépendance d'un fait capital dans l'économie.

En effet, on voit dans les centres nerveux des ramollissements plus ou moins étendus; dans les poumons, des agglomérations tuberculeuses; une décomposition complète du tissu de la rate; une tumeur sur une portion d'intestin, et toute la muqueuse gastro-intestinale anémiée : ne sont-ce pas là, avec celles des reins, autant d'altérations qui se tiennent pour ainsi dire par la main, et qui semblent découler d'une source, d'une origine commune?

Une dernière remarque nous reste à faire, et celle-ci a trait à la gomme-gutte administrée à haute dose pendant longtemps à ce sujet. L'autopsie nous a montré avec évidence que nulle trace d'inflammation récente ou ancienne n'a existé sur la muqueuse gastro-intestinale. Donc, la gomme-gutte, donnée pendant près d'un mois à la dose de 1 gramme et 1 gramme 40 centigrammes, n'a donné lieu à aucun accident ; et, si elle a provoqué d'abondants vomissements séreux, c'était par son absorption, et de la même façon que quand elle détermine la diurèse.

Gangrène de la vulve. — Nous avons observé en ville un un de ces cas de gangrène de la vulve qui ne sont pas extrêmement rares à la suite de l'accouchement naturel, mais qu'on n'observe, au contraire, que comme une très grande exception, au moins chez l'adulte, soit comme maladie spontanée, soit à la suite d'un avortement survenu dans les premiers mois de la grossesse. C'est dans ces conditions que s'est produit celui dont nous parlons.

Une jeune femme, à la suite d'une fausse couche arrivée sans cause connue à deux mois et demi ou trois mois au plus de grossesse, fut prise d'une vive inflammation des grandes lèvres. Les topiques émollients, les bains, les émissions sanguines locales furent en vain employés par le médecin ordinaire. Le troisième jour, au moment où une consultation avait lieu, la gangrène s'était déjà emparée des parties, et les grandes lèvres furent presque entièrement détruites, les petites étant demeurées à peu près intactes. La malade se remit les jours suivants, et se trouve aujourd'hui dans un bon état. Cette malade est d'ailleurs d'une bonne constitution ; elle se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques, et rien ne peut nous expliquer la raison de l'affection si rare que nous avons observée. On sait que cette maladie se présente assez volontiers sous la forme épidémique, et le cas que nous avons observé nous rappelle les remarques et les faits suivants, que la Gazette Médicale de Lyon a consignés dans son dernier numéro, en rendant compte de l'influence épidémique qui a régné dans la ville pendant cet hiver :

Chez six malades, l'influence épidémique a produit une gangrène ulcéreuse de la vulve, du vagin ou de la matrice. Chez la première, vingt-quatre heures après un accouchement naturel, la vulve se tuméfia, devint douloureuse, puis, au bout d'un septenaire, parurent des eschares gangréneuses s'étendant jusque dans le vagin. Ces eschares, en s'éliminant, laissèrent à nu des ulcérations de mauvais aspect.

La seconde, de petite taille, bien proportionnée, accoucha spontanément, mais lentement et avec peine, à cause de la résistance des parties molles du vagin. La sortie de l'enfant détermina une large déchirure de la fourchette et du périnée. Deux jours après l'accouchement, douleur et gonflement de la vulve. Le lendemain, la surface interne des grandes, des petites lèvres et l'entrée du vagin étaient converties en une vaste eschare.

La troisième, après vingt-quatre heures de douleurs, fut prise d'inertie utérine et délivrée à l'aide du forceps. Trois jours se succédèrent sans qu'on ait eu à déplorer aucun accident. A peine ce laps de temps fut-il écoulé, qu'il survint des douleurs de la vulve sans gonflement, prélude d'une gangrène de la face interne des grandes lèvres, de la fourchette et de l'entrée du vagin.

La quatrième, vingt-quatre heures après un accouchement très facile, accusa un gonflement douloureux de la vulve, qui fit bientôt place à une large plaque gangréneuse occupant la face interne des grandes lèvres et du vagin.

La cinquième, délivrée très rapidement, fut atteinte subitement et sans douleurs de gangrène de la face interne des grandes lèvres.

La sixième, deux jours après un accouchement très court, fut en proie à des douleurs abdominales, à un ballonnement du ventre et à des vomissements; le pouls était petit, serré, la face grippée. La mort arriva vingt heures après l'invasion du mal. A l'autopsie, on trouva une vaste péritonite purulente et pseudo-membraneuse de la moitié inférieure de la cavité abdominale. L'utérus était tapissé intérieurement d'un abondant détritus noirâtre, d'une odeur gangréneuse. On fit macérer l'utérus et le vagin, et on observa à la face interne de la matrice, dans les points où n'avait pas été inséré le placenta, de nombreuses petites plaques jaunâtres, véritables eschares pultacées, qui, enlevées avec l'ongle ou le dos d'un scalpel, laissaient voir de petites excavations ulcérées, empiétant sur le tissu propre de l'utérus. Elles étaient très fréquentes auprès du col. Le vagin présentait le même aspect aux environs de la vulve. Les veines qui rampent dans le corps de l'utérus étaient gorgées de pus. L'ovaire gauche contenait dans son intérieur de petits produits purulents et pseudo-membraneux.

Ce n'est pas la première fois que des accidents de ce genre ont été remarqués à la Charité. En 1815, une épidémie semblable fut observée par M. Montain, et il y a quatre ans environ par M. Colrat. Ce chirurgien constata simultanément quatre cas de gangrène très étendue, puisque la vulve, le périnée et une portion des parties molles de la cuisse furent envahis et détruits.

Cette gangrène spontanée des parties génitales a été vue plusieurs fois sur de jeunes filles; c'est ce que Sauvages appelait *necrosis infantilis*. Souvent elle a été prise pour un symptôme vénérien, erreur d'autant plus pardonnable, qu'il n'est pas rare, comme l'a fait remarquer Underwood, que l'élimination des eschares soit suivie d'une blennorrhagie copieuse. Notre confrère M. Girin nous a cité tout récemment un cas où cette erreur avait été commise. La nature de cette gangrène est en tout point identique à celle des gangrènes de la bouche, d'après Isnard et le docteur Richter, qui ont bien étudié ce sujet. D'après M. Barrier, la gangrène vulvaire dépend presque exclusivement de cette inflammation spécifique qui occupe la plupart des muqueuses voisines de l'extérieur, sous l'influence des exanthèmes fébriles.

Dans l'épidémie relatée à la dernière séance de la Société nationale de Médecine par le chirurgien en chef de la Charité, il y a eu trois phases très distinctes. La première, caractéri-

---

Mais l'auteur, quand il s'occupe de la nomenclature des maladies, démontre combien elle est imparfaite, avec quel abandon et quel désordre elle a été faite. L'on a donné à l'ensemble le nom du symptôme que l'on croyait être prédominant ou de celui qui a paru être le premier. L'on a accordé à tort au symptôme qui donne le nom à la maladie une valeur excessive ou bien ce nom a perpétué une hypothèse ridicule. D'une manière générale, la nomenclature des maladies, servant à représenter des êtres et faisant négliger l'analyse, a conduit à de déplorables erreurs. Aussi faut-il regarder le nom de la maladie comme représentant un ensemble approximatif seulement et de plus faire abstraction de ce qu'il signifie par lui-même.

Nous arrivons à un point important, à la base de la nomenclature organopathique. M. le professeur Piorry dans son premier volume s'exprime ainsi : « L'idée-mère de la nomenclature organo-pathologique est celle qui a instinctivement guidé la plupart des médecins de l'Ecole moderne : désigner les altérations organiques, les *souffrances* isolées des organes par des mots qui expriment aussi nettement que possible les caractères anatomiques et *physiologiques* de ces affections. » M. Duclos est ici en dissidence avec M. Piorry, car il dit que la nomenclature organopathique ne doit pas contenir d'expressions consacrant les troubles physiologiques, qu'elle doit contenir seulement les mots exprimant les lésions anatomo-pathologiques et les organes qui en sont affectés. Le médecin, dit-il, ne trouvera pas toujours des états organopathiques ; il est nécessairement arrêté au trouble fonctionnel ; il nommera ce trouble d'après le mode adopté pour la nomenclature symptomatique, c'est-à-dire tout simplement par des mots français, comme on les mets tirés du grec déjà adoptés sans vouloir en faire de meilleurs.

S'il est vrai de dire qu'il ne faut pas dénommer par de nouveaux mots les troubles physiologiques déjà nommés par des mots consacrés par l'usage, à plus forte raison ne devra-t-on pas au mot nomenclature substituer le mot onomisme, le mot océique au mot aigu, au mot oscillation nerveuse le mot névropaltie, enfin le mot iatrique au mot médical. Le savant professeur, qui en agit autrement, a probablement été conduit à cela par le désir tout naturel de mettre de l'uniformité dans le langage médical tout entier.

Quoi qu'il en soit, l'auteur de la thèse semble partout tenir plus plus au fond qu'à la forme, à la doctrine plutôt qu'à son expression; car, lorsqu'il arrive à la création de la nomenclature organopathique, dont il fixe le rôle et établit la nécessité, il reconnaît des difficultés *presque insurmontables* : elles tiennent à l'imperfection des nomenclatures anatomique et anatomo-pathologique qui forment la nomenclature du professeur Piorry.

Enfin, M. Duclos blâme de toutes ses forces les synonymistes et aussi tous ceux qui ne conservent pas à chaque nomenclature sa signification réelle et primitive; ceux qui confondent toutes les nomenclatures, qui, sous l'expression d'un trouble fonctionnel, sous-entendent une série d'autres troubles qui en sont indépendants, comme cela arrive dans la nomenclature des maladies; qui, sous l'expression d'un trouble fonctionnel, sous-entendent des lésions d'anatomie pathologique, au lieu d'exprimer l'une et l'autre chose; car il ne faut pas craindre la multiplicité des nomenclatures qui sont conformes au but qu'on leur a fixé : elles sont alors nécessaires et elles sont l'expression de la multiplicité de nos connaissances. M. Duclos condamne surtout ceux qui détournent une expression de la nomenclature des maladies, par exemple, pour l'appliquer à une lésion organique qu'ils ont crue à tort ou à raison le phénomène capital de cette maladie, au lieu de conserver au nom de la maladie son sens synthétique et de trouver un nouveau mot pour dire la lésion organique.

En résumé, par cette courte analyse, qui reflète du moins toutes pensées de l'auteur, on voit que ce dernier, qui a été si longtemps aux côtés du célèbre clinicien de la Pitié, a approfondi le sujet avec discernement et qu'il l'a traité d'un point de vue élevé. É. B.

Des maladies de poitrine et spécialement de la PHTHISIE PULMONAIRE, *catarrhe, asthme, etc.*; par le docteur TIRAT, de Malemort, médecin de la Faculté de Paris. — 4e édition (1).

Nous ne viendrons pas aujourd'hui donner une analyse détaillée de ce livre dont à une autre époque nous avons déjà eu occasion de parler, c'est-à-dire lors de sa première édition ; nous nous bornerons à rappeler les points qui nous ont paru les plus saillants.

Ainsi, la phthisie pulmonaire et toutes celles des maladies chroniques qui par leur nature peuvent dériver en maladie de poitrine, sont considérées par ce praticien sous un point de vue qui nous semble aussi neuf que logique. Le docteur Tirat croit, après les nombreuses observations qu'il a faites particulièrement dans les hôpitaux, que la phthisie pulmonaire, regardée par lui comme contagieuse et héréditaire, a sa cause dans le sang, dont l'effet est de vicier les poumons. Il fallait donc trouver un traitement qui agît directement sur cet organe ; c'est ce que le docteur nous apprend avoir fait.

Le peu d'étendue que nous pouvons consacrer à cet article ne permet pas de suivre l'auteur dans les nombreuses citations qu'il fait des livres des savants médecins de toutes les époques qui viennent à l'appui de son opinion, non plus que dans les observations fort curieuses qu'il a recueillies dans sa pratique et publiées dans cet ouvrage ; nous dirons seulement que, après avoir passé en revue, dans différents chapitres, l'habitation, l'alimentation et les vêtements des personnes atteintes de maladies de poitrine, il arrive à considérer les divers climats, et il dit :

« Le climat le plus favorable aux phthisiques est celui où la température est la plus uniforme, où le thermomètre subit le moins de variations, où l'air est le plus sec et le plus chaud. »

Le séjour de l'île de Madère est regardé par M. Tirat comme le plus propice. Pendant l'été, la chaleur y est moins élevée qu'en Italie, et, pendant l'hiver, la température y est beaucoup moins froide et surtout moins variable.

Viennent ensuite des considérations détaillées et scientifiques sur les différentes causes des maladies de poitrine, sur les maladies chroniques considérées dans leurs rapports avec la phthisie.

En un mot, bien que notre avis ne soit pas toujours conforme à celui de M. Tirat, nous dirons que son livre (qui a été traduit en anglais) est le fruit d'une longue pratique et d'une consciencieuse observation ; que sa lecture ne peut qu'être très utile aux praticiens dans le traitement des maladies de poitrine. V.

(1) Un volume in-8° de 320 pages. Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de Médecine, rue Hautefeuille, 19.—Paris.

sée par les troubles de la digestion et de la respiration, a donné lieu à ces affections catarrhales, si communes sous notre ciel brumeux, et qui forment, pour ainsi dire, l'avant-garde de toutes les épidémies. Dans la seconde, la métro-péritonite ou, pour mieux dire, la fièvre puerpérale, modifia ou remplaça complétement les suites ordinaires de la parturition. De la seconde à la troisième phase, la transition a été brusque, l'état général fit place à un état local. A part la cinquième observation, les symptômes généraux ont été à peu près nuls. Depuis Boër jusqu'aux travaux les plus récents de notre époque, et en particulier la thèse de M. Duplay, sur le ramollissement gangréneux de l'utérus (Paris, 1833), plusieurs auteurs se sont occupés de la gangrène de la matrice après l'accouchement. Presque tous ont attribué à la gangrène une nature inflammatoire, et l'ont décrite sous le nom de métrite gangréneuse. Sans doute, l'inflammation joue un grand rôle dans un certain nombre de cas, et il n'est pas étonnant qu'on se soit laissé entraîner à lui attacher une importance exclusive. Des faits cités par M. Bouchacourt, il est permis d'établir qu'en dehors de toute cause traumatique appréciable, il peut se développer, soit à la vulve et dans le vagin, soit au col utérin, une affection de nature gangréneuse primitive, non précédée, mais suivie d'inflammation; que cette maladie peut être mortelle en se compliquant de métro-péritonite; qu'elle peut être liée à une influence épidémique, et sous la dépendance d'une constitution atmosphérique particulière. Nous serions tenté de rapprocher cette maladie des inflammations diphthéritiques. On trouve, dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XXXIII), un travail intéressant de M. Robert sur la diphtérite des plaies, et qui milite en faveur de cette opinion. M. Montain, que nous avons déjà cité, croit qu'il y a une grande analogie entre cette gangrène et la pourriture d'hôpital. Il se fonde sur le fait suivant, qui, selon nous, doit être pris en grande considération. En 1815, l'hospice de la Charité reçut dans ses salles la plupart des soldats blessés dans la défense de la ville contre l'invasion étrangère. La pourriture d'hôpital sévit bientôt contre ces malheureux réunis en grand nombre. En même temps, les filles-mères, placées dans le voisinage, furent affectées de la gangrène de la vulve, du vagin et du col utérin. On traita les deux salles de la même manière. On diminua l'encombrement, on cautérisa; et blessés et accouchées guérirent en même temps.

Le traitement a dû varier nécessairement suivant les phases de l'épidémie. Ainsi, dans la première, les minoratifs, les purgatifs ont été seuls employés, et constamment avec succès; dans la seconde phase, on a essayé divers moyens pour s'opposer à l'extension des accidents utérins et péritonéaux. Les antiphlogistiques locaux et généraux n'ont pas été aussi efficaces que dans les métro-péritonites sporadiques où l'élément inflammatoire domine toute la scène. Ce qui a le mieux réussi, c'est l'ipécacuanha au début. Le sulfate de quinine dans les formes intermittentes, et le quina à l'intérieur dans les formes adynamiques, ont été d'un précieux secours.

Quant aux cas de gangrène, M. Bouchacourt leur a opposé à l'intérieur la médication tonique, et à l'extérieur la cautérisation avec l'acide chlorhydrique et les lotions détersives. L'acide chlorhydrique, dont l'action est si spéciale dans les affections diphthéritiques, agit superficiellement ou profondément, suivant la durée de son application. Il est essentiellement délimitateur de la gangrène et modificateur de la surface des parties sous-jacentes.

M. Bonnet paraît croire à l'analogie de la pourriture d'hôpital et des gangrènes signalées par M. Bouchacourt. Comme traitement général, il repousse les antiphlogistiques, et propose les toniques à l'intérieur et l'usage réitéré des purgatifs. La cautérisation, soit avec l'acide chlorhydrique, soit avec le fer rouge, suivant le conseil de Delpech, ne lui semble pas suffisante. Il accorde la préférence au chlorure de zinc, qui a le double avantage de désinfecter les plaies fétides et de déterminer une réaction inflammatoire franche; cette supériorité d'action tient à ce que le chlorure de zinc absorbe l'humidité des tissus avec promptitude, qu'il forme un composé insoluble avec l'albumine et décompose les produits fétides.

M. Peyraud, chargé du service des femmes en couches à l'Hôtel-Dieu, a vu souvent les épidémies de la Charité se propager jusque dans ses salles. Cette année, rien de semblable n'a été observé. Plusieurs femmes ont été longues à reprendre l'appétit; mais l'usage de purgatifs légers a fait disparaître cette inappétence.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur la toux et son traitement, comme complément des leçons sur la phthisie.

A propos de la phthisie pulmonaire, et comme pour faire suite aux leçons que je vous ai faites sur cette maladie, il serait bon, je crois, de vous dire quelques mots d'un phénomène qui se présente bien souvent dans le cours de cette affection; je veux parler de toux, et de vous indiquer le traitement applicable à ce symptôme.

Pour bien comprendre le traitement de la toux, il faut d'abord bien comprendre ce que c'est que la toux, et les conditions pathologiques qui la font survenir.

La toux consiste dans des secousses convulsives du mouvement expiratoire, et ce sont elles qui sont tantôt destinées à expulser des voies aériennes des corps étrangers qui y ont pénétré du dehors, ou qui y sont sécrétés par la muqueuse; tantôt un phénomène spasmodique lié à l'irritabilité de cette muqueuse des voies aériennes. Si la toux était toujours efficace pour débarrasser les bronches des substances qui s'y trouvent, ce serait un phénomène conservateur qui ne pourrait qu'accélérer la guérison des malades, et présenterait une utilité réelle dans les maladies de poitrine; mais le mouvement spasmodique de la toux est déterminé par l'exagération de sensibilité synergiquement exercée sur les muscles présidant à l'inspiration et à l'expiration par la muqueuse aérifère excitée d'une manière quelconque. C'est une loi physiologique qu'il est facile de comprendre, quand on sait que ces muscles sont destinés par leur jeu à introduire l'air dans les poumons, et à l'en expulser après qu'il a fourni à l'hématose. Toutes les conditions anormales qui peuvent se produire dans cette synergie peuvent déterminer des mouvements spasmodiques de ces muscles, mouvements spasmodiques qui constituent la toux. La toux n'est donc pas un phénomène qui dépende toujours de l'excitation causée par des matières, ou introduites, ou sécrétées dans les bronches.

Il y a une phlogose de la muqueuse aérifère; son irritabilité est exagérée. Aussitôt le contact de l'air, autrefois bien supporté, devient pour la muqueuse une cause d'irritation, et sous l'influence de cette irritation il se produit les phénomènes spasmodiques de la toux, souvent âcre, dure, et sans résultat, comme dans la première période des bronchites. Ce phénomène a lieu aussi dans les bronchites chroniques, dans les bronchites localisées au pourtour des masses tuberculeuses ou développées dans leur intervalle; c'est le retentissement dans l'appareil des muscles respiratoires de l'irritation de certaines parties de l'appareil aérifère.

Une phlogose s'établit dans le parenchyme du poumon; elle entraîne le développement d'une irritabilité exagérée de ce parenchyme; l'air arrivant dans les cellules met cette irritabilité en jeu; elle retentit dans les muscles moteurs des parois du thorax, et on a la toux de la pneumonie.

Quand cette phlogose se développe dans les plèvres, elle retentit dans l'organe de la respiration. Tous les appareils sentent par leur surface de contact sans qu'il s'y développe de phénomènes immédiats; aussi l'irritation de la séreuse qui entoure le poumon détermine-t-elle une irritabilité exagérée dans les cellules pulmonaires, et on a le phénomène de la toux; de même que la phlogose de la séreuse péritonéale détermine des vomissements; de même que la phlogose des méninges excite l'irritabilité du cerveau de manière à déterminer de la contracture permanente quand ce sont les méninges de la base, des mouvements ataxiques quand ce sont les méninges de la convexité qui sont enflammés. Ainsi la phlogose de la plèvre augmente l'irritabilité du poumon et détermine des secousses de toux; mais ces secousses sont limitées par la douleur qu'elles occasionnent au malade; par la diminution de la capacité du poumon quand il y a une grande quantité de liquide épanché, et par l'irritabilité de la plèvre elle-même.

Un individu est en bonne santé; tous ses organes, ayant leur irritabilité normale, fonctionnent sans qu'il en ait conscience; il respire des molécules irritantes, soit voltigeant dans l'air, soit sous forme de gaz; l'irritation que ces agents produisent sur les bronches se communique par synergie aux muscles des parois de la poitrine et la toux se manifeste.

Dans cette série de phénomènes, on voit que la toux se présente comme le résultat spasmodique de la mise en jeu anormale de l'irritabilité du poumon ou de la séreuse qui l'entoure, soit que cette irritabilité provienne d'un état pathologique ou d'une excitation insolite produite par des poussières ou des gaz excitants.

Par suite des états pathologiques qui peuvent s'être développés dans le poumon, une matière destinée à être rejetée au dehors et qui obstrue le libre passage de l'air se dépose dans les bronches sécrétées par la muqueuse; que ce soit du sang, du mucus, du liquide plus ou moins plastique ou du pus mélangé de mucus, il se fera toujours une obstruction des tubes aérifères, et la présence d'un corps étranger sur la muqueuse des bronches. L'obstruction des bronches qui entraîne des efforts violents d'inspiration et d'expiration, l'irritation de la muqueuse, surtout si elle est malade, excitent l'irritabilité des nerfs qui animent les muscles locomoteurs des parois de la poitrine, et il se produit cette toux expulsive qui doit faire rejeter au dehors les matières étrangères; elle est donc absolument le résultat d'un phénomène identique, dans ce cas et dans l'autre, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'agent provocateur actuellement déposé dans les bronches et les obstruant.

Maintenant qu'il est avéré que la toux est un acte convulsif destiné ou à chasser les corps étrangers qui se trouvent dans les tubes aérifères ou à produire des expirations spasmodiques qui n'ont rien à chasser, on comprend les indications à suivre pour y remédier.

Dans tous les livres que vous avez entre les mains, dans tous les cours de physiologie que vous entendez, on vous dit que la toux est produite par un mouvement spasmodique du diaphragme : mais comment ce muscle par ses contractions et son relâchement successifs pourrait-il provoquer le débarras des voies aériennes? La contraction du diaphragme produit son abaissement, et, lorsqu'elle est spasmodique, détermine l'inspiration spasmodique, qui constitue le hoquet; l'expiration spasmodique, au contraire, est occasionnée par les muscles expirateurs, et il faut pour qu'elle se produise que le diaphragme soit dans le relâchement complet; aussi, pour mieux produire cet effet, les malades se serrent-ils instinctivement le ventre et refoulent-ils ainsi par en haut les viscères qui empêchent le diaphragme de se contracter.

Dans toutes les maladies dans lesquelles se présente le symptôme de la toux, bien que celle toux reconnaisse les causes pathogéniques que nous avons indiquées, elle n'est pas mesurée par les conditions pathologiques qui la font naître, c'est-à-dire qu'il n'y a pas entre elles de rapports de mesure et d'intensité constants : c'est que le phénomène spasmodique qui survient à la suite d'un principe de stimulation est exécuté par certains départements du système nerveux mis en jeu par cette stimulation originaire; ces départements nerveux, qui sont les incitateurs des muscles respiratoires, agissent avec leur irritabilité propre, qui est plus ou moins grande, selon les divers sujets. Chez tel ces mouvements spasmodiques sont impossibles, parce que chez lui le système nerveux fonctionne avec un calme et une régularité parfaits; chez d'autres, au contraire, aussitôt le signe donné, ils vont avec une vive intensité et jusqu'à produire des accidents fâcheux. Ainsi, pour de légères causes, des personnes sont prises d'un rire inextinguible et qui devient douloureux.

Tel individu avalant de travers une goutte d'eau, au contact de cette goutte sur la muqueuse du larynx, va tousser, mais modérément, et il sera débarrassé de sa toux en même temps que la cause productrice sera expulsée; tel autre, très nerveux, très irritable et doué d'une grande mobilité nerveuse, va, sous l'influence de la même cause, tousser jusqu'à pamoison. Chez les femmes, chez les enfants qui présentent au plus haut point l'excitabilité du système nerveux, les mouvements spasmodiques de cette nature peuvent se produire avec la plus grande violence jusqu'à fatiguer considérablement les malades. De sorte que la même cause peut chez dix individus produire dix sortes de toux variables pour l'intensité, pour la fréquence et pour l'effet causé par le retentissement dans l'organisme. Il faudra donc des moyens de traitement propres à modérer la toux dans certaines limites et à empêcher qu'elle ne devienne pour l'organisme la cause d'une trop grande fatigue.

Ces mouvements spasmodiques ont d'autres résultats que de produire la fatigue et la douleur qui se rattachent aux quintes de toux : s'ils se reproduisent trop souvent, ils peuvent aller jusqu'à jeter les malades dans l'adynamie; c'est ce que l'on observe surtout chez les vieillards. La toux peut se produire par des mouvements musculaires intenses; sous ce rapport, elle épuise les malades, entraîne des expirations forcées et prolongées, qui déterminent une intermission réelle dans l'hématose et occasionnent ainsi des accidents pouvant aller jusqu'à l'asphyxie. C'est par cette cause que, dans les fortes quintes de coqueluche, on voit la figure des enfants devenir violacée; chez les sujets affectés de maladies du cœur, chez lesquels la circulation ne se fait déjà qu'imparfaitement, il se produit sous l'influence de ces quintes de toux des stases sanguines dans le cœur et dans les gros vaisseaux, stases sanguines qui peuvent aller jusqu'à produire la rupture de ces organes. Cette suspension momentanée des mouvements respiratoires peut retentir jusqu'au cerveau, favoriser les congestions de cet organe et déterminer ainsi des attaques d'apoplexie.

Il y a aussi des inconvénients attachés aux toux insuffisantes : chez les sujets dont le système nerveux est très mobile, la toux fréquemment répétée est peu efficace pour expulser les matières accumulées dans les bronches; il faut pour qu'elle le devienne que l'air contenu dans le poumon soit en quantité assez considérable, qu'il soit vivement expulsé et serve comme de véhicule pour pousser ces matières étrangères vers la trachée; il faut que les inspirations aient été grandes pour que le mouvement expiratoire soit soutenu et se fasse avec force; aussi chez les individus faibles, ayant une grande mobilité du système nerveux, l'expulsion des crachats se fait difficilement, et on conçoit qu'en modérant l'irritabilité nerveuse et diminuant la fréquence des secousses de toux, on les rendra plus efficaces pour l'expulsion des matières contenues dans les bronches. Cette difficulté d'expulsion créée par une toux spasmodique et répétée peut entraîner de graves accidents : ainsi, dans les maladies de poitrine, on a vu des vieillards littéralement asphyxiés, empêchés de respirer qu'ils étaient par l'accumulation des crachats en grand nombre dans les tuyaux aérifères et qui allaient jusqu'à intercepter complétement le passage de l'air dans ces tuyaux.

Enfin une dernière considération, c'est que la toux détermine des douleurs. Il est une loi en pathologie générale, c'est qu'en faisant fonctionner un organe hors de la mesure de ses forces il devient douloureux. Si des muscles sont trop mis en jeu par des mouvements trop grands ou trop prolongés, ils deviennent douloureux; la courbature ne reconnaît pas d'autre cause. La toux spasmodique souvent répétée détermine des douleurs dans les masses musculaires placées autour du tronc; aussi chez les femmes nerveuses, après des quintes de toux, et chez les phthisiques voit-on survenir des douleurs de poitrine, qui sont le résultat de la surexcitation des masses musculaires mises en jeu dans ces spasmes répétés.

Il faut obvier à ces graves symptômes, et c'est pour parer à ces divers accidents que bien des médications ont été conseillées. Ces médications doivent se déduire des moyens qui, agissant directement sur le système nerveux, modèrent son irritabilité, et font que l'excitation dont les voies aériennes sont le siége ne retentisse pas trop dans l'organisme. Ces moyens doivent porter sur le point de départ, et comme le plus souvent le point de départ est une phlogose plus ou moins intense du poumon, ils doivent agir sur cette inflammation pour la diminuer. Tous les remèdes dits antiphlogistiques sont donc très bons pour arriver à ce résultat.

On peut encore modifier jusqu'à un certain point l'irritabilité du poumon par d'autres moyens; ainsi, par des fumigations émollientes qui rendent l'air des appartements moins sec, par suite moins irritant, et en font comme un topique pour l'appareil aérifère. C'est dans ce but qu'on fait coucher des malades dans des étables saturées par la présence des animaux de principes d'humidité, et dans lesquelles la quantité d'oxygène de l'air est diminuée et remplacée par de l'acide carbonique dont le résultat est d'amoindrir l'intensité des mouvements respiratoires; sous ce point de vue, cette médication a de bons résultats, puisqu'elle diminue les inconvénients de l'irritabilité du poumon et, par suite, la violence et la fréquence des secousses spasmodiques de toux. Quant aux fumigations directes, elles présentent des désavantages par la difficulté de leur application; elles peuvent être trop chaudes, ou bien données dans des appartements trop exigus, contraindre les malades à des efforts respiratoires insolites; mais en les faisant avec modération, sous des couvertures et au moyen de vapeurs émollientes, on a des topiques qui diminuent l'irritabilité pulmonaire et, secondairement, la fréquence des secousses de toux.

Mais les moyens les plus efficaces dirigés contre la toux sont puisés surtout dans les médicaments sédatifs et narcotiques qui ont une propriété commune; c'est de ralentir la respiration et par conséquent l'hématose. Cette sédation, agissant sur le système nerveux qui préside à l'appareil respira-

toire, exerce une modification favorable sur la toux et les inconvénients qui en sont la suite. En tête de ces substances se trouve l'opium, qui est de toutes la plus employée. On l'administre sous forme de sirop d'opium, ou même en nature; on le donne encore dans divers sirops qui en contiennent: ainsi le sirop diacode ou sirop de pavot blanc qui en est le plus souvent additionné, et par l'usage de ces divers médicaments on peut modérer la toux des malades. A côté de l'opium sont d'autres préparations narcotiques; ainsi la jusquiame, la belladone, la ciguë, la morelle, la laitue et surtout la laitue vireuse, qui agissent comme l'opium, eu égard à l'appareil de la respiration, mais qui peuvent avoir des effets divers sur l'appareil de la digestion. Par les préparations de jusquiame, on n'exerce pas sur le tube digestif cette action astringente qui produit la constipation comme par l'opium; mais si on prescrit la belladone, substance encore plus narcotique que l'opium, on occasionne des dérangements dans la digestion et des dyspepsies rapides et violentes.

Quand on prescrit des narcotiques aux sujets affectés de phthisie, on ne peut les continuer longtemps sans altérer leurs fonctions digestives, et ces accidents sont toujours fâcheux; il peut survenir des dyspepsies, des phlogoses de la muqueuse gastro-intestinale, des aphthes dans la bouche, qui mettent dans l'impossibilité de nourrir suffisamment les malades et de fournir ainsi des aliments de combustion à l'hématose, obligée alors de les prendre dans l'organisme du sujet: la phthisie est donc avancée par l'usage trop peu modéré de ces narcotiques. Il faut s'en servir, mais avec prudence, pour rendre les quintes de toux moins fréquentes, en abréger la durée et donner aux malades le sommeil que ces accidents rendaient impossible.

Quand on n'a qu'une bronchite simple ou une pneumonie franche plus ou moins étendue, ou pouvant coïncider avec de la phthisie pulmonaire, ces substances peuvent être très utiles. Toutes les secousses de toux qui ne rejettent pas au dehors le mucus dont les bronches se remplissent sont des accidents nuisibles et dangereux. Si on pouvait supprimer ces secousses inutiles de toux pour ne laisser que celles qui se font largement et avec force, qui sont efficaces pour expulser tout le mucus bronchique, on ne pourrait que produire du bien au malade.

C'est dans ce but qu'on prépare les différents sirops contre la toux. Parmi eux, celui qui jouit de la plus grande réputation, est le sirop pectoral de Lamouroux; puis viennent quelques autres. tels que ceux de thridace, etc. Tous ces médicaments ont une utilité réelle; le tout est de les employer à propos.

Toutes les anciennes pharmacopées sont, du reste, pleines de ces vieilles formules de sirops, de pastilles, de pâtes qui ne sont que des extraits rendus en consistance gélatineuse et à demi concrets, et enfin de pilules; de sorte que la source à laquelle on peut puiser sa médication est extrêmement riche. De ces préparations, il en est qui sont habituellement dans la pratique; ainsi, les pilules de cynoglosse, celles faites avec de la jusquiame, de l'opium, la pâte de lichen, la pâte de jujubes. On a fait aussi ces pâtes avec d'autres substances; ainsi, la pâte de nafé, celle de dattes, etc., qui sont toutes composées d'un principe mucilagineux avec addition d'une petite quantité d'opium ou de jusquiame. Les pharmaciens n'y ajoutent pas, en général, de belladone, parce qu'ils savent fort bien qu'elle n'est pas longtemps supportée sans altérer les fonctions du tube digestif.

Dans quelques cas où les secousses de toux entraînent des accidents spasmodiques de tout l'organisme, il faut joindre les médicaments antispasmodiques. On rencontre des femmes qui ne présentent encore que des tubercules crus, et chez lesquelles ces accidents spasmodiques iront jusqu'à revêtir des formes d'hystérie. Les narcotiques alors ne suffiront plus; il faudra employer les antispasmodiques, qui, régularisant les fonctions nerveuses de l'organisme, régulariseront aussi la succession normale de ses actes. Ces antispasmodiques sont la valériane, l'aconit, l'éther, et surtout le castoréum et le musc, auxquels on pourra joindre avec avantage les préparations narcotiques, soit formulées, soit contenues dans les diverses pâtes et les divers sirops que nous avons cités tout à l'heure.

Pour apprécier les choses à fond, il faut reconnaître que, si on retire de l'utilité de ces divers moyens en modifiant les quintes de toux et les rendant expulsives, jamais on n'en retirera un effet curatif immédiat; car, pour les maladies aiguës, les traitements curatifs immédiats seront les divers traitements antiphlogistiques, et, pour la phthisie, ceux qui atteindront la cause de cette affection dans son principe. Ce serait un tort de croire que l'utilité de ces médicaments narcotiques et antispasmodiques peut aller jusqu'à guérir, quoiqu'ils soient vraiment bons comme traitement latéral et accessoire. Plusieurs de ces médicaments, du reste, trouveront encore leur application utile quand je vous parlerai spécialement de la coqueluche.

TRAITEMENT DU CROUP

par le sulfate de cuivre.

Nous recevons de M. le docteur Mavel la communication suivante en date du 15 mars:

Parmi les nombreux médicaments que de temps à autre les journaux nous annoncent comme infaillibles, il en est certainement un grand nombre qui ne méritent pas notre attention, mais il en est aussi qui ne méritent pas le dédain avec lequel le public médical les accueille.

Dans votre numéro du 2 mars, je lis une observation de croup traité avec succès par M. le docteur Berton au moyen d'un mélange d'alun et de calomel; si le succès inespéré d'un cas de guérison a paru suffisant à M. Berton pour publier son observation, je me croirais bien coupable si à mon tour je ne publiais que, depuis cinq ans, sur huit cas de croup, j'ai eu deux insuccès seulement et six guérisons complètes; encore faut-il ajouter que les deux cas d'insuccès, l'un n'a été traité qu'à sa période extrême, six heures avant la mort, et que l'autre n'a pas été soigné avec toute l'énergie convenable.

Après une première administration du médicament, le jeune malade rendit une fausse membrane représentant absolument la membrane muqueuse du larynx; sur cette membrane, que je conserve intacte dans de l'eau créosotée, l'on remarque même la représentation de la glotte. Les accidents, conjurés une fois, reparurent le lendemain. Le médicament fut prescrit une deuxième fois; le malade s'y refusa, et la mère n'eut pas le courage de faire violence à son enfant.

Pour preuve de la sûreté de mon diagnostic dans les six cas de guérison, je dois ajouter que, jusqu'au mois de juillet 1845, j'avais eu à soigner une vingtaine de croups; dans tous les cas, j'avais porté mon diagnostic; j'avais toujours employé les moyens jusqu'alors conseillés et toujours sans succès; les jeunes malades sont tous morts le jour même où je proposais pour dernière ressource la trachéotomie, opération qui n'a jamais été acceptée par les parents, soit qu'ils y répugnassent d'eux-mêmes, soit qu'ils en fussent détournés par quelques confrères appelés en consultation. La mort venait constamment confirmer mon diagnostic et me faire désespérer de triompher jamais de cette cruelle maladie, lorsque, au mois de juillet 1845, je lus dans le Journal des Connaissances médico-chirurgicales un mémoire de M. Godefroy, professeur à Rennes, sur le traitement du croup par le sulfate de cuivre.

Ce médicament était administré à la dose de 10 centigrammes dans 125 grammes de liquide, une cuillerée toutes les dix minutes. La potion pouvait être administrée une deuxième fois, ce qui n'empêchait pas l'usage des moyens employés ordinairement contre cette maladie. Par suite de ce traitement, la guérison était la règle, la mort l'exception.

Je dus accepter ce médicament avec reconnaissance, et l'expérimenter à la première occasion. Mon attente n'a point été trompée. Je dois des remercîments à M. Godefroy pour les six enfants que j'ai guéris par cette médication.

Un de mes confrères, M. le docteur Sabatié, m'a affirmé qu'il avait employé le même médicament, et avec le même succès.

CORRESPONDANCE.

Fistule lacrymale.

Le défaut d'espace nous a empêché de publier plus tôt la réclamation suivante, que nous avions accueillie avec empressement.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre compte-rendu de la séance de l'Académie des Sciences du 11 de ce mois: « M. Magne communique une observation de guérison radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal au moyen de la cautérisation par le beurre d'antimoine. »

Telle n'est point la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'illustre compagnie. Je comprends d'ailleurs l'erreur qui s'est glissée dans vos colonnes; vous aviez à rendre compte de la séance annuelle, beaucoup plus intéressante assurément que ma communication; mais j'espère que vous voudrez bien accueillir la rectification qui suit:

J'ai adressé à l'Académie des Sciences une note relative à un travail que je viens de publier, et qui est intitulé: *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.* J'ai eu pour but dans ce mémoire de constater qu'aucune des méthodes employées jusqu'ici ne guérit radicalement la fistule et la tumeur du sac; les récidives sont inévitables. La dernière partie de mon travail est consacrée à la description du procédé que j'emploie et des instruments dont je me sers pour obtenir en moins d'un mois une guérison facile, simple, exempte de tout corps étranger et excluant la récidive, par ce motif que: *sublata causa, tollitur effectus.* Sept opérations pratiquées par moi à l'aide de la nouvelle méthode, que je présente comme méthode générale, ont été suivies d'un plein succès.

Tel est le but que je me suis proposé, et dont je donnais connaissance à l'Académie des Sciences dans la note qui a été lue le 11 mars.

Agréez, etc. A. Magne,
Oculiste des crèches du départ. de la Seine, etc.

15 mars 1850.

NOMINATION D'UN PROFESSEUR

de médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris.

Le scrutin par lequel s'est terminé hier le concours ouvert devant la Faculté de Médecine a donné le résultat suivant:

Au premier tour:

MM. Malgaigne	7 voix.
Robert	4
Nélaton	2
Lenoir	1
Jarjavay	1
	15

Au deuxième tour:

MM. Malgaigne	8 voix.
Nélaton	4
Robert	3
	15

En conséquence, M. Malgaigne a été proclamé professeur de médecine opératoire. Nous avons dit, au commencement du concours, notre opinion sur M. Malgaigne; nous n'avons rien à y modifier.

NOUVELLES.

MM. les professeurs particuliers de l'Ecole pratique sont prévenus que la réunion pour la répartition des amphithéâtres, pendant le semestre d'été, aura lieu le jeudi 28 mars, à midi, à la Faculté de Médecine.

— M. le docteur Rater, doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a été élu vice-président de la Société nationale de médecine de cette ville, en remplacement de M. le docteur Rougier, élu président.

— M. le docteur Rollet, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. M. Rollet entrera en fonctions le 1er janvier 1855, époque à laquelle M. le docteur Rodet, chirurgien en chef actuel cessera ses fonctions.

— M. le docteur Teissier vient d'être nommé médecin titulaire de la prison de Roanne, en remplacement de M. le docteur Monfalcon, démissionnaire.

— M. le docteur Prévost, connu par des travaux de physiologie et de médecine, vient de succomber à Genève à la suite d'une longue maladie.

— M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Perpignan, est désigné pour celui de Rennes.

M. Mouillac, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bayonne, est désigné pour celui de Perpignan.

La *Presse* d'aujourd'hui annonce que le tirage de la Loterie nationale des Artistes aura lieu jeudi prochain, 28 de ce mois, au palais du Luxembourg, dans le local de l'ancienne chambre des pairs.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 26 MARS 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 37.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Luxations des deux genoux: du tibia droit en arrière, du tibia gauche en avant,

observées sur un homme âgé de soixante-un ans, ouvrier en tabac, entré le 7 janvier 1850, salle Sainte-Vierge, n° 27.

Par M. LEMAISTRE, interne du service de M. ANDRAL.

Il n'existe pas, que je sache, dans la science, d'observation de deux luxations des genoux sur le même individu. C'est pourquoi je me fais un devoir de livrer celle-ci au public.

Luxation incomplète du tibia droit en arrière.

Le 7 janvier 1850 j'étais de garde à la Charité, lorsque je fus appelé près d'un malade nommé Gerbeau (Antoine), qu'on venait d'apporter à l'hôpital. Il avait été pris dans une mécanique, et les deux membres inférieurs, me dit-on, étaient gravement lésés; il y avait tout au plus trois quarts d'heure que l'accident était arrivé à la manufacture des tabacs du Gros-Caillou. Le malade est couché quand j'arrive; j'examine d'abord le membre droit; il est dans l'extension, sans aucune déformation; une petite plaie existe au niveau du tiers inférieur du péroné. En voulant m'assurer du jeu des articulations de ce membre, au moment où je fléchissais le genou à angle droit sur la cuisse, je perçois un gros craquement, et immédiatement la partie supérieure du tibia éprouve un mouvement de retrait, une luxation du genou venait de se produire; je ramène la jambe dans l'extension, la réduction s'opère; je fléchis de nouveau, nouvelle luxation.

Voici les caractères qu'offrait le genou dans cet état. L'extrémité inférieure du fémur fait une saillie considérable; les doigts, promenés sur cette saillie, reconnaissent parfaitement la surface articulaire des condyles, qu'ils peuvent parcourir dans une bien plus grande étendue que dans la flexion à angle droit d'un genou à l'état normal; la rotule occupe le point culminant de la saillie; elle paraît plus éloignée du tibia qu'à l'état normal, ce qui donne au genou une forme plus anguleuse qu'à l'état sain; le ligament rotulien est accolé à la surface articulaire du fémur, il semble fuir en arrière, ce qui augmente la saillie de l'angle inférieur de la rotule; au-dessous de celle-ci existe une dépression produite par le retrait de l'extrémité supérieure du tibia; cette dépression est plus prononcée en dedans qu'en dehors, il est difficile de constater dans le creux du jarret la saillie que doivent y former les condyles du tibia : ceci dépend probablement de l'état de flexion de la jambe. Le tibia a éprouvé une légère rotation sur lui-même; la pointe du pied est tournée en dedans; le malade accuse une forte douleur au niveau du rebord articulaire antérieur du condyle tibial interne, douleur augmentant par la pression. D'après ces signes, j'ai pensé avoir sous les yeux une luxation incomplète du tibia en arrière, mais plus prononcée pour le condyle interne que pour le condyle externe; j'ai réduit la luxation et laissé le membre dans l'extension.

Luxation complète du tibia gauche en avant.

J'examine alors le membre gauche; il est dans l'extension, le genou est déformé, la face antérieure de la cuisse est considérablement raccourcie; à sa partie inférieure existe un creux au milieu duquel se trouvent deux sillons transverses, semi-circulaires, distants d'environ de dix à douze millimètres, comprenant entre eux un pli saillant de la peau; inférieurement à ce creux il existe une saillie considérable formée par la partie supérieure de la jambe, qui, comparée à la cuisse, paraît allongée; le pied est droit, c'est-à-dire que sa pointe n'est déviée ni en dehors, ni en dedans, le diamètre antéro-postérieur du genou est considérablement augmenté d'étendue; la face postérieure du membre paraît tout appuyée à plat sur le lit; le creux du jarret n'existe pas, et la cuisse se continue directement avec le mollet, sauf une légère dépression en ce point; la partie postérieure de la jambe est visiblement raccourcie; deux faits sont donc patents : raccourcissements de la cuisse en avant et de la jambe en arrière; tandis que la cuisse en arrière et la jambe en avant paraissent relativement allongées.

En promenant les mains sur la partie affectée, je constate les faits suivants : le membre est dans une rigidité complète, sans flexion ni extension, sans déviation latérale possible; de chaque côté du creux qui existe à la partie inférieure de la cuisse on sent les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse dans la tension la plus absolue; au-dessus de la saillie formée par la partie supérieure de la jambe, on reconnaît parfaitement, et dans toute son étendue, la surface articulaire du tibia faisant angle droit avec le fémur. La rotule située au milieu de cette surface, sans déviation latérale, néanmoins très mobile, est située de telle sorte qu'une ligne tirée parallèlement à la surface antérieure de la cuisse tombe perpendiculairement sur sa face intérieure. Ainsi elle est située de champ; sa surface antérieure est donc supérieure, son bord supérieur postérieur. En pressant un peu fortement au fond du creux où elle se trouve, on reconnaît un léger épanchement de liquide; en arrière, à la partie supérieure du mollet, à travers la peau tendue au plus haut degré, on sent parfaitement les deux condyles du fémur. Mes deux mains placées alors, l'une à la surface articulaire du tibia, l'autre sur l'extrémité inférieure des condyles fémoraux enfournés en quelque sorte dans le mollet, ont pu me faire constater que ces parties étaient distantes l'une de l'autre de 4 à 5 centimètres. Du reste, pas le moindre gonflement.

J'ai prié M. le docteur Hurtaux (1) de faire la contre-extension sur la cuisse, ce qu'il a fait en la saisissant à deux mains; un infirmier a fait l'extension en tirant directement sur le pied. Les mains placées sur la partie malade de manière à faire la coaptation, j'ai senti les muscles céder; alors, passant mon avant-bras à la partie postérieure de l'articulation, je lui ai imprimé un mouvement de flexion, un gros craquement s'est fait entendre, et la partie a été réduite avec la plus grande facilité. J'ai pu alors imprimer au genou des mouvements de flexion et d'extension; le malade a été instantanément soulagé. Le membre a été légèrement fléchi par un coussin placé sous le creux du jarret, et comme le membre droit faisait éprouver au malade quelques douleurs dans l'extension, j'ai été obligé de le fléchir aussi légèrement. Des compresses résolutives ont été placées sur les deux genoux.

Les jours suivants, le malade a gardé le lit. Les genoux n'ont éprouvé que peu ou pas de gonflement, tout le pied droit et la partie inférieure de la jambe du même côté se sont fortement tuméfiés; au bout de vingt jours environ, on a permis au malade de marcher un peu avec deux béquilles; le 3 février, le malade sort de l'hôpital. Son état est le suivant : Il peut s'appuyer sur la jambe gauche, la fléchir et l'étendre sans autre douleur qu'un léger tiraillement dans le creux du jarret; il n'en est pas de même pour la jambe droite : le pied est encore considérablement infiltré, le malade ne peut mouvoir l'articulation tibio-tarsienne sans de fortes douleurs (cette articulation aura probablement éprouvé une entorse). Quant au genou, il peut être fléchi et tendu comme l'autre, mais les tiraillements dans le creux du jarret sont plus douloureux.

Causes. — Le malade, occupé à la manufacture des tabacs, a eu ses vêtements pris par les aspérités d'un arbre situé horizontalement faisant sur son axe de dix à quinze tours par minute; l'ouvrier, effrayé, saisit celui-ci à bras le corps et se trouve entraîné dans son mouvement de rotation; mais en face de cette pièce de bois s'en trouve une autre immobile à 30 centimètres de distance, de sorte que tout le corps du malheureux a été obligé de passer de vingt-cinq à trente fois peut-être entre ces deux corps résistants.

Ce malade en entrant à l'hôpital a été placé dans les salles de M. Velpeau; je regrette que le professeur de clinique chirurgicale de la Charité et son nombreux auditoire n'aient pu voir une luxation complète du tibia en avant, cas qu'on a toujours considéré comme très rare dans la science; mais le malade souffrait beaucoup, la peau était excessivement tendue sur les condyles du fémur et pouvait faire craindre la gan-

(1) M. le docteur Hurtaux, médecin de la manufacture des tabacs, était présent à l'examen du malade; je lui ai fait constater toutes ces altérations.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un procès peu édifiant. — Générosité de l'administration des hôpitaux.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Le procès que je vous ai annoncé dans une de mes dernières correspondances n'était que trop réel; malheureusement il prête beaucoup moins à rire qu'à pleurer, et, franchement, je me serais dispensé de vous en entretenir, si la presse quotidienne tout entière, je ne sais trop pourquoi, sans doute par amitié pour le corps médical, n'avait jugé à propos de s'en occuper. Voici comment un des organes les plus modérés de la presse raconte ce fâcheux épisode :

« Le docteur H. L..., ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, réclamait de M. F..., employé supérieur au ministère des finances, le payement d'une somme de 500 fr. pour réduction et traitement d'une fracture de l'avant-bras de sa jeune enfant, en nourrice à ***. La contestation portait sur la question de savoir s'il y avait eu réellement fracture, et par suite réduction, et quelle confiance il fallait ajouter aux assertions de M. L...

» L'avocat du défendeur a produit un certificat de quatre chirurgiens qui, après avoir examiné l'enfant, ont déclaré qu'il n'y avait point eu de fracture; des lettres de personnes notables de ***, et entre autres du juge de paix, affirment également que l'enfant n'a jamais été atteint de la lésion prétendue. Il a signalé des moyens d'intimidation employés par le médecin pour s'approprier une somme qui ne lui était pas due.

» Le tribunal, attendu que rien ne prouvait l'existence de la fracture prétendue, a condamné M. L... à accepter, au lieu des 500 fr. qu'il demandait, la somme de 20 fr. que lui offrait son client, et l'a condamné de plus aux frais et dépens. »

La magistrature a-t-elle obéi en rendant cet arrêt à cette antipathie si prononcée et si traditionnelle dont elle est animée envers le corps médical? Nous voudrions pouvoir le penser; mais le témoignage des hommes qui ont été appelés à donner leur avis ne nous laisse guère même cette faible consolation; parmi ces hommes se trouvent des membres du corps médical des hôpitaux dans la science et dans la bonne foi desquels on doit avoir la plus entière confiance. Il ne reste donc plus d'autre alternative pour expliquer ce fait que l'erreur ou le défaut de bonne foi de la part du docteur L.... Nous aimons à espérer que la première interprétation est la véritable, quoique cette opinion ne soit pas à beaucoup près la plus généralement admise. Quoi qu'il en soit, cette affaire ne doit-elle pas, après cent autres, nous faire regretter l'absence des conseils de discipline, qui jugeraient sans bruit toutes les contestations de ce genre et qui empêcheraient ainsi un scandale public toujours préjudiciable au corps médical, alors même que le membre attaqué sort victorieux des mains de la justice, et à plus forte raison quand il quitte l'audience avec une condamnation au front.

— Ce n'est certes pas au fâcheux effet de l'affaire du docteur L... qu'il faut attribuer le sans-façon avec lequel l'administration des hôpitaux, en république comme en monarchie, continue à traiter le corps médical. Voici un petit et nouvel échantillon de la générosité avec laquelle elle récompense les services que les médecins rendent aux pauvres malades.

Vous savez qu'avant son départ pour Alexandrie, M. Prus, cette autre victime du dévouement à l'humanité, était médecin de la Salpêtrière concurremment avec MM. Barth et N. Guillot. Lorsque M. Prus fut parti, ses deux collègues, pour éviter à l'administration les frais d'un remplacement pendant le congé illimité de M. Prus, proposèrent de se charger gratuitement du service momentanément vacant. L'administration, comme on le pense bien, agréa cette offre avec empressement. Sur ces entrefaites éclata le choléra. MM. Barth et N. Guillot, chargés d'un service extrêmement nombreux et déjà très fatigant en temps ordinaire, suffirent cependant, par des efforts inouïs et un dévouement sans bornes, à toutes les nécessités. Mettant de côté les exigences de leur propre clientèle, ils passaient à la Salpêtrière toutes leurs journées, et quelquefois une partie des nuits. Pour prix de tous ces sacrifices, MM. Barth et Guillot touchaient un traitement de 600 fr. par an, exactement comme un garçon de bureau de troisième classe. Mais une occasion d'offrir à cet admirable zèle un léger dédommagement devait se présenter; l'administration, ainsi que vous allez le voir, l'a saisie avec empressement.

La mort de M. Prus rendait définitive la vacance qui n'était que temporaire de son vivant. M. Prus touchait un traitement de 1200 f., qui, d'après les règlements, devaient revenir aux plus anciens médecins dont les appointements n'ont pas encore atteint ce chiffre modeste. Vous supposez sans doute qu'on va donner le service de M. Prus à un médecin du Bureau central, et qu'on va partager les 1200 fr. entre MM. Barth et Guillot? Détrompez-vous; voici l'ingénieuse détermination qu'on a fait prendre à M. Davesne; car on nous a dit et répété que sa loyauté, si elle n'était point surprise, ne lui permettrait pas d'adopter de semblables mesures. Le service de M. Prus sera supprimé, et sera divisé entre MM. Barth et Guillot, qui ont prouvé que deux médecins peuvent suffire aux nécessités des trois services. Quant aux 1200 fr., l'administration les prend pour elle-même, afin de partager avec MM. Barth et Guillot la succession de M. Prus. Comme vous voyez, le calcul de l'administration est fort agréablement conçu : elle prend les appointements pour elle-même, et donne le service aux médecins. Il est vraiment fâcheux qu'un pareil système ne soit pas appliqué sur une plus vaste échelle! Il y a dans cette idée une grande réputation à faire; nous la soumettons aux méditations ingénieusement fécondes du citoyen Dubost.

Ce qu'il y a de plus affligeant dans tout cela, c'est que le corps des hôpitaux compte deux délégués dans le conseil de surveillance des hôpitaux, et que ni l'un, ni l'autre, si mes informations sont exactes, n'ont jugé à propos d'ouvrir les yeux de M. Davesne sur l'inique décision que nous venons de raconter, pas plus qu'ils n'ont protesté contre la détermination qui prive les internes du léger avantage d'être nourri dans l'hôpital. N'aurions-nous pas aussi quelques reproches à faire aux médecins des hôpitaux, peut-être à MM. Barth et Guillot eux-mêmes, qui ont enterré sous une commission la proposition faite au sein de la Société médicale, de réclamer immédiatement en faveur du corps de l'internat. Malheureusement on ne veut pas assez comprendre que, dans notre profession, tous les intérêts sont indissolublement unis, et qu'en négligeant ceux de ses confrères, on sacrifie le plus souvent les siens propres. Quand donc en sera-t-il autrement? Quand nous le voudrons avec suite et fermeté. — Ceci a un peu l'air d'un sermon; aussi, pour ne pas trop vous endormir sur une telle matière qui m'est peu familière, je me hâte de dire *amen*.

X...

grène si on n'y portait remède immédiatement; en présence d'une luxation que quelques auteurs ont regardée comme si grave, pour laquelle Percy voulait qu'on pratiquât toujours l'amputation de la cuisse, j'ai cru qu'il était de mon devoir de réduire de suite avant l'arrivée du gonflement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Traitement des hernies.

Depuis quelque temps j'ai cru remarquer que la laxité des téguments qui recouvrent l'abdomen sur les points correspondant au canal crural et à l'orifice inguinal était une des causes principales favorisant le développement des hernies.

Cette idée m'a paru assez féconde en applications. Je me suis rappelé les moyens proposés par M. Gerdy pour la cure radicale des hernies et les succès obtenus dans le temps, succès dus à cette méthode dont on a beaucoup parlé. Je me suis demandé si l'excision d'une portion étendue de la peau, excision faite non pas sur le canal, mais sur les côtés de ce même canal, pourrait avoir quelques chances de succès pour guérir certaines hernies, ou au moins pour contribuer à les contenir.

Il m'est arrivé, en effet, en ville, dans deux cas, de pincer une grande portion des téguments sur les côtés de petites tumeurs herniaires, de manière à tendre la peau qui recouvre la région inguinale. Dans cet état, les hernies ne sortaient point, lors même que le malade toussait, éternuait, se mouchait; tandis qu'au contraire elles sortaient lorsqu'on abandonnait la peau à elle-même.

Aujourd'hui, dans la salle Saint-Raphaël, se trouve un homme affecté de deux énormes hernies inguinales qui sortent par un très large anneau. Les téguments correspondant au pubis furent fortement pincés et retirés en dedans, de façon à tendre la peau de la manière la plus complète possible; alors les hernies furent complétement maintenues, et elles ressortirent dès que l'on cessa la traction des téguments.

Je mentionne ce fait, recueilli devant de nombreux auditeurs, seulement pour prendre date; car je ne crois point que cette idée de l'influence de la traction des téguments sur la palliation des hernies ait été encore publiée. Cependant, elle peut avoir de la portée, surtout si l'on trouve quelques moyens de maintenir, à l'aide d'un petit appareil, la peau plus ou moins serrée, comme on l'a pratiqué dans les cas précédents au moyen des doigts.

Ce moyen pourrait empêcher les viscères de s'échapper par le canal. Je conçois aussi que l'excision d'une vaste portion de peau et sa réunion immédiate, opération qui, du reste, n'offrirait aucun danger, pourrait remplir très bien la condition que nous venons d'indiquer.

Le même procédé pourrait avoir de la valeur pour la guérison des varices.

SUITE DES RECHERCHES MÉDICALES

dans l'ouest de la France;

Par V. Bally, de l'Académie de Médecine.

TOPOGRAPHIE DE TOURS.

Tours, capitale du département d'Indre-et-Loire, est une belle ville. L'atmosphère y est pure, le sol sain, la température moyenne de 11° 5'. L'air et la lumière y circulent, y rayonnent librement. La végétation y est luxuriante, ce qui a mérité à la province le nom, un peu ambitieux, de jardin de la France.

Cette ville est sous le parallèle de 44° 23' 46" de latitude boréale; la longitude est de 1° 38' 37", méridien de Paris. L'étiage de la Loire, au magnifique pont, est de 53 mètres au-dessus du niveau de la mer. Population de 40,000 âmes.

Il est peu de contrées où les eaux soient aussi abondantes qu'à Tours; outre une rivière souterraine, dont l'existence est démontrée par l'illustre Arago, et 10 puits artésiens, il y a dans le département 6 rivières principales et 25 cours d'eau moins considérables. Il n'existe que cinq sources ferrugineuses froides; aucune source chaude. Sur 611,679 hectares, 11,031 sont occupés par les eaux; environ la 55e partie du sol.

Les habitants ont creusé un grand nombre de puits dont ils boivent l'eau, fort chargée en sels calcaires; celle des puits artésiens est bien préférable, et celle de la Loire encore supérieure.

Les puits artésiens ont une profondeur de 112 à 140 mètres; celui de M. Champoison, qui fait mouvoir sa grande filature de soie, sort avec une chaleur de 17° 5, six degrés au-dessus de la température moyenne de l'atmosphère.

Il ne faut pas se figurer que ces notions hydrographiques soient superflues. L'influence de l'humidité et de l'évaporation veut être convenablement calculée sous le point de vue hygiénique; la clinique médicale elle-même ne saurait être étrangère à ce genre d'appréciation. Le maître à tous a fait un traité sur l'air, les eaux et les lieux pour nous donner l'exemple.

Tours était le siége de prédilection de Louis XI, le plus grand roi qu'ait possédé la France, n'était cette tâche d'avoir traîné constamment à sa suite son compère Ollivier le Daim.

Le sol, ou mieux le sous-sol, est évidemment calcaire. Le grès vert, enfoncé sous la craie, se trouve à 125 mètres au-dessous du niveau de la Loire. Le terrain d'eau douce est assez développé dans le département; son épaisseur varie de 1/2 mètre à 15 mètres. Le dépôt connu sous le nom de *faluns* doit être rangé dans la période pliocène ancienne; et le docteur Giraudet, l'une des notabilités de la science géologique, admet que cette roche appartient bien évidemment à une formation lacustre. Enfin M. Dujardin a trouvé de l'arragonite dans l'eau du puits artésien du quartier de cavalerie.

L'existence de la craie Tufau, en formant de nombreuses éminences, a favorisé un genre d'industrie qui consiste à creuser des habitations dans cette roche. La quinzième session du congrès scientifique s'était préoccupée de ces demeures caverneuses, et les hommes de l'art discutèrent, approfondirent la question. Le docteur Chenouard, praticien de Vouvray, fut celui qui contribua le plus à la résoudre sous le rapport de la salubrité. Depuis dix ans, dit-il, que j'exerce dans une localité où il y a un grand nombre d'habitations creusées dans le roc, je n'ai pas vu que ceux qui y séjournent soient plus exposés aux maladies que ceux qui habitent d'autres maisons. On pourrait dire néanmoins que l'air n'y circule pas librement, vu l'absence des fenêtres. Il n'y a que la porte pour toute ouverture.

Enfin une question des plus importantes pour l'objet que je poursuis était de savoir si la maladie asiatique y avait pénétré. Le professeur Charcellay, après des recherches consciencieuses, a constaté qu'elle n'y avait point paru.

Tours possède de nombreux établissements de charité et d'instruction. Ceux qui nous intéressent le plus sont: la Société médicale d'Indre-et-Loire, l'Ecole secondaire de médecine, le jardin de botanique, les hôpitaux.

Le 29 nivôse an XI, la Société médicale d'Indre-et-Loire fut inaugurée, et depuis cette époque elle n'a jamais interrompu ses travaux, ni cessé de répandre, au moyen de son Bulletin trimestriel, les bienfaits de ses savantes discussions.

L'Ecole secondaire de médecine s'est constamment distinguée par ses excellentes doctrines et ses bons professeurs. Dire que nous lui devons MM. Velpeau et Trousseau, c'est faire son éloge. Aux grands moyens qu'elle possède pour l'instruction, il faut ajouter l'hôpital général, vaste établissement où tous les genres d'étude sont offerts à la jeunesse studieuse. C'était naguère un lieu infect; mais un ancien maire, M. Valvin, et un généreux philanthrope, M. Margueron, l'ont transformé en un asile des plus salubres. Dans l'une des cours ils ont fait forer un puits artésien, qui, après avoir fourni des flots abondants à l'hospice, va porter son riche superflu au jardin botanique, qui possède 10,000 plantes, et renferme 1,800 espèces dans ses serres.

Naguère le sol n'était qu'une espèce de marais, entretenu à l'état d'infection par la rue Sainte-Anne, lorsque M. Margueron comprit l'importance de soustraire le pays aux ravages de la fièvre, et de donner à l'instruction ce vaste champ. M. Margueron, qui avait fait d'utiles travaux de chimie industrielle, ne pouvait rester étranger à rien de ce qui concerne le progrès des lumières. Mais, arrêté au premier pas par le manque de fonds communaux, il aurait échoué dans son entreprise s'il n'avait généreusement sacrifié 80,000 francs de sa fortune pour accomplir son dessein. Et ce grand citoyen n'est pas décoré! Montyon l'était-il? J'ai eu l'insigne honneur de le connaître, et je ne me souviens pas d'avoir vu un ruban attaché à sa boutonnière!

Pour compléter ce tableau de l'homme de bien, je dirai qu'il a inspiré ces sentiments de bienfaisance à sa digne compagne, qui, en 1841, fit les frais de la reconstruction de la Madeleine, asile des enfants trouvés; munificence signalée sous l'anonyme par le docteur Charcellay dans son beau rapport sur les aliénés et les enfants du malheur. Je suis heureux de déchirer le voile qui cachait d'aussi nobles actions.

C'est à un ancien maire, M. Valvin, que l'on doit la plus grande partie des embellissements qui ont rendu la ville si agréable et si saine: place et Palais-de-Justice à style monumental, boulevard Heurteloup et Berenger, embarcadère du chemin de fer, avenue de Grammont, etc.

Honneur et reconnaissance à cet administrateur qui a su tirer de l'oubli le nom d'un médecin digne à tous égards de la vénération du corps médical des armées. Avec beaucoup d'audace, de témérité, de fracas on peut conquérir une place dans la postérité; et les hommes oublient souvent celui qui ne fut animé que par la sagesse, la prudence, l'équité et l'esprit de droiture, unis à un savoir modeste. Ces derniers traits caractérisent parfaitement Heurteloup, à qui M. Valvin a dédié la plus délicieuse des promenades, au sud de Tours.

Le mérite seul avait élevé le Tourangeau Heurteloup à la tête de la chirurgie militaire en 1792. A cette époque mémorable, la république improvisait quatorze armées qu'il fallait pourvoir de tout, car elles manquaient de tout. Quel temps fut plus difficile? Tout était bouleversé, problématique. On marchait incessamment dans les voies de l'inconnu. Il fallait créer, et Heurteloup fut le créateur du service chirurgical; il le fit avec ce sang-froid, cette forte trempe et cette haute intelligence qui l'ont toujours caractérisé: *Tenax propositi vir.*

Si j'avais à composer son éloge, je prendrais pour épigraphe cette belle sentence de mon collègue Réveillé-Parise: *On ne doit aux morts que ce qui peut être utile aux vivants;* et j'ajouterais: *On doit surtout aux vivants l'exemple des vertus de l'homme de bien.*

Heurteloup a laissé un fils qui s'est attaché spécialement aux grandes découvertes des Civiale et des Le Roy-d'Etiolles. La lithotripsie lui doit d'utiles perfectionnements.

Croup. *Diphthérite laryngée.* — Dans les programmes des congrès scientifiques, il est d'usage de poser les questions qui intéressent le plus les contrées où l'assemblée doit tenir ses séances. A Tours, le croup ne pouvait être oublié, puisque les praticiens de la localité semblent s'être approprié l'étude de cette maladie, et posséder en quelque sorte le privilége, ou au moins la priorité, du meilleur traitement.

Les médecins savent que Bretonneau a, sur ce sujet, fait école, et qu'il est le chef de la doctrine sur l'angine pelliculaire, qu'il nomme diphthérie. Les hommes les plus illustres, tels que MM. Velpeau et Trousseau, s'honorent d'accepter ses principes et de les défendre, surtout sur les points les plus litigieux.

Les vues de Bretonneau sur la diphthérie ont reçu de l'extension depuis 1827, époque de la publication de sa Monographie. Il développa ses principes au Congrès, dans une allocution qui dura plusieurs heures. A ce praticien éminent, succéda le docteur Roux, de Marseille, qui improvisa avec facilité et bonheur sa pensée sur la nature de cette angine, qu'il considère comme une inflammation spécifique avec spasme des muscles du larynx.

Le docteur Mirault, d'Angers, partage bien des opinions analogues sur la nature du croup; mais il vante l'émétique comme un agent précieux, les rubéfiants, et surtout un vésicatoire sur la région sternale. Il n'est point partisan de la trachéotomie, point capital sur lequel il est en opposition avec l'école de Tours.

Le professeur Thomas, après l'avoir réfuté, éclaira avec un rare talent la question des caractères anatomiques de la formation de la membrane, son étendue, son siége; tantôt partant de l'arrière-bouche, des fosses nasales; tantôt pénétrant jusque dans les divisions bronchiques.

Enfin, M. Charcellay, professeur de clinique interne, s'attacha spécialement à défendre les doctrines de son école, et à bien faire connaître le traitement le plus convenable, le plus sûr contre la diphthérite des voies aériennes. Ce praticien distingué ne se contenta pas d'exposer des principes théoriques, il apporta à l'appui 22 observations de diphthérite pharingo-nasale, et 13 de diphthérite laryngée. Les 22 premiers malades guérirent par la cautérisation; et 9 des 13 derniers furent, par le même procédé, arrachés à une mort imminente.

Dans 6 autres cas arrivés à la période extrême, la cautérisation ayant été insuffisante, M. Charcellay eut recours à la trachéotomie, et 4 d'entre eux durent évidemment leur salut à cette opération.

En résumé, la majorité de la section admet les préceptes de MM. Bretonneau et Trousseau, et maintient que la cautérisation par l'azotate d'argent dans la première période, et la trachéotomie dans la dernière, constituent la méthode la plus sûre, et qu'appuie le plus grand nombre des faits. C'est là ce qu'il y a de plus vrai et de mieux démontré par l'expérience.

Le docteur Anglada, dans son rapport sur la situation de la Société Médicale d'Indre-et-Loire, et le docteur Miquel, dans un récent mémoire, se montrent partisans de cette thérapeutique. Si le docteur Miquel s'en éloigne en apparence, c'est en substituant le calomel à la cautérisation par le nitrate d'argent. Il l'administre à la dose de 10 à 15 centigr. associé à l'alun. Il attribue au calomel une action spécifique sur la muqueuse laryngo-trachéale.

Tous proscrivent les émissions sanguines.

Enfin, la Société de Chirurgie de Paris, qui renouvelle et continue si admirablement cette ancienne société du même nom, l'une des gloires de la France, vient d'agiter la même question, et a conclu, comme les notabilités de Tours, à la cautérisation et à la trachéotomie.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 13 mars 1850. — Présidence de M. Deguise père.

M. le président ouvre la séance en exprimant l'intention qu'il avait eue de prononcer quelques paroles sur la tombe du professeur Marjolin, membre honoraire de la Société de Chirurgie. M. Larrey, comme secrétaire, avait été invité aussi par plusieurs de ses collègues à l'honneur d'interpréter leurs douloureux sentiments. Mais la famille, dans une juste pensée de reconnaissance et d'affection, en réservant à MM. Michon et Lenoir la tâche d'accompagner leur ancien maître à sa dernière demeure, avait désigné M. Monod pour adresser un souvenir et un adieu à celui qui avait été entouré de leurs soins depuis le commencement de sa longue maladie jusqu'à l'heure de sa mort.

Voici le discours de M. Monod :

Messieurs,

Qu'il me soit permis à titre d'élève de M. Marjolin, et de membre de la Société de Chirurgie de Paris, d'ajouter quelques mots aux éloquentes paroles que vous venez d'entendre.

On vous a montré l'homme éminent, le savant, le grand praticien, le professeur dont les précieuses leçons étaient recueillies par une foule avide d'un enseignement marqué au coin du savoir, de l'expérience et du bon sens. Quant à moi, c'est au bon Marjolin que je viens rendre hommage. J'éprouve le besoin de vous rappeler cette rare bonté, cette constante bienveillance, ne se bornant pas à la famille qui avait le bonheur de lui appartenir, mais s'étendant encore à tous ceux qui avaient le privilége de l'approcher. Il était impossible de connaître M. Marjolin sans l'aimer et sans se sentir attiré vers lui. Il était impossible de voir une si grande droiture, un jugement si sain, unis à tant de simplicité et d'amitié, sans éprouver pour M. Marjolin un sentiment de respectueuse affection. Ses conseils, ses encouragements n'ont fait défaut à aucun de ceux de ses nombreux élèves qui ont fait appel à ses lumières et à sa bonté. Jamais la haine, la jalousie ou l'envie ne trouvèrent accès dans ce cœur si simple et si bon, malgré les froissements et les déceptions inévitables dans cette vie terrestre.

A l'époque de la formation de la Société de Chirurgie de Paris, il approuva cette création et encouragea ses fondateurs; il accepta le titre de membre honoraire. Ses occupations le tenaient éloigné des séances de la Société; mais il suivait toujours ses travaux avec intérêt et applaudissait à ses progrès : M. Marjolin avait même manifesté l'intention de lui communiquer quelques-uns des résultats importants de sa longue et riche expérience. La Société de Chirurgie saisit avec empressement cette douloureuse occasion d'honorer la mémoire de celui qui avait été le maître vénéré de tous ses membres, et qui avait bien voulu lui donner l'appui de son nom et de ses conseils.

Lorsque la maladie vint enrayer cette activité qui s'était trop longtemps prodiguée et obligea M. Marjolin à renoncer à cette carrière qui avait tant d'attrait pour lui, son caractère ne se démentit pas; il se soumit sans amertume, et ceux d'entre nous qui ont eu le triste bonheur de s'approcher de ce lit où d'affreuses souffrances minaient peu à peu cette organisation privilégiée ont toujours été accueillis avec la même bienveillance. Dans un moment où si souvent le cœur se rétrécit et se replie sur lui-même, celui de M. Marjolin semblait s'ouvrir encore davantage à l'amour qu'il portait à sa famille, et ses fils en ont reçu l'un et l'autre des témoignages bien

précieux qui les aideront à supporter la perte immense qu'ils viennent de faire. Il se jugea aussi bien que pas un de nous; et, conservant jusqu'à la fin son intelligence et son cœur, il marqua lui-même le moment où il serait délivré de ses douleurs et vit venir la mort sans terreur et sans angoisses, parce qu'il avait cherché et trouvé la paix où seule elle se trouve.

Messieurs, dans un moment un peu de terre va recevoir les restes mortels de M. Marjolin. Que nous restera-t-il? Pour la Faculté de Médecine, pour l'Académie de Médecine, pour les hôpitaux, pour la Société de Chirurgie, pour ses élèves l'impérissable souvenir du célèbre professeur, du savant, du grand praticien; mais, pour sa veuve, pour ses fils, pour sa famille, pour ses amis, mieux que ces souvenirs glorieux, le consolant spectacle de cette vie empreinte de tant de bonté et de bienveillance, se terminant par une si douce mort.

Correspondance.

M. Monod s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, parce qu'il est retenu à une réunion du conseil des hôpitaux.

M. Vidal (de Cassis) est empêché aussi de venir par une indisposition.

— La Société médicale de Douai adresse un exemplaire de sa pétition à l'Assemblée législative sur l'impôt de la patente.

Amputation partielle de la main.

M. Huguier présente une femme âgée d'une cinquantaine d'années, entrée il y a trois mois à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Robert, pour un carcinome de la main droite. Le cancer, siégeant à la face dorsale et surtout au bord cubital de cette région, était en voie de progrès sérieux et réclamait une prompte extirpation. M. Robert s'était proposé d'amputer la totalité de la main; mais, devant donner tout son temps aux travaux du concours, il pria M. Huguier de vouloir bien se charger de cette malade.

M. Huguier, considérant que la maladie, limitée partiellement, ne s'étendait point à la face palmaire de la main ni à la portion de la face dorsale correspondant au pouce et à l'indicateur, résolut de conserver ces deux doigts en ménageant la peau de la paume de la main pour recouvrir la plaie de l'amputation partielle.

Divers essais sur le cadavre lui démontrèrent que ce lambeau palmaire serait insuffisant, après l'ablation des trois métacarpiens, si les deux premiers os de la deuxième rangée du carpe n'étaient enlevés aussi.

C'est ce que fit M. Huguier, qui montre aujourd'hui le résultat de cette opération en se réservant de la décrire avec l'observation complète.

Ce résultat offre en quelque sorte le moignon d'une main pourvue encore du pouce et de l'indicateur. La cicatrice définitive, en resserrant les tissus, ne permet encore à ces deux appendices qu'assez peu de motilité; mais plus tard sans doute, comme le pense M. Huguier, les deux doigts ainsi conservés pourront agir davantage et faire office de pinces.

M. Maisonneuve dit avoir eu l'occasion de pratiquer une opération analogue à celle de M. Huguier; et il fut obligé d'enlever non-seulement les trois derniers métacarpiens, mais bien les quatre; et, quoique toutes les parties molles de la paume de la main eussent été conservées, ce fut tout au plus si ce lambeau énorme se trouva suffisant pour recouvrir la surface des os du poignet et le bord du premier métacarpien.

M. Maisonneuve n'est donc point étonné que M. Huguier n'ait pas obtenu un résultat plus avantageux.

Polype carcinomateux des fosses nasales.

M. Huguier présente un second malade, âgé de cinquante ans environ, d'une bonne constitution, affecté depuis plusieurs années d'un polype carcinomateux des fosses nasales. L'extraction de ce polype avait été déjà tentée à plusieurs reprises, et inutilement. La tumeur, au contraire, n'avait fait qu'augmenter; elle faisait déjà saillie à l'orifice externe de la narine droite, qui s'était déformée, aplatie par distension. Elle avait pénétré en outre jusque dans l'orbite, en déterminant un certain degré d'exophthalmie, lorsque M. Huguier eut à voir et à opérer le malade.

Une incision verticale, partant du grand angle de l'œil, aboutit à la lèvre, en longeant le côté droit du nez, qui fut disséqué et déjeté à gauche dans ce premier lambeau. Pareille dissection fut faite à droite, en mettant à nu l'os maxillaire supérieur. La base de son apophyse montante fut sciée avec la petite scie à crête de coq, et la partie antérieure du sinus fut mise à découvert à l'aide de la gouge et du maillet. La paroi osseuse externe des fosses nasales, ayant été ouverte ainsi, permit enfin de voir tout le polype et de le couper à sa base avec de grands ciseaux courbes: il était implanté par un large pédicule sur le cornet moyen.

Un cautère rougi à blanc fut appliqué sur la racine de ce pédicule; le lambeau des parties molles fut réuni par la suture entortillée. L'adhésion était faite dès le lendemain, et il ne survint pas d'accidents, si ce n'est, vers le huitième ou neuvième jour, un érysipèle qui disparut promptement.

M. Chassaignac demande si le polype envoyait un prolongement dans le sinus maxillaire.

M. Huguier répond qu'il n'y avait rien dans le sinus.

M. Michon apprécie l'ablation de la paroi antérieure du sinus faite ici, et, à un point de vue plus général, les ablations un peu considérables de ce genre, comme donnant lieu à une sorte de régénération osseuse. Il croit qu'il en sera ainsi chez le malade opéré par M. Huguier, parce qu'on sent déjà sous le doigt une partie dure dans le point correspondant à l'apophyse montante, qui a été enlevée avec la plus grande portion du maxillaire.

M. Michon fait une autre remarque, c'est qu'après la cicatrisation le lambeau s'épaissit, et que la cicatrice devient prononcée à la lèvre comme l'encochure du bec-de-lièvre. C'est pourquoi il lui semblerait convenable d'éviter la ligne médiane de la lèvre dans l'incision, en dirigeant plutôt le bistouri sur la commissure.

M. Gosselin prie les membres de la Société d'examiner ce fait avec attention et d'en profiter au besoin; « car il nous offre, dit-il, l'application d'un progrès dans lequel est entré la chirurgie de notre époque. Ce progrès consiste à faire une résection osseuse pour arriver jusqu'à l'implantation des polypes. En faisant des recherches pour ma thèse de concours, je n'avais trouvé que des cas de résection de la totalité du maxillaire supérieur; et j'émettais, sans connaître le fait de M. Huguier, l'idée que l'on pourrait, dans bien des cas, avoir une ouverture suffisante par une résection beaucoup plus limitée que dans les faits de MM. Flaubert fils, Michaux et Robert, et qu'il serait important surtout de conserver les dents et la voûte palatine. J'attache donc de l'importance au fait actuel, parce qu'il réalise cet autre progrès qui consiste à n'enlever que le moins possible des portions osseuses. »

M. Debout rappelle que les polypes enlevés par MM. Flaubert, Michaux et Robert, siégeant dans le pharynx, avaient motivé l'ablation de l'os maxillaire.

M. Gosselin n'insiste pas moins sur l'opinion qu'il a émise de n'enlever qu'une partie de cet os.

M. Maisonneuve appuie l'opinion de M. Gosselin, basée sur les progrès de la chirurgie. On s'inquiétait autrefois de détacher ces tumeurs des cavités profondes, en les enlevant par des orifices étroits; on a reconnu aujourd'hui qu'il était préférable de leur frayer un passage libre. L'opération a été faite dans ces derniers temps par la bouche, et on pourrait, à l'exemple de M. Nélaton, pratiquer dans ce but une ouverture à la voûte du palais. Il est remarquable aussi comment, après avoir fendu la joue, on peut ouvrir une voie aussi large que si on enlevait l'os maxillaire. Dans tous les cas enfin de maladies du sinus, on peut enlever le mal isolément.

En conséquence et en principe, il faut conserver la voûte palatine et le plancher de l'orbite toutes les fois qu'il n'y a pas de tumeurs cancéreuse nécessitant une ablation plus complète.

M. Maisonneuve ajoute qu'il a fait à ce sujet quelques expériences qui l'ont amené à cette conclusion.

Amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale.

M. Chassaignac présente trois hommes amputés de l'épaule d'après le procédé de Lisfranc.

Le résultat le plus satisfaisant a suivi chacune de ces trois amputations, et la cicatrice aussi solide que régulière fait voir que le procédé de Lisfranc est aussi avantageux que tout autre. C'est ce que M. Chassaignac a voulu démontrer en plaçant les opérés sous les yeux de ses collègues. « En effet, dit-il, ce procédé, que quelques chirurgiens ont considéré comme plus brillant sur le cadavre que favorable sur le vivant, offre cependant deux avantages essentiels. Le premier, c'est de faciliter l'écoulement des liquides après l'opération. Or chez l'un des malades présents, une infiltration du membre s'était étendue à tout le côté correspondant, et avait même atteint la région lombaire. Le second avantage de ce procédé, c'est que l'on peut réunir à peu près les lèvres de la plaie sans gêner la suppuration.

» De plus, ajoute M. Chassaignac, la conformation de la cicatrice est aussi belle que par tout autre procédé, en même temps que l'adhésion d'une grande partie de la plaie s'est faite avec rapidité. »

Il convient cependant que chez l'un de ses amputés des trajets fistuleux ont compliqué les suites de l'opération, mais sans accident fâcheux.

M. Larrey ne prétend pas contester les avantages que M. Chassaignac attribue au procédé de Lisfranc, et il croit même, comme lui, que bien des chirurgiens en ont exagéré les inconvénients; « mais il me sera permis, je l'espère, dit M. Larrey, de revendiquer en faveur du procédé de mon père les mêmes avantages que notre honorable collègue semble accorder trop exclusivement au procédé de Lisfranc; car en prévenant les chances de l'hémorrhagie, il permet et facilite tout aussi bien l'écoulement des liquides, l'adhésion primitive ou secondaire des lèvres de la plaie, et une cicatrisation aussi prompte que régulière, sans exposer la cicatrice à des ulcérations et à des fistules. » Ce n'est pas d'ailleurs d'après quelques faits seulement, mais d'après plus d'une centaine d'observations que mon père a pu constater de semblables résultats.

J'ajouterai que son procédé, soumis pendant longtemps à la critique des chirurgiens, offre, selon moi, un avantage qui n'avait pas été indiqué d'abord par lui-même, c'est de permettre, à l'aide de l'incision acromiale, de découvrir la surface de l'articulation, de préciser l'étendue de la blessure ou de la maladie, et si ses limites sont bornées à l'humérus, d'en pratiquer seulement la résection sans sacrifier le membre.

M. Chassaignac reconnaît les avantages que présente en effet le procédé de Larrey, mais il n'a voulu que s'élever contre quelques préventions attachées au procédé de Lisfranc.

Moyen d'empêcher l'issue de l'urine par la plaie de la vessie après la taille hypogastrique.

M. Deguise père fait connaître un moyen imaginé ces jours-ci par M. Heurteloup pour simplifier les résultats de la taille par le haut appareil, en empêchant l'urine de s'écouler par la plaie de l'hypogastre. Ce moyen consiste à introduire dans la vessie un petit ballon de caoutchouc ployé sur lui-même, et retenu entre les lèvres de la plaie par un pédicule creux formant un tube; une insufflation faite par ce pédicule distend la poche, et celle-ci, en soulevant les parois de la vessie, tend à rapprocher les lèvres de la plaie, qui, ne s'affaissant plus dès lors, s'opposent ainsi au passage de l'urine.

Il faut dire cependant que ce procédé n'a pas été employé dans le cas récent auquel M. Heurteloup se proposait de l'appliquer.

M. Chassaignac pense que, si cette invention peut être jugée *à priori*, l'idée ne lui en paraît pas heureuse, parce que c'est un moyen d'irriter la face interne de la vessie.

M. Deguise fait observer que le pédicule de cette poche élastique la tient suspendue et à distance de la paroi interne de l'organe.

MM. Forget, Morel-Lavallée et Larrey rappellent que M. Garriel a généralisé l'usage de ce moyen en variant l'application des appareils en caoutchouc vulcanisé; ainsi, pour le tamponnement de l'utérus dans les métrorrhagies, pour le tamponnement des fosses nasales dans les épistaxis, de petites poches semblables à celle dont il s'agit ont été utilement employées.

Ventouse en caoutchouc servant de forceps.

M. Luer, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un appareil imaginé par M. Simson, d'Edimbourg, pour faciliter l'extraction de la tête de l'enfant lorsque l'application du forceps ne semble pas possible. L'appareil se compose d'une simple calotte en caoutchouc, communiquant par le fond avec une pompe aspirante. Cette espèce de coiffe est juxtaposée au pourtour de la tête de l'enfant; on fait le vide, et la force d'adhésion de la calotte avec le cuir chevelu devient telle qu'elle ne cède pas aux plus grands efforts de traction, comme le prouve la démonstration qu'en donne M. Luër sur des surfaces inertes.

M. Morel-Lavallée pense que cet instrument, au lieu d'agir sur l'enveloppe osseuse de la tête, peut n'avoir qu'une action partielle et bornée à l'enveloppe tégumentaire. De là des accidents à craindre, tels que le décollement du cuir chevelu, des infiltrations, des épanchements de sang à la surface du crâne, etc.

M. Giraldès croit que l'expérience seule peut prononcer sur la valeur d'un semblable moyen, dont il suppose, du reste, que l'application a été faite, au moins par son auteur.

M. Danyau est désigné pour examiner cet appareil et en faire l'objet d'un rapport verbal.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES

obtenues par fermentation.

PAR M. BUTLER LANE.

Cette méthode consiste dans l'application de l'action fermentescible à la dissolution et à la conservation des principes actifs des divers médicaments; elle est, selon M. Butler Lane, plus économique, plus parfaite que la méthode par infusion, décoction et teinture.

1º On fait une solution aqueuse des principes actifs; dans quelques cas, ils seront d'abord à l'état de suspension ou disséminés mécaniquement dans le véhicule.

2º On ajoute du sucre dans la proportion de 07 0/0, 5, pour former de l'alcool.

3º On excite la fermentation par l'addition de levûre de bière, et l'on maintient la température de 65 à 75º pendant un à deux mois; puis on clarifie la liqueur vineuse, et on la renferme, prête pour l'usage, dans des vases couverts.

M. Butler Lane a appliqué avec succès ce procédé à la préparation d'un grand nombre de médicaments, et a obtenu des produits supérieurs sous quelques rapports à ceux qu'on emploie aujourd'hui. Ce procédé, d'une application plus facile, dans quelques cas, que les procédés ordinaires, a paru avantageux pour le séné, la gentiane, l'opium, la rhubarbe, le quinquina, la ciguë, la jusquiame, l'ipécacuanha, la valériane, la digitale, le cachou, l'aloès, la scille, le colombe, la cascarille, le houblon, la salsepareille, etc. M. Butler Lane promet de traiter ultérieurement ce sujet avec plus de détails.

SOPHISTICATION DES FARINES

par le carbonate de chaux.

Une descente de justice ayant eu lieu dans le moulin du sieur Homée fils, meunier à Boussioulx (Belgique), on y trouva une certaine quantité de carbonate de chaux, de craie; des farines saisies contenaient de ce sel en quantité plus ou moins considérable. Traduit devant le tribunal de Charleroi, Homée fut acquitté pour le délit de sophistication des denrées alimentaires, mais condamné à une année d'emprisonnement et à une amende, pour avoir trompé sciemment un acheteur sur la qualité des farines qu'il lui avait vendues.

CORRESPONDANCE.

Strabisme.

Rome, le 24 février 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Si je n'ai pas répondu plus tôt au dernier article de M. Corvisart, c'est que j'ai été malade depuis le commencement du mois. Je déplore la nécessité d'entrer dans la voie des personnalités; mais M. Corvisart l'a ouverte si largement qu'il est impossible que je ne la suive pas à mon tour, bien que ce procédé répugne à mes inclinations naturelles. Je vous prie, en conséquence, de faire insérer dans votre estimable journal l'article suivant.

Dernière réponse à M. L. Corvisart sur la classification du strabisme.

C'est à regret que je me vois obligé de descendre des sommités de la science dans l'arène de la personnalité. M. Corvisart, par la forme acerbe qu'il a employée pour répondre à ma réfutation sur les opinions qu'il professe au sujet du strabisme, me force à mettre les individualités en présence dans une discussion à laquelle mon adversaire (car il faut lui donner ce nom) a ôté une partie de son intérêt par l'humeur peu gracieuse qu'il a exhalée contre un médecin qui a eu le mauvais goût de ne pas être de son avis. Il eût été plus digne de l'héritier d'un des plus beaux noms de la science médicale de ne pas rendre un culte aux faux dieux qui président aux petites passions, et de brûler son encens sur les autels sacrés d'Esculape.

M. Corvisart me décore d'épithètes dont je le remercierais s'il n'y avait apposé le correctif immédiatement : *Timeo Danaos*. Quant à la *bonne fortune* que je lui ai procurée, cette satisfaction pourrait faire croire que mon honorable confrère aime à faire la guerre à son procbain, ou bien il faut en conclure que l'instinct de l'amour de l'art est très développé chez lui.

Je ne relèverai pas la leçon de grammaire que me fait M. Corvisart en épiloguant les mots dont je me suis servi à son égard ; les bancs de l'école sont trop loin de moi pour que je cberche de nouveau à en secouer la poussière : je laisse ce soin à mon interlocuteur.

M. Corvisart prétend en bon latin que je veux faire de l'argutie quand même : c'est donc un bien grand crime que de réfuter un article de journal? Et un élève de la grande Ecole viendra-t-il jeter l'éteignoir du monopole parisien sur tout ce qui voudra se donner jour dans la grande usine de la publicité? Est-ce faire de la contradiction systématique que de chercher la vérité, sauf à périr à l'œuvre si l'on n'a pas eu le bonheur d'atteindre le but? Quels sont donc les titres de M. Corvisart pour venir s'imposer en dictateur au monde médical?

En attendant qu'il nous les exhibe, je me permettrai une seconde fois d'avouer que je ne suis nullement converti à ses utopies et de voir plus de louche dans ses idées que dans le genre de strabisme qu'il a invoqué. D'ailleurs, je tâcberai d'être le plus laconique possible, car il est fastidieux pour les témoins de ce duel d'entendre répéter sans cesse les mêmes arguments que la réfutation de mon antagoniste a respectés avec une générosité dont je lui sais infiniment de gré.

D'abord, je ne vois rien de droit dans le strabisme de M. Corvisart. Je vois un regard de travers et un œil bridé dans un sens donné à cause de la rétraction d'un des muscles de cet organe.

Quant aux faits dont s'étaye ce médecin, je les admets parfaitement comme faits, bien qu'il me reproche de les nier ; mais c'est leur fausse interprétation que je combats. On me renvoie à Boyer. Pourquoi ne pas me renvoyer à Ambroise Paré? M. Corvisart, élève de la grande école, en est-il encore aux élucubrations du *magister dixit?* Ne sait-il pas, comme moi, que la science marche et que les morts ne reviennent plus pour corriger leurs erreurs? Ne sait-il pas que le strabisme, considéré aux points de vue de la physiologie et de la médecine opératoire, est une des conquêtes de la chirurgie moderne? D'ailleurs M. Corvisart torture les faits qu'il cite pour les faire cadrer avec ses théories ; et bien qu'il voue tant de respect à l'antiquité, ne donne-t-il pas l'exemple de la rébellion contre l'autorité, en voulant secouer le joug des idées qui ont été émises avant lui?

M. Corvisart m'oppose encore un homme d'un grand poids dans la médecine interne, M. le docteur Louis. Je m'incline devant les talents éminents de ce savant praticien ; mais je ne vois nullement que l'observation que M. Corvisart a exhumée de la case 1813 de la Bibliothèque, que cette véritable résurrection qui lui rend le front si radieux, soit aussi concluante qu'il veut bien le proclamer, et justifie l'air de triomphe qu'il chante en la reproduisant. Le premier cas serait tout simplement le strabisme insuffisant de M. J. Guérin, exagéré ; le second cas rentre dans le strabisme ordinaire porté à un certain degré. C'est par le fait de la rétraction que les mouvements des yeux sont renfermés dans de certaines limites ; ce qui arrive lorsque ces organes se dirigent vers le sens opposé à cette même rétraction ; comme dit M. Louis, « la vision est naturelle ; au-delà il y a strabisme. » Il n'est nullement nécessaire d'invoquer la paralysie. D'ailleurs, M. Corvisart prouve-t-il la paralysie? Nullement. Les phénomènes s'expliquent parfaitement par les théories ordinaires.

A ce propos, M. Corvisart condamne ma *laborieuse contradiction*, en considérant les observations de Boyer et de M. le docteur Louis comme péremptoires. On a vu qu'elles ne lui sont nullement favorables. J'accepte parfaitement l'expression *laborieuse*; elle est extrêmement juste, car c'est une rude tâche que de débrouiller le chaos des velléités réformatrices de M. Corvisart.

Il y a des noms malheureux dans la science. Certains néologistes mal inspirés créent souvent une appellation qui fait dévier leur jugement à perpétuité. Le mot de strabisme *droit* entre dans ce sepulchretum grammatical. On a confondu le mot droit avec l'adjectif immobile. Il n'y a rien de droit dans cet œil, puisqu'il loucbe : il reste au milieu de l'orbite lorsqu'on lui donne une certaine direction, et voilà tout le secret. Même réponse à faire aux expériences personnelles de l'auteur. L'œil ne paraît droit que parce qu'il est immobile, que parce qu'il est tiré spasmodiquement par un muscle rétracté qui l'empêche de se porter du côté opposé à la rétraction.

M. Corvisart est complétement dans l'erreur quand il dit que je ménage plus que Boyer, que je reconnais la paralysie de l'élévateur gauche dans son observation ; je n'ai rien dit de cela. Je n'ai point *laissé passer* que l'œil restait droit dans le regard en face et en baut après l'opération ; j'ai répondu, au contraire, tout au long au sujet de ce phénomène. Mon interlocuteur se radoucit, et me dit que c'est par *bonne grâce* sans doute que j'ai omis cette circonstance. Cette opinion de l'auteur est en opposition flagrante avec la qualification d'*argumentation ardente* qu'il attribue à ma manière de discuter. Et s'il ne comprend pas comment un œil qui se trouve dans les dispositions précitées peut avoir un abaisseur rétracté, je lui dirai qu'il n'y a pourtant rien de plus accessible à l'intelligence ; car, dans le regard en face, il faut peu d'efforts de la part de l'œil, lorsque la rétraction de l'abaisseur est médiocre, pour qu'il gagne le milieu de l'orbite ; tandis que, lorsqu'il doit se porter vers la paroi supérieure de cette dernière cavité, le même muscle abaisseur s'y uppose formellement par la rétraction dont il est le siége. Y a-t-il rien de plus simple et de plus naturel que cette explication? Est-il besoin de faire une révolution en physiologie pour la réfuter, en lançant son veto sur le muscle opposé à celui qui est paralysé, comme on le prétend, de manière à l'empêcher de remplir sa mission providentielle, qui est de se contracter?

M. Corvisart dit à ce propos que, si l'on admettait la rétraction dans l'observation de M. Huguier, le *raisonnement tuerait la raison*. Je me plais à croire que ce ne serait une mort que par le chloroforme ; la raison se réveillerait très-facilement. M. Corvisart cite MM. Bouvier et Sandras. Ces hommes distingués ont vu comme lui l'œil gauche borné dans ses mouvements en haut ; mais cela ne prouve pas qu'ils admettent le strabisme droit de l'auteur. Il est facile de compromettre de grands noms : ce procédé n'avance ni ne recule une question scientifique. Que M. Corvisart apporte donc ses propres observations, sans avoir besoin de demander l'hospitalité à toutes les sommités de la science.

M. Corvisart me reproche de me laisser dominer par les idées théoriques. Je me permettrai de lui répondre qu'ayant une trentaine de faits à fournir en faveur d'un procédé auquel des vivisections sont venues donner le sceau anatomique ; qu'ayant en outre publié plusieurs travaux par la voie des journaux ou par celle des sociétés savantes, telles que l'Institut, la Société d'émulation de Paris et d'autres sociétés de province ; que, m'étant enfin occupé sérieusement de cette question depuis huit ans, je suis à même d'apporter un bagage pratique appelé à cimenter les spéculations de la théorie. Je demanderai à M. Corvisart s'il lui serait possible de répondre par les mêmes arguments.

Ce médecin revient plus loin sur la prétendue violation de la loi d'impulsion proportionnelle. Les phénomènes dont il parle se produisent après l'opération : c'est une circonstance exceptionnelle ; mais que les yeux aient harmonisé leurs mouvements, il verra que l'impulsion proportionnelle n'est point abolie ; que, plus tard, le prétendu strabisme droit de l'œil gauche disparaîtra ; que celui-ci reprendra ses mouvements vers la paroi supérieure de l'orbite, et que, même par le fait de cette impulsion proportionnelle, il serait possible qu'à la longue l'œil droit devînt borné dans ses mouvements en baut et le gauche au contraire dans ceux en bas. C'est ce qui s'observe tous les jours pour le strabisme convergent qui se convertit en strabisme divergent double avec le temps.

Le mot *hérésie* paraît choquer la susceptibilité de M. Corvisart. Je persiste dans le maintien de cette expression ; car l'observation la plus ordinaire des phénomènes du strabisme apprend que, lorsqu'il est même médiocre, l'œil affecté ne peut se porter dans tous les sens. Il est évident que le muscle rétracté s'oppose inévitablement aux mouvements dans la direction opposée à la rétraction (voir la quatrième proposition).

Quant aux propositions que je réfute, M. Corvisart en fait une question de chiffres : il me reproche de ne pas les avoir combattues toutes. J'en ai dit les raisons dans le cours de mon article : celles que j'ai omises ne se liaient pas essentiellement au principal sujet de la discussion.

D'ailleurs, je terminerai en renvoyant le lecteur à l'argumentation de mon travail, qui reste vierge de toute souillure scientifique ; du moins j'en ai la conviction, sauf à être jugé plus sévèrement par le public médical, mes prétentions étant plus modestes que celles de M. Corvisart, qui affirme que son mémoire est à l'abri de toute attaque.

Je finirai, comme il le fait, par l'adage de M. le docteur Louis : « L'analogie est trompeuse ; il n'y a de certain que les faits, » mais j'ajouterai « bien interprétés. »

J'ai l'bonneur d'être, etc. PHILIPPE.

Rate et fièvres intermittentes.

M. Piorry nous communique l'observation suivante, qui lui est envoyée par un de ses élèves à l'appui de sa doctrine touchant le rôle de la rate dans les fièvres intermittentes.

Monsieur et très bonoré confrère,

Permettez-moi de vous adresser un cas de fièvre intermittente traumatique qui vient à l'appui de votre doctrine sur les splénopatbies.

Au commencement de février dernier, un bomme, âgé de cinquante-trois ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution sèche et débile, tomba de dessus sa chaise sur le côté gauche ; il y ressentit à l'instant une forte douleur, qui résista à tous les moyens empiriques dont il fit usage. Cette douleur s'irradie jusque sous les fausses côtes gauches, et immédiatement après il se prit à tousser, et la toux persiste encore aujourd'hui, vingt jours environ après l'accident ; c'est une toux nerveuse, car elle est sèche et l'auscultation ne décèle aucun bruit anormal dans la poitrine.

Douze à dix-huit jours après sa cbute, cet homme eut vers midi un premier accès de fièvre, qui se renouvela les jours suivants à la même heure.

Je fus appelé à lui donner des soins au quatrième ou au cinquième accès ; la douleur de côté persiste toujours, et là où le coup a porté on aperçoit un léger gonflement ; la pression exaspère la douleur.

Les accès n'offrent que les deux premiers stades ; ils sont précédés de pendiculations fréquentes, et accompagnés de céphalalgie violente et de nausées. La langue est couverte d'un enduit jaune, la bouche est amère ; les selles sont régulières, et les urines sont rouges et sédimenteuses.

J'ai d'abord administré à ce malade une potion vomitive, afin de combattre l'état saburral : je lui ai ensuite fait prendre 6 décigrammes de sulfate de quinine, et la fièvre fut jugée définitivement, ainsi que le point de côté, qui ne tarda pas à disparaître.

Je n'ai pas pu m'assurer s'il y avait chez ce malade gonflement de la rate ou splénomacrosie, à cause de la douleur que provoquait la percussion.

Recevez, etc. M. MACARIO, D.-M.-P.

Sancergues (Cher), le 14 mars 1850.

NOUVELLES.

Le 18 mars, un incident pénible a marqué la séance du concours ouvert à la Faculté de Montpellier pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générales. En faisant sa leçon orale et vingt minutes après qu'il était monté en chaire, M. le docteur Dupré a été saisi d'un évanouissement subit. Il lui a été impossible de reprendre la parole, et la séance s'est levée au milieu d'un trouble et d'une confusion aisés à comprendre.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé.* — M. Baucbet, chirurgien aide-major de 2e classe au 5e de ligne, est désigné pour les ambulances de l'Algérie.

M. Poisson, chirurgien aide-major de 2e classe au 3e dragons, est désigné pour le 5e de ligne.

M. Martin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Piton, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'hôtel des Invalides.

M. Corne, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides, est désigné pour l'hôpital de perfectionnement.

M. Weiss, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides, est désigné pour l'hôpital de perfectionnement.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS.	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS.	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

PARIS, 27 MARS 1850.

SUR LA SUPPRESSION DE LITS

à la Salpêtrière et à Bicêtre.

La commission municipale de Paris vient d'émettre un avis dont il est fort à craindre, s'il était suivi, que les résultats fussent très fâcheux, et que nous ne saurions dans tous les cas approuver tel qu'il a été formulé, en supposant que le principe en soit bon.

Suivant la commission municipale, il y aurait lieu de supprimer 500 lits à la Salpêtrière et 300 à Bicêtre, et, au moyen de l'économie qui en résulterait pour le budget des hospices, de substituer aux lits supprimés, mais à titre d'essai, 853 secours à domicile, savoir :

533 pour les femmes au chiffre annuel de 195 fr., et 320 pour les hommes sur le pied de 253 fr., mais en émettant le vœu que les conditions d'admissibilité aux hospices et aux secours fussent les mêmes.

Suivant nous, le système des secours à domicile est jugé, en tant qu'il est pratiqué pour un même nombre d'indigents, avec les mêmes ressources que celles qu'on possède dans les hospices. Que peut devenir dans Paris une pauvre femme de soixante-dix à quatre-vingts ans, à qui l'on donnera 195 fr. par an, c'est-à-dire 16 fr. 30 c. par mois, ou 54 c. par jour? Si elle n'a point de famille, elle ne peut que mourir de faim et de froid ; si une famille cherche à en prendre soin, une telle somme lui sera encore d'un bien faible secours. Or non-seulement une pareille somme serait insuffisante si elle était dépensée avec la plus stricte économie, avec le plus grand discernement ; mais fût-elle suffisante par elle-même, qu'elle cesserait de l'être par le défaut d'ordre qu'on observe chez presque tous les indigents.

Cependant, pour ne paraître absolu en rien, et ne pas repousser par une apparence de parti pris une tentative d'amélioration, nous aurions approuvé volontiers que l'administration demandât un supplément à son budget pour tenter l'essai d'une centaine de secours, sans diminuer le nombre des lits dans les deux hospices de la vieillesse ; mais diminuer 800 de ces lits, alors qu'on sait qu'ils sont complétement insuffisants, et que, suivant l'expression d'un de nos éminents confrères, il est plus facile de faire un sous-préfet que de faire entrer un vieillard indigent à l'hospice ; voilà ce que nous condamnons formellement, et ce que nous verrions avec le plus grand regret approuver par l'administration.

La commission municipale compte dans son sein des hommes qui doivent comme nous être convaincus du fâcheux résultat de la mesure que nous signalons. Nous pensons qu'ils auront cherché à éclairer leurs collègues à cet égard ; et si dans tous les cas la délibération avait été prise en leur absence, nous espérons qu'ils feront entendre leur voix en faveur du véritable intérêt des vieillards pauvres. Nous nous adressons surtout aux bonnes inspirations de notre confrère M. Thierry.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures pharmaceutiques et le comité secret ont occupé presque toute la séance d'hier. La première lecture, celle de M. Gobley, a eu le mérite d'être très brève; mais elle a eu le tort de présenter des applications qui ont paru avoir beaucoup plus de rapport avec la parfumerie qu'avec la thérapeutique ou la matière médicale. Ce qui a fait dire à quelques académiciens qu'après s'être fait couper la barbe, il était naturel qu'on se fît parfumer. Il est vrai de dire cependant que la note de M. Gobley renferme des recherches délicates de chimie; on peut regretter seulement qu'elles n'aient pas présenté un caractère plus pharmaceutique.

La seconde lecture, faite par M. Bouchardat, tout en présentant un caractère opposé à la précédente, n'a cependant effleuré que très peu la pharmacie. Cette lecture appartenait plutôt à un candidat de la section de pathologie et de thérapeutique médicales qu'à un aspirant à celle de pharmacie. M. Bouchardat n'a traité de rien moins en effet que de la physiologie pathologique et du traitement de diabète sucré ou glucosurie. C'est là du reste un sujet familier à M. Bouchardat, comme chacun sait, qu'il a déjà longuement étudié dans divers mémoires et qu'il n'a peut-être pas suffisamment rajeuni, dans son nouveau travail, en y adaptant les découvertes nouvelles de M. Bernard.

Entre ces deux lectures, cependant, M. Poiseuille a trouvé le moyen de présenter quelques réflexions relatives à la communication de M. Pravaz, et aux remarques de M. Rochoux sur ce travail. Le défaut de prononciation de M. Poiseuille nous a empêché de saisir le but de sa communication, dont il ne paraît pas d'ailleurs très désireux de faire profiter le public, puisqu'il l'a mise dans sa poche après l'avoir lue, et qu'il ne l'a point déposée aux archives de l'Académie.

HOPITAL COCHIN. — M. NONAT.

Considérations pratiques sur la fièvre intermittente.

La fièvre intermittente est une maladie constituée par une suite d'accès revenant après des intervalles de temps à peu près égaux. Dans les intervalles des accès, existe une apyrexie complète, et, lorsque les accès reviennent, ils sont toujours accompagnés des mêmes phénomènes.

La longueur des intervalles qui séparent les accès a servi à établir plusieurs espèces de fièvres intermittentes.

On appelle fièvre intermittente quotidienne celle dont les accès se répètent tous les jours et durent à peu près le même temps.

La fièvre tierce est celle qui présente deux accès en trois jours.

Quarte, deux accès en quatre jours avec deux jours intermédiaires.

Le mélange de ces trois types différents a donné lieu à de nouvelles distinctions.

On appelle fièvre tierce doublée celle dans laquelle deux accès se manifestent tous les deux jours.

Dans la fièvre double tierce, le malade éprouve tous les jours des accès qui se correspondent alternativement, ceux des jours pairs se correspondant entre eux de même que ceux des jours impairs.

La fièvre quarte présente également différentes formes. Ainsi, elle est dite double quarte lorsqu'elle ne présente qu'un seul jour de libre en quatre jours.

Dans la fièvre triple quarte, il n'y a pas de jour libre, et sur trois jours elle donne un accès fort et deux accès faibles.

Si l'on observe les fièvres qui règnent dans les pays chauds, on voit qu'à mesure que l'on pénètre davantage dans ces pays le caractère intermittent s'efface peu à peu, les intervalles des accès deviennent plus courts et la fièvre devient continue, sans cependant perdre complétement son type intermittent, qui se manifeste alors par des recrudescences revenant à intervalles égaux, comme dans la fièvre intermittente ordinaire.

Premier stade. — Le début de la fièvre intermittente est marqué par un frisson, en même temps le malade est saisi d'un tremblement violent dans tout le corps, ses dents claquent, ses lèvres, ainsi que le reste de la face, pâlissent, ses membres deviennent douloureux ; il est pris de céphalalgie plus ou moins intense; il éprouve de l'embarras à respirer ; on constate en même temps que la température du corps s'élève et que dans certains cas elle atteint 39 et 40 degrés centigrades, quoique le sujet semble en proie à un froid violent. La soif commence à tourmenter le malade, son pouls se concentre et offre des pulsations irrégulières.

Tous ces symptômes ont été le plus souvent précédés d'un malaise général, de céphalalgie, de perte d'appétit.

La durée du stade de frisson est ordinairement d'une heure ou deux. Peu à peu, le malade éprouve un sentiment de chaleur; le tremblement cesse; le pouls, qui était petit et concentré, devient plus fort et plus fréquent. La peau se colore ; la langue, qui était violacée, prend une teinte rouge plus foncée; la soif devient plus ardente. Le malade est dans le deuxième stade de l'accès (stade de chaleur). Ce stade dure en moyenne de deux à quatre heures.

Le troisième stade est caractérisé par une sueur abondante, un sentiment de bien-être qui succède aux douleurs du tronc et des membres; la sueur augmente progressivement, les draps et les habits du malade en sont imbibés.

Au bout de quelques heures, de deux à quatre, la transpiration s'arrête, la chaleur diminue, la céphalalgie, la douleur disparaissent complétement, le pouls rentre dans son état normal et le malade est entièrement soulagé.

Les urines fournissent des caractères symptomatiques différents dans les divers stades de la fièvre intermittente ; elles sont rares et peu colorées dans le stade de frisson ; également peu fréquentes, mais très colorées dans le stade de chaleur, et dans le troisième stade (stade de sueur) elles sont encore plus foncées; et, abandonnées à elles-mêmes, elles fournissent un dépôt rouge briqueté annonçant la fin de l'accès.

La durée ordinaire de l'accès est de huit à dix heures.

La prédominance de tel ou tel stade varie suivant les individus. L'accès peut donner lieu à différents symptômes qui ne se présentent qu'accidentellement : ainsi, chez certains individus, les vomissements commencent et finissent avec l'accès ; chez d'autres, les accès sont accompagnés de toux, de diarrhée.

Intumescence de la rate. — La rate augmente de volume dans la plupart des fièvres intermittentes, et spécialement dans celles qui sont d'origine paludéenne. Il est difficile de déterminer si le gonflement de la rate précède ou non l'apparition des accès ; car, pour résoudre cette question, il faudrait avoir observé le malade avant son premier accès, ce qui n'arrive jamais. Cependant, il est certain que, si l'intumescence de la rate n'est pas d'origine antérieure à l'apparition du premier accès, elle le suit de peu ; car on trouve constamment que la rate a augmenté de volume après un très petit nombre d'accès, et cette augmentation est même quelquefois très considérable.

A mesure que les accès se multiplient, le gonflement de la rate augmente, sans que cependant il existe un rapport constant entre ces phénomènes.

On a prétendu que le frisson était la cause du gonflement de la rate, pourquoi alors la rate n'augmente-t-elle pas de volume dans une foule de maladies accompagnées de frissons? Il est plus probable que ce développement anormal de la rate dépend des causes qui ont amené la fièvre intermittente, causes sous l'influence desquelles se développe cette série de phénomènes qui accompagnent l'apparition de chaque accès.

M. Piorry prétend que l'intumescence de la rate produit la fièvre intermittente, de même que l'engorgement du poumon donne lieu à une fièvre continue. Il cite des exemples nombreux à l'appui de sa théorie, dans lesquels la fièvre intermittente se serait développée à la suite d'un engorgement de la rate causé par un coup, une violence extérieure.

Quant à moi, je n'ai eu occasion d'observer qu'un seul fait qui pourrait jusqu'à un certain point être comparé à ceux que cite M. Piorry, chez une femme ayant reçu un coup à la région de la rate, avec gonflement consécutif de cet organe, fièvre et abcès ; ici c'était une fièvre de suppuration, comme celles qu'on observe à la suite des inflammations, et présentant le caractère intermittent.

La fièvre peut s'arrêter, quoique cependant la rate continue à augmenter de volume; pourquoi, dans ce cas, l'effet cesse-t-il lorsque la cause qui le produit persiste? Du reste, ordinairement la fièvre reparaît lorsque le gonflement de la rate persiste. Des périodes de cessation et de retour de la fièvre peuvent se renouveler trois et quatre fois, et la durée de chaque intervalle entre ces recrudescences peut être de quinze jours à six semaines; et quand bien même la fièvre aurait cessé depuis plus longtemps, si l'engorgement de la rate n'a pas disparu complétement, le malade reste menacé d'une rechute.

On a vu la rate acquérir en hauteur 20, 25 et 30 centimètres; et dans certaines circonstances elle devient tellement volumineuse, qu'elle remplit tout l'hypochondre et le flanc gauche. Il est facile, à l'aide du toucher, de constater le gonflement lorsque la rate descend dans l'abdomen au-dessous des côtes; mais lorsqu'elle reste au niveau de celles-ci, il faut avoir recours à la percussion *médiate* ou *immédiate*. Celle-ci fournit un son mat dans un certain espace dont on mesure l'étendue, que l'on compare ensuite à celle qu'occupe la rate dans son état normal (7 à 8 centimètres).

Dans certains cas, la rate descend dans le flanc gauche, et on sent son extrémité supérieure au-dessous des côtes.

La douleur qui accompagne l'intumescence de la rate est plus ou moins marquée. Légère dans la majorité des cas, elle est assez forte dans d'autres, et le malade éprouve des tiraillements. Quelquefois la douleur cesse lorsque le malade prend une position horizontale; d'autres fois elle persiste et augmente par la pression, les efforts de toux, de vomissements.

A l'autopsie, on trouve souvent des altérations profondes en rapport avec l'ancienneté de la maladie. Ainsi, la rate est remplie d'un liquide rougeâtre, sanieux, qui s'écoule à la pression et détermine par sa sortie une diminution de volume de l'organe. A mesure que la date de l'invasion est plus ancienne, le tissu de la rate devient de plus en plus consistant, et, outre du sang qui est contenu dans ce tissu, on y trouve un dépôt de matière organique inhérent au tissu de la rate, constituant une véritable hypertrophie de cet organe, et présentant de l'analogie avec le tissu de la betterave. Les enveloppes deviennent plus épaisses, fibreuses et même cartilagineuses. Dans certains cas, les membranes se rompent et le sang s'épanche dans l'abdomen. Ces phénomènes se présentent

dans les pays chauds, marécageux; on les observe rarement dans les fièvres intermittentes de nos climats.

La formation du pus à la suite de ces engorgements de la rate est très rare; je n'en ai observé qu'un seul exemple, et encore cette formation a-t-elle eu lieu dans des circonstances tout à fait accidentelles.

Souvent le malade est atteint de cachexie; son teint devient plus pâle, plus terne, à mesure que ses accès se multiplient, et ce phénomène s'observe surtout dans les fièvres intermittentes paludéennes. Dans ce cas, il n'est pas douteux que le sang n'ait subi une altération. Chez ces malades, on observe quelquefois le bruit de souffle des chlorotiques.

Il n'est pas rare de voir, à la suite de fièvres intermittentes qui se sont prolongées pendant quelques années, des malades devenir hydropiques. Tantôt l'hydropisie reste à l'état d'ascite simple limitée à l'abdomen, tantôt elle devient générale, envahit les membres inférieurs et quelquefois même les membres supérieurs. On ne trouve alors aucune trace d'albumine dans les urines. Dans ce cas, l'hydropisie est un des phénomènes inhérents à la fièvre intermittente.

On a vu d'autres fois l'hydropisie symptomatique de la néphrite albumineuse se manifester à la suite des fièvres intermittentes. M. Rayer en cite des exemples.

La fièvre intermittente simple peut avoir une durée plus ou moins longue. Ainsi, quelquefois elle disparaît complétement après cinq ou six accès; d'autres fois, après avoir cédé pendant quinze jours, trois semaines, elle revient sous le même type ou sous un type différent. La fièvre tierce, sous ce rapport, est celle qui est le plus sujette au changement; les autres formes reparaissent presque toujours avec leur type primitif.

Le changement de lieu exercera une influence favorable sur la durée de la maladie, et l'on a vu des malades complétement débarrassés par le seul éloignement du lieu où ils avaient contracté la fièvre intermittente; mais il n'est pas rare d'observer le contraire.

Les causes qui déterminent l'apparition des fièvres intermittentes sont en très grand nombre. Les pays chauds et marécageux, dans lesquels, par conséquent, l'air contient souvent des miasmes provenant de matières végétales en décomposition, sont ceux où l'on rencontre le plus souvent ce genre de maladie. En Afrique et dans les pays où la chaleur est très forte pendant le jour, et où les nuits sont très fraîches, des travaux exécutés dans la terre, même à très peu de profondeur, peuvent également occasionner ces fièvres. A Paris même, lorsqu'on vide nos canaux pour le nettoyage, on voit apparaître des épidémies de ce genre.

En un mot, toutes les causes qui tendent à décomposer les matières végétales, et par suite à corrompre l'air de ces miasmes, peuvent donner lieu à des fièvres intermittentes.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mars 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

Une lettre du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi de ressorts hygiéniques et orthopédiques inventés par une personne étrangère à la médecine (commissaires: MM. Thillaye, Poiseuille et Bouvier);

Une autre lettre du même ministre avec envoi de diverses recettes de remèdes secrets.

La correspondance manuscrite renferme les communications suivantes :

Choléra.

M. Mayer, médecin à Metz, envoie un travail intitulé : *Vues synthétiques sur le choléra-morbus.* (Commission du choléra.)

Mortalité des nouveau-nés.

M. Reboulleau, médecin à Constantine (Algérie), adresse une *Note sur une des plus graves causes de la mortalité des enfants du premier âge.* Cette cause réside, suivant l'auteur, dans la mauvaise alimentation qu'on donne aux nouveau-nés et qui n'est pas en rapport avec le développement de leurs organes. La meilleure alimentation est celle du lait d'abord séreux, c'est-à-dire tel qu'il est immédiatement après l'accouchement, puis d'un lait progressivement plus nutritif, enfin de quelques aliments qui s'en rapprochent le plus; en un mot, il faut graduer la nature des aliments suivant le développement des organes de l'enfant. (Commissaires : MM. Moreau, Devilliers, Grisolle.)

Dysenterie.

M. Hullin, de Mortagne, correspondant de l'Académie, adresse un mémoire sur une épidémie de dysenterie qui a régné à Mortagne en 1849. (Commissaire, M. Gérardin.)

Chloroforme dans les fièvres intermittentes.

M. Delioux, professeur à l'école navale de Rochefort, envoie un mémoire intéressant sur l'utilité du chloroforme dans le traitement des fièvres d'accès et de diverses affections intermittentes. Nous en extrayons les passages suivants :

« Je crois être arrivé à constater que le chloroforme jouit de propriétés anti-périodiques et fébrifuges assez marquées.

» Mes premières expériences datent du commencement de l'année 1849.

» Rigoureusement parlant, aucune induction rationnelle ne m'a conduit à l'emploi du chloroforme dans le traitement des fièvres intermittentes. Cependant, le souvenir des propriétés fébrifuges attribuées à l'éther par certains médecins m'en a donné quelque idée. D'un autre côté, ayant administré à des malades atteints de phthisie et de catarrhe pulmonaire des potions contenant quelques gouttes de chloroforme, comme M. Nathalis Guillot l'avait fait longtemps avant la découverte des propriétés anesthésiques de cet agent, et ayant remarqué que non-seulement il calmait les douleurs de poitrine et la toux, mais que souvent aussi il modérait le mouvement fébrile, les sueurs nocturnes et favorisait le sommeil, je pensai qu'à côté ou par suite de cette action antisdasmodique et sédative, il pourrait posséder une action fébrifuge plus ou moins puissante.

» Je n'ai jamais essayé dans les fièvres d'accès les inhalations de chloroforme; je me suis borné à l'administrer à l'intérieur.

» Il a été donné d'abord à des malades atteints de fièvres anciennes et rebelles, chez lesquels les préparations de quinquina, les ferrugineux, les toniques amers ne parvenaient plus à suspendre, au moins d'une manière durable, les accès. Il a souvent, dans ces circonstances, enrayé la maladie, ce qui ne prouve pas, comme j'ai eu soin de l'établir précédemment, qu'il soit supérieur aux autres fébrifuges; souvent aussi il a échoué, ou bien les accès n'ont été suspendus que pour peu de temps, résultat qui pouvait être attribué autant à son peu d'efficacité qu'à l'opiniâtreté de la fièvre. C'était, à mon avis, en essayant le chloroforme sur des affections intermittentes aiguës et non encore attaquées par le quinquina que l'on pouvait le mieux juger son influence anti-périodique.

» J'avais, en conséquence, l'intention de l'expérimenter sur une assez grande échelle pour offrir une statistique comparative de succès et d'insuccès, basée sur un certain nombre de chiffres.

» Mais, par suite de l'épidémie du choléra, l'hôpital maritime de Rochefort reçut, pendant l'été et l'automne de 1849, beaucoup moins de fiévreux que dans les années ordinaires, tant parce que l'épidémie cholérique dominait l'endémie paludéenne, que parce que les malades étaient retenus dans les infirmeries régimentaires ou dans leurs familles, au lieu d'être dirigés sur l'hôpital, qui pendant quelque temps paraissait être devenu un foyer d'infection. Après le choléra, nous n'avons encore eu qu'un fort petit nombre de fiévreux, comparativement aux années précédentes; et comme la plupart y entraient pour des rechutes de fièvres, sous le type quarte surtout, c'est-à-dire sous la forme la plus rebelle, il m'a été difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser la valeur du nouvel antipériodique.

» Je me bornerai donc ici, et pour le moment, à constater que le chloroforme, abstraction faite de ses propriétés anesthésiques qui ne sont point en cause, en outre de ses propriétés antispasmodiques et sédatives que j'ai souvent aussi mises à l'épreuve tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, jouit de propriétés antipériodiques et fébrifuges qui, pour être inférieures à celles du quinquina et de l'arsenic, n'en sont pas moins positives, et qu'à ce titre il mérite d'être expérimenté dans les affections intermittentes. J'ose appeler sur ce sujet l'attention des praticiens, en leur faisant appel pour qu'ils veuillent bien répéter mes essais. »

L'auteur rapporte ici cinq observations détaillées à l'appui des propositions qui précèdent, et il continue ensuite :

« Il serait fastidieux de multiplier les observations; les cinq qui précèdent doivent suffire pour démontrer que le chloroforme a une action positive sur les manifestations périodiques des fièvres paludéennes, non-seulement lorsque ces fièvres sont récentes et bénignes, mais même quand elles sont anciennes et rebelles. Il mérite donc d'être expérimenté à titre d'antipériodique.

» Je n'ai pas eu encore l'occasion de l'employer dans les névralgies intermittentes, mais il me paraît y être bien indiqué, sinon sans l'aide du quinquina et de l'arsenic, du moins comme adjuvant; ses propriétés antispasmodiques pouvant utilement s'exercer en même temps que son action antipériodique. Dans ce cas, je compterais plus sur son administration interne que sur son emploi à l'extérieur sur les parties endolories.

» Dans mes expériences cliniques, le chloroforme n'a presque jamais déterminé d'autres effets que la cessation de la fièvre. Les potions chloroformées ont une forte saveur à la fois menthée et éthérée qui ne répugne pas aux malades; quelques-uns d'entre eux ont accusé une sensation passagère de chaleur depuis le pharynx jusqu'à l'estomac au moment de l'ingestion, mais sans que cette sensation eût rien de pénible ou de douloureux; quelquefois encore une sorte d'ébriété très légère et fugitive s'est manifestée, très rarement suivie de céphalalgie peu intense; mais, je le répète, dans la majorité des cas, il n'y avait d'appréciables que les effets thérapeutiques.

» Je ne me suis pas aperçu que le chloroforme diminuât le volume de la rate engorgée, au moins immédiatement. Plus disposé d'ailleurs à considérer cet engorgement comme le résultat que comme la cause des fièvres, je crois que, sous l'influence du chloroforme aussi bien que de la quinine, la rate reprendra son volume normal, non parce que les molécules médicamenteuses auront agi directement sur elle, mais parce que l'état fébrile intermittent aura disparu. Il est loin de ma pensée d'exprimer que cet état soit une entité morbide : je veux dire seulement que je crois fondé primitivement sur des lésions, soit organiques, soit humorales, autres que celle de la rate, et que les lésions de ce dernier organe, malgré leur importance, ne sont que secondaires. Mon opinion, enfin, conforme à celle d'un grand nombre de praticiens, c'est que les causes matérielles des fièvres intermittentes se trouvent dans des lésions du sang ou de l'appareil nerveux, des deux à la fois peut-être, et que les médicaments qui les guérissent agissent principalement sur les nerfs par l'intermédiaire du sang. Mais j'insisterai d'autant moins sur ces vues théoriques, auxquelles je n'attache qu'une importance très secondaire dans la circonstance actuelle, que je ne veux appeler ni l'attention ni la discussion sur aucun autre point que les propriétés fébrifuges, expérimentalement constatées, du chloroforme.

» Je n'ai pas dépassé encore la dose de 2 grammes et demi à l'intérieur; cette dose, chez Deniger, n'ayant pas déterminé le moindre accident, on est autorisé à la dépasser encore et à expérimenter la tolérance de l'organisme relativement au chloroforme, en apportant dans cette expérimentation la prudence et la moralité que commande l'emploi de cet agent énergique. Il est possible d'ailleurs qu'en prescrivant des doses plus élevées que celles que j'ai administrées, on arrive à produire des effets fébrifuges plus prononcés et partant à des résultats plus concluants. Peut-être aussi, sous l'influence de l'état morbide qui constitue les affections intermittentes, la tolérance de l'économie à l'égard du chloroforme serait-elle plus grande que dans l'état physiologique ou même que dans toute autre maladie. Si le fait était démontré, si seulement la supposition est admise, il faudrait n'essayer qu'avec réserve ce médicament en dehors de cet état morbide. Je crois déjà avoir observé que les malades atteints de phthisie, de catarrhe pulmonaire, d'asthme symptomatique, auxquels j'ai fait prendre des juleps additionnés de chloroforme, n'en ont généralement éprouvé des effets calmants et antispasmodiques que sous l'influence de doses très minimes, 20 ou 30 centigrammes, et qu'au lieu de ces effets plusieurs ont ressenti un malaise qui m'a forcé à renoncer à cet agent thérapeutique; jamais chez ces malades il n'a été avantageux de dépasser la dose de 60 centigrammes. Les faits de ce genre ne sont rien moins que rares en thérapeutique; non-seulement la tolérance des médicaments est plus grande dans l'état pathologique, en général, que dans l'état normal, mais celle de certains médicaments est plus grande dans tel état pathologique que dans tel autre. Ainsi, par exemple, les antimoniaux ne sont nulle part mieux tolérés que dans la pneumonie, et, dans d'autres affections où ils le sont moins, l'état inflammatoire est pourtant monté à son summum d'intensité. Dans les fièvres intermittentes, il y a pour la quinine une tolérance excessive; quand elles se compliquent de l'élément pernicieux, les doses de 4, 5, 6 grammes ne produisent souvent que des guérisons merveilleuses sans aucun trouble du côté du système nerveux; tandis que dans d'autres affections où l'on a osé l'administrer aussi à haute dose, dans le rhumatisme, par exemple, on a vu bien plus fréquemment les troubles nerveux se manifester, et quelquefois avec une gravité assez grande pour compromettre la vie des malades, sans que leur état fût amélioré par cette téméraire médication.

» L'innocuité parfaite du chloroforme ingéré dans l'estomac aux doses précitées, doses qui paraissent pouvoir être dépassées, fait naître une remarque importante : sans nul doute les mêmes quantités de ce médicament qui ont été absorbées par les veines stomacales chez tous nos fébricitants auraient chez plusieurs d'entre eux déterminé des accidents graves si elles avaient été transportées par inhalation dans les voies aériennes. Pourquoi, suivant le mode d'administration pour le chloroforme comme pour l'éther, voit-on se produire des effets physiologiques si différents, effets presque nuls dans un cas et si fortement exprimés dans l'autre ?

» Il me reste à dire de quelle manière j'administre le chloroforme.

» Je l'ai prescrit d'abord par gouttes dans une potion gommeuse ou dans un looch. Comme il n'est que peu soluble dans l'eau pure et qu'en raison de sa densité il se dépose au fond de ce liquide, en ajoutant au véhicule du mucilage et en recommandant au malade d'agiter fortement la potion avant de la boire, j'assurais autant que je le croyais possible la division et la suspension du chloroforme à défaut de sa complète dissolution. Il y avait dans ce *modus faciendi* quelque chose de défectueux qui ne m'échappait pas; car, le chloroforme ayant une action topique très irritante, il était à craindre que, restant en partie indissous, il n'irritât quelques points de la surface de l'estomac. Ayant remarqué ultérieurement que l'addition d'une forte proportion de sirop de sucre aux potions favorisait notablement la dissolution du chloroforme, j'eus l'idée de l'incorporer préalablement au sirop, et j'ai eu tout lieu de m'en applaudir en voyant que ce sirop se mélangeait très bien en toutes proportions avec l'eau, et qu'il offrait ainsi un excellent moyen d'administrer le chloroforme à l'état de dissolution aqueuse ou au moins dans un état de division extrême. Il était en outre fort irrationnel de doser ce médicament par gouttes, en évaluant, comme on le fait d'habitude, la goutte à 5 centigrammes, car la goutte de chloroforme ne pèse que 25 milligrammes environ. Deux gouttes pèsent assez exactement 5 centigrammes; cela paraît extraordinaire au premier abord, ce liquide étant plus dense et plus lourd; mais, comme l'a fait observer M. Dorvault, ce faible poids tient à la petitesse de la goutte de chloroforme, et il tend à diminuer encore par suite de l'évaporation qui se produit pendant ce mode de dosation. Pour un agent aussi énergique, il fallait doser rigoureusement et au poids.

» J'ai fait en conséquence préparer un *sirop de chloroforme*, en donnant d'abord pour proportions : 5 centigr. de chloroforme pour 2 grammes de sirop; mais, après m'être enhardi dans l'administration interne de l'élément actif de ce sirop, j'ai changé la formule en doublant la dose de chloroforme, de façon que chaque gramme en contient 5 centigrammes. Après avoir fait le mélange, il faut l'agiter fortement dans une fiole bouchée à l'émeri, afin de favoriser la dissolution; sans cette précaution, il arrive que le chloroforme reste en partie suspendu et non dissous sous forme de petits globules perlés au milieu du sirop.

» Ce sirop, avec la précaution de le renfermer dans un flacon exactement bouché, paraît susceptible d'une bonne conservation. Il présente, surtout quand on le regarde par transmission, un aspect chatoyant et une sorte d'éclat métallique. Exposé à l'air dans un flacon à tubulure étroite, il laisse échapper assez lentement le chloroforme, et pourrait être employé pour produire des effets anesthésiques légers sous l'effet de l'inspiration, à titre, par exemple, de calmant, d'antispasmodique, dans les états nerveux auxquels on oppose vulgairement les aspirations éthérées. (Je me suis rencontré avec M. Dowault dans la préparation du sirop de chloroforme, qu'il avait indiquée dès l'année 1848; ce n'est qu'ultérieurement que j'ai eu connaissance de sa formule : je laisse donc à ce pharmacien distingué le mérite de la priorité).

» En définitive, c'est à ce sirop que j'ai recours exclusive-

ment aujourd'hui, comme plus facile à doser que le chloroforme pur, pour l'usage interne.

» Dans les fièvres intermittentes, j'administre les potions chloroformées comme je ferais des préparations de quinine; elles sont prescrites quelques heures avant l'accès, à prendre en trois ou quatre fois, à quart d'heure ou demi-heure d'intervalle; il est bon que la dernière prise soit consommée trois ou quatre heures au plus avant le début présumé de l'accès; lorsqu'un trop long intervalle s'est écoulé entre la potion et l'accès, l'effet antifébrile a moins de chance d'être obtenu, ce que j'explique par l'action plus fugitive, la portée plus courte du chloroforme comparativement à la quinine. Il m'arrive souvent, dans les fièvres tierces et quartes opiniâtres, de donner le médicament tous les jours en forçant la dose le jour de l'accès; je le continue pendant quelques jours après le dernier accès observé à doses décroissantes, et enfin, le septième et le quatorzième jour de l'apyrexie, je reprends l'usage d'une ou deux potions chloroformées, tant pour parfaire la guérison que pour prendre quelques garanties contre les récidives. » (Commissaires: MM. Bricheteau, Orfila, Bousquet.)

Nouveau principe immédiat.

M. Gobley, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, lit une note sur un nouveau principe immédiat qu'il a découvert dans les feuilles de fahau (famille des orchidées), et qui a la plus grande analogie avec la coumarine découverte par MM. Guibourg, Boulloy et Boutron, dans le *coumarouna odorata*, et plus tard par d'autres chimistes dans le mélilot, etc. Ce nouveau principe, ainsi que la coumarine, présente une odeur suave qui rappelle tout à fait celle des feuilles de fahau.

Traitement de la glucosurie.

M. Bouchardat, autre candidat à la section de pharmacie, lit un mémoire sur le diabète sucré ou glucosurie.

Après avoir rappelé ses précédents travaux sur le même sujet, il cherche les conséquences qui doivent résulter, au point de vue thérapeutique, de la découverte de M. Bernard, qui a démontré que le foie sécrétait anormalement le sucre. C'est à l'aide des purgatifs qu'il combat avec un succès varié, mais toujours sensible, l'aberration des fonctions du foie; il prescrit la graine de moutarde blanche, la coloquinte, l'huile de ricin, etc., ou même la potion de Durande, qui à la vérité n'est pas un purgatif.

Cherchant ensuite à saisir la cause de l'aberration fonctionnelle du foie, il la trouve encore, avec M. Bernard, dans un état morbide de l'appareil nerveux du foie, rendu probable par une surexcitation générale manifeste, par les engourdissements des membres, les affaiblissements de la vue, les douleurs dans la colonne vertébrale. En conséquence, il dirige contre cet état anormal du système nerveux des modifications de ce système, qu'il range dans l'ordre suivant: thé, café, alcooliques, les opiacés, la belladone, l'atropine, les solanées vireuses en général, la strychnine et l'ammoniaque.

— M. Poiseuille lit une note, dont la prononciation défectueuse de l'orateur nous empêche de saisir le sens. Nous comprenons seulement qu'elle a pour objet la communication faite dans la dernière séance par M. Pravaz, ainsi que les réflexions présentées à propos de cette communication par M. Rochoux.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pharmacie sur les candidats à la place vacante dans cette section.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 mars 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Maladies des organes génito-urinaires.

M. Civiale présente la deuxième partie de son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Ce volume est consacré à l'étude des lésions du col vésical. L'auteur, en présentant cet ouvrage, signale spécialement à l'Académie, dans un résumé analytique dont il donne lecture, les lésions en question comme dignes d'attention par leur nature, par leur développement, par les désordres qu'elles produisent et les conséquences qu'elles entraînent. Ces maladies, enfin, lui paraissent d'autant plus essentiellement à considérer aujourd'hui que l'on possède maintenant pour les étudier de nouveaux moyens d'exploration.

Existence de l'iode dans les plantes d'eau douce.

M. Chatin lit un mémoire sur l'existence de l'iode dans les plantes d'eau douce et sur les conséquences de ce fait pour la géognosie, la physiologie végétale et la thérapeutique.

Un botaniste anglais, M. John Lindley, ayant fait connaître que l'iode avait été trouvé dans le cresson, M. Chatin a voulu vérifier le fait. Les recherches auxquelles il s'est livré à ce sujet lui ont fait effectivement reconnaître la présence de l'iode non-seulement dans le cresson, mais dans toutes les plantes qui se développent dans l'eau.

Il a remarqué en outre:

1° Que les plantes qui se développent dans les eaux courantes et dans les nappes d'eau assez grandes pour être fortement agitées par les vents contiennent plus d'iode que celles des eaux stagnantes;

2° Que la proportion d'iode est très faible dans les plantes qui ne sont que momentanément ou trop imparfaitement immergées;

3° Que la proportion d'iode observée dans les plantes paraît être indépendante de leur nature ou de leur place dans l'ordre naturel.

Quant aux conséquences de ces résultats pour la thérapeutique, voici en quels termes l'auteur les résume:

Il pense que la présence de l'iode dans le cresson justifie les propriétés fondantes antiscrofuleuses, antiphthisiques et dépuratives qui lui ont été attribuées. Le cresson de fontaine ou de rivière est partout plus estimé que celui des marécages; l'influence de la nature des eaux sur la proportion de l'iodure démontre la justesse de cette distinction. L'iode rend compte encore des effets de la phellandrie considérée par quelques praticiens comme succédanée de l'huile de foie de morue dans la tuberculisation pulmonaire. La beccabunga était regardée par les anciens comme un bon fondant et comme un excellent antiscorbutique que l'on recommandait de préférence à celui des ruisseaux; la présence de la proportion de l'iode explique encore ce fait.

— MM. Boutron-Charlard et O. Henry adressent deux exemplaires d'un ouvrage qu'ils ont publié sur l'analyse chimique des eaux qui alimentent les fontaines publiques de Paris et qu'ils destinent au concours pour le prix de statistique de 1850.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 février 1850. — Présidence de M. Fouquier.

La correspondance comprend:

1° Un mémoire médico-légal sur un cas de folie homicide méconnue par les assises du Var, par le docteur Aubanel;

2° Une note supplémentaire au mémoire médico-légal sur l'affaire Moulinard, par le même;

3° Le *Bulletin médical du nord de la France* publié par la Société centrale de médecine du département du Nord;

4° Une brochure intitulée: *Séances et travaux de l'Académie de Reims.*

— M. Pertus fait un rapport sur quatre observations que M. le docteur Détrem adresse à la Société pour obtenir le titre de membre titulaire. Ces observations ont pour but de prouver l'efficacité du chloroforme dans la réduction des hernies étranglées dans des cas difficiles, où le taxis le mieux pratiqué était resté impuissant.

M. Boyer fait remarquer à ce sujet qu'il ne faut pas s'exagérer la valeur de ce moyen, qui peut bien annihiler momentanément la résistance musculaire, mais qui reste sans influence sur le véritable obstacle à la réduction, dont le siége est dans le tissu fibreux. Suivant lui, c'est plutôt sur la persévérance d'un taxis habilement pratiqué que sur l'intervention des agents anesthésiques qu'il faut faire reposer l'espoir de réduire une hernie étranglée. Quant à l'effet du chloroforme sur l'opération sanglante, il préfère, d'après ce qu'il a vu, ne pas l'employer, car l'insensibilité n'exclut pas l'indocilité. On comprend qu'on l'emploie dans des opérations où l'on peut agir rapidement; mais dans les cas d'opérations minutieuses et délicates, le chloroforme est plutôt un inconvénient qu'un avantage, et le chirurgien ne doit y recourir que lorsqu'il y est forcé par la volonté du malade. — Pour ce qui est du travail de M. le docteur Détrem en particulier, il en reconnaît l'utilité et le mérite.

La nomination de M. le docteur Détrem est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. Pertus répète que plusieurs fois ce moyen lui a réussi, et qu'il faut toujours en essayer l'emploi.

M. Dupertuis a eu plusieurs fois occasion d'employer avec succès le chloroforme dans des cas de hernies étranglées qui paraissaient irréductibles. En général, il pense qu'il suffit, dans la majeure partie des cas, d'amener la syncope, un état de collapsus, une sorte de mort apparente, pour opérer la réduction. Il cite le fait d'un malade affecté d'une hernie étranglée très grave, vomissant depuis deux jours des matières fécales. Il lui fit pratiquer, debout, une large saignée du bras, qui fut suivie d'une syncope durant laquelle il obtint facilement une réduction qui avait résisté à tout autre moyen. Il est donc fortement d'avis d'employer le chloroforme dans tous les cas de hernies étranglées avant de tenter l'opération. Mais lorsqu'on est forcé d'en venir à cette dernière extrémité, il conseille, comme M. Boyer, de ne le faire qu'après la cessation complète de l'action anesthésique, attendu que le manuel opératoire, en ce cas, réclame la plus grande docilité de la part du malade.

M. Pertus. Il semblerait résulter de ce qu'on vient de dire qu'on redoute l'agitation consécutive à l'emploi du chloroforme. Il faut se rappeler à ce sujet qu'il y a deux périodes dans l'action de cet agent: la première, d'excitation; la seconde, de sédation: c'est pendant cette dernière qu'il faut opérer.

M. Dupertuis fait remarquer que la période de calme est non-seulement précédée, mais que souvent aussi elle est suivie d'un état d'agitation; que, par conséquent, il est prudent, avant de recourir à l'instrument tranchant, de laisser s'épuiser entièrement l'influence anesthésique.

M. Thore, comme preuve de la vérité de cette opinion, rapporte le fait d'une femme qui, avant de subir une opération, voulut être éthérisée; à la deuxième période, au moment où l'on comptait sur le calme le plus profond, éclata tout à coup une agitation plus grande que si l'on n'eût pas éthérisé la malade.

M. Belhomme. La découverte de l'éthérisation est sans contredit très favorable pour émousser la douleur; mais il faut faire attention à l'emploi du chloroforme surtout; il est survenu des accidents mortels bien constatés. Pour se faire une idée du danger que peut courir un individu soumis à son action, il faut se rappeler les expériences récentes des physiologistes sur les animaux, d'après lesquelles la masse cérébrale ressentirait les effets de l'éthérisation dans l'ordre suivant: d'abord les hémisphères, puis les parties plus profondes, et enfin le bulbe rachidien. A ce dernier degré, la vie du sujet serait gravement compromise.

M. Foucart lit une note sur les avantages de la réunion immédiate des plaies. Il cherche à démontrer par le raisonnement et par les faits, la vérité des deux propositions suivantes:

1° Que, toutes les fois qu'elle est possible, la réunion immédiate des plaies doit être tentée;

2° Que le plus sûr moyen de l'obtenir est l'emploi de la suture, trop généralement négligée de nos jours par les chirurgiens de l'Ecole de Paris.

La première proposition lui paraît hors de toute contestation, d'après les beaux succès de Percy, de Delpech, et le remarquable ouvrage de Serre (de Montpellier) sur ce sujet. D'ailleurs, l'observation de tous les jours montre que c'est une loi de l'économie, un véritable axiome, que tout tissu qui a été divisé tend à l'adhésion. Un autre point non moins certain, c'est que par ce mode de traitement des plaies on évite presque à coup sûr les accidents inséparables de l'inflammation et d'une suppuration plus ou moins longue.

Quant à l'emploi de la suture, la préférence qu'il lui donne sur les autres moyens d'union, il la fonde sur ce qu'elle établit un affrontement plus parfait des lèvres de la plaie; qu'elle suspend plus complétement l'hémorrhagie des capillaires; qu'elle lutte plus efficacement contre toutes les causes tendant à écarter les surfaces divisées; qu'enfin les moyens de la pratiquer sont simples, et se trouvent partout sous la main du chirurgien. Tous ces avantages, les bandelettes agglutinatives sont loin de les offrir au même degré. Il ne compte pour rien la douleur causée par la suture, laquelle est insignifiante en face des résultats que procure ce mode de réunion. A l'appui des considérations précédentes, M. Foucart rapporte trois observations de plaies récentes traitées par lui avec un plein succès par la réunion immédiate. Dans la première il s'agit d'une incision du prépuce qu'il pratiqua sur le dos de la verge pour prévenir le retour d'un paraphymosis très douloureux qu'il avait réduit avec peine chez un individu dont l'ouverture préputiale était naturellement très étroite. Trois points de suture entrecoupée ayant été établis, l'un à l'extrémité de l'angle produit par l'incision, et les deux autres sur chacune des lèvres de la plaie, réunissant et affrontant la muqueuse et la peau du prépuce, la réunion était parfaite, sans suppuration le quatrième jour. Dans les deux autres il s'agit de plaies du doigt et de la face dorsale de la main, produites par des fragments de verre, et comprenant toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os. Ici la suture fut pratiquée à l'aide d'épingles distantes chacune d'un centimètre, et réunies par des fils en huit de chiffre. Le tout fut recouvert d'un linge imbibé d'eau froide. Dans ces deux cas, comme dans le premier, la réunion immédiate fut également complète après quatre à cinq jours, sans trace d'inflammation suppurative.

M. Pertus. Il s'ensuivrait de là que l'inflammation serait inutile pour obtenir l'adhésion complète des plaies. Tout au moins faut-il admettre qu'il se passe en cette circonstance un travail organique plus actif que celui qui a lieu dans le phénomène physiologique de nutrition.

M. Masson. La possibilité de l'absence de phlegmasie en pareil cas est prouvée par ce qui se passe dans les sections sous-cutanées, à la suite desquelles on ne constate le plus souvent aucune trace d'inflammation.

M. Tanchou. La discussion sur ce point est très complexe, et pourrait conduire fort loin. Il s'agit de savoir où commence et où finit l'inflammation. Il est certain que, dès que les tissus sont lésés, il y a élévation de la susceptibilité organique, c'est-à-dire augmentation de la sensibilité et de la circulation. Dans le premier cas, il ne peut y avoir que douleur qui attirera ensuite le sang et finira par produire l'inflammation; dans le second cas, ce dernier était à son point de départ dans la fluxion, et produit la douleur comme conséquence.

M. Masson a eu occasion d'observer l'introduction d'un long morceau de verre qui tenait le doigt maintenu comme par une attelle depuis six jours, sans trace d'inflammation. Il le retira par une incision qui guérit très promptement sans pratiquer de suture.

M. Foucart. La question n'est pas de savoir s'il y a ou non inflammation dans tel ou tel cas de solution de continuité des tissus de l'économie, mais bien d'établir que dans tous les cas de plaie il y a grand avantage à tenter la réunion immédiate par la suture.

M. Pertus. Pour des plaies des doigts, n'est-ce pas une superfétation?

M. Tanchou fait remarquer que dans les cas rapportés par M. Foucart, l'eau froide employée doit avoir une grande part dans le succès. Ce qui prouve la vérité de l'assertion qu'il émettait tout à l'heure, savoir: la nécessité, pour que l'adhésion ait lieu, d'un certain degré d'hypérémie, au delà et en deçà duquel elle ne réussit pas.

M. Coursserant pense qu'il ne faut pas faire jouer un trop grand rôle à l'influence de l'eau froide dans le traitement des plaies par la réunion immédiate. Il invoque sur ce point l'autorité de Diffenbach, qui ne l'employait jamais. Des expériences comparatives ont fait voir que les plaies de la cornée, par exemple, produites par l'instrument tranchant, se guérissent mieux sans employer l'eau froide, qu'en faisant usage de ce liquide.

M. Tanchou. Ces exemples de M. Coursserant prouvent évidemment ce que je viens de dire, qu'il faut un certain degré de vitalité des tissus pour le succès de la réunion immédiate des plaies. Quand cette vitalité est trop exaltée, il faut chercher à la diminuer par l'emploi de l'eau froide; mais quand il s'agit d'une solution de continuité de tissus qui, comme la cornée, sont peu susceptibles de s'enflammer, l'indication d'abaisser la température évidemment n'existe plus.

M. Masson, laissant de côté ces considérations générales pour revenir au mémoire de M. Foucart, pense que, lorsqu'une blessure un peu grave, un peu étendue, est faite aux doigts, il n'est pas prudent dans le traitement d'infliger de nouvelles blessures qui pourraient amener de nouvelles inflammations. Les doigts sont conformés de parties telles, qu'étant divisées elles peuvent être maintenues par des bandelettes agglutinatives qui suffisent, et l'on n'a pas à employer des moyens douloureux et même redoutables.

M. Foucart. D'abord on ne trouve pas toujours des bandelettes agglutinatives. Ensuite, la douleur des épingles est véritablement insignifiante en comparaison de la blessure.

M. Masson comprend l'utilité et même la nécessité de la suture dans certaines plaies à lambeaux, de la tête, par exemple; mais il croit que, pour les blessures superficielles, les bandelettes suffisent.

— M. Coursserant signale à la Société l'existence de l'ophthalmie granuleuse qui règne en ce moment dans plusieurs établissements de la capitale où se trouve agglomérés un plus ou moins grand nombre d'enfants. Dans une crèche du 10e arrondissement, sur treize enfants, il y en avait onze d'atteints d'ophthalmie granuleuse susceptible de devenir purulente; leurs yeux étaient dans un état affreux. Cette maladie est apportée par les enfants dans les familles, où elle produit quelquefois chez les adultes des ophthalmies purulentes excessivement graves. M. Coursserand a donné il y a quelques jours des soins à une femme qui l'avait contractée de son enfant.

Une solution de 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 10 grammes d'eau distillée est le moyen qui lui a généralement réussi contre cette affection, à condition toutefois que ce liquide pénètrera véritablement entre les paupières, et sera maintenu quelques instants en contact avec les surfaces oculo-palpébrales. Ce résultat ne peut guère être obtenu que si l'instillation est faite par le médecin lui-même, aidé souvent de plusieurs personnes, afin de maîtriser l'indocilité des petits malades.

D[r] G. Picard, *secrétaire annuel.*

CONCOURS DE MONTPELLIER

pour une chaire de clinique et de pathologie générales.

La *Gazette Médicale de Montpellier* rend compte d'un incident qui constituerait une grave atteinte à la sincérité des concours, et qui serait un suffisant motif de cassation si le fait avancé est aussi positif que l'assure notre confrère. Malgré la vivacité des termes employés, nous croyons devoir reproduire textuellement la note de ce journal:

Le 11 mars 1850 était le jour assigné à l'ouverture du concours pour la chaire de *pathologie et de thérapeutique générales*; mais on était loin de croire qu'il dût s'opérer, ce jour-là et à cette occasion, un miracle. Or, voici le fait; tous les professeurs et agrégés désignés pour faire partie du jury étant rendus, le jury ayant choisi le professeur Lordat pour son président, les candidats, dont les noms figurent dans notre précédent numéro, ayant tous répondu à l'appel nominal, excepté M. Sanson, qui, grâce à l'insouciance du ministère de l'instruction publique, lequel se met fort peu en peine de calculer le temps qu'il faut à chaque concours, est encore retenu à Paris par celui dans lequel il figure honorablement, et M. Lombard, qui, venant d'être chargé du cours de botanique en remplacement de M. Raffeneau-Delile, malade, le professeur Estor fut récusé par le docteur Chrestien pour cause de surdité. La surdité du professeur Estor est si bien prononcée, qu'il n'entendit pas un mot de la récusation dont il était l'objet. Malgré cela, le jury déclara, après délibération, que la récusation du docteur Chrestien n'était pas admise. C'était, en d'autres termes, déclarer que le professeur Estor n'était plus sourd. Or comme la surdité du professeur était, au moment de la récusation, aussi bien constatée par tous ceux qui le connaissent, y compris les membres du jury du concours, que son impotence presque absolue des extrémités tant supérieures qu'inférieures, quoique le professeur Estor soit chargé de l'enseignement des opérations et appareils, ce dont il s'acquitte de la manière la plus réellement digne d'être transmise par le crayon à la postérité, il est bien évident que la surdité du professeur Estor a été guérie par enchantement, puisque le jury n'a pas admis la récusation bien légitime du docteur Chrestien. Certains on dit que le jury s'était prononcé sur l'affirmation donnée par le professeur Estor lui-même qu'il n'est nullement sourd; mais cette assertion ne diminue en rien l'importance du miracle, attendu que le professeur Estor savait parfaitement être sourd avant la récusation du docteur Chrestien, car il priait ordinairement les personnes qu'il voulait entendre d'élever la voix, et il cherchait à deviner dans leur physionomie et dans les mouvements de leurs lèvres ce qu'il ne pouvait pas entendre. Ceci est de notoriété publique.

Plusieurs journaux politiques et quelques journaux de médecine ont fait mention de trois ou quatre cas de choléra qui se sont manifestés à Paris depuis quinze jours. Le fait est exact; mais il ne faudrait pas en induire des conséquences fâcheuses pour la santé publique. On sait qu'en dehors de toute influence épidémique, il se développe chaque année un certain nombre de cas de choléra à Paris, sans que l'on s'en préoccupe autrement. C'est pour cette raison que nous avions jugé à propos de n'en point entretenir nos lecteurs.

NOUVELLES.

Le règlement de l'Académie de Médecine confère la qualité de membre de l'Académie au doyen de la Faculté, mais sans s'expliquer sur la question de savoir si cette qualité est définitivement acquise ou si elle doit cesser avec le décanat. L'Académie, ainsi qu'on se le rappelle, avait résolu d'une manière affirmative cette question par une décision spéciale. Mais pour soustraire la légalité de cette décision à toute contestation ultérieure, l'Académie devait la faire approuver par le pouvoir exécutif; c'est ce qu'elle a fait.

Le *Moniteur* d'hier publie un décret rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, et conçu en ces termes :

« La qualité de membre de l'Académie de Médecine, conférée au doyen de la Faculté de médecine de Paris, par l'article 16 de l'ordonnance du 20 décembre 1820, lui restera acquise, et il en conservera le titre et les prérogatives après qu'il aura cessé d'exercer les fonctions de doyen. »

— Par suite des changements introduits dans le personnel du service chirurgical de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, ce service est composé actuellement de la manière suivante :

MM. Eugène Bermond et Hirigoyen, chirurgiens ordinaires;
Eugène Sonlé, chirurgien adjoint;
Pouydebat, chirurgien suppléant;
Chaumet, professeur de clinique chirurgicale, chargé de deux salles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Lafont-Gouzy, né à Saverdun (Ariége). M. Lafont-Gouzy était âgé de 73 ans. Ancien médecin des armées, professeur de pathologie à l'Ecole de Médecine de Toulouse, auteur de quelques ouvrages estimés, cet honorable confrère joignait à un incontestable talent toutes les qualités de l'homme privé.

— L'on annonce que l'état des affaires publiques de Genève a engagé le célèbre botaniste de Candolle à résigner son enseignement et la direction du Jardin botanique de cette ville.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé.* — M. Puech, chirurgien sous-aide en Algérie, détaché à l'hôpital de Popincourt, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Duponchelle, chirurgien sous-aide en Algérie, détaché à l'hôpital du Roule, est désigné pour l'hôpital de Metz.

M. Vidal, chirurgien sous-aide en Algérie, est désigné pour l'hôpital de Strasbourg.

M. Bagnol, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour la succursale des Invalides d'Avignon.

M. Janin, chirurgien sous-aide à la succursale des Invalides d'Avignon, est désigné pour l'hôpital de Nancy.

M. Gerrier, chirurgien aide-major de 1re classe au 4e bataillon de chasseurs à pied, est désigné pour les hôpitaux de l'Algérie.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE BELGE.

Une discussion utile à connaître a eu lieu à l'Académie royale de médecine de Belgique, sur la proposition faite par un membre de ce corps savant, pour demander au gouvernement de lever exceptionnellement pour le Rob dit de Laffecteur, la prohibition qui, en Belgique, frappe indistinctement tous les remèdes secrets, et en particulier les préparations pharmaceutiques à base de sucre.

Les motifs émis pour appuyer la demande d'introduction du Rob constatent l'efficacité de cet antisyphilitique héroïque, et justifient la publicité que la presse médicale a cru devoir accorder aux cures opérées par ce précieux remède qui, au milieu de luttes d'intérêts divisés, perdait chaque jour dans l'esprit des praticiens la juste réputation qui lui était acquise par des succès prolongés pendant plus d'un demi-siècle.

L'académie de médecine belge a pris l'initiative pour appeler l'attention de l'autorité sur le débit d'un remède dont la vente, légalement autorisée, doit avoir lieu dans des conditions qui écartent toute fraude et qui offrent des garanties complètes contre toute substitution faite au détriment de la santé publique.

Nous reproduisons d'une manière complète la discussion de l'Académie royale de médecine de Belgique, extraite textuellement de son bulletin officiel.

Discussion de la proposition de M. Thirion, relative à la prohibition du Rob dit de Laffecteur.

Présidence de M. Velminckx.

M. le Président. L'Académie a entendu, par la lecture de la correspondance, qu'un de ses membres correspondants, M. le Dr Thirion, propose de demander au Gouvernement de remplacer par un droit de douane convenable la prohibition dont est frappé le rob Laffecteur. Cette proposition est d'une grande importance : les lois de douane ont été appliquées avec sévérité, et le rob a été complétement prohibé. Je dois vous dire que des membres qui, dans cette enceinte, se sont élevés avec le plus de force contre l'emploi de tout remède spécifique quelconque, font tous leurs efforts pour obtenir, pour leurs malades, le rob de Laffecteur. En ce qui me concerne, j'ai été consulté par le Gouvernement, et j'ai dû lui répondre qu'il est impossible que l'armée se passe de ce remède. Voulez-vous renvoyer la proposition de M. Thirion à l'avis d'une commission, ou voulez-vous en délibérer immédiatement.

M. François. Je crois qu'on peut délibérer immédiatement. Chacun a son opinion formée sur la valeur du rob de Laffecteur.

M. le Président. Si personne ne s'oppose à ce que la discussion soit immédiatement ouverte, je vais donner lecture de la proposition de M. Thirion :

« Messieurs,

» Quoique le rob Laffecteur soit un remède secret, il rachète cette qualification odieuse par ses propriétés expérimentées, et ne doit pas être assimilé à ces viles compositions que les charlatans débitent au détriment de la santé publique.

» En 1779, la Société royale de médecine de Paris, après trois séries d'expériences publiques, accorda son approbation au rob de Laffecteur, et le gouvernement français en ordonna l'emploi pour la marine. Depuis cette époque, l'expérience médicale, civile et militaire de tous les pays, a suffisamment démontré la puissance prodigieuse que possède le rob de Laffecteur de guérir les affections syphilitiques qui résistent à l'action de tous les agents thérapeutiques connus. Aussi, n'est-ce pas sur ce point incontesté que je viens fixer un instant votre attention et réclamer votre intervention, mais bien sur la prohibition dont est frappé, en Belgique, ce composé médicamenteux.

» Ce remède est assimilé à la mélasse et aux sirops ordinaires, et cette erreur grossière prive notre pays d'un agent thérapeutique qui est souvent le seul capable de rétablir la santé, de conserver la vie à des êtres précieux à leur famille ou à la société.

» Il m'a paru, Messieurs, d'après ces considérations sur la valeur réelle de ce remède, qu'il appartenait à l'Académie de demander au Gouvernement la levée de cette prohibition, et son remplacement, si l'on veut, par un droit d'entrée convenable.

» Cette réclamation, émanant de la compagnie, serait empreinte d'un caractère scientifique et d'une pensée humanitaire qu'elle n'aurait pas si elle était faite par un seul médecin.

» Ensuite, elle aurait pour effet de mettre fin aux contrefaçons qui infectent le pays, enrichissent quelques individus, mais laissent mourir le plus grand nombre des malades qui s'y laissent prendre.

» L'Académie, j'ose l'espérer, appréciera l'initiative que je lui propose de prendre, et voudra bien agréer l'hommage de mon profond respect. »

Ainsi, la demande de M. Thirion tend à ce que vous émettiez le vœu, auprès du Gouvernement, de voir remplacer la prohibition du robe de Laffecteur par un droit de douane convenable.

Je dois vous rappeler que vous avez décidé que le rob de Laffecteur serait probibé comme tous les remèdes secrets.

M. Fallot. Messieurs, je ne me rappelle pas exactement dans quels termes l'Académie s'est prononcée sur cette question. Je ne sais pas non plus à quelle majorité de voix la prohibition du rob de Laffecteur a été obtenue. Mais ce que je sais, c'est que j'ai soutenu de toutes mes forces le maintien de ce médicament au nombre de ceux dont le Gouvernement permet la distribution. Je me souviens d'avoir présenté un amendement conçu en ce sens, qui fut rejeté.

D'après ce que je viens d'avoir l'honneur de vous dire, il est évident que j'appuierai la proposition de M. Thirion, quant au fond, mais je ne pourrais l'admettre quant à la forme.

Je crois que l'Académie n'a rien à voir dans les lois de douane. Tout ce qu'elle peut demander au Gouvernement, c'est de permettre l'introduction du rob Laffecteur à telles conditions qu'il jugera convenable; et si l'Académie donnait son assentiment à cette manière de voir, il devrait être entendu que la clause relative à l'importation à titre onéreux devrait être nécessairement supprimée dans sa demande.

Je pense donc que la proposition de M. Thirion doit être adoptée, en ce sens que l'Académie ferait auprès du Gouvernement une démarche à l'effet d'obtenir une exemption pour le rob de Laffecteur, de le faire effacer de la liste des remèdes dont le débit est défendu d'une manière absolue, mais en s'abstenant de faire mention d'un droit soit élevé, soit exigu.

M. François. Je n'ai aucun souvenir non plus de la discussion qui a eu lieu au sujet du rob de Laffecteur. Mais j'avoue que je trouve étrange qu'on ait défendu l'introduction d'un médicament dont les propriétés sont généralement admises.

Je suis convaincu que l'utilité de ce remède, sa nécessité même en certains cas, est telle qu'on l'introduira, quoi qu'on fasse, en Belgique, il passera au-dessous et au-dessus de nos lignes de douane.

Il est donc indispensable qu'on permette l'introduction du rob de Laffecteur. Il n'est pas de praticien qui n'ait apprécié les bons effets de l'emploi de ce remède, emploi devenu, à la vérité, plus rare depuis qu'on fait usage de l'hydriodate de potasse.

(M. Fallot remplace M. Vleminckx au fauteuil de la présidence.)

M. Vleminckx. Messieurs, je regrette que notre secrétaire, qui est en même temps commissaire du service de santé civil, ne soit pas présent. Il vous donnerait quelques renseignements qui vous feraient vous étonner de ce qu'aucun membre ne prenne ici la parole contre la proposition de M. Thirion. En effet, dans cette enceinte, se trouvent plusieurs membres des commissions médicales provinciales. Eh bien! si ma mémoire est fidèle, M. le commissaire du service de santé civil m'a dit que le Gouvernement était muni non seulement de l'avis de l'Académie, mais de l'avis de toutes les commissions médicales, à l'exception d'une seule peut-être, admettant la prohibition du rob de Laffecteur.

J'ai eu l'honneur de vous dire tout à l'heure qu'en ma qualité d'inspecteur du service de santé militaire, j'ai, quelle que fût l'opinion de l'Académie et des commissions médicales, intercédé de toutes mes forces auprès du Gouvernement pour qu'il refusât la prohibition qu'on lui demandait. Je lui ai exposé non pas un cas, mais cent cas où le rob de Laffecteur avait sauvé, dans notre armée, les officiers les plus expérimentés. Je lui ai dit que, si on empêchait l'introduction de ce médicament dans le pays, on irait nécessairement se faire traiter en France, ou que l'on fabriquerait ici un rob que des dupes avaleraient pour le rob de Laffecteur.

Je désirerais que les membres des commissions médicales qui sont ici présents voulussent nous exposer les motifs pour lesquels ils ont demandé que le rob de l'affecteur soit probibé. Il faut que l'Académie soit éclairée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 30 MARS 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 39.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10,
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine:
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne
A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries,
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 29 MARS 1850.

Notre honorable confrère M. le docteur Thierry nous a écrit les quelques lignes suivantes pour nous expliquer comment il avait été conduit à donner son assentiment à la suppression des 800 lits dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre. Nous étions convaincu d'avance que ses motifs ne pouvaient être puisés que dans de bonnes inspirations. Les intentions de notre excellent confrère auront-elles été remplies par la mesure à l'adoption de laquelle il a contribué? Nous craignons encore le contraire. Comme lui, nous sommes persuadé que l'espace dans lequel sont renfermés les vieillards de la Salpêtrière et de Bicêtre est trop limité ; mais les inconvénients de l'encombrement sont-ils supérieurs à ceux de laisser 800 vieillards dans leur grabat avec un secours de 54 centimes par jour? Nous ne le pensons pas. Quoi qu'il en soit, nous déposons ces réflexions dans l'esprit de M. Thierry, bien certain qu'elles ne pourront y produire que de bons fruits.

Voici la lettre de notre honorable confrère :

Monsieur le Rédacteur,

J'ai donné mon assentiment à la mesure qui substitue les secours d'hospices aux 800 lits supprimés à la Salpêtrière et à Bicêtre ; j'ai même pris la parole pour la soutenir. J'aurais préféré que l'on augmentât le nombre des lits en augmentant l'espace, comme je l'avais proposé en 1848 dans mon rapport sur les hospices, et qu'une nouvelle dépense servît à faire l'expérience de la distribution des secours d'hospices distribués dans les bureaux de bienfaisance ; mais l'état financier de la ville de Paris ne permet pas de nouvelles dépenses, et on a bien été obligé de ne pas dépasser les limites de son budget.

Agréez, etc. A. THIERRY.

28 mars 1850.

Revue clinique hebdomadaire.

Affection syphilitique constitutionnelle. Tumeur de la bosse frontale droite se vidant par les fosses nasales. — La malade dont nous allons rapporter l'histoire, et qui se trouve en ce moment dans le service de M. le professeur Cruveilhier nous offre un des exemples les plus curieux qu'on puisse observer de tumeur frontale, et en même temps un cas intéressant d'affection syphilitique constitutionnelle. Donnons d'abord en quelques mots l'observation de cette maladie, qu'a bien voulu nous communiquer un interne des hôpitaux aussi laborieux que distingué, M. Thouvenet.

Dufour (Rose), âgée de soixante-deux ans, entre le 19 février 1850 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 14, service de M. Cruveilhier. Elle donne sur ses antécédents les renseignements qui suivent :

En 1833, son mari eut une vérole : elle l'a su depuis. A cette époque, elle-même eut un écoulement blanc avec des douleurs de ventre, qui fut traité par les bains de siége et des injections, et qui guérit au bout d'un mois.

Jusqu'à l'année 1840, elle a joui d'une santé parfaite ; mais depuis elle a eu successivement : en 1842, une éruption sur le front, de gros boutons qui suppuraient et se couvraient de croûtes : elle n'en a jamais eu sur le cuir chevelu ; puis des maux de gorge, des ulcérations sur le voile du palais, et cela pendant six mois au moins. A la même époque, elle a été prise de maux de tête ayant leur siége dans tout le crâne, sur le front, à l'occiput, dans les tempes, sur les bosses pariétales. Pendant la nuit, ces douleurs étaient d'une extrême violence ; la malade les éprouva pendant deux années de suite, sauf de légères rémissions de quelques jours tout au plus. A chaque changement de temps, les douleurs revenaient avec toute leur intensité.

Plus tard, une tumeur s'est développée sur le front, à gauche de la ligne médiane, puis une autre à droite ; celle-ci a seule persisté ; l'autre a disparu.

En 1845, nouvelles éruptions sur la peau. La malade garde pendant six mois un ulcère, grand comme la paume de la main, placé sur la face externe de la jambe droite. On en voit encore la cicatrice.

Des exostoses qu'on observe maintenant sur les membres supérieurs, celle de l'avant-bras droit remonte à huit ou dix mois ; celle du bras gauche est plus récente. Voici quelques détails sur les lésions actuellement existantes :

Cette femme est entrée à l'hôpital pour de vives douleurs qu'elle éprouvait dans le bras gauche et dans l'avant-bras du côté droit. En examinant les parties où elle souffrait, nous avons constaté l'existence de deux exostoses assez volumineuses ; l'une des tumeurs occupe l'extrémité inférieure de la diaphyse de l'humérus du côté gauche, un peu au-dessus de l'articulation du coude ; l'autre est située sur le radius du côté droit, à quelques travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet. Elle est beaucoup plus douloureuse que l'autre.

Une autre tumeur fort remarquable, mais dont la malade ne parle pas, parce qu'elle n'y éprouve aucune douleur, existe sur le front. Elle est placée au niveau de la bosse frontale du côté droit, assez volumineuse, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, indolente ; elle a tous les caractères d'une tumeur gommeuse.

On soumet cette malade à un traitement mercuriel : frictions avec l'onguent napolitain, liqueur de Van Swiéten. Mais au bout de quatre à cinq jours, on voit se déclarer des accidents qui forcent à suspendre l'emploi du mercure : stomatite, ulcérations grisâtres sur le plancher de la bouche, ramollissement des gencives, salivation, dévoiement considérable.

Pendant que ces accidents se développent, nous sommes tout étonné de voir que la tumeur du front a disparu complétement. On sent sous la peau l'os inégal, rugueux.

Quatre jours après, les accidents mercuriels se sont calmés. On donne l'iodure de potassium. La malade se plaint d'éprouver de vives douleurs dans l'apophyse orbitaire interne droite et dans le grand angle de l'œil. La peau s'enflamme au niveau du sac lacrymal, et il se forme une tumeur qui s'ouvre quelques jours après. L'abcès est extérieur au sac lacrymal.

La tumeur de la bosse frontale a reparu en même temps aussi volumineuse que la première fois. La peau devient rouge, la fluctuation est très superficielle. Il semble que le liquide va se faire jour au dehors.

Mais quelques jours après la tumeur disparaît de nouveau du soir au lendemain, et la malade nous dit qu'elle a mouché du pus. On put alors penser que la poche communiquait avec le sinus frontal et se vidait par l'infundibulum dans les fosses nasales. On se promit d'observer cette particularité.

La tumeur se reforme, et cette fois on constate qu'une forte pression exercée sur elle détermine une sensation particulière sur la face postérieure du voile du palais ; la malade éprouve le besoin de cracher, et elle rend un pus épais, jaune, qui laisse dans la bouche une saveur fade, désagréable. En même temps, la tumeur s'affaisse ; il est évident qu'elle communique avec le sinus frontal de ce côté, et on s'explique très bien alors le passage du pus dans les fosses nasales, d'où la brusque disparition de la tumeur. Ce n'est qu'après plusieurs pressions successives, qui déterminent quelques crachements, que la tumeur, du volume d'un œuf de poule, se vide complétement.

Les particularités que nous offre cette tumeur ne sont pas moins intéressantes au point de vue du diagnostic que sous le rapport de l'anatomie pathologique et même du traitement. Au point de vue du diagnostic, il est certain qu'une semblable tumeur pouvait être prise, et elle l'avait été d'abord effectivement, pour une tumeur gommeuse, et même jusqu'à un certain point pour une périostose : sans avoir la dureté de l'exostose, elle était pourtant si résistante qu'elle ne présentait absolument aucune fluctuation, et qu'elle avait au contraire la consistance propre aux tumeurs gommeuses et même à certaines périostoses. Il a fallu que la malade attirât l'attention des observateurs sur ces crachements de pus singuliers qui se manifestaient de temps en temps et qui coïncidaient avec l'affaissement de la tumeur pour qu'on ait été mis sur la voie, qu'on ait exercé une pression beaucoup plus énergique qu'on ne le fait généralement et qu'on ait ainsi découvert les véritables caractères de la lésion. Ce fait ne sera pas perdu pour la pratique, et l'on saura désormais qu'il faut exercer une pression énergique sur les tumeurs situées dans la région frontale avant de se prononcer définitivement sur le diagnostic.

Au point de vue de la pathologie, il est fort remarquable de voir qu'une inflammation suppurative et ulcérative, qui a nécessairement perforé le frontal et peut-être le maxillaire supérieur, car il n'est pas bien certain que le pus sorte par l'orifice naturel qui fait communiquer le sinus avec les fosses nasales plutôt que par un orifice accidentel ; il est remarquable, disons-nous, qu'une pareille inflammation ne se soit point communiquée à la peau du front, qui n'a présenté ni rougeur ni sensibilité anormales.

Quelle sera la terminaison probable d'une lésion aussi profondément située? Comment un foyer de suppuration qui, pour se vider, doit faire parcourir au pus un chemin aussi anfractueux, aussi difficile, comment un semblable foyer se tarira-t-il? Il est difficile de le prévoir, et il est fort à craindre que ce ne soit pas d'une manière heureuse. Cependant, il y a dans la marche des affections syphilitiques des revirements tellement inattendus qu'on ne doit jamais désespérer de voir les lésions les plus graves se diriger tout à coup vers une issue favorable. Nous aurons soin d'informer nos lecteurs de ce qui arrivera dans le cas actuel si la malade reste assez longtemps sous nos yeux.

Péritonite suraiguë et mortelle déterminée par une simple injection utérine. — Le docteur Gubian a lu à la Société de Médecine de Lyon, et inséré dans le *Journal mé-*

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude pratique et philosophique du col de la matrice, par le docteur Eug. FORGET.

De l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement, par le docteur Lucien BOYER.

On a tant abusé dans ces dernières années du mot *philosophie*, que nous avons tout d'abord éprouvé une impression peu rassurante pour ce livre en voyant figurer sur la couverture les mots : *Etude pratique et philosophique.....* deux épithètes qui nous semblent devoir être assez étonnées de se rencontrer sur le titre d'un ouvrage de médecine. Il nous paraît qu'après avoir achevé son œuvre, l'auteur aura compris le compte que plus d'un lecteur pourrait lui demander de son mot *philosophique*, car voici la phrase que nous trouvons dans son résumé : « D'Alembert nomme esprit philosophique celui qui dans une œuvre d'intelligence fait preuve de raison, de clarté, de méthode ; et à cette œuvre d'intelligence elle-même, produite dans de telles conditions, il décerne également le nom d'ouvrage philosophique. » M. Forget a cru pouvoir donner cette qualification à un travail dans lequel il s'est efforcé de mettre toute la raison, la clarté et la méthode dont il est susceptible. Bien que le mot nous paraisse quelque peu prétentieux, nous ne le chicanerons pas trop sur ce point. Peu nous importe après tout le titre du livre, si ce qu'il contient est utile et bien dit.

L'auteur a voulu, dit-il dans sa préface : 1° tracer une esquisse historique à l'adresse surtout de certains préjugés qui dans le monde n'ont pas encore cessé d'avoir cours à l'endroit des maladies de la matrice ; 2° exposer des considérations générales sur l'ensemble de l'organe utérin, lesquelles lui serviraient comme d'une sorte d'introduction pour ne pas entrer trop *ex abrupto* dans l'objet spécial de son étude ; 3° enfin, aborder ce sujet spécial qui se composera lui-même de trois parties distinctes : A. l'étude anatomique, tératologique, physiologique et pathologique du col de l'utérus, cette dernière n'ayant actuellement en vue que l'indication des conséquences pratiques qui découleront naturellement des deux autres ; B. l'étude des engorgements dont le col utérin peut être le siége ; C. celles de ses diverses ulcérations. Ces deux derniers paragraphes sont réservés pour une publication ultérieure.

Attaché pendant plusieurs années au service chirurgical de Lisfranc, puis à l'hospice de la Salpêtrière, l'auteur s'est trouvé à même d'examiner souvent les organes sexuels de la femme tant à l'état de santé qu'à l'état de maladie. C'est le résultat de ses nombreuses et consciencieuses recherches qu'il a voulu consigner ici, cherchant à y joindre çà et là des appréciations ou aperçus nouveaux non encore exprimés par les auteurs.

Après quelques considérations générales sur la matrice elle-même envisagée en son entier, M. Forget passe à l'histoire du col anatomique, dénomination qu'il propose, avec quelque raison, pour désigner le col utérin dans son ensemble, réservant le nom de col chirurgical à la partie saillante dans le vagin. Le vrai type primitif du col utérin n'existe que chez la jeune fille nubile et vierge ; il est exempt alors de toute modification produite par ce que l'auteur appelle l'agression pénienne. Le hasard a mis à même M. Forget d'examiner deux cols utérins types ; il en a profité pour étudier les dimensions exactes de l'organe, dont il donne une description neuve et plus complète peut-être que celle de ses devanciers, mais à coup sûr semée d'aperçus originaux et ingénieux qui donnent à son livre un intérêt réel.

En quelques mots, voici comme on peut résumer le parallèle établi par l'auteur entre les divers âges du col utérin. Pendant la vie intra-utérine, le col, à son apogée de suprématie, relègue au second plan le corps de l'organe. Chez la jeune fille nubile, les rôles se trouvent intervertis, et la prépondérance passe décidément du côté du corps de la matrice. Là commence la période de déclin relatif ou de dégradation du col, laquelle se continue d'une manière plus ou moins lente, mais progressive, jusqu'à l'époque critique de la ménopause ; à tel point qu'après l'âge critique il a complétement disparu, et le corps utérin, « restant seul en quelque sorte sur la brèche pratiquée par le temps au vieil organe gestateur, survit à la dissolution de son co-associé, dont l'existence, plus tourmentée et plus active, a dû s'user plus prématurément et s'éteindre aussi la première. »

Suivrons-nous l'auteur dans les détails qu'il donne sur la conformation extérieure et sur la structure intime du col, dans les diverses circonstances de vacuité ou de plénitude de l'organe gestateur, sur ses anomalies, sur ses vices de structure, etc.? Nous laissons à nos lecteurs le plaisir de parcourir eux-mêmes les parties du livre où sont traités ces divers points ; ils le feront avec un véritable intérêt, et nous ne voulons point amoindrir par avance leurs impressions.

Mais que M. Forget nous permette une réflexion que nous croyons juste sur la forme de son ouvrage. Nous lui trouvons une forme un peu trop..... *littéraire*, qu'il nous passe l'expression. Serait-ce qu'il aurait eu, en écrivant, la pensée de se faire lire et de se faire comprendre par les gens du monde? Nous ne voulons pas approfondir

dical de cette ville, une observation qui, à plusieurs égards, est digne de nous intéresser, et qui, à côté d'un fait très curieux, nous offre un exemple du rôle trop considérable que joue encore l'imagination dans l'observation médicale. Faisons d'abord connaître avec détails l'observation de notre honorable confrère; nous essaierons ensuite d'en faire l'objet de quelques réflexions.

Après quelques considérations étrangères à son sujet, M. Gubian s'exprime ainsi :

Au nombre des accidents les plus promptement mortels qui viennent surprendre la sécurité du praticien, nous plaçons ceux, heureusement très rares, déterminés par les injections utérines, quelque innocentes qu'elles soient par leur composition, chez certaines femmes à idiosyncrasie remarquable.

Si, dans le plus grand nombre de cas, les injections utérines calmantes, émollientes, astringentes, sont essentiellement avantageuses, il en est aussi où, quoique indiquées, elles sont néanmoins nuisibles; à tel point qu'un ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, le docteur Cartier, les proscrivait pour ainsi dire. On trouve en effet assez souvent des femmes dont l'idiosyncrasie est sous ce rapport rebelle aux indications les plus précises; mais ces conditions ont en général peu de gravité, et il est facile, en en suspendant l'usage, de remédier aux inconvénients.

Il est des circonstances physiques ou morales de la femme qui rendent l'organe utérin perméable, et dans ces dispositions, qu'il est bien difficile d'apprécier, les injections peuvent être excessivement dangereuses. Ainsi après la délivrance, après l'avortement, à la fin de l'écoulement cataménial, dans certains relâchements où le col utérin est entr'ouvert et bas, les injections les mieux indiquées, faites sans précautions, peuvent produire des accidents mortels. Ces accidents surviendront d'autant plus facilement chez la femme troublée au moral, que l'innervation, se trouvant dérangée ou suspendue, la laisse sans armes pour réagir contre l'ennemi terrible qui la frappe à l'improviste.

Nous reconnaissons deux causes à ces mortels accidents : l'une est la pénétration de l'injection dans le péritoine; l'autre est l'introduction de l'air dans les sinus veineux utérins. Notre observation se rapporte à la première de ces causes.

Il y a sans doute témérité de ma part à venir signaler les dangers des injections, après avoir lu le travail de M. Vidal (de Cassis), où l'auteur s'attache pour ainsi dire à légitimer les injections forcées. Mais, entraîné par la vivacité de son imagination, il avait sans doute oublié que les cadavres sur lesquels il expérimentait n'étaient plus que des corps inertes, et que dans la nature morte, les parois, les coudes, les replis des vaisseaux utérins et des trompes, pouvaient, dans un complet affaissement ou dans une obstruction produite par des concrétions muqueuses, crypteuses ou fibrineuses, opposer un obstacle quelquefois insurmontable aux injections forcées : tandis que, dans l'état de vie et surtout de maladie, pendant le trouble de l'innervation, on a vu, chez les femmes même les plus faibles, l'utérus venir absorber les liquides avec la rapidité et la force d'une ventouse. Cette aspiration utérine peut se propager aux trompes, aux sinus veineux et aux lymphatiques. Sans doute dans l'état de santé, dans l'état normal, cette absorption n'a lieu que sur les fluides naturels et propres à la vitalité; mais sous l'influence pathologique, il y a perversion de cette sensibilité.

Les faits prouvent qu'elle peut laisser passer l'ennemi, et, plus encore, qu'elle peut l'introduire elle-même dans la place. Voici l'un de ces faits qui viennent à l'appui.

Mme ***, âgée de quarante-quatre ans, forte, bien constituée, blonde, tempérament sanguin-lymphatique, avec prédominance d'une innervation et d'une intelligence toutes spéciales. Mariée très jeune à un homme livré à l'onanisme et presque toujours impuissant par la pratique continue de cette honteuse passion, elle ignora les plaisirs et les peines de l'amour jusqu'au commencement de la dernière année de sa vie. Sa haute raison et ses vertus la préservèrent, dans le monde distingué où elle vivait, et lui firent toujours repousser les nombreux hommages dont elle était l'objet. Poussée par l'impérieux instinct de la maternité, elle parvint à obtenir, à intervalles très éloignés, deux grossesses auxquelles succédèrent des accouchements douloureux. Le forceps fut appliqué; le vagin resta relâché et la vulve agrandie par une déchirure de sa commissure. L'utérus, dont les engorgements, suites de couches, se dissipent ordinairement par l'allaitement, n'ayant point joui de cet heureux secours donné par la nature, resta volumineux, lourd et douloureux.

Une pudeur extrême et bien malentendue empêcha cette dame de consulter son médecin et son accoucheur sur des délabrements qu'elle supportait depuis longtemps, croyant n'avoir seulement que de légères incommodités. C'est à l'âge de quarante-trois ans, quinze ans après sa dernière couche, qu'excitée, soit par l'hypertrophie croissante de l'utérus que son poids, le relâchement du vagin, le repos sur les reins et la réaction vitale et de tissu faisaient descendre et remonter alternativement, soit par cet instinct d'innervation qui rend un besoin de jouissance d'autant plus impérieux qu'il a été plus longtemps comprimé, soit enfin parce que l'influence de l'âge critique venait ajouter à la pléthore organique et vitale de l'appareil sexuel.

C'est à cette époque de sa vie, dis-je, que cette femme jusqu'alors si sage et encore belle, cède à l'ascendant d'un homme usé autant par l'âge que par les excès.

Elle sait qu'il n'est pas digne de son amour. Mais entraînée par un instinct irrésistible, elle ne connaît plus de bornes. Pour lui elle sacrifierait tout, son bonheur et sa vie. Elle adresse des reproches amers à son mari; elle est prête à le quitter et à abandonner son enfant, que cependant elle chérit, pour s'attacher à l'objet de son amour, si elle est assez heureuse pour le fixer. Les conseils de son confesseur, qu'elle respecte toujours, n'ont plus de portée. Si j'ai toute sa confiance, si elle écoute mes remontrances un moment, sa raison fléchit presque aussitôt.

Je cherche à lui faire comprendre qu'avec l'exaltation de son esprit, une déception que je regarde comme certaine sera pour elle le plus grand des malheurs. Vains efforts! A la première occasion, la faible femme franchit la barrière, et trouve immédiatement la déception prédite.

Alors les chagrins, le désespoir l'entraînent à des idées de suicide et même à des tentatives; heureusement l'amour maternel s'oppose à l'accomplissement du crime. Ce qui augmente son chagrin, c'est que la maigreur qui suit de si grandes secousses fait disparaître les charmes qui ornaient encore son visage. Des pessaires astringents et des injections de même nature ont été souvent employés dans le but de réparer des désastres dont les traces ne doivent plus s'effacer. Souvent des mouvements de fièvre nerveuse répondent à l'ardeur qui la consume. C'est dans cette fâcheuse disposition morale et physique de cette intéressante victime d'un fol amour que l'on vint, en février 1848, me chercher au milieu de la nuit pour des douleurs cruelles qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. Je fus frappé, au premier abord, de l'aspect de son facies. Elle me dit d'une voix éteinte qu'elle avait souffert et qu'elle souffrait encore horriblement dans le ventre, depuis l'instant où, après avoir poussé une injection de décoction de roses de Provins et de tête de pavot, elle avait ressenti une douleur atroce qui n'avait fait qu'augmenter.

Elle a des frissons répétés avec sentiment d'un froid glacial. La douleur fixe et profonde correspond à la trompe gauche. Il y a tension et matité dans toute la région sous-ombilicale. Le plus léger toucher exaspère les douleurs, surtout vers le point correspondant à la trompe. Les cuisses sont relevées, le moindre mouvement lui donne des souffrances intolérables. Le pouls est fréquent, petit, serré. La respiration pressée, haletante, est courte et faible. Voix éteinte, facies grippé, abattu, traits étirés et exprimant une profonde anxiété; yeux enfoncés dans l'orbite et presque éteints. La peau, couverte d'une transpiration froide et poisseuse, offre une teinte bronzée à la face, et cyanosée aux extrémités. Langue tremblotante, froide et sèche; nausées et vomissements fréquents de bile porracée; les urines sont supprimées; le ventre se ballonne.

Les saignées générale et locale, les onctions mercurielles, les opiacés, ne soulagèrent que bien légèrement cette malheureuse femme, qui expira le troisième jour de l'accident, exprimant jusqu'à la fin, alors qu'elle n'avait ni pouls, ni voix, sa reconnaissance pour tous les soins qu'on lui prodiguait. Comment se fait-il que cette malade, pour qui les injections avaient toujours été inoffensives, périsse si cruellement par l'action fatale de la dernière?

Je me suis étendu sur les phénomènes physiologiques de son état moral ou nerveux pour mieux faire pressentir l'explication de cette fatalité; car c'est à ce trouble de l'innervation qu'il faut attribuer ce malheur. Mais on peut aussi penser que, la matrice étant basse et son col entr'ouvert, la canule aura été introduite peut-être trop avant dans le col utérin, et le jet du liquide aura pénétré facilement dans le péritoine.

Si l'accident a eu lieu de cette manière, comment se fait-il qu'il ne se soit pas produit plus tôt? Vaudrait-il mieux penser que plus d'une fois le liquide des injections a pénétré dans le ventre, mais qu'alors l'état de santé permettait au péritoine d'absorber quelques gouttes de liquide, comme la sérosité abdominale elle-même, tandis que pour la dernière injection l'état physiologique était modifié par l'exaltation de l'innervation.

Il y avait une véritable prédisposition pathologique du péritoine, qui a déterminé sa prompte lésion sous l'influence du corps étranger.

Nous pourrions citer à l'appui de notre explication les physiologistes et les cliniciens qui ont vu la séreuse recevoir et absorber des liquides restés aussi inoffensifs que les vapeurs qu'elle exhale; tandis que, dans certaines prédispositions pathologiques, le surcroît de cette sécrétion devient une cause de mort. Tels aliments dans les voies digestives réjouissent et nourrissent pendant l'état normal, qui produisent de noires vapeurs et une indigestion mortelle s'il existe de funestes modifications dans l'innervation. Il est sans doute bien difficile de reconnaître et de saisir, *à priori*, ces fâcheuses prédispositions. Mais cependant le praticien doit toujours suivre le précepte du sage : s'abstenir dans le doute.

De cette observation et d'autres faits physio-pathologiques analogues, nous tirerons les conclusions suivantes :

1° A la suite de l'accouchement, de l'avortement et des écoulements périodiques, il faut en général défendre les injections utérines;

2° Dans les grandes secousses morales, durant les troubles de l'innervation, lorsque le système nerveux de la femme est exalté ou perverti, il faut en général défendre les injections utérines;

3° Si le placenta ou une fraction du délivre, ou bien des caillots ou d'autres substances étrangères en décomposition dans l'utérus nécessitent des injections détersives; si des douleurs vives locales réclament impérieusement des injections hypercotiques, réfrigérantes ou émollientes, il faut alors que ces injections soient aussi rares que possible et administrées avec la plus grande prudence.

On ne prescrira que des *demi-injections*. Ce mot composé, *demi-injections*, indique qu'il faut diminuer la quantité du liquide et la force d'impulsion des injections ordinaires.

On aura soin de ne pas trop enfoncer la canule, de ne la placer qu'à l'ouverture de la vulve pour les injections vaginales et pour les utérines, de ne pas l'enfoncer dans l'orifice du col au delà de deux ou trois centimètres. On recommandera à la personne qui doit pousser le piston de s'exercer, avant d'administrer l'injection, à chasser l'air qui peut avec le liquide être renfermé dans le corps de l'instrument. Car cet air, plus facilement que le liquide, peut pénétrer dans les sinus veineux et dans les trompes.

Elle s'exercera en second lieu à ne pousser le piston qu'avec la force nécessaire pour faire jaillir le liquide seulement à cinq ou six centimètres hors de la canule.

Quand on a vu le terrible accident dont je viens de décrire l'observation, on ne saurait prendre trop de précautions pour éviter une pareille catastrophe; on ne saurait assez promptement s'imposer le devoir de propager ses convictions. Heureux si, les faisant partager à quelques praticiens, elles les mettent en garde contre de semblables dangers.

Quoique nous ayons pu nous convaincre par les nombreuses expériences de M. Vidal de la rareté extrême des accidents à la suite des injections utérines; quoique nous soyons convaincu même, comme M. Vidal, que les faits qu'on a cités à l'appui de l'opinion qui considère ces injections comme très dangereuses, nous ne sommes peut-être pas aussi certain que l'habile chirurgien de l'hôpital du Midi que ces injections sagement pratiquées ne puissent jamais avoir le moindre inconvénient. Toutefois, nous devons dire que, si nous avons rapporté le fait précédent, c'est plutôt à titre de fait extrêmement curieux que comme preuve du danger des injections utérines. Nous ne voyons pas en effet dans l'observation de M. Gubian, où l'on peut regretter de trouver un style un peu trop fleuri, des détails assez précis pour lever tous les doutes. L'autopsie n'a pas été faite, et l'on n'a rien de certain ni même de probable sur les points où a débuté l'inflammation du péritoine; peut-être même est-il permis d'avoir des doutes sur la réalité de cette inflammation. D'un autre côté, il est

---

la question, car s'il nous était prouvé qu'il en fût ainsi, nous serions obligé de blâmer cette tendance. Nous sommes de ceux qui, en médecioe, disent avec le poëte latin : *Odi profanum vulgus et arceo.*

De l'entraînement des parties antérieures du corps vitré pendant l'opération de la cataracte par abaissement, par le docteur Lucien Boyer.

Il arrive quelquefois qu'après une opération de cataracte qui semble, sur le moment, avoir parfaitement réussi, le cristallin, abaissé par l'aiguille, remonte en face de la pupille, reprend sa place accoutumée dans l'œil et que la vision ne se rétablit pas. Quelle est la cause de cette réascension du cristallin? Quel est le moyen de l'éviter? Telles sont les deux questions que s'est posées M. Lucien Boyer, et voici comme il a cru pouvoir les résoudre.

Souvent, a-t-il pensé, le cristallin est adhérent si intimement au corps vitré que la dépression du cristallin fait opérer au corps vitré un mouvement de bascule, de rotation sur son axe transversal; au lieu d'un déplacement partiel du cristallin, il y a déplacement en masse du cristallin et du corps vitré. Or il peut arriver que, l'action de l'aiguille ayant cessé, un mouvement de rotation en sens inverse remette les parties dans leurs rapports accoutumés; d'où réascension du cristallin par suite de ce nouveau mouvement de bascule.

Sans affirmer que les choses se passent toujours ainsi, M. Lucien Boyer est porté à croire qu'il y a des cas nombreux où telle est l'explication du phénomène. Il appuie sa manière de voir sur des expériences nombreuses faites sur des cadavres d'hommes ou de grands animaux. Il a vu, après l'opération, la lentille parfaitement enchatonnée sans aucune déchirure de la capsule, entourée comme à l'état normal du cercle radié tracé à la partie antérieure du corps vitré par le contact des procès ciliaires, mais correspondant à un point plus ou moins éloigné de l'ouverture de la pupille. Il y avait eu rotation complète du corps vitré dans la cavité de l'œil; les adhérences du corps vitré à la face interne de la cavité oculaire avaient perdu toute consistance, et rien n'était plus facile que de ramener le cristallin à sa position normale en faisant tourner tout le corps vitré avec lui.

Cependant M. Boyer ne tarda pas à remarquer que le phénomène ne se produisait guère que sur des yeux de sujets morts depuis quelque temps déjà; sur des yeux frais il ne se produisait pas aussi facilement. Ceci ôterait certainement à l'explication de M. Boyer une partie de sa valeur. Cependant ne pourrait-on pas admettre avec lui, que dans quelques cas, exceptionnels si l'on veut, ce défaut d'adhérence entre le corps vitré et la choroïde eût lieu, et que par suite se produisît le mouvement de rotation que nous avons indiqué? Rien n'empêche de le croire.

Comment alors faut-il opérer pour éviter toute chance de production du déplacement en masse du contenu du globe oculaire? M. Boyer propose, au lieu de déprimer le cristallin après avoir incisé la capsule, de placer l'aiguille à plat sur la face antérieure du cristallin, et de lui imprimer un mouvement direct d'avant en arrière, jusqu'à ce qu'il soit parvenu approximativement au centre du globe oculaire. Une fois arrivée là, l'aiguille est changée de direction, de telle sorte que la convexité devienne supérieure, et le cristallin est déprimé de haut en bas. Ce procédé, auquel M. Boyer donne le nom de *répulsion anguleuse du cristallin*, ne nous paraît rien présenter qui doive empêcher de l'adopter dans un grand nombre de cas. Nous pensons que la rotation en masse du corps vitré dans l'œil doit être un fait plus rare que ne le pense M. Boyer; car nous ne pouvons admettre que les humeurs de l'œil soient situées au centre de l'œil en dehors de toute expansion, de toute communication vitale avec les autres parties de l'organe, et simplement comme une lentille de cristal dans le tube d'une lunette. Mais peut-être dans un œil déjà malade les adhérences peuvent-elles être assez faibles pour que leur rupture et par suite la rotation en masse aient lieu.

Comme après tout le procédé de répulsion intérieure ne nous paraît avoir d'inconvénient dans aucun cas, que dans certains autres il peut avoir des avantages réels, et que déjà deux fois il a réussi entre les mains de l'auteur, nous ne pouvons que lui donner notre approbation, et pensons que les chirurgiens ne pourront sans injustice lui refuser droit de domicile dans la médecine opératoire oculaire.

Dr A. Foucart.

NOUVELLES.

M. Pommier, chirurgien de 3e classe de la marine, a été autorisé à accepter une épée d'honneur qui lui a été offerte par le conseil municipal de l'île de Sein, en témoignage de sa gratitude pour les soins dévoués que cet officier de santé a donnés aux cholériques de cette commune pendant l'épidémie de 1849.

— *Cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants.* — M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, continuera son cours sur les maladies chirurgicales des enfants, à dater du mois d'avril, à l'hôpital des Enfants, rue de Sèvres.

1° Tous les jours, les visites à sept heures et demie.

2° Tous les jeudis, leçons et opérations de sept heures et demie à dix heures.

3° Consultations gratuites tous les jours à huit heures et demie, excepté le jeudi et le dimanche.

bien difficile d'admettre qu'à l'aide d'une canule ordinaire à injections vaginales, la malade elle-même ait pu faire pénétrer un liquide jusque dans le péritoine; ce serait déjà beaucoup d'accorder qu'elle ait pu le faire pénétrer jusque dans la cavité utérine, quelles que fussent d'ailleurs ses dispositions morales, lesquelles, suivant nous, ne sauraient avoir une grande influence sur l'état des orifices et conduits des trompes et de l'utérus. Le fait de M. Gubian restera donc comme une curiosité pathologique, et tout au plus comme un sujet de doute touchant le danger des injections utérines, et même, dirons-nous, des injections vaginales.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la myélite.

(Premier article.)

Considérations anatomiques relatives à la moelle épinière.

Avant de vous entretenir spécialement de la myélite, je crois qu'il serait bon de vous rappeler en peu de mots et la structure de la moelle, et la disposition des membranes qui l'entourent en formant le fourreau rachidien.

La moelle est contenue dans le centre du canal rachidien, et s'étend depuis la base du cerveau jusqu'à la région lombaire. Chez les enfants, elle ne va guère, en général, que jusqu'à la onzième vertèbre dorsale, et se développe successivement, à mesure que se développent les membres inférieurs. Ce premier point d'anatomie est fort grossier, et cependant il suffit pour qu'on sache que dans une maladie présentant des symptômes de lésion de la moelle, il ne faudra pas aller, comme certains praticiens, établir des exutoires profonds sur la région lombaire.

La moelle est enveloppée de membranes qui se continuent avec les membranes cérébrales, mais en changeant de structure. La pie-mère qui, sur la convexité du cerveau, n'est qu'un réseau cellulo-vasculaire très mince, se condense en pénétrant par l'ouverture inférieure du calamus scriptorius dans le quatrième ventricule, puis dans le troisième, puis dans les ventricules latéraux, et cette membrane condensée redescend par l'ouverture inférieure du calamus scriptorius, s'étend sur la moitié allongée, puis sur toute la longueur de la moelle rachidienne s'épaissit, devient plus dense et exerce un état de constriction assez fort sur sa substance propre; car si on pratique des incisions sur cette tunique, la substance de la moelle fait comme hernie à travers l'ouverture. L'enveloppe immédiate de la moelle est donc constituée par la pie-mère rachidienne solide, fibreuse, qui enveloppe la moelle et répond, en dedans, immédiatement à ses faisceaux propres; en dehors, elle répond à l'arachnoïde.

L'arachnoïde, très solide sur le cerveau, moins sur le cervelet, se modifie dans sa structure en descendant le long du rachis. Très mince, cellulo-vasculaire, elle s'étend sous forme de lame très fine qui tapisse la surface externe du fourreau de la pie-mère, descend jusqu'en bas du canal vertébral, et remonte en dehors pour gagner la concavité de la dure-mère, de sorte que la concavité de l'arachnoïde descend jusqu'à la queue de cheval; mais cette membrane perd de sa solidité et devient ténue comme du tissu cellulaire fin et condensé. Dans le cerveau, le feuillet de l'arachnoïde n'adhère à la pie-mère que par des filaments celluleux très lâches, de sorte qu'il y a cavité réelle entre ces deux membranes, et c'est cette cavité que remplit le fluide céphalo-rachidien. Cette cavité se prolonge dans la colonne vertébrale, et est interposée entre le feuillet solide de la pie-mère et la cavité arachnoïdienne. Si on pénètre dans le canal rachidien de dehors en dedans, on trouvera donc :

1° La dure-mère;
2° Le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse;
3° La cavité arachnoïdienne;
4° Le feuillet profond de l'arachnoïde;
5° Le liquide céphalo-rachidien interposé à l'arachnoïde et à la pie-mère;
6° La pie-mère.

Il faut bien faire attention à cette disposition pour bien distinguer les épanchements séreux de la cavité arachnoïdienne, qui sont toujours causés par un effet pathologique, et les épanchements de liquide céphalo-rachidien, qu'on trouve entre la pie-mère et l'arachnoïde à l'état physiologique.

Divers auteurs, et Munro surtout, ont décrit le ligament dentelé, qui part de la pie-mère et va jusqu'à la dure-mère, entièrement enveloppé par l'arachnoïde, mais situé en dehors de la cavité arachnoïdienne. Il n'est pas destiné, comme l'ont dit les anciens auteurs, à empêcher que dans les courbures de la colonne vertébrale la moelle ne soit emportée d'un côté plutôt que d'un autre; il doit empêcher qu'elle ne sorte du fourreau rachidien, et la sépare ainsi de l'arachnoïde, de la dure-mère et des os du rachis.

Quand on ouvre le cadavre d'un sujet ayant succombé à une hémorrhagie cérébrale, surtout quand cette hémorrhagie s'est faite dans les ventricules, on trouve du sang ou de la sérosité sanguinolente autour de la moelle épinière, en dehors de son enveloppe immédiate et jusqu'au bas du canal vertébral. C'est le liquide céphalo-rachidien qui a transporté de ce sang jusqu'au bas du rachis. Ces épanchements ne sont que le résultat de la malaxation accidentelle du sang hémorrhagique avec le liquide céphalo-rachidien; et de prétendues observations d'hémorrhagies rachidiennes ne sont le plus souvent que le produit de phénomènes de ce genre.

En dehors de l'arachnoïde, on trouve l'enveloppe externe de la moelle, la dure-mère, qui se prolonge dans tout le canal vertébral, et n'est adhérente aux os que par un point de tangence sur le corps des vertèbres. Sur les parties latérales il y a un vide; dans ce vide est du tissu cellulaire très ténu, contenant des vaisseaux qui rampent sur le pourtour du canal osseux, et répondent au système céphalo-rachidien qui existe en abondance au pourtour des os. Ce grand vide qui isole la moelle peut être rempli de liquide; il y a alors phénomène pathologique consistant dans une extravasation rachidienne, extravasation de sérosité comme dans le rachitis chronique, et il peut se produire ou une paralysie imparfaite de tout le système musculaire si la sérosité comprime la moelle tout entière, ou une paralysie partielle si la compression se trouve limitée sur certaines racines.

Le tissu constitutif de la moelle mérite aussi de nous arrêter un instant. Les cordons médullaires qui la constituent au nombre de quatre, deux en avant et deux en arrière, sont séparés par un sillon médian profond. Les cordons antérieurs se continuent en avant avec les éminences pyramidales antérieures, où elles subissent une décussation de droite à gauche et de gauche à droite, et en arrivant sur les pédoncules du cervelet, continuent leur route sans décussation, de sorte qu'en partant des pédoncules du cervelet, on peut suivre ces fibres nerveuses dans toute la longueur du bulbe rachidien sans interruption. Mais en descendant au-dessous du bulbe, le tissu nerveux de la moelle prend un caractère particulier et se trouve constitué par de la substance grise au centre, et par de la substance blanche à l'extérieur. Le cordon rachidien présente en outre deux renflements, un à la région cervicale, et un au bas de la région dorsale. Ces deux renflements répondent au point d'émergence des gros troncs nerveux qui vont porter l'influx nerveux dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs.

On vous dit généralement, dans les livres que vous avez entre les mains, que les fibres nerveuses partant du cerveau se continuent sans interruption dans la moelle, passent dans les cordons nerveux et vont ainsi jusque dans les membres; mais cela n'est pas exact : les racines nerveuses, en arrivant, se perdent dans la moelle, se divisent en deux faisceaux, l'un qui remonte le long du cordon rachidien, et l'autre qui descend. Cuvier a parfaitement établi ce fait, qui avait du reste été entrevu par Munro, et c'est pour cette raison que la moelle présente des renflements là où naissent plusieurs cordons nerveux assez considérables.

Sur la ligne médiane, au niveau des commissures, s'aperçoivent des fibres transversales qui relient les cordons latéraux et qu'on ne peut séparer sans produire de rupture. Il résulte de la continuation des cordons de la moelle jusqu'à sa partie inférieure, de la division des racines nerveuses en parties ascendantes et en parties descendantes, et de l'assemblage transversal des cordons latéraux, il résulte de toutes ces circonstances que la moelle est un organe de connexion, c'est-à-dire que toutes ses parties sont reliées les unes aux autres de manière à n'agir que collectivement. Par cette disposition, on comprend certains phénomènes pathologiques qu'on a occasion de voir : ainsi, des accidents de paralysie latérale ne restent pas latéralisés, et se présentent bientôt des deux côtés à un certain degré; et de plus, à quelque hauteur du cordon rachidien que se produise la lésion, qu'elle ait son siége dans la moelle elle-même, dans les membranes qui l'enveloppent ou dans les os qui la protégent, toujours les premiers symptômes se produisent dans les portions périphériques du système nerveux les plus éloignées, c'est-à-dire dans les membres inférieurs. Si les symptômes apparaissent d'abord dans les membres supérieurs, c'est que la moelle est en dehors de la lésion, et que les racines nerveuses seules sont atteintes. Mais toutes les maladies qui portent sur la moelle elle-même, depuis la carie de l'occipital jusqu'à une lésion pouvant affecter la douzième dorsale, déterminent d'abord la paralysie des orteils; cette paralysie maintenant peut monter et envahir successivement tous les muscles en allant de bas en haut, et consécutivement ceux des membres supérieurs.

Les lésions qui prennent naissance au-dessus du pont de Varole déterminent d'abord des paralysies dans la face et dans les membres supérieurs, et les membres inférieurs ne sont pris qu'en dernier lieu. Ces phénomènes sont les conséquences immédiates des connexions de la moelle épinière, connexions faisant qu'il y a des rapports synergiques d'action entre toutes les parties qui la constituent; ils sont aussi les conséquences de cette loi qui place la moelle sous l'influence du cerveau, le centre d'émission de la volonté qui doit être transmise aux nerfs.

Plusieurs de ces données anatomiques trouvent leur application quand on doit expliquer diverses maladies de la moelle épinière. C'est que les lésions de mouvement doivent être étudiées dans les muscles pour remonter jusqu'aux nerfs affectés. Ces lésions peuvent avoir lieu à leur point d'émergence où peuvent se développer des phénomènes pathologiques, soit sur les membranes qui les couvrent, soit dans les os qui les protégent; elles peuvent aussi avoir lieu dans la longueur du cordon rachidien. Il est des cas qui présentent la succession de toutes ces lésions différentes; ainsi, la maladie qui a conduit Cotugno à la découverte du liquide céphalo-rachidien était une sciatique remontant jusque dans le plexus sacré, de là gagnant les enveloppes de la moelle, et allant jusqu'à la base du crâne au moment où le malade a succombé : on voit alors la maladie produire les différents accidents pathologiques correspondant à la lésion de ces différents points du système nerveux.

DE LA MYÉLITE.

La myélite est l'inflammation du tissu propre de la moelle.

Cette inflammation peut occuper toutes les parties de la moelle à la fois, ou être circonscrite sur divers points, ou enfin ne se présenter que sur un seul point limité d'où elle peut ensuite se prolonger plus ou moins loin; c'est-à-dire que la myélite peut être ou généralisée, ou localisée. Mais, en quelque point qu'elle se développe, elle détermine toujours des lésions de structure que l'anatomie pathologique va faire connaître, et qui feront comprendre les accidents dont elle est la cause déterminante.

Anatomie pathologique. — Dans la myélite au premier degré, la surface interne de la pie-mère condensée se colore d'un rouge légèrement violacé; puis le tissu de la moelle en ce point, au lieu d'être blanc comme à l'état normal, présente une teinte légèrement rosée et de petites stries vasculaires, traces incontestables d'inflammation. La substance grise ramollie s'enlève sous l'influence d'un léger filet d'eau, et présente des stries vasculaires très fines. A cette époque de la maladie, on ne pourra guère apprécier le ramollissement de la substance grise que par ce moyen, et même lorsqu'elle ne présentera aux yeux aucune lésion apparente, elle s'enlèvera encore sous ce léger filet d'eau. Imaginez cette lésion étendue sur toute la moelle épinière, vous aurez le premier degré de la myélite générale; placez-la sur quelques points circonscrits, vous aurez le premier degré de la myélite locale.

A un degré plus avancé, le ramollissement a gagné les deux substances grise et blanche, qui s'enlèvent facilement lorsqu'on fait couler dessus un filet d'eau. La coloration violacée du revers du fourreau rachidien est devenue plus prononcée, et en regardant attentivement la moelle, on peut apercevoir quelquefois de petits points rouges en assez grand nombre; ce sont des vaisseaux capillaires injectés. Quand on incise l'enveloppe immédiate de la moelle, on voit aussitôt la substance ramollie faire hernie par l'ouverture pratiquée.

A un degré plus avancé encore, la substance médullaire est diffluente, crémeuse, d'un blanc-jaunâtre légèrement rosé; cette diffluence devient aussi évidente dans la substance grise, et il n'est plus besoin de faire couler dessus un filet d'eau pour la démontrer. Aux limites de ce ramollissement excessif, on passe par les différents degrés décroissants de phlogose jusqu'à ce qu'on retrouve la continuation de la moelle avec sa forme et sa consistance ordinaires. Le ramollissement, quand il existe, n'est pas également réparti dans les cordons antérieurs et dans les cordons postérieurs; il est rarement limité à l'un d'eux, mais souvent il est plus prononcé dans les uns que dans les autres.

Tous les malades qui succombent à la myélite ne succombent pas pendant qu'existe ce ramollissement; beaucoup prolongent leur existence avec continuité des accidents de cette lésion, ainsi bien des infirmes qu'on rencontre dans les hospices. Chez ces sujets, le tissu médullaire ramolli occupe des portions du cordon rachidien qui ont perdu de leur volume normal; il y a donc atrophie coïncidente, et de plus le ramollissement qu'on peut observer dans ces cas est diffluent; dans d'autres cas, les portions de la moelle atrophiées s'étendent plus loin que les points ramollis; ainsi, on en voit qui ont deux ou trois pouces de longueur. Dans quelques circonstances, le fourreau fibreux rachidien est épaissi, présentant dans son épaisseur de petites plaques blanches indurées, ou bien des points blancs comme noyés dans la trame de la pie-mère dans les endroits correspondant à cette atrophie. Par des injections bien faites sur ces sujets, on peut reconnaître que l'artère centrale de la moelle cesse d'être perméable, tant elle est ténue dans ces points atrophiés.

Ce sont ces lésions qui, revêtant la forme inflammatoire, montrent que les myélites chroniques ou aiguës dans lesquelles elles se présentent sont bien réellement des phlogoses. L'injection vasculaire et ces colorations violâtres plus ou moins foncées offrent la lésion ordinaire des tissus enflammés : la congestion devient grande dans les vaisseaux capillaires, leur réseau devient plus serré et enfin la coloration rouge apparaît consécutivement; tous ces phénomènes appartiennent spécialement à la manifestation de la phlogose; de plus, à la suite des myélites chroniques, il y a dans quelques circonstances de l'induration, et on sait que l'induration, succédant à un état pathologique d'un tissu quelconque, est un résultat qui appartient aussi en propre à la phlogose.

Il y a des phlogoses qui commencent sur le fourreau rachidien et qui s'étendent jusqu'à la moelle; ainsi, une carie des os du rachis peut déterminer la formation d'une esquille : cette esquille pénètre dans le canal rachidien et y occasionne la naissance d'une inflammation qui s'étend jusqu'à la moelle épinière; dans ces cas de myélite traumatique, l'anatomie pathologique montre la moelle ramollie diffluente avec les mêmes lésions que dans les myélites idiopathiques. On n'a donc pas le droit de considérer ce ramollissement qui survient dans ces cas de phlogose évidente comme différent de ceux qui surviennent d'une manière idiopathique, surtout quand dans ce dernier cas on trouve des lésions évidemment inflammatoires : tels sont les motifs qui conduisent à considérer les ramollissements de la moelle épinière dans la myélite comme étant de nature inflammatoire et comme décelant une phlogose de cet organe pendant la vie du malade.

Il peut se produire dans la moelle des ramollissements idiopathiques qui ne sont pas inflammatoires; ils déterminent des affaiblissements généraux de la locomotion, qui ne vont pas jusqu'à la paralysie, mais qui montrent de la diminution dans les fonctions de la moelle : ainsi, dans le scorbut, dans l'adynamie survenant à la suite de longues maladies, dans les cachexies quelconques un peu intenses, on trouve la moelle moins résistante et pouvant même se laisser entamer par un filet d'eau; mais ce ramollissement ne va jamais jusqu'à rendre sa substance crémeuse et diffluente. Cette diminution de densité du cordon rachidien se retrouve dans la substance médullaire du cerveau; on ne peut dans ces circonstances admettre une phlogose de la moelle; il n'y a ni teinte violacée des enveloppes, ni aucune autre trace d'inflammation. Chez les enfants, et surtout chez les enfants nouveau-nés, la dissection de la moelle est difficile s'il y a quelque temps que la mort a eu lieu, car alors son tissu est ramolli, il l'est même assez pour s'écouler sous l'influence d'un filet d'eau.

On voit qu'il ne faut pas confondre la myélite avec la diminution de l'innervation résultant d'une suspension momentanée de toutes les fonctions plastiques qui porte d'abord sur les tissus mous, car non-seulement la moelle et le cerveau offrent du ramollissement, mais encore on le trouve sur les autres tissus de l'organisme, où il est cependant moins prononcé, car il frappe moins leur anatomie de texture et laisse une résistance proportionnellement plus grande aux différents agents destinés à conserver la solidité des tissus.

Ces données posées, tirons des conséquences : on ignore le mode d'action des tissus nerveux, on ignore l'action de la

pulpe du cerveau, ainsi que celle du tissu de la moelle ou des nerfs dans l'innervation; mais on peut dire qu'ils agissent néeessairement par les conditions de leur structure physiologique, et que, si ees conditions de structure sont altérées, il y aura altération des fouctions qui leur sont dévolues. Or, quand il y a déliquescence de la moelle, que son tissu n'est plus que comme une bouillie crèmeuse, peut-on admettre que cette substance puisse servir à opérer les fonctions propres au tissu de la moelle? Evidemment non. On comprend donc que l'impulsion nerveuse que les fibres du cordon rachidien sont chargées de transmettre ou même dont elles occasionnent la production à l'état physiologique devient totalcment impossible. Quand le tissu de la moelle n'est pas encore ramolli à ee point, mais à un certain degré plus avancé que chez les sujets adynamiques, on comprend que la substance médullaire ainsi imparfaitement altérce puisse encore remplir les fonctions de l'innervation dans certaines limites, mais imparfaitement.

Dans la myélite, la paralysie n'est pas toujours complète; le malade, couché dans son lit, peut bieu remuer ses membres jusqu'à un certain point; mais veut-il marcber, veut-il aceomplir un acte qui exige des efforts musculaires, il ne le peut. Cette altération de densité de la moelle rend ses fonetions imparfaites et non pas nulles; de là ces paralysies incomplètes qu'on peut souvent observer.

Le système vasculaire est peu modifié dans la portion de moelle ramollie; car, à l'état physiologique, cet organe présente peu de capillaires à sang rouge; mais il peut être abondant dans l'épaisseur de la pie-mère, dont l'inflammatiou modifie la eirculation capillaire, et le foyer de la pblogose est à la péripbérie de la moelle; dans ces cas, le tissu propre de la moelle ne se ramollit qu'à un certain degré et consécutivement. De là ces maladies rachidiennes qui peuvent durer des mois, des années tout entières sans occasionner de paralysie complète : c'est qu'elles ont leur siége sur la méninge, et la moelle, que l'on pourrait jusqu'à un certain point considérer comme une espèce de sécrétion de la pie-mère, ne serait prise que très postérieurement. Ce pbénomène se présente souvent dans les myélites, et souvent ou trouve à l'examen anatomique la moelle peu affectée même après un long temps de maladie.

Cbez les sujets ainsi affectés de myélite, les symptômes sont en rapport avec la destructiion du tissu de la moelle; l'étendue de cette destruction et son siége sont un moyen d'interpréter les accidents qui se présentent dans le cours de cette maladie. Si elle a son siége vers lc bas de la moelle, cette portion pourra être totalement désorganisée sans qu'il y ait altération de fonction des parties supérieures, et la paralysie pourra ne pas dépasser les membres inférieurs; mais si la myélite est à la partie supérieure de la moelle, l'affection retentira dans toute la moelle et la paralysie montera : ce n'est pas dans ce cas que la lésion gagnera de bas en baut; car, par l'ouverture des cadavres, on trouvera la lésion à la partie supérieure de la moelle, et, par les explications anatomiques données plus haut, on se rendra compte de l'uniformité des lésions pbysiologiques quel que soit le point de la moelle qni soit affecté.

EMPLOI DE L'ARSENIC

dans le traitement des fièvres intermittentes.

La question importante, et encore non complélement résolue de l'efficacilé de l'arsenic dans le traitement des fièvres intermillenles qui avait élé l'objet d'un commencement de discussion dans nolre journal, où celle question avait d'abord été mise à l'ordre du jour, vient d'être étudiée de nouveau par M. le professeur Champouillon. Les résullals que nous trausmet aujourd'hui ce pralicien dislingué mérilent déjà d'allirer sérieusement l'allention de nos lecleurs. Mais nous espérons que M. Champouillon ne bornera pas là ses recherches, el qu'il nous communiquera plus tard des fails en nombre suffisant pour que les praticiens, faisanl la part des partisans et des adversaires de l'arsenic, puissenl enfin formuler d'une manière nelle et précise les conséquences thérapeutiques de l'importanle discussion qui se débat en ce moment.

Paris, le 24 mars 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Si vos lecteurs ont bien voulu donner quelque attention à un débat contradictoire ouvert dans la *Gazette des Hôpitaux* sur les avantages et les inconvénients de l'emploi de l'arsenic coutre la fièvre intermittente, ils peuvent se souvenir que dans cette discussion mon adversaire anonyme, interprétant les causes d'un empoisonnement observé dans mon service, soutenait qu'à dose médicinale l'acide arsénieux est un fébrifuge aussi efficace qu'innocent, tandis que le sulfate de quinine *tue*, rend *sourd* ou *aveugle*.

Certes, je n'aurais point songé à relever de telles énormités, si elles n'avaient été placées sous la caution de praticiens sérieux. On s'est efforcé, par une prodigalité éblouissante de citations, de faire passer ces étranges paradoxes de thérapcutiques. Depuis quelques années on ne discontinue pas de faire parler la statistique en faveur de l'efficacité et de l'innocuité *constante* de la méthode arsenicale dans le traitement de la fièvre des marais; c'est aussi par des cbiffres que, de mon côté, je vous demande la permission de prouver l'exagération de cette proposition.

J'ai entrcpris sur ce sujet, et en y apportant la plus entière impartialité, une série d'expériences dont je me borne, quant à présent, à exposer les résultats sous forme concrète, me réservant d'en faire bicntôt l'objet d'un travail plus étendu.

Du 1er octobre 1849 au 15 mars 1850, j'ai traité 108 fébricitants qui se classent de la manière suivante, sous le rapport du type de l'accès :

1° Quotidien	74
2° Tierce	29
3° Quarte	3

J'ai préalablement soumis tous ces malades au simple traitement de l'expectatiou et des moyens hygiéniques. J'ai obtenu de la sorte trente-quatre guérisons. Dans vingt-trois autres cas où la fièvre était liée à des symptômes d'embarras gastriques, dix-huit malades ont guéri par la seule administration des évacuants (vomitifs et laxatifs). Restent cinquante-six malades, chez lesquels la fièvre a survécu, soit à l'expectation, soit à la méthode évacuante.

J'ai partagé ces cas réfractaires en deux groupes, dans lesquels les types ont été amalgamés à proportions à peu près égales, et traités parallèlement l'un par le sulfate de quinine, l'autre par l'acide arsénieux. Sur trente malades mis au régime de la quinine, vingt-quatre ont guéri. Sur les vingt-six de la seconde catégorie, onze ont guéri par l'administration de l'arsenic.

Je crus alors devoir opérer un cbangement de main, c'est-à-dire prescrire le sulfate de quinine là où l'acide arsénieux avait échoué, et réciproquement. Il est résulté de cette substitution de procédés que, sur quinze cas rebelles à l'acide arsénieux, la fièvre a cédé chez douze malades au sulfate de quinine, et que, des six malades infructueusement traités par le sulfate de quinine, quatre ont guéri par l'acide arsénieux. De sorte que ces deux agents thérapeutiques ont été sans aucune efficacité pour cinq individus, cbez lesquels la fièvre déjà fort ancienne était accompagnée d'un engorgement considérable de la rate et des autres viscères abdominaux.

J'arrive au point essentiel de ma communication.

Sur vingt-six malades qui ont pris de l'acide arsénieux à la dose quotidienne de 1 à 4 centigrammes, quinze en ont été affectés de la manière suivante : Soif et nausées, quatre; vomissements, coliques, diarrhée, huit; convulsions et vomissements, un; gastro-entérite très grave, érytbème général, un; arthrite intense de toutes les grosses articulations, un.

Aucun accident n'a été produit par le sulfate de quinine, bien que j'en aie quelquefois porté la quantité jusqu'à 1 gramme par jour.

Si ces faits, qui offensent peut-être quelques idées contraires, venaient à être l'objet d'un nouveau démenti, je vous préviens, monsieur le rédacteur, qu'ils ont été recueillis sous les yeux d'une nombreuse assistance, et que dès lors il me serait facile d'en prouver la complète exactitude.

L'idée d'employer l'acide arsénieux comme fébrifuge n'est pas nouvelle; et, comme l'a dit M. de Lens, on ferait un volume de tout ce qui a été publié sur cette matière depuis Lentilius jusqu'à Fodéré. A titre de médicament, l'acide arsénieux a eu ses partisans et ses détracteurs, parce qu'avant de le mettre en bonneur on a négligé de préciser les conditions d'opportunité et de succès; en un mot, l'on ne s'est point assez appliqué à systématiser l'emploi de cette substance.

Quoi qu'on en dise, nous ne sommes pas encore complétement dégagés du joug de l'absolutisme physiologique. Tandis que l'esprit d'observation et d'analyse se concentre sur l'étude du diagnostic et de l'anatomie palbologique, la matière médicale en est restée à peu près aux vieilles traditions de l'empirisme. Qu'en résulte-t-il? C'est qu'on voit des bommes impatients de cette impuissance plonger la main dans le passé, en retirer quelque formule poudreuse de thérapeutique, qu'avec un peu de dextérité on enlumine des teintes les plus séduisantes; et voilà la vogue acquise. Mais,

Nimio ne crede colori.

Agréez, etc. CHAMPOUILLON.

Strabisme.

Par M. Lucien CORVISART.

Je me plaignais dans ma réponse à la première lettre de M. Philippe de la manière acrimonieuse avec laquelle il discutait un travail *tout simple et sans emportement*.

A son tour, M. Philippe se plaint de la forme « *acerbe* » que j'ai employée pour lui répondre.

Je crois que maintenant nous sommes convaincus *tous deux* de ce que cette forme a de déplaisant; au moins en cela mon contradicteur en est venu à mes opinions.

La galerie inspire mal; au lieu d'être dans un journal, si cette discussion avait eu lieu d'homme à homme, elle eût eu, j'en suis sûr, entre les mains de M. Philippe une parfaite bonne grâce.

Le commencement de la lettre de M. Philippe m'interdit uue réponse directe.

Au reste, la deuxième lettre ne doune aucun nouvel argument, ce qui me dispense de répéter ma réfutation.

Je me borne à ces réflexions qui vont au fond de la question :

Quelles objections m'ont été posées?

D'un côté, M. Philippe déclare que ce que j'ai appelé strabisme droit ou direct est le strabisme *insuffisant* de M. J. Guérin, le strabisme *ordinaire*, le strabisme *avec rétraction*, qu'il n'y a NULLEMENT PARALYSIE.

D'un autre côté, la *Gazette médicale* de M. J. Guérin, examinant mon travail, déclare que ce n'est *point un strabisme*, mais UNE SIMPLE PARALYSIE.

La deuxième objection détruit, comme on voit, la première, et réciproquement.

Le journal de M. J. Guérin dit : Ce n'est pas moi que vous attaquez, ceci *n'est pas mon strabisme*. Et M. Philippe : Ceci est un strabisme ordinaire, c'est celui de M. J. Guérin.

Dans mon mémoire, j'ai admis avec M. J. Guérin, contre M. Philippe, que cet état était dû à une paralysie ou défaut d'action; avec M. Philippe, contre M. Guérin, que c'etait un strabisme.

Etranges assertions!

Ma malade et celle de Boyer et de M. Louis regardant en face, ayant les deux yeux parallèles pointés vers le même objet, M. Philippe affirme qu'il y a *rétraction*, raccourcissement d'un muscle de l'œil!!

Ma malade regardant à droite, ayant un seul œil tourné à droite, l'autre directement en face d'elle, M. Guérin dit : Il n'y a *pas strabisme!!*

A part l'assurance que j'ai trouvée dans l'article de la *Gazette Médicale*, que cet état est assez commun (ce que je supposais déjà), et que souvent il constitue le succès de l'opération du strabisme, ce qui pourrait faire dire que le *strabisme vrai* peut GUÉRIR par *strabisme droit*, je n'ai aujourd'hui rien à ajouter à mon travail; non point qu'il soit inattaquable, mais parce que les attaques dont il a été jusqu'à présent l'objet y étaient *toutes* prévues et combattues.

Je dois dire avant de terminer que M. J. Guérin était aussi mon contradicteur; il avait sans doute jugé mon travail autrement que M. Philippe, quand, regrettant *que le fond n'en répondît pas à la forme*, il disait : *Quelque opinion qu'on se forme des idées de l'auteur, on ne saurait s'empêcher de reconnaître dans son travail...* finesse d'analyse et *un excellent ton de discussion* (1).

(1) *Gazette médicale*, 1849, n° 49, p. 951. — *Gazette des Hôpitaux*, 27, 29 novembre, 1er décembre 1849; 10, 19 janvier, 26 mars 1850. — *Archives de Médecine*, septembre 1849.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 40.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr	— 7 fr.
Départements .	26 fr.	— 14 fr	— 8 fr.
Étranger . . .	30 fr.	— 16 fr	— 9 fr.

SOMMAIRE. = Rapport médico-légal sur un cas de lypémanie avec tentative de meurtre. = Hôpital du Val-de-Grace (M. Abeille). État typhoïde primitif. Phlébite consécutive à l'altération du sang. = Revue thérapeutique, chimique et pharmacologique. = *Société de Chirurgie*, séance du 20 mars. = Nouvelles. = Prix Esquirol.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR UN CAS DE LYPÉMANIE AVEC TENTATIVE DE MEURTRE;

Par M. H. Girard, médecin en chef, directeur de l'Asile d'aliénés d'Auxerre.

M. H. Girard est un de nos médecins aliénistes qui se livrent avec le plus de succès à l'étude des questions si difficiles, souvent si élevées, qu'on rencontre à chaque pas dans la pathologie mentale. Le rapport suivant, que ce médecin vient de publier dans les *Annales médico-psychologiques,* nous offre à la fois l'intérêt qui s'attache à une question médico-légale d'une haute importance, à une rédaction et à une logique irréprochables. Nous allons le mettre tout entier sous les yeux de nos lecteurs, pour le faire suivre ensuite de quelques remarques succinctes.

Le 17 juillet 1849, entre sept et huit heures du matin, la commune de Saint-Florentin était émue par la nouvelle d'une tentative de meurtre qui venait de se commettre sur la personne de M. Léon Bruys, propriétaire du château d'Oully, dans le département de Saône-et-Loire, et connu par son intimité avec M. de Lamartine.

Voici les détails de cet acte étrange :

Le nommé Jean Moretton, âgé de quarante-cinq ans, dessinateur à Chazelles-sur-Lyon (Loire), avait quitté Paris le 16 juillet 1849, à six heures du soir, et se reodait à Lyon dans l'intérieur de la voiture dite la Châlonnaise pour y trouver de l'ouvrage.

Pendant le trajet de Paris à Lyon, Moretton s'était conduit avec calme, quoique son attitude et ses gestes exprimasseot de la bizarrerie.

M. Bruys, qui ne connaissait point l'inculpé et qui était parti de Paris en même temps que lui, voyageait dans le coupé de la même voiture; pendant la route, Moretton n'eut avec M. Bruys aucun rapport.

Arrivés à Saint-Florentin, M. Bruys, ayant mis le premier pied à terre, offrit indifféremment à tous les voyageurs l'appui de son bras, et parmi eux se trouvait l'inculpé, qui s'y appuya légèrement.

Entrés dans l'hôtel de la poste, les voyageurs se mirent à table pour déjeuner. Moretton s'assit à une certaine distance de M. Bruys et attira sur lui l'attention par quelques actes extraordinaires : il mit du potage et des côtelettes dans son chapeau, ce qui provoqua le rire. Moretton sortit de la salle, puis y rentra, se plaça derrière M. Bruys, et lui dit : « Monsieur, c'est vous qui avez empoisonné notre déjeuner? » A ces mots, M. Bruys se retourna et vit briller dans la main droite de Moretton une lame de couteau-poignard, tandis que la main gauche était armée d'une canne. M. Léon Bruys répondit avec fermeté et pour l'intimider : « Eh bien! oui, c'est moi. »

Il espérait ainsi détourner le poignard qui pouvait être dirigé sur une dame assise près de lui et ne pensait pas que Moretton aurait l'audace de le frapper. A peine ces mots étaient-ils prononcés que M. Bruys recevait à la partie antérieure de l'épaule droite, un peu au-dessus du tendon du grand pectoral, un coup de poignard amorti par tous les vêtements qui se trouvaient heureusement placés à cet endroit. Le sang jaillit de la plaie avec abondance. Moretton fut désarmé et livré à l'autorité compétente : par suite de ce fait, Moretton fut prévenu de tentative de meurtre sur la personne de M. Léon Bruys d'Oully, crime prévu par les articles 295 et 2 du Code d'instructiun criminelle; toutefois, comme les circonstances qui accompagnaient le crime faisaieot naître des doutes relatifs à l'état mental de cet homme, M. le procureur de la République chargea M. Paradis, médecin de la prison, de lui adresser un rapport sur la santé de Moretton : dans ce savant rapport, le docteur Paradis conclut à la folie, mais cependant demande à ce que Moretton fût placé dans l'asile des aliénés de l'Yonne pour y être l'objet d'un nouvel examen.

C'est cet examen, ainsi que l'appréciation de l'état antérieur de Moretton et des circonstances qui ont accompagné l'acte incriminé, que nous allons faire connaître.

Il résulte des renseignements transmis par le préfet de police de la Seine qu'avant l'événement terrible ci-dessus mentionné la conduite de l'inculpé n'avait donné lieu à aucun reproche, « qu'il était même d'un caractère doux et facile; » les sommiers et les registres tenus à la préfecture de police ne contiennent aucune annotation lui paraissant applicable.

Parti de Lyon au mois d'avril 1849 pour se rendre à Paris dans l'intention d'y chercher de l'ouvrage, Moretton logea chez son cousin, fabricant de chapeaux, rue Sainte-Avoye, n° 24; n'ayant pu trouver à s'occuper et se voyant sans ressources, il tomba, après avoir épuisé l'assistance de son parent, dans uo profond abattement, et fut pris du choléra avec délire, affection puur laquelle on le transporta à l'hôpital de Bon-Secours.

Il reotra chez son parent convalescent des accidents abdominaux, mais préoccupé d'une idée fixe consistant à croire qu'on avait voulu l'empoisonner à l'hôpital. Moretton ne tarda même pas à donner des preuves de folie, dit le préfet de police, eo se précipitant à plusieurs reprises sur son parent, qu'il tenta de frapper avec un couteau-poignard; celui-ci, toutefois, parvint à le contenir, et le conduisit aux messageries, dès qu'il eut recouvré l'usage de ses facultés, afin qu'il retournât dans son pays.

Il résulte encore des renseignements recueillis sur l'état de Moretton avant la perpétration de l'acte incriminé, que peodant la route ce malheureux, quoique calme et silencieux, s'était fait remarquer par des bizarreries propres à dénoter la folie. Ainsi, M. Charles Rivoire, papetier à Paris, témoin dans cette affaire, dépose qu'étant descendu pour monter une côte avec l'inculpé qui lui était complétement inconnu, « Moretton lui sembla, à sa démarche, à son air et à ses manières, être tout à fait fou. » Il produisit la même impression sur un autre témoin, M. Ichac, également compagnon de voyage de Moretton, qui déclara que « l'ioculpé avait tout l'air d'un fou, que toutes ses allures le dénotaient. » Cette même opinion est encore exprimée par M. le docteur Hourse, qui, comme témoin, a déclaré qu'ayant eu souvent l'occasion de traiter des fous à l'Antiquaille de Lyon, il avait jugé « à l'air, aux regards, aux allures de Moretton, à sa figure égarée, inquiète et sinistre, qu'il était fou. » M. Hourse ajoute même « qu'il en avait fait l'observation à uo voisin de table. »

Il est donc bien constaté par toutes les pièces servaot à l'instruction de cette triste affaire qu'avant son entrée à l'hôpital de Bon-Secours Moretton avait uo caractère doux et facile, qu'il était honnête, probe et laborieux, et que ce n'est qu'à son retour de cette maison hospitalière qu'il a donné des signes évidents de folie : d'abord à Paris, où il faillit tuer son cousin, qui ne lui avait fait que du bien, et auquel il n'a jamais eu aucun reproche à adresser; puis pendant la route, comme le prouvent les dépositions des témoins.

Examinons maintenant quelles sont les circonstances qui ont accompagné l'acte incriminé.

Moretton a-t-il eu des motifs d'intérêt pour frapper sa victime? Tout dénote qu'il n'en existait aucun. M. Bruys, en effet, déclare qu'il ne connaissait pas l'ioculpé, qu'il ne l'avait jamais vu, qu'il ne lui avait jamais parlé. » Des informations prises à Paris constatent que Moretton n'a jamais fait partie de clubs, ni de sociétés secrètes. Aucun motif raisonné d'intérêt, de haine, de jalousie ou de vengeance n'a donc put armer son bras. Du reste, est-il supposable que, si Moretton eût librement voulu accomplir un acte de cette nature, il eût assassiné M. Bruys en plein jour, en pleine table, et dans des circonstances pareilles à celles désignées ci-dessus? Le plus simple bon sens y répugoe et ne saurait l'admettre.

Mais pourquoi, dira-t-on, Moretton a-t-il dirigé son poignard de préférence sur M. Bruys, aussi distingué par ses manières que par l'affabilité de son esprit, et qui se tenait éloigné de l'ioculpé? Il est facile de répondre à cette question.

« M. Bruys, dit M. Hourse, se fit remarquer pendant le repas par de bonnes manières; ce fut lui qui causa le plus et plus haut que les autres, parmi les personnes qui se trouvaient à table. » Il devait donc attirer l'attention et la préoccupation de Moretton.

Nous avons, en outre, interrogé Moretton sur le motif de son choix, et voici la réponse qu'il nous fit lors de sa guérison :

« Je crus que ce monsieur était affilié aux montagnards et à Ledru-Rollin, et que c'étaient eux qui avaient causé le choléra à Paris en jetant du poison dans les puits; qu'il cherchait encore à nous empoisonner en offrant à tous les voyageurs de prendre du café au dessert. »

Cette réponse de Morettoo est bien conforme à ce qui se passe dans le délire mélancolique, où toutes les préoccupations des malades se concentrent sur la même idée, qui les poursuit partout, qu'ils appliquent à tout. Elle se trouve encore en parfaite harmonie avec la réponse suivante de l'interrogatoire da l'inculpé; réponse que voici :

D. Pour quels motifs avez-vous frappé la personne distinguée que vous avez choisie plutôt que toute autre?

R. Je n'ai rien à vous dire à cet égard; je ne veux rien vous dire, mon ami; ce sont des personnes comme vous et comme tant d'autres qui m'ont mis dans l'état où je suis (c'est-à-dire malade, empoisonné, malheureux). De plus, Moretton ajoute : « qu'il est resté trois ou quatre jours à Paris sans manger. »

En lisant l'interrogatoire, on est frappé de n'y trouver que ces bizarreries inexplicables pour ceux qui ne se livrent pas à la spécialité des maladies mentales.

Toutes ces circonstances, qui se rattachent à l'acte incriminé, comme l'acte lui-même, dénotent donc chez l'inculpé un délire partiel mélancolique.

Voyons maintenant ce qui s'est passé depuis l'acte incriminé. Marie-Antoinette Rosset déclare, comme témoin, qu'aussitôt après l'arrestation qui suivit le coup de poignard, Moretton, qui se trouvait en sa présence, lui dit : « Imbécile, tu me regardes, je t'en ferai autant ce soir. »

Cette réponse indique que le délire, qui faisait voir à ce malheureux des persécuteurs de toutes parts, durait encore. Voici, du reste, l'interrogatoire que lui fit subir le juge de paix :

D. Vos noms, professioo, âge, lieu de résidence?

R. Jean Moretton, dessinateur, à Paris, où il demeure rue Sainte-Avoye, n° 24, se rendant en ce momeot à Chazelles-sur-Lyon, lieu de sa naissance, département de la Loire, déclare être célibataire, âgé de quarante-cinq ans.

D. Connaissez-vous la personne que vous avez frappée aujourd'hui d'un coup de poignard à la table d'hôte de Roger, à l'hôtel de la poste, où vous avez déjeuné ce matin? Aviez-vous des motifs d'en vouloir à cette personne?

R. Non, monsieur; je ne connaissais pas cette personne, que je n'avais jamais vue, à laquelle je n'avais jamais parlé, et à laquelle aussi je n'avais pas de motif d'en vouloir.

D. Pourquoi dunc avez-vous frappé cette personne inoffensive? Quel motif a pu vous détermioer?

R. Je l'ai frappée sans aucun motif et sans haine, comme j'aurais pu frapper une autre personne.

D. Regrettez-vous la mauvaise action que vous avez commise?

R. Oui, monsieur, je la regrette sincèrement.

D. Reconnaissez-vous que vous avez frappé cette personne à l'épaule droite d'uo coup de poignard?

R. Oui, monsieur, je le reconnais.

D. Votre état mental a-t-il toujours été bon? Avez-vous été traité quelquefois dans une maison d'aliénés?

R. Je ne suis plus fou; mais je l'ai été, et j'ai été traité pour cette folie dans plusieurs hôpitaux, et dernièrement à Bon-Secours. Dans mes accès, je n'avais jusqu'ici frappé ni blessé personne.

D. Pour quels motifs avez-vous frappé la personne distinguée que vous avez choisie, plutôt que tout autre personue?

R. Je n'ai rien à vous dire à cet égard; je ne veux rien vous dire, mon ami; ce sont les personnes comme vous et comme tant d'autres qui m'ont mis dans l'état où je suis.

D. Lorsque vous habitiez Paris, faisiez-vous partie de quelque club, de quelque société secrète?

R. Non, monsieur, je n'en faisais pas partie.

D. Aviez-vous du travail à Paris? Vous y trouviez-vous dans un état actuel de gêne?

R. J'étais sans travail dans ces derniers temps; j'étais plus que dans la gêne; j'ai été quelquefois trois ou quatre jours sans manger, et je le prouverai, s'il le faut.

D. Pourquoi retournez-vous en ce moment dans votre pays natal?

R. Pour y chercher et y trouver de l'ouvrage; je me rendais chez un frère qui a de l'aisance, qui est mon parrain, et avec lequel je pouvais vivre.

D. Avez-vous déjà subi des condamnations à Paris ou ailleurs?

R. Non, monsieur.

A ce moment nous avons présenté au prévenu le couteau-poignard dont il s'était servi pour frapper, et dont le bout de la lame est encore ensanglanté; nous lui avons demandé s'il reconnaissait ce poignard.

R. Oui, je le reconnais; c'est celui dont j'ai frappé.

D. Reconnaissez-vous aussi deux rasoirs, un cuir à rasoir et quelques papiers renfermés dans un portefeuille en maroquin violet qui vous est présenté?

R. Oui, monsieur, je reconnais ces objets.

Conduit à la prison d'Auxerre, Moretton fut examiné par M. Paradis, qui constata, entre autres signes de folie, que l'inculpé ne se rendait pas compte du motif de soo arrestatioo, qu'il ignorait daos quel pays il se trouvait, s'interrompant pour dire qu'il voyait des illusions. Sa figure exprimait l'étonnement et la préoccupation; son regard ne se fixait sur aucun objet, mais se promenait lentement d'un point sur l'autre.

Il paraissait avoir souffert. La peau de son visage était pâle, et ses vêtements en désordre, quoique annonçant une certaine aisance.

Le 23 juillet, survint un délire général et dangereux, indiqué dans le certificat du même médecin, daté du même jour.

Moretton fut transféré dans l'Asile le 7 août 1849, refusant tout vêtement, tournant sur lui-même, les bras pendant le long du corps, le regard immobile, les lèvres entr'ouvertes, la pupille resserrée, le pouls donnant 85 pulsations par minute.

Le lendemain de son entrée, nous lui fîmes subir l'interrogatoire ci-après, et constatâmes l'état suivant :

D. Quel état faites-vous?

R. Dessinateur.

D. Dessinateur en quoi?

R. (Après un moment de silence.) En châles.

D. Vous êtes domicilié à Paris? (Le malade a écrit la veille sur un papier qu'il était domicilié à Paris.)

R. Je ne suis domicilié nulle part.

D. Mais vous avez écrit que vous étiez domicilié à Paris?

R. Je me suis trompé.

D. Vous souvenez-vous de ce que vous avez fait à l'hôtel de la poste, à Saint-Florentin?

(Moretton ne répond que par un gros soupir, et ses yeux s'humectent de larmes.)

D. Penser que la personne que vous avez frappé n'est pas morte doit être pour vous une grande satisfaction?

R. (Avec effusion de cœur et de voix.) Oui, monsieur.

D. Qu'est-ce que vous éprouvez?

(Moretton répond par de gros soupirs.)

D. Avez-vous mal à la tête?

R. Un peu.

D. Entendez-vous des voix qui vous importunent sans voir personne?

R. Oui, monsieur.

D. Que vous disent ces voix?

R. Je ne sais pas... (Les voix ne sont pas distinctes; ce sont de simples chuchotements.)

Moretton voit des feux, des étincelles; la cour lui paraît remplie de têtes de morts. Il refuse les aliments qu'on lui donne, s'imaginant qu'ils sont empoisonnés; que ce poison donne le choléra. La langue est bonne; il y a des chaleurs d'entrailles, de la constipation. Moretton est agité, privé de sommeil; le pouls donne 62 pulsations; la pupille est un peu dilatée; les extrémités sont froides.

La face exprime la stupeur, la tristesse et l'étonnement; il trouve étrange tout ce qui l'environne, prend les gardiens pour des gardes républicains, et me confond avec l'interne de la salle où il était couché à l'hôpital de Bon-Secours; enfin, il aperçoit tous les objets qui l'entourent sous des formes bizarres.

Le 17 août, ce délire diminuait et paraissait marcher à une heureuse solution, et le 18 Moretton était en pleine convalescence.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour 28 décembre, nous n'avons observé aucun signe de folie. Moretton s'occupe, parle et agit avec raison; il est calme, affectueux, prévenant. Ses yeux s'humectent de larmes au souvenir de ce qui s'est passé, et sa reconnaissance pour les soins qu'on lui a prodigués est profondément et vivement exprimée. Il parle de l'état dans lequel il s'est trouvé « comme d'une chose inouïe », et se montre heureux en pensant que M. Bruys n'a pas été gravement atteint.

Moretton a-t-il pu simuler la folie? Tous les symptômes du délire mélancolique que nous avons observés, et qui s'accordent si bien entre eux, ne permettent pas de le supposer; il serait impossible qu'un homme qui n'est pas médecin pût les feindre de cette manière. Du reste, l'insomnie ne se simule pas.

Conclusions.

Il résulte de ce rapport qu'avant l'acte incriminé Moretton était atteint de délire mélancolique, aliénation partielle de l'intelligence qui égarait son jugement et lui ôtait son libre arbitre;

Que, pendant l'acte incriminé, Moretton a cédé à un mouvement en rapport avec le désordre de son esprit;

Enfin, que ce délire, après le drame terrible dont ce malheureux a été l'auteur, s'est gravement accru.

En conséquence, nous croyons que Moretton ne saurait être responsable de l'acte incriminé, et qu'une maison d'aliénés est le seul asile qui convienne à sa situation.

Quelques efforts qui aient été faits dans ces derniers temps sur la monomanie homicide, il s'en faut que la science ait acquis dans l'opinion, sous ce rapport, la prépondérance qu'elle devrait avoir. Beaucoup de gens instruits du monde en sont encore à considérer comme des spéculations philosophiques l'opinion des aliénistes célèbres de nos jours touchant la *folie criminelle*, pour nous servir d'une expression consacrée; et la plupart des magistrats mêmes n'accordent à cette opinion qu'une valeur très accessoire, lorsqu'ils ne repoussent pas systématiquement comme de vaines prétentions les enseignements les plus positifs de la science. Trop souvent aussi, il faut le dire, les médecins eux-mêmes sont en désaccord sur l'interprétation des mêmes faits, et viennent ainsi fournir un nouveau prétexte aux doutes des magistrats, et jeter la confusion dans la science. Ajoutons qu'un certain nombre de faits trop complexes expliquent par leur obscurité même cette grande divergence d'opinions. Voilà pourquoi les cas simples ont encore besoin d'être recueillis, rigoureusement observés et propagés, parce que ce n'est qu'en habituant d'abord l'esprit avec les vérités simples qu'on parvient à lui faire comprendre les vérités plus complexes, quoique non moins évidentes. C'est comme exemple éminemment simple et convaincant que nous avons rapporté le fait de M. Girard. L'évidence de la folie a été telle, en effet, qu'une ordonnance de non lieu a suivi les investigations et le rapport des hommes de l'art. Quant aux preuves qui démontrent l'existence de la folie, elles ont été trop bien exposées dans le rapport pour qu'il soit nécessaire d'y insister de nouveau.

Nous ajouterons seulement une réflexion à propos d'une coïncidence qui aura sans doute frappé le lecteur comme nous-même; c'est celle du développement de la folie et de la convalescence du choléra. N'est-ce là qu'une coïncidence? Est-ce un rapport de causalité? On sait combien ont été nombreux, pendant la période de réaction ou même pendant la convalescence de la dernière épidémie, les accidents cérébraux. On sait combien de malades ont succombé à leur influence. Mais parmi ces accidents, on n'a point signalé, que nous sachions, la folie. Cependant, malgré ce résultat négatif de l'observation, et quoique d'ailleurs on trouve chez Jean Moretton des causes très rationnelles de folie, et spécialement de lypémanie, peut-être le fait qui précède doit-il attirer l'attention des observateurs sur la singulière coïncidence que nous signalons.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

État typhoïde primitif. Phlébite consécutive à l'altération du sang.

Anselle est un vieux militaire de quarante-cinq ans, ayant plus de vingt ans de présence sous les drapeaux, et servant en qualité de brigadier dans la garde républicaine. Ce militaire est d'une constitution au-dessous de la moyenne, et cependant il déclare s'être toujours bien porté.

Ayant perdu l'appétit depuis quelques jours, sujet à des frissons irréguliers avec céphalalgie, éblouissements dans la vue et faiblesse profonde, il fut envoyé à l'hôpital le 15 janvier.

A notre première visite, Anselle présente de l'hébétude, avec une certaine lenteur dans les réponses et tendance au sommeil. Son facies est pâle; des frissons ayant la région hypogastrique pour point de départ, et remontant à toutes les parties supérieures du tronc, apparaissent fréquemment. Les parois du ventre sont affaissées; il n'y a aucune douleur à cette région, même à une pression vive. Absence de toute tumeur et de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Nulle trace de pétéchies ou de taches rosées. Le pouls est faible, concentré, un peu fréquent (73). La langue est humide, froide, recouverte d'un léger enduit muqueux gris-cendré. La soif est nulle; il y a même répugnance pour toute boisson et dégoût prononcé. Céphalalgie obtuse persistante; chaleur générale au-dessous de l'état normal. Au reste, l'exploration la plus minutieuse ne décèle aucun désordre dans les poumons ni dans l'organe central de la circulation. Le foie reste indolore et occupe ses limites normales. Malgré l'apparence d'un certain caractère d'anémie, il n'existe point de bruit de souffle aux carotides ni aux jugulaires.

Le commémoratif ne laisse supposer aucune intoxication spéciale, et encore moins une infection. Ce militaire menait la vie commune à ses camarades, et sa nourriture était excellente.

En dehors de toute lésion appréciable d'organe, nous nous croyons fondé à supposer une affection générale, une affection siégeant dans l'un des grands systèmes, celui de la circulation, et nous diagnostiquons un état typhoïde avec adynamie.

Un émétique d'abord, puis le calomel à haute dose, constituent la base de notre médication.

Le 18, les frissons alternent avec des sueurs. La prostration paraissant se prononcer davantage, nous nous adressons aux toniques.

Subdélire dans la nuit du 18 au 19, avec manifestation de toux et augmentation de de la fréquence du pouls, qui monte à 116.

La percussion du thorax ne donne qu'une résonance normale. A l'auscultation, on perçoit dans quelques points de la face postérieure quelques bulles de râle muqueux fin.

Dans la journée du 19, apparaît une douleur assez aiguë, partant de la fosse iliaque gauche et longeant tout le membre pelvien du même côté jusqu'aux extrémités des orteils. Cette douleur est profonde. Le palper, qui l'exaspère dans la fosse iliaque, ne produit rien sur toute la longueur du membre. Les parois du ventre restent affaissées, et nous ne découvrons pas la plus petite trace de tumeur.

Du 19 au 20, survient un œdème considérable de tout le membre inférieur gauche. La saphène, comme toutes veines sous-cutanées, même les plus ténues, reste saillante et gorgée de sang, sans être le siége rougeur ni de douleur dans tout son parcours.

Le membre infiltré ne peut se mouvoir sans exaspérer la douleur centrale, qui paraît avoir son point de départ dans la fosse iliaque du même côté; il est en outre le siége de quelques fourmillements. A quoi faut-il attribuer l'apparition de ces nouveaux accidents?

Il n'existe dans la fosse iliaque gauche ni abcès, ni tumeur d'aucune nature susceptible d'exercer une compression sur les nerfs ou vaisseaux iliaques externes ou sciatiques. Le relâchement des parois abdominales permet un examen aussi étendu qu'on puisse le désirer. Il n'y a donc pas erreur de ce côté.

La moelle épinière n'a jamais été le siége d'aucune souffrance; et en supposant qu'une lésion d'une portion de cet organe ait pu donner lieu aux nouveaux désordres que nous observons, l'œdème prononcé du membre ne fût survenu qu'avec une certaine lenteur, et gagnant graduellement de bas en haut. On peut en dire autant pour toute affection du nerf sciatique ou crural. L'infiltration, au contraire, a apparu dans l'espace de quelques heures, comme si un gros vaisseau avait été subitement obturé.

Il existe en outre un signe qui peut aider à éclairer le diagnostic, c'est la douleur dans la fosse iliaque, douleur que la pression réveille plus vive, et qui suit la direction des vaisseaux iliaques externes. Il ne peut s'agir de l'obturation d'un gros tronc artériel; car alors les veines sous-cutanées du membre, au lieu d'être saillantes, resteraient effacées par le défaut du sang dans la circulation artérielle.

Nous sommes donc amené, par le raisonnement, à admettre soit l'obturation, soit l'inflammation d'un gros tronc veineux; car on sait que, dans la phlébite, même sans caillot obturateur, la circulation veineuse est considérablement ralentie. Le point de départ de la douleur siégeant précisément sur le trajet de la veine iliaque externe, et cette douleur s'étendant profondément dans toute l'étendue du membre correspondant, on peut admettre, il semble, qu'il y a phlébite de l'iliaque externe et de la crurale.

Une fois ces données bien établies, nous rapportons à cet état les troubles profonds de l'organisme; et les alternatives de frissons et de sueurs, ainsi que les désordres fonctionnels des poumons, nous paraissent le résultat d'un commencement d'infection purulente, s'ils ne sont même la conséquence naturelle du retentissement de la phlegmasie non suppurée dans tout le système circulatoire.

Les préparations de quinquina sous diverses formes et le sous-acétate de plomb à l'intérieur, un peu de bouillon, des frictions chaudes et oléagineuses sur le membre qu'on entoure de cruchons d'eau chaude, puis quelques doux purgatifs, tels sont les moyens qui pendant quelques jours défraient notre thérapeutique.

Le 27, les frissons disparaissent, et les sueurs persistent. L'adynamie se prolonge jusqu'au 21 février en éprouvant diverses oscillations. Ce n'est qu'à cette date que commence la convalescence; inutile de dire combien elle a été pénible. L'œdème du membre inférieur gauche n'a commencé à s'effacer que très tard, et sa disparition complète n'a eu lieu que le 15 mars. Anselle quittait l'hôpital le 24 du même mois.

Il nous reste à nous demander dans cette observation si, en l'absence de toute lésion traumatique et de toute infection primitive, cette phlébite localisée à un gros tronc a été le point de départ de la maladie que présentait ce militaire à son entrée à l'hôpital, ou si elle n'a été que la conséquence d'une altération plus générale, celle du sang.

Dans la première hypothèse, il faudrait supposer que la phlébite a été latente pendant quelques jours, alors qu'il n'y avait pas la moindre trace de douleur. Tout admissible que paraisse cette hypothèse, nous ne l'adoptons pas, parce que beaucoup de raisons militent contre elle. Nous inclinons plus volontiers vers l'autre manière de voir. Il est vrai qu'elle est fort hasardée; mais, en résumé, il faut bien se résoudre à conclure d'après les faits.

Le célèbre professeur de Vienne Rakytansky est peut-être le premier qui ait osé émettre une pareille opinion, quand, après avoir passé en revue la phlébite primitive, il cherche à établir qu'il existe une phlébite secondaire produite par une altération primitive du sang, suivie de sa coagulation et de l'inflammation consécutive des parois de la veine.

Et de fait, quand on réfléchit que pendant quelques jours notre malade ne présente que des phénomènes généraux qui semblent se rattacher à un état typhoïde, et qu'ensuite survient une localisation manifeste évidente, n'est-on point en droit de conclure à la phlébite consécutive, si phlébite il y a eu réellement?

Enfin, soit que la phlébite ait été primitive ou consécutive, est-on admis à croire qu'elle a été adhésive? L'heureuse issue de la maladie, l'apparition spontanée de l'œdème considérable du membre, ainsi que sa longue persistance avec plénitude et distension des veines sous-cutanées, nous feraient pencher à admettre cette variété, bien qu'elle soit de toutes la plus rare.

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Sulfure de carbone (carbure de soufre, liqueur de Lampadius).

Le sulfure de carbone est un liquide neutre aux réactifs, plus lourd que l'eau (1,26), incolore. Il entre en ébullition à + 470, se volatilise et s'enflamme avec une grande facilité. Sa saveur est piquante et désagréable; son odeur, très pénétrante, a quelque chose d'alliacé.

Ce corps, dont on fait usage depuis quelque temps en chirurgie comme dissolvant du gutta-percha, se produit lorsqu'on chauffe au rouge du soufre avec du charbon.

Le sulfure de carbone, indépendamment de son action altérante sur le sang, agit dans l'économie animale comme excitant diffusible énergique, en augmentant l'activité du système circulatoire et nerveux, développant la chaleur et provoquant les sécrétions cutanées et rénales. Son administration à dose trop élevée peut déterminer une irritation locale de l'estomac et occasionner, en outre, une sorte de narcose en produisant un état congestif du cerveau. C'est sans doute en partie ce motif, joint à d'autres analogies, qui l'a fait employer comme anesthésique. Mais, indépendamment de l'inconvénient qui résulte de son odeur repoussante, l'inhalation du sulfure de carbone doit être rejetée à cause de l'action irritante qu'il exerce sur la muqueuse bronchique. Le sulfure de carbone a été préconisé d'abord par Lampadius, qui le découvrit en 1790, et plus récemment par Schweigger, Otto, etc., dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. Le professeur Wutzer, de Bonn, l'a prescrit comme emménagogue, sous la forme suivante:

Sulfure de carbone. . . . . . . 4 grammes.

Dissolvez dans:

Alcool rectifié. . . . . 15 grammes.

Renfermez dans un flacon bouché à l'émeri.

4 à 6 gouttes toutes les deux heures dans de l'eau sucrée. Toutefois, le meilleur véhicule de ce corps est le lait, avec lequel il se mélange fort bien.

Employé pur à l'extérieur, le sulfure de carbone, lorsqu'on l'applique directement sur la peau, y détermine une hypérémie mordicante avec stase inflammatoire, qui, du reste, n'est pas persistante; on a néanmoins proposé son emploi dans le traitement des brûlures au premier degré, à cause de la réfrigération considérable que produit sa prompte volatilisation. Krimmer l'a employé dans le traitement des tumeurs blanches, en laissant tomber trois fois par jour 40 à 50 gouttes de sulfure sur l'articulation malade, en enveloppant ensuite cette partie d'une peau de cygne.

On en fait également usage en liniment à la dose de 8 grammes dans 15 grammes d'huile d'amande pour frictionner les parties prises de goutte et de rhumatisme. L'emploi de ce corps sulfuré rendrait sans doute aussi d'utiles services dans le traitement de la gale.

Turnbull a recours à ces vapeurs mélangées avec celles de l'iode, et appliquées en douches locales dans le traitement des affections oculaires torpides et de certaines maladies de l'oreille. On les a conseillées encore contre les gonflements érysipélateux produits par les engelures, usage pour lequel nous indiquons la formule suivante:

Sulfure de carbone.	8,0	grammes.
Camphre.	0,3	—
Alcoolat de Fioventi.	90,0	—
Baume du Péron.	4,0	—

Frictions matin et soir.

Citrate de fer et de magnésie.

On le prépare en dissolvant d'abord de l'oxyde ferrique hydraté fraîchement précipité dans une solution d'acide critique, saturant ensuite la liqueur par du carbonate magnésique, puis évaporant à siccité. Ce sel se présente en écailles brunes, brillantes, d'une saveur douçâtre très faiblement atramentaire, qui n'a rien de désagréable. Il est parfaitement soluble dans l'eau, et a sur le ferro-citrate d'ammoniaque l'avantage de n'être point déliquescent, ce qui permet de l'employer sous forme de poudre. De plus, il ne produit point la constipation que détermine l'usage de la plupart des autres ferrugineux.

Dose et forme. — Trois, six à douze grains en solution. On l'administre également en poudre ou en pilules.

Nous avons pris ce sel pour base de quelques préparations pharmaceutiques dont voici les formules.

Sirop de citrate de fer et de magnésie.

Citrate de fer et de magnésie.	8	grammes.

Dissolvez dans :

Eau de fleurs d'oranger.	16	grammes.
Sirop simple.	180	—

M.

Ce sirop forme l'une des préparations ferrugineuses les plus agréables.

Saccharure de citrate de fer et de magnésie.

Citrate de fer et de magnésie.	4	grammes.
Sucre en poudre.	30	—
Poudre d'écorce de cannelle.	4	—

Mêlez, divisez en doses de 0,75.

Tablettes de citrate de fer et de magnésie.

Citrate de fer et de magnésie.	4	grammes.
Sucre en poudre.	34	—
Saccharure de vanille.	2	—
Mucilage de gomme adragante.	Q. S.	

Pour faire des tablettes de 0,75.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 20 mars 1850. — Présidence de M. Deguise père.

M. R. Marjolin exprime ses remercîments à la Société pour les témoignages de regrets qu'elle a donnés à la mort de son père.

M. Vidal demande que le discours prononcé par M. Monod sur la tombe du professeur Marjolin reçoive toute la publicité que peut lui offrir la Société de Chirurgie, et soit inséré à la fois dans les bulletins et dans les fascicules.

Cette proposition est adoptée.

Correspondance.

M. Letenneur (de Challans), membre correspondant de la Société, lui adresse un travail manuscrit comprenant trois observations, dont M. Deguise fils donne lecture.

Voici les titres de ces trois observations (l'une d'elles est accompagnée d'un dessin):

1° *Kyste muqueux du col de l'utérus.* — *Ligature.* — *Guérison.*

2° *Polype fibreux de l'utérus.* — *Ligature.* — *Guérison.*

3° *Polype du bulbe de l'urètre.* — *Ligature et excision.* — *Guérison.*

Ce travail est renvoyé au comité de publication.

Calcul salivaire de la glande sous-maxillaire.

M. Fleury, chirurgien de la marine, lit une observation qu'il a recueillie aux Antilles. Il s'agit d'un calcul salivaire qui se serait développé dans l'épaisseur même de la glande sous-maxillaire et non dans le conduit de Warthon. Ce calcul, mis sous les yeux de la Société, a la forme et le volume d'une assez grosse noisette.

M. Robert demande à M. Fleury s'il est certain que le calcul ne se trouvait point dans le canal de Warthon, et insistant sur la probabilité de ce fait, à savoir: que les calculs se développent très fréquemment dans ce canal et très rarement dans la glande, il engage l'auteur de cette observation à la reproduire dans tous ses détails, afin qu'elle ne laisse subsister aucun doute à cet égard.

M. Fleury répond qu'il s'est bien assuré du siége de ce calcul dans l'épaisseur de la glande elle-même et non dans le canal. Il a été le chercher fort loin, au delà de la dernière molaire.

M. Maisonneuve objecte que, si le calcul se fût développé dans la glande, il n'eût point fait de saillie.

M. Fleury rappelle que le calcul n'était pas saillant.

M. Chassaignac croit que, s'il s'était trouvé dans le canal de Warthon, il aurait déterminé des accidents de rétention de salive par oblitération complète.

M. Maisonneuve saisit l'occasion que lui offre M. Fleury, pour présenter à la Société un petit calcul du canal de Warthon, qu'il a extrait il y a huit jours chez une malade de son service à l'hôpital Cochin. Cette femme était depuis dix-huit mois environ affectée à intervalles variés, de huit jours à six semaines, d'accès de douleurs et de tuméfaction inflammatoire dans la région sublinguale et sous-maxillaire. La malade était en ce moment atteinte d'un ces accès. M. Maisonneuve reconnut les symptômes d'un calcul du canal de Warthon, et en fit l'extraction au moyen de pinces très fines introduites par l'orifice même du canal, préalablement dilaté par une petite incision avec la lancette.

M. Forget demande à M. Maisonneuve si chez sa malade il a constaté les signes de la rétention de salive.

M. Maisonneuve répond qu'il a reconnu dans ce cas tous les symptômes dont Boyer a donné une parfaite description.

M. le président nomme une commission composée de MM. Maisonneuve, Robert et Chassaignac, pour examiner l'observation qui vient d'être lue par M. Fleury.

Plaie pénétrante de l'abdomen, compliquée d'étranglement intestinal.

M. Chassaignac communique le fait suivant:

Un homme dans une rixe avait été frappé d'un coup de couteau dans le ventre. L'instrument tranchant avait pénétré dans la cavité abdominale, au-dessous de l'ombilic. La plaie transversale offrait à peu près trois travers de doigt d'étendue à la surface des parois du ventre, mais elle se rétrécissait sensiblement vers les parties profondes.

Le médecin appelé à donner les premiers soins au blessé réunit la plaie extérieure avec la suture entortillée; mais bientôt des accidents d'étranglement intestinal se déclarent: douleurs, hoquet, nausées, vomissements, simples d'abord, stercoraux ensuite. Ces accidents, plus ou moins prononcés, parviennent au huitième jour de la blessure. C'est alors, le 11 mars, que le blessé est conduit à l'hôpital Saint-Antoine, dans un état de faiblesse et d'épuisement extrême. L'interne de service enlève la suture qui tient encore; il s'aperçoit qu'une petite anse d'intestin s'est engagée entre les lèvres de la plaie, et il essaie inutilement de la réduire.

M. Chassaignac est appelé; il constate cet étranglement, qui lui semble produit par un pincement partiel de l'intestin, tandis que celui-ci se trouve libre dans le reste de son étendue, à tel point que l'ouverture de la plaie permet au doigt de pénétrer facilement dans l'abdomen.

La réduction, tentée de nouveau avec précaution et sans débridement, réussit en ce sens qu'elle fait cesser les accidents d'étranglement; mais elle n'empêche pas le blessé de succomber quelques heures après.

A l'autopsie, on ne trouve aucune trace de péritonite, pas le moindre épanchement; mais on reconnaît sans peine le point de l'intestin qui avait été pincé entre les bords postérieurs de la plaie. Autre chose encore, c'est que, sur un point rapproché de celui-là, les membranes séreuse et musculaire seulement ont été entamées par l'instrument vulnérant qui n'avait pas divisé la membrane muqueuse.

M. Chassaignac regrette d'avoir réduit l'intestin sans l'avoir préalablement attiré au dehors, selon un principe établi, parce qu'il s'exposait à en déterminer la rupture, et à produire ainsi un épanchement dans le ventre.

Kyste graisseux de la région anale.

M. Larrey présente à la Société une pièce pathologique, dont il résume l'observation de la manière suivante:

« Un officier de cavalerie, dans la force de l'âge, d'une bonne santé, d'une forte constitution, est entré ces jours-ci au Gros-Caillou pour s'y faire débarrasser d'une tumeur dont le siége, la forme et le développement offrent quelque intérêt par des dispositions bizarres.

Cette tumeur, située dans la région anale postérieure, a eu pour origine, il y a une douzaine d'années, un simple bouton, dont la cause reste inappréciable. Une blennorrhagie compliquée d'une cystite et des hémorrhoïdes fluentes sont les seules affections qui se rattachent aux antécédents de la tumeur, sans avoir eu la moindre influence sur sa nature et ses caractères. Très petite d'abord, cette tumeur avait une forme lenticulaire qu'elle a conservée pendant longtemps; elle a grossi peu à peu, et en devenant plus saillante, elle avait acquis en 1849 le volume et la forme d'une mamelle de moyenne grosseur, nettement arrondie à sa surface, largement étalée à sa base, assez souple, mobile à la pression, sans changement de coloration à la peau, et tout à fait indolore.

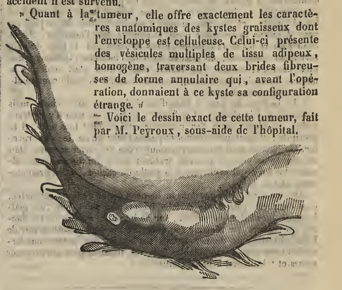
M. A... n'éprouvait même que fort peu de gêne par la saillie de cette tumeur, qui supportait comme les fesses la station assise; mais sa forme hémisphérique se modifia ensuite de telle sorte qu'elle devint oblongue, et présenta, au bout d'un certain temps, la configuration exacte d'un pénis à l'état de flaccidité, siégeant en arrière de l'anus sur la fesse gauche, près de la commissure, et dirigé parallèlement à elle. La portion libre de cet appendice offrait transversalement deux replis cutanés ou intersections circulaires, simulant vers l'extrémité un prépuce oblitéré, et vers le milieu le corps de la verge, tandis que la base élargie et continue à la peau représentait assez exactement un scrotum distendu près duquel les poils de l'anus s'étendaient un peu. Cette production accidentelle mesurait sept centimètres de longueur et cinq dans sa plus grande circonférence. Elle avait acquis probablement cette seconde forme si bizarre par l'exercice habituel du cheval et par la compression sur la selle.

Développée d'ailleurs dans une région pourvue de tissu adipeux abondant, la tumeur nous offrait les caractères des loupes ou des kystes graisseux: consistance molle, souple, indolente, dépressible, élastique; surface inégale par les renflements indiqués; apparence de fluctuation qui, faute d'une exploration exacte, aurait pu en imposer soit pour un kyste séreux, soit pour une tumeur sanguine variqueuse ou érectile, soit même pour une tumeur herniaire. Inutile d'indiquer les signes négatifs de ces tumeurs par la palpation directe et par le toucher rectal. Notre diagnostic fut donc celui d'un kyste graisseux.

« Pour le confirmer cependant, dit M. Larrey, j'avais prié MM. Bégin et Gimelle de voir ce cas singulier, et, d'après leur avis, conforme au mien, je procédai devant eux à l'ablation de la tumeur. L'opération, assez simple, fut facilitée par l'emploi du chloroforme, que le malade, très nerveux d'ailleurs, désirait absolument. Une incision circulaire de la peau vers la base du kyste nous permit de l'énucléer en partie et de le détacher en totalité sans altérer sa forme. Le seul rapprochement des lèvres de la plaie par deux points de suture et un pansement simple aidé de la position suffiront sans doute, étant renouvelés, pour assurer la cicatrisation. Aucun accident n'est survenu.

» Quant à la tumeur, elle offre exactement les caractères anatomiques des kystes graisseux dont l'enveloppe est celluleuse. Celui-ci présente des vésicules multiples de tissu adipeux, homogène, traversant deux brides fibreuses de forme annulaire qui, avant l'opération, donnaient à ce kyste sa configuration étrange. »

— Voici le dessin exact de cette tumeur, fait par M. Peyroux, sous-aide de l'hôpital.



Tumeur érectile veineuse de la région dorsale.

M. Maisonneuve communique l'observation suivante:

Une jeune fille, en pension, avait reçu, il y a quelques mois, un coup de bâton dans la région supérieure du dos; une douleur vive d'abord, une large ecchymose ensuite avec gonflement, et enfin une tumeur, furent le résultat de cette violente contusion. M. Nonat, consulté pour cette jeune fille, l'adressa à M. Maisonneuve, qui reconnut l'existence d'une tumeur molle, indolente, irréductible et peu mobile, sans fluctuation et sans battements, offrant, en un mot, les caractères d'un lipome situé sous le trapèze. Tel fut, en effet, le diagnostic posé par M. Maisonneuve, qui se décida, en conséquence, à pratiquer l'extirpation de cette tumeur.

Une incision verticale semblait devoir suffire pour diviser les téguments et le muscle trapèze; mais elle ne mit la tumeur à nu qu'après avoir coupé le grand complexus qui la recouvrait. On reconnut alors que cette tumeur, au lieu d'être graisseuse, était sanguine, composée de vaisseaux variqueux, et développée assez près de la colonne vertébrale pour faire craindre des connexions avec les plexus veineux de cette région.

M. Maisonneuve, en présence de ce cas difficile et inattendu, crut devoir achever l'opération qu'il avait commencée. Il ajouta une incision transversale à l'incision verticale, et la transforma ainsi en incision en T afin d'en écarter les lèvres et d'essayer l'énucléation. Mais cette tentative fut inutile; il y eut nécessité de disséquer profondément la tumeur, de la sculpter pour ainsi dire, soit avec le bistouri, soit avec les ciseaux. Elle fut enlevée enfin complétement sans accident immédiat d'hémorrhagie, et la réunion par première intention fut faite à l'aide des serres-fines. M. Maisonneuve en eut regret ensuite, car, dès le lendemain, il fut obligé de détruire la réunion commencée pour donner issue à une assez grande quantité de sang épanché sous la peau. Le pansement compressif simple fut substitué à la réunion immédiate, et le résultat actuel est aussi satisfaisant que possible.

La tumeur, examinée avec soin, offre les caractères anatomiques des tumeurs érectiles veineuses.

M. Maisonneuve ajoute que le signe essentiel de ces tumeurs, la réductibilité, n'a pu être constaté ici, en raison sans doute de la situation profonde de la tumeur et de la résistance opposée par la malade à une exploration attentive.

M. Demarquay a eu occasion, l'année dernière, d'observer une transformation érectile de la partie supérieure des muscles fléchisseurs superficiels et profonds de l'avant-bras; et il comparerait volontiers ce fait-là à celui qui vient d'être communiqué.

Instrument pour la céphalotripsie.

M. Morel-Lavallée présente un instrument imaginé par M. Luër pour pratiquer la céphalotripsie et l'extraction de la matière cérébrale à l'aide d'une pompe aspirante basée sur le tracteur à air.

M. Danyau est chargée d'examiner cet instrument et de faire connaître son appréciation à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOUVELLES.

Dans sa dernière séance, la commission municipale de la ville de Paris a voté pour les dépenses d'achèvement de l'hôpital Louis-Philippe, aujourd'hui hôpital de la République (clos Saint-Lazare), une somme de 600,000 fr., qui devra être consacrée à la reprise immédiate des travaux de construction dès que la saison rigoureuse aura cessé. L'évaluation totale des dépenses a été, dès 1845, fixée à 5 millions 384,667 fr., dont un tiers à fournir par l'administration des hospices, et les deux autres tiers à la charge de la ville.

L'administration des hospices a payé son contingent par fractions dans les trois années 1847, 1848 et 1849 (1 million 791,889 fr.); il ne reste plus maintenant à payer par la ville (et ce, par suite des dépenses qu'elle a déjà acquittées pour sa part) qu'une somme de 2 millions 389,778 fr.; c'est sur ce solde que doivent être imputés les 600,000 fr. votés hier. Il y a donc lieu d'espérer que l'achèvement complet du nouvel hôpital ne se fera pas longtemps attendre. On sait que le service chirurgical, qui est celui dont l'urgence est la plus grande, doit être confié à M. le docteur Voillemier.

— Le triste événement dont nous trouvons la relation dans le *Courrier de la Drôme* nous donne une déplorable preuve de l'abandon inhumain dans lequel on laisse encore les pauvres aliénés dans bien des localités de la France.

Voici ce qu'on écrit à ce journal :

« Notre ville (Joyeuse) a été mise en émoi par un incendie qui a éclaté dans la prison. M. Ruelle, juge de paix, s'était porté un des premiers sur le lieu du sinistre ; une épaisse fumée couvrait tous les bâtiments, et personne n'osait y pénétrer ; mais M. le juge de paix fit ouvrir la première porte et pénétra dans l'intérieur. Après avoir exploré les deux premiers corps de logis, M. le juge de paix arriva au troisième, où était le foyer de l'incendie : la fumée, des plus intenses, sortait d'un cachot dans lequel était renfermé le nommé Jaussoin, âgé de vingt-huit ans, arrêté la veille comme atteint de démence furieuse.

» M. le juge de paix se hâte d'ouvrir la porte du cachot, mais repoussé par la chaleur et la fumée, il tente en vain d'y rentrer ; enfin, se débarrassant des personnes qui veulent le retenir, il se précipite, et quelques instants se passent sans qu'on le voie revenir. On le croit asphyxié, et personne n'ose lui porter secours. Mais ce courageux citoyen reparaît traînant après lui un cadavre calciné. Le feu, qui avait pris à la paille du cachot, a été promptement éteint. »

Ainsi ce n'est même pas dans un hameau dénué de toute ressource, c'est dans une ville d'une certaine importance qu'on jette un malheureux aliéné dans un cachot, sur de la paille, au lieu de lui donner les recours que réclame son état. Ne serait-il pas du devoir de l'administration de donner à tous ses agents des instructinns formelles pour que de semblahles faits ne viennent plus attrister nos cœurs et faire honte à notre civilisation ?

Prix Esquirol.

Esquirol avait fondé en 1818 un prix de 200 fr., qu'il donnait chaque année à la fin de son cours à l'auteur du meilleur mémoire sur les maladies du système nerveux.

Ce prix, rétabli par M. le docteur Mitivié, neveu d'Esquirol, et médecin en chef de l'une des sections d'aliénées de la Salpêtrière, sera accordé à celui des concurrents qui enverra la meilleure collection d'observations complètes relatives à l'aliénation mentale et aux névroses.

Les internes non docteurs des asiles d'aliénés de France seront seuls admis à concourir.

Ce prix consistera en un exemplaire du *Traité des maladies mentales* d'Esquirol et une médaille d'or de la valeur de 200 fr.

M. Baillarger donnera comme second prix la collection des *Annales médico-psychologiques*.

Les mémoires, écrits lisiblement et dans les formes usitées, devront être envoyés au bureau du Journal avant le 1er janvier 1851.

Le premier numéro de la deuxième série des *Annales médico-psychologiques* vient de paraître. Il contient un travail de M. Parchappe sur la symptomatologie de la folie considérée surtout dans ses phénomènes psychiques ; des rapports de médecine légale, par MM. Gérard et Aubanel, et un mémoire de M. Morel sur l'amélioration de la classe si nombreuse des galeux. Il résulte d'une note officielle qu'on comptait au 1er janvier 1849 en France dans les établissements d'aliénés publics et privés 19,765 malades. Ce chiffre se répartissait entre 38 asiles départementaux, 23 hôpitaux et 12 établissements particuliers avec lesquels les départements qui n'ont pas d'asile ont fait des conventions ; le nombre des établissements particuliers n'a point été indiqué. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces travaux. La rédaction du Journal vient de s'adjoindre M. Brierre de Boismont, qui est spécialement chargé de sa direction matérielle.

HUILES D'AIX. Plusieurs fois nous avons annoncé l'entreprise de notre confrère le docteur Rondard. Maintenant que nous avons fait venir de son huile pour notre consommation et que nous l'avons goûtée, nous pouvons la recommander en toute sûreté de conscience. La vérité est que jamais nous n'avions mangé d'huile aussi bonne et à si bon marché.

En demandant un baril de 20 à 40 kilog., l'huile revient, à Paris, port et droits d'entrée payés, à moins de 1 fr. 70 c. la livre.

Chez les épiciers, elle coûte plus cher, et, pour la pureté et la finesse, elle est à cent lieues de celle de M. Rondard.

Adresser les demandes à M. le docteur Rondard, propriétaire à Grans, arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône).

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Nous rappelons à Messieurs les Médecins les Bouts de sein et Biberons en tétine de **MADAME BRETON**, sage-femme. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention. Rue St-Sébastien, 40.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE BELGE.

Présidence de M. Velminckx.

Discussion de la proposition de M. Thirion, relative à la prohibition du Rob dit de Laffecteur.

(Voir le nº du 28 mars.)

M. de Mersseman. Messieurs, l'interpellation de M. le président est trop directe pour que je ne me hâte d'y répondre.

La commission médicale de la Flandre occidentale, dont je fais partie, a été consultée sur la question de savoir s'il fallait ou non prohiber le rob de Laffecteur. La question était aussi simplement formulée que je la reproduis ici. La commission, après l'avoir mûrement pesée, a cru devoir répondre que, comme tous les remèdes secrets étaient prohibés, le rob Laffecteur pouvait l'être, et qu'elle votait pour cette prohibition.

Ce n'est pas avec légèreté qu'elle a pris cette décision. Si, dans l'armée, on a une multitude de preuves qui constatent que le rob Laffecteur est en quelque sorte indispensable pour la guérison de certaines maladies, je pense que dans la pratique civile on a des faits qui prouvent qu'il y a d'autres remèdes aussi efficaces pour guérir ces mêmes maladies. Voilà pourquoi la commission médicale de la Flandre occidentale s'est prononcée pour la prohibition.

Il est souvent arrivé que l'avis des commissions médicales était demandé relativement à l'introduction de médicaments prohibés par la loi, et jamais on n'a accordé une autorisation sans qu'elle ne fût suivie d'une foule d'autres demandes. La commission de la Flandre occidentale a donc cru faire chose utile en se prononçant pour la prohibition du rob de Laffecteur comme pour celle de tous les remèdes secrets, et cela dans la prévision qu'en cas de décision contraire, des demandes pour l'introduction d'autres médicaments secrets seraient faites.

Que le rob Laffecteur soit efficace dans certains cas, cela est vrai ; mais par des succédanés et par d'autres remèdes, on obtient les mêmes effets.

Ainsi, messieurs, les commissions médicales, en appuyant la prohibition du rob de Laffecteur, se sont prononcées en conscience, et ont cru agir dans l'intérêt du pays.

M. Carlier. J'ai aussi l'honneur de faire partie d'une commission médicale provinciale.

Il a également été question, dans le sein de cette commission, du rob de Laffecteur, et elle s'est prononcée, je dois l'avouer, pour son interdiction. Mais vous voudrez bien remarquer que comme moyen thérapeutique, l'efficacité de ce remède n'a pas été contestée. Le rob de Laffecteur a été considéré comme un remède, je ne puis pas dire indispensable, mais souverainement utile dans des cas déterminés. On a dit qu'il y avait des agents supplémentaires du rob dont il s'agit. Cette opinion n'a pas été débattue, parce que cela n'était pas nécessaire. La commission médicale de Brabant a admis que c'était un remède utile, et elle ne s'est point prononcée pour la prohibition à ce point de vue.

Elle s'est placée au point de vue de la législation médicale, et elle a poussé jusqu'à l'extrême sévérité l'observation des lois, le respect de la légalité. C'est en vertu de l'article de la loi qui défend les remèdes secrets qu'elle a voté pour l'interdiction du rob de Laffecteur.

Remarquez encore que ce vote est loin d'avoir été unanime, et qu'il n'est pas passé sans avoir été vivement contesté. Si la question revenait à l'examen de la commission du Brabant, il est probable qu'une tout autre résolution serait prise.

M. Langlet. J'ajouterai quelques mots qui, peut-être, expliqueront les motifs du vote des commissions médicales. Vous devez vous rappeler que dans le principe, lorsque les premières expériences ont été faites par M. Boyveau, celui-ci n'était pas médecin : Laffecteur seul était médecin. Il fallait un titre pour être autorisé à employer ce remède.

(M. Langlet fait preuve ici d'une étrange ignorance des faits qu'il affirme : Boyveau était médecin, et Laffecteur ne l'a jamais été ; il avait prêté son nom au docteur Boyveau moyennant le payement d'une somme : les actes authentiques reproduits ici bas en sont la preuve manifeste (1).

Eh bien ! continue M. Langlet, les descendants de Boyveau ont vendu à un médecin de Paris la recette du rob de Boyveau-Laffecteur, et je suis bien persuadé que le rob qui se vend maintenant dans le commerce sous ce nom n'est pas le rob Laffecteur qu'on vend dans les officines. Ainsi, je citerai des pharmaciens de Bruxelles, et notamment M. Thiriaux, qui ont un dépôt de rob de Laffecteur. Je pourrais citer telle autre maison qui a un dépôt du rob Boyveau-Laffecteur. Si l'on permet l'introduction de ce médicament dans le pays, on aura tantôt le rob de Laffecteur, tantôt le rob de Boyveau-Laffecteur, et l'on sera dans l'incertitude sur la nature du médicament qu'on emploie.

(Il n'y aura pas d'incertitude possible, puisque, sous l'une ou l'autre dénomination, c'est absolument la même préparation exécutée d'après une formule identique. D'ailleurs, il n'y a à Paris aucun propriétaire du rob du nom de Laffecteur (ce nom est une raison de commerce) ; c'est un sieur Hoffmann, qui n'est pas médecin, qui débite le rob sous le seul nom de Laffecteur, par suite de l'héritage qu'il a fait d'une part de la propriété du rob, pour l'exploitation duquel Boyveau avait un associé, ainsi que le constate l'acte que nous intercalons ici, en raison de son importance spéciale.)

« Par-devant Me Laisné et son collègue, notaires impériaux, à Paris, soussignés, 18 fructidor an XIII, septembre 1805, fut présent sieur Denis Laffecteur, employé, demeurant à Paris, rue du Long-Pont, division de la Fidélité, nº 4 ; lequel a, par ces présentes, déclaré qu'il n'a jamais été propriétaire ni inventeur du Rob Antisyphilitique végétal connu sous son nom, qu'il n'a jamais été que le prête-nom de MM. Pierre Boyveau, docteur en médecine, et Joseph-François Raffard Marcilly, pour et au profit desquels a été obtenu, sous le nom dudit sieur comparant, un arrêt du Conseil du roi du 12 septembre 1778, ainsi que tous les autres actes émanés des autorités avant ou depuis ledit arrêt du Conseil. En conséquence, ledit sieur Laffecteur renonce à tous droits personnels à la propriété et à la distribution dudit remède, et consent, en tant que besoin, qu'il en soit usé comme par le passé à cet égard.

» Ces déclarations et consentement sont ainsi faits et donnés moyennant la somme de 1,185 francs ou 1,200 livres tournois, que ledit sieur Laffecteur reconnaît avoir reçue desdits sieurs Boyveau et Marcilly dès le mois d'avril 1789.

» Dont quittance.

» Sont intervenus lesdits sieurs Pierre Boyveau et Mathias-François-Louis Hoffmann (père du débitant actuel), gendre et successeur dudit sieur Raffard Marcilly, tant en son nom que pour les autres enfants dudit sieur Marcilly, tous conjointement acquéreurs des droits dudit sieur, leur père audit remède, suivant un contrat passé devant ledit Me Laisné, le 9 messidor an VI, lesquels, sous la réserve de leurs droits respectifs, ont accepté les déclarations et consentement ci-dessus.

« Enregistré, à Paris, le 22 fructidor an XIII ; reçu 27 fr. 50 c.

» Signé, Pierret. »

M. François. Lorsqu'en 1828, une commission formée par le gouvernement était réunie à Bois-le-Duc, la question qui nous occupe fut aussi mise en discussion, et l'honorable M. Fallot et moi nous combattîmes de toutes nos forces la prohibition du rob de Laffecteur que demandaient les médecins hollandais. La commission médicale du Hainaut tout entière, que je représentais dans cette assemblée, m'avait autorisé à en agir ainsi.

Qu'il y ait maintenant deux ou trois espèces de robs, peu importe. Le rob de Laffecteur n'en existe pas moins tel qu'il a toujours existé. Il peut y avoir des contrefaçons ; mais cette question n'est pas soumise au jugement de l'Académie. La question qui lui est soumise en ce moment est celle-ci : admettra-t-on ou n'admettra-t-on pas le rob de Laffecteur en Belgique ?

On a parlé de l'avis exprimé par les commissions médicales. Mais les commissions médicales sont-elles bien compétentes en cette matière ? il me semble que non. Ce sont les praticiens qui doivent être consultés. Eh bien ! la plupart des médecins du pays déclarent qu'ils considèrent ce remède comme indispensable.

Je suis convaincu, cependant, que le rob de Laffecteur est moins employé qu'il ne l'était il y a vingt ans ; mais il n'en est pas moins indispensable dans certains cas particuliers.

Je demande, messieurs, que l'Académie prie le gouvernement de révoquer la prohibition qui frappe le rob de Laffecteur.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Copies de tous les actes sont déposées en l'étude de Me Dessaigne, notaire, place des Petits-Pères, 9, à Paris.

« Nous soussignés, Pierre Boyveau et Denis Laffecteur, ancien inspecteur des vivres, sommes convenus de ce qui suit, savoir :

» Que moi, Pierre Boyveau, en vertu de l'agrément et consentement exprès du sieur Denis Laffecteur, ayant fait présenter au roi une requête au nom dudit sieur Laffecteur pour obtenir le privilége de la vente et distribution d'un remède antivénérien, connu et annoncé sous le nom de Rob antisyphilitique ; ledit sieur Laffecteur trouve bon que l'arrêt du conseil et des lettres-patentes qui interviendront sur ladite requête soient obtenus en son nom ; comme aussi tous les marchés ou traités qui pourront être faits relativement à l'exploitation dudit remède, dont, par ladite requête, ledit sieur Laffecteur paraît possesseur et propriétaire, quoique dans le vrai il n'ait fait que rendre audit sieur Boyveau le bon office de lui prêter son nom ; bien entendu que ledit Boyveau ne pourra, en aucune manière, contracter des engagements qui grèvent particulièrement ledit sieur Laffecteur, ne lui prêtant son nom que pour les affaires relatives à l'emploi du susdit remède.

» Et moi, Denis Laffecteur, je déclare, par ces présentes, à mondit sieur Pierre Boyveau, que je n'ai aucune [illegible] de propriété sur le susdit remède, que j'y renonce même autant qu'il est besoin, ainsi que sur les produits qui pourront résulter de la vente d'icelui, de quelque manière qu'elle soit faite, soit dans les hôpitaux militaires du royaume et autres, ou autrement, me contentant d'une gratification annuelle et fixe pour toute rétribution, de quinze cents livres chaque année, qui me sera payée par mondit sieur Boyveau, sur mes simples quittances, et ce, pendant tout le temps que ledit sieur Boyveau jouira de la permission de vendre et distribuer sous mon nom ledit remède antivénérien, laquelle gratification annuelle de quinze cents livres, moi, Boyveau, j'accorde à mondit sieur Laffecteur, aux mêmes clauses et conditions stipulées ci-dessus, laquelle gratification de quinze cents livres ne commencera à courir que du jour de la publication de l'arrêt du Conseil portant le privilége que sollicite ledit sieur Boyveau, pour ladite gratification être payée de trois mois en trois mois, sur les quittances dudit sieur Laffecteur. Fait double, à Paris, le 1er juillet 1778 ; approuvé un mot rayé nul. — Signé, Laffecteur. — Approuvé l'écriture et un mot rayé comme nul. — Signé, Boyveau. »

« Je soussigné, Denis Laffecteur, déclare et reconnais qu'en outre des causes énoncées en l'acte sous-seing privé des autres parts, pour lesquelles M. Boyveau m'avait accordé une gratification annuelle de quinze cents livres, je devais servir de commis audit sieur Boyveau et l'aider de mes services en cette qualité sans aucune autre rétribution : mais que d'autres occupations et les circonstances ne m'ont pas permis de remplir cette condition ; qu'en conséquence, j'ai demandé audit sieur Boyveau de me payer, à titre de forfait, une somme de trois mille livres, pour raison du prêt que je lui ai fait de mon nom, tant pour le passé que pour l'avenir, n'entendant aucunement déroger à cet égard aux clauses et engagements par moi contractés et énoncés en l'acte ci devant du 1er juillet 1778, laquelle somme de trois mille livres M. Boyveau m'a effectivement payée à titre et sous les conditions sus exprimées, en espèces d'or et d'argent ayant cours, dont quittance et de toutes choses au sujet de ce que dessus. A Paris, le 18 février 1787. — Signé, Laffecteur. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 41.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Tr. 3 mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 3 AVRIL 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'élection d'un membre était la grande préoccupation de la séance d'hier, quoique le résultat de la lutte ne fût guère douteux pour personne. En effet, au premier tour de scrutin, M. Bouchardat a réuni 59 suffrages sur 99 votants. Depuis longtemps aucune élection ne s'était faite à une aussi belle majorité. Tout en rendant justice au mérite incontestable de MM. Boudet et Gobley, nous avions mis au premier rang les titres de M. Bouchardat, et nous ne pouvons que féliciter l'Académie de s'être attaché un intrépide travailleur de plus. Le tour de ses compétiteurs ne peut d'ailleurs manquer de venir ; leur place à l'Académie est marquée.

La lecture du décret qui rend définitive la dignité d'académicien conférée par le réglement au doyen de la Faculté a fourni à M. Bérard l'occasion d'une allocution dont la délicatesse et le bon goût que l'excellent doyen sait mettre à tous ses discours ont excité parmi ses collègues d'unanimes applaudissements. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ce petit discours, que la moindre infidélité dans la reproduction priverait de tout son charme.

L'Académie n'a cependant point voulu faire une séance purement administrative, outre la correspondance, M. Royer-Collard a fait un rapport sur un sujet qui semble occuper tous les moments d'un de nos bons confrères, M. le docteur Loir. Il s'agit de l'influence que peut avoir sur la mortalité des nouveau-nés leur transport à la municipalité et à l'église dès les premiers jours de leur naissance. L'Académie, qui semble vouloir montrer désormais quelque sévérité envers les rapporteurs, a ajourné les conclusions et renvoyé le travail à la commission. Nous renvoyons à notre prochain numéro ce que nous avons à dire sur le comité secret.

LE BUDGET, LA FACULTÉ ET L'ACADÉMIE.

La Faculté et l'Académie viennent de subir l'atteinte que la commission des finances porte à toutes les allocations budgétaires, mais qui semblent dirigées surtout contre le budget des arts, des sciences et de la littérature ; c'est ce qui a fait dire à un membre de l'Assemblée législative que la république de 1848 ne faisait guère le bonheur de la république des lettres.

Le traitement dit fixe des professeurs de la Faculté de médecine a été réduit de 7,000 à 6,000 fr., c'est-à-dire que leur traitement total ne sera plus que de 9,000 fr. au lieu de 10.

Le maigre budget de l'Académie de médecine, qui s'élevait à 46,700 fr., a été réduit de 2,500 fr., parce que la commission des finances a jugé que l'Académie avait un employé et un bibliothécaire inutiles.

Nous comprenons, sans l'approuver, la réduction qu'on a fait subir au traitement des professeurs de la Faculté; nous la comprenons, parce que nous savons très bien qu'avec un traitement de 9,000 fr., qui est celui d'un représentant, un homme peut vivre honorablement, alors même que la position de professeur n'entraînerait pas d'autres avantages, comme cela a nécessairement lieu pour tous ceux qui veulent se livrer à la clientèle ; mais nous ne l'approuvons pas, parce que, suivant nous, c'est toujours une triste situation que celle d'un Etat qui est obligé de disputer quelques centimes à des hommes d'élite qui n'arrivent à une position exceptionnelle qu'au prix d'un travail incessant et d'une capacité supérieure. Une telle parcimonie à l'égard de ces hommes ne passera jamais à nos yeux pour de l'économie; ce sera toujours une ladrerie et une interprétation inintelligente des besoins de la civilisation.

Quant à l'économie faite sur le budget de l'Académie, nous ne l'approuvons ni ne la comprenons. Qu'on eût supprimé à l'Académie un bibliothécaire dont elle avait pu se passer pendant les vingt premières années de son existence, c'était une économie justifiable peut-être par les nécessités du trésor public; mais qu'on supprime un employé aux appointements de mille francs, alors que cet employé n'a que cette chétive place pour tout moyen d'existence, lorsque surtout son travail est absolument nécessaire pour expédier les affaires administratives et obligatoires de l'Académie, voilà ce qui dénote l'ignorance la plus complète des choses, l'injustice la plus criante qui se puisse imaginer envers les hommes. Nous avons profondément regretté de voir un esprit ordinairement aussi large et aussi généreux que celui de M. Berryer se faire dans cette occasion l'interprète des sentiments qui ont inspiré la commission lorsqu'elle a proposé cette fâcheuse et mesquine économie.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAUL DUBOIS.

Du diagnostic de la grossesse.

Le diagnostic de la grossesse, facile à établir dans la plupart des cas, a donné lieu cependant dans certains cas particuliers à des erreurs de la part d'hommes instruits, mais peu expérimentés. Nous nous proposons de passer successivement en revue les différentes causes qui peuvent donner lieu à ces erreurs, de faire ressortir celles-ci à l'aide d'exemples nombreux dans le but de rendre ces leçons plus pratiques.

Il y a quelques jours, une de mes clientes, qui a éprouvé deux avortements, me fit demander; cette dame avait eu ses règles le 7 janvier; elles avaient duré jusqu'au 10; puis, comme chez elle la période de menstruation était toujours en avance de deux ou trois jours, elle en attendit le retour le 5 février suivant, mais inutilement. Il en fut de même le 3 mars et le 1er avril. Ces suppressions lui firent penser qu'elle était enceinte. J'examinai les seins, je les trouvai gonflés, douloureux, tendus; l'aréole offrait une teinte rosée tirant sur le jaune; le mamelon, saillant, était le siége de démangeaisons assez vives. Les veines du sein étaient gonflées, quelques-unes traversaient l'aréole, où elles étaient très visibles. Enfin, cette dame avait éprouvé du dégoût et quelques nausées.

Selon toute apparence, la grossesse existe réellement et remonte au mois de janvier; cette présomption est fondée sur deux ordres de phénomènes : l'un, significatif, la suppression des règles ; l'autre, accessoire, le gonflement du sein et les nausées.

Le dégoût et les nausées constituent des phénomènes accessoires et peuvent résulter soit d'une suppression accidentelle, soit de troubles survenus dans les fonctions digestives; ils n'ont donc sous le point de vue du diagnostic de la grossesse qu'une importance médiocre. On a vu même assez souvent des femmes croyant être enceintes et en ayant un vif désir éprouver des dégoûts et des nausées; on voit donc que ces phénomènes peuvent être attribués dans quelques circonstances à une influence toute morale.

Quant aux modifications du sein, elles sont de deux sortes, et cette distinction est fondée sur leur importance au point de vue du diagnostic :

1° Le gonflement du sein est un phénomène peu significatif et qui se produit presque toujours à la suite d'une suppression des règles, quelle qu'en soit la cause ;

2° Le développement, le soulèvement et le changement de coloration de l'aréole indiquent d'une manière plus certaine un commencement de grossesse. Cependant ces modifications survenues dans l'aréole n'ont pas une telle importance qu'on puisse s'y attacher dans le cas dont nous parlons, et à plus forte raison on devrait s'y attacher encore moins chez une femme qui aurait déjà eu des enfants. Chez ces dernières en particulier la teinte brune qui succède sur l'aréole à la teinte rosée après quelques mois de grossesse persiste souvent après l'accouchement; on comprend que dans ce cas ce caractère n'offre aucune valeur.

Le développement des tubes capillaires est un phénomène également peu significatif, car il y a des femmes chez lesquelles ce développement existe à l'état normal.

La suppression des règles est le caractère le plus significatif dans le cas dont il s'agit, et il tire son importance de ce que cette femme est ordinairement bien réglée. Chez elle, chaque fois que les règles ont été supprimées, il y a eu grossesse.

La membrane muqueuse vaginale et la portion de cette membrane qui tapisse le col de l'utérus prennent une coloration plus foncée, un teint bleuâtre, ou rouge tirant sur le violet. Ce caractère peut manquer, et chez certaines femmes au bout de trois mois de grossesse la membrane n'offre aucune teinte particulière. Il est probable que cette coloration survient à la suite de la première suppression.

Battement artériel. — On sent le battement artériel en appliquant la main sur la partie supérieure du vagin, en avant ou en arrière du cul-de-sac vaginal; mais ce phénomène n'a pas grande valeur, car il suffit, pour qu'il existe, que la circulation soit activée par un peu de gonflement de l'utérus.

On peut également tirer quelque importance de la lourdeur et des embarras de la tête, qui ne se présentent chez certaines femmes que lorsqu'elles ont un commencement de grossesse.

Suppression des règles. — Dans l'exemple que nous citons la suppression des règles, comme nous l'avons dit, offre le caractère le plus significatif; mais il y a des cas aussi où cette suppression est accidentelle; le froid, une impression morale vive peuvent y donner lieu; aussi n'est-ce pas toujours un signe positif de grossesse.

Cette suppression des règles peut également avoir lieu dans certaines circonstances particulières. C'est ainsi que chez de jeunes femmes nouvellement mariées, les règles qui devenaient ordinairement plus abondantes peuvent au contraire cesser complétement sans qu'il y ait grossesse. Chez d'autres, la suppression des menstrues peut survenir à la suite de rapports sexuels après une absence prolongée. Les cas de ce genre sont d'autant plus sujets à erreur, qu'ils sont plus significatifs en apparence.

Nous avons dit que la suppression des règles pouvait provenir de causes morales vives. Nauche rapporte un cas de ce genre, où une jeune femme ayant eu des relations mystérieuses, craignant d'être enceinte, vint le consulter. L'auteur, pensant que la grossesse n'était pas assez avancée, lui dit de revenir un mois après, et l'ayant examinée à cette époque, il put acquérir la certitude qu'il n'y avait pas de grossesse. Dans ce cas les craintes de cette femme avaient occasionné la suppression des règles, et son moral était tellement impressionnable qu'elle s'évanouit en acquérant la certitude que ses craintes étaient sans fondement.

Dans quelques circonstances très rares les règles continuent pendant la grossesse, comme elles existaient avant. Il n'est pas rare au contraire de voir les règles continuer, mais en offrant un caractère particulier qui fait qu'on ne peut les confondre avec des règles véritables; ainsi l'écoulement n'offre pas l'aspect ordinaire, il est sanguinolent, accidentel.

Des exceptions qui consistent dans la continuation des règles pendant comme avant la grossesse sont, comme je l'ai dit, très rares, et ne doivent pas être trop présentes à l'esprit. Une femme vint me consulter il y a quelque temps; elle portait une tumeur au ventre, datant de deux ans. Le médecin qu'elle avait consulté au début de sa tumeur crut à un commencement de grossesse, malgré la persistance des règles. Au bout de deux ans cette femme vint me consulter, et je reconnus l'existence d'un kyste de l'ovaire; la femme avait toujours continué à être réglée. Ce fait et beaucoup d'autres à ma connaissance contredisent l'opinion d'Hamilton, qui fait toujours résulter de cette affection la suppression des règles.

On a dit avec raison que dans la plupart des cas les règles coïncidant avec l'état de grossesse offraient des caractères distinctifs qui ne permettaient pas de les confondre avec les règles ordinaires. En effet, elles sont ordinairement moins abondantes, plus colorées, ou d'une teinte plus pâle que les règles ordinaires; elles offrent dans leur marche des irrégularités. Ainsi elles sont souvent suspendues pendant la nuit pour reparaître le matin, ou dans la journée pour revenir le soir. Dans quelques cas elles se prolongent d'une manière insolite.

D'autres circonstances peuvent encore donner des doutes sur la grossesse, lorsque par exemple la femme a conçu de nouveau immédiatement après ses couches précédentes, c'est-à-dire avant que les règles aient reparu. Chez les bonnes nourrices il y a toujours suppression des règles, et par conséquent les exemples de ce genre sont nombreux chez elles. Il en est beaucoup parmi ces dernières qui ne sont averties de leur grossesse que par les mouvements de l'enfant. Enfin on a vu des femmes devenir enceintes avant d'avoir été réglées, et je connais un cas de ce genre chez une femme qui n'a été réglée qu'à l'âge de vingt-deux ans.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la myélite.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 30 mars.)

Symptômes. — Les symptômes de la myélite sont en rapport avec la nature inflammatoire et le siége de la maladie, et se rapportent aux désordres organiques qu'elle fait naître dans la moelle.

On voit les accidents se manifester d'abord dans l'appareil locomoteur des extrémités inférieures. Le malade éprouve une sensation de fourmillement qui commence aux orteils, un engourdissement obscur allant dans la plante des pieds. Il lui devient impossible de juger exactement du contact des corps avec la partie inférieure du pied ; il ne peut reconnaître s'il marche sur un corps dur ou sur un corps mou : tels sont les premiers symptômes de la myélite.

Bientôt la formication gagne tout le pied et remonte le long de la jambe. Le malade éprouve un sentiment de froid au moindre contact du membre inférieur, ou bien ce contact développe une sensation de linge mouillé appliqué sur la peau, ou bien même la sensibilité du membre est exaltée au point que les vêtements deviennent une cause de douleur. Les diverses nuances de sensibilité se rencontrent souvent chez le même individu, de telle sorte qu'à une certaine heure de la journée il ressent une sensation de froid; à une autre heure il éprouve de la douleur, comme occasionnée par la constriction des vêtements; puis il aura la sensation de linge mouillé sur la peau, etc. Quelquefois toutes ces sensations diverses existeront en même temps, ou bien l'une l'emportera sur l'autre, ou bien encore l'une persistera, l'autre ayant entièrement cessé; mais toujours il y aura de l'engourdissement et une sensation anormale dans ces extrémités.

Presque aussitôt la marche deviendra incertaine; le sujet écartera les jambes comme pour élargir sa base de sustentation, et en portant les jambes l'une devant l'autre il hésitera avec celle qui est en l'air et semblera ne la poser qu'avec incertitude, et sa démarche aura le caractère de l'instabilité de celle de l'ivrogne. Ces accidents peuvent durer plus ou moins longtemps. Si on a une myélite aiguë, on les voit s'aggraver en un ou deux jours, et si on a affaire à une myélite chronique, ce qui arrive dans les dix-neuf vingtièmes des cas, il peut s'écouler plusieurs semaines et même plusieurs mois sans qu'il se présente d'autres symptômes.

Cependant l'émission des urines devient lente et difficile surtout vers la fin; il y a constipation; le malade éprouve des besoins d'aller à la garde-robe plus rares, et de la lenteur dans l'émission des matières fécales. Il ressent de l'engourdissement vers le périnée et vers le pourtour des fesses; il éprouve autour de l'abdomen une constriction qui lui donne la sensation que produirait un vêtement trop serré, et chez certains sujets cette constriction est si considérable, qu'elle est le point de départ d'une véritable dyspnée. L'incertitude de la marche ou de la station devient plus grande; quelques malades ont besoin d'être soutenus par plusieurs personnes pour se déplacer, quelques-uns même ne peuvent plus marcher du tout; chez ces derniers cependant, où la paralysie est au plus haut degré, les mouvements ne sont pas complétement suspendus; ils peuvent remuer les jambes dans le lit, et si on les pince quand la sensibilité est exaltée, ils retirent leur membre avec une certaine force; mais si on vient à vouloir les faire se tenir droits ou marcher, on ne peut y parvenir; ils n'ont pas conscience de la position de leurs jambes, et ne peuvent leur faire supporter le poids du corps. Ainsi la paralysie provenant de la myélite n'est pas complète, excepté tout à fait dans la dernière période de cette maladie; mais elle est assez grande pour rendre impossibles les mouvements réguliers et pondérés de flexion et d'extension qui sont nécessaires dans les membres inférieurs pour que la marche s'exécute.

Chez un certain nombre de sujets, les accidents produits par l'altération de la moelle restent longtemps stationnaires et localisés; chez d'autres, les accidents de paralysie remontent peu à peu de manière à arriver bientôt au-dessus du diaphragme; il y a alors sensation de resserrement autour des parois de la poitrine. Le malade ressent de la formication et de l'engourdissement dans les doigts de la main, et les mouvements, qui restent faciles, en apparence, ne peuvent être régularisés. Il ne peut écrire, sa main se déplace involontairement à droite ou à gauche, et les mouvements du poignet ne peuvent s'exécuter régulièrement, de sorte que l'engourdissement des doigts et l'impossibilité de régulariser leurs mouvements sont les symptômes de la paralysie qui s'étend en remontant. Bientôt les mouvements du bras ne peuvent plus s'exécuter normalement, et la paralysie gagne jusqu'aux épaules.

Quand les accidents en sont venus à ce degré, tout l'appareil locomoteur est atteint dans l'origine de ses mouvements. Chez le plus petit nombre la lésion peut s'étendre encore plus haut; la vue s'affaiblit et finit par se perdre; le goût des aliments ne se perçoit plus tel qu'il est et devient irrégulier; les uns trouvent les aliments trop poivrés, trop chauds et trop irritants; les autres, au contraire, recherchent les condiments à un haut degré, parce que chez eux l'extinction et la perversion de la faculté de goûter rend impossible la perception des saveurs quand les aliments sont peu sapides. Chez très peu l'ouïe s'éteint, et le malade arrive ainsi peu à peu à la condition d'un homme privé de toutes les facultés de locomotion, et qui ne vit plus que de la vie végétative.

Avec ces lésions graves la vie est possible encore pendant bien longtemps; mais il est rare qu'elle ne se termine pas assez brièvement par tous les accidents qui surviennent. Les mouvements du cœur s'accomplissent très bien et très régulièrement; mais sous la moindre influence morale il se produit des syncopes. Si on pratique une saignée au malade, dès le commencement de l'émission sanguine la syncope se produit; s'il a faim, elle arrive aussi. Bientôt ces accidents deviennent plus graves et plus persistants, et les malades périssent pendant la durée de l'un d'eux. On en a vu s'éteindre subitement quand on voulait les déplacer pour les mettre sur un fauteuil.

Pendant que tous ces accidents se succèdent dans le cours de la myélite chronique, il se produit aussi quelques modifications dans les fonctions organiques. Les malades sont pris de sueurs profuses qui vont au point de pénétrer l'épaisseur de leurs matelas; et cependant en général ils engraissent pendant ce temps-là. Sans doute qu'ils trouvent dans leurs aliments et dans la digestion qui s'effectue régulièrement la réparation des déperditions qu'ils éprouvent par les diaphorèses. Quand les sujets engraissent ainsi, les accidents de la maladie semblent diminuer aux yeux du vulgaire, mais pour le médecin ils augmentent; car c'est à la langueur des fonctions plastiques et à l'excès de nutrition qu'occasionne le repos forcé auquel les malades sont soumis qu'il faut attribuer l'infiltration dans les tissus de l'économie de ces principes adipeux.

L'altération de sensibilité peut s'étendre à toutes les surfaces sensibles. On voit des malades chez lesquels on ne pourra pas toucher la peau sans produire une vive douleur, et ces sensations de douleur seront parallèles à la délimitation des accidents produits par la myélite. Ainsi quand la paralysie est limitée aux parois du ventre, si on promène le doigt le long de la colonne vertébrale, la pression ne devient douloureuse qu'au niveau de telle ligne correspondant à la cessation des accidents paralytiques, et ce phénomène est tellement tranché qu'on serait tenté de se demander si ces points d'hypéresthésie ne se rapporteraient pas à l'affection locale de la moelle; mais il en est de même en avant et sur les côtés, et toujours la pression devient douloureuse, seulement au niveau de cette ligne. Chez certains malades cette sensibilité s'étend au canal de l'urètre, et l'émission des urines devient alors très pénible; chez quelques-uns elle se limite au col de la vessie; et comme il y a souvent rétention d'urine pendant cette maladie, si on essaie de pénétrer dans la vessie au moyen d'un algali, on déterminera des douleurs extrêmement vives et souvent un catarrhe de la muqueuse vésicale.

Admettons maintenant que tous ces accidents que nous venons d'énumérer, et qui tous sont le résultat d'un affaiblissement des fonctions locomotrices, se succèdent de manière à arriver à leur summum d'intensité en huit ou dix jours, et quelquefois même en quatre ou cinq jours, on aura les formes les plus formidables de la myélite aiguë, qui heureusement est très rare. Mais s'ils persistent pendant des mois, s'ils n'arrivent qu'après trois, quatre, six mois, par exemple, ils présentent la forme la plus commune et la plus ordinaire de la myélite. Si ces accidents éprouvent un état stationnaire à divers degrés de hauteur et suivant les divers sujets, on aura les divers degrés de la myélite selon les altérations de fonction de la moelle épinière. Chez les uns ce seront les pieds qui seront pris de paralysie, et la paralysie persistera avec cessation de tous les autres accidents; chez les autres, ce seront les mains; chez d'autres, ce seront des parties du corps plus considérables, etc.

Chez les sujets affectés de myélite, excepté quand il y a myélite aiguë, il n'y a pas de mouvement fébrile appréciable, pas de chaleur insolite à la peau, les fonctions digestives s'accomplissent bien, excepté dans les actes qui se rapportent aux fonctions de locomotion, comme à l'introduction des aliments dans le tube digestif ou à la défécation.

— Il n'est pas difficile de se rendre compte des divers symptômes de la myélite. Quand la moelle atteinte dans son tissu suspend son influence, cette suspension doit porter d'abord sur ce qui constitue le plus haut degré de perfection des fonctions incitatrices de la locomotion, qui n'est pas seulement d'exciter les muscles à la contraction pour produire la flexion ou l'extension, aussi bien de pondérer ces incitations de manière à les rendre équivalentes et à ce qu'elles puissent se compenser, de sorte que les mouvements soient réguliers. Chez celui qui se tient debout, il y a compensation dans la contraction des fléchisseurs et des extenseurs, de manière qu'ils ne puissent prédominer les uns sur les autres. Chez celui qui marche il y a une suite de contractions musculaires pour déterminer alternativement l'extension et la flexion des membres inférieurs qui doivent porter le corps en avant. Ces contractions doivent être régulières et coordonnées dans leurs limites, de manière à se compenser les unes les autres alternativement pour que la marche puisse s'effectuer; ainsi, il ne suffit pas que l'incitation nerveuse s'exerce, il faut encore qu'elle gradue les mouvements et les fasse cesser d'une manière durable pour qu'ils puissent s'équilibrer et produire un résultat utile. Si le tissu de la moelle épinière est frappé d'une maladie qui altère sa structure, mais pas au point de la rendre méconnaissable ou nulle, ses fonctions existent encore; mais elles sont détériorées, par conséquent l'influence nerveuse produite sera modifiée en raison de l'altération de l'organe qui en est l'origine, et cette débilitation de l'influx nerveux pourra être porté au point de déterminer la suspension de tout mouvement; ce sont ces progressions que l'on observe en effet dans les accidents qui résultent de la myélite. Les mouvements sont encore possible, mais ils ne peuvent s'exécuter régulièrement de manière à se faire équilibre, les flexions et les extensions ne sont pas pondérées comme il le faudrait pour que la marche fût possibles: il y a donc débilité de l'influence incitatrice. Dans la plupart des cas, l'inflammation de la moelle n'est pas portée au point de désorganiser complétement son tissu; il reste donc jusqu'à la dernière période de la myélite un certain degré d'excitation nerveuse, mais incomplète, irrégulière, anormale dans ses formes.

Pour la perception des impressions tactiles, il y a des cordons nerveux spéciaux qui en sont chargés; il faut, pour leur intégrité, l'intégrité de texture des cordons postérieurs de la moelle; cette intégrité de texture n'existant plus, les impressions sensitives sont anomales et irrégulières. Mais s'ils ne sont qu'atteints d'une phlogose qui les rende plus irritables, on aura une exagération de la sensibilité retentissant jusqu'aux extrémités les plus éloignées. De là ces anomalies de sensations douloureuses, telles que froid, brûlures, linge mouillé, etc., insolitement perçues sons l'influence des moindres impressions chez les sujets affectés de maladies de la moelle épinière.

Un assez grand nombre de sujets éprouvent des épiphénomènes saillants et quelquefois constants pendant le cours de la maladie. Indépendamment des symptômes que nous venons d'énumérer, il se montre des secousses comme électriques que le malade ressent dans les membres, surtout dans les membres inférieurs; elles produisent des douleurs très vives qui passent quelquefois avec la rapidité de l'éclair en déterminant un soubresaut spasmodique. Chez quelques-uns, ces accidents se limitent à un seul membre inférieur; quelquefois ils portent sur les deux, d'autres fois encore sur tous les membres à la fois. Dans la myélite au plus haut degré, ils portent sur tous les membres successivement en passant de l'un à l'autre. Quand ces accidents de soubresaut arrivent sur le diaphragme, on a un hoquet plus ou moins prolongé. Ces soubresauts peuvent avoir lieu pendant plus ou moins longtemps et à des intervalles variables: ainsi, il en est qui durent pendant huit jours; d'autres pendant un seul jour, pour ne plus reparaître que longtemps après; d'autres fois, le sujet en aura dix en un quart d'heure, et n'en aura plus ensuite. Les malades les attribuent, en général, aux variations atmosphériques, ou bien ils se développent sous l'influence des actes de la vie de relation: ainsi, le sujet est tranquille, une personne arrive, que sa vue soit agréable ou non, il se produit des soubresauts; ils se produisent également sous l'influence de pensées sombres et de contrariétés même légères, si faciles à avoir lieu chez ces malades. Nous nous sommes demandé si ces soubresauts ne pouvaient pas être rapportés à quelque lésion de la moelle; en nous rappelant la violence des uns, la faiblesse ou la nullité des autres, il nous a été impossible de reconnaître dans les autopsies aucune lésion qui pût se rapporter à cette forme d'accidents. Ils sont une dépendance de l'irritabilité anomale du système nerveux arrivant sous l'influence d'impressions extérieures, ou bien par l'influence synergique du cerveau sur la moelle même, sans impression extérieure, et par la seule formation de pensées plus ou moins tristes.

Pendant le cours de la myélite, on ne voit pas, en général, d'épiphénomènes d'altération survenir dans la structure des tissus en général; mais quand elle dure depuis longtemps, on voit les parties du corps des malades portant habituellement sur le lit s'escharifier, ou bien cette eschare se produit spontanément sans cause extérieure, ou enfin un état de sphacèle spontané se manifeste dans les membres inférieurs. Nous avons eu occasion d'observer un sujet affecté de myélite qui n'avait aucune trace d'écorchure, mais qui ne pouvait pas remuer les membres inférieurs; après des douleurs extrêmement vives, du jour au lendemain il se manifesta une couleur violacée des tissus, et un jour après il s'était formé une gangrène considérable qui entraîna bientôt la mort du sujet. De sorte que l'incitation nerveuse peut être assez faible pour que les fonctions plastiques ne s'accomplissent pas dans le membre; de là mortification de ce membre, ou bien, sous une influence extérieure, il se développe une phlogose locale avec escharification de la partie enflammée.

Étiologie. — La myélite se manifeste sous l'influence de causes multipliées dont il est facile de se rendre compte en examinant un certain nombre de malades. Cependant ces causes sont loin, dans la plupart des cas, de rendre raison des lésions présentes de la maladie; il en existe néanmoins qui sont certaines. Ainsi, on a vu la myélite survenir à la suite d'efforts musculaires énergiques, comme pour soulever des fardeaux; on l'a vue survenir à la suite de marches forcées. Tout le monde s'accorde à reconnaître l'influence des actions directes, comme des coups portés sur la colonne vertébrale, des chutes sur le dos ou sur les pieds, même sans lésions matérielles des os. Dans ces divers cas, la cause est facile à comprendre: quand on fait agir le système musculaire, on fait agir les cordons nerveux et les cordons de la moelle épinière qui se rendent dans ces muscles; si ces mouvements de locomotion sont trop énergiques ou trop prolongés, on surmènera la moelle épinière et on la conduira à la phlogose, comme tous les organes possibles dont on surexcite l'action, comme aussi ce phénomène arrive par le fait de contusions ou d'ébranlements moléculaires du tissu d'un organe.

Mais souvent la myélite se manifeste, sous l'influence de ces causes, chez des individus restant dans les limites d'une hygiène régulière. Elle se manifeste aussi sous l'influence de causes qui peuvent aussi bien produire toute autre inflammation: ainsi, en travaillant les jambes dans l'eau pendant longtemps, la perturbation qui survient dans les fonctions de la peau des extrémités inférieures peut se répercuter sur un organe interne et déterminer des pneumonies, des bronchites, des pleurésies aussi bien que des myélites; on peut tout au plus penser que l'action de la cause déterminante, le flux inflammatoire, s'est porté vers la moelle épinière en vertu de la prédisposition qu'a développée en elle l'excitation dont elle est le siége pour agir sur le système musculaire.

On rencontre souvent des sujets qui contractent des myélites par suite d'un coït trop répété, et c'est là une des causes les plus fréquentes de cette affection. La débilité générale qui résulte des déperditions spermatiques involontaires a quelque rapport avec les formes de paralysie produites par les lésions de la moelle épinière. Mais la phlogose de la moelle n'est pas causée véritablement par les pertes de sperme à la suite de coït trop souvent répété; elle résulte surtout des efforts de contraction soutenus qui se produisent dans tous les appareils musculaires et nerveux pendant l'accomplissement de cet acte, surtout lorsqu'il a lieu dans la station verticale ou dans des positions forcées: de sorte que c'est plutôt l'énergique puissance de la contraction musculaire et de l'incitation nerveuse qui en est la cause que les déperditions spermatiques; ces dernières pourtant, lorsqu'elles se surajoutent, sont nuisibles aux sujets qui sont sur le point d'être atteints de myélite.

Diagnostic. — Le diagnostic de la myélite est assez difficile à établir dans certaines circonstances; on peut cependant le fonder sur cette donnée que la paralysie commence par les membres inférieurs en général. Si elle s'associe à une paralysie des membres supérieurs, on peut l'expliquer par un commencement de lésion dans l'origine des filets nerveux; mais toujours elle va de bas en haut en remontant peu à peu. La paralysie n'est jamais complète; il reste toujours un certain degré d'influence nerveuse, mais pas assez pour la pondération et la régularité des mouvements. L'engourdissement des extrémités inférieures et l'imperfection de mouvement n'est pas limitée dans le département d'un seul nerf, donnée qui montre que la lésion existe à la moelle, point de départ commun de tous les cordons nerveux.

Il faut reconnaître la paralysie de la myélite d'avec les paralysies hystériques, ou d'avec celles que déterminent des tumeurs pressant sur les plexus nerveux abdominaux; il faut encore la distinguer des paralysies provenant de la débilité qui survient dans le système musculaire.

Dans les paralysies hystériques, souvent, mais pas toujours, il y a eu des accidents d'hystérie, et les malades présentent,

après les accès et avant la paralysie définitive, un certain degré de contracture permanente dans les extrémités inférieures durant des mois entiers; de plus, la paralysie peut être complétement anesthésique même sur tout le corps, et on rencontre des points d'hyperesthésie circonscrite et ne s'étendant pas à toute la peau d'un membre comme dans la myélite.

Chez les sujets affectés de maladies abdominales portant sur les plexus, il y a des douleurs locales qui sont ressenties dans la région lombaire lors de la rotation du tronc, des douleurs profondes à la pression de l'abdomen, des douleurs à l'émission des urines et à la défécation. Dans ce cas, la paralysie ne porte pas également sur les deux membres; elle est le plus souvent limitée à un seul : ce qui constitue le principal caractère de cette maladie, qui a, du reste, de commun avec celle résultant de la myélite de commencer par l'extrémité inférieure avec des sensations de fourmillement, de froid, en un mot, avec des sensations anomales qui remontent vers la partie supérieure. Elles ont de commun l'imperfection des fonctions excrétoires de la vessie et du gros intestin, car ces plexus fournissent les cordons nerveux qui donnent l'incitation à la vessie et au rectum.

Enfin, la débilité, qui arrive dans certaines conditions de la vie vers les membres inférieurs, s'y montre sans formication, ni froid, ni engourdissement primitif, et ne gagne pas peu à peu. On l'observe dans tout le membre à la fois, et indépendamment de toute sensation anomale. Les mouvements sont pondérés et réguliers, mais avec un certain affaiblissement; tandis que, dans la myélite, la régularité et la pondération des mouvements sont impossibles.

Pour compléter le diagnostic de la myélite, il faudrait comparer les signes qu'elle présente avec ceux de la méningite rachidienne et du mal vertébral de Pott; c'est ce que nous ferons lorsque nous aurons traité de ces maladies, pour ne pas nous exposer à des répétitions qui deviendraient inévitables.

Pronostic. — Le pronostic est toujours très grave dans la phlogose du tissu de la moelle : si la myélite est aiguë et qu'elle marche avec une rapidité appréciable par l'extension rapide de la paralysie, elle se terminera bientôt. Cette forme n'est pas la plus fréquente heureusement, car elle est presque infailliblement mortelle pour les sujets qui en sont affectés. Quant à la myélite chronique, elle n'offre pas la même gravité, surtout quand elle marche lentement. Ce n'est pas qu'on en guérisse beaucoup; cependant chaque année nous pouvons montrer plusieurs malades guéris sans récidive. Mais à côté de ce résultat est une forme de terminaison incomplète et qui est assez commune : elle laisse subsister à un certain degré la faiblesse paralytique des membres et un état d'infirmité permanent. Pour établir ce pronostic, il faut considérer l'intensité de la myélite et les accidents qu'elle avait produits. Si elle s'arrête pour laisser les membres inférieurs seuls paralysés, la position sera tolérable; la vie pourra se prolonger avec les membres inférieurs plus ou moins gênés dans leurs mouvements, mais frappés d'immobilité complète. On rencontre des individus qui vacillent en marchant, se soutiennent difficilement, écartent les jambes pour élargir leur base de sustentation et se font soutenir pour avancer, et cependant ils vivent encore longtemps. Si la myélite a été à son maximum d'intensité, il y a infirmité complète, mais qui ne menace pas leur existence, car les fonctions organiques s'accomplissent encore; mais ils n'en sont pas moins dans un état voisin de la mort : c'est une infirmité incurable compatible avec la vie. Ainsi, M. Augustin Thierry, historien distingué, est atteint depuis douze ans d'une paralysie complète avec cécité; cependant ses fonctions organiques s'accomplissent bien et ses facultés intellectuelles restent dans leur intégrité. Mais entre cet état extrême et celui de simple affaiblissement des membres inférieurs il y a des degrés intermédiaires, et, pour fixer ces degrés de la myélite, il faut déterminer les lésions paralytiques qu'elle a occasionnées; quand elle ne tend plus à gagner et qu'elle ne présente plus de recrudescences, on peut la regarder comme guérie; mais il y a pérennité de la paralysie dont elle a été la cause déterminante.

Quand un sujet affecté de myélite a du ralentissement dans la fréquence des inspirations, il arrive bientôt à une funeste terminaison : on en voit qui n'ont plus que cinq à six inspirations par minute, et alors la mort survient par la paralysie de l'organe de l'hématose.

Quand on voit les syncopes arriver facilement, c'est un signe fâcheux, et le malade succombe bientôt à une paralysie instantanée du cœur : quand il veut exécuter des mouvements qui exigent quelque effort musculaire, qu'on le place dans une position verticale ou même quand on le change de son lit pour le mettre sur un fauteuil.

Les sueurs profuses allant jusqu'à traverser les matelas sont un signe fâcheux, et rarement les malades qui en sont atteints prolongent leur existence. Nous avons vu plus haut que, par suite du repos forcé que détermine la paralysie, par suite de l'action de la maladie sur les fonctions organiques, certains malades pouvaient engraisser malgré ces sueurs profuses : cet embonpoint est d'un pronostic défavorable; il ne faut pas lui rapporter la fin prochaine des malades, mais la guérison dans ce cas est toujours éloignée et bien souvent la terminaison est fatale.

On voit survenir chez les sujets affectés de myélite, surtout de myélite aiguë, des hoquets violents et qui, revenant d'une manière incoercible, sont au-dessus des ressources de l'art : ces hoquets opiniâtres sont d'un mauvais pronostic, car souvent ces spasmes du diaphragme sont suivis de sa paralysie et bientôt de la mort du malade.

Si on voit survenir du refroidissement des extrémités inférieures et une coloration légèrement violacée, c'est que la circulation devient imparfaite dans ces membres et le malade est menacé de sphacèle : toujours dans ces circonstances la terminaison funeste est prochaine.

Si aux symptômes organiques se joignent des accidents du côté de la tête, de la rigidité du cou, de la contracture des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, ou bien une altération des facultés intellectuelles, du délire, c'est que la phlogose remonte jusqu'à la base du crâne, et la mort est prochaine.

Dans la myélite, quand avec la paralysie incomplète des membres existe la sensibilité cutanée normale ou une perversion de cette sensibilité qui la rend excessive et que tout d'un coup on voit survenir l'insensibilité, il y a progrès rapide des accidents et bientôt la mort du malade : c'est l'indication de l'altération définitive de la moelle épinière, qui devient pulpeuse; en sorte qu'il y a plus de gravité dans le pronostic de la myélite qui présente la suspension complète des sensations coïncidant avec la paralysie de mouvement que dans celui de la myélite qui ne présente que la paralysie de mouvement avec conservation de la sensibilité tactile.

Dans la prochaine séance nous parlerons du traitement de la myélite et nous ferons l'histoire de la méningite rachidienne.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 avril 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Correspondance officielle.

Le ministre de l'instruction publique envoie un exemplaire du recueil périodique publié par son département sous le titre de : *Archives des missions scientifiques.*

Le même ministre envoie une ampliation du décret qui rend définitive la qualité d'académicien que le règlement accorde au doyen de la Faculté de Médecine.

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie :

1° Un rapport de M. le docteur Bachelot, sur le choléra de Saint-Denis-du-Sig (Oran).

2° Un rapport de M. Ballut, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en 1849 dans les communes de Serres les-Meulières, Peintre et Brans.

3° Un rapport de M. le docteur Tueffert, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montbelliard, sur une épidémie de dysenterie qui a régné à Roches-les-Blamont pendant trois mois de l'année 1849.

4° Un rapport de M. Bobillier, médecin des épidémies de l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Saint-Broing, au mois de décembre 1849.

5° Un instrument que madame Coquillard dit avoir employé avec succès dans les accouchements contre nature.

6° Il consulte l'Académie sur une proposition de M. Grimaud (d'Angers), qui demande à expérimenter le quinquina dans les fièvres intermittentes.

Candidatures.

M. Gosselin se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe.

Suicide.

M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise (Haute-Marne), adresse une observation détaillée et curieuse de monomanie suicide chez un homme de soixante-deux ans.

Choléra.

M. Guérard, correspondant de l'Académie, à Gray (Haute-Saône), adresse la relation de l'épidémie de choléra qui a régné à Gray.

Variole et vaccine.

Madame Museux adresse le tableau synoptique des vaccinations et des varioloïdes qu'elle a observées dans sa pratique.

Fonctions des muscles de la face.

Le docteur Duchenne (de Boulogne) communique à l'Académie une seconde note sur les *fonctions des muscles de la face étudiées à l'aide de la galvanisation localisée.* Voici les conclusions de ce nouveau travail :

1° Le peaucier de l'espace intersourcilier (pyramidal) est, physiologiquement, l'antagoniste du frontal, et, anatomiquement, il en est souvent complétement indépendant. Il assombrit la physionomie en plissant transversalement l'espace sourcilier.

2° Le peaucier du front (frontal) entraîne toujours de bas en haut la peau du front, des sourcils, des paupières et de l'espace intersourcilier. A un léger degré de contraction, il épanouit les traits; sous l'influence d'une contraction plus forte, il exprime le doute et la réflexion; enfin, au plus haut degré de contraction, et concurremment avec d'autres muscles de la face, il donne l'expression de la surprise ou de l'effroi. Dans tous les cas, il sillonne plus ou moins le front de plis transversaux, et quelquefois il attire en avant le cuir chevelu, sans redresser les cheveux. La perte de la tonicité du peaucier du front fait disparaître les rides du front et occasionne l'abaissement du sourcil.

3° Les dilatateurs de l'orifice externe du conduit auditif (auriculaires postérieur, antérieur et supérieur) sont uniquement destinés à agrandir en tous sens l'orifice externe du conduit auditif.

4° Le constricteur inférieur de la conque (muscle du tragus) diminue le diamètre transversal du vestibule de l'orifice externe du conduit auditif.

Le constricteur inférieur de la conque (muscle de l'antitragus) rétrécit la circonférence de la conque, abaisse la moitié supérieure du pavillon, et entraîne dans ce mouvement d'abaissement la crête semi-lunaire de l'orifice externe du conduit auditif, dont le diamètre vertical diminue quelquefois.

Ces deux muscles sont destinés à protéger l'ouïe contre les impressions trop vives occasionnées par les sons intenses, graves ou aigus.

5° Le grand muscle de l'hélice efface la saillie de sa portion ascendante, et permet aux rayons sonores qui se dirigent d'avant en arrière d'aller frapper la conque, qui les réfléchit dans le conduit auditif. L'orifice externe de ce conduit paraît un peu agrandi par l'action congénère du grand et du petit muscle de l'hélix.

6° Les fibres que les anatomistes ont décrites sous la dénomination de muscle transverse du pavillon, ne se contractent pas sous l'influence de la galvanisation localisée. En conséquence, ces fibres ne sont pas musculaires.

M. Bérard demande la parole à propos du décret qui fixe sa position de membre de l'Académie, et prononce une de ces charmantes allocutions dont il a si bien le secret.

Mortalité des nouveau-nés.

M. Royer-Collard lit un rapport sur un travail de M. Loir, relatif à une des causes principales de la mortalité des nouveau-nés. Les conclusions de ce rapport sont ajournées.

Élections.

On procède à l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. Le premier tour de scrutin donne le résultat suivant :

MM. Bouchardat.	59	suffrages.
Boudet.	39	—
Gobley.	1	—

En conséquence, M. Bouchardat est élu membre de l'Académie dans la section de pharmacie.

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie sur les candidats à la place vacante dans cette section.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er avril 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Sur les différentes races d'hommes du Sennar et du Bertha.

M. Geoffroy Saint-Hilaire présente, au nom de M. Tremaux, une lettre sur les différentes races d'hommes et d'animaux qui se succèdent dans le Sennar et dans le Bertha.

La différence la plus sensible que l'on remarque, dit l'auteur, dans la race humaine et même parmi les animaux, à la hauteur de Fazoglo, est celle qui existe entre les deux races d'hommes qui se succèdent sur ce point; cette différence est brusque en effet, puisqu'en quittant les bords du fleuve Bleu, qui sont habités par une race d'origine caucasique, on atteint en quelques heures les montagnes de Taby et d'Akaro, qui sont habitées, ainsi que les subséquents, par la race nègre proprement dite.

Les différences qui existent entre ces deux races sont d'abord celles des cheveux et du visage, que l'auteur a indiquées dans une précédente notice; ensuite on en remarque d'autres sous le rapport de la corpulence. Les nègres sont sensiblement plus grands, leur charpente est plus osseuse et paraît aussi avoir quelque chose de plus musculeux; les parties du corps ordinairement velues chez nous le sont peu chez les habitants du Sennar et encore moins chez les nègres; la couleur noire de ces derniers est moins prononcée dans les jointures; et principalement sous la plante des pieds et dans l'intérieur des mains.

Sous le rapport moral, les habitants du Sennar sont plus doux, plus malléables que les nègres, mais aussi plus dissimulés.

Les différences et les changements que l'on remarque parmi les animaux lui semblent tenir à deux causes; l'une provient de ce que la nature végétale, ayant changé d'aspect et de productions, attire ou forme certaines espèces, tandis que d'autres ne paraissent plus, ou bien les individus en sont moins multipliés. Quant à la deuxième cause, celle qui agit sur les individus de même espèce, elle a d'autant plus lieu de surprendre, qu'elle produit des effets contraires sur le même point.

M. Geoffroy Saint-Hilaire, en présentant cette lettre, fait remarquer qu'il en résulte une confirmation d'un fait général plusieurs fois signalé; savoir : que le degré de domestication des animaux est proportionné au degré de civilisation des peuples qui les possèdent.

Staphyloraphie.

M. Sédillot annonce qu'il vient de pratiquer avec succès sa deuxième opération de staphyloraphie par la méthode et les instruments qu'il a fait connaître dans sa précédente communication. Dès le quatrième jour de l'opération, la réunion du voile du palais était achevé et tous les points de suture enlevés; la malade avait pu se lever et satisfaire à sa soif et à son appétit. A partir du second jour, et malgré des accès de toux assez répétés, la solidité de la cicatrice n'avait pas été un seul instant compromise. La voix était redevenue claire et sans nasonnement. Certaines syllabes étaient difficiles à prononcer; mais l'exercice seul peut faire disparaître cet inconvénient.

Concours Montyon.

Les ouvrages suivants ont été adressés pour le concours des prix Montyon :

M. Rochoux : Deux opuscules intitulés : *Notice sur la structure et sur quelques maladies du poumon;* 2° *Le foie étudié au microscope;* contenant chacun une partie anatomique et une partie d'anatomie pathologique;

M. Dorvault : Un mémoire intitulé : *Iodognosie;*

M. Herpin, de Genève : Un travail manuscrit ayant pour titre : *Etudes pratiques sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie;*

M. Simonin, de Nancy : Le premier volume de ses *Recherches sur l'emploi de l'éther et du chloroforme;*

M. A. Mercier : Ses *Recherches sur les valvules du col de la vessie;*

Et M. Boinet : 1° Plusieurs publications sur la valeur des injections iodées dans la thérapeutique chirurgicale; 2° un mémoire suivi d'observations sur un nouveau procédé pour extraire du canal de l'urètre certains corps étrangers.

EXPOSÉ ANALYTIQUE ET COMPARATIF

des procédés d'urétrotomie par scarification et par incision,

Par le docteur Reybard (de Lyon).

Sous ce titre, M. le docteur Reybard vient de publier dans la *Gazette Médicale* une étude pratique approfondie de deux procédés d'urétrotomie sur la valeur desquels on n'est pas encore parfaitement d'accord, et sur lesquels il importe cependant au praticien d'être fixé. Ne pouvant rapporter *in extenso* le volumineux mémoire de M. Reybard, ni même en faire une analyse détaillée, nous croyons devoir reproduire le résumé suivant, fait par l'auteur lui-même, et qui contient en substance toutes les idées émises dans son travail.

Avant de clore ce mémoire, nous croyons utile de jeter un dernier coup d'œil sur la route que nous venons de parcourir, et de nous demander si nous étions autorisé à proclamer que nous avions doté la chirurgie d'une méthode nouvelle, que nous avions dévoilé des vérités inconnues. Nous avons la conviction que ce langage exprime la vérité ; en effet, mettons dans la balance les deux méthodes, d'une part l'urétrotomie par incision, de l'autre par scarification, et scrutons leur mérite. Que chaque praticien se recueille avant de formuler son jugement, et se demande : Qu'est-ce que la scarification? N'est-ce pas une opération sans valeur par elle-même, venant au secours d'une autre méthode d'une efficacité plus problématique encore ; opération nécessitant l'emploi permanent ou du moins très fréquent des sondes, c'est-à-dire exposant les malades aux plus graves accidents inflammatoires, les mettant sous le coup de maladies nouvelles créées par le prétendu traitement, qui, au lieu de les soustraire à leur mal primitif, greffe des complications redoutables, égalant en gravité la maladie-mère, si elles ne la surpassent pas ? Qui n'a vu, en effet, l'emploi des sondes accompagné d'inflammations phlegmoneuses du canal, de dépôts urineux, de déchirure de l'urètre, de fistules urinaires, d'orchite, d'hydrocèle, d'altération de la prostate, de catarrhe de la vessie, de cystite, d'ulcération et de perforation de cet organe, etc. ? Ce cortége effrayant de dangers forme un sombre tableau qui n'est point chargé à plaisir de sinistres menaces ; tous les praticiens l'ont vu se dérouler, entraînant d'irrémédiables catastrophes. Au moins si les dangers affrontés, la longueur du traitement, la vie sédentaire à laquelle il contraint, c'est-à-dire l'abandon de toute carrière, de toute occupation, les douleurs physiques, les angoisses morales trouvaient un dédommagement dans la certitude de la solidité et de la durée de la guérison ! Mais non, rien n'est plus fragile que ces améliorations; quelques jours de répit, juste ce qu'il faut pour naître dans l'esprit du malade l'illusion décevante de son rétablissement, et la victime voit recommencer son supplice. Tel est le sort départi aux personnes atteintes de rétrécissements organiques traités par la scarification.

A côté de cette triste constatation de la pauvreté de la chirurgie en ce qui concerne les coarctations urétrales, j'ai tracé les bases d'un système nouveau étayé par vingt années d'études ; à des préceptes vagues, irrationnels et inefficaces, je propose de substituer une opération basée sur les plus saines données d'anatomie pathologique. La pensée, il est vrai, a besoin de réflexion avant de l'adopter, car elle choque les théories faites pour les méthodes que je combats; mais les faits confirment les théories et ne sauraient être infirmés par elles, ou il faudrait rayer de nos codes cette sentence fondamentale qu'Hoffmann y a écrite : *Ars medica tota in observationibus.*

L'urétrotomie par incision triomphe par où succombe sa rivale : entrée dans le domaine de la science, elle en proscrira le traitement cruel durant des mois et même des années pour n'amener, après des sacrifices inouïs, qu'une amélioration bientôt détruite ; après laquelle le malade, replongé dans sa position première, doit parcourir de nouveau et sans plus de fruit ces douloureuses épreuves. Par ma méthode, quelques jours, quelques semaines au plus, après des souffrances en quelque sorte instantanées au moment de l'opération, suffiront à rendre à l'organe malade, non ses tissus normaux emportés par une influence destructive, ils ont disparu pour toujours, mais ses dimensions normales, ce qui, en pratique, revient au recouvrement de l'intégrité de ses fonctions. Au lieu de corps étrangers fixés à demeure comme dilatateurs et introduits jusque dans la vessie, menaçant sans cesse de rendre les tissus sains plus malades que ceux primitivement affectés, l'urétrotomie par incision admet l'usage des sondes dans le seul but d'empêcher la cicatrisation immédiate de la plaie ; elles ne doivent jamais dépasser le niveau du rétrécissement ; elles sont retirées aussitôt, et cette manœuvre, répétée seulement une fois par jour, laisse au malade, exempt des douleurs et des périls occasionnés par le dangereux séjour des bougies dans le canal et la vessie, sinon la possibilité de vaquer librement à ses occupations, du moins la certitude d'une guérison très prochaine.

Mais un vieil axiome nous le dit : Guérir est la suprême loi ; si l'urétrotomie par incision n'est point réellement douée de l'efficacité que je lui attribue, mes conclusions ne seraient qu'un mirage décevant et cruel. J'appelle sur cette méthode les investigations les plus sévères ; soumise à un examen consciencieux et approfondi, elle sera sanctionnée par le suffrage du corps médical. Je la livre sans crainte à la publicité ; les avantages incontestables qu'elle m'a fournis ne failliront pas aux praticiens habiles qui l'adopteront.

OEuvre sérieuse, éclose à l'abri du tumulte et des rivalités, mûrie par la réflexion, déduite de principes clairs, précis et rigoureux, je la livre après l'avoir soumise à de longues méditations confirmées par de solides expériences, après l'avoir vue couronnée de succès inespérés ; je la livre, dis-je, avec la sécurité inspirée par la certitude de voir mes résultats confirmés avec le bonheur qu'éprouve tout homme auquel sa conscience fournit le témoignage d'avoir loyalement acquitté sa dette envers l'humanité en s'efforçant de reculer les bornes de la science appelée le plus directement à la protéger.

Un triste spectacle a été donné depuis plusieurs années pour quelques parties de la chirurgie : à côté de praticiens dignes d'estime pour leurs travaux et pour leur personne, nous avons vu sourdre des individualités peu scrupuleuses, subordonnant systématiquement tout à leur intérêt personnel, ne craignant point de tronquer la vérité en dénaturant les faits, se servant de la science et de son langage austère pour glorifier leurs œuvres et refouler toute innovation n'émanant pas de leur initiative ; aussi l'histoire des connaissances médicales a été exposée avec tant de partialité qu'elle est à refaire presque en entier sous ce rapport.

Mon travail sera classé parmi ceux entrepris dans un but plus élevé ; ne figurant plus dans la phalange militante des praticiens, exempt désormais des rudes labeurs de la profession, à l'abri de l'ambition qui, par ses mauvais conseils, énerve souvent de généreuses organisations, je cherche encore à être utile en rassemblant dans le repos, qui conduit au recueillement et à la méditation, les enseignements fournis par ma longue carrière médicale.

ACADÉMIE ROYALE DE MEDECINE BELGE.

Discussion de la proposition de M. Thirion, relative à la prohibition du Rob dit de Laffecteur.

(Voir les nos des 28 mars et 2 avril.)

M. Vleminckx. Je suis obligé, au nom de l'humanité, de répondre à l'observation de l'honorable M. de Mersseman. Il prétend que la matière médicale possède d'autres médicaments aussi efficaces que le rob de Laffecteur. Dans l'intérêt de l'armée et dans celui des contribuables, il n'est point d'essai que nous n'ayons fait, et constamment nous avons dû en revenir au rob de Laffecteur, qui seul nous a procuré des succès.

M. François vient de dire que les Commissions médicales ne sont pas aptes à décider la question. Je crois qu'il y a dans un membre d'une commission médicale deux hommes : l'administrateur d'abord, le praticien ensuite. Ainsi M. Seutin, comme membre de la commission médicale du Brabant, a fait l'impossible pour faire prohiber le rob; et comme praticien, en dehors de cette enceinte, il n'est pas d'efforts qu'il ne fasse pour se procurer ce remède. Il y a donc, je le répète, deux hommes dans le membre d'une commission médicale; il y a l'administrateur puritain, disposé à prohiber tout ce qui a la moindre apparence d'un remède secret; il y a, en second lieu, le praticien qui sent la nécessité de secourir ses malades. Quant à moi, quelle que soit la décision de l'Académie, je continuerai à faire tous mes efforts pour que le rob cesse d'être prohibé, et que le pays ne soit pas privé d'un médicament qui a donné la vie et rendu la santé à un grand nombre de nos concitoyens.

M. De Merssemant. On vient de signaler un fait grave. L'honorable M. Langlet nous a dit, messieurs, qu'il est une foule de sirops qui se vendent sous le nom de rob de Laffecteur. A mon avis, il n'y a qu'un seul rob de Laffecteur, et la première chose que l'Académie devrait faire, c'est de constater quel est véritablement le rob de Laffecteur, de prendre des mesures telles que, si l'on permet l'importation de ce rob, on ne puisse pas abuser de cette exception à la loi pour introduire des sirops falsifiés qui, au lieu d'être utiles, deviendraient nuisibles à l'humanité. Voilà ce que je propose.

M. le président. Faites une proposition formelle.

M. De Mersseman. Je désire que l'Académie s'assure d'abord, par les moyens qu'elle jugera les plus convenables, que le rob dont l'introduction sera permise est bien véritablement le rob de Laffecteur, afin que la mesure dont il s'agit ne devienne pas un moyen de spéculation et de commerce, un moyen de vendre des sirops falsifiés.

M. Vleminckx. Je n'ai qu'un mot à répondre à M. De Mersseman: Ce n'est point là l'affaire de l'Académie. Si elle trouve que le rob Laffecteur soit un médicament utile (il est bien entendu qu'il s'agit du véritable rob de ce nom), c'est au gouvernement à prendre des précautions; il peut ensuite, s'il le juge convenable, faire désigner par l'Académie une commission à l'effet d'indiquer les conditions, les caractères du véritable rob, ou nommer à cet effet une commission spéciale.

M. Seutin. Messieurs, mon nom a été prononcé au moment où j'entrais dans cette enceinte. On a dit qu'il y a en moi deux hommes, l'administrateur et le praticien; je ne démens pas cette observation de M. Vleminckx. Comme membre de la commission médicale, je dois faire tous mes efforts pour qu'on n'ouvre pas la vie à une foule de remèdes secrets dont plusieurs peuvent être très nuisibles; ce sont de ces abus que les commissions médicales ont à tout moment l'occasion de constater, et j'ai souvent regretté de ne pouvoir les saper dans leur base. J'ai cependant admis que l'on pourrait faire une exception relativement au rob de Laffecteur; mais que l'on nous fasse une bonne fois connaître ce médicament, que l'on nous dise : « Voilà la composition de mon sirop, j'en dépose la recette au ministère de l'intérieur. » Les commissions médicales ne trahiraient pas le secret, et, de cette manière, on pourrait permettre le débit de ce médicament sans qu'il en résultât des abus.

M. De Hemptinne. J'appuie fortement la proposition de M. De Mersseman. Il faut au moins, avant d'admettre un remède, qu'on puisse le connaître.

M. Vleminckx. Les véritables propriétés du rob de Laffecteur sont parfaitement connues. J'en appelle à tous les praticiens; il n'en est pas un seul qui n'ait eu l'occasion d'en faire usage. Dans tous les cas, je le répète, nous n'avons qu'une seule chose à faire, c'est de dire au gouvernement : « Il est utile que le rob, le véritable rob de Laffecteur, puisse être importé en Belgique ; » mais nous n'avons nullement besoin de faire hic et nunc une enquête sur la nature de ce rob.

M. De Hemptinne. Je défie qui que ce soit de dire quel est le véritable rob de Laffecteur.

M. Seutin. La loi impose à celui qui découvre un remède quelconque et qui veut en faire usage l'obligation d'en déposer la recette au ministère de l'intérieur.

M. Fallot. C'est une erreur. Il n'y a pas de législation spéciale sur les remèdes secrets.

M. Seutin. Quand un individu veut obtenir l'autorisation de débiter un remède, il faut qu'il en dépose la recette au ministère de l'intérieur; la loi est positive à cet égard. Cette recette est renvoyée à l'examen d'une commission médicale, et alors le remède dont il s'agit n'est plus un remède secret. Si les possesseurs du rob de Laffecteur voulaient être réellement utiles à l'humanité, ils se conformeraient à la législation (1).

M. Vleminckx. On s'est conformé à la loi. N'avons-nous pas été réunis à la France, et n'est-ce point pendant cette réunion que M. Laffecteur a rempli toutes les formalités voulues pour être autorisé à débiter son rob? Est-ce que les lois qui ont régi la France à cette époque ne sont pas les nôtres?

M. Seutin. On a établi une nouvelle loi depuis 1815.

M. Vleminckx. Oui, pour les remèdes à venir.

M. Seutin. La loi est générale. Elle ne fait pas de distinction entre les remèdes anciens et les remèdes nouveaux.

M. De Mersseman. S'il existe une loi, je suis fort étonné que le gouvernement ne l'ait pas appliquée.

(M. Verheyen remplace M. Fallot au fauteuil.)

(La fin à un prochain numéro.)

(1) A l'égard des propriétaires du Rob, la demande de M. Seutin n'est pas légitime. Le gouvernement belge ne peut, pas plus que le gouvernement français, exiger la communication de la formule. La loi a établi le droit des propriétaires du Rob dit de Laffecteur. En voici la preuve :

Ministère de l'intérieur. — Administration générale des établissements d'utilité publique et des secours généraux. — 14771. — Remèdes secrets. — Il y a lieu d'autoriser la vente du Rob antisyphilitique de Laffecteur.

A M. Boyveau-Laffecteur.

« Paris, le 16 décembre 1828.

« Monsieur,

« Par la lettre que vous m'avez adressée le 22 du mois dernier vous vous plaignez de ce que M. le maire de Clermont-Ferrand a provisoirement interdit le débit de votre Rob antisyphilitique dans cette ville, et vous m'invitez à lever les entraves apportées à la libre distribution de ce médicament.

» J'ai déjà reconnu et je dois reconnaître encore que votre position particulière vous excepte des défenses générales qui existent contre le débit des remèdes secrets. Cette exception est fondée, d'une part, sur l'arrêt du Conseil en date du 12 septembre 1776, qui a autorisé la vente de votre remède; de l'autre, sur le décret du 25 prairial an XIII, qui établit en principe que l'article 36 de la loi du 25 germinal an XI n'est pas applicable aux remèdes précédemment autorisés. L'autorité administrative peut seulement, en ce qui concerne votre remède, refuser son agrément à tel de vos dépositaires qui ne lui paraîtrait pas offrir des garanties nécessaires, et, dans ce cas même, elle devrait vous faire connaître sa détermination et vous inviter à en présenter un autre.

» J'ai l'honneur d'être, monsieur, votre très humble serviteur. Pour le ministre, le conseiller d'Etat directeur, » C. de Boisbertrand. »

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 6 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 42.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, près de l'hôpital de la Charité.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
Paris. . . .	24 fr.	13 fr	7 fr.
Départements.	26 fr.	14 fr	8 fr.
Étranger. . .	30 fr.	16 fr	9 fr.

PARIS, 5 AVRIL 1850.

Sur la réorganisation

DU CORPS DES OFFICIERS DE SANTÉ DE L'ARMÉE DE TERRE.

A peine arrivé à l'Assemblée nationale, M. Ducoux a repris en main la cause non moins belle que juste des officiers de santé de l'armée de terre. On sait que, sous prétexte d'un règlement d'administration publique qui demandait quinze jours de travail, on a trouvé moyen de suspendre jusqu'à ce jour l'exécution du décret du 3 mai 1848, décret qui avait pour but de donner au corps de santé militaire le rang et les honneurs dont il est si digne.

Voici la proposition soumise par M. Ducoux à la commission d'initiative parlementaire :

L'Assemblée nationale invite M. le ministre de la guerre à faire publier sans délai le règlement d'administration publique renvoyé, le 17 février 1849, au conseil d'État par l'Assemblée constituante, et nécessaire pour la mise à exécution du décret du 3 mai 1848 sur l'organisation du corps des officiers de santé de l'armée de terre.

Nous espérons que l'Assemblée rendra enfin justice aux officiers de santé de l'armée, et qu'elle ne laissera pas se prolonger plus longtemps une illégalité flagrante; car, sous le prétexte d'attendre un règlement d'administration publique, il est impossible d'admettre qu'on puisse suspendre indéfiniment l'action d'une loi. Nous engageons d'ailleurs l'Assemblée nationale à se persuader que l'exécution du décret du 3 mai n'est pas moins utile au bon état sanitaire de l'armée qu'aux officiers de santé eux-mêmes. En rendant la carrière de l'officier de santé plus honorable et plus honorée, on attachera les hommes de valeur à cette carrière, on les attachera au soldat, et l'on ne verra plus ces démissions et ces mutations fréquentes qui sont toujours extrêmement fâcheuses dans toute administration, et spécialement dans une administration sanitaire. Si l'Assemblée se pénètre bien de cette vérité, qui est incontestable, elle ne refusera pas plus longtemps la justice qu'attendent depuis deux ans déjà les officiers de santé militaires, et elle rendra en même temps un service signalé à notre admirable armée, qui mérite à un si haut degré notre sollicitude.

Deux nouveaux cas de choléra, mais de choléra sporadique, ont eu lieu dans les hôpitaux cette semaine: le premier chez un jeune homme de vingt-deux ans, couché au n° 4 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Rayer, à la Charité; le second, chez une femme du service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu. Dans les deux cas, les symptômes ont été parfaitement caractérisés, quoique d'une intensité modérée. Le malade de M. Rayer a présenté: la teinte cyanique, le refroidissement général, les vomissements et les selles cholériques, la suspension des urines pendant vingt-quatre heures.

La malade de M. Husson a offert les mêmes symptômes, mais avec une intensité encore moindre.

Le jeune homme de la Charité, traité par les opiacés, est maintenant en pleine convalescence. Quant à la femme de M. Husson, la maladie a éclaté hier seulement; mais tout porte à croire que la guérison sera obtenue sans difficulté.

En résumé, ces deux faits nouveaux ne peuvent inspirer aucune inquiétude touchant l'état sanitaire de la population. Jamais les épidémies de choléra n'ont commencé par éclater à Paris; elles y sont toujours arrivées après avoir traversé diverses contrées de l'Europe, et leur développement a toujours pu être prévu. Il faut donc rapporter ces nouveaux cas, comme les précédents, au choléra sporadique, qui peut-être deviendra plus fréquent dans nos climats à mesure que les épidémies se répéteront.

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS DU COL DE LA VESSIE.

Par M. le Dr Civiale, membre de l'Institut.

A propos de la présentation à l'Académie des Sciences de la seconde partie de son *Traité pratique sur les Maladies des organes génito-urinaires*, M. Civiale a donné lecture de l'importante note que nous allons reproduire textuellement, et qui renferme la substance des questions traitées *in extenso* dans le volume qui sera sous peu de jours livré à la publicité.

Les lésions du col vésical méritent une attention toute particulière par leur nature, par leur développement, par les désordres qu'elles produisent et les conséquences qu'elles entraînent. Ces maladies sont d'autant plus essentielles à considérer aujourd'hui, que l'art possède maintenant pour les étudier de nouveaux moyens d'exploration.

Au col de la vessie se trouvent réunis la prostate, la terminaison des canaux spermatiques, l'orifice interne de l'urètre et les tissus propres du sphincter vésical. Or dans ce centre commun, auquel aboutissent d'importantes fonctions, il se produit une série de lésions très fréquentes, surtout chez les hommes qui ont dépassé soixante ans. Elles ont pour effet de rétrécir, d'oblitérer les conduits éjaculateurs, de changer la forme, la direction, la capacité de la partie profonde de l'urètre et du col vésical. Elles exercent aussi une grande influence sur trois des principales fonctions de l'économie animale et sur plusieurs des opérations les plus difficiles de la chirurgie. Il est reconnu aussi qu'elles ont une action puissante sur la production, la marche, les symptômes des maladies des voies urinaires en général, spécialement sur celles de la vessie et des reins.

« Tant de connexions intimes et de conséquences si graves sont assurément de nature à fixer l'attention des observateurs. Néanmoins les auteurs anciens, habilement résumés par Bonet et Morgagni, mentionnent à peine quelques-unes de ces lésions sous les dénominations vagues d'excroissances, de carnosités vésicales.

» Ce qu'ils disent même à cet égard est si incomplet et si peu exact, qu'on voit bien qu'ils ne s'en étaient pas formé une idée nette. On comprend qu'il en ait été ainsi; car ils manquaient des deux seuls moyens propres à les faire connaître.

» C'est par l'anatomie pathologique, inusitée chez les anciens, qu'on a acquis les premières notions exactes sur les altérations organiques du col vésical. A peine les eut-on reconnues, qu'on réunit dans les principaux musées de l'Europe une série de pièces à l'aspect desquelles on est frappé en voyant le nombre, la variété, l'étendue des effets produits par la maladie. Plusieurs même de ces effets ont un développement tel, qu'on a de la peine à comprendre que de pareils désordres aient été si longtemps inconnus, ou qu'après les avoir constatés on n'ait pas déduit de ces faits les conséquences qui en découlent naturellement.

» Quoi qu'il en soit, hormis quelques observations faites en France par Lieutaud et Deschamps, membre de cette Académie; par Sommering, en Allemagne; par Hunter, en Angleterre, on ne trouve dans les auteurs, même les plus estimés, que des théories hasardées, que de vagues aperçus pratiques. Presque tous ont confondu dans les mêmes catégories les maladies propres au col de la vessie et celles qui ont leur siége dans le corps même de ce viscère.

» De 1805 à 1811, la science fit un nouveau pas. Dans un travail particulier, S.-E. Home appela l'attention des praticiens sur les maladies de la prostate considérées comme obstacle à l'émission de l'urine. Ses observations, quoique incomplètes, furent accueillies avec faveur, et devinrent pour beaucoup de chirurgiens un sujet d'études, qui n'ont pas eu, il faut bien le dire, le résultat qu'on en attendait. Cependant Home avait laissé beaucoup à faire à ses successeurs.

» Dès 1818, la découverte de la lithotritie et son application à la guérison des calculeux, en créant de nouveaux moyens diagnostics et thérapeutiques, firent découvrir des lacunes que la pratique ordinaire laissait inaperçues. Les recherches anatomiques auxquelles mes prédécesseurs s'étaient livrés, en vue surtout de la cystotomie, ne suffisaient pas pour porter dans la vessie de nouveaux instruments, dont le volume surtout, la forme et la direction, semblaient devoir faire redouter ou même repousser l'emploi. C'était pour moi une nécessité d'acquérir des connaissances particulières dans l'anatomie des organes génito-urinaires. Mais il ne suffisait pas de connaître avec exactitude la voie normale que doivent parcourir les instruments lithotriteurs. Les plus grands obstacles à leur introduction proviennent des dispositions morbides qui s'établissent au col vésical. L'étude approfondie de ces dernières et l'appréciation exacte des changements qu'elles apportent à la forme, à la capacité, à la direction de la partie prostatique de l'urètre, étaient donc une condition d'existence et de progrès pour la lithotritie, comme il est démontré aujourd'hui qu'elles servent de guide aux praticiens dans l'application de cette méthode.

» L'invention de l'art de broyer la pierre a commencé une ère nouvelle pour l'étude et le traitement des maladies de la prostate et du col vésical. Après avoir constaté les lésions matérielles de ces organes, j'ai étudié les phénomènes morbides qui s'y rapportent, soit qu'elles les précèdent, qu'elles les compliquent ou qu'elles leur succèdent. J'ai rassemblé ainsi les matériaux de l'ouvrage qui parut en 1840, et dont je publie aujourd'hui une nouvelle édition.

» Ce qui frappe spécialement dans ces maladies, c'est la prédominance alternative ou successive de ce qu'on nomme irritations ou névroses et des lésions organiques proprement dites. Dans les premiers les symptômes se réduisent presque toujours à un trouble fonctionnel des vésicules séminales et de la vessie, sans qu'on aperçoive le moindre changement dans la coloration, le volume, la densité, la texture de la partie qui est le point de départ des phénomènes morbides.

» D'un autre côté, les altérations organiques peuvent exister et même acquérir un grand développement, sans qu'on observe ni les symptômes névralgiques, ni même les troubles fonctionnels qu'on croirait inséparables des lésions et des transformations de tissus que l'examen microscopique nous fait passer sous les yeux. Ces deux ordres de maladies sont susceptibles de se succéder, de coexister ensemble, de se compliquer mutuellement. Mais au début surtout elles se montrent au praticien, pour ainsi dire, indépendantes les unes des autres, ou du moins il ne nous est pas toujours donné de déterminer les connexions qui existent entre elles, et de spécifier la dépendance où elles se trouvent les unes à l'égard des autres. De là une confusion et obscurité d'autant plus grandes que ces symptômes spéciaux manquent presque toujours. La même maladie ne saurait être accompagnée des mêmes phénomènes, puisqu'elle peut n'attaquer qu'une seule partie, ou les envahir toutes à la fois et à des degrés divers. Ajoutons qu'ici, comme pour les autres parties du corps humain, les autopsies n'apprennent absolument rien dans les lésions désignées par l'épithète de nerveuses. Tout ce qui est augmentation, diminution, perversion de la sensibilité et de la contractilité, considérées d'une manière abstraite et isolées de tout autre état morbide, ne laisse généralement pas de traces après la mort. C'est même là un des caractès distinctifs des névralgies et des maladies dans lesquelles se montrent les indices de l'inflammation. Les phlegmasies, en effet, laissent sur les parties qui en ont été le siége des traces que les praticiens connaissent, et on les découvre alors même que les phénomènes morbides ont eu peu d'intensité. Ainsi, à l'aide des signes rationnels, les seuls qu'on observe généralement, on ne peut ni saisir la corélation existant entre les symptômes et les lésions matérielles, ni déterminer le point par lequel le mal a commencé, ni suivre les ramifications qui se sont successivement établies.

» Dans cette insuffisance non contestable des ressources de l'art, j'ai appliqué à l'étude des maladies de la prostate et du col vésical les nouveaux moyens d'exploration que j'ai fait connaître, et qui m'avaient été si utiles dans d'autres circonstances.

» En combinant les indices fournis par ces moyens avec les procédés de l'élimination, beaucoup trop négligés en médecine pratique, j'ai pu parvenir à mieux connaître les états morbides, à les distinguer les uns des autres, à les dégager d'une multitude de phénomènes généraux qu'on leur avait systématiquement annexés, et qui en masquent les véritables caractères. Enfin, j'ai réussi, dans beaucoup de cas, à séparer, relativement aux symptômes, ce qui tient à l'accroissement, à la perversion de la sensibilité et de la contractilité locales, et ce que produisent les altérations des tissus, sans prétendre toutefois isoler d'une manière absolue le désordre fonctionnel de la modification matérielle de la fibre vivante.

» Je n'abuserai pas de l'attention de l'Académie par de plus longs détails sur ces maladies, et je me bornerai à indiquer brièvement les résultats qu'on obtient par les traitements aujourd'hui en usage.

» Les distinctions que j'ai établies, en vue surtout des besoins incessants de la pratique, m'ont conduit à d'importantes conséquences d'application.

» Dans les cas de névralgie simple, nous voyons tous les jours des phénomènes morbides très prononcés et même persévérants céder entièrement et sans retour, avec autant de facilité que de promptitude, à un traitement qui se borne à modifier la sensibilité, à régulariser la contractilité de la partie où siége la douleur, sans qu'on ait rien fait pour attaquer une cause matériellement observable ou une lésion organique dont on soupçonnait l'existence, et sans que la nature ait eu le temps ou la puissance de s'en débarrasser d'elle-même.

» Dans les cas les plus avancés, graves, compliqués, quand la névralgie est entretenue par des lésions organiques, les effets du traitement se font longtemps attendre; souvent même on n'obtient qu'une amélioration temporaire. Mais ce

résultat, quoique incertain, alors même qu'il ne se soutient pas, a beaucoup plus d'importance qu'on ne serait porté à le croire. Le malade, momentanément placé dans une condition meilleure, peut être soumis à des explorations qu'il aurait difficilement, douloureusement supportées à la première visite. On parvient ainsi à découvrir la lésion organique ou la cause matérielle qu'on avait d'abord méconnue, et dont la névralgie est la conséquence.

» Quand il s'agit d'attaquer les lésions organiques elles-mêmes, il faut bien le dire, quelque pénible qu'en soit l'aveu, l'art est presque toujours impuissant, surtout si, par une malencontreuse temporisation, on a laissé prendre à la maladie un développement trop étendu. On coupe, il est vrai, on transperce les valvules utéro-vésicales et même certaines tumeurs prostatiques; on cautérise, on détruit, on arrache quelques fongosités du col vésical; on donne issue à des amas de matière purulente, on extrait des corps étrangers, et ces opérations hardies guérissent quelques malades. Ce sont là, assurément, de beaux faits qui mettent en toute évidence les progrès de la chirurgie moderne. Mais ces succès, encore peu nombreux, ne sont, pour ainsi dire, que des exceptions. Ce qui est la règle dans la pratique générale, c'est que la chirurgie n'a pas encore d'action sur les productions morbides anciennes et sur les véritables transformations des tissus de la prostate et du col vésical. Les autopsies, en dévoilant l'état des parties, ne font que trop bien comprendre cette impuissance de l'art.

» A côté de cette triste et décourageante réalité, vient heureusement se placer un fait bien propre à soutenir le chirurgien: il peut soulager, s'il ne lui est pas donné de procurer une guérison durable. S'il ne doit pas espérer, en effet, d'obtenir le dégorgement, la fonte d'une tumeur fongueuse ou prostatique, du moins parvient-il à diminuer les effets qu'elle produit. On sait que les lésions organiques de la prostate, à l'état d'hypertrophie, ne deviennent graves, en général, que par les obstacles qu'elles apportent à l'excrétion de l'urine. Ces tumeurs, du reste, même dures et volumineuses, provoquent si peu la manifestation d'aucun phénomène morbide, que beaucoup de malades ignorent longtemps qu'ils en sont atteints.

» Eh bien! dans beaucoup de cas, la chirurgie parvient à paralyser cette influence de tumeurs prostatiques. Elle les affaisse, les aplatit, les déprime, les creuse en gouttière; en un mot, elle écarte l'obstacle qu'elle ne peut pas détruire, et le malade recouvre la faculté d'uriner.

» Si la vessie, fatiguée, affaiblie, ne parvient qu'à expulser une partie du liquide qu'elle contient, l'art intervient encore utilement. Ainsi, par une judicieuse combinaison des ressources de la médecine proprement dite et des procédés de la chirurgie, non-seulement on réussit à combattre l'exaspération de la sensibilité et de la contractilité, qui exercent une incontestable influence sur la production et l'entretien des troubles fonctionnels de la vessie, mais encore on parvient à réprimer les tissus exubérants, à rétablir la liberté du canal, à refouler l'obstacle matériel au cours de l'urine. On place le malade dans une position telle qu'il puisse, au besoin, recevoir une assistance utile, ou se soulager lui-même, ce qui a lieu le plus communément. J'ai prolongé ainsi, pendant quelques années, l'existence de beaucoup de malades âgés, qu'on croyait condamnés à une mort prochaine.

» A la vérité, pour déterminer avec précision, dans chaque cas qui se présente, les indications à remplir, les précautions qu'elles commandent, ce qu'on peut espérer et ce qu'il faut craindre, il est nécessaire de recourir à une série d'explorations délicates, qui exigent des moyens parfaits et une main exercée.

» Mais, j'ai hâte de le dire, avec de la prudence, en procédant comme je l'ai indiqué, et en tirant tout le parti possible des procédés d'exploration dont l'art dispose, le chirurgien obtient presque toujours des notions propres à régler sa conduite. Il n'a même pas à craindre les réactions consécutives, qui sont si fréquentes et si graves quand on explore sans précaution et à la première visite. Par là aussi, il évite de demander à chaque médication plus qu'elle ne peut produire, et il épargne à ses malades de longs et pénibles traitements qui ne sont pas seulement inutiles, car ils ajoutent aux angoisses au milieu desquelles se termine la vie.

» Il y a des cas réfractaires vis-à-vis desquels le praticien se trouve souvent dans une position pleine de périls, et pour le malade et pour lui-même. D'une part, on a tout à craindre du séjour forcé de l'urine dans son réservoir, et des efforts incessants auxquels le malade se livre pour l'expulser; d'autre part, le cathétérisme, principal moyen que l'art possède pour prévenir une longue série de graves désordres, peut lui-même, s'il n'est point pratiqué avec habileté et une grande prudence, déterminer les accidents les plus redoutables. Je ne connais pas, en chirurgie, de situation qui exige plus de tact, de dextérité, de discernement dans l'application des moyens propres à soulager. Puissent les praticiens s'inspirer heureusement des remarques que m'a suggérées une longue pratique, et trouver quelques ressources dans les procédés que j'ai fait connaître jusque dans leurs moindres détails, et dont l'expérience m'a prouvé l'utilité! Tel est mon vœu le plus cher, et c'est l'espérance de le voir se réaliser qui m'a inspiré le courage de présenter à l'Académie les longs détails qu'elle vient d'entendre. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 mars 1850. — Présidence de M. Andral.

Suite de la discussion sur la paracentèse du thorax.

M. Trousseau. Je viens apporter à la Société des détails plus complets sur le nombre des thoracentèses que j'ai eu jusqu'à présent l'occasion de pratiquer dans des cas d'épanchements successifs. Ces cas sont au nombre de 21. Sur ces 21 cas, 11 ont été opérés chez des individus atteints de pleurésies simples aiguës; *tous ont guéri.*

2 ont été opérés dans des circonstances fâcheuses; l'un d'eux, entre autres, était un enfant de huit ans, qui avait été pris de scarlatine, puis d'anasarque. Il y avait de l'albumine dans les urines, et le liquide que je tirai de la poitrine était purulent. Ces deux cas ont été tous deux suivis de mort.

Sur les 8 autres sujets, l'opération fut pratiquée dans des cas d'épanchements chroniques.

2 ont été complétement guéris; l'un d'eux est mort à l'hôpital Necker d'une hémorrhagie cérébrale, et nous pûmes constater la guérison complète de la pleurésie.

Un autre avait des tubercules; il guérit de son épanchement, mais mourut beaucoup plus tard de l'affection tuberculeuse.

Un jeune homme d'Orléans fut opéré également. Nous tirâmes deux litres de pus; l'épanchement se renouvela trois semaines après, et le malade mourut plus tard. A l'autopsie, nous ne trouvâmes pas de tubercules dans les poumons.

Un autre cas a été observé en ville (au Marais), chez un homme affecté de tubercules, et de la poitrine duquel nous retirâmes onze litres de pus. Le malade succomba quelque temps après.

J'ai opéré avec M. Chomel un jeune homme, il y a dix-huit mois. Ce jeune homme a conservé une fistule qui ne l'empêche pas, pour le moment, de se livrer à quelques occupations.

Enfin, je citerai le dernier cas qui s'est offert ces jours derniers à mon observation, et sur lequel j'ai appelé l'attention de la Société.

En résumé, j'ai obtenu 11 guérisons dans des cas de pleurésie simple avec épanchement excessif.

2 malades opérés, affectés de pleurésie purulente, sont morts.

Et sur les 8 derniers malades opérés dans de mauvaises conditions, affectés de maladies chroniques:

2 ont guéri d'une manière complète;

1 d'une manière incomplète;

5 sont morts, et sur ces 5, 4 étaient affectés de tubercules pulmonaires.

J'ajouterai encore à ces observations, qui me sont personnelles, que d'autres médecins ont obtenu des guérisons dans leurs différents services. C'est ainsi que MM. Rostan et Pidoux en ont observé des exemples; M. Tardieu en a vu trois; M. Bouley en a guéri un; M. Hardy a obtenu également une guérison dans son hôpital. Je dois dire aussi que M. Monneret a observé, de son côté, quelques cas de mort, que, j'espère, il voudra bien signaler à la Société.

Il est bien entendu qu'il ne s'agit ici que des pleurésies s'accompagnant d'épanchement excessif. Quel est le danger quand on n'opère pas? La mort peut arriver, ainsi que cela est prouvé par des faits non douteux.

L'épanchement met, dans tous les cas, un temps fort long à se résoudre. Cela est prouvé par le fait de M. Valleix, cas dans lequel l'épanchement disparut au bout de cinq mois. Il y a donc évidemment des risques à faire courir au malade. En abandonnant ainsi cet épanchement à lui-même, il devient une cause de fièvre; cette fièvre met le médecin dans l'impossibilité d'alimenter le malade, qui se trouve alors soumis à des conditions diathésiques fâcheuses, conditions qui peuvent favoriser le développement des tubercules. Le poumon tout au moins se ratatine, et permet l'organisation de fausses membranes, dont la formation est toujours fâcheuse. Plus tard, la sérosité s'altère, devient purulente sans qu'il se soit développé de tubercules, ainsi que j'en ai cité un cas chez le jeune homme d'Orléans.

Maintenant, si on opère, quels sont les dangers? Sur 11 cas, j'ai eu 11 guérisons. L'opération est donc si peu dangereuse, qu'avec de pareilles proportions, les chirurgiens se décideront d'une manière constante pour elle. Y a-t-il des dangers inhérents à l'opération? MM. Blandel et Gendrin ont perdu 5 malades; mais je dois dire de suite que la manière dont ils ont procédé à l'opération a pu singulièrement contribuer à ce résultat funeste. La différence du procédé opératoire est pour beaucoup dans le succès de l'opération, et le procédé employé par M. Gendrin est des plus périlleux. Celui que je mets en usage ne cause aucune fatigue au malade. A l'aide de l'instrument dont je me sers, et qui est convenablement garni d'une baudruche ramollie qui fait l'office de soupape, il ne pénètre pas une seule bulle d'air dans la poitrine. Le vide virtuel se fait de la manière la plus exacte dans la poitrine, permet à la pression atmosphérique de déplisser le poumon et de refouler les viscères dans la poitrine. J'ai donc le droit de conclure que le procédé opératoire est pour quelque chose dans la réussite de l'opération.

Je terminerai en faisant remarquer que, sur ces 21 cas, 21 fois l'opération a été pratiquée du côté gauche.

M. Martin-Solon. La communication que vient de faire M. Trousseau est des plus intéressantes. Je lui ferai observer cependant que, dans les cas de pleurésies, même les plus aiguës, il y a toujours formation de fausses membranes; d'où difficulté de pratiquer avec fruit l'auscultation, d'où difficulté de l'opération. On ne peut, en outre, être certain de vider complétement le thorax, car les fausses membranes forment des diaphragmes et des poches qui souvent sont séparées les unes des autres. J'ai pratiqué en 1832 une semblable opération; le lendemain, le liquide s'était reproduit; le malade ne tarda pas à succomber, et, à l'autopsie, nous trouvâmes des fausses membranes organisées.

En résumé, je pense que la thoracentèse est une opération très proposable et très facile à pratiquer, d'après les préceptes posés par notre confrère.

M. Gendrin. On peut comprendre pourquoi l'opération a été plus souvent pratiquée à gauche qu'à droite par ce fait, que l'opération est faite pour remédier à la suffocation, accident qui est plus considérable quand l'épanchement siége à gauche. Maintenant rappelons-nous que le poumon est déjà adhérent par des fausses membranes dans la gouttière vertébrale: si le poumon ne revient pas à son volume normal, il n'y a pas d'accidents immédiats, mais ils sont consécutifs. L'épanchement s'est reproduit quatre fois chez un petit Auvergnat que j'ai opéré.

Dans les cas de pleurésie chronique simple, les résultats sont négatifs: les malades ont généralement succombé plus tard.

Dans les cas aigus, je m'effrayais beaucoup autrefois, mais j'ai pu voir depuis que les malades guérissent en général; il ne peut donc y avoir pour eux que le danger de l'opération au plus. La ponction que pratique M. Trousseau est du reste incomplète, et ne peut avoir d'autre but que de favoriser la résorption. Dans ces cas, je la regarde comme une opération inutile, car dans les dix-neuf vingtièmes des cas il y a guérison.

Dans les pleurésies chroniques, elle sert tout au plus à prolonger la vie du malade.

M. Trousseau. Je n'ai pas été compris. Jamais je n'ai opéré dans les cas simples; comme tous mes confrères, j'ai commencé le traitement par l'emploi des moyens ordinaires: saignées, vésicatoires, calomel, diurétiques, purgatifs, etc. Mais quand, malgré cette médication, je voyais l'épanchement augmenter, le cœur être refoulé en haut de jour en jour; quand je sentais la matité remonter jusqu'au-dessus de la clavicule, que je voyais le malade suffoquer, mourir, alors j'ai dû regarder cette médication comme insuffisante et songer à d'autres moyens de traitement. Dans les cas où j'ai pu réussir sans cette opération, je n'ai jamais été songer à autre chose, pas même à une opération exempte de péril, et qui, en définitive, est moins douloureuse que le vésicatoire.

Si M. Gendrin n'a pas vu le poumon revenir sur lui-même, c'est que, dans son procédé, il ouvre la poitrine; mais le poumon se dilate avec une si grande facilité que, immédiatement, le murmure respiratoire se fait entendre après l'opération, fait qui a été constaté par MM. Béhier, Beau et Bouley. La moindre insufflation, du reste, suffit pour vaincre les fausses membranes qui sont seulement à l'état fibrineux.

Je puis citer le fait d'un de nos confrères, M. Drache, fait constaté par M. Andral qui assistait à l'opération, pratiquée un mois après la formation d'un épanchement. Le murmure vésiculaire se fit entendre immédiatement après l'évacuation du liquide.

Jamais, du reste, je n'ai vidé la poitrine complétement; je me bornais simplement à réduire cette pleurésie anormale avec épanchement excessif aux termes d'une pleurésie simple.

MÉDECINE LÉGALE.

Observations sur les caractères chimiques que présente l'empoisonnement par le phosphore.

Par J.-J.-L. Lassaigne.

Dans une affaire où nous fûmes consultés avec MM. Chevallier et Duchesne, docteurs en médecine, sur une présomption d'empoisonnement par de la pâte phosphorée; nous dûmes nous livrer à divers essais, qui nous donnèrent des résultats négatifs.

Désireux de contrôler par l'expérience les procédés que nous avions employés dans cette circonstance, nous opérâmes tant sur les déjections provenant d'un animal empoisonné par une pâte phosphorée que sur les organes qui avaient été extraits. Notre but, en entreprenant ces essais, n'a pas été d'observer les symptômes et les altérations produites par cet agent toxique, altérations qui ont été déjà suffisamment établies soit par M. Orfila, soit par d'autres toxicologistes, mais de rechercher par quel procédé il serait possible de constater la présence du toxique ingéré.

L'observation que nous publions aujourd'hui a été faite sur un jeune chien épagneul, qui succomba cinq jours après l'ingestion dans l'estomac d'un breuvage composé d'eau miellée, dans laquelle on avait délayé quatre grammes d'une pâte farineuse phosphorée contenant deux grammes de phosphore.

Une demi-heure après cette administration, on présenta à l'animal une soupe au lait et au pain, qu'il mangea sans répugnance. Aucun symptôme particulier ne s'étant offert après une heure, on conduisit l'animal dans une chambre où il fut gardé à vue. Deux heures environ s'étaient écoulées qu'il y eut vomissement d'une partie de la soupe au lait; cette déjection fut laissée et abandonnée à l'air pendant cinq jours sur les carreaux qu'elle recouvrait. A la suite de ce premier vomissement, il y en eut un autre, mais occasionné par une déjection liquide, jaunâtre et visqueuse, analogue à de la bile; cette dernière déjection était alcaline, tandis que la première rougissait assez fortement le papier bleu du tournesol. L'animal paraissait alors souffrant; il tremblait, se tenait debout avec peine. A partir de ce moment, il refusa les aliments et les boissons qui lui étaient présentés.

Pendant les quatre jours qui suivirent ce moment, il resta triste sans offrir aucun symptôme apparent. Enfin, dans la nuit du quatrième au cinquième jour, on le trouva mort dans la loge du chenil où il avait été replacé.

L'autopsie du cadavre fut faite peu de temps après la mort; car le corps de l'animal était encore assez chaud lorsqu'on exécuta cette opération. On trouva l'estomac et les intestins vides de substances solides; leur muqueuse était fortement phlogosée jusqu'aux dernières portions du rectum; l'estomac renfermait une petite quantité d'un liquide jaunâtre, bilieux et très alcalin au papier bleu de tournesol. Soumis à l'analyse, ce liquide a présenté avec les éléments biliaires une certaine quantité de phosphore alcalin dont la proportion nous a paru plus grande que celle qu'aurait pu contenir la même quantité de bile dans l'état normal. Au reste, les recherches que nous avons tentées sur le tissu même de l'estomac qui a été traité en partie par l'éther sulfurique, et en partie par le chlore liquide, ne nous ont point fait constater la présence du phosphore libre dans cet organe, ni dans les autres parties du tube digestif.

L'examen des déjections stomacales desséchées sur le carreau, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut, nous a démontré, après cinq jours d'exposition à l'air, que les matières qui les composaient exhalaient par le frottement une odeur fortement alliacée et paraissaient phosphorescentes en les frottant dans l'obscurité. Une portion de ces matières, introduite dans un flacon avec huit à dix fois son poids d'éther sulfurique pur, a cédé à ce liquide une certaine quantité de phosphore et de matière grasse; car le produit de l'évaporation spontanée de l'éther avait l'aspect et la consistance du beurre fondu. Chauffé sur une spatule, il a brûlé avec une flamme jaunâtre très vive, en répandant une fumée blanche très acide; le charbon laissé sur la spatule était acide au goût et a cédé à l'eau de l'acide phosphorique que l'eau de chaux a abondamment précipité en flocons blancs.

Une seconde portion de la matière de ces déjections a été mise en ébullition avec de l'eau aciduléé par l'acide sulfurique; il s'est précipité au fond du vase avec une matière jaune, à demi fluide, et qui s'est solidifiée par le refroidissement. Cette matière a présenté par son odeur et sa combustibilité les caractères du phosphore impur.

Enfin une dernière portion de ces déjections, délayée dans quinze fois son poids d'eau distillée, a été soumise à l'action prolongée d'un courant de chlore gazeux. Par le courant de ce gaz une certaine quantité de phosphore a été convertie en acide phosphorique qu'on a retrouvé dans le résidu de l'évaporation du liquide chloruré.

Il résulte des faits observés dans cette note :

1° Que dans l'empoisonnement par le phosphore dont il s'agit, la plus grande partie de ce corps a été rejetée par les vomissements et retrouvées parmi les substances qui la composaient, même après cinq jours de leur exposition à l'air;

2° Qu'il a été impossible, après ce laps de temps, de retrouver aucune trace du phosphore libre dans les organes digestifs;

3° Qu'il est probable que la vive inflammation observée dans toute la longueur du tube digestif est due aux acides phosphorique et phosphoreux qui se sont formés, et ont été ensuite absorbés et saturés par les liquides alcalins qui sont versés dans différentes parties du tube intestinal;

4° Qu'il sera toujours important, dans des cas de suspicion d'empoisonnement par le phosphore ou des préparations phosphorées, d'examiner les déjections pour y rechercher la présence du phosphore, même après une exposition prolongée à l'air. (*Journ. de chimie médicale.*)

EMPLOI DU CHARBON VÉGÉTAL

suivant la méthode du docteur Belloc, dans les affections nerveuses de l'estomac et des intestins.

L'usage du charbon végétal, tour à tour introduit et banni de la thérapeutique médicale, semble enfin devoir y prendre un rang définitif depuis que les recherches du docteur Belloc et les expériences de la commission de l'Académie (1) ont démontré l'incontestable efficacité de ce produit lorsqu'il est préparé d'après le procédé indiqué par M. Belloc. Ce praticien attache une telle importance au mode de préparation et au choix du bois, qu'il n'hésite pas à attribuer à ces deux circonstances les insuccès qu'ont éprouvés quelques médecins lorsqu'ils ont voulu répéter ces expériences. Ceux, au contraire, qui ont voulu suivre rigoureusement ses indications, ont obtenu les mêmes résultats que lui, et tous les membres de la commission, ainsi que MM. Husson, Fouquier et Fr. Dubois, sont dans ce cas. Parmi les faits observés par ces savants observateurs, il nous suffira de citer le suivant, communiqué par M. Fr. Dubois.

« Mme C..., âgée de quarante ans, était tourmentée depuis plusieurs années par quelques douleurs d'estomac; la digestion ou tout temps s'opérait avec de grandes difficultés, quelquefois même elle devenait impossible. Dans le cours de l'été dernier, les douleurs gastro-intestinales étaient à peu près continuelles, les digestions à peu près nulles, la constipation opiniâtre, l'amaigrissement était devenu considérable, et l'affaiblissement était tel qu'il fallut renoncer à toute promenade, bien qu'on habitât la campagne dans un beau pays. On avait employé sans succès les ferrugineux sous toutes les formes, les bains de mer, les bains alcalins, les eaux de Seltz, de Vichy, etc., etc. En désespoir de cause, cette dame en avait appelé à l'homœopathie; comme on le pense bien, elle ne s'en était pas mieux trouvée; puis on était revenu aux opiacés, et toujours infructueusement. C'est dans ces circonstances que la poudre de charbon fut employée, d'abord à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, puis à la dose d'une cuillerée à bouche également après chaque repas. Le premier effet obtenu a été de ramener quelques selles; la constipation, qu'on n'avait pu vaincre jusqu'alors, a fini par céder; puis quelques aliments ont passé, la malade a pu digérer des viandes rôties; les forces sont un peu rétablies; mais une ménorrhagie s'étant déclarée, l'amélioration n'a pu aller au delà. Ajoutons qu'un érysipèle de la face d'abord, puis du cuir chevelu, avait mis les jours de la malade en danger. On fut donc obligé de remettre à un autre temps la médication par le charbon. »

Les faits observés par MM. Husson, Fouquier, Patissier, ceux beaucoup plus nombreux recueillis par M. Belloc lui-même, ne sont pas moins concluants que celui qui précède. Quelques-uns de ces faits sont d'autant plus curieux, que des malades ayant été obligés de recourir, faute d'une provision suffisante, à d'autres charbons qu'à celui préparé d'après les indications de M. Belloc, ont vu les symptômes se reproduire ou s'aggraver, et ne disparaître de nouveau qu'après avoir repris l'usage du charbon de M. Belloc.

C'est afin de prévenir de nouveaux insuccès et d'éviter les conséquences d'expériences mal faites que M. Belloc s'est décidé à surveiller lui-même la préparation de son charbon et à en établir un dépôt à la pharmacie Savoie, boulevard Poissonnière, n° 4, à Paris.

(1) Cette commission était composée de MM. Récamier, Caventou et Patissier; MM. Husson, Dubois (d'Amiens) et Fouquier se sont joints aux membres de la commission pour expérimenter ce médicament.

NOTE SUR UN NOUVEL AGENT ADHÉSIF,

Par M. J. MELLEZ, médecin à Raon-Létape (Vosges).

On peut juger par l'accueil empressé qu'a reçu le collodium lorsqu'il est apparu de la médiocre valeur des autres ressources adhésives que la chirurgie tient à notre disposition. En effet, si notre art, si riche et si bien pourvu d'ailleurs, est pauvre en quelque endroit, c'est précisément dans ce qui se rattache à la plus vulgaire, à la plus fondamentale peut-être de ses applications : la restauration des plaies, soit accidentelles, soit chirurgicales. Mon intention n'est pas de disserter sur la désespérante insuffisance des bandelettes de sparadrap, du taffetas d'Angleterre, sur la triste ressource des sutures; leur procès n'est plus à juger. Mais pourquoi donc alors la vogue du collodium a-t-elle à peine dépassé de quelques jours l'époque de son admission dans le domaine chirurgical? C'est que, même en accordant qu'elle soit réellement pourvue des qualités qui devaient en faire un moyen de contention précieux, la solution éthérée de poudre-coton a besoin, pour adhérer convenablement, d'être maintenue à un degré de concentration tellement précis, qu'il faut, pour en obtenir des résultats satisfaisants, pouvoir s'entourer d'un concours d'assistance qui est interdit à la majeur partie des chirurgiens.

C'est surtout au point de vue de la médecine rurale, où bien souvent nous opérons sans aide, où toujours de longs intervalles séparent les visites que nous faisons à nos opérés, qu'il serait urgent de posséder un adhésif solide et sûr, et c'est précisément dans notre pratique que se rencontrent les obstacles les plus insurmontables à l'emploi du collodium.

C'est donc sous l'empire du désappointement où m'avait jeté cette espérance déçue, qu'un jour je me suis demandé s'il ne serait pas possible de faire réaliser par quelque autre substance les promesses illusoires du collodium. N'étant pas chimiste, j'ai dû renoncer à l'idée d'aller à la découverte d'un corps nouveau, et je me suis modestement borné à rechercher parmi les substances que le commerce de droguerie nous livre; et, soit hasard, soit heureux pressentiment, je m'adressai de prime abord à celle qui devait me donner satisfaction complète.

Depuis longtemps déjà plusieurs industries vulgaires ont utilisé la gomme laque, soit comme vernis, soit comme adhésif, et j'ai peine à comprendre comment la pratique médicale, toujours si vigilante à faire son profit des divers produits de l'art ou de la nature, a jusqu'alors dédaigné les avantages qu'elle pouvait retirer de l'emploi de cette substance, destinée, j'en ai la preuve, à lui rendre d'éminents services.

Je me sers de la gomme laque dissoute dans l'alcool à l'aide d'une chaleur modérée, à des doses respectives suffisantes pour obtenir un mélange ayant la consistance de gelée ou de quelque chose approchant. Cette préparation se fait dans un flacon en verre à large tubulure, ou ensuite un simple bouchon de liége suffit pour la garantir de la dessiccation. Quand se présentent les occasions de la mettre en œuvre, je l'étends avec une spatule sur des bandelettes taillées à l'avance, en toile ou en taffetas, selon le plus ou le moins de coquetterie que réclame le pansement à faire.

Examinons maintenant, pour les réaliser, les propriétés dont le programme avait semblé promettre un si bel avenir au collodium : contraction pendant l'évaporation; — imperméabilité à l'air; — absence toute action irritante sur la peau et sur la plaie; — intime adhérence avec la peau; — résistance à l'action de l'eau, des corps gras, des liquides sécrétés par les plaies; — application qui ne nécessite pas l'emploi de la chaleur.

Eh bien! ces propriétés, la gomme laque préparée ainsi que je viens de le dire les possède toutes à un degré supérieur; et, de plus, n'y fait jamais défaut. Seulement, comme le collodium, la gomme laque n'est pas incolore; mais on peut, je crois, la décolorer; et alors, comme pour lui, la substitution de la baudruche à la toile permettra à l'œil de suivre le travail de cicatrisation des plaies qui lui seront soumises. Sa dessiccation est moins prompte que celle de collodium, c'est vrai, et pour cette raison seule je lui donnerais la préférence.

Au reste, une fois mise en contact avec la peau, et c'est là, je crois, le point capital, elle se dessèche encore assez rapidement pour ne pas le moins du monde éprouver la patience du chirurgien. Ajoutez aussi que la minutieuse dessiccation des parties auxquelles on va l'appliquer n'est pas, comme pour le collodium, une condition tout à fait indispensable à l'adhésion de la gomme laque. N'oublions pas non plus, puisqu'il faut tout dire, l'extrême modicité de son prix de revient: considération qui n'est pas sans quelque importance pour nombre de nos malades, et même encore pour plusieurs d'entre nous qui ne sommes pas riches et qui avons si souvent à supporter la dépense des matières qui servent à nos pansements.

J'avais, pour les consigner ici et pour en invoquer le témoignage, recueilli quelques faits de ma pratique où se dessinent avec une incontestable évidence les mérites adhésifs de la gomme laque. Mais à quoi bon? L'épreuve en est si facile et si simple, et les occasions pour la tenter sont si fréquentes, qu'il n'est pas un chirurgien qui, s'il le veut, ne puisse en quelques jours se convaincre par lui-même que je n'ai rien exagéré dans les éloges que je lui donne. Toujours est-il qu'après une expérimentation de trois ans, au plus, je suis en mesure de pouvoir assurer :

1° Que la gomme laque est le plus fidèle et le plus facile à manier de tous les agents adhésifs connus;

2° Que sa puissance agglutinative résiste à l'action des liquides, aux mouvements modérés des malades et même à un temps d'application de plusieurs semaines de durée;

3° Qu'en se desséchant elle rapproche encore les bords des solutions de continuité qui sont soumises à son action;

4° Que, par la courte durée du temps que les plaies mettent à se cicatriser, il y a lieu de soupçonner qu'elle fait plus que leur accorder une protection mécanique;

5° Que, pour les appareils des fractures et surtout des fractures compliquées de plaies, elle est en tout point préférable à la dextrine. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Eaux minérales de Cransac.

On nous envoie, avec prière de l'étudier sérieusement, un volumineux dossier relatif aux eaux minérales de Cransac et au rapport fait par M. Caventou sur une des sources non autorisées qui se trouvent dans cette contrée. On nous annonce en même temps une réfutation circonstanciée du travail de la commission. Nous sommes toujours disposé à recevoir toutes les réclamations qui se présentent sous la forme scientifique, et nous étudierons le dossier qui nous a été transmis avec tout le soin qu'exige une grande question d'hygiène publique.

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Eau et essence de moutarde noire.

Heusler indique, pour la préparation de l'eau distillée de moutarde, la formule suivante :

Semences de moutarde noire contusées.	2,000 grammes.
Esprit-de-vin rectifié.	250 —
Eau froide, quantité suffisante pour obtenir par distillation 1,100 grammes de produit.	

L'huile essentielle, qui constitue le principe actif de cet hydroalcoolat, ne préexiste point toute formée dans la graine de moutarde, et ce n'est que sous l'influence de l'eau froide que l'acide myronique et la myrosine contenus dans ces semences, en réagissant l'un sur l'autre, donnent naissance au principe volatil. L'alcool met obstacle à la production de ce phénomène, analogue à celui qui fournit l'essence d'amandes amères ou d'essence d'ail. Il convient donc de laisser d'abord se développer l'huile essentielle par la macération préalable des semences avec l'eau seule, et de n'ajouter l'alcool que peu de temps avant la distillation.

Gœger privait d'abord par expression à froid les semences contusées de moutarde noire de l'huile fixe qu'elles renfermaient; il versait ensuite plusieurs fois, sur quatre livres de tourteau, seize livres d'eau froide, et laissait macérer pendant douze heures, en vase clos, la matière ainsi humectée, qu'il agitait à plusieurs reprises. Il l'introduisait ensuite dans l'alambic et distillait au bain de chlorure de calcium, c'est-à-dire à + 179°,5 pour recueillir quatre livres de produit.

Après avoir agité l'eau ainsi obtenue, afin d'opérer la dissolution de toute la quantité d'huile qu'elle peut prendre, on l'abandonne au repos; puis on la décante pour en séparer, s'il y a lieu, l'huile essentielle, plus pesante, qui pourrait s'être déposée. Elle doit être conservée en lieu frais dans des flacons de médiocre capacité et parfaitement bouchés.

L'eau préparée d'après ce procédé constitue une solution saturée d'essence de moutarde, et renferme à peu près une partie de ce principe volatil pour 500 parties d'eau.

Nees d'Esenbeck l'a préconisée le premier comme propre à remplacer avec avantage les sinapismes de farine de moutarde, lorsqu'il s'agit d'obtenir une révulsion prompte et énergique.

Des linges imbibés de cet hydrolat et appliqués sur la peau y déterminent en peu de temps une rubéfaction intense. — Ebermayer l'a prescrite avec succès en frictions dans le traitement du choléra épidémique, et J. Fontenelle recommande les lotions pratiquées avec l'eau de moutarde comme remède efficace contre la gale. A l'intérieur, elle agit comme antiscorbutique et stimule les organes digestifs en excitant le mouvement péristaltique des intestins. On a obtenu également de bons effets dans le traitement des flux atoniques des muqueuses vésicale, bronchique ou intestinale. — Wolf emploie l'essence de moutarde en émulsion avec succès dans l'anorexie produite par un embarras muqueux. Il a recours à la formule suivante :

Essence de moutarde.	0 gramme 10 centig.
Gomme arabique en poudre. . .	15 —
Sucre.	8 —
Eau de Fenouil.	180 —

M.

Toutes les heures une cuillerée à soupe.

L'eau de moutarde donne par le deuto-chlorure mercurique un précipité blanc, floconneux; l'azotate d'argent la colore en brun jaunâtre et ne donne lieu qu'à un léger dépôt; le chlorure aurique y détermine au bout de quelque temps un précipité jaune, sale, et lorsqu'on soumet à l'ébullition cette eau additionnée de quelques gouttes du réactif, il s'y forme un dépôt d'or réduit, dont la proportion est relative à la quantité d'huile essentielle que contient l'hydrolat. L'azotate de mercure y détermine un trouble grisâtre, et le chlorure platinique une opalescence jaune-orangé.

L'essence, que l'on obtient par un procédé analogue à celui que l'on suit pour la préparation de l'eau distillée, constitue, étant directement recueillie, un liquide de couleur ambrée, qui se fonce par le temps, même lorsqu'on la conserve en vase hermétiquement clos; on l'obtient incolore en la rectifiant.

Vingt-six livres de bonnes graines de moutarde fournissent environ trente gros d'huile volatile. Cet éthéroléide possède une odeur forte très irritante; il a une saveur âcre et brûlante extrêmement prononcée. L'essence de moutarde est très soluble dans l'alcool et dans l'éther; l'eau n'en dissout, comme nous l'avons vu, qu'environ 1/500e; elle a pour densité 1,015 et bout 143°.

On a proposé comme révulsif externe puissant une solution alcoolique d'essence de moutarde dans les proportions d'une partie d'huile volatile sur 12 à 20 parties d'alcool à 85°; l'application de cet alcoolé sur la peau au moyen d'un linge et mieux d'une flanelle ou d'un morceau d'amadou que lo'n en humecte détermine en peu d'instants une vive rubéfaction suivie quelquefois de phlyctènes. Il est bon dans ces cas de recouvrir la compresse de taffetas ciré, afin d'éviter l'inconvénient que présentent ses vapeurs d'irriter la conjonctive en excitant le larmoiement. Quelques gouttes d'éther ou une solution de chlorure sodique suffisent pour calmer, lorsqu'elle est trop vive, la douleur qui pourrait résulter de cette application.

Les effets dérivatifs que le médecin cherche à obtenir dans les cas, souvent extrêmes, où il a recours à la médication révulsive, exigeant une action prompte et décisive, il serait à désirer que l'on substituât désormais l'usage de l'alcoolé ou de l'eau distillée de moutarde à celui des sinapismes, qui, la plupart du temps, sont à peu près inertes, presque constamment mal préparés, souvent en-

core fnurnis par des farines impures ou surannées, et toujours ç coup sûr malpropres et incommodes pour le malade (1).

Disons encore que l'essence de moutarde, employée seule ou plutôt en solution par parties égales d'éther, pourrait, comme vésicatoire, remplacer en certaines circonstances les épispastiques cantharidés; mais c'est ordinairement sous forme de liniment, dans les cas d'algies rhumatismales, qu'on la met en usage. On pourrait à cet effet faire emploi de la pommade rubéfiante dont voici la formule :

Essence de moutarde. . . .	2 grammes.
Axonge.	45 —

Note sur l'art de formuler les pilules, par F. SAUVAN, pharmacien à Montpellier.

Il existe un vice dans la manière de formuler les pilules, qu'il nous suffira de signaler pour que les médecins et les pharmaciens cherchent à ne plus tomber dans une erreur qui, à nos yeux, est d'une grande importance, et que nous trouvons dans tous les traités de pharmacie et dans les formulaires, comme sur plusieurs formules de quelques médecins. Après avoir donné leur prescription pour formuler des pilules, ils ajoutent : Faites des pilules de 20 ou 30 centigrammes chacune. Nous allons démontrer les inconvénients d'une désignation pareille ; nous prendrons pour exemple les pilules de Sédillot.

Pommade mercurielle.	90 grammes.
Savon médicinal.	60 —
Amidon ou poudre de réglisse. .	30 —

Mêlez et faites des pilules de 20 centigrammes.

Il peut se rencontrer que cette quantité de poudre suffise pour mettre la masse pilulaire en consistance voulue, et qu'on obtienne juste 900 pilules. Mais je suis persuadé aussi que si plusieurs pharmaciens exécutent cette formule, aucun n'aura le même nombre de pilules : cela tiendra principalement au *modus faciendi* de la pommade mercurielle, à la nature des graisses et à la température. Toutes ces conditions changeront incontestablement la consistance de l'onguent, qui, nécessitant une plus forte quantité de poudre, en affaiblira les propriétés médicales. Il en sera de même quant aux formules des médecins qui porteront cette désignation : Faites des pilules de 15, 20 ou 30 centigrammes. Si le praticien ordonne des pilules avec les extraits, il ne sera pas possible d'en réunir plusieurs qui aient la même consistance. Parmi les extraits, les uns attirent l'humidité de l'air, se ramollissent au point de se liquéfier ; d'autres se dessèchent complétement. Il faudra donc aux uns une poudre sans action, et aux autres un liquide approprié, qui augmentera le nombre des pilules, et par la même raison diminuera la dose des extraits et leur action médicamenteuse. Le même inconvénient se présentera pour les pilules faites avec les poudres.

Des pharmaciens emploient, pour faire les pilules, des sirops ; d'autres, des conserves plus ou moins consistantes. Ces différents moyens en varieront toujours le nombre au détriment des substances actives. Quand des erreurs pareilles sont si fréquentes et inévitables, il nous semble de notre devoir de les signaler aux médecins, et de leur conseiller de ne plus se servir des mots : faites des pilules de tant de centigrammes, mais bien de désigner le nombre de pilules qu'ils désirent. Alors seulement ils peuvent compter sur l'action thérapeutique des médicaments, parce que les doses seront respectées, et la seule différence qui pourra exister sera dans le volume.

(1) Malgré les avantages que semble en effet présenter *à priori* l'emploi thérapeutique de l'huile essentielle et de l'eau distillée de moutarde sur cette substance elle-même, ces produits, à peine expérimentés par nos praticiens, sont complétement abandonnés en France.

M. le docteur Demarquay commencera lundi prochain 8 avril, à midi, à l'Ecole Pratique, son cours de médecine opératoire.

A NOS ABONNÉS.

A partir du 15 avril courant, les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux* seront transférés rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année 1849, et qui voudraient la compléter, sont priés de nous faire promptement la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 10 centimes seulement.

On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

Nos abonnés nouveaux qui voudraient faire une collection à partir de 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal), peuvent se procurer, à notre bureau, des volumes tout reliés moyennant 17 fr. 20 c.

ACADÉMIE ROYALE DE MEDECINE BELGE.

Discussion de la proposition de M. Thirion, relative à la prohibition du Rob dit de Laffecteur.

(Voir les nos des 28 mars, 2 et 4 avril.)

M. FALLOT. Messieurs, il n'a paru aucune loi nouvelle depuis 1815 relativement aux remèdes secrets. Nous sommes, à cet égard, entièrement sous l'empire de l'ancienne législation. Que cherchons-nous ? A obtenir l'autorisation d'importer le rob de Laffecteur. Or, ceci n'est autre chose que l'application d'une disposition du décret impérial de l'an XIII, qui a modifié la loi de germinal an XI en ce qu'elle avait de trop absolu : c'est une observation que j'ai déjà fait valoir dans la discussion relative aux remèdes secrets (1). Il n'y a, sur cette matière, aucune législation spéciale en Belgique : nous sommes, à cet égard, sous l'empire de la législation française. Or, d'après cette législation, tout médicament peut être débité avec l'autorisation du gouvernement. Eh bien ! dans la discussion relative aux remèdes secrets, nous avons demandé que le gouvernement donnât cette autorisation en faveur du rob de Laffecteur. C'est ce que nous demandons encore, et il n'en peut résulter aucun inconvénient. On a dit qu'il circule dans le commerce plusieurs sirops portant le nom de Laffecteur ; cela est erroné, il n'y a qu'un seul rob de Laffecteur ; tous les autres sont des contrefaçons, et M. Laffecteur a fait tout ce qui était en son pouvoir pour les rendre impossibles. Du reste, je partage entièrement l'opinion de M. Vleminckx, que ce n'est pas à l'Académie de dire au gouvernement quels sont les moyens qu'il doit employer pour s'assurer de la réalité des objets dont il permet l'importation.

M. SEUTIN. Le rob de Laffecteur était vendu d'abord par des associés ; mais plus tard on a envoyé des circulaires annonçant que l'association venait à cesser. Depuis lors, une foule d'abus se sont produits. Je crois que la loi donne les moyens d'y faire cesser ces abus. Je ne parle pas ici de la législation ancienne, je parle de la législation de notre pays, aux termes de laquelle celui qui veut obtenir l'autorisation de vendre un remède dont la composition est tenue secrète doit en remettre la recette à M. le ministre de l'intérieur.

M. FALLOT. Où cela se trouve-t-il ?

M. SEUTIN. Je ne me rappelle pas la date de la loi qui contient cette disposition.

M. DE MERSSEMAN. L'assertion de M. Seutin est tellement vraie, qu'il n'y a pas plus de deux mois que la commission médicale de la Flandre occidentale a été consultée sur l'opportunité de permettre le débit d'un remède secret. On nous a envoyé la recette, en demandant si elle avait les propriétés thérapeutiques que l'auteur lui attribuait.

M. SEUTIN. Tous les jours nous sommes consultés sur de semblables questions.

M. VLEMINCKX. Je n'ai qu'une observation à faire, c'est que le débit du rob de Laffecteur était autorisé par une loi antérieure. Je conçois qu'on fasse une loi pour les remèdes nouveaux ; mais pour les remèdes anciens déjà autorisés, il y a un droit acquis, le droit de les vendre.

M. De Mersseman demande, « s'il y a un droit acquis, pourquoi nous at-t-on consultés ? » Je vais le lui dire : c'est parce que la loi des douanes défend l'introduction de toutes les mélasses et de toutes les substances à base saccharine. Or, comme le rob de Laffecteur a le sucre pour une de ses bases, on a cru qu'il fallait le comprendre dans la prohibition prononcée par la loi générale. Voilà pourquoi la question a été soumise à l'Académie et aux commissions médicales.

Quant à moi, je ne comprends pas l'observation de M. Seutin ; elle ne peut s'appliquer, je le répète, qu'aux remèdes nouveaux.

M. LEBEAU. Je demande la parole pour un rappel à l'ordre.

Permettez-moi de vous le dire, Messieurs, voilà un quart d'heure que la discussion s'est complétement égarée, et que nous écoutons avec beaucoup de patience des choses qu'il nous est inutile de connaître.

Nous n'avons pas ici à discuter les lois ; nous avons à décider si nous croyons nécessaire l'importation du rob de Laffecteur.

M. CARLIER. Messieurs, toute la question, et c'est ainsi que se l'est posée la commission médicale de Brabant, consiste à savoir si le rob de Laffecteur est un remède en quelque sorte indispensable, un médicament utile. Dans l'affirmative, le gouvernement se réserve de prendre les mesures qu'il croira convenables pour son introduction ; dans la négative, il le rangera parmi les sirops.

M. VLEMINCKX. Pardon, ce n'est pas ainsi que nous posons la question. Nous proposons que l'Académie demande au gouvernement, dans l'intérêt de l'art et de l'humanité, qu'il permette l'introduction dans le pays du rob de Laffecteur.

M. MERSSEMAN. Je prie l'Académie d'être prudente dans le vote qu'elle va émettre ; qu'elle se rappelle, je l'en conjure, qu'il n'y a pas longtemps qu'elle s'est prononcée pour l'interdiction du rob de Laffecteur. Ira-t-elle aujourd'hui prononcer dans un cas contraire ? Cela mérite réflexion.

M. SÉGUIN. Je demande qu'on ajourne le vote sur la question. On consultera la loi, et nous pourrons prendre une décision qui y soit conforme.

L'Académie consultée déclare qu'elle émettra, auprès du gouvernement, le vœu qu'il permette l'introduction dans le pays du rob de Laffecteur.

—

Depuis la discussion de l'Académie, nous avons appris que les deux parts de propriété du rob de Laffecteur avaient été réunies, et nous croyons devoir publier la lettre suivante :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que je viens de céder à M. le docteur Giraudeau la part que j'avais à la propriété du Rob. — Depuis 1793 deux maisons préparaient ce remède, celle de la rue de Varennes et celle de la rue des Petits-Augustins, à Paris. — M. Giraudeau, déjà acquéreur du premier établissement en 1842, se trouve aujourd'hui avoir la propriété exclusive du Rob antisyphilitique. — Il sera seul chargé de la partie médicale et commerciale. — Je reste préposé à la préparation du Rob ; comme par le passé, je continuerai de mettre tous mes soins à la bonne confection de ce médicament.

Vos relations avec moi sont fort anciennes et m'ont toujours été très agréables ; je vous demande de vouloir bien les continuer avec le docteur Giraudeau ; soyez persuadé qu'il ne négligera rien pour entretenir les mêmes bons rapports avec vous.

Je vous prie d'agréer l'assurance de ma parfaite considération.

Alph. HOFFMANN,

Propriétaire du Rob Laffecteur, dont les étiquettes ont toujours porté la signature manuscrite qui suit :

LAFFECTEUR.

Paris, le 1er décembre 1849.

— Nous apprenons par les journaux belges qu'en vertu des ordres du ministre de la guerre de Belgique, la soumission faite par le docteur Giraudeau de Saint-Gervais pour la fourniture du rob Laffecteur a été acceptée ; qu'une commande lui a été faite, et qu'en outre, le ministre des finances en a ordonné la libre entrée pour le service sanitaire de l'armée belge. Dès 1788, le ministre de la marine, en France, avait déjà ordonné réglementairement l'embarquement de ce remède à bord des vaisseaux du roi ; et en 1793, des marchés furent passés pour l'approvisionnement de la marine pendant les guerres de la République.

VILLE DE BRUXELLES. — Le conseil général d'administration des hospices et secours de la ville de Bruxelles vient d'adresser la lettre suivante à M. le docteur Giraudeau de Saint-Gervais, médecin de la Faculté de Paris, propriétaire du rob de Boyveau-Laffecteur :

« Monsieur,

» Par votre lettre du 7 de ce mois vous avez la bonté de nous faire l'offre » gratuite de cent grandes bouteilles de Rob Boyveau-Laffecteur comme témoi- » gnage de reconnaissance pour les marques de sympathie que vous avez reçues » du corps médical en Belgique. Nous acceptons avec empressement cette offre » généreuse, et nous avons donné des ordres pour la réception de ces cent bou- » teilles à la pharmacie de l'hôpital de Saint-Pierre.

» Nous vous prions, monsieur, de recevoir, au nom de nos administrés, avec » nos remercîments sincères, l'expression de notre gratitude et de notre consi- » dération distinguée.

» DE BONNE, DUMONCEAU, VAN SCHOOR,
» THIERRY, DE BUISSERET,
» *Administrateurs des hospices de Bruxelles.*

» Bruxelles, 14 août 1849. »

(1) Voici les termes de ce décret (BULLETIN DES LOIS XLVIII, n° 813) :

A Montirone, le 25 prairial an XIII.

Napoléon, empereur des Français,

Sur le rapport du grand-juge, ministre de la justice, vu la loi du 21 germinal an XI ; le Conseil d'Etat entendu.

DÉCRÈTE :

ART. Ier. La défense d'annoncer et de vendre des remèdes secrets, portée par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI, ne concerne pas les préparations et remèdes qui, avant la publication de ladite loi, avaient été approuvés, et dont la distribution avait été permise dans les formes alors usitées ; elle ne concerne pas non plus les préparations et remèdes qui, d'après l'avis des écoles ou sociétés de médecine, ou des médecins commis à cet effet depuis ladite loi, ont été ou seront permis par le gouvernement, quoique leur composition ne soit pas divulguée.

ART. II. Les auteurs ou propriétaires de ces remèdes peuvent les vendre par eux-mêmes.

ART. III. Ils peuvent aussi les faire vendre et distribuer par un ou plusieurs préposés, dans les lieux où ils jugeront convenable d'en établir, à la charge de les faire agréer à Paris par le préfet de police, et dans les autres villes par le préfet, sous-préfet ou à défaut par le maire, qui pourront en cas d'abus retirer leur agrément.

ART. IV. Le grand-juge, ministre de la justice, est chargé de l'exécution du présent décret. — Signé, NAPOLÉON. Par l'empereur : Le secrétaire d'Etat, signé, H.-B. MARET.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 43.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR	9 FR.

Mortalité chez les enfants à Londres.

Un journal, en annonçant qu'un comité d'assistance publique a demandé l'édification d'un hôpital pour les enfants malades à Londres, fait observer que ce comité commence son mémoire par l'énonciation du fait suivant :

« Sur 100 individus qui naissent à Londres, 24 meurent pendant les deux premières années, près de 11 dans les huit années qui suivent; de sorte que plus d'un tiers de la population de Londres est enlevé dans la première enfance. »

Le fait statistique est vrai, à part l'ambiguïté donnée au mot *population de Londres*. D'après la manière dont les réflexions du journal et le fait annoncé par le comité sont rédigés, on devrait croire que ce fait est très anormal et bien différent de ce qui a lieu dans d'autres localités. Or c'est là au contraire la loi de la mortalité dans les pays, non pas précisément les plus privilégiés, mais dans ceux cependant dont l'état sanitaire est parmi les meilleurs. Ainsi, en France, sur 100 naissances, il y a précisément 35 décès et 7 dixièmes jusqu'à la fin de la onzième année; à Paris, en particulier, la mortalité est de 33 p. 0/0 dans les onze premières années. Nous ne voulons pas dire pour cela qu'il n'y ait pas lieu de fonder à Londres un hôpital pour les enfants malades; nous voulons simplement empêcher les lecteurs qui pourraient lire ce fait de l'interpréter d'une manière erronée. A ce sujet, nous exprimerons le regret que les médecins restent trop étrangers à ces grandes lois de mortalité dans les divers pays, lois qui sont si intimement liées aux plus hautes et aux plus utiles question d'hygiène publique.

Revue clinique hebdomadaire.

Des circonstances imprévues nous ayant empêché de faire paraître notre *Revue clinique* samedi dernier, nous la publions aujourd'hui.

Paralysie du bras à la suite d'une luxation scapulo-humérale. — Les paralysies du bras à la suite d'une luxation scapulo-humérale, sans être extrêmement rares, ne sont cependant pas fréquentes; elles s'observent rarement, surtout lorsque la luxation n'a pas été marquée par quelque circonstance anormale, soit du côté de la violence des causes, soit sous le rapport des douleurs produites. A tous ces points de vue, le fait suivant, que nous avons observé dans le service de M. Roux, nous a paru curieux et intéressant.

Un jeune homme de vingt-deux ans se luxa l'épaule il y a deux mois, dans une chute qui n'offrit rien d'extraordinaire sous le rapport de la violence; les douleurs ne furent pas non plus excessives, et la réduction fut opérée à l'Hôtel-Dieu, sans difficultés inaccoutumées. Néanmoins, après la réduction, les mouvements du bras, de l'avant-bras et de la main furent presque impossibles. Cet état, loin de s'améliorer les jours suivants, s'aggrava encore, et la paralysie devint tout à fait complète. En même temps les muscles commencèrent à s'atrophier, et le membre était très sensiblement moins volumineux que celui du côté opposé après un mois de séjour à l'hôpital. Divers moyens usités en pareil cas ayant été employés sans succès, M. Roux songea à faire galvaniser le bras malade, et pria M. Duchenne (de Boulogne) de vouloir bien se charger de cette opération. La galvanisation localisée fut appliquée en effet, et permit de constater dès la première séance que la contractilité *électrique* était même abolie chez le malade dans tous les muscles du bras et de l'avant-bras affectés. Depuis un mois, la galvanisation a été répétée plusieurs fois, et jusqu'à présent sans aucune espèce de succès. Les muscles continuent à s'atrophier, et le membre a très notablement diminué de volume depuis le commencement de la galvanisation.

Nous avons prononcé le mot de contractilité électrique; quelques mots d'explication à ce sujet ne seront pas sans intérêt pour la pratique.

On sait que les cadavres de grenouilles qui conduisirent Galvani à son immortelle découverte ne se contractaient pas indéfiniment sous l'action du courant électrique, mais qu'ils perdaient toute contractilité après 20 ou 30 minutes. Or, ce qui se passe sur l'animal mort s'observe aussi avec certaines modifications chez l'individu paralysé : il arrive le plus souvent que les muscles, privés du mouvement volontaire, se contractent sous l'influence du courant galvanique; mais il arrive quelquefois aussi qu'ils restent immobiles sous l'influence de ce courant. Or, c'est là un fait qui n'est pas sans importance pour la pratique. On doit supposer, en effet, *à priori*, que le muscle qui ne se contracte plus, même sous l'influence d'un courant galvanique, doit être plus profondément atteint dans ses fonctions que celui qui a conservé cette propriété; l'expérience a confirmé cette présomption. En général, ce n'est que dans le cas où les cordons nerveux qui animent les muscles paralysés ont reçu une grave atteinte, ou bien lorsque la paralysie a duré depuis un temps déjà long que la contractilité électrique est abolie, et généralement aussi, dans ces cas, l'abolition de la contractilité est définitive et irrémédiable. Cependant cette règle n'est point sans exception, et M. Duchenne nous a dit avoir observé des cas où la paralysie a disparu, même lorsque la contractilité électrique avait été abolie; mais, dans ces cas, la guérison se fait attendre très longtemps, et ce sont là d'ailleurs des exceptions sur lesquelles on ne peut compter pour établir un pronostic. Il est donc à craindre que le malade que nous a fait observer M. Roux ne soit définitivement privé de l'usage de son membre, circonstance extrêmement fâcheuse pour ce malade, âgé seulement de vingt-deux ans. Les praticiens ne doivent jamais perdre de vue ces faits malheureux et heureusement très exceptionnels, d'abord pour ne pas hasarder un pronostic prématuré, et ensuite pour se garantir contre les conséquences fâcheuses que de pareils faits pourraient avoir pour leur réputation, surtout au début d'une carrière chirurgicale.

De la terminaison et du diagnostic des abcès de la fosse iliaque. — M. Rostan nous a fait voir une malade atteinte probablement d'un abcès de la fosse iliaque, et nous a présenté sur la terminaison et le diagnostic de cette maladie des considérations qui ont une grande importance pratique.

On sait que, d'après un assez grand nombre de médecins, parmi lesquels se trouve un professeur de l'Hôtel-Dieu qui a étudié d'une manière presque spéciale le phlegmon de la fosse iliaque, ce phlegmon se terminerait presque toujours ou au moins le plus souvent par résolution, lorsqu'il est traité à temps et d'une manière rationnelle. Telle n'est point l'opinion de M. Rostan, et si l'opinion contraire a prévalu aux yeux de certains praticiens, c'est que, suivant ce professeur, on a confondu le phlegmon iliaque avec d'autres maladies, ou plutôt avec une autre maladie, car il n'y en a guère qu'une que l'on puisse confondre avec lui, c'est la péritonite partielle; or la péritonite partielle se termine presque toujours par résolution. C'est donc à une confusion fâcheuse qu'est due une opinion erronée. Comment éviter une semblable confusion? Dans la majorité des cas il n'y a pas à cela de difficultés sérieuses. Dans le phlegmon iliaque, le gonflement est circonscrit, profondément situé; il y a en un mot une *tumeur* dans le bassin; au contraire, dans la péritonite partielle, la tuméfaction est plus superficielle; elle est diffuse; on passe pour ainsi dire sans transition des parties douloureuses et enflammées aux parties saines. Mais dans quelques cas les caractères différentiels que nous venons d'énumérer sont trop peu tranchés pour qu'il soit possible de se prononcer d'une manière très positive. C'est ce qui a lieu chez la malade couchée au n° 3 de la salle des femmes du service de M. Rostan. Chez cette femme, âgée de vingt-sept ans et accouchée depuis un mois lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, le 9 mars, la tuméfaction était assez bien circonscrite, mais un peu superficielle; les premiers accidents s'étaient d'ailleurs manifestés huit à neuf jours après l'accouchement, c'est-à-dire dans des circonstances également favorables au développement de la péritonite partielle et du phlegmon iliaque; se fondant principalement sur la circonscription de l'engorgement, M. Rostan pencha pour un phlegmon iliaque; mais aujourd'hui que la maladie marche d'une manière très déterminée vers la résolution, il reste dans l'incertitude, et fait remarquer que c'est précisément dans un cas douteux que la résolution semble devoir s'opérer.

La question soulevée par M. Rostan mérite toute l'attention des observateurs; nos observations particulières ne nous permettent pas de nous prononcer irrévocablement à cet égard, et c'est à l'expérience que nous en appelons; mais, quoique des doutes nous restent encore, nous avons cru utile de soumettre ces réflexions au jugement de nos lecteurs; elles ne seront évidemment pas sans quelque utilité au lit du malade.

Des bains prolongés comme sédatifs de la circulation. — A propos d'un malade couché au n° 74 de la salle des hommes du même service, M. le professeur Rostan a encore appelé notre attention sur un fait de thérapeutique qui n'est pas sans intérêt pour le praticien. Le malade dont il s'agit est un ancien boucher présentant depuis six mois des symptômes d'une affection organique du cœur et entré à l'hôpital le 23 mars dernier. Parmi les phénomènes morbides qui tourmentent ce malade, se trouvent, comme on le pense bien, les palpitations. M. Rostan a déjà prescrit la digitale sans succès; il ordonne aujourd'hui un bain tiède de deux heures, et à ce sujet il fait remarquer que les bains prolongés lui ont toujours mieux réussi pour calmer la circulation que les préparations de digitale ou d'autres substances calmantes. C'est là un fait clinique sur lequel M. Rostan ne conserve pas le moindre doute et dont la connaissance est nécessairement d'une grande utilité au lit du malade. Nous ajouterons pour notre compte que les indications sur lesquelles on base l'administration de la digitale dans les maladies organiques du cœur sont généra-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le comité secret de la rue de Poitiers. — L'élection de demain.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

On a dit avec raison que les murs ont des yeux et des oreilles; il faut ajouter qu'ils ont une voix et des échos : la preuve, c'est que, sans avoir approché la rue de Poitiers de plus d'un kilomètre cette semaine, je vais pourtant vous raconter un petit incident qui s'est passé au comité secret de mardi dernier et dont un zéphyr de sud-ouest a rapporté jusqu'à mes oreilles tous les détails. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'objet du comité secret était d'entendre le rapport de M. Grisolle sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne. En principe, l'Académie ou plutôt la section n'avait peut-être pas agi très sagement en confiant à un jeune académicien l'appréciation des titres scientifiques de ses compétiteurs d'hier; c'était mettre le rapporteur dans une position qui offrait plus d'un écueil. M. Grisolle heureusement les a tous évités, et son rapport s'est fait remarquer par une grande justesse d'appréciation qui n'a point exclu l'indulgence. Ce rapport allait donc être accepté purement et simplement, suivant l'habitude, lorsqu'un membre, se levant, prononça à peu près ces paroles :

« Messieurs, je ne puis que donner mon approbation pleine et entière au travail que nous venons d'entendre; mais, cet hommage rendu au jugement, à la convenance parfaite, à l'esprit d'impartialité de M. le rapporteur, permettez-moi d'ajouter au rapport quelques détails qu'il ne pouvait, que, pour quelques-uns, il ne devait même pas contenir.

» Je commencerai d'abord par rappeler à ceux de mes collègues qui ne l'ignorent point et par apprendre à ceux qui l'ignoreraient encore, qu'il n'a manqué qu'une voix au candidat placé au second rang pour partager avec son heureux compétiteur l'avantage d'être placé au premier; la seconde place lui a d'ailleurs été accordée à l'unanimité et comme par acclamation, tant la commission sentait que ce n'était point celle-là qu'il devait occuper.

» Le rapport nous a fait observer que, depuis plusieurs années, l'Académie a vu disparaître de son sein quinze à seize de ses membres appartenant à la chirurgie et à la médecine militaires, sans qu'aucun nouvel académicien ait été choisi dans les rangs de l'armée. A ce fait, que je remercie M. le rapporteur d'avoir rappelé, j'ajouterai, Messieurs, que vous ne comptez plus parmi vos collègues que deux chirurgiens militaires en activité de service. Cette situation est en quelque sorte anormale : non-seulement l'Académie, pour être véritablement nationale, doit se recruter parmi tous les hommes de talent, sans exception, dans tous les grands centres d'enseignement et d'observation; non-seulement elle doit appeler à elle toutes les illustrations médicales dans l'intérêt même de sa considération, mais elle le doit aussi dans l'intérêt de ses travaux et de son autorité scientifique. Comment l'Académie répondra-t-elle lorsque l'administration viendra à l'interroger sur les grandes questions d'hygiène militaire, sur la santé si précieuse de nos armées, si elle ne trouve dans son sein aucun homme qui puisse lui fournir des renseignements pratiques sur les problèmes à résoudre? Et à supposer même que cet homme ne soit pas nécessaire pour fournir ces renseignements, pensez-vous, Messieurs, que l'absence d'un tel homme ne sera pas nuisible à l'autorité de nos décisions?

» C'est donc une bonne fortune pour l'Académie que de rencontrer au premier rang de ceux qui aspirent à l'honneur de partager ses travaux le médecin en chef du premier des hôpitaux de l'armée, un homme exclusivement voué à ses devoirs d'hôpital et d'enseignement, dont les nombreux travaux scientifiques dénotent une activité incessante, un grand esprit d'initiative et portent l'empreinte d'une observation rigoureuse, d'un jugement sévère et d'une forme éminemment académique. Le *Traité d'hygiène publique et privée* dont il paraît en ce moment une nouvelle édition n'est pas seulement l'ouvrage le mieux pensé sur la matière, c'est encore un des livres qui honorent le plus la littérature médicale.

» Tels sont, Messieurs, les détails que je désirais vous communiquer, quoique vous n'en ignoriez peut-être aucun; s'ils font sur vos esprits l'impression que je désire, je croirai avoir servi à la fois les droits de l'équité et les intérêts de l'Académie. »

Voilà, mon cher confrère, si les vents ne sont pas infidèles, la substance de l'allocution prononcée par un homme dont vous avez déjà deviné le nom à la vive spontanéité des inspirations, au laconisme des paroles. Il paraît que cet incident, pour être inusité, n'en a produit que plus de sensation, et qu'à la fin de la séance le classement de la section était déjà renversé; il n'était pas besoin, suivant moi, de si grands efforts pour opérer ce renversement; car, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'Académie, tout en reconnaissant le mérite de M. Requin, que je me plais à proclamer également, ne lui aurait accordé cependant qu'une minorité suffisamment imposante pour établir ses droits à la prochaine vacance; la majorité était déjà acquise à M. Lévy; l'allocution précédente n'aura fait que la corrobo-

lement très peu rationnelles. Nous nous proposons d'appeler l'attention de nos lecteurs sur ce sujet important.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Marotte.

Inflammation de la veine-porte.

L'inflammation de la veine-porte est une affection encore peu connue en France, et qui a déjà été étudiée avec un assez grand soin en Amérique par la Société pathologique de New-York. M. Marotte vient d'en publier dans la *Revue médico-chirurgicale* une observation intéressante, mais qui s'éloigne des faits observés par la Société de New-York en ce que la cause de la phlébite paraît ici avoir été en quelque sorte traumatique, c'est-à-dire n'avoir agi sur la veine que consécutivement, après qu'un corps étranger avait ulcéré l'intestin. M. Marotte semble admettre que c'est le pus absorbé à la surface du foyer purulent intestinal qui a causé l'inflammation : ce serait là un fait de *résorption* purulente. Or la théorie de la résorption purulente ne peut aujourd'hui être invoquée par aucun esprit qui a suivi attentivement les discussions relatives aux abcès multiples ; il est beaucoup plus rationnel de penser que l'inflammation s'est transmise par continuité de tissu des radicules veineuses aux gros troncs. Quoi qu'il en soit, voici le fait intéressant recueilli par M. Marotte lui-même.

Le 10 janvier 1847, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Louis, le nommé Dupuis, journalier, âgé de cinquante-deux ans, demeurant à Gagny, près Paris. Cet homme est d'une intelligence très bornée, et dans un état d'affaiblissement, de marasme très prononcés. Il donne sur sa maladie des renseignements incomplets, sorte de thème dans lequel il est difficile de démêler la vérité. Voici à peu près ce qu'il est permis de conjecturer sur ces antécédents :

Habituellement bien portant, il a été pris tout à coup, il y a quatre semaines, de douleurs vives dans le ventre et surtout dans la région du foie, avec perte d'appétit, constipation et fièvre. Il a été saigné ; on lui a appliqué des sangsues à l'épigastre, des cataplasmes, prescrit la diète et des boissons rafraîchissantes.

Les accidents aigus se sont modérés, mais ils n'ont pas été remplacés par une convalescence franche. Après quelques jours, des accès de fièvre intermittente se sont déclarés ; l'état du malade s'est aggravé, et lorsque Dupuis est entré à l'hôpital, il présentait l'état suivant : maigreur extrême ; grande faiblesse ; peau sèche, terreuse et un peu jaunâtre. La teinte jaune est plus prononcée sur la conjonctive ; pas d'appétit ; soif ; ventre distendu modérément par des gaz (il existe cependant une fluctuation évidente à la partie inférieure) ; pouls fréquent, mais sans développement.

Le ventre est indolent dans la plus grande partie de son étendue ; la région de l'estomac et celle du foie sont seules douloureuses à la pression. Cette région ne paraît le siége d'aucune tumeur ; mais la percussion indique un volume du foie plus considérable qu'à l'état normal. La matité remonte vers le haut et s'étend du côté de l'estomac ; mais elle ne déborde pas les fausses côtes. Le tronc, vu par derrière, présente plus de largeur et une convexité plus prononcée au niveau du foie.

Diagnostic. Hépatite aiguë terminée par suppuration. — Lavements émollients ; cataplasmes ; bouillon.

Le 12 janvier, le malade a eu hier un accès de fièvre. — 30 centigrammes de sulfate de quinine avec sirop diacode continués jusqu'au 15.

Le 15 janvier, les accès de fièvre n'ont pas reparu ; selles toujours difficiles. Le malade prétend que ses forces reviennent un peu. Il prend toujours un peu de lait et de bouillon. — Continuation du sulfate de quinine ; lavement miellé.

Le 18, même état ; toujours pas de gardes-robes. — 0,60 de rhubarbe dans la soupe ; si elle ne fait pas d'effet, un lavement avec 125 grammes de miel mercuriel ; un bain.

Le 19, il y a eu quatre gardes-robes ; ventre plus souple.

Le 20, la nuit précédente, le malade a éprouvé un frisson violent qui a duré une demi-heure ; sueur abondante vers la fin de la nuit. Le matin, le visage est plus affaissé. — 0,60 de sulfate de quinine.

Le 27, nouveau frisson hier. Les forces diminuent ; l'amaigrissement augmente ; dévoiement depuis deux jours. L'enduit pultacé de la langue augmente.

Le 5 février, hoquet ; la teinte jaunâtre de la face augmente ; dévoiement.

Mort le 9, sans agonie.

Autopsie le lendemain. — Un litre environ de sérosité transparente dans le péritoine. Ni tubercules, ni fausses membranes.

Aucune altération de couleur, de consistance, etc., dans l'estomac, le duodénum et l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques ne présentent aucune trace d'inflammation, aucune dégénérescence.

La rate présente un volume ordinaire ; mais sa densité est augmenté, et elle est d'un jaune hépatique.

Rien d'anormal dans les veines.

Le foie est augmenté de volume ; sa consistance paraît généralement diminuée ; sur ses deux faces et sur ses bords une multitude de bosselures de couleur jaunâtre, beaucoup plus molles que le tissu qui les sépare, se détache sur un fond d'un rouge veineux ; les plus saillantes sont fluctuantes ; disposées en groupes irréguliers, elles sont plus ou moins disséminées, et elles représentent assez bien le granit à très gros grains par la différence des colorations ; quelques-unes de ces bosselures ne dépassent pas en volume la tête d'une épingle ; d'autres atteignent le volume et la largeur d'un marron ; une seule bosselure constitue les plus petites ; les autres résultent de l'agglomération de bosselures plus petites, et ressemblent à une mûre quant à la forme. Elles font une saillie plus ou moins considérable.

Si on pratique une incision sur une de ces bosselures isolées, on tombe dans une cavité pleine de matière purulente épaisse et d'un jaune foncé. Cette cavité, immédiatement placée sous la capsule de Glisson, n'est autre chose que l'extrémité dilatée en ampoule d'un ramuscule de la veine-porte, comme on peut s'en assurer en poursuivant dans l'épaisseur du foie.

Le canal qui fait suite à cette dilatation, canal qui est rempli de la même matière jaunâtre et purulente, aboutit lui-même à un rameau d'un plus gros calibre, facile à suivre jusqu'à l'une des divisions principales de la veine-porte.

Au niveau des grosses bosselures, le foie présente à la coupe une multitude de petites vacuoles pleines de pus, qui ne sont comme les précédentes que des divisions de la veine-porte. Autour de ces bosselures, le tissu de l'organe est plus foncé en couleur.

Presque toutes les divisions de la veine-porte sont remplies de pus. Cette altération manque cependant dans quelques portions.

A la partie convexe du viscère, à droite des veines sus-hépatiques, on voit une de ses tumeurs fluctuantes comme un véritable abcès prêt à s'ouvrir ; il s'en échappe à l'incision un jet de pus analogue, pour la consistance et la couleur, à celui trouvé dans les autres.

Quoique la capacité de cette cavité égale le volume d'une noix, elle ne paraît pas être autre chose que l'extrémité d'un rameau veineux fortement dilaté, comme le prouve l'aspect de sa surface interne, qui est de couleur blanchâtre, lisse, tout à fait semblable à la membrane interne des veines. Dans cette dilatation en ampoule se rendent quinze à vingt petites veines, dont l'extrémité béante laisse sourdre du pus par la pression des parties environnantes. La même intégrité des parties veineuses se rencontre dans toutes les divisions artériennes de la veine-porte.

Un examen attentif a démontré l'intégrité parfaite des veines sus-hépatiques.

Quelques taches jaunâtres, aperçues à travers la transparence de leurs parois, sont dues au voisinage d'un rameau de la veine-porte accolé à ces veines.

La vésicule biliaire a un volume normal ; elle est remplie d'une bile très fluide d'un jaune clair. Les conduits cystique, hépatique et cholédoque sont sains et perméables dans toute leur étendue. Les radicules principales du conduit hépatique, suivies dans l'épaisseur du foie, sont saines et contiennent de la bile sans trace de pus.

Née de la réunion des deux veines splénique et mésentérique supérieure, derrière la portion droite du pancréas qui lui forme une gouttière, la veine-porte présente à partir de ce point des traces d'inflammation, que l'on retrouve également dans les deux troncs qui résultent de sa bifurcation au niveau du sillon transverse du foie. Sa face interne est d'un gris noirâtre ; sa tunique interne est ramollie ; elle forme un détritus qui s'enlève par lambeaux diffluents.

L'intérieur de la veine, depuis le pancréas jusqu'au sillon transverse du foie, est rempli par un caillot sanguin, transformé en grande partie en une sanie roussâtre mêlée de pus et qui présente encore quelques adhérences avec la paroi veineuse. Le calibre de la veine est très augmenté. Les deux rameaux qui résultent de sa bifurcation sont distendus par du pus. Les nombreux ganglions qui accompagnent la veine-porte et les canaux biliaires au voisinage du sillon du foie sont augmentés de volume, durs et de couleur grisâtre. Le tissu cellulaire qui revêt la veine est épaissi et lui forme une enveloppe très résistante. L'artère hépatique est saine.

Les veines du pancréas et de l'estomac, examinées avec soin, ne présentent aucune altération. Il en est de même du pancréas et de son canal excréteur suivi dans tout son parcours.

Les veines d'origine de la veine-porte sont revenues sur elles-mêmes et contiennent fort peu de sang à l'état liquide.

Parmi les rameaux qui rampent dans l'épaisseur du mésentère, trois ou quatre sont transformés en cordons durs. Leur calibre est oblitéré par une matière concrète, criant sous l'instrument et qui s'écrase comme un morceau de craie. A 6 centimètres au-dessus du cœcum, le gros instestin présente, vers le point qui correspond au mésentère, une perforation ulcéreuse, qui aboutit à une cavité creusée dans le tissu cellulaire et tapissée de fausses membranes grisâtres et résistantes. A l'intérieur du colon, l'ouverture de communication a de 3 à 4 millimètres de diamètre ; elle est arrondie, à bords grisâtres non indurés.

Parmi les rameaux de la veine colite droite, qui prennent naissance de cette portion du gros intestin siége de la perforation, on en trouve deux qui sont oblitérés et réduits en cordons durs. Le gros intestin est d'une intégrité parfaite dans toute son étendue.

Poumons, plèvre, cerveau parfaitement sains.

HOPITAL DE BON-SECOURS. — M. Hardy.

Quoiqu'il paraisse assez probable, d'après la théorie, que la quatrième variété d'apoplexie admise par M. Serres (apoplexie par rupture des vaisseaux) soit plus fréquente qu'on ne peut s'en assurer le plus souvent par l'autopsie, toujours est-il que les recherches cadavériques ne fournissent que bien rarement l'occasion de constater une lésion spéciale des artères cérébrales ; c'est habituellement à une incrustation cartilagineuse ou osseuse que se bornent ces lésions lorsqu'elles existent. Dans le fait remarquable que nous allons rapporter, et qu'a bien voulu nous communiquer un interne très distingué des hôpitaux, la lésion de l'artère était non-seulement très évidente, mais elle était d'autant plus curieuse qu'elle existait chez un individu de trente et un ans, c'est-à-dire à un âge où les artères n'ont pas subi cette transformation générale presque constante à un âge avancé, et qu'il s'agissait bien ici d'une lésion accidentelle de l'artère affectée. On remarquera cependant que, chez l'individu dont nous allons rapporter l'histoire, toutes les artères présentaient, non pas des altérations morbides, mais une grande délicatesse de texture.

Anévrisme vrai du tronc basilaire. — Rupture. — Apoplexie méningée.

Le 13 mars 1847 est entré dans les salles de M. Hardy, à l'hôpital de Bon-Secours, Prévostini (François), homme de lettres, âgé de trente et un ans, célibataire, né à Venise. Il habite Paris depuis quelques années seulement.

Il vient pour se faire traiter d'une céphalalgie violente, avec bourdonnement, qui le prive de sommeil depuis plusieurs semaines.

C'est un homme d'une taille élevée, d'une constitution robuste. Son visage pâle est contracté par la souffrance.

Toutes les fonctions sont dans un état d'intégrité parfaite, à l'exception du sens de l'ouïe.

Les bourdonnements que nous avons déjà signalés semblent le préoccuper vivement.

L'intelligence est tout à fait lucide, et il raconte avec beaucoup de précision l'histoire de sa vie, les malheurs de sa famille, son père et sa mère ayant succombé dans un âge peu avancé à une maladie qu'il ne connaît pas.

Son récit est interrompu à chaque instant par un élan de douleur soudaine qui le force à porter la main à son front.

Bien que le pouls fût très lent (60) et sans dureté, une saignée du bras de 300 grammes fut pratiquée (six heures du soir).

Un peu plus tard quelques sangsues devaient être appliquées derrière les oreilles.

Mais vers les sept heures le malade fut pris d'une convulsion subite et générale, comme tétanique, poussa un cri, et tomba sans connaissance dans un état de résolution complète. Il était mort.

En arrivant, nous pûmes constater que le cœur offrait encore des oscillations faibles et éloignées.

Le pouls radial avait disparu ; la pâleur était extrême ; la commissure des lèvres n'était nullement déviée ; mais un peu d'écume rougeâtre était sur les bords.

Il n'y avait eu ni émission d'urine, ni de fecès, comme on l'observe souvent parmi les phénomènes de la sidération.

Quelle était la cause d'une mort si rapide ?

1° La congestion cérébrale la plus violente ne tue pas aussi vite.

2° L'apoplexie dite foudroyante, chez un sujet de trente ans, n'est pas chose commune. Cependant le petit nombre de symptômes observés ne permettaient guère de songer à autre chose.

Autopsie 48 heures après la mort.

Cerveau. — 1° La dure-mère est noire de sang ; à sa surface les vaisseaux dessinent des réseaux tortueux et innom-

---

rer : aussi ne serais-je pas étonné maintenant que M. Lévy fût nommé au premier tour de scrutin, à l'exemple de M. Bouchardat. Si donc vous partagez mon avis sur cette nomination, ce que je me plais à croire, vous pouvez dès à présent, et pour la seconde fois en huit jours, féliciter l'Académie de son choix.

— Je voudrais bien avoir aussi à la féliciter sur ses succès financiers ; mais M. Berryer ne m'a pas laissé cette satisfaction. A ce propos, je trouve que vous n'avez pas assez remarqué la logique du comité des finances dans cette affaire ; quant à moi, cette logique m'a à la fois amusé et consolé : amusé, parce qu'elle est réellement très amusante ; consolé, parce que, s'il m'arrive quelque jour de tomber dans un raisonnement biscornu, je pourrai m'écrier comme le père Guerbois quand il avait crevé l'intestin ou lié un nerf pour une artère : « Napoléon aussi a été vaincu ! » Je vais donc consigner soigneusement sur mes tablettes ce petit raisonnement du comité des finances :

LE COMITÉ. — Messieurs, nous vous proposons une économie de 2,500 francs sur le budget de l'Académie de médecine, savoir : traitement d'un bibliothécaire inutile, 1,500 fr. ; traitement d'un employé superflu, 1,000 fr.

UN MEMBRE. — Le bibliothécaire de l'Académie est un homme de mérite qui a déjà rendu des services à la science ; il y aurait peu de générosité à l'enlever à la bibliothèque de l'Académie ou à le priver d'un traitement qui n'a rien d'exorbitant.

LE COMITÉ. — Nous reconnaissons que le bibliothécaire de l'Académie est un savant distingué ; aussi nous ne nous opposons point à ce qu'on lui continue son traitement pourvu qu'on nous accorde toujours notre réduction de 2,500 fr. — (Adopté.)

Ne trouvez-vous pas comme moi, mon cher confrère, que ce vote a quelque chose d'éminemment facétieux pour les admirateurs désintéressés ! Quant à l'Académie, je ne sais si elle le trouve plaisant, mais il paraît qu'elle ne le trouve pas clair. Ce qui n'est que trop clair cependant, c'est que la réduction de 2,500 fr. est prononcée : mais le bibliothécaire, chez qui l'amour des bouquins et des manuscrits n'étouffe pas complétement l'amour des traitements ; le bibliothécaire, fort de ce que le comité avait reconnu son *droit aux appointements*, prétend bien ne compter pour rien dans la réduction ; de son côté, le trésorier, ne trouvant dans sa caisse que les fonds strictement nécessaires pour faire marcher le service ordinaire, n'entend pas raison et veut rogner les vivres à la bibliothèque ; les choses en sont là, et l'on ne sait guère comment elles se termineront. Ce qu'il y a de plus triste, c'est que, si elles sont douteuses de ce côté, elles sont trop certaines d'un autre : un employé, qui depuis quinze ans remplit scrupuleusement ses devoirs à l'Académie va être renvoyé sans ressources à un âge où il lui sera impossible de trouver un autre emploi et de suffire à ses besoins, si par un élan généreux les académiciens ne réparent avec leur propre bourse les cruelles et injustes rigueurs du budget.

X..

— *Médecine militaire en Autriche.* — Le besoin des chirurgiens militaires se fait tellement sentir dans l'armée autrichienne que, pour engager les médecins civils à entrer dans la carrière militaire, le gouvernement autrichien a décidé qu'il ferait remise des diplômes et qu'il leur donnerait un supplément de solde de 100 à 150 florins.

— La place de médecin de l'infirmerie royale d'Edimbourg, par suite de la démission de M. George Paterson, a été donnée par élection à M. le docteur Thomas Wright. (*Monthly journ.*)

brables. Sur les parties latérales les artères méningées offrent des arborisations fort étendues.

2° La dure-mère étant enlevée, l'arachnoïde et la pie-mère apparaissent partout infiltrés de sang noir.

En détachant le cerveau à sa base, on remarque un épanchement sanguin diffus autour du polygone artériel, de la protubérance et de la cinquième paire de nerfs crâniens.

Après avoir enlevé une certaine quantité de caillots (60 grammes à peu près) et jeté un filet d'eau sur les parties qui composent l'isthme de l'encéphale, on trouve à la partie inférieure et antérieure de la protubérance, sur le sillon médian, une petite tumeur formée par le tronc basilaire à son origine.

C'est une dilatation saccoïde accolée à la partie latérale droite du tronc basilaire, immédiatement après la convergence des vertébrales.

La vertébrale droite, légèrement dilatée, offre une rupture complète à l'endroit où elle s'unit à la portion dilatée du tronc basilaire; celle du côté gauche est intacte. Le tronc basilaire tout entier est oblitéré, depuis son origine aux vertébrales jusqu'à sa terminaison aux cérébrales postérieures. Ces artères, ainsi que les cérébelleuses supérieures, sont perméables, et devaient fournir une voie facile à la circulation collatérale. Quant à la partie inférieure de la basilaire, voici ce qu'elle présentait :

1° Une dilatation *sacciforme* (Breschet) sur sa partie latérale droite, de 15 millimètres de longueur, et formant un relief de 12 millimètres. Une toute petite aveline pourrait en donner l'image assez fidèle.

Sur la partie moyenne de cette poche, on trouve l'extrémité supérieure de la vertébrale droite rompue; un caillot solide, encore noir, la bouche complétement. L'extrémité inférieure, déchiquetée circulairement, est libre au milieu d'un des caillots sanguins dont j'ai déjà parlé.

Un petit cylindre de fibrine rougeâtre, enchevêtré dans ses languettes terminales, l'obture aussi de ce côté.

Dans l'angle de convergence des vertébrales, existe une petite déchirure, sorte de fissure qui occupe la partie la plus postérieure de la dilatation basilaire.

Ce dernier tronc, fendu dans toute sa longueur du côté opposé à la portion malade, présentait :

1° La fissure inférieure mentionnée ;

2° La dilatation sacciforme exactement remplie par des caillots; l'un central, blanchâtre, fibrineux, semblable de tous points à ceux qu'on trouve dans les vieux sacs des anévrismes. Au-dessous, se trouvent deux autres petits caillots noirâtres et plus récents qui s'engagent dans les vertébrales, chacun de son côté, et oblitèrent à peu près complétement ces vaisseaux, du côté droit surtout.

Au-dessus du caillot blanc central, s'en élève un autre qui s'étend dans toute l'étendue de l'artère basilaire, jusqu'à sa division en cérébelleuse et en cérébrale postérieure.

2° *Artères*. — Les deux vertébrales sont un peu dilatées vers leur terminaison. Leur tissu est d'une minceur extrême. Celle du côté droit présente au niveau de sa rupture l'altération décrite sous le nom de *plaques blanches*, ou cartilagineuses des artères.

Après avoir débarrassé le petit sac du caillot sanguin, on remarque que les membranes artérielles existent toutes.

L'interne est un peu épaissie et friable.

La moyenne paraît amincie au niveau de l'embouchure de la vertébrale droite, et comme cartilagineuse, rugueuse dans les autres points de la dilatation.

La membrane celluleuse est épaissie seulement, et forme la couche la plus extérieure. Comme dans les autres anévrismes, elle est rougeâtre, tomenteuse, imbibée de sang, dépourvue d'élasticité, et se déchire avec une extrême facilité.

Toutes les autres artères du cerveau sont exemptes d'altération. Leur tissu paraît d'une grande délicatesse; il en est de même des autres artères du même sujet: la fémorale ou la tibiale, par exemple.

La substance du cerveau est d'une bonne consistance, un peu sablée à la coupe.

Les ventricules latéraux sont pleins de sérosité sanguinolente.

Un tout petit caillot existe dans le quatrième ventricule.

Rien à noter dans la poitrine et l'abdomen.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 27 mars 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

M. MAISONNEUVE donne des nouvelles de la jeune fille à laquelle il a enlevé une tumeur érectile veineuse de la région dorsale. Les suites de l'opération n'ont pas offert d'accident, et la malade va très bien.

Correspondance.

M. RICORD exprime par une lettre le regret de ne pouvoir assister aux séances, parce que ses occupations les plus exigeantes l'en tiennent éloigné aux mêmes heures; mais, désirant toujours participer aux travaux de la Société, il demande à compter au nombre de ses membres honoraires.

M. LE PRÉSIDENT prononce son admission après avoir consulté la Société.

M. le secrétaire en donnera avis à M. Ricord en le priant, sur la proposition de l'un des membres, d'adresser quelques communications à la Société.

M. FLEURY, chirurgien de la marine, qui a lu dans la dernière séance une observation de calcul salivaire, demande par une lettre le titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT renvoie cette demande à la commission chargée de faire un rapport sur l'observation de M. Fleury.

De l'opération du bec-de-lièvre pratiquée immédiatement après la naissance.

M. ROBERT rappelle qu'il y a quelques mois une discussion a eu lieu dans le sein de la Société de Chirurgie sur l'époque à laquelle il convient d'opérer le bec-de-lièvre. L'opinion soutenue par M. Paul Dubois sur l'opportunité de l'opération immédiatement après la naissance est une opinion que la plupart des chirurgiens ont adoptée. Or, M. Robert désire savoir de M. Danyau, qui a constaté par sa propre expérience l'utilité de ce précepte, s'il ne le croit pas susceptible de modifications.

Ainsi, lorsque la femme est primipare et qu'elle a les bouts de seins mal formés, si elle veut nourrir son enfant affecté de bec-de-lièvre elle n'y parvient pas sans difficultés pour lui, sans accidents pour elle-même. La succion est en effet alors pénible ou impossible, en même temps que les mamelles se gonflent, sont douloureuses et deviennent le siége d'une inflammation suppurative. Dans ce cas-là ne vaut-il pas mieux attendre que la fièvre puerpérale soit passée pour pratiquer l'opération un peu plus tard, d'autant que la turgescence des seins, en effaçant le mamelon de plus en plus, augmente les difficultés de la succion ? C'est là ce que demande M. Robert, et il ajoute que, même chez une femme non primipare, il y a encore des accidents à craindre. On ne devrait, selon lui, dans les cas d'allaitement par la mère, opérer l'enfant du bec-de-lièvre que plusieurs semaines après sa naissance. On pourrait, au contraire, l'opérer immédiatement s'il devait être confié à une nourrice, parce qu'alors la succion, s'exerçant sur un bout de sein bien formé, n'aurait point d'inconvénient.

M. Robert appuie son objection sur un fait qui s'est récemment offert à lui.

Le 21 février, on lui amena un enfant, né la veille, pour l'opérer d'un bec-de-lièvre simple. L'opération, décidée pour le lendemain, fut faite ainsi trente-six heures après la naissance, sans aucune difficulté, et selon le précepte donné par M. Dubois, de renouveler les fils de la suture, qui fut laissée en place pendant quatre-vingt-seize heures. Mais le premier jour l'enfant n'a pu teter sa mère, dont les seins étaient devenus énormes par l'engorgement laiteux, à tel point que le mamelon, raccourci, s'était effacé. M. Robert, en recherchant une autre cause à ce défaut de succion, reconnut qu'elle dépendait de l'existence du filet, et regretta de ne l'avoir point coupé avant l'opération du bec-de-lièvre. C'est ce qu'il fit après, et dès lors l'enfant éprouva moins de peine à teter. Les difficultés subsistèrent bien encore pendant quatre jours, mais elles cessèrent à mesure que disparut le gonflement des seins. La fièvre de lait avait été très intense.

Voilà le fait pour lequel M. Robert demande à M. Danyau s'il n'aurait pas été préférable de différer l'opération.

M. DANYAU répond que, dans des cas analogues à celui que vient de citer M. Robert, M. Dubois et lui n'ont pas renoncé à l'opération immédiate, et que, pour lui assurer les avantages en préservant la mère de tout accident, ils ont suppléé à l'allaitement maternel par le choix d'une nourrice. On aurait ainsi une nourrice provisoire pour l'enfant opéré, tandis que le sien têterait la mère pour former ses mamelons.

M. Danyau ne s'étonne pas du reste des difficultés qui peuvent surgir en pareille circonstance, et malgré cela il soutient, d'après M. Dubois, que les avantages de l'opération immédiate subsistent toujours.

M. CHASSAIGNAC rappelle que, lors de la première discussion sur ce sujet, l'objection soulevée aujourd'hui par M. Robert fut déjà faite sans qu'il fût possible d'y répondre, faute d'observations suffisantes. Lui aussi s'est déclaré contraire aux idées de M. Dubois. Il avait vu à Nantes le muguet faire échouer la suture, notamment chez un enfant opéré par M. Lafont, le doyen des chirurgiens de cette ville.

M. Chassaignac accepte aujourd'hui les faits qui ont décidé la question alors en litige; mais il croit qu'une condition propice à l'opération immédiate, c'est que l'on peut se passer d'alimenter l'enfant pendant trois ou quatre jours, et même au delà.

MM. DANYAU et ROBERT répondent par une dénégation à ce qu'avance M. Chassaignac à cet égard.

M. ROBERT ne veut pas rentrer dans la question générale. Il croit inutile de soumettre l'enfant à une abstinence prolongée, et il pense que l'on a sur le mécanisme de la succion des idées erronées. Les lèvres en effet agissent moins dans cette fonction que les gencives et la langue, et c'est pour cela encore qu'il demande s'il n'y a pas des contre-indications à opérer le bec-de-lièvre aussitôt après la naissance.

M. Robert n'est pas satisfait de la réponse de M. Danyau à son objection. Toutes les femmes ne pourraient avoir à leur disposition des nourrices provisoires pour les suppléer dans l'allaitement. Quels inconvénients y aurait-il donc à opérer l'enfant quelques semaines après, tandis qu'il y en a de réels à l'opérer de suite?

M. Robert conclut, d'une part, que l'opération immédiate peut être faite si l'allaitement est confié à une nourrice; et, d'autre part, qu'elle doit être différée si la mère veut nourrir son enfant.

M. GUERSANT a fait quinze ou vingt opérations du bec-de-lièvre, depuis le principe établi d'y recourir aussitôt après la naissance, et il en a reconnu les avantages. En effet, l'enfant opéré ainsi n'a presque pas besoin de teter pendant les deux ou trois premiers jours qui suffisent à la réunion de la plaie, et lorsqu'il n'a pas de nourrice il n'a besoin que d'un peu d'eau sucrée au lieu de liquides plus nutritifs, tels que le gruau, le lait coupé, qui ont des inconvénients. M. Guersant désapprouve au contraire l'opération tardive, parce qu'elle expose les enfants à souffrir davantage, à crier, à teter mal ou à se dégoûter de prendre le sein. Quant à la mère, tous les accoucheurs savent qu'il faut préparer les bouts de seins, les former à la succion, et on y réussit mieux si on fait bien observer le régime, la diète même, qu'une accouchée supporte d'ailleurs facilement. On a enfin la ressource d'une nourrice, et on peut faire dégorger les seins de la mère en les faisant teter par de petits chiens.

M. ROBERT se félicite d'avoir soulevé cette discussion, puisqu'elle a fait appel à l'expérience de M. Guersant; mais il voudrait savoir de lui s'il a obtenu des résultats comparatifs propres à donner plus de valeur à son opinion.

M. GUERSANT répond que, sur sept ou huit opérations faites immédiatement après la naissance, il n'a eu qu'un seul insuccès; tandis que, pour le même nombre d'opérations faites environ un mois après, il n'a obtenu que deux succès.

M. ROBERT, attachant à l'opinion de M. Dubois toute l'importance qu'elle mérite, la trouve, sous certains rapports, contradictoire à celle de M. Guersant. Ainsi, pour M. Dubois, l'avantage de l'opération immédiate réside dans la possibilité de faire teter l'enfant sans retard, tandis que pour M. Guersant l'avantage semble dépendre de ce que l'enfant n'a pas besoin de teter aussitôt.

M. Robert ajoute qu'il a opéré dernièrement un enfant de trois mois d'une tumeur érectile à la lèvre, sans que la succion du sein ait cessé de s'exercer. Ce fait ne suffit pas sans doute pour décider la question, mais il est bon à noter.

M. GUERSANT fait observer qu'il n'est pas en opposition avec M. Dubois, comme M. Robert vient de le dire; car si les enfants opérés par M. Dubois tetaient bien aussitôt, ils devaient teter mieux encore un peu plus tard.

M. DANYAU s'élève d'abord fortement contre l'assertion émise par MM. Chassaignac et Guersant; à savoir : que l'enfant n'aurait pas besoin de teter pendant trois ou quatre jours et même plus. C'est là ce qu'on ne saurait admettre, parce que l'abstinence ne peut se prolonger sans préjudice au delà de vingt-quatre heures.

Quant à la demande formulée par M. Robert, tendant à établir quels inconvénients il y aurait à opérer le bec-de-lièvre un mois seulement après la naissance, M. Danyau n'est pas en mesure de répondre à cette demande par l'opposition des faits, parce qu'il a toujours opéré immédiatement; mais il persiste à croire que cette manière de faire est la plus avantageuse. Il comprend, du reste, les difficultés que M. Robert a signalées, comme il comprend les moyens d'y remédier.

M. MICHON pense que la dissidence entre MM. Guersant et Dubois n'est qu'apparente; mais il voudrait savoir si, dans le cas de bec-de-lièvre compliqué de division du voile du palais et de la voûte palatine, il faudrait opérer de suite ou différer l'opération. M. Michon doit opérer un enfant placé dans ces conditions-là, et il demande si c'est ou non un cas d'expectation.

M. MAISONNEUVE entrevoit plusieurs points dans cette question : l'opération du bec-de-lièvre, celle de la staphyloraphie, le traitement secondaire, etc.

M. LENOIR fait observer à M. Maisonneuve qu'il substitue une question à une autre.

M. MAISONNEUVE la reprend telle qu'elle a été posée. Considérant la staphyloraphie comme facile chez le nouveau-né, s'il y a quelque raison de la faire, il la tenterait d'abord, pour aider le rapprochement de la voûte palatine, ainsi que l'opération du bec-de-lièvre.

M. Maisonneuve a deux fois agi de la sorte dans une circonstance analogue; et quoiqu'il n'ait pas réussi, il n'hésiterait pas à recommencer de même, car il attribue son insuccès à des causes particulières.

M. DANYAU rappelle à M. Michon que M. Dubois avait réservé l'opération pour les cas les plus simples. Ayant rencontré cependant, il y a trois ans, à la Maternité, un cas de bec-de-lièvre compliqué de division du voile du palais et de la partie antérieure de la voûte palatine, M. Danyau proposa à M. Dubois de faire l'opération en deux temps, et c'est ce qui fut fait avec succès.

M. Danyau persiste à croire que dans ces cas-là, au lieu d'agir immédiatement, comme pour le bec-de-lièvre simple, il faut différer l'opération de plusieurs mois.

M. LENOIR a pratiqué diverses opérations de ce genre, cinq ou six entre autres, à l'hôpital Necker, et il déclare n'avoir réussi qu'une seule fois. Il a constamment éprouvé de grandes difficultés à adapter les bords de la plaie, par la raison que l'un des os maxillaires présente toujours un angle saillant qui s'oppose à une adhésion exacte, et que des déchirures surviennent au bout de quelques jours, parce que, à mesure que la lèvre se rapproche de la fosse nasale, la peau s'amincit et n'est plus susceptible d'adhérence. Voilà ce que M. Lenoir a observé. Il croit, contrairement à M. Danyau, qu'il faudrait opérer de très bonne heure les enfants atteints de cette difformité, parce qu'elle est d'autant moins prononcée que l'époque est plus rapprochée de la naissance; ainsi, la saillie osseuse et l'écartement de la fente palatine sont moindres alors qu'ils ne le sont plus tard.

En conséquence, M. Lenoir n'hésiterait plus à opérer immédiatement le bec-de-lièvre compliqué auquel on a donné le nom de *gueule de loup*, parce qu'il croit que le rapprochement des parties molles tend à rapprocher plus facilement ensuite les parties dures.

Il a recherché, après ces insuccès, par quels moyens on pourrait les prévenir, et il a trouvé dans les auteurs l'indication de moyens mécaniques propres à diminuer l'écartement de la voûte palatine. Il croit se rappeler, par exemple, qu'un praticien de Genève avait fait faire dans ce but un appareil contentif assez ingénieux, et lui-même en a commandé à M. F. Martin un modèle qu'il a employé pendant quelque temps chez un jeune enfant; mais l'invasion du choléra l'a obligé à renvoyer de l'hôpital cet enfant, qu'il reverra plus tard. Il croit utile, enfin, de tenter d'abord le rapprochement des os.

Quant à l'indication d'opérer le bec-de-lièvre simple immédiatement après la naissance, M. Lenoir fait observer que la priorité de cette idée n'appartient pas à M. Paul Dubois, auquel on semble l'attribuer. C'est une idée fort ancienne que celle-là, et sans pouvoir citer différents noms qui s'y rapportent, il suffit de se rappeler que M. Bonfils (de Nancy), il y a une quinzaine d'années, a exposé le premier, d'une manière nette et précise, les raisons à faire valoir en faveur de l'opération immédiate.

Ce qui appartient en propre à M. Paul Dubois, ajoute

M. Lenoir, c'est d'avoir dit le premier que les enfants peuvent teter aussitôt après la naissance. Cela seul revient à lui, et non le précepte de l'opération immédiate.

M. Demarquay a vu quelques opérations de bec-de-lièvre compliqué, et il a remarqué, notamment à l'Hôtel-Dieu, que Blandin échouait lorsqu'il n'employait pas l'appareil compresseur; mais M. Demarquay a constaté aussi que, si la compression était trop faible, elle devenait insuffisante; de même que, si elle était trop forte, elle déterminait la formation de plaques gangréneuses. Il a observé en ville deux exemples de ces fâcheux résultats.

M. Guersant, pour répondre à la question soulevée par M. Michon sur l'opportunité de l'opération dans les cas de bec-de-lièvre compliqué, dit avoir opéré trois nouveau-nés en enlevant l'os intermaxillaire, mais il a échoué dans les trois cas; et cependant il serait encore disposé à les opérer.

Calcul vésical volumineux extrait par la taille latéralisée.

M. Lenoir présente un calcul volumineux qu'il a extrait de la vessie par la taille latéralisée. Voici dans quelles circonstances:

Le malade, âgé de soixante-huit ans, se trouvant dans de bonnes conditions, était entré à l'hôpital Necker, et s'était adressé d'abord à M. Civiale, qui essaya inutilement la lithotritie, à cause du volume et de la dureté du calcul. Cela étant, M. Civiale envoya le malade chez M. Lenoir, qui commença par apprécier les dimensions et les rapports de la pierre; l'ayant saisie, il trouva qu'elle présentait au lithotriteur de 21 à 22 lignes de diamètre, et comprit dès lors la possibilité de se borner à faire la taille latéralisée chez ce malade, qui avait en outre un engorgement assez considérable de la prostate.

Le lithotome fut ouvert à 15 lignes, et le calcul saisi avec des tenettes de M. Charrière, assez petites, à mors parallèles et donnant peu d'écartement. M. Lenoir éprouva d'abord assez de difficultés dans l'extraction, à cause du trop grand diamètre par lequel la pierre se présentait; il parvint cependant à la déplacer, à la saisir autrement et à l'extraire. Ce calcul est de 20 lignes dans son petit diamètre et de 27 dans le plus grand; il pèse 108 grammes, il a une forme mamelonnée, et, quoiqu'il parût d'abord constitué par de l'oxalate de chaux, il est entièrement composé d'acide urique.

M. Lenoir s'étonnait d'avoir extrait un calcul aussi volumineux; il avait l'opération, il avait présenté au malade le vieillard auquel il avait enlevé quatre calculs. L'état de l'opéré est aujourd'hui satisfaisant. Il avait une prostate très grosse qui a diminué de volume, à tel point que, par le rectum, on touchait la sonde.

M. Lenoir conclut de là que les incisions faites sur des prostates engorgées sont bonnes pour en favoriser le dégorgement.

M. Morel trouve ce résultat sans doute intéressant; mais il ne peut s'empêcher de croire que la présence d'un calcul dans la vessie ne soit une cause suffisante de l'engorgement prostatique, et qu'en conséquence l'extraction du calcul ne doive favoriser le dégorgement.

M. Lenoir reconnaît que c'est là une question délicate, à savoir si cet engorgement est cause ou effet.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Nouvelle sorte de baume de copahu, par M. Possett.

Les différentes sortes de baume de copahu que l'on trouve jusqu'ici dans le commerce sont caractérisées par la présence d'une résine acide, l'acide copahirique, donnant des sels cristallisables avec la potasse et l'ammoniaque. Tout baume de copahu qui n'offre point ce caractère est supposé adultéré par les huiles fixes, la térébenthine, etc. Néanmoins, il a été récemment introduit dans le commerce de Londres un baume de copahu pur provenant du Brésil et dépourvu des propriétés précédentes. D'après l'analyse qui en a été faite, ce baume diffère essentiellement du baume ordinaire et paraîtrait provenir d'une espèce de copaïfeca ou d'un genre très voisin.

Cette sorte de baume de copahu est d'une couleur jaune plus brillante que celle du baume ordinaire; comme ce dernier, il a une odeur particulière, désagréable et un goût persistant. Sa densité est 0,94. Il ne donne pas de mélange savonneux avec la potasse ou l'ammoniaque; il est difficilement soluble dans l'alcool, qu'il rend laiteux. Il renferme 82 p. 0/0 d'huile et 18 p. 0/0 de résine. L'huile obtenue par distillation est un carbure d'hydrogène ayant pour formule $C\,10\,h\,8$, bouillant à 240°; elle se distingue de l'huile de copahu ordinaire par sa viscosité, son point d'ébullition, sa manière de se comporter avec l'alcool et avec le gaz ammoniac qu'elle absorbe très rapidement pour former un liquide rouge-brun fumant à l'air. M. Possett, l'appelle huile de paracopahu. A chaud, l'acide nitrique d'une densité 1,32 produit avec elle une violente réaction; à froid, le même acide fumant détonne avec cette huile. Elle dissout l'iode, réagit fortement avec le chlore, donne lieu à un dégagement de vapeurs chlorhydriques; la masse devient jaune et visqueuse, l'acide sulfurique la colore en violet-foncé.

Ce baume de Copahu renferme deux résines distinctes; l'une, soluble dans l'alcool, est la plus abondante; l'autre, insoluble dans l'alcool, est soluble dans l'éther et le pétrole. Ces deux résines sont d'un jaune-éclatant et n'ont aucune réaction acide.

(Traduit du *Pharmaceutical Journal*, par L. Chevalier.)

NOUVELLES.

Prix sur la syphilis. — Un prix de trois cents francs est offert par M. Diday au médecin qui aura adressé dix observations *détaillées* de syphilis constitutionnelle due à la blennorrhagie.

Ces observations devront:

1° Etre relatives à des hommes;

2° Porter sur des sujets actuellement vivants, et résidant en France;

3° N'avoir trait qu'à des individus chez qui la première invasion de syphilis constitutionnelle ne datera pas, au 1er juillet 1851, de plus de trois ans;

4° Contenir le nom et l'adresse de ces individus sous paquet cacheté, lequel ne sera ouvert que par le rapporteur de la commission.

Ces conditions sont exigées afin de permettre une vérification de l'état présent et antérieur de ces malades, vérification que l'auteur du concours se réserve de faire faire par des médecins spécialistes.

Le compétiteur ne sera point tenu de présenter ses malades; il devra seulement avoir obtenu d'eux de consentir à se laisser visiter, dans le lieu de leur résidence, en secret, par un ou plusieurs médecins.

Les observations ne seront publiées, en aucun cas, que du consentement de leur auteur.

Ces observations, lisiblement écrites en français et signées, devront être adressées *franco* avant le 1er août 1851, à M. Candy, secrétaire général de la Société de Médecine de Lyon, grande rue des Feuillants, 1.

Une commission nommée par la Société de Médecine de Lyon statuera sur le mérite de ces travaux, et le prix sera décerné, s'il y a lieu, dans le mois de janvier 1852.

— *Monument élevé à la memoire de Vauquelin.* — On lit dans l'*Annuaire de l'Association normande* pour 1850, page 517, la note suivante:

« L'Association normande, la Société d'agriculture de Lisieux, la Société d'agriculture, sciences et arts de Pont-l'Evêque se réuniront le 3 mai, à Saint-André-d'Hébertot, pour ériger une borne monumentale sur la route départementale de Pont-l'Evêque à Pont-Audemer. Cette borne, donnée par M. de Caumont, a pour but d'indiquer que dans ce village naquit le chimiste Vauquelin. M. Godfroy, maire de Lisieux, neveu du célèbre chimiste, a déjà préparé cette fête.

» L'Institut des provinces y sera représenté par une députation, et l'Institut de France par trois de ses membres. La garde nationale de Lisieux, celle de Pont-l'Evêque, et cinq à six bataillons de gardes nationales rurales doivent concourir, par leur présence, à donner de l'éclat à cette fête.

» Tous les membres de l'Association normande y sont conviés.

» On voit que l'animation renaît dans les provinces, et qu'on commence à honorer les hommes distingués dans les localités où ils ont pris naissance. C'est un des symptômes les plus évidents des progrès de la décentralisation prêchée si éloquemment par l'Institut des provinces. »

Tous les hommes et tous les organes de la presse applaudiront à la noble initiative des membres de l'Association normande, et nos grands corps savants enverront, nous l'espérons, des représentants à cette touchante cérémonie.

— M. le professeur Rostan commencera ses leçons cliniques jeudi prochain, 11 courant, à l'Hôtel-Dieu. La visite commencera à sept heures du matin, et la leçon à l'amphithéâtre à neuf heures.

— M. Piorry commencera le 10 avril, à trois heures, son cours de pathologie interne à l'Ecole de Médecine. Le même jour, il commencera, à la Pitié, sa clinique à huit heures du matin.

A partir du 15 avril courant, les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux* seront transférés rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — No 44.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER . . .	30 FR.	— 16 FR	— 8 FR.

PARIS, 10 AVRIL 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a fait hier une excellente élection, entendu un bon rapport de M. Gimelle et écouté deux présentations intéressantes, l'une de M. Hutin, l'autre de M. Lucien Boyer. C'est beaucoup pour un seul jour ; mais, quoi qu'on en dise, l'Académie a de temps en temps de ces jours-là.

M. Lévy, ainsi que l'avait prévu notre correspondant du mardi, a été nommé à une remarquable majorité et au premier tour de scrutin ; depuis longtemps aucune nomination ne s'était faite d'une manière aussi franche dans la section de pathologie interne, l'une de celles où les candidats sont le plus nombreux ; c'est donc un double honneur pour M. Lévy d'abord d'avoir été nommé et ensuite de l'avoir été d'emblée à une telle majorité. C'est un honneur aussi pour la médecine militaire d'avoir rencontré autant de sympathies ; espérons qu'elle n'en restera pas à ce premier succès, car elle en mérite encore d'autres.

Malgré l'agitation que laisse toujours après elle une élection, M. Gimelle a donné lecture d'un excellent rapport sur une question qui est surtout mise à l'ordre du jour depuis quelque temps par M. Pétrequin, c'est celle du traitement des anévrismes par l'électro-puncture.

M. Gimelle, après avoir rendu un compte exact de l'observation de M. Abeille et en avoir fait l'objet de réflexions judicieuses, a eu le tort de condamner trop catégoriquement une méthode que les faits ne permettent pas encore d'apprécier exactement. Aussi, sur l'avis de MM. Velpeau, Robert et Laugier, et contrairement aux scrupules inopportuns de M. Moreau, l'Académie a-t-elle suspendu son jugement sur l'électro-puncture et a-t-elle encouragé les praticiens dans les tentatives nouvelles qu'ils pourraient faire, et tout en leur recommandant la prudence que réclame la gravité de l'opération.

Deux présentations intéressantes de MM. Hutin et L. Boyer ont heureusement clos la séance.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT.

Fistule vésico-vaginale du bas-fond de la vessie. — Perte de substance par gangrène. — Opération autoplastique par glissement. — Guérison rapide.

Le fait suivant continue la série de ces opérations aussi curieuses qu'importantes d'autoplastie par glissement appliquée aux fistules vésico-vaginales. Ce fait présente, en outre, un intérêt de plus : il montre l'influence aussi heureuse qu'imprévue que le succès de l'opération peut avoir dans certains cas sur les fonctions de l'utérus.

Lebret (Marie), âgée de trente ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Roch, no 3, le 20 février 1850. Née et domiciliée à Lachapelle (Loiret), cette femme est d'un tempérament nerveux-sanguin, et jouit habituellement d'une parfaite santé ; les menstrues, ayant paru pour la première fois à l'âge de seize ans, ont été régulières depuis cette époque, sous le rapport de la quantité et de la périodicité, jusque dans ces derniers temps.

A l'âge de vingt-deux ans, elle est accouchée pour la première fois sans accidents ; à vingt-cinq ans, nouvel accouchement aussi heureux que le premier.

Il y a quatre mois, troisième accouchement qui, bien qu'ayant eu lieu à terme et quoique la position de l'enfant fût normale, n'a été cependant terminé qu'avec des difficultés extrêmes. Cette femme est demeurée pendant deux jours en travail sans que l'accouchement avançât ; le médecin qui l'assistait crut alors utile de faire intervenir l'art. Le forceps ayant été appliqué, l'enfant fut extrait rapidement, mais il ne donna aucun signe de vie.

Dès le lendemain, la malade, étonnée de n'avoir pas uriné depuis vingt-quatre heures, se présenta au bassin et ne put expulser une seule goutte d'urine. Inquiétée par ce fait, elle en fit part à son médecin, qui, l'ayant examinée avec soin, constata une communication entre la vessie et le vagin. Cet estimable confrère recommanda à la malade le séjour au lit ; mais, quoiqu'elle ait observé fidèlement pendant sept semaines cette prescription, elle n'a obtenu aucune amélioration dans son état.

Depuis le jour de son accouchement jusqu'à ce moment, elle n'a pas expulsé une seule goutte d'urine par l'urètre, quoique le décubitus dorsal ait été observé rigoureusement. Elle dit qu'elle a constamment perdu ses urines par le vagin, quelle que fût la position qu'elle prît.

Du reste, toutes ses fonctions paraissent s'exécuter normalement, sauf la menstruation, qui ne s'est pas rétablie depuis sa dernière couche. Cette dernière circonstance n'a été d'ailleurs jusqu'ici l'occasion d'aucun des accidents ordinaires qui accompagnent l'aménorrhée ou la dysménorrhée.

Voici ce que l'examen attentif des organes génitaux apprit lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu :

1° Les grandes et les petites lèvres présentent un état érythémateux et granuleux ; les follicules de ces parties sont hypertrophiés et un peu enflammés.

2° L'urètre est douloureux à l'introduction de la sonde.

3° Quand on écarte les grandes et les petites lèvres, et qu'on abaisse la paroi postérieure du vagin avec le spéculum univalve, on voit l'urine qui sort en jaillissant de l'intérieur de la vessie par l'orifice de la fistule.

4° A 0,05 centimètres environ en arrière de l'orifice extérieur de l'urètre et sur la paroi antérieure du vagin, on aperçoit une fistule exactement ronde, pouvant admettre une sonde de femme.

5° Le col de l'utérus ne présente rien de remarquable quant à sa forme et à sa position, mais il offre une ulcération sur le museau de tanche.

6° Le vagin et la vessie sont irrités au point d'être le siège d'un travail inflammatoire suppuratif.

7° La vessie est facilement parcourue par la sonde, ce qui prouve que déjà elle est légèrement revenue sur elle-même.

Pendant cinq jours la malade est préparée par de grands bains, des bains de siège, des injections émollientes, une boisson de chiendent coupée avec de l'eau de Vichy, et des dérivatifs sur le canal intestinal.

Lorsque cette femme est suffisamment préparée et acclimatée à l'air de l'hôpital, on procède à l'opération si ardemment désirée par elle.

Le 25 janvier, on pratique l'opération autoplastique par glissement, en présence de M. Rigal (de Gaillac).

La malade étant placée dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies sur le ventre, la paroi postérieure du vagin étant préalablement abaissée avec le spéculum à une valve :

1° On saisit le col utérin au moyen de deux pinces de Museux ;

2° On abaisse par degrés le col utérin, et on l'attire au niveau de la vulve ;

3° On procède au décollement du vagin par une incision demi-circulaire faite au-dessus et en avant du museau de tanche, pour permettre le glissement de la paroi vésico-vaginale et prévenir la tension et la déchirure des parties après la suture ;

4° Plusieurs coups de bistouri faits suivant la même direction donnent un écartement d'un pouce et demi entre le point où l'incision a été pratiquée et l'éloignement de la paroi vésico-vaginale ;

5° On s'occupe du ravivement des bords de la fistule ;

6° Le ravivement est fait de telle sorte, que la fistule, de ronde, est rendue transversale. Ce ravivement s'est fait sur toute son épaisseur.

Après le ravivement, il est facile d'introduire le doigt dans l'intérieur de la vessie.

7° Tout cela étant fait, on pratique la suture. Trois fils sont appliqués. Chacun d'eux est noué isolément, de manière à empêcher l'urine de passer dans leur intervalle.

8° Plusieurs injections froides sont successivement poussées dans le vagin ; un tampon d'agaric y est introduit, et la malade est reportée à son lit. Une sonde placée immédiatement après l'opération dans la vessie, donne issue à une certaine quantité d'urine sanguinolente.

La journée se passe sans accidents, et à la visite du soir, la malade est dans un état satisfaisant.

La température de la peau est à peu près normale, et le pouls donne 80 pulsations. La sonde coule régulièrement. — Potion calmante ; deux pilules d'opium de 1 centigramme.

Le 26, la nuit s'est bien passée ; il n'y a point eu de fièvre traumatique ; la sonde a bien marché, et la malade désire manger. Dès le lendemain de l'opération, une certaine quantité de sang s'écoulait lentement par le vagin, et il ne ressemblait point à une hémorrhagie. Aucun vaisseau de quelque importance n'avait d'ailleurs été intéressé pendant l'opération. Ces diverses circonstances et le temps de l'écoulement, qui dura trois jours, firent penser que ce n'était autre chose que l'écoulement menstruel.

Le 27, même état. On permet deux potages légers. Le tampon est retiré. La sonde fonctionne régulièrement.

Le 28 au soir, la malade a de la fièvre, de la soif, et l'appétit a disparu. Rien d'ailleurs ne paraît expliquer cet état fébrile, puisqu'il n'existe ni rougeur érysipélateuse, ni aucun travail local apparent.

FEUILLETON.

Patrimoine des pauvres (1).

Sous ce titre, M. Watteville, inspecteur des établissements de bienfaisance, économiste savant qui s'occupe avec une sollicitude si constante des besoins des classes pauvres, vient de publier un opuscule dont l'analyse, nous l'espérons, intéressera vivement nos lecteurs.

L'objet de ce petit livre est surtout de prouver combien notre société française, si souvent accusée d'égoïsme et tant décriée, consacre de trésors au soulagement des malheureux.

M. Watteville divise en deux parties distinctes ce qu'il appelle le patrimoine des pauvres ; l'une, éventuelle, se compose surtout des dons et legs, des droits sur les théâtres, etc. ; l'autre, perpétuelle, de propriétés immobilières, de rentes sur l'Etat, etc.

Traçant d'abord un rapide historique du sujet qu'il traite, M. de Watteville montre que, dès 1656, l'Etat a été obligé de mettre des obstacles à la générosité des testateurs et des donateurs, qui, si on les avaient laissés suivre leurs bonnes inspirations, auraient bientôt fait passer une grande partie de la fortune publique dans le patrimoine des pauvres, au grand détriment des familles. Ces entraves, qui se trouvent reproduites dans notre Code civil, prouvent que depuis longtemps il a fallu régler plutôt que stimuler la bienfaisance publique. Quoiqu'il ressorte des détails historiques donnés par M. de Watteville que les sommes qui ont été données au patrimoine des pauvres avant 1790 étaient considérables le peu d'ordre établi dans l'administration avant cette époque ne permet pas d'en apprécier même approximativement le chiffre. C'est surtout à partir de l'an 1800 que des statistiques régulières commencèrent à être tenues, et qu'on peut évaluer d'une manière certaine les legs faits aux pauvres. Cette évaluation a été faite par un laborieux et intelligent employé du ministère de l'intérieur, M. Labrosse, depuis 1800 jusqu'à 1845. Cet espace de temps est divisé par M. Watteville en trois périodes, qui sont celles du Consulat et de l'Empire (1800-1814), de la Restauration (1815-1829), et de la monarchie de Juillet (1830-1845). Voici dans quelles proportions chacune d'elles a contribué à accroître le patrimoine des pauvres.

PREMIÈRE PÉRIODE, 1800 A 1814.

Hôpitaux et hospices.

Argent.	3,756,490 f.	05 c.
Immeubles.	3,535,790	94
Valeurs diverses.	161,810	91
Rentes sur l'Etat.	326,167	60
Rentes sur particuliers. . . .	1,199,170	18

Bureaux de bienfaisance.

Argent.	2,320,842	36
Immeubles.	1,540,993	26
Valeurs diverses.	190,522	54
Rentes sur l'Etat.	356,373	»
Rentes sur particuliers. . . .	1,533,533	63
Total.	14,921,703	47

DEUXIÈME PÉRIODE, 1815 A 1829.

Hôpitaux et hospices.

Argent.	19,918,173 f.	51 c.
Immeubles.	8,350,229	56
Valeurs diverses.	364,430	33
Rentes sur l'Etat.	1,515,353	97
Rentes sur particuliers. . . .	2,209,918	38

Bureaux de bienfaisance.

Argent.	8,862,036	12
Immeubles.	4,411,773	14
Valeurs diverses.	540,145	27
Rentes sur l'Etat.	1,584,255	60
Rentes sur particuliers. . . .	3,264,458	61
Total.	51,020,674	49

TROISIÈME PÉRIODE, 1830 A 1845.

Hôpitaux et hospices.

Argent.	18,175,324	95
Immeubles.	7,788,003	55
Valeurs diverses.	482,410	99
Rentes sur l'Etat.	2,058,358	72
Rentes sur particuliers. . . .	2,141,708	45
Total.	31,255,806	66

(1) *Du patrimoine des pauvres*, brochure in-18. — A Paris, chez Guillaumin, rue de Richelieu, 14.

Le 1er mars, la malade est examinée au spéculum. Le fond du vagin contient un pus fétide et abondant. Immédiatement, on s'occupe d'enlever les points de suture, au nombre de trois, en coupant chaque anse de fil l'une après l'autre. Plusieurs injections d'eau tiède sont faites dans le vagin. C'est alors qu'on peut apercevoir des plaques grisâtres dans le vagin, et principalement dans les environs de la suture. C'est un état diphthéritique qui ressemble assez bien à la pourriture d'hôpital albumineuse.

L'état fébrile noté plus haut s'explique par les lésions précédentes. La malade est reportée à son lit, et une sonde remise dans la vessie.

Le 2 mars, la fièvre n'a pas cessé; aussi des injections vaginales sont-elles de nouveau pratiquées, des boissons délayantes sont-elles continuées, et la diète la plus rigoureuse est-elle observée. Les lèvres de la plaie sont dans un état parfait.

Le 3 mars, la fièvre a disparu et l'appétit renaît. La malade prend du bouillon.

Le 4 mars, un nouvel examen au spéculum montre du pus dans le vagin, mais en moins grande quantité, des restes de plaques grisâtres non encore entièrement disparues.

Les lèvres de la plaie sont parfaitement réunies. Une injection d'eau tiède sert à nettoyer complétement le vagin du pus qu'il renferme. Une sonde à demeure est aussitôt replacée dans l'urètre.

Il s'écoule immédiatement de l'urine, ce qui prouve bien que celle-ci s'accumule dans son réservoir. La malade d'ailleurs ne mouille nullement sa couche.

Le 6 mars, nouvel examen au spéculum. Le vagin contient encore du pus, et des injections sont faites. L'état diphthéritique vaginal n'a pas encore disparu. Cette matière pultacée ressemble au nouveau produit que l'on rencontre dans une espèce de pourriture d'hôpital. La malade n'a plus de fièvre; l'appétit est revenu : elle mange une côtelette; elle ne mouille point sous elle.

Les 7 et 8 mars, nouvel examen au spéculum. Le vagin contient une petite quantité de pus épais et crémeux. La réunion est complète. La malade est bien du reste. L'urine s'accumule dans la vessie. Le sommeil et l'appétit sont réguliers.

Le 9 au matin, la malade, éprouvant un grand besoin d'uriner, et trouvant de l'obstacle à le satisfaire, retira elle-même sa sonde et put deux fois uriner dans le vase. Voilà douze jours révolus depuis l'opération, et la malade peut être regardée comme tout à fait guérie. La malade ayant de nouveau été examinée, on retire définitivement la sonde, quoiqu'il existe de la suppuration vaginale. Elle mange deux portions d'aliments solides.

Le 10, la malade a eu un léger dérangement d'entrailles; ell continue à uriner seule; elle n'est pas mouillée dans son lit. — Eau de gomme; 1/4 de lavement; diète; 2 potages.

Le 11, le dévoiement a cessé. Le 13, état toujours très satisfaisant. La malade conserve ses urines. Elle urine volontairement dans le vase. Un nouvel examen au spéculum montre encore une très petite quantité de pus au fond du vagin.

Le 15, la malade a été prise la nuit dernière de dévoiement, il y a eu dans l'espace de quelques heures six selles liquides. Ce léger dérangement n'est que de courte durée et cède à l'emploi des pilules d'opium et des lavements laudanisés. Bientôt elle reprend son régime habituel.

Cette malade peu à peu s'est promenée dans la salle, a repris des forces et est sortie de l'Hôtel-Dieu le 25 mars, très heureuse d'être débarrassée de son infirmité et de pouvoir retourner dans son pays.

Avant son départ elle a été soumise à un dernier examen en présence de M. Rigal, de Gaillac, qui avait assisté à l'opération, des internes de mon service et de beaucoup d'élèves.

D'abord tout le monde fut frappé de l'absence d'érythème et d'une lésion quelconque des téguments, des cuisses, de la vulve, du pourtour de l'anus, etc.

2° Des hémorrhoïdes qui existaient lors de l'opération ne laissaient plus de traces de leur existence.

3° La muqueuse vulvaire est saine.

4° Une sonde est promenée avec une telle facilité dans la vessie, qu'il n'est pas possible de douter de son agrandissement depuis l'oblitération de la fistule.

5° L'urètre a perdu sa sensibilité morbide.

6° La vessie a repris ses fonctions de réservoir et le besoin d'uriner se fait sentir comme dans l'état normal.

7° On aperçoit sur la cloison vésico-vaginale une cicatrice linéaire qui indique l'ancien siége de la fistule. Enfin une seconde cicatrice transversale demi-circulaire est parfaitement dessinée au-devant du col de l'utérus.

8° L'ulcération qui existait à la surface du col ne laisse que de faibles traces de son existence.

Cette observation, ainsi que nous l'avons déjà dit, n'est pas seulement remarquable sous le rapport de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique chirurgicale, elle est encore curieuse et importante sous le rapport de l'influence qu'a eue l'opération sur les fonctions de l'utérus. Nous nous bornerons sous tous ces rapports aux courtes réflexions suivantes :

Malgré diverses complications et l'état de la constitution extrêmement débile de la malade, nous voyons la guérison s'opérer rapidement.

Les lèvres de la plaie se sont donc agglutinées à l'aide d'une lymphe déposée entre elles. Le travail d'organisation s'est donc fait avec rapidité, et on voit que la matière coagulable a subi malgré tout une prompte organisation qui a permis de retirer les fils au commencement du sixième jour. Cela prouve ce que peuvent la nature et une opération rationnelle au milieu des circonstances les plus défavorables.

Il est clairement démontré par ce fait que les fils peuvent être retirés de bonne heure, lorsque l'opération a été pratiquée sur la cloison elle-même.

Que dire de cette vaginite générale, si ce n'est qu'elle a présenté un caractère particulier que l'on ne retrouve qu'exceptionnellement dans des opérations de cette nature.

La constitution de la malade d'une part et l'état de l'atmosphère paraissent avoir été les agents de cette inflammation *pultacée*. N'est-il pas remarquable de voir cette inflammation d'une nature spéciale coïncider avec une épidémie d'érysipèles, de phlegmons diffus et d'un état particulier des plaies?

A quoi faut-il attribuer ce mouvement fébrile qui a existé chez la malade? Est-ce à la vaginite ou à la cause générale qui, comme dans l'érysipèle, me paraît avoir pu précéder l'inflammation spéciale du vagin, qu'il faut attribuer la fièvre? Tout en croyant cela possible, on ne se prononce pas d'une manière affirmative comme pour l'érysipèle qui ne paraît laisser aucun doute quant au travail qui précède l'éruption.

En ce qui concerne la suture, il est évident qu'il importait d'enlever les fils le plus promptement possible, afin d'éviter non la section des lèvres de la plaie, mais bien la communication de l'inflammation qui aurait pu détruire les moyens adhésifs.

Déjà, dans différents travaux publiés, M. Jobert a fait voir combien le contact de l'urine sur le col de l'utérus avait d'influence pour paralyser, pour ainsi dire ses fonctions momentanément ou pendant un temps plus ou moins long. Ce fait est encore la preuve vivante de la vérité de ses assertions. Ne voit-on pas, en effet, chez cette malade les règles se rétablir dès le lendemain de l'opération et se continuer pendant trois jours, après avoir rétabli aux urines leur voie normale. L'explication de ce fait physiologique se trouve sans doute dans le changement de vitalité de l'organe. L'urine, en effet, est, suivant M. Jobert, un puissant modificateur de l'organe utérin, qui, ne se trouvant plus baigné par le liquide irritant, se trouve rendu tout entier à ses fonctions naturelles. L'action de l'urine agit si manifestement sur la vitalité de l'utérus, que ce n'est que lorsque cet organe est habitué au contact du liquide que les règles recommencent à reparaître; mais jamais avec la même abondance et la même régularité que dans l'état où la cloison a été réparée. Tout cela est si vrai, que quelques jours, quelques semaines après l'oblitération de la fistule, on voit l'écoulement menstruel reparaître, à moins d'une grande débilité causée par une longue maladie.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 9 avril 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Correspondance officielle.

La correspondance officielle ne renferme qu'une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, par laquelle ce haut fonctionnaire annonce qu'il souscrit à trente-cinq exemplaires du recueil complet des éloges prononcés à l'Académie par le docteur Pariset.

M. Baillière fait hommage à l'Académie de cent exemplaires de ce recueil. Une lettre de remercîments sera adressée à M. Baillière.

Correspondance manuscrite. — Déviation de l'excrétion urinaire.

M. J. Lefèvre, médecin à Joinville (Haute-Marne), adresse l'observation d'un homme qui présentait comme principaux symptômes morbides l'absence ou l'exiguïté extrême de l'excrétion urinaire, qui semblait due à un obstacle situé dans la portion membraneuse du canal de l'urètre, et des vomissements d'une matière liquide ayant une saveur urineuse. (Commissaires : MM. Jobert et Ségalas.)

Fistule recto-vaginale.

Le même médecin adresse une observation de fistule recto-vaginale suivie de péritonite et opérée avec succès. (Même commission.)

Eaux minérales.

M. le docteur Laffore, médecin-inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées) envoie deux rapports relatifs, le premier à l'application des eaux minérales à l'assistance publique et à l'institution des cliniques thermales; le second, au service médical de l'établissement thermal des Eaux-Chaudes pendant l'année 1849. (Commission des eaux minérales.)

Choléra.

M. Paul Dubois dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur Lévicaire, médecin en chef de la marine et correspondant de l'Académie, à Toulon, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville.

Vacance dans la section de pathologie chirurgicale.

M. Bégin, au nom de la section de pathologie chirurgicale, propose de mettre sur la liste des candidats à la place vacante dans cette section tous les chirurgiens qui se sont mis sur les rangs, et qui sont au nombre de cinq. (Adopté.)

Elections.

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

Le premier tour de scrutin donne le résultat suivant :

MM. Lévy	55 voix.
Requin	34
Sandras	4
Nonat	5
Beau	2
	100

En conséquence, M. Lévy est élu membre de l'Académie.

Traitement des anévrismes par l'électro-puncture.

M. Gimelle lit un rapport sur un mémoire de M. Abeille, intitulé : *Anévrisme de la sous-clavière gauche opéré et guéri par l'électro-puncture. Expériences sur les artères d'animaux vivants.*

Mademoiselle P..., de Givet, âgée de soixante-cinq ans, était atteinte depuis treize mois d'une tumeur située en dedans du moignon de l'épaule gauche, entre les scalènes, faisant saillie de dehors en dedans, de bas en haut au-dessous de la clavicule, vers son extrémité sternale. A peine perceptible d'abord, cette tumeur fit des progrès très lents dans le principe, mais augmenta peu à peu, au point de présenter en décembre 1848 le volume d'un œuf de poule, dont la moitié s'enfonçait dans la clavicule.

La tumeur était pulsatile, présentait un mouvement de systole et de diastole isochrone aux mouvements du cœur et du pouls; elle se laissait déprimer en partie par une pression directe, et alors les doigts percevaient une sensation de frémissement qui se passait dans son intérieur. La compression de la sous-clavière au-dessus arrêtait les pulsations de la tumeur et déterminait une diminution appréciable dans son volume pendant la durée de cette manœuvre. La compression de l'artère dans le creux axillaire rendait au contraire la tumeur plus saillante et plus dure. L'oreille, appliquée sur la tumeur, percevait un bruit de râpe. A ces signes, on constate l'existence d'un anévrisme.

Se foodant sur ce que la ligature de la sons clavière est rarement suivie de succès, M. Abeille se décida pour l'électro-puncture, et

---

Report.	31,355,806	66

Bureaux de bienfaisance.

Argent	14,145,797	36
Immeubles	4,476,679	19
Valeurs diverses	793,425	70
Rentes sur l'Etat	2,277,686	17
Rentes sur particuliers	3,612,568	38
Total	56,561,972	47

RÉCAPITULATION.

	Hôpitaux.	Bureaux de bienfaisance.
Première période	8,979,438 68	5,942,264 79
Deuxième période	32,358,105 75	18,662,668 74
Troisième période	31,255,815 70	25,306,156 81
	72,603,460 19	49,911,430 32

122,514,890 fr. 53 c.

La première période, 1800 à 1814, ne présente qu'une recette de 14 millions. On sortait alors d'un état révolutionnaire qui avait compromis ou détruit toutes les fortunes. La guerre avait ruiné le pays; mais aussitôt que la paix fut proclamée, que le calme permit à l'industrie de répandre ses bienfaits, une ère nouvelle commença aussi pour les établissements de bienfaisance, et les libéralités faites aux pauvres quadruplèrent dans le même espace de temps, car elles s'élevèrent à la somme de 51 millions! C'est ce qui forme la seconde période, 1815 à 1829. Cette tendance à la charité s'est encore accrue dans la troisième période, 1830 à 1845; de 51 millions, les ons et legs faits aux pauvres ont été portés à 56 millions!

Il est bon de remarquer, ainsi que le fait M. de Watteville, que la somme de 122 millions donnés aux pauvres dans l'espace de quarante-cinq ans est le chiffre officiel, c'est-à-dire le montant des donations faites avec l'autorisation du gouvernement. A quelles sommes peuvent s'élever les libéralités faites de la main à la main aux établissements particuliers? On l'ignore; mais il n'y aurait certainement pas d'exagération à décupler cette somme. Il existe, à Paris seulement, plus de cent vingt sociétés qui ont organisé diverses œuvres de bienfaisance, dont les budgets s'élèvent chaque année à des sommes considérables. Lyon, Lille, Marseille suivent ce noble exemple; et il faut reconnaître que jamais, à aucune époque, on ne s'est occupé des classes souffrantes avec plus d'intelligence et de charité. Crèches, salles d'asile, écoles gratuites, colonies agricoles, écoles d'apprentissage, ouvroirs, maisons de refuge, maisons de retraite, on a tout mis en œuvre pour soulager la misère et pour adoucir les maux qu'elle traîne à sa suite.

M. de Watteville fait ensuite un historique du droit des pauvres sur les spectacles, puis il dresse la statistique des œuvres de bienfaisance créées à Paris seulement et soutenues par la charité privée, et qui par conséquent ne font point partie des hôpitaux et hospices ni des bureaux de bienfaisance. Ces œuvres sont au nombre de quarante-huit et s'adressent à tous les genres d'infortunes, depuis la mère honnête et pauvre qui n'a pas de quoi vêtir son enfant nouveau-né, jusqu'au malfaiteur à qui l'on donne tous les moyens de revenir au bien. Celles de ces sociétés dont le budget est connu, et qui sont au nombre de trente, ont dépensé en 1845 une somme de 880,000 francs.

M. de Watteville termine son intéressant opuscule en rapportant le texte du testament de Montyon, dont tout le monde a entendu parler, mais dont très peu de personnes connaissent le dispositif précis. Nous croyons que la lecture de ce testament intéressera nos lecteurs.

Par son testament olographe, en date du 12 novembre 1819, M. Antoine-Jean-Baptiste-Robert Auget, baron de Montyon, disposa de toute sa fortune de la manière suivante :

« Le legs universel à mademoiselle Robertine de Balivière, filleule du testateur, à la charge d'acquitter ses dettes et tous ses legs.

» Ce legs devait être de 60,000 francs au moins, et pouvait s'accroître de toute la fortune qui se trouvait libre et disponible par delà lesdits 60,000 francs, après l'acquittement de tous les legs.

» Deux legs de 10,000 francs chacun à l'Académie des sciences, pour des découvertes utiles.

» Deux legs également de 10,000 francs chacun, pour récompenser des actions vertueuses.

» Enfin, douze legs de 10,000 francs chacun aux bureaux de bienfaisance de Paris, pour être distribués en gratification ou secours aux pauvres sortant des hôpitaux et ayant le plus besoin de secours.

» Ces legs, ainsi que ceux faits aux académies, devaient être doublés, triplés, quadruplés, si la réserve pour le legs universel le permettait, et enfin accrus et multipliés indéfiniment, tant qu'elle le permettrait.

» Leur montant devait être placé en rentes sur l'Etat. »

M. de Montyon étant décédé le 20 décembre 1820, une transaction intervint entre mademoiselle de Balivière, l'administration des hospices et les Académies; et, à part le legs de mademoiselle de Balivière, la succession de M. de Montyon fut partagée ainsi qu'il suit :

Académie des sciences, 1/8;
Académie française, 1/8;
Administration des hospices, 6/8.

Ce qui, en espèces, donne le résultat suivant :

Académie des sciences	807,937 fr.	65 c.
Académie française	807,937	65
Administration des hospices	4,859,220	01

Cette dernière somme, placée en rentes sur l'Etat, suivant la volonté du testateur, donne un revenu net de 283,537 francs par an.

dans ce but il construisit une pile à auges de 22 couples, de dix centimètres de côté, susceptible de donner beaucoup d'élasticité, quatre aiguilles en acier de deux pouces à deux pouces et demi de long et d'une ligne de diamètre, recouvertes, depuis deux lignes de leur extrémité supérieure jusqu'à une ligne de la pointe, d'une couche de mastic isolant, avaient été préparées d'avance.

L'opération fut pratiquée en présence de six confrères, dont l'un exerçait une demi-compression sur la sous-clavière un peu au-dessus de la tumeur; la malade fut d'abord éthérisée; lorsque l'insensibilité fut complète, M. Abeille implanta les quatre aiguilles dans le sac jusqu'à la profondeur de trois quarts de pouce environ sans chercher à faire entre-croiser les pointes. Un défaut de résistance et une certaine liberté de mouvement dans l'extrémité inférieure des aiguilles lui firent juger qu'il était arrivé dans l'intérieur du sac.

Les pôles de la pile furent mis en contact avec chaque paire d'aiguilles alternativement, de manière à ne durer que cinq minutes par paire. Pendant une minute, la malade resta tranquille; mais bientôt elle éprouva des mouvements convulsifs de tout le corps, poussa des cris aigus et des vociférations incessantes. Il ne fallut rien moins que la force de quatre des médecins présents pour contenir la malade. Le bras du côté malade surtout était le siége de secousses telles que la force de deux personnes pouvait à peine le contenir.

Bientôt l'on s'aperçut que la tumeur durcissait, qu'elle devenait plus tendue et plus résistante, que les battements disparaissaient et que le pouls était à peine perceptible dans l'artère radiale. Après trente-sept minutes des souffrances les plus vives que puisse causer une opération chirurgicale, la tumeur paraissant uniformément dure et sans pulsation, M. Abeille se décida à retirer les aiguilles; deux sortirent facilement, mais les deux autres nécessitèrent quelques efforts de rotation et quelques gouttes de sang sortirent par les piqûres; la peau était légèrement escharifiée autour de ces deux petites places. En ce moment l'oreille, appliquée sur la tumeur, ne percevait plus ce bruit de râpe dont elle était le siége avant l'opération.

Une pelotte sur laquelle on plaça un poids d'un kilogramme fut portée sur l'artère sous-clavière au-dessus de la tumeur, et des compresses imbibées d'eau froide furent placées sur celle-ci; la compression ne fut exercée que pendant dix heures.

Le lendemain, 11 février, il fallut entourer le bras de sachets de sable chaud; le membre était froid, engourdi; le mouvement des doigts était impossible; les battements avaient disparu dans l'artère brachiale et dans les branches qu'elle soutient.

La nuit du 11 au 12 fut calme, et les compresses d'eau froide furent remplacées par une compresse cératée.

Le 13, le pouls radial commence à reparaître; la tumeur était ovalaire, très dure, non dépressible. Deux saignées furent pratiquées ce jour-là et le lendemain, pour remédier à une céphalalgie violente accompagnée de fièvre; la chaleur se rétablissait dans le membre. Le quatrième jour les escharres se détachaient; elles étaient superficielles. On aperçut un commencement de diminution dans la tumeur; cette diminution suivit une marche progressive jusqu'au 20 mai, trente-septième jour de l'opération.

A cette date, il n'existait plus aucune saillie à la peau, seulement une forte pression faisait sentir profondément un corps aplati, ovalaire, ayant de l'analogie avec une plaque métallique. Ce corps était le siége d'une vibration que lui imprimait l'artère dans le sens de sa continuité. Trois mois après, l'artère paraissait avoir acquis un peu d'ampliation au-dessus de la tumeur, et l'on percevait facilement trois troncs artériels secondaires partant de ce point, que M. Abeille croit être la vertébrale, la thyroïdienne inférieure et la scapulaire supérieure; troncs qu'on n'avait jamais aperçus avant l'opération.

Pendant trois ans la cure ne s'est pas démentie; le pouls radial gauche s'est développé; mais il est toujours moins fort que du côté droit.

Avant de se déterminer à pratiquer cette opération, M. Abeille avait fait une série d'expériences sur des animaux vivants. Une fois, il avait pratiqué l'électro-puncture sur des chiens et sur un mouton. Constamment, il avait obtenu un caillot formant l'office d'un bouchon et s'étendant jusqu'à la première collatérale, bouchant tellement l'artère, qu'un stylet ne pouvait le traverser.

Une section faite à ce bouchon sur sa partie moyenne démontrait qu'il adhérait fortement aux parois artérielles, et était formé d'une série de couches concentriques, circulaires et intimement unies les unes aux autres. Dans les premiers jours, ces couches étaient rouges, et présentaient d'autant moins de consistance que l'on s'éloignait davantage du point central. Lorsque l'animal n'était sacrifié que le septième ou le huitième jour, le caillot était complétement décoloré; au centre seulement existait un point rosé, qui, d'après M. Abeille, indiquait que la décoloration s'opère de la circonférence au centre.

L'auteur réfute l'opinion de ceux qui pensent que l'électricité *rôtit* le sang, attendu, dit-il, qu'un morceau de sang cuit ne pourrait plus reprendre cette consistance et cet aspect fibrino-plastique qu'on trouve dans le bouchon, et qu'en outre un caillot de sang cuit serait emporté par le torrent circulatoire. Il n'admet pas non plus que l'inflammation déterminée dans les parois du vaisseau par l'électricité puisse produire assez promptement un caillot pour anéantir instantanément la circulation, comme cela a lieu dans l'électro-puncture. D'après lui, c'est la coagulation du sang par l'électricité qui forme le caillot, et non l'inflammation des parois artérielles. Cette coagulation est instantanée, et s'oppose immédiatement au passage du sang poussé par le cœur.

D'après M. Abeille, l'électro-puncture cause des douleurs tellement vives, qu'elles ne peuvent être comparées à celles produites par toute autre opération, et qu'elles en rendent l'application très difficile. Il pense que, dans tous les cas où la ligature peut être employée, elle doit être préférée à un moyen aussi douloureux. Voici, du reste, ses conclusions à ce sujet: les dangers de l'électro-puncture, les accidents qu'elle peut susciter équivalent, s'ils ne dépassent pas, ceux de la ligature. Hémorrhagie en cas que l'opération ne réussisse pas; cautérisation de la peau et des parois du sac, si l'on ne prend pas bien ses précautions; inflammation, suppuration de celui-ci et hémorrhagies consécutives graves; douleurs plus intenses que celles que peut causer l'opération de la ligature, tels sont les motifs qui, d'après M. Abeille, doivent faire préférer la ligature toutes les fois qu'elle peut être pratiquée. Il ne propose l'électro-puncture que pour les anévrismes qui ne sont pas accessibles à la ligature, ou pour ceux qui, pouvant être opérés, font reculer les opérateurs les plus habiles à cause du petit nombre de succès obtenus comparativement au grand nombre d'opérations pratiquées.

L'observation dont je viens de rendre compte est la plus importante de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, en ce sens que le succès a été obtenu sur le vaisseau le plus considérable de tous ceux qui ont été oblitérés par l'électro-puncture. Comme l'auteur de l'observation, votre commission eût été heureuse de connaître les moyens de communication par lesquels la nature a conservé les battements des artères du bras et de l'avant-bras.

C'est en 1838 que M. Pravaz émit l'idée de provoquer la coagulation du sang dans les anévrismes par l'électricité, au moyen d'aiguilles plongées dans la tumeur.

En 1838, MM. Liston et Philips employèrent ce moyen dans deux cas d'anévrisme de la carotide sans succès. A la suite de cette opération, M. Liston fut obligé de lier le vaisseau sur lequel il avait employé ce moyen. Le malade de M. Philips succomba avant que la ligature pût être pratiquée.

Dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, en 1838, M. Girard cite l'observation d'une tumeur anévrismale du volume des deux poings, située à la partie inférieure de la cuisse gauche, traitée sans succès par l'électro-puncture, au moyen de cinquante aiguilles introduites dans le sac, dont on cherchait à entrecroiser les pointes. On fut obligé de lier l'artère crurale, attendu que chaque piqûre donnait issue à un petit jet de sang rouge et vermeil.

M. Pétrequin employa l'électro-puncture contre un anévrisme de l'artère ophthalmique que la ligature de la carotide n'avait modifié que momentanément; le résultat paraissait favorable, lorsque le malade succomba en deux jours à une fièvre grave. Dans les mains du même chirurgien, l'électro-puncture appliquée à un anévrisme de l'artère temporale a été suivie de succès; dans trois cas d'anévrisme de l'artère brachiale au pli du coude par suite de saignées, l'électro-puncture appliquée par M. Pétrequin a été suivie une fois de succès complet. Dans un second cas, les piqûres des aiguilles présentèrent autant de petits points sphacélés par lesquels s'écoulait un pus noirâtre, et d'où la pression faisait sortir des noyaux brunâtres, débris de coagulation sanguine; cependant, au bout de douze jours, il ne restait plus de traces d'anévrisme, et la circulation était rétablie dans les artères radiale et cubitale. Dans le troisième cas, l'électro-puncture n'eut aucun succès. Le même chirurgien cite encore la guérison, en un mois de temps, d'un anévrisme spontané du volume du poing, siégeant à l'artère poplitée.

L'électro-puncture, employée par notre honorable collègue M. Velpeau dans un anévrisme de l'artère poplitée, fut suivie de la rupture du sac par suite de la suppuration des piqûres faites par les aiguilles, accidents qui nécessitèrent la ligature de l'artère crurale.

Les chirurgiens italiens ont également employé l'électro-puncture; quelques succès ont été obtenus; dans le plus grand nombre des cas, il y a eu inflammation, suppuration, gangrène du sac anévrismal, accidents qui ont nécessité, dans quelques circonstances, la ligature de l'artère sur laquelle l'électro-puncture avait été appliquée. Dans quelques cas, enfin, cette opération n'a modifié en rien la maladie pour laquelle elle avait été employée.

D'après les résultats des faits d'électro-puncture appliquée à l'oblitération des anévrismes connus jusqu'à ce jour, votre commission pense que cette médication ne peut entrer en parallèle avec la ligature que dans les anévrismes siégeant dans des vaisseaux qui ne peuvent pas être liés; il serait au moins imprudent d'employer un moyen capable de déterminer les accidents graves qui, dans un grand nombre de cas, ont été la conséquence de son application.

Néanmoins, l'observation de M. Abeille est intéressante; les réflexions qui la suivent prouvent que l'auteur est un observateur judicieux, qui sait prendre une détermination grave dans un cas qu'il croit désespéré, et tout en connaissant les accidents et les dangers auxquels il expose son malade.

Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous proposer d'envoyer le travail de M. Abeille au comité de publication, de lui adresser des remercîments pour sa communication, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats aux places de correspondants nationaux.

Après quelques observations de MM. Velpeau, Robert, Moreau et Laugier, l'Académie décide qu'on supprimera des conclusions la phrase qui semble condamner l'électro-puncture, et qu'on se bornera à dire que cette méthode ne peut encore être jugée et qu'elle demande à être expérimentée de nouveau.

Affection singulière du nez.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, fait une présentation que son extrême importance nous engage à publier textuellement, accompagnée d'un dessin; nous sommes donc obligé de retarder de quelques jours cette publication.

Transposition des viscères. — Vice de conformation et lésions pathologiques du cœur.

M. le docteur Lucien Boyer présente le cœur et les poumons d'un enfant mort à l'âge de deux mois.

Depuis sa naissance, cet enfant avait offert des phénomènes qui avaient fait supposer à M. le docteur Buet, médecin de la famille, la persistance du trou de Botal.

Ces phénomènes étaient: 1° une teinte bleuâtre constante des lèvres, des narines et des paupières; 2° des accès fréquents de dyspnée convulsive s'accompagnant de cyanose générale, alternant avec des moments de tranquillité pendant lesquels l'enfant pouvait respirer et teter sans difficulté.

Huit jours avant sa mort, des phénomènes fébriles se déclarèrent, accompagnés d'une toux fréquente et d'une cyanose plus intense et dès lors continue.

La mort ayant eu lieu le 6 avril 1850, l'autopsie fut faite le 7 par MM. Buet, Galipeau, médecin à Clamart, près Paris, et Lucien Boyer.

Les faits anatomiques constatés par l'autopsie peuvent se rapporter à trois chefs:

1° *Variétés anatomiques;*
2° *Vices de conformation;*
3° *Lésions pathologiques.*

C'est dans cet ordre qu'il convient d'en faire l'exposition.

1° Il existe une transposition de viscères. Le cœur est à droite; cependant la crosse de l'aorte suit sa courbure naturelle de droite à gauche; le tronc brachio-céphalique paraît seulement situé un peu plus en avant qu'à l'état normal. Viennent ensuite dans l'ordre ordinaire l'artère carotide et l'artère sous-clavière gauches.

Comme conséquence de la transposition du cœur, il y a transposition des deux poumons, c'est-à-dire que le poumon droit n'offre que deux lobes et que le poumon gauche en présente trois.

Le foie occupe en entier l'hypochondre gauche; la rate est à droite. Les deux orifices de l'estomac occupent leur position normale; mais ce viscère est tout entier logé dans l'hypochondre droit, ayant sa convexité à droite, sa concavité à gauche. A partir de l'orifice pylorique, le tube digestif reprend sa direction normale; le duodénum se porte de droite à gauche le cœcum est à droite, le colon descendant et le rectum à gauche.

2° Le cœur en totalité paraît hypertrophié.

L'oreillette qui reçoit les veines-caves est très dilatée, située à gauche et en arrière, occupant presque seule toute la base du cœur.

L'oreillette qui reçoit les veines pulmonaires, très petite, entièrement réfugiée dans son appendice, située à droite.

Ces deux oreillettes communiquent l'une avec l'autre par une fente allongée, recouverte par une membrane musculaire flottante que l'on peut soulever sans aucun déchirement (persistance du trou de Botal diagnostiquée pendant la vie).

Un grand ventricule large, hypertrophié, situé à gauche; un ventricule très petit situé à droite, communiquant avec le précédent par une ouverture d'un centimètre de long située entre deux colonnes charnues à la partie supérieure de la cloison, de telle sorte qu'il semble n'être qu'un appendice ou un accessoire du premier.

L'artère-aorte s'ouvre immédiatement au-dessus de cette fente de communication, de façon qu'un stylet introduit par elle tombe indifféremment dans l'un ou l'autre ventricule; mais l'artère pulmonaire s'ouvre évidemment dans la cavité droite à côté de cette communication, dont elle est séparée par le pilier charnu qui la circonscrit antérieurement.

Une grande ouverture auriculo-ventriculaire garnie d'une valvule normale fait communiquer la grande oreillette avec le grand ventricule; mais il est impossible de découvrir aucune ouverture allant de la petite oreillette au petit ventricule.

Si donc on résume ce qui est relatif à la disposition des éléments du cœur, on trouve qu'il y a: A. transposition et communication des deux oreillettes; B. communication sans transposition des deux ventricules; C. et que le système des oreillettes ne communique avec celui des ventricules que par une seule ouverture allant de l'oreillette des veines-caves au ventricule aortique, ou, pour parler le langage ordinaire, en ne tenant pas compte de la transposition de l'oreillette droite au ventricule gauche.

Cela se réduit donc, pour le mécanisme de la circulation, à un cœur unique, puisque le sang artériel et le sang veineux se mélangeaient et dans les oreillettes et dans les ventricules, et aussi au passage à travers le seul orifice qui les transmettaient des premiers aux seconds.

Le canal artériel naît de la branche pulmonaire gauche, et se porte à la concavité de la crosse de l'aorte dans le point correspondant à l'intervalle des insertions du tronc brachio-céphalique et de la carotide gauche; il est petit et oblitéré dans un tiers de sa longueur, près de l'aorte; l'autre extrémité contient encore un peu de sang liquide.

3° Un épanchement pleurétique purulent enveloppe tout le poumon droit; son lobe inférieur est dur, noirâtre, lourd, laisse écouler à l'incision un sang épais, visqueux, et quelques gouttes de pus par les extrémités des rameaux bronchiques divisés.

Le lobe supérieur est aplati, à peine crépitant.

Le lobe inférieur du côté gauche est affecté, mais à un moindre degré que celui du côté droit; il est plutôt engoué que véritablement hépatisé; les deux lobes supérieur et moyen sont crépitants.

Le foie est volumineux et gorgé d'une grande quantité de sang épais et visqueux, noir.

La rate est pâle et petite, les intestins à l'état normal.

Le cerveau n'a pas été ouvert.

Cette autopsie, pour être complète, aurait nécessité beaucoup d'autres recherches qui n'ont pas été possibles à la campagne et dans le peu de temps dont on pouvait disposer avant l'inhumation. Telle qu'elle est, cependant, elle pourrait donner lieu à des considérations étendues que ne comportent pas les limites d'une communication verbale faite à la fin d'une séance.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Pression atmosphérique sur la circulation pulmonaire.

Nous recevons de notre savant confrère M. le docteur Pravaz l'intéressante lettre qui suit, et qui est relative à la communication qu'il a faite récemment à l'Académie.

Monsieur,

Dans le compte-rendu de la séance de l'Académie nationale de Médecine du 19 mars dernier, vous avez fait suivre le résumé du mémoire que j'ai lu devant cette compagnie savante de plusieurs remarques, par lesquelles M. le docteur Rochoux prétend renverser complétement mes opinions sur l'influence mécanique de la pression de l'atmosphère à l'égard de diverses fonctions.

Si le spirituel académicien eût été moins impatient d'improviser une discussion sur des points de physique qu'il ne me paraît pas avoir suffisamment étudiés, il eût pu reconnaître, à la simple lecture du prochain Bulletin de l'Académie, que j'étais allé au-devant de la plupart des objections qu'il m'oppose.

Je pourrais donc me dispenser de lui répondre; mais, comme les

concessions qu'il me fait et les contradictions dans lesquelles il est tombé à son insu corroborent les conclusions que j'ai formulées à la fin de mon travail, permettez-moi de m'en emparer pour donner à cette polémique une solution plus décisive.

Les chefs principaux de la controverse élevée entre M. Rochoux et moi se réduisent aux propositions suivantes, que j'ai combattues et qu'il soutient :

1° Le poumon est *entièrement passif* dans les mouvements alternatifs d'expansion et de resserrement qui constituent le mécanisme de la respiration;

2° Les variations de la pression atmosphérique ne peuvent exercer aucune influence sur le développement des organes respiratoires;

3° Si l'endosmose de l'oxygène devient plus active dans l'air condensé, c'est parce qu'une plus grande quantité de ce gaz est présentée à l'absortion sur une surface donnée.

4° La pression de l'atmosphère n'est point, comme on l'a cru d'après les expériences de M. Barry et autres physiologistes, un auxiliaire des moteurs de la circulation veineuse.

Je vais examiner successivement et aussi brièvement que possible ces diverses assertions.

Pour démontrer la première, M. Rochoux conteste d'abord l'un des éléments dont se compose, à mon avis, la réaction du tissu pulmonaire contre la pression atmosphérique interne; savoir, l'effet de la contraction des fibres musculaires qui environnent les divisions bronchiques; en supposant, dit-il, que ces fibres déterminent un resserrement des canaux aériens, ce resserrement ne pouvait exercer *aucune action sur l'entrée et la sortie de l'air, puisqu'il le pousserait aussi bien vers les vésicules que vers l'ouverture toujours béante de la glotte.* Ce qui revient à dire qu'en comprimant une vessie pleine d'air et percée d'une ouverture, on ne parviendrait pas à la vider à cause de l'égalité des pressions qu'elle supporterait en tous les points de sa surface interne. Un semblable paradoxe mécanique n'exige pas de refutation, et jusqu'à ce que M. Rochoux ait assigné une autre fonction aux fibres musculaires plastiques qui embrassent les canaux bronchiques, je persisterai à croire avec Eberhard (1), qu'elles sont antagonistes des muscles inspirateurs de la poitrine, et qu'elles réagissent contre la pression atmosphérique interne, concurremment avec l'élasticité du tissu pour favoriser et compléter l'expiration.

D'après cette opinion, on ne s'étonnera point que je considère comme susceptible de variations en plus et en moins la réaction du poumon contre l'effort qu'il supporte à l'intérieur par l'effet de la pression atmosphérique, et que l'asthme spasmodique m'ait paru le résultat *probable* d'une exagération morbide de la contractibilité musculaire des bronches, tandis que l'asthme emphysémateux serait au contraire produit par une paralysie ou un affaiblissement des muscles bronchiaux. Je n'entends point développer ici cette double étiologie de certaines dyspnées, je me bornerai à dire que les expériences de M. Longet sur les résultats de la section des muscles pneumo-gastriques lui donnent un degré de valeur que le scepticisme de M. Rochoux ne saurait infirmer.

A la seconde assertion de cet honorable confrère, il suffirait peut-être d'opposer l'opinion que Haller a exprimée en ces termes sur la facilité plus grande avec laquelle le mécanisme de la respiration s'exécute dans l'air comprimé.

« *Diutius in aere densiore quam in rariore persistimus, ille*
» *namque facilius et sua sponte pulmones intrat et eos distendit*;
» *hic contra reniœum bronchiarum aerisque adhuc hærentis et*
» *calefacti superare non valet.* »

Mais l'erreur que M. Rochoux partage avec d'autres physiologistes ressortira mieux des conséquences rigoureuses que je vais déduire de sa propre théorie sur le phénomène de l'inspiration.

Après avoir avancé que l'air qui pénètre par la glotte fait équilibre à celui qui environne extérieurement la poitrine, il contredit aussitôt cette assertion sans s'en douter, en supposant que 1/10 de la pression interne est d'abord dépensé à vaincre l'élasticité des bronches; d'où il résulterait que les 9/10 seulement de cette pression viennent en aide à l'effort des muscles inspirateurs contre la pression externe.

On voit donc que M. Rochoux reconnaît implicitement ce que j'ai formellement exprimé, savoir : que les deux pressions, interne et externe, quoique d'une puissance egale, ne se font pas équilibre, parce qu'elles ne sont pas *immédiatement* opposées. L'effet de l'une peut être considérablement réduit ou même annulé avant d'entrer en *antagonisme* avec celui de l'autre. Dans l'hypothèse de M. Rochoux, cette lutte serait supprimée si la réaction du poumon augmentait des 9/10, ou si la densité de l'air diminuait dans la même proportion; le développement simultané de la cavité thoracique et des cellules aériennes, ou l'*inspiration* deviendrait alors impossible, et cependant le rapport entre les deux pressions, interne et externe, n'aurait pas changé; mais en limitant à 1/10 de la pression atmosphérique la réaction du poumon, M. Rochoux a fait une supposition non-seulement arbitraire, mais encore erronée : car cette force, au lieu d'être constante, est essentiellement variable de sa nature, comme celle d'un ressort qui résiste d'autant plus qu'on le tend davantage. Ainsi, à mesure que le développement du poumon se rapproche de sa limite naturelle, l'élasticité de cet organe s'accroît et finit par balancer la pression atmosphérique interne.

(1) *De musculis bronchialibus.*

Théoriquement, j'étais donc déjà autorisé à conclure que, dans l'air condensé, le champ de la respiration doit acquérir plus d'étendue, puisqu'un surcroît de force vient alors lutter contre la résistance par laquelle la réaction du poumon borne l'ampliation de cet organe, et consécutivement celle de la cavité thoracique. Je ne rappellerai pas ici l'*expérience* par laquelle j'ai confirmé dans mon mémoire *ce fait* déjà avancé par Haller. En la répétant lui-même, M. Rochoux pourra se convaincre que je n'ai pas adopté légèrement l'opinion du plus grand physiologiste du dix-huitième siècle.

En niant que le développement du poumon puisse être en aucun cas subordonné à la pression atmosphérique, M. Rochoux « veut
» bien convenir que le degré de cette pression influe sur l'hématose,
» pourvu que l'on convienne en même temps que c'est en présen-
» tant au phénomène physico-chimique de l'endosmose une quantité
» plus ou moins considérable de substance gazeuse pour une même
» surface. »

Je ne demanderais pas mieux que de lui faire cette concession, si les expériences de Lavoisier, répétées tout récemment par MM. Regnault et Reiset n'avaient prouvé que la respiration des animaux dans une atmosphère fortement chargée d'oxygène ne présente rien de particulier, et que la quantité de ce gaz absorbé n'est pas plus grande que dans l'air normal. En présence d'un fait semblable, affirmé par de tels observateurs, j'ai dû chercher dans une autre circonstance que le rapprochement des molécules d'oxygène l'explication de l'activité imprimée à l'hématose par la condensation de l'air, et je pense l'avoir trouvée dans l'observation de M. Biot, qui a constaté que la quantité en *poids* des gaz dissous dans un liquide croît avec la pression que ces gaz supportent.

J'arrive à la dernière assertion de M. Rochoux sur l'interprétation erronée qui aurait été donnée, suivant lui, aux expériences de M. Barry. En contestant la conséquence naturelle de ces expériences ou l'intervention de la pression atmosphérique, comme auxiliaire de la circulation veineuse, il aurait dû nous dire du moins celles qui en découlent à son avis; mais il a préféré nous exposer sa théorie du mouvement du sang dans les trois ordres de vaisseaux que ce fluide parcourt. Cette théorie est certainement d'une grande simplicité, c'est peut-être pour cela qu'elle a peu de chances d'être adoptée par les physiologistes qui ont étudié sérieusement la question.

Assimiler l'ensemble de l'arbre artériel, du réseau capillaire et des veines à un canal unique *en caoutchouc faisant cercle*, est sans doute une idée très originale, mais fort contestable en hydraulique. Je ne la discuterai point; je ferai observer seulement à M. Rochoux que ce n'est pas une simple machine d'impulsion *à tergo* qui est placée entre le système artériel et le système veineux, mais bien un appareil tout à fait comparable à une double pompe aspirante et foulante.

Or, toutes les fois que je rencontre dans l'économie animale un *organe mécanique* dont le jeu est parfaitement *défini* et *univoque*, j'ai la faiblesse de le regarder comme une cause *finale* présidant à une fonction déterminée nécessairement par les conditions mêmes de ce jeu. Cela posé, j'étais *rationnellement* autorisé à dire que la pression atmosphérique, *élément essentiel* du phénomène d'aspiration, devait faire varier l'intensité de ce phénomène par son accroissement ou sa diminution, et, par suite, aider plus ou moins le retour du sang veineux vers le centre de la circulation.

Un savant confrère, M. Poiseuille, qui admet l'action aspirante du cœur droit et de la cavité thoracique, pense que l'appel du sang déterminé par cette action ne s'étend pas jusqu'au système capillaire, parce qu'en observant au microscope la circulation chez de petits mammifères soumis à une pression de plusieurs atmosphères, il n'a pu reconnaître d'accélération dans le cours des globules.

Je ne ferai point à un observateur aussi exact et aussi judicieux l'objection qui a été adressée tant de fois aux micrographes sur les illusions auxquelles ils sont exposés; mais en acceptant comme certaine son assertion, je dis qu'elle peut se concilier parfaitement avec ce qu'une expérience souvent répétée m'a contraint d'admettre sur l'effet du *bain d'air comprimé* pour dissiper certaines congestions du réseau capillaire et les engorgements des viscères abdominaux produits par la stase du sang dans le système de la *veine-porte.* En effet, un des résultats immédiats de l'accroissement de la pression atmosphérique, dans la plupart des cas, est le ralentissement de la circulation *artérielle*, ralentissement qui a été constaté par M. Tabarié ainsi que par moi. La vitesse *absolue* du cours du sang dans le système vasculaire *tout entier*, dont les parties sont solidaires à cet égard, doit donc diminuer sous l'influence de la condensation de l'air; mais si les globules, arrivés au système capillaire, paraissent y conserver leur mouvement *normal*, on est obligé de conclure que leur vitesse *relative* s'est accrue dans ce système : ce qui suffit à expliquer comment les congestions chroniques dont quelques organes deviennent plus particulièrement le siége peuvent être dissipées, lorsqu'un des auxiliaires de la circulation *rétrograde* est élevé à une plus haute puissance, en même temps qu'un effet de sédation est produit sur le moteur de l'impulsion *à tergo*.

Ce n'est point spontanément et *à priori* que j'ai étudié l'influence mécanique de la pression de l'atmosphère sur l'exercice de certaines fonctions; j'ai été conduit à cette étude par des résultats thérapeutiques dont la raison d'être est demeurée pour moi longtemps incertaine, et ne m'est devenue évidente qu'à la suite d'un examen approfondi des diverses théories émises sur la respiration et la circulation.

C'est un nouvel exemple de ce que l'induction *à sedentibus et curantibus* peut quelquefois jeter de lumières sur des points de physiologie encore obscurs ou contestés.

Je maintiens donc contre M. Rochoux toutes les conclusions de mon mémoire, qui se réduit, au fond, à confirmer et étendre des idées émises antérieurement ou adoptées par Haller, MM. Barry, Bérard, Gerdy, Chassaignac, etc., et me déclare prêt à répondre aux objections qu'elles pourraient encore soulever d'autre part.

Ch. PRAVAZ, D.-M.-P.

Lyon, le 2 avril 1850.

NOUVELLES.

Par arrêté du président de la République en date du 6 avril 1850, M. Ormières, médecin civil à Saint-Denis (île de la Réunion), est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le bruit a couru, et plusieurs organes de la presse ont annoncé qu'une place de médecin du dispensaire de la Préfecture de police allait être mise au concours. Ce bruit n'a rien de fondé. Il y a plusieurs jours déjà qu'il a été pourvu à cette vacance par la nomination de M. le docteur Filbos, médecin adjoint de la Conciergerie.

— La Société de Médecine d'Alger, qui compte déjà plus de trois années d'existence, et qui a publié plusieurs travaux importants, vient de constituer ainsi qu'il suit son bureau pour 1850 :

MM. les docteurs Negrin, président; Dru, premier vice-président; Romana, deuxième, vice-président; Agnely, secrétaire général; Siviale, secrétaire archiviste; Wolters, trésorier.

MM. Foley, Bertherand et Dupail, pharmacien, membres du comité de publication.

— Voici, d'après le *Moniteur Algérien*, le comparaison des ravages faits en France et en Algérie par le choléra de 1849 :

La France, sur trente-six millions d'habitants, a perdu 85,000 personnes. — 1 sur 449;

L'Algérie, sur 183,000 Européens, a perdu 8,000 personnes. — 1 sur 23.

A partir du 15 avril courant, les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux* seront transférés rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 13 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 45.

Bureaux, rue Neuve-de-l'Université, 10, PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine: LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne A PARIS AU BUREAU DU JOURNAL, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries, et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS. . . .	24 FR.	— 13 FR	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS .	26 FR.	— 14 FR	— 8 FR.
ÉTRANGER. . .	30 FR.	— 16 FR	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Angine de poitrine. Mort rapide. — M. le professeur Rostan nous a fait observer ces jours derniers un fait aussi important au point de vue du pronostic qu'il est fâcheux pour l'art au point de vue de la thérapeutique.

Un homme d'une quarantaine d'années, exerçant la profession de maçon, entra à l'Hôtel-Dieu dans la soirée du 5 avril. Le malade, qui n'avait jamais éprouvé de rhumatisme, qui n'était point sujet à des douleurs habituelles ou intermittentes, se plaignait d'une douleur constrictive autour de la poitrine qui l'empêchait de respirer. L'origine de cette douleur remontait à six semaines, et le malade en avait déjà été traité à l'hôpital Saint-Louis par l'application de vésicatoires sur les parties douloureuses. La douleur diminua, mais elle se reproduisit bientôt après la sortie du malade de l'hôpital.

Ausculté dès le soir de son entrée par M. le docteur Frémy, chef de clinique de la Faculté, les organes respiratoires ne présentèrent rien d'anormal; les deux bruits du cœur étaient sourds et empâtés; il y avait une assez forte impulsion, mais pas de bruit anormal; point de fièvre; la douleur du thorax, que le malade disait exister dans toute la poitrine, principalement dans la partie inférieure, n'augmentait pas à la pression, même pratiquée sur les points habituellement douloureux des nerfs intercostaux. Cette douleur cessait ou au moins diminuait beaucoup par intervalles, et revenait ou s'exaspérait par accès; alors le malade tenait ses mains fermées et élevées à peu près au niveau de sa tête; il contractait les muscles des bras et des avant-bras, suspendait sa respiration et cherchait à rester dans une sorte d'immobilité active, les mouvements ayant pour résultat d'exaspérer beaucoup la douleur.

Le lendemain matin, à la visite de M. Rostan, le même état persistait; le malade de temps en temps se mettait dans l'attitude dont nous avons parlé, et suspendait sa respiration. Alors la face et les yeux s'injectaient au point de prendre quelquefois une couleur violacée, et de faire craindre un commencement d'asphyxie. Puis tous les muscles se détendaient; la respiration reprenait son cours naturel; le pouls était normal, la peau sans chaleur morbide, et la physionomie exprimait la santé. C'est au point qu'on put croire que le malade simulait des douleurs qu'il n'éprouvait point afin qu'on le gardât à l'hôpital. Une personne qui aurait suspendu volontairement sa respiration aussi longtemps que possible aurait en effet présenté exactement les mêmes phénomènes que le malade dont il s'agit. Néanmoins un purgatif et une potion calmante furent prescrits. Quelque temps après la visite le malade eut une selle très abondante; il alla à la garde-robe hors de la salle, puis il rentra se coucher, et quelque temps après il fut pris d'un de ces accès pendant lequel il expira.

A l'autopsie, on ne trouva qu'une injection veineuse considérable des poumons, du cerveau, et en général de tous les organes, comme dans l'asphyxie, et des incrustations osseuses en quantité assez considérable dans les artères coronaires et la crosse de l'aorte; celle-ci était également dilatée; mais il n'y avait aucune altération soit dans les dimensions, soit dans la texture des orifices cardiaques. Toutes les valvules étaient parfaitement suffisantes.

On ne peut guère douter, à voir la terminaison qu'a eue cette affection et les lésions trouvées à l'autopsie, qu'on n'ait eu affaire à une angine de poitrine. Il ne faut point se dissimuler cependant que la succession des phénomènes, leur mode de développement et leur intensité ont été notablement différents de ce qu'ils sont ordinairement dans l'angine de poitrine et de ceux que décrivent les auteurs. Ainsi, tandis que le début de l'angine de poitrine est habituellement brusque, très violent, tandis que l'accès, à son moment d'intensité la plus grande, provoque chez le malade l'expression de la plus vive douleur, ici la maladie a débuté d'une manière presque latente; les douleurs ont été peu vives, d'abord sans accès marqués, et enfin lorsque le malade est entré à l'Hôtel-Dieu, elles étaient encore assez modérées, au moins en apparence, et bien loin assurément de laisser entrevoir une issue aussi promptement funeste. A l'hôpital on a pu penser un instant que l'individu affecté de cette grave maladie simulait des douleurs qu'il n'éprouvait pas pour ne pas être renvoyé; en ville, on aurait certainement porté un pronostic très favorable dans des circonstances semblables. Dans l'un comme dans l'autre cas on aurait commis une erreur fâcheuse, sinon peut-être au point de vue du traitement, au moins au point de vue du pronostic. Or quoique le pronostic se borne à prévoir les événements sans chercher à les modifier, on se tromperait fort si l'on croyait que cette prévision soit sans importance dans la pratique. La justesse du pronostic, au contraire, est ce qui contribue le plus à établir l'autorité de la science, à inspirer la confiance dans le savoir du médecin, et enfin la prévision de l'issue d'une maladie est souvent d'une importance extrême pour les personnes qui entourent les malades. Sous tous ces points de vue donc, le fait qu'on vient de lire trouvera des applications utiles.

Nous aurions encore quelques réflexions à présenter sur les lésions du cœur et des vaisseaux trouvées à l'autopsie; mais elles nous entraîneraient trop loin. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Des menstruations précoces. — M. Paul Dubois a appelé tout récemment l'attention de ses nombreux élèves sur une malade nouvellement accouchée de son service, et qui présente cette circonstance fort rare dans nos climats d'avoir été réglée à neuf ans et demi. La précocité des règles, comme on le sait, est une des fonctions qui sont le plus influencées par le climat : personne n'ignore que les règles s'établissent à un âge d'autant moins avancé que le climat sous lequel vivent les jeunes filles est plus chaud. Cependant cette circonstance est loin d'être la seule qui agisse sur la menstruation, et c'est sur ce fait que M. Dubois a surtout insisté. Une des conditions qui ont la plus grande influence sur l'époque de l'apparition des règles, c'est la constitution même des organes : cette influence est mise hors de doute par cette considération que la précocité, comme l'apparition tardive des règles, est héréditaire; or, on sait combien l'hérédité influe sur la constitution intime, sur la conformation extérieure même des divers organes. Plusieurs fois, M. Dubois a vu les règles s'établir hâtivement ou tardivement à peu près à la même époque chez plusieurs personnes de la même famille.

Une autre circonstance qui agit le plus sur le développement de la menstruation, ce sont les conditions morales dans lesquelles vivent les jeunes filles. Ainsi, dans les villes et surtout dans les ateliers où les jeunes filles sont constamment en contact avec des individus d'un sexe différent, les règles se développent beaucoup plus tôt que dans les campagnes où existent des conditions contraires. Cette vérité est mise hors de doute par un fait très curieux que cite M. Dubois.

Dans une contrée méridionale de l'Asie où les lois autorisent et où les mœurs favorisent les mariages à un âge qui appartient encore à l'enfance, on voit les règles s'établir de très bonne heure; tandis que dans une autre contrée de l'Asie plus méridionale encore que la précédente et d'un climat plus chaud, mais où les mariages enfantins sont complétement prohibés, les règles se montrent à un âge moyen plus avancé.

Si l'on voulait insister sur l'application de ces faits aux mœurs, aux lois et aux règles hygiéniques qu'on doit s'efforcer de mettre en vigueur chez les divers peuples, il y aurait un beau mais trop long chapitre de physiologie à écrire. Mais les conséquences auxquelles on serait conduit n'échapperont à aucun médecin qui se donnera la peine de méditer sur ce sujet.

Otite. Rupture de la membrane du tympan. — La lecture de la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'otite interne conduit nécessairement à faire croire que la rupture de la membrane du tympan compromet *presque toujours* ou détruit entièrement l'audition. C'est là heureusement une des nombreuses erreurs que renferment encore les livres classiques. Nous avons pu jusqu'à ce jour voir un assez grand nombre de ruptures de la membrane du tympan, et nous sommes encore à observer un fait dans lequel cette rupture n'ait pas été accompagnée d'une cicatrisation et du rétablissement complet de l'ouïe. C'est un fait semblable que l'on peut actuellement observer au n° 20 de la salle des femmes dans le service de M. Cruveilhier. Une femme âgée de cinquante ans, veilleuse dans l'hôpital, a été prise sans cause connue, il y a dix-sept jours, d'une otite double; en quelques jours, les deux membranes du tympan se sont perforées et l'ouïe a été abolie; depuis sept jours, cette fonction a commencé à se rétablir, et aujourd'hui, quoique l'air passe encore à travers l'oreille interne des deux côtés, l'ouïe est déjà presque aussi délicate qu'avant le développement de la maladie; nul doute que d'ici à quelques jours, à quelques semaines au plus, la fonction auditive ne reprenne toute son intégrité.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur la myélite (suite et fin. Voir le n° du 4 avril) **et sur la méningite rachidienne.**

De la myélite.

Traitement. — Pour trouver les indications qui se rattachent à la curation de la myélite, il faut se rappeler que l'état inflammatoire est nettement caractérisé par les modifications de tissu de la membrane enveloppant la moelle de la pie-mère; il faut se rappeler que les inflammations se montrent au plus haut degré dans cette capsule quand elle ne fait que commencer dans le tissu propre du cordon rachidien, et le traitement devra porter son action sur le système vasculaire qui se rend à la moelle par l'intermédiaire de cette cap-

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Névrologie, ou Description et iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme; par MM. LUDOVIC HIRSCHFELD, D.-M., et J.-B. LÉVEILLÉ (1).

Découverte des causes des épidémies et des épizoooties; par M. PLASSE, médecin-vétérinaire à Niort.

Rien ne peut, en anatomie, remplacer la nature : le seul livre dans lequel on puisse étudier et apprendre complétement, c'est le cadavre, qui présente à l'observateur tout à la fois les formes, les dispositions de structure, les rapports, la coloration et la consistance réelles des organes et des tissus qui les composent. En vain essaierait-on, sur des dessins, des reliefs en cire ou en plâtre, sur des pièces naturelles même, sèches ou conservées dans des liquides particuliers, d'apprendre l'anatomie d'une manière satisfaisante. On échouerait sans aucun doute. Tout au plus parviendrait-on à acquérir une idée grossière et incomplète de la science ; mais on ne serait jamais un anatomiste. Si l'on prétendait donc remplacer le *sujet* par des imitations, produits des arts, du dessin, nous ne saurions trop nous élever contre une si funeste tendance, et nous proscririons de la façon la plus formelle et dessins et modèles anatomiques.

Mais si, en même temps que l'on fouille avec le scalpel les admirables et mystérieuses dispositions de cet ensemble qui constitue l'organisme humain, on veut, rentré dans le silence du cabinet, rappeler à sa mémoire ce que l'on a vu pendant les heures de travail de l'amphithéâtre, rien de plus utile alors que ces reproductions artificielles qui font, en un instant, repasser sous les yeux du travailleur ce qu'il est, avec tant de peine et de fatigue, parvenu à isoler de la masse, en apparence, mais en apparence seulement, si confuse qu'il a soumise à ses investigations. C'est ce point de vue qu'a envisagé l'auteur de la publication dont il s'agit ici; il n'a pas eu l'idée de prétendre enseigner aux élèves, à l'aide de planches, l'anatomie du système nerveux et des organes des sens; il n'a voulu que faciliter l'exercice de la mémoire en retraçant aussi fidèlement que possible les principales dissections relatives à l'histoire de ce système, aplanir les difficultés, obvier aux inconvénients qui peuvent résulter de mille causes, de la rareté des cadavres, de l'interruption forcée des travaux anatomiques pendant les saisons chaudes, etc.

Nous nous attendons bien à une objection, et qui n'est pas sans valeur. Etait-il véritablement besoin, à l'époque actuelle, d'un nouvel ouvrage d'anatomie du système nerveux? Comme texte et comme planches, n'a-t-on pas Arnold, Scarpa, Cloquet, Foville, Leuret, Longet, Cruveilhier et tant d'autres? Le livre et l'atlas de M. Hirschfeld ne seraient donc qu'une superfétation, et alors pourquoi les faire? Nous ne sommes pas ici pour être le panégyriste de M. Hirschfeld, mais cependant nous croyons pouvoir répondre à quelques-uns de ces reproches : que la plupart des ouvrages dont nous venons de parler ne sont que des descriptions partielles du système nerveux, que d'autres sont d'un prix trop élevé pour pouvoir se trouver entre les mains des élèves. Et enfin, l'auteur ne pourrait-il pas dire, après tout : qu'importe que mon livre ne comble pas une lacune! ne peut-on et ne doit-on travailler que pour faire absolument du nouveau? et si le livre est bon, le serait-il moins pour être le dixième que le premier?

C'est qu'en effet tout est là : le livre est-il bon? L'expérience prononcera. Disons un mot de la première livraison, que nous avons sous les yeux.

C'est par l'étude des enveloppes du système nerveux central que l'auteur débute. Ainsi, les deux premières planches ont pour objet de montrer la surface extérieure de la dure-mère rachidienne et sa continuité avec celle de la dure-mère crânienne contenant le centre nerveux médulto-encéphalique et tous les nerfs à leur origine. Une figure supplémentaire fait voir la surface interne de la dure-mère rachidienne isolée du canal osseux, ouverte dans toute sa longueur et vide. Trois autres sont consacrées à la dure-mère crânienne seule, envisagée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur avec ses cloisons, ses sinus, les trous de la base du crâne et les nerfs auxquels ces trous donnent passage. Puis viennent, dans une troisième série de planches, l'arachnoïde vertébro-crânienne, l'arachnoïde crânienne et la pie-mère.

Inutile de demander si les dessins sont exacts et les préparations bien faites. Quant aux préparations, il nous suffira de rappeler que l'auteur a été pendant plusieurs années le prosecteur de Bourgery, et que c'est d'après des pièces disséquées par lui qu'ont été tracées les planches du grand ouvrage iconographique qui a surtout fait la réputation de cet anatomiste, remarquable du reste à plus d'un titre. Et, à ce propos, n'oublions pas de dire que chaque planche est accompagnée, outre le texte descriptif, d'une indication sommaire, claire et précise, de la manière dont doit être faite la préparation de la pièce figurée.

Quant au dessin, le nom de M. Léveillé est un sûr garant de leur exactitude et de leur perfection. On sent revivre les moindres détails

(1) 1re livraison. Chez J.-B. Baillière.

sule : il faudra, en un mot, employer dès le principe la méthode antiphlogistique.

Les auteurs qui se sont occupés de cette maladie ont bien vu l'utilité de cette médication et les moyens de traitement qui s'y rattachent, car presque tous ont indiqué des moyens de diminuer la circulation dans les membranes qui entourent la moelle et dans la moelle elle-même. Les auteurs anglais, et surtout Duncan, ont fait pour l'application de ce traitement une distinction qui, si elle n'est pas entièrement fondée, est du moins assez utile. Ils supposent deux formes distinctes de la maladie : dans la première, il y a accident inflammatoire local de la capsule sans altération de la moelle; dans la seconde, outre cette inflammation de la capsule, il y a ramollissement coïncidant du tissu de la moelle : la première ne présente qu'un état congestionnel du cordon rachidien, la seconde un ramollissement apostémateux de ce cordon, qui tend à suppurer; dans le premier cas, la médication spoliative a toute chance de succès; mais, s'il y a ramollissement de la moelle, les chances de réussite ne sont plus les mêmes, car les fonctions plastiques ne peuvent pas ramener le cordon rachidien à son état primitif quand il a été préalablement altéré dans sa texture. Ces distinctions sont arbitraires, car il y a toujours inflammation de la moelle; cependant, il est en réalité plus facile de faire disparaître l'inflammation limitée à la capsule médullaire que l'inflammation qui se rattache au ramollissement du tissu de la moelle elle-même.

Pour diminuer l'activité de la circulation et favoriser ainsi la résolution de la phlogose, les émissions sanguines sont indiquées, mais toujours il faut les pratiquer avec mesure. La moelle est située au milieu d'une colonne osseuse contenant un système vasculaire très riche, surtout en veines, sur lequel la pesanteur atmosphérique n'a aucune action; aussi la congestion sanguine y disparaît-elle plus difficilement; ajoutons que ce tissu vasculaire est dans une position déclive, par rapport aux autres parties du corps, quand le malade est couché sur le dos, circonstance qui rend plus difficile la disparition de l'inflammation : aussi les émissions sanguines ne sont-elles pas très efficaces dans cette maladie : elles ne manquent cependant pas d'utilité chez les individus pléthoriques ayant un tempérament sanguin ou se trouvant sous l'influence d'un état général angiotonique qui rend les inflammations faciles là où elles peuvent être appelées. Nous ne croyons pas qu'il y ait dissidence entre le traitement des Anglais et celui que nous employons : quand la maladie est récente, quand l'état inflammatoire est modéré et logé seulement dans la capsule de la moelle, les émissions sanguines générales ou les émissions sanguines locales, qui se font au détriment de l'organe congestionné au moyen de sangsues ou de ventouses scarifiées sur le trajet de la colonne vertébrale, sont les meilleurs moyens à employer; mais quand la myélite est intense, que le tissu propre de la moelle s'altère, que la maladie dure depuis longtemps et que les fonctions plastiques interstitielles sont assez modifiées pour ne pas revenir à leur état physiologique avec facilité, si on ne pare qu'à l'état congestionnel de la moelle, on n'obtient guère d'efficacité de son traitement; aussi ne faut-il pas compter sur les émissions sanguines pour un résultat définitif; on ne fait par elles que préparer l'efficacité de moyens plus énergiques.

On voit préconiser dans les auteurs l'application de vésicatoires, de frictions avec la pommade émétisée et tous les irritants de la peau en général sur le trajet de la colonne vertébrale; mais tous ces épispastiques, qui, après un simple mouvement congestionnel, pourraient être dérivatifs, ont trop peu d'efficacité dans ces cas; il y a trop loin de la peau à la moelle et l'action topique des épispastiques est trop limitée pour qu'on puisse en retirer des effets avantageux; aussi ces moyens échouent-ils, et c'est parce que nous les avons vus échouer dans tous les cas, excepté dans les cas très légers et lorsqu'il n'y avait que congestion de la capsule de la moelle, que nous y avons renoncé. Nous avons recours aux exutoires profonds, et c'est par cette médication seulement que nous avons obtenu la presque totalité des succès que nous avons eu occasion de recueillir dans notre pratique.

Il faut les appliquer le plus près possible du mal, de manière à atteindre l'appareil vasculaire qui est directement en rapport avec celui de la partie affectée : de là la nécessité de fixer les points où ils doivent être appliqués et la profondeur qu'il faut leur donner. Il faut se rappeler que les nerfs qui partent de la moelle suivent une ligne oblique qui les fait descendre au-dessous du niveau de leur origine; de plus, dans quelque point de la moelle que soit la lésion, il y a toujours phénomènes de paralysie vers les orteils; partant de là, il faut, dans l'application des dérivatifs profonds, ne pas conclure que le dérivatif doit être placé à la partie inférieure de la moelle, car l'inflammation pourrait avoir son siége à la partie supérieure et on serait bien loin du mal. Si on veut calculer le niveau de la lésion par celui des symptômes de paralysie, il faudra chercher bien au-dessus par suite de l'obliquité des nerfs; s'il y a paralysie des membres inférieurs, de la vessie et du sphincter, et qu'on en conclue qu'il y a lésion de la partie inférieure de la moelle, on pourra fort bien se tromper, car le plexus lombo-abdominal prend naissance audessus de la terminaison de la moelle dans une partie assez élevée de la région dorsale. Nous regardons comme une erreur, comme une faute qui décèle peu d'habitude de placer des cautères uniquement à la partie inférieure du dos; c'est encore bien pis quand on en place sur la région lombaire où il n'y a pas de moelle du tout. Il faut donc placer les fontanelles de beaucoup au-dessus du niveau de la partie supérieure de la paralysie, et, si la paralysie se montre dans les doigts des mains, il faut aller jusqu'au-dessous de l'occipital.

Maintenant, ils doivent être creux et profonds : si on ne descend pas au-dessous de l'aponévrose dorso-lombaire et presque jusqu'aux lames vertébrales, on n'arrivera pas au système vasculaire profond anastomosé avec celui du rachis et on n'obtiendra pas de résultat efficace, et nous avons guéri bien des malades par ce moyen, après qu'ils avaient été inutilement soumis à des applications de cautères superficiels. Il faut les creuser par des applications successives de potasse caustique en fendant les escharres et allant jusque dans les muscles de la gouttière vertébrale : ce n'est que par ce moyen qu'on peut obtenir une dérivation dans les ramollissements inflammatoires de la moelle.

Nous avons, comme vous le voyez, une grande confiance dans l'emploi de ces dérivatifs énergiques; mais nous ne nous exagérons pas leur efficacité : il est certes des myélites que nous ne guérirons pas, d'autres qui conduiront le malade à terminaison funeste malgré les applications itératives de potasse caustique; chez d'autres, on arrêtera la marche du mal et la désorganisation de la moelle; mais ils resteront infirmes par l'altération trop profonde du tissu de la moelle, qui ne peut être ni reformé ni refait à neuf par cette médication. On ne peut donc guérir à coup sûr le malade, mais on lui sera utile par cette médication, car c'est lui être utile que d'arrêter une maladie qui le conduirait infailliblement au tombeau.

Dans un organe aussi profond que la moelle, il faut opérer une dérivation puissante; c'est ce qu'on obtient en multipliant les fontanelles de manière à comprendre une grande étendue du système vasculaire propre de la moelle; et, dans certains cas, c'est seulement après deux ou trois applications successives de ces exutoires qu'on peut vérifier leur succès. Nous avons l'habitude de ne pas en mettre moins de six, et de ne pas les entretenir au moyen d'un corps étranger. C'est après le travail de cicatrisation, si la maladie n'est pas en voie de diminution qui fasse espérer une guérison prochaine, qu'on fera une seconde application de potasse caustique dans les points intermédiaires aux premiers cautères, et avec la même énergie, pour qu'elle soit aussi profitable; c'est par ces moyens énergiques, actifs, appliqués sans hésitation dans une grande étendue et en se rapprochant du sommet de la moelle, que nous avons guéri et que nous guérissons chaque année des sujets affectés de myélite.

A cette médication nous ajoutons des précautions hygiéniques. Quand on marche, les muscles, et par conséquent les nerfs qui les animent, sont en mouvement : ils travaillent donc. De plus, ces nerfs reçoivent leur incitation du cordon rachidien qui travaille aussi; s'il est malade, enflammé, on comprend qu'en faisant marcher les sujets on les place dans les conditions les plus favorables à l'inflammation et à la désorganisation de la moelle. Le repos absolu, dans la position horizontale, est le moyen diététique le premier à employer, même avant les moyens pharmaceutiques; et il faut beaucoup insister sur cette recommandation; car les malades croient généralement que par l'exercice ils recouvreront les forces qu'ils ont perdues, et il est des médecins même qui ont le tort de regarder ces mouvements comme un moyen d'accélérer la guérison des malades.

Quand la myélite décroît, et qu'elle ne présente plus que quelques accidents sans grande importance, il ne faut plus avoir recours à des moyens aussi énergiques; les stimulants de la peau en frictions, en bains alcalins et sulfureux, des douches sur le trajet de la colonne vertébrale, ont pour résultat de rendre aux fonctions organiques des téguments leur énergie, qui souvent s'est affaiblie ou par le repos, ou par la cause productrice de la maladie, comme le froid humide, par exemple; de plus, elles produisent un dérivation sur une grande surface, et sont utiles au rétablissement du malade. Enfin, pendant la myélite et le repos qu'elle exige, la nutrition des muscles est en souffrance; ils se décolorent, reçoivent moins de fibrine; aussi leurs fibres diminuent-elles en quantité. Pour leur rendre leur énergie primitive, il faut leur rendre leur nutrition; c'est ce à quoi on arrive par les douches, le massage et les bains, qui favorisent la circulation capillaire en eux. Tels sont les principaux chefs du traitement dans la diminution des accidents de la myélite.

Mais cette maladie est très sujette à récidiver, si les malades ne se ménagent pas, s'ils n'évitent pas les efforts musculaires, les marches forcées, le passage subit du chaud au froid, toutes causes qui peuvent exciter les appareils locomoteurs internes, et c'est en les écartant avec soin qu'on écarte les causes d'une récidive prochaine.

J'ai parlé plus haut du coït comme cause de la myélite; il faut l'interdire pendant la convalescence, et on n'a pas toujours beaucoup de mal à y arriver; car souvent les organes génitaux sont paralysés pendant longtemps; mais comme leur paralysie n'est pas constante, et que dans la position sur le dos qu'on impose aux malades il peut se produire des pollutions, c'est une cause de débilité sur laquelle il faut veiller; il faut faire coucher les malades sur des matelas frais et durs, pour ne pas avoir trop de chaleur sur le trajet du rachis, chaleur qui retentit sur les organes génitaux. Il faut aussi recourir à des lotions fraîches sur les organes génitaux externes et sur tout le trajet du rachis.

Tous ces moyens de traitement doivent être modifiés suivant les malades auxquels ils doivent être appliqués, suivant les prédispositions pathologiques des sujets, et leur activité doit être plus ou moins restreinte, selon que les accidents de la myélite sont plus ou moins avancés et qu'ils sont plus ou moins rebelles. Enfin, comme nous l'avons vu, les moyens peu actifs, qui n'agissent que superficiellement, doivent être réservés pour les myélites récentes, et qui offrent encore peu d'intensité; tandis que les moyens actifs et agissant profondément doivent être appliqués aux myélites profondes et anciennes.

De la méningite rachidienne.

La méningite rachidienne est une inflammation de l'arachnoïde prolongée dans le canal rachidien, autour de la moelle. Vous vous rappelez que, quand nous avons commencé l'histoire des maladies rachidiennes, nous avons parlé de la disposition spéciale de cette membrane au lieu de communication de l'arachnoïde cérébrale avec l'arachnoïde rachidienne. Nous avons vu comment la pie-mère, qui tapisse les ventricules et la convexité du cerveau, se prolonge à la surface de la moelle en se condensant et formant une capsule fibreuse en rapport immédiat avec la substance nerveuse, et comment l'arachnoïde encéphalique perd sa structure dense et solide en pénétrant dans le canal rachidien pour se rapprocher de celle du tissu cellulaire, former une pellicule mince à la surface de la pie-mère et remonter pour tapisser la surface interne de la dure-mère rachidienne. C'est dans cette cavité circonscrite que s'établit l'inflammation dans la méningite rachidienne, qui n'est, à proprement parler, que l'arachnoïdite rachidienne.

Anatomie pathologique. — Sur le cadavre de ceux qui ont succombé à cette affection, on trouve des plaques d'une matière pseudo-membraneuse semi-purulentes, adhérentes à la surface externe de la moelle enveloppée de sa capsule, immédiatement sur le feuillet très ténu que l'arachnoïde étend sur la surface de la pie-mère; ou bien elles sont disséminées sur divers points, ou bien elles forment une espèce d'enveloppe accessoire; leur structure est celle des fausses membranes : c'est tantôt de la matière purulente presque pure, tantôt de la matière visqueuse très adhérente, résultat du dépôt des parties plastiques du sang qui n'ont pas encore subi la transformation purulente.

Il faut bien se garder de confondre ces épanchements par plaques avec les épanchements accidentels purulents du canal

---

sous son habile crayon, qui a porté la lithographie à un degré de finesse que l'on n'aurait pas cru lui voir jamais atteindre.

Nous ne pouvons qu'engager les deux auteurs à poursuivre avec ardeur leur œuvre, sur le plan général de laquelle nous reviendrons lorsque plusieurs livraisons auront été publiées, et que nous croyons appelée à un bel avenir.

Découverte des causes des épidémies et des épizooties; par M. Plasse, médecin-vétérinaire à Niort.

Voici un livre qui prétend donner l'explication des véritables causes et de la nature réelle, inconnues jusqu'à ce jour, de quelques-unes des plus redoutables maladies auxquelles soient exposés les hommes et les animaux, la fièvre typhoïde, le charbon, le typhus, la scarlatine, la variole, la peste, etc.

Veut-on savoir quelles sont ces causes? Rien n'est plus *simple* que la théorie de l'auteur. Pour lui, les fièvres typhoïdes ne dépendent que de la présence de champignons microscopiques introduits dans l'économie animale par les aliments. Il n'a jamais trouvé à cette loi qu'une seule exception, relative aux affections charbonneuses. De ses recherches, il résulte qu'il y a deux genres de *charbons* : l'un gangréneux, susceptible de se communiquer par virus volatil, commun aux hommes et aux animaux, pouvant naître dans toutes les localités; l'autre virulent, presque foudroyant, propre aux animaux herbivores, et non contagieux, si ce n'est par inoculation.

Le premier, le charbon gangréneux, est de la même nature que les affections typhoïdes, et reconnaît la même cause; le second résulte de l'influence des terrains argileux sur les fourrages et les pacages. Débarrassé de l'obstacle qu'apportait à l'unité de causes l'étude des maladies charbonneuses, M. Plasse a continué ses observations sans difficultés, et constamment, dit-il, il a constaté la présence de champignons microscopiques dans les aliments des sujets qui ont été atteints de fièvres typhoïdes.

Cette découverte l'a conduit à changer le nom des affections typhoïdes, qu'il range en quatre classes sous le nom de *cryptogamie* :

1° *Incubation cryptogamique*, ou séjour du principe toxique à l'état latent dans l'économie;

2° *Elimination cryptogamique*, ou expulsion de ce principe sans trouble fonctionnel apparent;

3° *Cryptogamie externe*; ici le principe toxique, éliminé sans trouble apparent, se fixe à la surface de la peau ou dans certaines cavités s'ouvrant à l'extérieur : morve, farcin, scrofules, lupus, lèpre, etc.;

4° Enfin, *fièvre cryptogamique*, état dans lequel le principe toxique est précipité dans les liquides ou les solides, à l'intérieur, de manière à déterminer une réaction plus ou moins intense et variée, *suivant l'espèce du champignon* et le système affecté : grippe, typhus, suette miliaire, variole, scarlatine.

C'était, suivant l'auteur, la médecine vétérinaire qui seule pouvait découvrir cette grande vérité; car les cryptogames sont le plus souvent livrés de toutes pièces aux animaux et peuvent être facilement saisis, tandis que, mêlés aux farines, par exemple, qui servent à la nourriture de l'homme, ils échappent à l'œil de l'observateur. De plus, la présence de ces parasites n'altère en rien l'aspect physique du pain, et la cuisson ne les détruit pas.

Ce serait peu d'avoir trouvé la cause, si l'auteur n'avait en même temps découvert le moyen d'y remédier; et en effet, il annonce pouvoir, au moyen des plus simples et des plus économiques précautions, préserver la société des fièvres typhoïdes, du charbon gangréneux, de la morve, et de toutes ces maladies hideuses qui chaque jour frappent les hommes et les animaux les plus vigoureux. Ces précautions, fort simples en effet, sont celles qui sont recommandées dans tous les traités d'hygiène, c'est-à-dire l'entassement des grains et des farines dans des lieux parfaitement secs, à l'abri de l'action de la lumière et de l'humidité; de même pour les fourrages et les grains destinés à la nourriture des animaux domestiques.

Au dire de l'auteur, il n'en faudra pas davantage pour prévenir à tout jamais les maladies que nous avons signalées plus haut; au contraire, il prétend pouvoir les produire à volonté en nourrissant les sujets, hommes ou animaux, avec des aliments mis dans des conditions opposées. Fièvre jaune, peste et choléra rentrent, pour M. Plasse, dans la même catégorie; il ne lui a point été donné de voir naître ces affections redoutables. Mais, dit-il, « non moins sûr que Christophe Colomb, qui n'avait pas vu l'Amérique, je n'hésite pas à déclarer que ces maux sont occasionnés par des champignons qui croissent dans les contrées où naissent ces fléaux du monde. Si ces affections sinistres ne sont que passagères dans nos climats, c'est que les cryptogames qui les produisent ne peuvent pas s'y acclimater. »

Il est fâcheux certainement que les recherches de M. Plasse ne lui aient pas encore permis de donner les caractères différentiels du champignon *varioleux*, du champignon *scarlatineux*, du champignon *cholérique*, etc. Nous attendons, pour adopter ses idées, qu'il soit en mesure de publier ce supplément à l'histoire naturelle des cryptogames; jusque-là, nous nous contenterons de voir, dans sa théorie, le pendant d'une autre théorie pathogénique qu'un nom trop connu avait essayé de produire il y a quelques années, malheureusement sans succès, nous voulons parler de la théorie des ascarides et des entozoaires morbipares que la médication camphrée devait anéantir à tout jamais.

Dr A. Foucart.

rachidien, et c'est par suite de cette erreur qu'on trouve dans les auteurs des observations de maladies méningiennes qui n'en sont pas ; ainsi dans Abercrombie, dont nous avons donné une traduction. Une carie vertébrale existe à une hauteur quelconque du rachis ; elle amène une suppuration qui fait bientôt saillie dans le canal médullaire ; la dure-mère s'ulcère dans le point correspondant à cet apostème, et un jour le pus fait irruption dans le canal rachidien. La paralysie que la maladie primitive avait déterminée s'aggrave tout d'un coup ; bientôt succèdent les phénomènes inflammatoires des annexes de la moelle, et, à l'autopsie, on trouve un épanchement de matière purulente disposé par lames à la surface de la moelle épinière, et cette matière purulente, venant des os du rachis, a percé les parois du canal médullaire : l'ulcération a déterminé des accidents inflammatoires, mais des accidents inflammatoires secondaires qui ne sont ni assez intenses, ni assez longs pour fournir une aussi grande quantité de pus. Dans la méningite, la matière purulente est peu abondante et disposée par plaques plus ou moins disséminées, quelquefois sur une seule face de l'arachnoïde; et le principal caractère, c'est que, derrière ces plaques, il existe une injection vasculaire prononcée qui donne une teinte rouge-violacé à la portion de membrane qui les touche.

La moelle, dans les points correspondant à ceux qui sont enflammés dans les membranes, est parfaitement saine ; on ne trouve aucune altération ni dans ses cordons, ni dans sa structure. Les nerfs qui en naissent et traversent la cavité arachnoïdienne, enveloppés d'abord d'une expansion du feuillet de la pie-mère, puis de l'arachnoïde, ne sont pas plus malades que la moelle ; seulement, autour des cônes membraneux qui les revêtent, le pus s'accumule de préférence, et on trouve dans ces points des gouttes purulentes incorporées à la matière plastique exsudée. Souvent cette méningite rachidienne est liée, à des degrés divers, à de l'inflammation de l'arachnoïde de la base du cerveau, et on a les accidents de méningite de la base coïncidante.

Symptômes. — Les symptômes par lesquels on reconnaît la méningite rachidienne sont les suivants :

Constamment il y a une douleur assez aiguë sur toute la longueur de la moelle, et qui s'exaspère souvent par des douleurs lancinantes allant de haut en bas ou de bas en haut successivement ; en même temps, dans les membres, surtout dans les membres inférieurs, on ressent des secousses comme électriques, et le malade est disposé à renverser en arrière les régions cervicale, dorsale et lombaire, et à se courber en arc dans son lit ; presque aussitôt se montre une rigidité sur toute la longueur du rachis, et c'est sous ce point de vue qu'elle a été comparée au tétanos, maladie souvent attribuée par erreur à une inflammation des méninges rachidiennes ; le malade présente en même temps de la fièvre, de l'insomnie, de l'agitation, et il est rare qu'il n'y ait pas de convulsions ; les urines ne peuvent plus être excrétées, et il faut recourir au cathétérisme. Cette maladie marche bien rapidement, et vers le deuxième ou troisième jour on voit se manifester de la paralysie dans les extrémités inférieures d'abord, puis elle se généralise promptement ; les muscles du thorax s'affaiblissent, les excrétions des matières fécales sont suspendues ; les mouvements respiratoires se font difficilement, sont de plus en plus lents ; les battements du cœur se ralentissent, et bientôt les malades succombent à la cessation des fonctions organiques. On rencontre cependant des malades qui présentent tous les accidents incontestables de la méningite rachidienne, et chez lesquels on parvient à obtenir la guérison.

Etiologie. — La méningite rachidienne a des causes communes avec l'inflammation de la moelle, comme des chutes, des coups reçus directement sur la colonne vertébrale ; mais elle survient plus fréquemment après des travaux pénibles, et surtout des efforts musculaires énergiques pour porter des fardeaux, encore après de rudes fatigues éprouvées pendant l'été à l'ardeur du soleil. Enfin, elle s'est montrée épidémiquement sans qu'on ait pu en déterminer la cause sur des individus agglomérés. Ainsi, il y a six ans, dans les casernes de Versailles et à l'hospice militaire, on put en observer quinze, vingt cas à la fois ; et pour ceux qui savent combien est rare cette maladie, puisqu'elle est six fois moins fréquente que la méningite cérébrale, qui elle-même n'est pas commune, cette multiplicité de cas démontrait évidemment une cause commune, et parce que cette cause n'est pas connue, il n'en faut pas moins l'admettre.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette affection n'est pas très difficile. La douleur sur le trajet du rachis est constante, elle manque dans la myélite ; la douleur s'exaspère par moments, devient lancinante, et s'irradie de haut en bas et de bas en haut, caractère qui n'appartient pas à la maladie de Pott, et sa présence suffit pour établir la probabilité d'une phlogose des membranes annexes de la moelle. Ajoutez à cela la rigidité du corps, son renversement en arrière, et vous aurez une réunion des signes pathognomoniques de cette affection.

Dans le tétanos, la rigidité des muscles n'est pas continue ; elle l'est dans les méningites rachidiennes. Un malade affecté de tétanos présente à des intervalles irréguliers des relâchements dans la contraction de ses muscles, et c'est la reprise subite de ces contractions venues avec spasmes violents qui constitue le soubresaut des tétaniques, l'accident le plus douloureux de cette affreuse maladie. Cette alternative de contraction et de relâchement des muscles ne se montre pas dans les méningites rachidiennes ; de plus, la contraction musculaire qu'elles produisent est moins intense et n'est pas douloureuse pour le malade ; tandis que, dans le tétanos, elle détermine une violente douleur qui affaiblit rapidement le malade et le conduit à la mort en peu de temps.

Vous avez vu des méningites de la base du crâne. Dans ces maladies, la tête est renversée en arrière, le cou roide ; la tête ne tourne pas sur son axe, par suite de la contraction forcée des muscles postérieurs du cou ; aucun des malades qui en sont affectés ne se plaint de douleur dans ces muscles, leur contraction est permanente, et il semblerait ou qu'ils sont gelés, ou qu'ils ont la rigidité cadavérique. Supposez cette rigidité dans tout le tronc et sans douleur, et vous aurez la rigidité produite par la méningite rachidienne, signe pathognomonique dans cette maladie. Avec ces explications, on ne pourra plus confondre la méningite rachidienne avec le tétanos ou avec la myélite.

Quand la maladie est à son plus haut degré, que la respiration se ralentit, que les battements du cœur deviennent moins fréquents, que le malade présente une paralysie universelle remontant de bas en haut, il passe bientôt au coma ; c'est la période où prédomine la pression constante de la moelle par l'exhalation anormale de sérosité qui se fait dans les méninges ; c'est la période ultime de la maladie, bien reconnaissable à la rigidité qui persiste dans les muscles postérieurs du tronc et à la paralysie des appareils locomoteurs placés sous l'incitation des nerfs provenant de la moelle.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est toujours très grave, puisque la plupart des sujets qui en sont atteints succombent ; mais parmi les signes qui ajoutent à sa gravité, il en est quelques-uns qui ont de la valeur. Si tout d'un coup il arrive une paralysie de vessie et des muscles de défécation, une rigidité permanente des muscles de la région postérieure du cou ; s'il survient une fièvre intense, et surtout s'il vient du délire, on a les signes d'une inflammation grave et remontant jusqu'à la base du crâne, et la terminaison funeste sera rapide. Si après la paralysie des membres on voit la respiration se ralentir, la mort est voisine ; car la paralysie portera sur les appareils nécessaires à l'existence du malade, et amènera sa terminaison prochaine par suspension de la respiration.

Appréciation des symptômes. — Nous avons dit plus haut que les fonctions des appareils étaient troublées quand l'inflammation s'établissait à la périphérie de l'organe donnant l'incitation à ces appareils, tandis qu'elles sont suspendues quand l'inflammation existe dans le tissu propre de cet organe. Une inflammation du tissu change ses conditions organiques de texture, les suspend ; aussi dans la myélite y a-t il imperfection des fonctions locomotrices et première période de la paralysie ; mais si l'inflammation se développe dans les membranes qui sont autour de la moelle, l'atmosphère inflammatoire s'étend à elle par la communauté de l'appareil vasculaire, mais sans altérer son tissu, et surexcitée qu'elle est, elle exerce son influence stimulante avec permanence et excès sur les organes auxquels elle donne l'incitation, et on a des contractions musculaires permanentes qui amènent la rigidité de tout le corps. Quand la phlogose a son siége dans les méninges cérébrales et qu'elle va juqu'au cerveau par les capillaires, on a des excitations qui se traduisent par du délire ; ce qui suppose l'intégrité de son tissu, mais une stimulation exagérée de ses fonctions. Si l'inflammation a lieu à la base et autour du petit cerveau, on a des phénomènes de contracture qui résultent de l'excitation transmise aux nerfs des muscles du cou ; de là rigidité du cou. On conçoit que la méningite rachidienne provoque celle de tout le tronc par le même mécanisme.

La phlogose a pour résultat d'exagérer l'irritabilité des tissus ; aussi toutes les compressions exercées accidentellement sur eux, et les actions exercées par les appareils qu'ils constituent deviennent douloureuses, parce qu'on fait ressortir la sensibilité des appareils qui, à l'état physiologique, sont insensibles. La phlogose se produit autour de la moelle ; si elle est étendue surtout, elle exagère l'irritabilité de cet organe, et comme la moelle, le réservoir commun de la sensibilité continue à agir puisqu'elle n'est pas malade, la douleur apparaît. De là ces douleurs ressenties violemment sur son trajet dans la méningite rachidienne.

La moelle est enveloppée d'une couche de sérosité communiquant avec celle contenue dans la cavité des ventricules du cerveau, et qui est sous l'arachnoïde. Quand une phlogose s'établit dans une séreuse, il y a augmentation de sécrétion dans cette membrane séreuse ; mais elle ne peut avoir lieu dans la cavité encéphalo-rachidienne sans comprimer les viscères qui y sont contenus. C'est cette compression arrivant au plus haut degré de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien qui manifeste la paralysie des appareils recevant leurs nerfs de la moelle ; aussi la voyons-nous se montrer d'abord vers les parties inférieures du corps, car c'est là que l'action nerveuse s'affaiblit d'abord, puis elle se généralise ; les appareils de la circulation et de la respiration se prennent, et la mort arrive bientôt. On voit que tous ces symptômes s'accordent très bien avec les lésions qui ont été décrites du fourreau rachidien.

Traitement. — Nous avons déjà développé les bases du traitement. D'abord il faut diminuer le mouvement fluxionnaire et congestionnel des méninges du rachis et de leurs annexes ; aussi les émissions sanguines actives doivent-elles être mises en usage pour ralentir la circulation, d'abord des émissions sanguines générales ; car ce n'est que par elles qu'on peut diminuer la congestion du grand appareil vasculaire vertébral, puis les émissions sanguines locales sur le trajet de la moelle, soit par des sangsues, soit par des ventouses scarifiées. Mais quand on a paré autant que possible à la pléthore de la moelle, il faut émousser l'irritabilité des méninges en agissant sur les surfaces externes par des applications réfrigérantes, des douches d'eau froide sur la colonne, des applications de glace, comme on le fait sur la tête pour les méningites cérébrales. L'inflammation résiste-t-elle ? il faut user des applications dérivatives et révulsives ; mais il faut agir profondément et rapidement pour parer à cette phlogose qui croît avec rapidité.

Si la phlogose est peu intense et peu avancée, on essaiera de diminuer l'activité circulatoire et nerveuse dans tout le corps par des immersions prolongées dans l'eau tiède, par des bains qui exercent une action sédative sur l'économie.

Il est encore d'autres précautions accessoires à prendre ; il ne faut pas laisser stagner l'urine dans la vessie, et on doit employer le cathétérisme au besoin ; il faut favoriser l'expulsion des matières fécales par des purgatifs et des injections, comme des lavements, par exemple.

Il ne faut pas annuler les effets sédatifs de sa médication par un régime mal institué. On sait que les excitations vives du tube digestif peuvent retentir sur l'organisme, de manière à développer de la fièvre. S'il y a des causes locales d'inflammation provoquées par de grands appareils et qu'on réagisse sur eux, on ne fera qu'augmenter le mal. Il faut donc s'appliquer à modifier les fonctions de ces appareils, et s'il s'agit de la moelle, on pourra par ces moyens hygiéniques diminuer les accidents qui se développent de son côté.

On voit que ce traitement se rapproche de celui de la myélite ; car ces deux affections sont bien voisines ; dans les deux cas, c'est une phlogose qui se rapporte à la congestion de l'appareil rachidien, les principes du traitement doivent donc être à peu près les mêmes, sauf les modifications qu'il devra présenter selon la rapidité de la maladie.

Erratum. — A la ligne 50 de la deuxième colonne de la page 162 du numéro du 4 avril :

Au lieu de : flexion ou l'extension, *aussi* bien de pondérer, lisez : flexion ou l'extension, *mais* bien de pondérer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 mars 1850. — Présidence de M. Andral.

Estiomène ou lupus des parties génitales de la femme.

M. Devergie fait un rapport verbal sur un travail adressé par M. Huguier à la Société, travail intitulé : *De l'estiomène ou lupus des parties génitales de la femme.*

M. Huguier, dit le rapporteur, a envisagé l'estiomène sous le triple rapport de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie.

Au point de vue anatomique, M. Huguier a comparé les parties génitales de la femme à la face. Dans ces deux parties du corps, la peau est fine, mince, percée d'ouvertures, garnie de bulbes pilifères, pourvue de glandes sudoripares ; elle reçoit également les mêmes ramifications nerveuses, celles du grand sympathique ; elle est munie de muscles sous-cutanés, de sphincters, et elle reçoit également des vaisseaux du même ordre.

Au point de vue physiologique, les fonctions sont analogues : les impressions y sont également produites par la congestion ; la sensibilité y est la même, etc.

Le parallèle est beaucoup moins frappant au point de vue pathologique : ainsi, un certain nombre d'affections cutanées ne se montrent qu'à la face, et parmi elles nous pourrions citer l'érysipèle, le cancer, le pityriasis, le sycosis, l'impétigo, l'acné, etc.

M. Huguier adopte dans l'affection qu'il a décrite la classification de Biett, et reconnaît trois variétés au lupus des parties génitales :

Lupus tuberculeux, serpigineux ou profond.
Lupus ulcéreux, id. id.
Lupus térébrant ou perforant.

Cette maladie débute ordinairement au voisinage des parties supérieures, sur le clitoris, et suit une marche descendante. Elle se caractérise par un épaississement particulier du tissu muqueux, par de la rougeur, par la formation de lobules multiples disposés en grappe, pédiculés et finissant par s'ulcérer. Chez deux filles non pubères, qui avaient eu des accidents syphilitiques, il y eut un décollement considérable de l'intestin ; des accidents graves s'ensuivirent, et une diacorbée coliquative amena la mort.

Ce lupus s'est développé chez des femmes âgées au moins de vingt-quatre ans et au plus de quarante-sept. Il a été presque toujours ulcéreux. Je ferai remarquer qu'à la face le lupus est presque toujours tuberculeux. Sa terminaison est constamment fâcheuse et son diagnostic difficile, quoiqu'il soit lié presque sans exception à des affections syphilitiques. L'examen microscopique n'y fait découvrir que des traces d'épithélium en macération.

Le traitement par l'iodure de potassium est celui qui paraît avoir le mieux réussi.

Hydropisies.

M. Becquerel donne lecture d'un mémoire intitulé : *Considérations sur les causes des hydropisies.* Ce travail, dans lequel l'auteur propose une nouvelle classification des hydropisies, a été déjà analysé dans un de nos précédents comptes-rendus. Nous croyons donc inutile de la reproduire de nouveau.

Percussion auscultatoire.

M. Roger donne connaissance des recherches qu'il a faites sur ce nouveau procédé de percussion et d'auscultation combinées ; recherches qu'il n'a poursuivies que pour vérifier les résultats d'un travail sur ce sujet de deux médecins américains, MM. Cleamans et Clarke.

Ce procédé, signalé déjà par Laënnec, se pratique à l'aide d'un cylindre en bois de cèdre plein appliqué d'un côté sur l'oreille, et de l'autre sur la partie que l'on veut explorer, tandis qu'une personne bien exercée à la percussion pratique celle-ci autour du stéthoscope et sur la partie que l'on veut explorer.

M. Roger, au bout de six semaines, est parvenu à acquérir une assez grande habitude de ce nouveau mode d'exploration pour constater et reconnaître d'une manière mathématique et avec l'aide d'aiguilles implantées dans les tissus, non-seulement les limites d'un organe, du cœur, par exemple, mais encore exactement celles des différentes cavités qui contiennent ces organes. Ce procédé ne peut être applicable que lorsqu'il s'agit de limiter d'une manière exacte les organes pleins, tels que le cœur, le foie, la rate, les veines, etc.

M. Roger ne dissimule pas que ce procédé, quoique étonnant dans ses résultats, est d'un emploi difficile ; mais il croit qu'il est possible, avec une grande habitude de la percussion immédiate, d'arriver à une appréciation aussi exacte des dimensions des organes. Cependant, l'application en

est embarrassante, puisqu'il faut nécessairement deux personnes pour l'employer et que cela est souvent impossible chez les malades de la ville, par exemple ; qu'enfin les résultats ne sont ni assez satisfaisants ni assez importants pour qu'on doive se résigner à faire des études nouvelles pour arriver à obtenir à peu près les mêmes appréciations pathologiques que par les procédés de percussion et d'auscultation habituellement employés.

VICE DE CONFORMATION DES ORGANES GÉNITAUX.

Absence probable de la partie supérieure du vagin et de l'utérus. Hernie des deux ovaires.

Par M. Cazeaux.

C'est sous ce titre que M. Cazeaux a communiqué à la Société de Biologie l'observation intéressante qu'on va lire. On sait que, dans toutes les observations d'absence d'utérus qu'on a publiées jusqu'à ce jour, cette absence n'était qu'apparente. Nous n'oserions pas affirmer que le contraire existe dans celle de M. Cazeaux, quoique cet habile observateur ait employé tous les moyens possibles pour s'en assurer.

Tout récemment (novembre 1849) j'ai observé une jeune fille, âgée de vingt et un ans, qui n'a été réglée que deux fois pendant trois jours, et chez laquelle l'hémorrhagie devait nécessairement avoir son siége sur la muqueuse vaginale.

Cette jeune fille, éprise depuis longtemps d'un officier, finit par céder à ses instances et se livra complétement à lui. Après plusieurs tentatives renouvelées avec ardeur, mais toujours infructueuses, le jeune homme reconnut enfin et lui déclara qu'elle n'était pas faite comme les autres femmes, et qu'il fallait consulter un médecin. Elle s'adressa d'abord à M. Thirial, qui voulut bien me demander mon avis. Voilà ce qu'un examen très attentif me permit de constater :

Le visage, la taille, le développement des membres, les seins ne diffèrent en rien de ce qu'ils sont chez les jeunes filles de cet âge. La santé générale a toujours été bonne. Au mois de mai dernier, ses règles sont venues pour la première fois, bien qu'elle eût éprouvé depuis plusieurs années des symptômes de congestion utérine, et ont duré trois jours ; elles ont reparu seulement en juillet, et ne se sont plus reproduites. Après les tentatives faites par son amant, elle a eu deux fois un écoulement sanguin assez considérable, et qui a duré deux jours ; mais elle l'attribue bien plutôt aux violences amoureuses dont elle a été victime qu'à un retour périodique des règles.

Le mont de Vénus est complétement dépourvu des poils dont il est ordinairement recouvert. Sur les parties latérales et inférieures, immédiatement au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal, on aperçoit de chaque côté une tumeur qui soulève les téguments. Cette tumeur a le volume, la forme, la consistance d'un ovaire ou d'un testicule ; elle est très peu douloureuse. Dès qu'on exerce sur elle une très légère pression, elle fuit dans le canal inguinal et disparaît dans le ventre ; mais aussitôt que l'on cesse de comprimer l'orifice inférieur du canal, elle sort tantôt spontanément, tantôt au moindre mouvement, au moindre effort de toux et de respiration faite par la femme. Dans aucun cas, cette tumeur ne m'a permis de constater les signes qui accompagnent ordinairement la réduction d'une hernie intestinale ou épiploïque.

L'ouverture de la vulve est limitée par les grandes et les petites lèvres ; mais les unes et les autres offrent un développement beaucoup moins considérable qu'à l'ordinaire. Le clitoris est si petit qu'on a beaucoup de peine à le distinguer. Le doigt, à peine introduit dans l'ouverture vulvaire, est arrêté à deux centimètres de profondeur, de manière que ce n'est qu'en refoulant le fond du vagin qu'on peut faire pénétrer dans ce canal la première phalange.

Après avoir introduit l'extrémité d'un spéculum, il ne m'a pas été possible de voir aucune ouverture, aucune partie par laquelle se puisse glisser la pointe d'un stylet. J'ai pu en même temps constater sur la membrane qui refoulait l'extrémité du spéculum toutes les rides et les caractères de la muqueuse du vagin.

Le toucher rectal me permit de constater : 1° que l'ampoule rectale était beaucoup plus large que dans l'état normal ; 2° qu'au-dessus du fond du vagin repoussé en même temps par mon pouce, l'index introduit par l'anus et porté aussi haut que possible, ne sentait ni cordon fibreux, ni tumeur, rien enfin qui pût faire croire à l'existence de la partie supérieure du vagin et de l'utérus ; 3° enfin après avoir introduit une sonde dans la vessie, mon doigt rectal constata très facilement qu'il n'existait entre sa face palmaire et la sonde vésicale que l'épaisseur normale de deux parois du rectum et de la vessie. La sensation était identique à celle que l'on perçoit lorsque, pour diriger une sonde dans l'urètre, on introduit préalablement l'index dans le vagin.

De cet examen je crus pouvoir conclure ;

1° Que les deux tumeurs existant dans chaque aine étaient ses deux ovaires ;

2° Que le vagin n'existait que dans son extrémité la plus inférieure ;

3° Que les quatre-cinquièmes supérieurs de ce canal manquaient complétement ;

4° Qu'il n'y avait pas bien probablement d'utérus ;

5° Que les douleurs hypogastriques lombaires éprouvées assez régulièrement et presque de mois en mois étaient l'expression du travail ovarien périodique ;

6° Que le sang de règles survenues deux fois chez cette jeune fille avait eu sa source dans la muqueuse vaginale.

Existence d'un doigt surnuméraire.

M. Cazeaux communique également à la Société de Biologie le fait suivant :

Un nouveau-né portait au bord interne de l'auriculaire gauche et à peu près au milieu de la seconde phalange, un appendice charnu tenant à la peau par un pédicule de 3 millimètres de longueur et 2 millimètres de diamètre. Cet appendice avait la forme de la troisième phalange du petit doigt, et son extrémité offrait sur la face dorsale un ongle de forme très régulière, ayant à peu près 2 millim. dans tous ses diamètres.

Ce doigt surnuméraire ne fut coupé que cinq semaines après la naissance. Pendant ce temps, son augmentation de volume fut en rapport avec la croissance générale du petit enfant : sa chaleur, sa sensibilité, sa coloration étaient les mêmes que celles des autres doigts.

L'auriculaire de la main droite offrait au même point une espèce d'excroissance de la peau, ressemblant à une petite verrue, mais qui n'avait physiquement aucune ressemblance avec le doigt surnuméraire de l'autre main. Cette petite verrue s'est affaissée depuis la naissance, et son volume a diminué assez sensiblement pour que j'aie cru inutile d'en pratiquer l'excision.

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Conservation du sulfate de protoxyde de fer, par M. Giovanini Ruspini.

L'extrême facilité avec laquelle le proto-sulfate de fer en contact avec l'air atmosphérique tend à passer à l'état de sulfate de sesquioxyde a engagé plusieurs chimistes à s'occuper de la recherche d'un moyen facile et sûr de le préserver de cette suroxydation. Selmi, Geiseler, Bonsdorff, Abich, Boudet et Poma ont essayé tour à tour plusieurs méthodes de conservation qui ne leur ont jamais parfaitement réussi. Engagé de s'occuper de la même question, M. Ruspini essaya plusieurs procédés, et s'arrêta enfin au suivant, qui lui parut le meilleur. Les cristaux de proto-sulfate de fer parfaitement pur sont essuyés entre des feuilles de papier à filtre le plus vite possible après les avoir retirés de l'eau-mère. Ils sont ensuite placés dans une étuve maintenue à la température de 30 degrés, où ils ne tardent pas à s'effleurir.

Une fois le sel réduit à cet état, on le pulvérise rapidement, on passe par un tamis fin, et on le tasse dans des vases de verre bouchés à l'émeri. Ainsi préparé, le sulfate ferreux se maintient indéfiniment à l'état de pureté, sans que l'air ni la lumière aient la moindre influence sur sa composition. Ses dissolutions sont limpides et ne manifestent que des traces de persulfate tout à fait négligeables. La conservation du sel est due dans ce cas à la soustraction de l'eau d'interposition qui accompagne toujours les cristaux, et qui ne leur est pas chimiquement combinée ; mais qui, sous l'influence de l'air, agit pour amener le protoxyde à l'état de peroxyde, et altère la pureté du sel qu'on a en vue d'employer.

Sur un nouveau moyen d'arrêter le hoquet ; par M. Piretti.

Ce moyen consiste à comprimer la circonférence de l'un des poignets (le droit de préférence) au niveau du carpe. On exerce la pression soit au moyen du pouce et de l'indicateur, disposés de manière à l'embrasser en forme d'anneau, soit avec un ruban serré autour de la région indiquée. La pression devra être plus ou moins forte, selon le degré d'embonpoint de l'individu.

Pour expliquer l'influence physiologique de cette striction, l'auteur fait remarquer que les nerfs radial et cubital, sur les rameaux desquels elle porte, proviennent des paires cervicales qui entrent dans la composition du plexus brachial. Or le nerf phrénique, qui commande le phénomène du hoquet, emprunte également ses filets d'origine aux nerfs du plexus cervical et du plexus brachial.

Ipécacuanha vénéneux.

Il y a, dit-on, dans l'île Maurice, une sorte d'ipécacuanha sauvage qui est un poison des plus subtils pour les animaux ruminants. Quelques feuilles suffisent pour tuer une chèvre en quatre ou cinq heures. Il paraît cependant que les animaux du pays en mangent souvent pour nourriture et n'en éprouvent aucun mal.

NOUVELLES.

Le *Moniteur* du 11 avril contient l'ordonnance suivante :

Art. 1er. Il est institué près du ministère de l'instruction publique une commission chargée d'examiner si l'organisation actuelle des écoles supérieures de pharmacie ne serait pas susceptible de quelques modifications, et notamment s'il n'y aurait pas lieu de réduire le nombre des chaires dont ces écoles sont dotées, en considération des chaires analogues qui existent dans les facultés de médecine ou des sciences près desquelles elles sont placées.

Art. 2. Sont nommés membres de ladite commission :

MM. Thénard, membre de l'Institut, chancelier de l'Université, président ;
Orfila, professeur à la Faculté de médecine de Paris, conseiller titulaire de l'Université ;
Bérard, doyen de la faculté de médecine de Paris ;
Bussy, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris ;
Persoz, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg ;
Milne Edwards, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des sciences de Paris ;
Chevreul, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle ;
De Jussieu, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences de Paris.

Paris, le 6 avril 1850. E. Parieu.

Nous reviendrons, dans notre prochain numéro, sur la question importante soumise à l'examen de cette commission.

— Dans la séance de janvier, la Société de médecine d'Alger a décerné au docteur Bertherand le prix fondé par l'un de ses membres honoraires, le docteur Mahille. La question mise au concours était celle-ci :

« Du traitement des fièvres intermittentes en Algérie, et principalement de l'administration du sulfate de quinine dans ces fièvres. »

La Société a de plus résolu de poursuivre l'étude de cette spécialité pathologico-thérapeutique, pour l'Algérie, en mettant au concours pour 1850 :

« L'étude comparative des préparations de quinquina, et de celles succédanées pouvant les remplacer avantageusement, sous le double rapport des effets cliniques et de la dépense. »

— *Epidémies.* — Les dernières nouvelles des Indes occidentales annoncent que la petite vérole faisait de grands ravages à Montserrat. La mortalité était de cinq ou six personnes par jour. Il y avait au moins 700 malades dans l'île. La population est dans la plus grande consternation.

A partir du 15 avril courant, les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux* seront transférés rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 46.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tons les Bnreaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Les bureaux de la GAZETTE DES HÔPITAUX sont actuellement établis rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS, 15 AVRIL 1850.

Sur la suppression des Écoles de pharmacie.

L'existence des Écoles de pharmacie, on n'en saurait douter, est sérieusement compromise par la nomination d'une commission chargée d'apprécier leur véritable degré d'utilité. Ajoutons que l'abolition des Ecoles de pharmacie mettrait elle-même en question l'existence de tous les établissements scientifiques. Pour juger de l'utilité de ces établissements, en effet, on ne peut se placer qu'à deux points de vue ; au point de vue étroit, mesquin, nous dirions presque barbare de l'économie budgétaire immédiate ; ou bien au point de vue large des intérêts moraux du pays et de la civilisation. Au premier de ces points de vue, nous nous empressons de le reconnaître, les Ecoles de pharmacie ne sont pas utiles; car avec quelques légères modifications dans leur organisation, les Ecoles de médecine peuvent parfaitement faire des pharmaciens; mais si à ce même point de vue les écoles de médecine elles-mêmes ne deviennent pas une superfluité, il faut reconnaître au moins qu'une bonne partie des chaires peuvent être supprimées sans inconvénients. Toujours au même point de vue, le Collége de France, le Muséum d'histoire naturelle, la Manufacture de Sèvres et celle des Gobelins, l'Opéra et le Conservatoire de Musique, etc., etc., tout cela peut être supprimé sans que les moissons cessent de mûrir au mois d'août, sans que la vigne cesse de fleurir au mois de juin, sans que la famine envahisse notre beau pays.

Mais si l'on veut que la France continue de marcher à la tête des nations dans les sciences, dans les lettres et dans les arts; si l'on veut qu'elle soit toujours la sentinelle avancée de la civilisation, si l'on veut que les étrangers viennent chercher chez elle les modèles de leurs institutions scientifiques et littéraires; si l'on veut que la science donne à la société tous les bienfaits qu'on en peut attendre, les Ecoles de pharmacie, comme toutes les institutions que nous venons de nommer, sont utiles, indispensables. Elles sont indispensables, parce qu'il est du plus grand intérêt pour le bon exercice de la médecine et de la pharmacie, que l'enseignement de ces deux sciences soit complétement distinct, qu'il n'y ait aucune promiscuité dans les élèves de l'une et de l'autre école ; elles sont indispensables, parce que les éléments d'instruction que fournissent les deux écoles séparées suffisent à peine au besoin des élèves si l'on veut leur donner des connaissances approfondies dans leur profession. En entrant dans des détails plus circonstanciés, nous prouverons par des calculs et par des faits irrécusables la vérité de nos assertions ; mais le public auquel nous nous adressons n'a besoin que de ces indications sommaires pour se rappeler immédiatement tous les motifs puissants qui ont fait instituer les Ecoles de pharmacie, et qui les avaient fait maintenir dans le projet de loi discuté en 1847 à la chambre des pairs, que certes on n'accusera pas de tendresse exagérée pour le corps médical et pharmaceutique. Ne dirait-on pas, à voir la légèreté, l'irréflexion avec lesquelles, sous prétexte d'économie, on porte le marteau dans toutes les institutions, dans toutes les positions, que la civilisation est l'improvisation d'un jour, le résultat d'une tentative aventureuse qu'on peut, qu'on doit recommencer à chaque instant !

Que les hommes qui tiennent le gouvernail de la société se gardent bien de semblables idées ! Le progrès consiste bien rarement à édifier ou à démolir; presque toujours, au contraire, il consiste à maintenir et à perfectionner ; la civilisation est un faisceau de forces qu'il faut s'appliquer à diriger autant que possible dans le même sens, si l'on veut avancer, et qu'on détruit les unes par les autres si on les laisse agir au hasard dans tous les sens. Peut-être trouvera-t-on que nous le prenons sur un ton bien haut à propos de la suppression des Ecoles de pharmacie. Nous croyons que ceux qui penseraient ainsi auraient tort. Tout se tient et s'enchaîne dans ce monde. Quand on aura détruit les Ecoles de pharmacie, on trouvera les mêmes raisons pour détruire autre chose ; et finalement, tout ce qui est l'expression la plus élevée de la civilisation s'en ira lambeau par lambeau, jusqu'à ce que l'on retombe au temps des sorciers et de l'alchimie, si ce n'est pis encore. Nous espérons cependant que la commission nommée sera touchée des raisons que nous venons d'exposer, et de beaucoup d'autres qu'on ne manquera pas de faire valoir auprès d'elle, et qu'elle ne prendra pas la responsabilité d'une initiative qui serait aussi fatale à la science qu'aux intérêts bien entendus de l'Etat et de la société.

HOPITAL COCHIN. — M. NONAT.

Traitement de la fièvre intermittente.

Dans le traitement de la fièvre intermittente, il y a deux indications principales à remplir: 1° combattre la lésion générale; 2° combattre la lésion locale, ou engorgement de la rate. Dans un très grand nombre de cas, ces deux indications peuvent être remplies à l'aide du même moyen.

Au début de la fièvre intermittente, lorsque le malade est atteint du premier accès et que, par conséquent, il peut y avoir doute sur la nature de la fièvre, on doit abandonner la maladie à elle-même. Si l'accès revient et se répète d'une manière périodique, alors la nature de la maladie est clairement indiquée, et l'on doit commencer le traitement.

Boissons. — Les boissons doivent être administrées modérément chaudes pendant la période de frisson, froides pendant le stade de chaleur et tièdes dans le stade de sueur.

Le malade doit être chaudement couvert pendant le stade de frisson, modérément pendant le stade de chaleur et chaudement pendant le stade de sueur.

La diète doit être rigoureusement observée.

Lorsque l'accès est passé, on administre des boissons légèrement diaphorétiques, légèrement amères.

Il arrive quelquefois que la fièvre est arrêtée à l'aide de cette simple médication ; mais, le plus souvent, elle reparaît bientôt.

Le moyen le plus puissant, sans contredit, pour empêcher ce retour est le quinquina. On a essayé un grand nombre d'autres médicaments dans le but également de couper la fièvre, et préconisé successivement un grand nombre de fébrifuges soit avant la découverte du quinquina, soit après.

Le quinquina s'administre de diverses manières. En poudre, cette préparation est la moins efficace, car elle renferme une foule de substances étrangères qui ne concourent pas à la guérison de la maladie, telles que le ligneux, la résine, le tannin. On a dû avoir recours à d'autres préparations dans lesquelles le quinquina se trouve débarrassé de toutes ces substances.

La décoction, l'extrait, le sirop, le vin, l'infusion de quinquina sont employés également avec succès. De toutes ces préparations, le vin de quinquina est la plus efficace. La quinine et le sulfate de quinine jouissent aussi d'une grande propriété fébrifuge.

A quelle époque doit-on administrer le fébrifuge?

Les médecins sont généralement d'accord sur la nécessité de l'administrer après l'accès, et le plus loin possible de l'accès suivant ; cependant il en est quelques-uns qui recommandent de l'administrer le plus près possible de l'accès suivant: d'après moi, cette méthode est très mauvaise, et la fièvre revient constamment lorsqu'on y a recours.

Aujourd'hui on donne la préférence au principe actif du quinquina, et l'on administre la quinine et, plus communément encore, le sulfate de quinine. Lorsqu'on administre la quinine, on doit avoir soin de faire prendre au malade, immédiatement après, de l'eau légèrement alcoolisée et dans laquelle on verse quelques gouttes d'acide sulfurique.

Quelques médecins préfèrent employer la poudre de quinquina comme plus économique. L'inconvénient de cette médication, c'est qu'il faut souvent l'administrer à doses tellement fortes pour qu'elles agissent, que beaucoup de malades ne peuvent les supporter. Ainsi, les doses ordinaires de cette poudre sont 8 à 12 gram. par jour, et l'on va quelquefois jusqu'à 20 et 30 gram.; or, 30 gram. de poudre de quinquina donnent à peine 0,75 centigr. de sulfate de quinine. Parmi les médecins qui ont conseillé d'administrer le quinquina à haute dose, nous devons citer principalement Starck, qui s'est élevé avec beaucoup de force contre l'opinion de certains auteurs qui prétendaient que l'intumescence de la rate était due à l'influence du quinquina. Torti avait dit également que le quinquina administré à faible dose n'empêchait pas le retour de la fièvre, et que la même dose, administrée en vingt-quatre heures, produisait bien plus d'effet que si elle était donnée en trois ou quatre jours. Il avait insisté particulièrement sur la nécessité de continuer l'emploi du quinquina pendant quinze jours et même trois semaines après la disparition complète de la fièvre. A l'aide de ces précautions, la fièvre ne reparaissait plus.

Sydenham recommandait d'employer le quinquina à haute dose, d'en continuer l'usage, et de revenir tous les quinze

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les libéralités de M. Baillière-Médicis. — Ambition de M. Rocbonx. — Un docteur cbampenois.

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous avez omis dans votre avant-dernier premier-Paris d'insister sur un des faits de la dernière séance académique qui mérite le plus d'être remarqué et loué, je veux parler de la noble libéralité du libraire de l'Académie, M. J.-B. Baillière. Nous autres, pauvres auteurs, nous faisons quelquefois hommage aux corps savants d'un exemplaire de nos ouvrages, quand l'éditeur veut bien ne pas nous le vendre au *prix fort*, et les libraires en général, quoique pour d'autres raisons, semblent assez disposés à suivre notre exemple : M. J.-B. Baillière vent rompre celte tradition : ce n'est plus d'un exemplaire mais de *cent* qu'il fait maintenant hommage à l'Académie ; un exemplaire par académicien! Uoe telle libéralité, mon cber confrère, me semble digne d'être remarquée, et, pour mon compte, je ne saurais assez lui donner d'éloges. Ce n'est pas cependant qu'elle n'ait trouvé quelques critiques (que ne critique-t-on pas sous le régime de la fraternité comme sous tous les autres!); j'ai entendu, par exemple, reprocher au célèbre éditeur de vouloir trancher du Médicis; il est vrai qu'à mes yeux, comme aux yeux de bien des gens, cette critique sera nn bel éloge, car vonloir marcher sur les traces des hommes qui ont bonoré l'humanité par leur intelligence, leur caractère, leur générosité, leurs bienfaits, c'est un genre de plagiat qui ne me déplaît point, et qui, à mon sens, honore autant le plagiaire que le *plagié*. Une seconde critique était, sinon plus vraie, au moins plus insidieuse. Vons n'ignorez point, mon cher confrère, que M. J.-B. Baillière, de même qne vous et moi, et plus que vous et moi, a son candidat quand il y a une place à donner au concours ou à l'élection. A l'élection dernière, M. Baillière avait son candidat en effet. Or voici ce qu'on racontait à ce sujet dans la coulisse : Il y a toujours à l'Académie un certain nombre de membres assez indifférents à tout ce qni se passe dans leur propre maison (j'entends celle de la rue de Poitiers) et qu'on ne tire de leur apathie qu'avec les plus grandes difficultés; ces membres paraissant assez bien disposés pour le candidat de M. Baillière, l'habile libraire a cherché un moyen de les rendre exacts à la séance en leur offrant pour jeton de préseoce deux charmants petits volumes de Pariset. M. Baillière a certaioement plus d'esprit qu'il n'en faut pour jouer un pareil tour aux académiciens peu zélés; mais je dois croire que l'histoire de la coulisse est moins vraie qu'ingéoieuse, et j'ai une excellente raison pour cela, c'est que M. Baillière, qui connaît beaucoup mieux que la coulisse son personnel académique, était parfaitement certain de l'élection de son candidat, même abstraction faite des voix retardataires. Je tiens donc pour certain que le célèbre éditeur a obéi uniquement à une généreuse impnlsion en dotant l'Académie de deux cents jolis volnmes dont la lecture charmera plus d'une fois les loisirs des académiciens et de tous les médecins qui auront l'avantage de les posséder. Cette libéralité est aussi un digne bommage rendu à la mémoire de Pariset.

— Où diable l'ambition va-t-elle se nicher! Depuis quinze jours qu'on me le dit de toutes parts, depuis quinze jours que je le vois écrit snr tontes les gazettes, je n'ose vraiment en croire mes yeux et mes oreilles; et cependant commeot en douter encore quand tous les écbos le répètent et que lui-même ne proteste pas! — Qui, *lui-même?* — Eb! par Dieu, M. Rochoux! M. Epicure-Rochoux, que je croyais à tout jamais détacbé des choses de la terre, au moins de celles qui peuvent altérer, déranger en quoi que ce soit le calme de la circulation, la volupté des sensations, les molles douceurs du sommeil; M. Rochoux entre en lice pour disputer des couronnes académiques! Ah! monsieur Rocboux! monsieur Rochoux! est-ce là ce que vous a appris votre illustre et digne modèle Epicure premier? Ce n'est point que vos études sur le poumon ne soient dignes de figurer parmi les ouvrages les plus méritants qui seront présentés au concours et qu'elles ne puissent ajouter une couronne de plus à celles qui ornent déjà votre front. Mais, vous ne l'ignorez point, qui dit concours, dit combat; qui dit combat, dit fatigue, amour de la victoire, possibilité d'nne défaite, espoir, déception; en un mot, émotions vives et multipliées. Qu'il y a loin d'un tel état à cette placidité d'âme que recommande votre maître, et que vous-même croyez si indispensable au vrai bonbeur et à la saoté qui en est la première condition! En vérité, monsieur Rocboux, je vous le dis, si vous enfreignez les préceptes d'Epicure après les avoir scrupuleusement observés pendant cinquante et quelques années, si vous deveoez inconstant à votre âge, cela vous portera malheur! Croyez-en donc un véritable ami, cultivez la science pour elle-même, pour le bonbeur qu'elle prooure; mais gardez-vous de courir après les couronnes : votre gloire n'a plus rien à gagner, et votre florissante et juvénile santé a, grâce à Dieu, encore tont à pcrdre.

— Qu'une jeune et jolie somnambule ait séduit certains confrères et les ait associés à la pratique de son art et même à sa destinée,

jours à ce médicament, après la disparition complète de la fièvre, lorsque l'apparition d'un nouvel accès pouvait être à craindre.

MM. Bretonneau (de Tours) et Trousseau ont adopté cette méthode.

Il y a des cas dans lesquels elle ne réussit pas.

La dose de sulfate de quinine à administrer doit être en rapport avec l'ancienneté de la fièvre, le degré d'intumescence de la rate, l'intensité de la cause qui a produit la fièvre. La dose sera plus élevée si la fièvre s'est produite dans un pays marécageux. L'ancienneté de la fièvre doit être prise en grande considération, car, à mesure que la fièvre devient plus ancienne, il faut élever la dose, sous peine de ne pas réussir. L'intumescence de la rate est, dans un grand nombre de cas, le signe caractéristique indiquant la dose du sulfate de quinine à employer. Ainsi, la fièvre existe-t-elle sans engorgement de la rate, on devra administrer la plus petite possible de sulfate de quinine, 20, 30, 40 centigr.

Cette dose minimum est augmentée en proportion du degré de tuméfaction de la rate. Ainsi, lorsque la longueur de la rate est de 8 à 80 centim., la dose varie de 40 à 60 centigr.; de 28 à 30 centim., hauteur maxima que la rate puisse atteindre, on doit administrer la dose maxima de sulfate de quinine, 1 gram. 50 à 2 gram. Les doses intermédiaires doivent être fixées approximativement d'après le volume de la rate, et la dose doit être plutôt forte que faible. M. Bally, qui a insisté un des premiers sur la nécessité de l'administration du sulfate de quinine à haute dose, en a donné à ses malades jusqu'à 3 et 4 gram. par jour. Depuis, M. Piorry a adopté une formule semblable; dans ces derniers temps, ce médecin est descendu à des doses moins fortes. Pour moi, je ne vais jamais au delà de 2 grammes.

Pendant combien de temps doit-on continuer le traitement?

Tant que l'engorgement de la rate n'a pas complètement disparu, le traitement doit être continué; et lorsqu'on veut cesser le traitement, il convient, comme le conseillait M. Bally, d'administrer d'abord la dose la plus forte (2 gram.), et de diminuer peu à peu depuis 2 gram. jusqu'à 30 centigr., dose minima.

Parmi les auteurs qui ont traité la question des fièvres intermittentes, il en est qui veulent qu'on administre le sulfate de quinine le jour même de l'accès, d'autres les jours intermédiaires aux accès (dans le cas où la fièvre n'est pas quotidienne). Je pense qu'on doit l'administrer tous les jours, même les jours pyrétiques, en ayant soin, bien entendu, de le faire prendre le plus longtemps possible avant l'heure de l'accès.

Le sulfate de quinine administré ainsi réussit presque constamment; et sur 100 fièvres intermittentes on en trouve à peine 3 ou 4 qui résistent à ce mode de traitement, et encore, dans ces exceptions, l'intumescence de la rate coïncide avec un état phlegmasique de ce viscère.

Il est facile de reconnaître cet état phlegmasique; car, dans ce cas, le malade éprouve une douleur assez vive, quelle que soit la position qu'il prenne, douleur qui augmente à la pression. Dans ce cas, il faut s'attendre à voir le sulfate de quinine échouer; et lorsque, malgré l'état phlegmasique, on veut l'administrer, la fièvre cesse et l'engorgement persiste. Dans ces circonstances, il convient d'employer les ventouses scarifiées qui agissent sur la phlegmasie, en même temps qu'on continue l'usage du sulfate de quinine contre la fièvre et l'intumescence de la rate. Ce sont ces cas particuliers de fièvre intermittente avec intumescence et état phlegmasique de la rate, qui ont donné lieu à ces erreurs qu'on commettait autrefois lorsqu'on attribuait le gonflement persistant de la rate à l'emploi du quinquina.

On peut administrer le sulfate de quinine par la bouche,

En solution, en diminuant un peu la dose;

En poudre, on le fait prendre dans un pain à chanter, en ayant soin de faire prendre après un peu d'eau acidulée et alcoolisée.

En lavement, cette méthode est encore très bonne.

En frictions sur la peau, sous forme de pommade, elle produit un effet médiocre.

Par la méthode endermique, il faudrait une dose trop forte. Du reste, cette méthode est très douloureuse.

Ces deux dernières méthodes (frictions, méthode endermique) peuvent amener la guérison lorsque la fièvre n'est pas ancienne; dans le cas contraire elle n'eut jamais de résultat.

Les ventouses, employées concurremmnnt avec le sulfate de quinine, aident à la résolution de l'engorgement de la rate, lors même que cet engorgement n'est pas compliqué d'un état phlegmasique de cet organe. L'emploi des ventouses permet d'abaisser la dose de sulfate de quinine et de la réduire de 2 gram., dose maxima, à 1 gram. 50, mais il ne peut suppléer le sulfate de quinine; et même lorsqu'on diminu la dose de ce médicament d'une quantité plus considérable, la guérison n'est pas complète et on laisse le sujet exposé aux récidives.

C'est dans l'intervalle des accès que l'on doit appliquer les ventouses, et seulement le lendemain du jour où le malade a pris une dose préalable de sulfate de quinine.

Le vésicatoire peut aider également à la résolution; mais l'application des ventouses est préférable.

On a proposé la saignée générale pratiquée au moment où le malade est pris du frisson, comme moyen curatif. Certains auteurs prétendent avoir obtenu ainsi la cessation complète de la fièvre. Quant à moi, je préfère le sulfate de quinine et les autres moyens que j'ai indiqués, à la saignée au commencement de l'accès.

Procédé de Bourgery. — Application d'une ligature autour des membres inférieurs. — Au moment où le malade va avoir son accès, Bourgery donne le conseil d'entourer la cuisse d'une bande roulée assez serrée pour troubler la circulation. Ce moyen réussit quelquefois à couper l'accès, mais ne prévient jamais la récidive.

Application de la grande ventouse de Junod. — J'ai vu employer ce moyen dans un cas de fièvre quarte qui avait résisté à une dose insuffisante de sulfate de quinine. Le malade avait une troisième récidive. La grande ventouse fut appliquée au commencement de l'accès, qui fut coupé; mais l'engorgement de la rate ayant persisté dans la suite, quoique je n'aie pas revu le malade je suis convaincu, d'après le fait seul de l'engorgement de la rate, que la fièvre intermittente a reparu de nouveau.

Le procédé de M. Gondret, qui consiste à placer les ventouses sur la région dorsale de la colonne vertébrale, a pour effet d'arrêter l'accès, mais n'empêche nullement la récidive; et plusieurs des malades traités d'après cette méthode par M. Bricheteau sont venus dans mes salles atteints de récidives.

Fébrifuges succédanés du quinquina. — La centaurée, la camomille, toutes les plantes amères, renferment un principe actif. Le succin, la salicine, extraite du saule blanc, jouissent de propriétés fébrifuges bien peu prononcées. Enfin dans ces derniers temps une expérience dont le résultat a été assez satisfaisant, a été tentée dans le service de M. Chomel sur une plante d'Afrique, le *kaïcedra*, assez commun dans le Sénégal.

L'arsenic a été jugé très utile dans le traitement de la fièvre intermittente; d'autres auteurs, au contraire, l'ont trouvé inutile et même dangereux. M. Boudin cite un grand nombre de cas où ce genre de traitement lui aurait offert un résultat plus avantageux que l'emploi de sulfate de quinine. En 1843, je fis quelques expériences avec M. Rayer. Nous portâmes la dose d'acide arsénieux à 2 et 3 centigr. par jour. La fièvre cessait bien au bout de quatre ou six jours, mais la rate n'avait pas diminué de volume, et les accès, après avoir cessé, reparaissaient quelquefois au bout de huit jours.

Ces résultats firent abandonner ce médicament. Depuis, M. Boudin ayant par de nouvelles observations cherché à établir la propriété fébrifuge de l'acide arsénieux, j'entrepris de nouvelles expériences, et je fixai la dose à 3 ou 4 centigr. par jour. Cette fois encore le résultat fut le même, et la fièvre, qui ne cédait jamais avant le septième ou huitième jour du traitement, revenait constamment. Dans cinq ou six cas particuliers je continuai d'administrer l'acide arsénieux après la disparition de la fièvre, mais sans plus de succès; la fièvre revenait comme avant, malgré la continuation du traitement. D'où je conclus que l'acide arsénieux est un fébrifuge bien infidèle, et que dans l'état actuel de la science le quinquina ne saurait être remplacé par aucun autre agent.

Jusqu'à présent, je dois le dire, le quinquina est le seul médicament qui ait la vertu d'agir en même temps et sur la fièvre et sur l'intumescence de la rate, et je ne crains pas d'affirmer que tout remède qui est sans action sur l'engorgement fébrile de la rate doit être considéré comme un mauvais fébrifuge.

VERRE A BIÈRE INTRODUIT DANS LE VAGIN;

Difficultés éprouvées pour l'extraction du corps étranger;

Par le docteur JANSSENS fils, membre correspondant, à Ostende.

Si dans la pratique chirurgicale il se rencontre des cas où le praticien, privé de tout guide classique, se trouve embarrassé et est obligé de suivre l'inspiration que lui suggère la nécessité du moment, un de ceux qu'il rencontrera le plus souvent sera certes l'extraction de corps étrangers introduits dans nos cavités ou égarés dans nos tissus. Nous croyons utile de livrer à la publicité un fait de ce genre qui s'est présenté dans notre pratique. Le moyen employé était-il le meilleur? Nous soumettons cette question à l'appréciation de nos collègues. Comme il nous a parfaitement réussi, peut être quelques-uns d'entre eux pourront en tirer profit dans l'occasion.

Dans la soirée du 28 février dernier, nous fûmes appelé en toute hâte chez une femme qui ne pouvait parvenir à extraire du vagin un verre à bière qui y était introduit en entier et la laissait en proie aux plus horribles souffrances.

La patiente était âgée de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, chlorotique; mariée et séparée de son mari, elle avait éprouvé des malheurs, à la suite desquels elle s'était adonnée à la boisson. Elle nous dit que, voulant se mettre sur le pot de nuit, elle l'avait manqué, s'était assise sur un verre qui se trouvait à côté, et que celui-ci se serait introduit dans le vagin; comme bien l'on pense, nous ne fûmes pas dupe de cette explication. Voulant nous mettre en mesure d'extraire le corps étranger, nous fîmes mettre la femme en travers sur le lit, dans la position qu'on fait prendre habituellement pour pratiquer des opérations obstétricales.

A l'extérieur, on ne voyait que les parties génitales dans l'état normal; le corps étranger était entièrement caché derrière l'anneau vulvaire. Le toucher nous fit reconnaître la présence d'un grand verre à bière; le cul du verre correspondait au museau de tanche.

Dans la crainte de blesser les organes importants qui sont en rapport avec le vagin, nos efforts tendirent à extraire le verre sans le briser.

Nous introduisîmes la main non sans quelque difficulté, à cause de l'excessive contraction des sphincters; tous nos efforts furent inutiles, d'un côté à cause de cette contraction, de l'autre à cause du poli du verre, qui, lubrifié par les mucosités du vagin, n'offrait aucune prise à nos doigts. Nous tentâmes d'introduire une sonde métallique recourbée; nous ne pûmes faire aucun effort de cette manière. L'idée d'introduire une pince à polype, de l'ouvrir dans le verre et de faire ainsi des efforts d'extraction fut abandonnée, à cause de la fragilité de la substance et du poli du corps étranger qui n'aurait offert aucun point d'appui à nos tentatives. La pratique des accouchements nous suggéra enfin l'idée d'appliquer le forceps, et de retirer le corps étranger comme si ç'avait été la tête d'un enfant. La première branche fut introduite non sans quelques difficultés; nous ne pûmes parvenir à introduire la seconde branche, la crainte de briser le verre nous interdisant tout effort un peu violent.

Ramenant alors la branche introduite vers la paroi postérieure du vagin, nous nous en servîmes comme d'un levier; la fourchette se distendait fortement; dirigeant nos efforts dans ce sens pendant que deux assistants écartaient violemment l'anneau vulvaire et faisaient correspondre l'axe du verre à celui du petit bassin, nous eûmes la satisfaction d'amener le corps étranger, en faisant subir toutefois à la femme des souffrances que la guérirent, croyons-nous, de son incompréhensible passion.

Le verre était de forme cylindrique, présentant vers le cul des rainures; son diamètre avait sept centimètres et demi, sa hauteur était de huit centimètres.

Parmi les nombreuses observations de corps étrangers engagés dans le vagin qu'on rencontre dans la science, nous n'en avons trouvé dans nos ouvrages aucun qui ait une analogie complète avec l'observation que nous rapportons.

Dupuytren, en 1827, fit l'extraction d'un pot de pommade du vagin d'une jeune fille; si le séjour plus prolongé rendait l'extraction plus difficile chez la patiente de Dupuytren, d'un autre côté la matière moins fragile offrait plus de prise aux instruments, et, sous peine de briser infailliblement le verre, nous n'aurions pu employer la pince comme le fit le célèbre chirurgien. (*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Bruges.*)

---

c'est là un fait qui ne m'a jamais étonné beaucoup et qui me semble trouver une explication assez natnrelle dans les faiblesses bumaines dont la toge hippocratique, hélas! ne garantit pas toujours la gravité doctorale. Je me suis donc assez facilement habitué à lire sur la quatrième page des journaux les invitations conçues à peu près dans ces termes : Mademoiselle N..., somnambule extra-lucide; donne tous les jours des consultations *sous la direction d'un docteur*. Mais ce qui m'a passablement surpris, j'en conviens, c'est de voir non pas qu'un docteur mais qne trois docteurs et deux officiers de santé se soient laissé séduire par un rebouteur! Le fait n'est pourtant que trop certain; c'est devant le tribunal correctionnel d'Arcis-sur-Aube que la preuve vient de s'en dérouler. Un rebouteur cbampenois, d'une grande réputation parmi le public de la contrée, mais en médiocre odeur de sainteté auprès de MM. du parquet, avait deux fois déjà essuyé les rigueurs de la justice (rigueurs assez douces, comme vous le savez, quand elles s'appliquent aux charlatans). Pour se mettre à l'abri d'une troisième atteinte, le célèbre rebouteur ne trouva rien de mieux que de se faire déclarer docteur de par la grâce de quelques-uns de ses futurs confrères. Ceux-ci se réunirent au nombre de cinq; ils présentèrent au docte bachelier nn fémur, que celui-ci prit incontinent et sans hésiter pour un tibia, après quoi l'on chanta le *Dignus est intrare* et l'on procéda à la consécration. Tout allait pour le mieux; les boiteux, les manchots, les estropiés de tout genre arrivaient en foule et s'en retournaient comme ils étaient venus, avec cette différence que leurs poches, pleines en entrant, étaient vides à la sortie. Le célèbre Félix (c'est le nom du rebouteur) jouissait en paix des honneurs et des profits de son nouveau titre, lorsque, pour la troisième fois, la justice vint le troubler dans l'exercice de ses fonctions. Mais, cette fois, Félix reçut les robes noires avec tout le dédain qui appartient à un génie injustement offensé, et, ponr toute réponse, il déplia un parcbemin en bonne forme signé de trois docteurs et de deux officiers de santé.

Malheurensement pour l'élève et pour les professeurs, la forme n'était pas anssi bonne que le pensait Félix. Non-seulement le procureur de la République s'en montra peu satisfait; mais au lieu de s'attaquer uniqnement au rebouteur, il fit descendre en même temps les trois docteurs et les deux officiers de santé de la cbaire professorale sur les bancs de la correctionnelle. Cette position devenait un peu cruelle pour les professeurs improvisés; mais par bonheur les robes noires étaient en veine d'indulgence ce jour-là : l'élève Félix, comme récidiviste pour la deuxième fois, fut condamné à 10 fr. d'amende, et les cinq professeurs à 5 fr. chacun, dépens partagés. Francbement il faut n'avoir pas 5 fr. dans sa poche pour se priver du plaisir de faire un docteur, en supposant qu'il n'y ait à cela qne du plaisir. Vivent les juges en général et les juges cbampenois en particulier! X...

Par arrêté de M. le ministre de la justice, les droits de présence pour les concours qui seront ouverts dans les Facultés de droit sont fixés ainsi qu'il suit; Au président, 15 francs par séance; pour chaque juge adjoint, 10 fr.; pour cbaque juge, 10 fr.; pour le secrétaire, 6 fr. — Pour les concours qui auront lieu dans les Facultés de médecine, les droits de présence à allouer au secrétaire seront pareillement réduits à 6 fr. par séance.

— Un arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce porte que quatre élèves en médecine et deux élèves en pharmacie seront, pendant les mois de juin, juillet et août 1850, entretenus par son département auprès des établissements thermaux de Vichy, Néris, Bourbon-l'Archambault et Plombières.

MÉDECINE LÉGALE.

Remarques sur les taches de sang produites sur un pavé de grès.

Par J.-L. LASSAIGNE.

L'altération que les taches de sang éprouvent sous l'influence de l'air, de la lumière et de l'eau ne permet pas toujours de bien caractériser les principes qui les composent, surtout lorsqu'on agit sur des restes de ces taches.

Un fait nous a paru intéressant à examiner sous le rapport médico-légal, c'est celui que nous avons observé sur une portion de pavé en grès sur laquelle était tombée une certaine quantité de sang d'un animal qui avait été saigné. Cette portion de sang, d'un quart de décilitre environ, desséchée peu à peu à la surface du grès par suite de son exposition à l'air, en avait été ensuite détachée et lavée par la chute de la pluie.

Malgré une pluie qui dura plus de vingt-quatre heures, la portion du pavé recouverte primitivement de sang avait conservé une teinte rougeâtre et brune. Cette teinte colorait le grès à une profondeur d'un centimètre et demi. Curieux de nous assurer par l'expérience s'il serait possible de constater la nature de ces taches après un temps plus ou moins long, nous laissâmes plus d'un mois ce pavé soumis à l'action alternative de la lumière solaire et de la pluie sans qu'il perdît

sa teinte; celle-ci s'était seulement très affaiblie et avait contracté une couleur verdâtre-sale tirant sur le rougeâtre.

Voulant à cette époque examiner ces restes de tache, nous détachâmes à l'aide d'un ciseau et d'un marteau des portions de ce grès taché, et c'est sur celles-ci que nous avons entrepris les essais suivants :

Une partie de ce grès taché fut réduite en poudre dans un mortier d'agate et mise en contact avec de l'eau distillée froide pendant douze heures en agitant par intervalles. L'eau ne tarda pas à se colorer en prenant une faible teinte rouge-brunâtre, qui se fonça peu à peu. Décantée du résidu insoluble qui était encore coloré, la solution aqueuse a présenté les caractères suivants :

1° Elle moussait légèrement par l'agitation ;

2° Essayée par l'acide azotique et l'acide chlorhydrique, elle se troublait en se décolorant et donnant lieu à des précipités floconneux, blanchâtres ;

3° Chauffée, cette même solution aqueuse se troublait avant de bouillir et se décolorait en abandonnant un précipité floconneux, gris-verdâtre-sale, de la couleur et de l'aspect de l'écume de bouillon de viande.

Ce coagulum, mis en contact avec quelques gouttes de solution faible de potasse caustique, s'est redissous complétement en fournissant une dissolution d'une couleur vert-bouteille, que le solutum de chlore et l'acide chlorhydrique ont précipité ensuite en flocons blancs. L'ensemble de ces réactions ne permet donc pas de douter qu'elles sont dues à ces principes du sang (l'albumine et l'hémachroïne) qui forment la base de ce liquide animal, principes qui servent généralement à en caractériser les taches les plus faibles.

La portion de grès qui avait été mise en macération dans l'eau froide conservait encore une teinte verdâtre, quoiqu'elle ne cédât plus rien à ce liquide. Traitée par de l'eau légèrement ammoniacale, elle a fourni à cet alcali une matière qui l'a colorée promptement en rouge-brun pâle. Cette nouvelle solution n'éprouvait aucun changement par l'acide acétique, mais se troublait en se décolorant par l'acide azotique qui y occasionnait un précipité fauve tirant sur le rougeâtre.

Une portion du même liquide ammoniacal, évaporée à une douce chaleur, a fourni un coagulum rougeâtre comme en forme l'hémachroïne.

Les essais rapportés ci-dessus démontrent donc que les molécules sanguines qui avaient pénétré les interstices du grès ont pu y rester en partie, malgré l'action de la pluie, qui a dû en enlever une plus ou moins grande quantité; et qu'après un mois, il a été encore possible de constater la nature des taches qui s'y trouvaient.

Cette observation devra être prise en considération par les chimistes-experts dans les recherches qu'ils pourront entreprendre pour reconnaître les taches de sang qui auraient été déposées sur des corps plus ou moins poreux, et placées dans les conditions indiquées dans cette note.

(*Journal de Chimie médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 avril 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Relâchement des symphyses du bassin. — Erreurs de diagnostic. — Consolidation.

M. DANYAU fait un rapport sur un mémoire lu à la Société par M. F. Martin et intitulé : *De l'écartement des os du bassin et sur les avantages d'une ceinture métallique propre à consolider les articulations relâchées.*

Voici un extrait de ce rapport :

M. Martin s'est contenté dans son mémoire de démontrer par quatre faits intéressants deux points essentiels, à savoir :

1° La facilité des erreurs de diagnostic dans l'appréciation de l'écartement des os du bassin ;

2° La possibilité de guérir cette affection, une fois reconnue, par une ceinture métallique.

Les observations relatées prouvent que, d'après quelques signes trompeurs, la maladie a été prise pour un déplacement de l'utérus, qui n'en était cependant qu'un effet secondaire ou une complication, et comment d'après cette méprise la guérison ne s'est effectuée que par des moyens rationnels.

L'erreur, cependant, est, sinon excusable, du moins facile à concevoir : en effet, si le relâchement des symphyses du bassin est un phénomène assez commun, peut-être même général, pendant la grossesse, « ce relâchement, dit M. Danyau, porté au point de constituer un état morbide sérieux, est tout à fait exceptionnel et très rare. Cette rareté, comparée à l'excessive fréquence des déplacements de l'utérus à la suite de couches, peut, jusqu'à un certain point, expliquer les erreurs de diagnostic signalées par M. Martin.

» Sans doute, l'auteur n'a rien découvert de nouveau ; aucun signe diagnostique jusqu'ici oublié n'a été indiqué par lui, et, pour les praticiens inattentifs, l'écueil restera le même. Mais au moins les faits sont instructifs, et l'enseignement qu'ils portent en eux les rend dignes, à notre avis, de l'attention de la Société et de la publicité qu'elle jugera sans doute convenable de leur donner.

» Quelle que soit l'importance du diagnostic, celle du traitement est beaucoup plus grande encore. M. Martin y a donné tous ses soins, sans pourtant, sur ce point comme sur l'autre, rien imaginer de nouveau.

» Boyer recommandait la compression du bassin à l'aide d'une ceinture de cuir. M. Martin se sert d'une ceinture composée d'un cercle métallique complet qui embrasse la circonférence entière du bassin.

» Nous devons rendre à M. Martin cette justice que sa ceinture répond à toutes les indications et que nulle n'est plus propre à les remplir....

» Rapport exact, fixe, permanent des os, telle est donc l'indispensable condition du succès. La consolidation est à ce prix. Quatre fois, M. Martin a su l'obtenir complète, durable, définitive.... »

Les conclusions du rapport sont :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

M. HUGUIER appuie les réflexions faites par M. le rapporteur, et il raconte qu'une femme a été adressée récemment dans son service comme atteinte d'une maladie utérine ou d'un déplacement qui donnait lieu à des accidents graves et à l'impossibilité de marcher. Il examina cette malade avec le plus grand soin à plusieurs reprises, et reconnut que l'on avait porté sur elle un diagnostic erroné. Les effets produits par la prétendue maladie de l'utérus étaient dus à un relâchement des symphyses du bassin.

C'est là une cause fréquente de méprise, d'autant plus que souvent alors il existe en même temps une déviation de l'utérus.

M. MARJOLIN demande si cette erreur de diagnostic est réellement aussi fréquente qu'elle paraît l'être. Il croit que l'époque à laquelle remonte l'apparition des accidents ou le temps écoulé depuis est une circonstance à prendre en considération, et il regrette que M. le rapporteur n'en ait point parlé.

M. DANYAU répond que l'auteur du mémoire a tenu compte de cette circonstance chez les malades dont il a donné les observations. Il ajoute d'ailleurs que l'on a vu des exemples de relâchement des symphyses du bassin datant de huit ou dix ans et pouvant ainsi augmenter les difficultés du diagnostic.

M. HUGUIER dit à cette occasion que la malade dont il a parlé se trouvait dans le même état depuis plusieurs années.

M. GOSSELIN fait remarquer, d'après le rapport, que quatre malades sont citées dans le mémoire, tandis qu'une seule a été vue par la commission. Il propose de retarder la publication du mémoire de M. Martin jusqu'à ce que sa ceinture ait été appliquée et appréciée par d'autres. Il demande, en un mot, que, pour se prononcer définitivement sur la valeur de ce moyen, on attende de nouveaux faits authentiques.

M. DANYAU répond que les cas de ce genre sont rares et que la proposition de M. Gosselin, si elle était adoptée, entraînerait un retard indéfini, lorsque la guérison des quatre cas dont il s'agit est un fait avéré. Il répète que les femmes affectées de ce relâchement symphysaire souffrent beaucoup, et que, lorsqu'elles sont guéries par d'autres moyens, ce n'est qu'après un temps très long. Les succès obtenus par M. Martin méritent donc d'être pris en considération.

M. GOSSELIN, d'après ce raisonnement, retire sa proposition.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions du rapport, qui sont adoptées.

M. DEBOUT demande que le rapport de M. Danyau soit annexé au mémoire. — Appuyé.

Corps étranger (morceau de verre) dans l'épaisseur de la main.

M. FLEURY, candidat au titre de membre correspondant de la Société, lit une observation, dont voici le sommaire :

« Corps étranger (morceau de verre de bouteille) ayant pénétré dans la paume de la main par l'effet d'une chute, le 4 décembre 1846; — séjour du corps étranger dans l'épaisseur des chairs pendant plusieurs mois; — extraction le 11 août 1847; — difficulté de cette extraction par l'enclavement du corps étranger dans le troisième espace inter-métacarpien. (Sa longueur de 23 millimètres, sa largeur de 9 millimètres, son épaisseur de 7 millimètres à la base).

Amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, d'après la méthode ovalaire modifiée.

M. Fleury, continuant sa lecture, soumet à l'appréciation de la Société une modification qu'il propose à l'amputation scapulo-bumérale, d'après la méthode ovalaire.

Voici en quoi consiste ce procédé:

Premier temps. — Incisition verticale partant du sommet de l'espace inter-acromio-coraco-claviculaire et descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'acromion. Cette incision intéresse les téguments, le muscle deltoïde, la capsule synoviale, et tombe entre les deux portions du biceps, sur la coulisse bi-crépitale.

Deuxième temps. — Incision circulaire de la peau et du tissu cellulaire, tombant sur l'angle inférieur de l'incision verticale.

Troisième temps. — Section en biseau des muscles jusqu'à l'os, depuis le bord postérieur de l'aisselle jusqu'à l'incision verticale. Il en résulte un lambeau triangulaire externe. L'articulation est mise à nu par ses côtés antérieur, externe et postérieur.

Quatrième temps. — Section des moyens d'union de l'articulation, le couteau étant porté à plein tranchant et perpendiculairement à la tête humérale. Incision de dedans en dehors au niveau de l'incision de la peau des parties axillaires, après toutefois que l'artère a été saisie et comprimée.

M. Fleury expose ensuite les avantages qu'il attribue à ce mode opératoire, modifié d'après le procédé de Larrey,

M. Larrey avait demandé la parole sur cette communication; mais, comme elle doit être l'objet d'un rapport, elle ne peut être soumise à une discussion immédiate, et elle est renvoyée à l'examen de lu commission déjà nommée pour la candidature de M. Fleury.

Polype fibreux des fosses nasales, à prolongements multiples.

M. GIRALDÈS présente une pièce pathologique dont il expose l'bistoire à peu près de la manière suivante :

Un jeune homme de vingt-deux ans est entré dans son service le 5 mars, pour se faire opérer d'un polype des fosses nasales. Ce malade avait déjà été opéré en province, il y a un an, par la ligature et l'arrachement.

La tumeur, au moment où il fut admis à l'hôpital, offrait un volume considérable; elle occupait toute la fosse nasale gauche, dont la cavité se trouvait agrandie par le refoulement en dehors et en dedans des parois osseuses. Le polype se portait surtout en avant : il avait dilaté les ailes du nez et la racine de cet organe; on le voyait à travers la narine, il se prolongeait également en arrière, et on reconnaissait très bien le prolongement postérieur, en portant le doigt au fonds de la bouche, où on trouvait, au-dessous du voile du palais, une tumeur arrondie facile à circonscrire à sa partie inférieure.

La dilatation considérable des fosses nasales, la tendance de la tumeur à se porter surtout en avant, ont fait croire à M. Giraldès que son pédicule pouvait s'insérer à la partie moyenne des fosses nasales, et qu'on pourrait l'enlever sans être obligé d'enlever partie ou totalité de l'os maxillaire supérieur. Pour mettre cette idée à exécution, il a fendu la narine dans toute sa hauteur. Il se disposait à enlever les os propres du nez et l'apophyse montante, si la première incisive ne lui avait pas donné assez de place pour exécuter l'opération. La tumeur, mise à découvert, a été attaquée d'avant en arrière à l'aide d'un bistouri boutonné et de ciseaux courbes. Sa partie supérieure fut divisée sans difficulté; mais ce temps de l'opération a été suivi d'un écoulement de sang assez abondant pour nécessiter l'ablation rapide de la portion de la tumeur qui avait été divisée, et qui était adhérente à la paroi externe. Il fallut diviser ces adhérences.

« La moitié antérieure de la tumeur étant enlevée, dit M. Giraldès, et l'hémorrhagie un moment arrêtée, j'explore avec soin la fosse nasale ; je reconnais alors que la partie restante se détachait de la surface basilaire de l'occipital par un pédicule épais, et qu'en outre elle se confondait avec les parois externe et interne des fosses nasales. Il me fut démontré que l'enlèvement complet de cette masse ne pourrait se faire qu'à la condition d'enlever l'os maxillaire supérieur. Or comme mon opéré avait perdu beaucoup de sang, qu'il était très fatigué, et que d'ailleurs je n'avais pas sous la main les instruments nécessaires à l'ablation du maxillaire, j'ai pensé qu'il serait prudent d'attendre que l'opéré fût guéri de cette première tentative, et d'enlever plus tard la totalité de la tumeur après avoir enlevé l'os maxillaire.

» Le malade, porté dans son lit, succomba seize jours après à une gangrène du poumon et à une inflammation couenneuse des voies aériennes.

» L'autopsie, en nous permettant de suivre tous les développements du polype, a également démontré qu'une tumeur semblable ne pouvait être enlevée avec succès, à moins d'enlever préalablement la totalité ou une partie de l'os maxillaire supérieur.

» L'examen que nous avons fait de cette pièce nous permet de éonstater : 1° l'agrandissement de la fosse nasale ; 2° les prolongements que la tumeur envoie dans toutes les directions ; 3° des désordres que la pression a produits sur les parties dures de l'enceinte osseuse où elle était renfermée.

» On remarquera sur la pièce que la partie postérieure du polype occupe la partie postérieure des fosses nasales ; qu'elle se détache de la surface par un pédicule épais, et qu'elle se confond en dedans avec la cloison nasale. Les prolongements de cette tumeur se dirigent en plusieurs sens : un premier entre dans le sinus sphéroïdal, agrandit cette cavité, amincit, use ses parois, et les traverse du côté du crâne par des prolongements secondaires. Un second prolongement s'avance du côté du sinus maxillaire, refoule dans cette cavité la paroi osseuse nasale, et pénètre à la manière d'un doigt de gant dans la cavité du sinus. Un troisième prolongement se détache également de la partie externe, pénètre à travers le trou sphéno-palatin, agrandit beaucoup cette ouverture, et se développe du côté de la joue entre l'apophyse ptérygoïde et le cartilage de la trompe d'Eustache. En outre, l'enceinte osseuse des fosses nasales cédant en grande partie à la pression de la tumeur, était amincie et atrophiée dans plusieurs points, et l'os plénum de l'ethmoïde est en partie érodé. Il en est de même de l'apophyse horizontale de l'os palatin ; les tissus fibreux des fosses nasales semblent également suivre ce mouvement d'hypertrophie ; la partie fibreuse de la membrane qui double la cloison nasale, le cartilage de la trompe d'Eustache étaient enfin épaissis et augmentés de volume. »

M. CHASSAIGNAC demande si quelque signe indiquait, pendant la vie, le prolongement du polype dans la fosse zygomatique. Ce fait lui semble remarquable sous plus d'un rapport. Ainsi, le refoulement de la paroi interne du sinus maxillaire peut être appréciable chez un jeune sujet, mais non chez l'adulte. Premier point.

Autre point. Si on eût enlevé la plus grande partie du polype avec l'os maxillaire, on aurait réduit de beaucoup la tumeur, et favorisé son atrophie ou l'élimination suppurative des portions restantes. M. Chassaignac ne croit donc pas, comme M. Giraldès, à l'inévitable suite d'une récidive.

M. GIRALDÈS regrette que M. Chassaignac n'ait pas examiné avec assez de soin la pièce anatomique, parce que les objections qu'il vient de faire ne lui semblent pas fondées sur une appréciation de l'état des parties, ne fût-ce que d'après l'épaississement de la dure-mère, annonçant une prolongation du polype dans le crâne.

On ne saurait donc admettre que des tissus hétérologues laissés au milieu des organes puissent disparaître ainsi; et il est très rationnel de croire, au contraire, que ce serait là sans doute le point de départ d'une récidive.

M. ROBERT partage l'opinion de M. Giraldès sur l'ablation de la mâchoire comme seul moyen de guérison; mais il doute, avec M. Chassaignac, du succès de cette opération.

Une circonstance l'intéresse particulièrement dans le cas dont il s'agit, c'est le prolongement du polype vers la fosse zygomatique, comme chez le malade opéré par lui, et dont la Société a eu connaissance. Il a vu encore récemment un cas analogue. Un jeune homme est entré dans son service pour un polype pharyngien compliqué d'une tumeur saillante au côté gauche de la joue. Le malade hésite à se laisser opérer. Ce sont là de ces tumeurs, ajoute M. Robert, dont il faut arracher tout ce qui ne peut être extirpé. Il partage donc, à cet égard, l'opinion et les craintes de M. Giraldès.

M. CHASSAIGNAC aurait voulu que M. Giraldès indiquât la nature de la tumeur, parce que, si surtout elle était fibreuse, elle eût été susceptible d'atrophie, malgré même son prolongement vers la dure-mère, tandis qu'il n'en eût pas été ainsi, bien certainement, si la tumeur eût été cancéreuse, et rien ne démontre qu'elle fût atteinte de cette dégénérescence.

M. GIRALDÈS ne trouve pas l'opinion de M. Chassaignac démonstrative. Il voudrait la preuve ou un fait à l'appui de cette allégation.

M. CHASSAIGNAC, de son côté, n'admet pas qu'il soit nécessaire d'argumenter sous cette forme. Il a d'ailleurs par devers lui des faits positifs pour étayer son opinion, et d'autres chirurgiens pourraient sans doute en citer également.

Ainsi, prenant pour exemple les tumeurs fibreuses de l'utérus, il trouve entre elles et ces polypes fibreux une analogie assez grande pour maintenir ce qu'il a avancé.

M. GIRALDÈS prétend, au contraire, que deux cas de ce genre mis en regard l'un de l'autre, n'ont aucune similitude entre eux.

M. Morel-Lavallée communique à ce sujet un fait qu'il a observé à la Charité. M. Velpeau avait lié un polype fibreux des fosses nasales, du gonflement survint à la joue vingt-quatre heures après l'opération; et une tumeur, qui, jusque-là, était restée latente, s'est manifestée dès lors, et, trahissant pour ainsi dire sa présence, a démontré qu'un prolongement du polype s'étendait dans la fosse zygomatique.

M. Nélaton, rappelant d'abord une circonstance signalée par M. Chassaignac sur la dépression du sinus maxillaire due au développement de la tumeur, fait observer que ce cas n'est pas rare.

Un autre point à noter, dit-il, c'est que l'on peut admettre, avec M. Chassaignac, l'affaissement ou l'atrophie d'un reste de tumeur que l'on a enlevée en partie, avec l'attention de ne pas appliquer au pédicule l'idée d'un semblable résultat. Mais M. Nélaton n'admet pas l'analogie établie par M. Chassaignac entre les polypes fibreux des fosses nasales et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

M. Huguier fait remarquer que ces polypes sont, ou bien pédiculés, se prolongeant quelquefois dans les cavités voisines, ou bien dépourvus d'adhérences. C'est en pareil cas, dit-il, que M. Chassaignac aurait raison, quant à l'atrophie de la portion restante. Mais, dans d'autres cas, des adhérences vasculaires conservent la nutrition à ce qui subsiste, et alors il n'y a point d'atrophie; la nutrition, au contraire, est entretenue.

Quant aux tumeurs fibreuses utérines, il en est qui tiennent à peine; et si celles-là sont enlevées en partie, le reste disparaît et la femme peut guérir. Si, au contraire, la tumeur a des adhérences intimes, toute section partielle n'empêchera pas le reste de vivre. Ce sont donc deux cas distincts, deux catégories différentes de tumeurs.

M. Chassaignac, lorsqu'il a remarqué le refoulement de la paroi du sinus maxillaire, n'avait pas encore vu ce fait.

Quant à la question d'atrophie ou de gangrène possible des parties restantes, il l'a soulevée en se fondant sur l'observation de certaines tumeurs non pédiculées. Il serait même porté, d'après cela, à proposer, comme méthode, de n'enlever quelquefois qu'un portion des tumeurs du même genre. Il croit enfin que si, dans le cas présenté par M. Giraldès, on eût enlevé tout ce qui était accessible à l'extirpation, on aurait pu espérer une guérison définitive.

M. Giraldès réplique par un seul mot, en disant que c'est là en quelque sorte un *desideratum* et non une démonstration pathologique.

M. Forget fait observer qu'en dehors de toute opération faite sur l'utérus on possède des exemples assez nombreux de corps fibreux spontanément sortis de la cavité utérine, dans une revue clinique de chirurgie, publiée il y a quelques années dans la *Gazette des Hôpitaux*, on en trouvera plusieurs exemples. Il ajoute que pendant son internat il a vu, dans deux cas, la sortie spontanée, non pas de corps fibreux, mais de portions de polype resté adhérent à la cavité utérine. Un polype intra-utérin avait été lié par Lisfranc, toute la portion comprise au-dessous de la ligature se détacha avec celle-ci; le pédicule, gros et assez long, resta adhérent à l'utérus. M. Lisfranc se disposait à l'attaquer par une seconde opération, lorsque la portion restante se trouva un matin dans les linges qui garnissaient la malade.

Quant à l'expulsion de tumeurs fibreuses survenues à la suite d'une opération incomplète, elle peut s'expliquer, sans doute, par l'inflammation snppurative et éliminatrice qui survient autour du corps étranger; mais ne peut-elle pas aussi trouver dans la structure musculaire de l'organe une disposition qui lui est favorable?

M. Forget voudrait qu'en présence des faits qui ont été produits dans ces derniers temps, et qui sont relatifs à l'*opérabilité* des tumeurs fibreuses, la Société se préoccupât de ce sujet, et qu'en se prononçant sur la question d'opportunité, elle donnât aux praticiens qui lisent nos comptes-rendus, une règle, un guide à cet égard. Pour lui, il se demande si, dans certaines circonstances, tout l'art du chirurgien ne doit pas consister à savoir s'abstenir.

En définitive, M. Forget croit qu'il serait important d'examiner la méthode nouvelle proposée par M. Chassaignac pour l'ablation partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus, méthode qui laisse à la nature le soin de se débarrasser du reste.

M. Maisonneuve fait observer que l'opération partielle proposée par M. Chassaignac, et considérée par M. Forget comme une méthode nouvelle pour l'ablation des tumeurs utérines, est une méthode jugée depuis longtemps comme fort mauvaise, et donnant des résultats déplorables, ainsi que l'ont reconnu par l'expérience MM. Récamier et Amussat. Lui aussi, comme M. Chassaignac, il a été séduit par cette idée, mais il a dû y renoncer. Il lui est arrivé, dans un cas de tumeur interstitielle qu'il a enlevée, de ne pas oser aller jusqu'au pédicule, qu'il a conservé. La malade a guéri, mais il n'y a pas eu d'élimination. Enfin, les cas de MM. Récamier et Amussat ont été constamment mortels, lorsque la portion restante de la tumeur s'est trouvée un peu considérable.

M. Huguier ajoute à ce que vient de dire M. Maisonneuve, que cette méthode d'extirpation partielle a été, en effet, expérimentée depuis longtemps. Il cite, par exemple, M. Robert, qui a eu à déplorer un cas de mort par le fait d'une ablation incomplète.

L'ablation partielle ne serait applicable, selon lui, qu'à de petites tumeurs siégeant sur le col, et particulièrement sur la lèvre postérieure; et mieux vaudrait même établir comme règle de ne point entamer une tumeur utérine qui ne puisse être enlevée en totalité.

M. Huguier rapporte, en terminant, une observation qu'il complétera plus tard; elle est relative à une énorme tumeur fibreuse qu'il a tenté d'opérer pour céder aux instances de la malade et à la demande de l'un de ses confrères.

M. le Président ajourne la suite de la discussion, à cause de l'heure avancée.

La séance est levée après cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

REVUE THÉRAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Nouvelle analyse chimique des tubercules de l'oxalis crenata,

Par J.-L. Lassaigne.

La culture de l'oxalis crenata, introduite dans plusieurs jardins, a démontré quel parti on pourrait tirer de cette plante pour la propagation de son tubercule. Déjà, en 1835, M. Payen a fait connaître que la composition de cette racine féculente se rapprochait de celle de la pomme de terre.

Un propriétaire des environs de Paris, amateur d'horticulture (1), ayant cultivé, l'année dernière, une certaine quantité d'oxalis crenata, nous a remis des échantillons de tubercules de cette plante pour que nous les soumissions à un nouvel examen chimique. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, un tubercule cultivé avec les soins nécessaires, peut produire de 90 à 100 tubercules de la grosseur d'une petite noix. Une autre remarque qui a été faite, c'est la modification de couleur qui survient dans un assez grand nombre de ces tubercules. Beaucoup de ces tubercules jaunes ont donné, dans le même terrain, des tubercules blancs de la même grosseur et à peu près du même poids. Cette dernière variété, comme la première, a le même goût; et, à part sa couleur, s'en rapproche par sa composition, ainsi que nous l'avons établi par une analyse comparative rapportée ci-dessous.

(1) M. Finot fils, propriétaire à St-Maurice près Charenton.

Si la culture de cette plante, qui exige des soins particuliers qu'on ne donne pas à la pomme de terre, prenait de l'extension, il est présumable que ce tubercule viendrait se placer à côté de quelques aliments féculents pour la nourriture de l'homme et des animaux. C'est sans doute à titre d'essai qu'on en a vu figurer parmi les produits de quelques marchands de comestibles de Paris, sous le nom de nouveau légume.

Les expériences que nous avons entreprises sur les deux variétés blanche et jaune qui nous ont été remises, nous ont permis d'en faire l'analyse immédiate, et de déterminer, par les procédés d'analyse élémentaire généralement adoptés, la proportion d'azote que ce tubercule contenait. Ce cernier résultat servira à placer ce produit parmi les aliments végétaux, et à déduire son équivalent nutritif par rapport à ceux-ci:

	TUBERCULE JAUNE	TUBERCULE BLANC.
Eau.	83,0	81,8
Amidon.	12,5	13,7
Légumine	0,6	0,5
Matière extract. azotée et sels calc.	2,8	3,0
Pectine.	0,2	0,2
Cellulose.	0,8	0,8
Matière colorante jaune-orangé. .	0,1	»
	10,00	10,00

La combustion d'une certaine quantité de tubercule jaune desséché à + 120°, a donné, sur 0gr,4 de matière, gaz azote, = 6cc,4 0m,77 de pression atmosphérique et à + 16° centigrades.

Réduits par le calcul à 0 température et à 0m,76 de pression, ces 6cc,4 de gaz azote pèsent 0gr,008,108; par conséquent, la proportion de cet élément dans 100 parties de tubercule desséché s'élève à 0gr,0202; le tubercule non desséché renfermerait 0gr,0036 seulement d'azote. Ces nombres, déduits de l'expérience, placent donc le tubercule de l'oxalis crenata entre la pomme de terre et le topinambour, dont les qualités alimentaires sont constatées depuis longtemps. En consultant le tableau des équivalents théoriques donné par M. Boussingault, on reconnaît que l'azote dosé dans la pomme de terre desséchée s'élève à 0gr,018, tandis que celui du topinambour sec est porté à 0gr,022; dans les mêmes substances non desséchées, le nombre exprimant l'azote est de 0gr,0037 pour la première et de 0gr,0042 pour la seconde: le tubercule de l'oxalis crenata, par la proportion de 0gr,0030 d'azote qu'il contient, se trouverait donc placé entre ces deux produits alimentaires.

(*Journ. de Chim. Méd.*)

— M. A. Becquerel, agrégé à la Faculté de médecine, médecin du Bureau central des hôpitaux, commencera jeudi, 18 avril, à trois heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, un cours élémentaire d'hygiène publique et privée qu'il terminera complétement dans le cours du semestre.

Ce cours sera continué les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 47.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

Les bureaux de la Gazette des Hôpitaux sont actuellement établis rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS, 17 AVRIL 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un incident réglementaire et un bon rapport de M. Gimelle sur un très intéressant mémoire de M. H. Larrey ont occupé hier la première moitié de la séance de l'Académie. La seconde moitié a été consacrée à un comité secret.

Nous avons donné dans notre compte-rendu le résumé fait par le rapporteur du mémoire de M. Larrey, en regrettant que le temps ne nous ait pas permis de faire un extrait plus étendu encore de ce rapport et surtout du mémoire lui-même. Peu de sujets en effet offrent une étude plus intéressante que celui que M. Larrey a traité dans son mémoire; peu semblent aussi susceptibles d'une solution précise, et aussi propres à faire sentir tous les avantages qu'il y a pour l'Académie à faire entrer autant que possible dans son sein tous les hommes en état de porter une observation éclairée sur des théâtres pathologiques divers. Un grand nombre de points soulevés dans le mémoire de M. Larrey sont aussi importants au point de vue de l'hygiène générale que de la pathogénie. Au premier rang se placerait, s'il était aussi exact qu'il paraît probable, ce fait extrêmement singulier de la fréquence infiniment plus grande, aujourd'hui qu'il y a trente ans, de l'adénite cervicale.

Il est évident que, si ce fait peut être mis hors de doute, son existence ne peut être attribuée qu'à une modification quelconque survenue dans les conditions hygiéniques, soit de l'armée seulement, soit de la population en général; il est infiniment probable aussi qu'une étude approfondie du sujet doit conduire à la connaissance de ces conditions nouvelles et à la possibilité de leur destruction.

Faut-il admettre avec M. Roux que parmi ces conditions se trouve, en première ligne, l'usage immodéré, voire même immonde, du tabac? Si nous ne portons pas au même degré que le célèbre professeur l'antipathie pour une habitude aussi contraire à la propreté qu'aux intérêts de l'économie publique, nous comprenons au moins une telle antipathie. Toutefois, nous ne croyons pas que l'habitude dont il s'agit ait une influence aussi incontestablement fatale que l'admet le savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Dans tous les cas, nous sommes certain que c'est là une opinion à démontrer. Le contraire résulterait même assez clairement des observations de M. Larrey, si, comme tout porte à le croire, ces observations sont hors de toute contestation. Il nous semble bien certain en effet que l'usage de la pipe n'est pas moins répandu aujourd'hui parmi les classes ouvrières que parmi les militaires; dans certaines catégories d'ateliers surtout, on peut dire que la fumigation nicotianique est à peu près en permanence; cependant, il paraît bien évident que les ouvriers qui travaillent dans ces ateliers sont moins que les soldats exposés à l'adénite cervicale. Mais, tout en faisant nos réserves relativement à l'opinion émise par M. Roux, nous n'en sommes pas moins très convaincu de l'intérêt qu'il y aurait à étudier d'une manière toute spéciale l'influence que peut avoir la mauvaise habitude contre laquelle il s'est élevé, et qui malheureusement s'infiltre dans nos mœurs à ce point, qu'il n'est pas rare de la voir contracter à des enfants qui passent à peine l'âge de dix ans.

M. Larrey a invoqué une cause beaucoup plus probable quand il a parlé de l'action de l'air froid et humide, surtout pendant les gardes de nuit, sur le cou peu couvert des sentinelles. L'influence de cette cause serait d'autant plus importante à établir d'une manière incontestable qu'il y aurait des conséquences graves à en tirer : soit sous le rapport du vêtement des soldats, soit sous le rapport de la construction des guérites : sous le premier rapport, tout le monde conçoit quelles seraient ces conséquences; sous le second rapport, rien ne serait plus facile et moins dispendieux que de faire fermer, par un carreau de vitre, les deux ouvertures latérales de la guérite, de manière à empêcher l'air froid de venir frapper sur le cou des sentinelles, sans intercepter la vue qu'elles doivent pouvoir porter autour d'elles.

Nous en avons dit assez pour faire sentir toute l'importance du mémoire de M. Larrey; espérons que l'auteur poursuivra ses recherches sur un sujet qui, ainsi que l'a dit fort judicieusement M. le rapporteur, est à peu près neuf encore, et qu'il parviendra à résoudre d'une manière complète les questions sur lesquelles il a déjà jeté une vive lumière.

Séance de l'Académie des Sciences.

La science médico-chirurgicale a tenu avant-hier une place importante à l'Institut. M. Jobert, qui poursuit avec une persévérance infatigable et un remarquable succès ses recherches sur les fistules vésico-vaginales et vésico-rectales, a communiqué un mémoire où il a exposé ses idées et sa pratique touchant la seconde catégorie de ces affections qui empoisonnent au suprême degré l'existence des femmes. On trouvera au compte-rendu l'exposé complet des principes sur lesquels M. Jobert fonde son heureuse thérapeutique. Nous aurions voulu que le temps nous permît d'extraire de son beau travail au moins une des observations qui lui ont servi de base, car ces observations sont un des plus précieux exemples des bienfaits et de la puissance de l'art. Mais nous aurons occasion de revenir sur ce point important de chirurgie lorsque la commission présentera son rapport.

Deux communications intéressantes, l'une de M. A. Legrand, l'autre de M. A. Mercier, ont terminé la première partie de la séance, dont la seconde moitié, de même que celle de l'Académie de Médecine, a été remplie par un comité secret.

Un rapport déposé il y a deux jours sur le bureau de l'Assemblée nationale par M. Casabianca conclut au rejet de la proposition de M. Ducoux, relative au décret du 4 mai 1848 sur les officiers de santé de l'armée. Nous nous réservons d'examiner en détail les motifs de la commission.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Paul Dubois.

Du diagnostic de la grossesse.

(Suite du n° du 4 avril.)

Dans la plupart des cas, les signes que nous avons rapportés, et principalement la suppression des règles, les troubles digestifs, le gonflement des seins, suffisent pour diagnostiquer la grossesse; mais lorsque ces signes, joints à des circonstances particulières, peuvent laisser du doute, il est un moyen presque certain pour changer les probabilités en certitude, ce moyen est le toucher.

Une de mes clientes ayant déjà eu deux fausses couches, et éprouvant un grand désir d'avoir des enfants, vit apparaître ses règles le 15 décembre dernier. Cette dame éprouvait ordinairement des retards de quinze jours, et quelquefois de dix à onze semaines. On devait donc, dans ces circonstances, attendre les premiers jours du mois pour concevoir une présomption légitime de grossesse. A la fin de janvier, époque à laquelle les règles devaient arriver, cette dame éprouva des malaises, des nausées. Ces symptômes, joints à la suppression prolongée, lui firent penser qu'elle était enceinte; elle ressentait en même temps une grande pesanteur dans le ventre. Elle me fit appeler, et je crus devoir agir comme si effectivement elle était enceinte; et, dans le but de prévenir une troisième fausse couche, je pratiquai une saignée. Dans cette circonstance, la saignée pouvait avoir l'inconvénient de continuer l'incertitude sur l'état de grossesse de cette dame en prévenant le retour des règles si elles avaient dû effectivement revenir; mais en comparaison du but que je me proposais, cet inconvénient était de peu d'importance.

Aujourd'hui, quinze semaines se sont écoulées depuis la dernière menstruation, sans que les règles aient reparu. Cette dame n'avait jamais éprouvé un aussi long retard. Du reste, d'autres symptômes, tels que les nausées, le développement des seins, la teinte violacée des aréoles, un malaise général qui n'avait jamais été éprouvé lors des grossesses précédentes, venaient confirmer le diagnostic.

Dans ce cas particulier la valeur des signes est intervertie, et la suppression des règles, ordinairement signe caractéristique de la grossesse, cède son importance à des signes qui sont ordinairement de moindre valeur.

Je pensai donc, à cette époque, que la grossesse existait réellement et datait de trois mois et demi (on observe, en effet, que, chez les femmes dont la menstruation ne se fait pas régulièrement, la grossesse commence ordinairement immédiatement après la cessation des règles); mais pour sortir complètement d'incertitude à cet égard, je proposai l'examen à l'aide du toucher.

La solution pouvait-elle acquérir plus de certitude par le toucher à cette époque de la grossesse? Je résous la question affirmativement; et même, dans des circonstances particulières, il m'est arrivé, à l'aide de ce moyen, de constater une grossesse datant seulement d'un mois.

Les modifications que l'on peut constater à l'aide du toucher appartiennent au col et au corps de l'utérus. S'il s'agit d'une femme n'ayant pas eu d'enfant, le col, au lieu d'être conoïde, est cylindrique; l'orifice du conduit utérin, au lieu de se présenter sous forme d'une fente linéaire, est arrondi, et les deux lèvres, au lieu d'offrir les disproportions qu'elles présentent naturellement, sont au même niveau. Cette disposition des lèvres au même niveau présente une difficulté d'appréciation qui en fait un caractère d'assez peu de valeur, et les différentes modifications que nous venons d'indiquer sont sujettes à tant de variations qu'on doit en tenir peu de compte, surtout si la femme a déjà eu des enfants.

Le ramollissement du col de l'utérus est au contraire un signe d'une valeur réelle, et on l'observe souvent dans une grossesse de trois mois et demi.

Il est vrai que chez certaines femmes le corps de l'utérus offre naturellement une consistance molle, mais ce ramollissement n'accompagne que les écoulements blancs persistants, et encore d'une manière exceptionnelle; or, chaque fois qu'il n'existe pas de ramollissement, on peut affirmer que la grossesse n'existe pas, et ce n'est que dans des cas très rares que ces ramollissements n'indiquent pas la grossesse d'une manière certaine.

Dans le cas dont il s'agit, après avoir constaté l'existence de ce ramollissement, je cherchai à m'assurer si le corps de l'utérus n'avait subi aucun changement.

Je pus constater : 1° par le toucher vaginal, la présence d'une tumeur qui n'existe pas ordinairement; 2° à l'aide du toucher vaginal et en appuyant en même temps la main sur la région hypogastrique, je pus mesurer le diamètre longitudinal de l'utérus, et constater que le fond de cet organe occupait une partie du détroit supérieur.

Ici une difficulté se présentait, difficulté qui se rencontre souvent chez les femmes grasses : les parois abdominales, très épaisses, auraient pu m'empêcher de sentir le fond de l'utérus si cet organe n'avait pas été très développé.

L'orifice du côté entr'ouvert me permit d'y introduire le doigt et, pressant en même temps sur la région hypogastrique, je poussai le fond de l'utérus à la rencontre du doigt, et je pus parfaitement sentir, à l'aide de cette manœuvre, la résistance élastique semblable à celle du kyste qu'offre l'utérus au troisième mois de la grossesse.

Quelles sont les causes qui, indépendamment de la grossesse, peuvent causer ce développement anormal du corps de l'utérus?

On a dit que l'utérus pouvait, par le développement d'un corps fibreux, offrir le volume qu'il acquiert au troisième ou quatrième mois de la grossesse : première cause d'erreur.

Avec un peu d'habitude, on constate facilement que la résistance offerte par l'utérus dans le cas de grossesse diffère des corps fibreux; du reste, il n'y a pas de corps fibreux développé dans les parois utérines qui ne donne lieu à des accidents particuliers et caractéristiques; et, dans tous les cas, ces développements morbides n'apportent aucun trouble dans la menstruation.

L'augmentation de volume du corps de l'utérus peut être due également à l'accumulation du sang dans la cavité de cet organe; cette cause d'erreur peut être facilement évitée, car l'accumulation donne lieu nécessairement à une occlusion.

A une période plus avancée de la grossesse, à quatre mois et demi, souvent avant ou après cette époque, la présence du fœtus peut se révéler à l'accoucheur par le ballottement. Ce moyen ne réussit pas toujours, et souvent il offre un résultat incertain, même dans une grossesse datant de six mois. Les difficultés qui résultent de son application à une période de quatre mois et demi de grossesse tiennent au peu de volume du fœtus et à la couche épaisse de liquide qui l'entoure à cette époque.

Beaucoup d'accoucheurs ont pensé que la station debout facilitait la perception des ballottements; mais outre que cette position est peu commode, on peut sentir le ballottement, tout aussi bien que lorsque la femme est couchée, en introduisant le doigt à la partie antérieure du col de l'utérus, comme si

on voulait pousser le bas-fond de la vessie, et en pressant sur la partie de l'utérus qui correspond à cet endroit. On éprouve alors la sensation d'un corps pesant qui revient sous la pression du doigt.

Un peu plus tard se montrent des signes encore plus certains; en posant la main froide sur la région hypogastrique no sent de petits coups qui répondent aux mouvements de l'enfant.

Plus tard encore on entend les battements du cœur.

Tous ces signes sont d'autant plus apparents qu'on arrive à une période plus avancée de la grossesse.

C'est de cette manière qu'on procède dans la pratique ordinaire; et, comme on le voit, la certitude complète n'est acquise qu'avec le temps et les modifications visibles qu'il apporte.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 avril 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'intérieur demande la communication du rapport que l'Académie a dû faire sur les inconvénients que peut avoir le transport des nouveau-nés à la municipalité et à l'église.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie :

1° Un échantillon d'un succédané du sulfate de quinine que M. le docteur Grimaud prétend avoir découvert;

2° Un échantillon d'une graine, dont le nom n'est pas bien connu, rapportée de la côte occidentale d'Afrique, et qui, d'après les naturels du pays, jouirait d'une grande efficacité contre les maux de gorge.

Correspondance manuscrite.

M. le docteur Moulon, de Trieste, envoie une relation de l'épidémie de choléra qui a régné dans cette ville dans les mois de septembre et octobre 1849.

M. le docteur Denis, correspondant de l'Académie à Toul, adresse une relation sur une épidémie de même nature qui a régné dans l'arrondissement qu'il habite.

M. le docteur Fiévet, de Capelle-en-Thiérache (Aisne), adresse l'histoire de l'épidémie de choléra qui a régné dans cette commune.

Variole.

M. le docteur Muston, de Beaucourt (Haut-Rhin), adresse la relation d'une épidémie de variole qui a régné en 1849 dans les villages qui avoisinent Beaucourt.

Plessimètre à percussion.

M. Piorry présente, au nom de M. le docteur Bougera, de Naples, un plessimètre à percussion, qui a pour objet de rendre la force percutante toujours uniforme; mais ne paraît guère remplir, d'après M. Piorry, le but auquel il est destiné.

Eaux minérales.

M. le docteur Durand-Fardel adresse un mémoire volumineux intitulé : *Compte-rendu clinique de la saison de 1849 à l'établissement thermal de Vichy.*

Réclamation.

M. Moreau demande pourquoi le rapport lu dans une des précédentes séances par M. Lagneau sur un travail de M. Guillon n'a pas été inséré dans le Bulletin de l'Académie.

M. Fr. Dubois répond que, le rapport ayant été envoyé à la commission du prix d'Argenteuil comme document, il n'avait pu être imprimé immédiatement après la lecture; que, depuis, ce rapport avait été imprimé en dehors de l'Académie et qu'on n'avait pas jugé à propos pour cette raison de l'insérer dans le Bulletin.

Après quelques explications, l'Académie décide que l'impression du rapport aura lieu.

Version.

M. Velpeau présente un travail sur un nouveau procédé de version *à travers les parois abdominales* imaginé par M. Colombe-Lécorcbé. — (Commissaires : MM. Devilliers, Paul Dubois.)

Adénite cervicale.

M. Gimelle lit un rapport sur un mémoire de M. H. Larrey relatif à l'adénite cervicale observée chez les militaires.

Après avoir longuement analysé ce travail extrêmement intéressant, M. le rapporteur se résume ainsi qu'il suit :

D'après ce que vous venez d'entendre, il vous sera facile, messieurs, de vous convaincre que le mémoire de M. Larrey est un travail sérieux, de longue haleine, aussi complet que possible, sur un sujet presque nouveau, au moins plus attentivement étudié depuis quelques années seulement, affectant presque exclusivement des hommes dans la force de l'âge, que, depuis les temps les plus reculés, tous les médecins avaient regardés comme exempts de cette maladie.

C'est sur l'adénite cervicale qui atteint les jeunes soldats que M. Larrey a dirigé plus particulièrement ses recherches. Ce n'est guère qu'en 1832 que notre collègue M. Bégin, frappé de sa fréquence, en décrivit la forme aiguë inflammatoire, et posa les principes du traitement de la forme chronique, consistant dans l'ablation de ces tumeurs dégénérées.

En 1835, notre collègue, M. Velpeau, émit à peu de chose près les mêmes idées. Mais depuis cette époque, l'adénite cervicale a été observée avec plus de soin sur les soldats, par les chirurgiens militaires qui en ont apprécié plus exactement la nature et les caractères, et lui ont appliqué le traitement qui lui convient dans le plus grand nombre des cas.

M. Larrey fait observer avec raison que dans les hôpitaux militaires le nombre des jeunes hommes affectés d'adénite cervicale est bien plus considérable que dans les hôpitaux civils; que dans ces derniers établissements, ce ne sont que des sujets faibles ayant subi toutes les influences de la misère, et présentant tous les symptômes de la diathèse scrofuleuse qui en sont atteints; tandis que dans les hôpitaux militaires, elle se présente sur des hommes fortement constitués, colossés, présentant tous les caractères physiques de la force et de la vigueur.

L'autopsie la démontre quelquefois sur de jeunes soldats qui ont succombé à d'autres maladies, et chez lesquels on n'en avait pas soupçonné l'existence.

D'après l'opinion de son illustre père et de M. Moizin, qui avaient été l'un et l'autre à la tête du service médico-chirurgical, M. Larrey pense que l'adénite cervicale était beaucoup plus rare chez les militaires de la République et de l'Empire, qu'elle ne l'a é.é depuis la Restauration.

On reconnaîtra facilement que l'adénite cervicale qui se développe chez les jeunes soldats est le résultat de l'action de causes spéciales, lorsqu'on saura qu'ils ne sont appelés sous les drapeaux qu'à vingt-un ans, et que les jeunes conscrits qui présentent des engorgements glanduleux du cou dépendant du vice scrofuleux ou de toute autre maladie générale, sont déclarés impropres au service militaire par les conseils de révision. Il est généralement admis que la maladie scrofuleuse se développe très rarement après l'âge de la puberté; il faut bien reconnaître que la fréquence de l'adénite cervicale sur des hommes âgés de vingt-un ans au moins, forts, vigoureux pour la plupart, n'ayant présenté jusque-là aucun symptôme de scrofule, doit être attribuée à des causes inhérentes à la profession.

Toutes les causes générales, telles que les changements de nourriture, de climat, d'habitudes, les exercices nouveaux, la nostalgie, l'action du froid et de l'humidité, peuvent bien déterminer chez les soldats le développement de quelques adénites; mais ces causes ne sont pas les seules, car les ouvriers émigrant des provinces pauvres et se rendant dans les centres de population, sont en général moins favorablement placés sous le rapport de la nourriture, des vêtements et de l'hygiène que les jeunes militaires, et ils sont bien plus rarement atteints d'adénite cervicale.

D'accord sur ce point avec l'observation des chirurgiens militaires, M. Larrey cherche la cause de l'adénite cervicale dans l'action du froid humide agissant sur la figure et sur le cou du soldat en faction placé dans le courant d'air établi entre les deux lucarnes de la guérite. Il est incontestable que les ganglions de la région cervicale s'engorgent consécutivement lorsque les vaisseaux lymphatiques qui s'y abouchent sont enflammés, irrités par un état pathologique de leurs membranes ou des organes circonvoisins. Il est également vrai qu'en raison de leur coiffure, ces soldats à la suite de la sortie brusque d'un corps de garde, dont la température est pendant les gardes de nuit presque toujours très élevée, ont la face, le cou, la tête, soumis le plus souvent sans précaution à l'action du froid rigoureux qui, non-seulement supprime la transpiration, mais encore détermine des ophthalmies, des rhinites, des otites, des fluxions dentaires, aggrave les excoriations du nez, des lèvres, qui sont autant de causes d'adénite cervicale, dont les infirmiers sont rarement atteints, quoique militaires, parce qu'ils ne montent pas de garde en plein air. Elle est rare chez les sous-officiers qui ne font pas de faction, et les officiers en présentent peu d'exemples.

Parmi les causes capables de produire l'adénite cervicale, il en est une qui est spéciale à l'état militaire, c'est la pression du col d'uniforme, lorsque surtout il est roide, haut, trop serré; parfois l'action de cette cause est appréciable dès les premiers temps du service chez les jeunes soldats qui n'étaient pas habitués à porter des cols, lorsqu'à cette cause s'ajoute la pression du collet de l'uniforme, celle du bouton de la chemise; objets d'habillement qui ne sont pas confectionnés sur mesure, et qui gênent plus ou moins les fonctions des parties sur lesquelles ils sont appliqués. Les jeunes soldats, tels que les zouaves et les spahis, dont le cou n'est exposé à aucune pression, n'ont présenté aucun exemple d'adénite cervicale.

L'adénite cervicale est beaucoup plus fréquente dans les garnisons situées dans un climat froid, humide, auprès des grandes rivières, que dans celles qui se trouvent dans des conditions opposées. Les garnisons de l'Alsace sont celles dans lesquelles la maladie se développe le plus fréquemment, tandis que sous l'influence du climat d'Afrique nos jeunes soldats en présentent peu d'exemples.

De l'anatomie chirurgicale des cinq régions du cou, M. Larrey déduit des conséquences pratiques puisées dans les meilleurs auteurs et dans son observation personnelle, dont le résultat serait d'empêcher des erreurs de diagnostic tant sur l'organe qui est le siége de l'engorgement que sur les adhérences qu'il doit présenter selon le siége qu'il occupe, et d'indiquer d'une manière aussi précise que possible le siége de l'adénite cervicale dans ces diverses régions, la cause qui la produit le plus ordinairement, les parties qu'elle envahit dans son développement et les divers accidents qu'elle détermine, variables en raison de la structure anatomique de ces parties.

La symptomatologie et le diagnostic différenciel de l'adénite cervicale sont établis par l'auteur du mémoire avec une précision et une clarté remarquable, une grande érudition et une saine critique.

Il en est de même des divers modes de développement de la maladie.

Le pronostic de l'adénite est toujours fâcheux, non en ce que la maladie est mortelle, mais parce que presque toujours elle est susceptible de devenir grave par ses complications, et inquiétante par l'incertitude de ses terminaisons et par les craintes de la récidive; elle est fâcheuse surtout par sa tendance à l'incurabilité et par la résistance à toutes les ressources thérapeutiques qui fait un de ses caractères essentiels.

M. Larrey examine le traitement de l'adénite cervicale sous le triple rapport de l'hygiène, du traitement local simple et du traitement chirurgical proprement dit. Quoique M. Larrey ait cherché à établir dans tout le cours de son mémoire que dans un grand nombre de cas l'adénite cervicale doit être attribuée à des causes locales et traitée par des moyens locaux, il ne pousse pas l'exclusion jusqu'à proscrire les moyens hygiéniques, impressionné qu'il est, avec juste raison, par la crainte de la connexion de cette maladie avec les scrofules; aussi donne-t-il les conseils les plus éclairés et les plus rationnels.

Le traitement local est l'exposé de tous les moyens qui ont été employés et auxquels on a encore recours dans cette affection, appréciés selon les résultats qui ont été la conséquence de leur emploi.

Quant à l'extirpation, dont M. Larrey indique avec raison l'introduction dans la pratique chirurgicale en faveur de la chirurgie militaire, il en fait d'abord l'historique; il en apprécie ensuite les avantages et les inconvénients, et il démontre par l'observation des faits que les premiers sont incomparablement supérieurs aux seconds. Il indique les précautions à prendre dans cette opération, qu'il décrit en chirurgien habile qui en possède aussi bien la théorie qu'il sait l'appliquer utilement dans les circonstances qui nécessitent son emploi.

Enfin, M. Larrey établit, d'après les faits observés, que cette opération est *presque toujours* suivie de succès.

Le mémoire de M. Larrey est un travail consciencieux, traitant tous les points d'une maladie qui frappe plus spécialement, en raison de circonstances particulières, une classe de jeunes hommes qui ne paraissaient y avoir aucune disposition. Chacun des articles de ce mémoire porte la précision et la lumière sur le point qu'il traite, et l'ensemble en est coordonné de manière à en faire une monographie aussi complète que possible, dans laquelle M. Larrey a fait preuve d'une vaste érudition, d'une rare lucidité d'exposition, d'une logique sévère d'appréciation, d'une critique judicieuse et d'une application chirurgicale pratique bien entendue qui caractérisent un chirurgien distingué.

M. Roux. L'adénite cervicale est une maladie dont la fréquence, d'après mes observations, a augmenté dans la proportion de un à deux au moins; j'ai cru pouvoir attribuer cette multiplication à l'usage abusif, immodéré du tabac. Je demanderai à M. le rapporteur si M. Larrey a étudié l'influence de la cause que j'indique.

M. Gimelle. M. Larrey a également considéré l'usage de la pipe comme une cause d'adénite, mais non pas comme la cause unique, ni même comme la plus puissante.

M. Piorry pense que l'adénite ne se manifeste qu'à la suite d'ulcérations existant sur des parties où prennent naissance les vaisseaux lymphatiques qui se rendent aux ganglions affectés. C'est seulement en déterminant de semblables ulcérations que le tabac pourrait agir.

M. Rochoux. Alors que l'usage du tabac a été introduit chez nous, on l'a considéré comme un spécifique à tous les maux; aujourd'hui on commence à l'accuser de produire toutes les maladies. Je crois que la seconde opinion n'est pas plus vraie que la première.

L'Académie vote des remercîments à l'auteur du mémoire.

Candidatures.

M. P. Dubois, au nom de la section d'accouchements, propose de fixer à cinq la liste des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. (Adopté.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 avril 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Traitement des fistules recto-vaginales par l'autoplastie par glissement.

M. Jobert (de Lamballe) adresse un mémoire sur les fistules recto-vaginales et leur traitement par l'autoplastie.

M. Jobert, après avoir fait l'historique de la science sur ce point, et analysé les méthodes de traitement en usage, expose de la manière suivante sa méthode.

Il pose d'abord en principe que l'on doit agir contre la cause qui a produit l'altération, c'est-à-dire diriger un traitement approprié contre la cause syphilitique, si la fistule est produite par le virus vénérien; chercher à rétablir la voie naturelle avant de songer à fermer la fistule rectale, dans le cas d'ouverture congéniale du rectum.

Lorsque la fistule recto-vaginale est sans complication, et qu'il n'existe plus que les effets de la cause qui a produit l'altération, il s'en occupe sans retard.

Les indications posées, voici en quels termes M. Robert décrit la méthode et le procédé qui lui ont paru le mieux convenir pour arriver au but désiré.

« La malade étant suffisamment préparée (c'est-à-dire après avoir enlevé toute cause d'irritation et disposé convenablement le moral), on ravive les lèvres de la fistule, on les maintient en contact par la suture, et on établit un relâchement dans les lèvres de la plaie par un débridement dont je vais parler tout à l'heure.

» La position de la malade sera telle, que le siége reposera sur des alèzes, des coussins solides, et que les jambes seront fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

» L'opérateur, assis, dominera de toute la tête les organes génitaux de la malade, afin de pouvoir les voir et les regarder facilement pendant le temps que durera l'opération.

» Plusieurs aides sont indispensables pour l'exécution de cette opération. Deux fixent et soutiennent les membres fléchis d'une main, tandis qu'ils écartent les grandes lèvres de l'autre. Un troisième relève avec un spéculum à une valve introduit dans le vagin la paroi supérieure de ce conduit, la vessie et son col. Quelquefois il est plus convenable d'introduire des leviers dans le vagin pour écarter les grandes lèvres, plutôt que de se servir des doigts des aides.

» Tous ces préparatifs ont pour but de mettre à découvert l'endroit sur lequel l'opération doit être faite et de protéger les organes environnants.

» Tout cela étant disposé, et la lumière diffuse ou artificielle éclairant les parties qui sont le théâtre de l'opération, le chirurgien procède au ravivement, à la suture et au débridement des parois du vagin.

» 1° *Ravivement.* Si l'ouverture fistuleuse est très apparente, le chirurgien saisit avec des pinces à dents la circonférence de la fistule, dont il enlève toute la cicatrice en portant le ravivement à une certaine distance sur le rectum et le vagin.

» Quelquefois la manœuvre ne s'exécute pas aussi facilement, et le chirurgien est obligé de faire tirer la cloison recto-vaginale à l'extérieur avec des érignes, des pinces, ou bien, ce qui est préférable, avec le secours du doigt d'un aide introduit dans le rectum. Celui-ci s'occupe alors de renverser la cloison et de la porter avec son doigt, dirigé en crochet ou légèrement recourbé, à l'ouverture vulvaire.

» Lorsque le ravivement est bien fait, il s'échappe une certaine quantité de sang par le rectum et par le vagin; ce liquide est ordinairement fourni par des vaisseaux capillaires et quelquefois par des artérioles. Toujours est-il qu'on l'arrête facilement par la suture.

» 2° *Suture.* Je me sers toujours, dans cette opération, de la suture entre-coupée, qui me paraît remplir toutes les conditions désirables, sans avoir besoin de multiplier beaucoup les points de suture, qui provoquent une inflammation suppurative quand ils sont trop rapprochés. Il est à désirer qu'ils soient assez près les uns des autres pour ne pas laisser d'intervalles qui permettent aux matières de s'échapper par là. Pour deux pouces de fistule, il convient d'appliquer trois ou quatre points de suture.

» Je me sers de liens bien cirés, un peu larges, afin de ne pas couper les tissus trop tôt. Pour les mettre en place sans accident, j'introduis les doigts dans le rectum, et avec une aiguille courbe je traverse les lèvres de la fistule, du rectum vers le vagin. Cette manœuvre exige que le même fil ait à ses extrémités deux aiguilles courbes. Je me sers quelquefois d'une seule aiguille; mais alors je traverse la première lèvre du vagin vers le rectum et la seconde de l'intestin vers le vagin. Les fils en place représentent des anses à convexités rectales.

» Ce premier temps de la suture étant fait, il s'agit de nouer les fils, et c'est ce que je pratique après avoir débarrassé les parties du sang qu'elles contiennent avec des injections d'eau froide.

» Je rapproche assez les lèvres de la plaie pour qu'elles soient bien en contact, et la constriction se fait de manière à les maintenir fixement dans cette position par un double nœud. Avant de serrer d'une manière définitive la ligature, je surveille bien le premier nœud; car il arrive souvent qu'il se relâche, et alors les lèvres ravivées de la fistule cessent d'être en contact. Plusieurs fois j'ai vu aussi l'anse du fil se desserrer; et si je n'avais porté mon attention là-dessus, mon second nœud aurait été fait inutilement. Pour parvenir à consolider ce fil, un aide appuie obliquement sur le premier nœud avec une pince, une sonde de femme, le bout du doigt ou une pince, afin de s'opposer à l'inconvénient que je signale.

» *Troisième temps.* — Ce troisième temps est consacré au relâchement des tissus et au déplacement, par conséquent, d'une partie de l'épaisseur de la cloison qui peut être ainsi mobilisée jusqu'à un certain point. Que la fistule soit transversale ou longitudinale, le chirurgien pratiquera une plusieurs incisions, suivant que l'altération se présentera avec une petite ou une grande perte de substance.

» Le relâchement du vagin peut être obtenu par des incisions parallèles à son axe ou par une incision transversale à sa longueur.

» L'opérateur, avant de pratiquer ce temps de l'opération, doit se rappeler que le vagin dans sa paroi postérieure et latérale est mince, et qu'à son extrémité inférieure il offre une épaisseur remarquable.

» Il ne faut pas ignorer que le rectum est accolé au vagin dans les trois quarts de la cloison recto-vaginale, et qu'il ne lui est que médiat dans le quart supérieur. J'ajouterai que le rectum forme des saillies, des bosselures chez quelques individus, et que faute de cette connaissance on pourrait dans la manœuvre léser des parties qui ont besoin d'être respectées. C'est donc sur les parois du vagin que doit principalement porter le relâchement de la cloison recto-vaginale, et c'est en effet ce que je propose pour obtenir la cure radicale des fistules recto-vaginales.

» Cela posé, voici comment on pratique cette opération:

» 1° L'opérateur commence par élever contre le pubis, le plus possible avec un spéculum à une valve, les parties molles qui s'y rencontrent.

» 2° Il fixe et abaisse la paroi postérieure du vagin avec une érigne, lorsqu'il veut inciser transversalement le conduit vulvo-utérin, et lorsqu'il pratique des incisions longitudinales il porte alternativement à droite et à gauche la paroi postérieure du vagin, afin de distendre ce conduit pour pouvoir l'inciser plus aisément.

» *Incision transversale.* — Comme le péritoine chez quelques personnes descend plus bas que chez d'autres, comme d'ailleurs il peut exister des adhérences, et que la membrane séreuse peut être refoulée en bas par des causes diverses, il convient de détacher le vagin demi-circulairement, non au niveau de la partie inférieure de la lèvre postérieure ou museau de tanche, mais un peu au-dessous et toujours en portant le bistouri de *haut en bas* et non de *bas en haut.* Le chirurgien, en promenant son bistouri sur la paroi vaginale, se rappellera que son incision ne doit pas pénétrer plus avant que deux millimètres environ. L'incision peut dépasser l'étendue du museau de tanche; mais il est inutile de l'avancer trop latéralement à cause des lacis veineux assez abondants et des ligaments larges que nous avons dit exister en cet endroit.

» Cette incision étant pratiquée, on aperçoit la partie antérieure du rectum. Il se produit alors un écartement entre les lèvres de la plaie, que l'on peut augmenter à volonté en exerçant des tractions sur la cloison recto-vaginale. L'union lâche du vagin au rectum permet d'obtenir facilement un déplacement plus ou moins considérable. La partie supérieure du vagin tend donc à descendre vers la partie inférieure de ce canal.

» *Incisions latérales.* — Ces incisions doivent être un peu plus longues que la fistule elle-même; elles doivent se diriger obliquement de dedans en dehors, de manière à éviter le rectum et les bosselures qu'il peut offrir par suite de dilatations anormales.

» L'opérateur aura sans cesse présente à l'esprit l'épaisseur du vagin, qui va en diminuant de l'extrémité vulvaire vers l'extrémité utérine du conduit vulvo-utérin.

» Le tissu érectile du vagin, plus abondant en bas qu'en haut, ne doit pas arrêter le chirurgien, non plus que quelques petites artérioles vaginales ou hémorrhoïdaires qui traversent la cloison recto-vaginale, qui, divisées, fournissent une quantité de sang peu inquiétante. On peut facilement les lier ou les tordre.

» Après avoir divisé le vagin et pratiqué la suture, on procède au pansement, qui consiste à nettoyer la surface du vagin par des injections froides, et à introduire un tampon d'agaric afin de prévenir tout écoulement de sang veineux ou artériel.

» Le lendemain, le tampon est retiré; des injections dégourdies sont faites dans le vagin, et un petit linge enduit de cérat est glissé dans ce conduit. S'il existe de la suppuration, tous les matins une injection tiède sera faite dans le conduit vulvo-utérin.

» On aura soin de sonder la malade plusieurs fois par jour, ou de laisser une sonde en gomme élastique dans la vessie, afin d'éviter que l'urine baigne la plaie.

» En ce qui regarde les organes digestifs, la conduite des chirurgiens a été loin d'être la même: les uns, en effet, conseillent de constiper la malade jusqu'à la certitude du succès; les autres, au contraire, désirent que le ventre soit maintenu libre par des évacuants.

» Pour mon compte, je suis loin de partager l'opinion de ces derniers. Tout ce qui tend à exciter les mouvements du rectum et les contractions des muscles environnants me paraît dangereux.

» Ma doctrine est essentiellement différente sous ce rapport, puisque je regarde la constipation comme indispensable pendant que les fils sont en place, et pendant plusieurs jours après leur enlèvement.

» Voici quelle est la règle que j'ai adoptée:

» Avant de pratiquer l'opération, j'ai soin de purger plusieurs fois la malade, et je fais administrer alors, à dater de la veille de l'opération, des pilules d'extrait aqueux d'opium fractionnées à la dose de 1/20e de grain jusqu'à celle de 4 ou 0,05 centigrammes par jour.

» A dater du sixième jour, les points de suture sont enlevés les uns après les autres. en mettant un jour d'intervalle entre chaque section de fil.

» Chaque jour on devra nettoyer les parties par des injections émollientes doucement faites dans le vagin.

» Lorsque la cicatrice sera solidement établie, on devra provoquer quelques évacuations alvines au moyen d'un purgatif approprié à la constitution du sujet. » (Commissaires: MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

Signe de la mort réelle.

M. A. Legrand écrit pour demander qu'il soit donné communication à l'Académie du contenu d'un paquet cacheté qu'il a déposé en novembre 1846. La note contenue dans ce paquet a pour titre: *Des signes de la mort réelle.* L'auteur s'est proposé, dans ce travail, d'exposer le résultat de ses recherches sur l'existence d'un phénomène qui lui a paru pouvoir servir de signe pour reconnaitre si la mort est réelle ou apparente. Voici quel est ce phénomène:

Un œil sain, pendant la vie, donne trois images de la flamme d'une bougie qu'on place devant lui. Il continue de les donner peu de temps après la mort; mais déjà elles sont moins nettes, elles ont moins d'éclat, elles ont des contours moins bien arrêtés. Ces modifications deviennent de plus en plus marquées au fur et à mesure que par l'évaporation des liquides, qui conservaient à l'œil sa forme, qui le maintenaient humide, il survient une altération de plus en plus profonde dans les conditions physiques des surfaces réfléchissantes, jusqu'à ce qu'elles perdent entièrement cette faculté. De telle sorte que, généralement, la troisième image, qui peut cesser de se manifester presque immédiatement après la mort, disparaît la première par suite de la diaphanéité du cristallin, puis la seconde quand il est devenu presque entièrement opaque ou par suite de l'obscurcissement graduel de la cornée. Enfin, la première image, de plus en plus confuse au fur et à mesure que la cornée transparente, que la sclérotique se flétrissent davantage, finit par ne plus être perçue, et alors la mort, déjà bien probable par la disparition de la seconde image, ne saurait plus être révoquée en doute quand la première image cesse de se produire ou est seulement fort confuse. — (Commissaires: MM. Magendie, Andral et Lallemand.)

Cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales sans opération.

M. Girault, médecin au Blanc (Indre), adresse un mémoire sur la cure radicale des tumeurs et des fistules lacrymales sans opération. Le traitement que propose M. Girault, et qu'il dit avoir employé plusieurs fois avec succès, consiste dans les moyens suivants:

Il commence par les dérivatifs sur le canal digestif; des frictions iodurées autour du mal, des instillations de collyre astringent dans l'œil, des frictions avec les pommades excitantes quand les glandes de Meibomius sont malades. Il fait des injections à l'eau froide dans les premiers jours du traitement et astringentes après par la partie inférieure du canal nasal, et termine par la compression, qu'il effectue avec un bandage de son invention.

Ce bandage est composé d'un ressort de montre de 3 millimètres de largeur; à chaque extrémité est adapté un disque en laiton. Celui qui doit être appliqué sur le point malade doit être ovale, de 14 millimètres de largeur sur 23 à 25 de longueur, et d'un tiers à un demi-millimètre d'épaisseur. Celui de l'autre extrémité a de 20 à 22 millimètres de diamètre, de même épaisseur que le premier. Le premier de ces disques doit être appliqué sur la partie malade, tandis que l'autre prend son point d'appui sur l'apophyse mastoïde du côté opposé. — (Commissaires: MM. Roux, Velpeau et Lallemand.)

Rétention d'urine guérie par l'excision de la valvule du col de la vessie.

M. Aug. Mercier adresse une lettre sur un cas de rétention d'urine causée par une valvule du col de la vessie et guérie à l'aide d'une nouvelle opération. Il s'agit d'un cas de calcul de la vessie avec rétention d'urine complète par la valvule du col de la vessie; guérison du calcul par la lithotripsie et l'extraction artificielle des fragments; guérison de la rétention d'urine par l'excision de la valvule. — (Commissaires: MM. Roux et Civiale.)

Choléra.

M. Pellarin envoie un mémoire sur le choléra épidémique de 1849 daus la ville et le port de Brest.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA;

Par M. le docteur Raphael, de Provins.

En publiant ce travail, je mets de côté toute idée de priorité, car je suis loin d'avoir une grande érudition, et l'érudition d'ailleurs ne fait pas le bon praticien. Tout ce que je désire, c'est d'être utile à mes semblables, et je pense que l'épidémie dernière vient de prouver qu'il n'y a rien encore d'arrêté, de fixe et de certain sur le choléra; quelles que soient les opinions qui ont été émises, toutes elles ont été laissées de côté comme erronées ou peu probables, et ce serait encore rendre un service éminent que de pouvoir démontrer qu'une de ces opinions est vraie et réelle.

Pour donner la séméiologie du choléra, il faut dire comment chacun des symptômes, de ses prodromes, de son état confirmé, de son état consécutif se produit; il faut montrer leur source commune dans un organe dont l'action ou la fonction naturelle est lésée; il faut prouver que chaque symptôme se rattache directement ou indirectement à cette lésion de fonction, en montrant en même temps les rapports qui les lient les uns aux autres, leur subordination, leur hiérarchie. Or, dans le choléra, tout s'explique par une lésion dans les fonctions de la moelle: prodromes, état confirmé, état consécutif. Je décris d'abord chacun de ces symptômes.

Prodromes. — Eblouissements, vertiges, envies de se trouver mal, respiration haute et ralentie, poids épigastrique avec ou sans envie de vomir, bruits intestinaux avec ou sans diarrhée, fatigue dans les bras et dans les jambes.

Etat confirmé. — Les mêmes symptômes augmentent; de nouveaux surviennent: vomissements et diarrhée composés de matière de toute nature, la diarrhée est assez souvent blanchâtre et comme crémeuse; petitesse, disparition du pouls, refroidissement, sueurs froides, cyanose, suppression des urines; facies hippocratique, amaigri; yeux caves, enfoncés, cerclés de noir, à moitié couverts par la paupière supérieure, pulvérulents; haleine, bouche et langue froides; perte de la voix; crampes des membres et du tronc, et particulièrement des membres inférieurs qui sont les premiers atteints; et, ordinairement, mort dans l'espace de six à dix-huit heures dans la moitié des cas à peu près.

Etat consécutif. — Les prodromes cessent d'eux-mêmes et le malade ne tarde pas à guérir complétement, ou ils se continuent pendant longtemps sans amener la période franchement convulsive; enfin l'état confirmé arrive rarement d'emblée, et succède le plus souvent à des prodromes qui ont cinq ou six heures de durée et quelquefois plus, et, dans ce cas, il cesse parfois tout à coup et la guérison ne se fait pas attendre, ou il cesse après une durée plus ou moins longue, ce qui explique les différences que l'on observe dans l'état consécutif depuis la simple résolution par anéantissement presque complet de toutes les fonctions qui reviennent peu à peu et lentement, jusqu'à la résolution par putréfaction du sang qui s'est coagulé pendant la période convulsive et qui n'a pas repris sa circulation et, par suite, par la putréfaction des organes qui ne reçoivent plus qu'une faible partie des éléments de leur nutrition, et qui surtout macèrent au milieu de principes putrides. Dans ce dernier cas, après deux ou trois jours de la disparition de la période convulsive et d'une amélioration qui laissait l'espoir d'une guérison prompte, apparaissent tous les symptômes d'une fièvre putride. Est-il utile de dire ici ces phénomènes? Ils dépendent de la présence dans une organisation de principes septiques qui se sont engendrés dans son sein et qui se traduisent par la prostration, le refroidissement, la gêne de la respiration qui est haute, lente et suspirieuse, l'haleine froide, la petitesse et la disparition du pouls, des envies de vomir, des vomissements, de la diarrhée: état assez semblable à la période convulsive, mais qui en diffère en ce que la résolution musculaire est complète et qu'il n'y a jamais convulsion, en ce que les matières évacuées sont noires et d'une fétidité extrême, en ce que le malade lui-même répand la même odeur. Tel est le début du choléra, telle est sa marche si variée, telles sont ses différentes terminaisons. Je vais prouver maintenant que tout s'explique par une maladie de la moelle épinière.

Procédons de l'état physiologique. La moelle tient sous sa dépendance, par le nerf trisplanchnique, les mouvements du cœur, des artères, de l'estomac, des intestins, *des reins*, *des uretères* et de la vessie, et, par ses propres nerfs, les mouvements du tronc et des quatre membres.

Si la partie de la moelle dont l'action régulière va produire des mouvements réguliers dans tous ces organes est atteinte et fortement surexcitée, elle leur transmettra sa surexcitation, et leurs mouvements seront irréguliers, convulsifs, de même que l'action de la moelle malade.

Le resserrement du cœur et des artères, ses mouvements convulsifs qui diminuent la capacité du système artériel amèneront la gêne de la respiration, les éblouissements, les vertiges et les envies de se trouver mal, car la circulation est incomplète; le resserrement de l'estomac et des intestins, leurs mouvements convulsifs et irréguliers, avec la gêne de la respiration expliquée d'autre part, produiront le poids épigastrique, les envies de vomir, les bruits intestinaux avec ou sans évacuation; l'état convulsif de tout le système musculaire expliquera la fatigue des membres et de tout le corps.

Si cet état de la moelle continue, si même il augmente, on con-

çoit que le cœur et le système artériel doivent être crispés au point de ne plus laisser revenir de sang dans leur intérieur; de là, la diminution, la disparition du pouls; de là, la cyanose, car le sang ne pouvant plus revenir dans le cœur droit, qui est crispé, et étant chassé du système artériel qui est resserré égalemeut, doit séjourner dans les veines et dans les vaisseaux capillaires. Puisque le cœur droit n'admet plus qu'une petite quantité de sang, il ne peut en envoyer que très peu aux poumons; aussi, la respiration doit être plus gênée encore que pendant les prodromes; l'inspiration se fait; le bruit vésiculaire est parfait, ce qui prouve que l'air va dilater toutes les vésicules pulmonaires; mais le sang manque dans ces vésicules, et les phénomènes qui se passent par le contact médiat de l'air et du sang veineux ne se produisent plus; l'haleine devient donc froide. D'ailleurs, la nutrition ne se fait plus, puisque le sang ne circule plus; aussi, il n'est pas étonnant que tout le corps se refroidisse. Enfin, le sang qui ne circule plus perd sa vie, et il se divise comme dans un vase où il est reçu pendant une saignée: le caillot reste dans les vaisseaux; aussi est-il naturel de trouver que le sang des cholériques ressemble à de la gelée de groseilles. La sérosité qui s'échappe des vaisseaux soit par imbibition, soit par absorption, se dirige sur la peau et sur les intestins et forme la matière des sueurs et des évacuations séreuses. Ces pertes si abondantes expliquent l'amaigrissement. L'estomac resserré, et à chaque instant convulsé, les intestins dans le même état, ne peuvent rien conserver; aussi les vomissements et la diarrhée sont l'effet nécessaire d'une violente surexcitation de la moelle, et le malade doit rendre tout ce qui est contenu dans le tube digestif. C'est ce que j'ai observé. Si, souvent, les déjections alvines particulièrement sont blanchâtres et crémeuses, c'est qu'elles sont formées de chyle; car le choléra prend subitement, et s'il frappe une personne dont la digestion duodénale vient de s'achever, il y a du chyle qui sera emporté vers l'anus par le mouvement péristaltique trop précipité sous l'influence du mal de la moelle; ce chyle ne peut, en effet, remonter par l'estomac. Les urines sont supprimées; car, pour que les reins opèrent cette sécrétion, pour que les uretères la transportent dans la vessie, il faut que les mouvements *péristaltiques* de toutes ces parties soient libres. Ces mouvements existent à n'en pas douter; je n'en veux pour preuve que la présence des plexus rénaux; mais la moelle malade resserre tous ces organes, et les fonctions urinaires ne peuvent plus se faire. Enfin, les nerfs qui de la moelle vont aux muscles du tronc et à ceux des membres doivent transmettre la surexcitation de la moelle; de là les crampes.

La surexcitation de la moelle peut être légère et disparaître promptement; légère, et durer longtemps à ce degré; légère, et devenir plus forte après une durée de quelques jours ou de quelques heures, ou débuter forte d'emblée; et dans tous les cas, disparaître promptement après des phénomènes graves qui répondent au degré d'intensité de la surexcitation, mais qui ne laissent aucune trace à cause de leur peu de durée; ou persister de manière à faire mourir le malade promptement, ou à le laisser vivre; et alors il y a une atteinte profonde qui résulte de lésions que plusieurs fonctions et plusieurs organes ont eu à supporter pendant l'état convulsif et algide; c'est donc une autre maladie qui, pour être moins rapide, n'en est pas moins très grave. Ainsi, on s'explique très facilement la marche si variée de la cholérine et du choléra, et leurs terminaisons si nombreuses et si différentes après une durée qui n'a rien de stable d'une manière absolue.

On conçoit encore que, si la surexcitation de la moelle cesse après des phénomènes graves, mais de peu de durée, il doit y avoir un état de résolution qui est la conséquence nécessaire de toutes les fatigues, et qu'alors les fonctions ne seront plus enrayées que par un relâchement général qui a son siége partout, il est vrai, mais particulièrement dans la moelle. Mais on conçoit aussi qu'à cet état de résolution devront s'ajouter des phénomènes de putréfaction, si la période convulsive a été assez longue et assez forte pour coaguler le sang en grande partie. Ce sang coagulé ne peut, en effet, rentrer en circulation, n'a-t-il pas perdu toute vitalité, et ne doit-il pas se pourrir? De là les phénomènes de fièvre putride qui se développent deux ou trois jours après la cessation des symptômes convulsifs, positivement après le temps que la fermentation putride réclame pour s'établir dans le sang. Ces symptômes putrides sont généraux et quelquefois localisés dans la partie où le sang a séjourné davantage, et si parfois on les combat avec succès, le plus souvent aussi ils se terminent par la mort. Je dois dire que chez les cholériques que j'ai soignés par les bains et les fumigations, et chez lesquels j'ai conjuré l'état convulsif, il m'est presque constamment arrivé de voir survenir huit jours, quinze jours ou même un mois après leur guérison, une fièvre d'humeur dont l'intensité était en rapport avec le degré du choléra dont ils avaient été frappés. Cette fièvre ne résistait pas d'ailleurs à un traitement purgatif et tonique. Ceux, au contraire, qui ont eu cette fièvre presque immédiatement après la période convulsive et un état cyanique très prononcé, étaient presque tous emportés par la putridité, malgré les évacuants et les toniques donnés suivant les indications, facilement appréciables d'ailleurs.

Tout, dans le choléra, s'explique donc par une maladie de la moelle épinière, il est donc déjà difficile de ne pas y placer son siége; et cela devient impossible si, à toutes ces considérations séméiologiques tirées de la comparaison des symptômes cholériques avec les fonctions de la moelle, on ajoute que chez tous les cholériques on développait, par la pression des apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, une douleur très vive, au point de jeter sur l'oreiller le malade qui, pour se prêter à l'examen, était assis sur son lit. Par comparaison, la pression au-dessus et au-dessous était *le plus souvent* indolente; par comparaison, la même pression sur les mêmes apophyses n'était plus douloureuse après la guérison; enfin, par comparaison encore, cette même pression, indolente pendant la période asphyxique, comme cela doit être, est devenue douloureuse quand la maladie s'est améliorée sous l'influence des bains et des fumigations: c'est ce que j'ai observé.

Impossible donc de ne pas placer le siége du choléra dans la moelle épinière; mais on n'y trouve aucune trace de lésion anatomique; c'est vrai: en trouve-t-on ailleurs? Non, car toutes celles qu'on rencontre sont regardées comme consécutives; à ce compte, une maladie grave, mortelle même en quelques heures n'aurait son siége nulle part. Mais combien de maladies existent sans lésions anatomiques! Toutes les névralgies, cinquième paire, sciatique, la catalepsie, l'épilepsie: je parle de ces maladies à l'état idiopathique et non symptomatique d'une lésion cancéreuse, par exemple, ou autre. Le torticolis, la pleurodynie, le lombago ne sont-ils pas encore des maladies sans matière? En outre, serait-il si facile de prouver qu'il est dans l'erreur celui-là qui avancerait que toutes les lésions anatomiques que l'on regarde aujourd'hui comme la cause des maladies n'en sont que des effets et sont consécutives, loin d'être primitives? Un centre nerveux commande à certains muscles: ce centre est-il dans le même état anatomique pendant le repos de ces muscles et pendant leur mouvement, et saisissons-nous la modification survenue dans la matière de ce centre nerveux lorsque les muscles auxquels il commande entrent et sont en mouvement par son influence? Disons-le donc et répétons-le sans cesse: n'admettre une maladie que là où il y a lésion matérielle, c'est restreindre considérablement le cadre nosologique, c'est refuser l'existence à une foule de maladies, c'est, en un mot, borner la médecine et l'empêcher de répandre sur l'humanité tous les bienfaits qui sont de son domaine. Une organisation vivante, un organe vivant, une molécule vivante existent comme matière, comme humeur, comme forces. Quel tort immense si on ne voit cette molécule vivante que comme matière: on niera les maladies des humeurs, on niera les maladies des forces, et, quand on prouvera que la moelle malade peut produire tous les symptômes cholériques, et leur enchaînement, et leur marche, et leurs différentes terminaisons; quand on aura observé, en outre, que cet organe est douloureux dans une partie de son étendue par la pression, on aimera mieux nier l'évidence et dire que la moelle n'est pas malade, par la seule raison qu'on ne trouve sur elle aucune lésion matérielle, comme si elle ne pouvait pas être lésée dans ses forces, et on s'évertuera à prouver bien autre chose encore moins probable, plus extraordinaire et même insaisissable. Cependant, on ne nie pas la maladie du nerf sciatique, si le malade a pendant sa vie déterminé le trajet de ce nerf en indiquant le trajet des violentes douleurs qu'il a supportées, quoique après la mort on ne trouve sur lui aucune trace matérielle; il en est de même du torticolis, du lombago. Je suppose dans tous ces cas qu'un accident indépendant de ces maladies est venu enlever la vie pendant leur durée.

Recherchons maintenant la nature du choléra. C'est une maladie dont l'invasion est subite comme dans le rhumatisme. Sa disparition est presque subite également en cas de guérison, lorsqu'il n'y a pas d'état consécutif: c'est encore le propre du rhumatisme; l'absence de lésion anatomique appartient aussi au rhumatisme, car les douleurs rhumatismales sont produites le plus souvent par un état de crispation moléculaire, qui, dans les muscles, produit la force de situation fixe de Barthez; et ainsi il y a dans une partie frappée de rhumatisme augmentation de consistance produite par le serrement de ses molécules les unes contre les autres: c'est une espèce de contracture moléculaire qui dépend d'un excès de tonicité. L'état spasmodique est donc le même que l'état rhumatismal, et on conçoit que cet état, qui doit gêner les fonctions de l'organe qui en est frappé, ne doit laisser aucune trace matérielle. Enfin, le choléra dans ses deux apparitions a été précédé par la grippe, et dans la grippe il est ordinaire de voir des douleurs rhumatismales dans les membres et particulièrement dans les parois de la poitrine. Au moment du choléra, le génie morbide est donc rhumatismal. D'ailleurs, on a dû observer comme moi que quelques malades atteints du choléra ont eu à souffrir un point de côté incessant; c'est ce qui le différencie de la crampe; c'était une douleur très vive qui venait encore augmenter la gêne de la respiration; on l'observait dans quelques-uns des cas très intenses, et j'ai remarqué qu'on pouvait le regarder comme un signe funeste. Quoi qu'il en soit, je pense que ce point de côté n'était que le rhumatisme de la moelle qui s'étendait jusque sur la paroi thoracique. Enfin, la médication atténuante, qui consiste à déterminer des faiblesses, état capable d'amener la résolution des spasmes, est celle qui convient le mieux en cas de choléra.

Toutes ces considérations me forcent à penser que, dans le choléra, la moelle est frappée de spasmes, atteinte dans la tonicité; que ses fibres, ses molécules sont plus serrées que dans l'état normal; que cette augmentation de consistance cesse par les progrès du mal, la résolution succédant au spasme et se terminant souvent par la mort. En conséquence, je crois que le degré de consistance de la moelle capable de produire le choléra doit échapper aux investigations anatomiques. Le choléra n'est donc qu'un rhumatisme de la moelle. Est-elle primitivement atteinte ou ses membranes sont-elles d'abord malades et réagissent-elles sur elle de manière à produire la contraction spasmodique de ses molécules? Je l'ignore. Toujours est-il qu'il y a surexcitation de la moelle; comme conséquence, maladie superficielle, qui doit céder facilement à un traitement approprié; comme conséquence, maladie très grave, qui doit promptement faire mourir en raison de l'importance des fonctions qui sont enrayées. L'indication est positive: calmer les spasmes de la moelle par un traitement débilitant, atténuant, résolutif. Le pronostic est grave, car il y a toujours des cas réfractaires et rapidement funestes, car il faut agir vite et souvent la médication sera trop tardive. Cependant, il faut dire aussi que la médication appropriée et employée à temps et avec énergie devra conjurer le danger et faire disparaître promptement une maladie si rapidement funeste lorsqu'elle n'est pas bien soignée, car elle est de sa nature superficielle.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Traitement des hernies.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 26 mars dernier, j'ai vu avec surprise que M. le professeur Piorry avait cru découvrir le premier tout l'avantage que l'on pourrait retirer d'un appareil qui, dans les hernies abdominales, produirait la traction des téguments, et qu'il mentionnait un fait uniquement pour prendre date.

M. Piorry ignore sans doute l'existence d'une petite brochure de Mathias Mayor sur la cure radicale des hernies, brochure qui parut en 1836, à Paris, chez Baillière. La méthode conseillée et employée par l'ingénieux chirurgien consiste, comme le dit M. Piorry, à produire la tension des téguments en faisant un pli à ces mêmes téguments; mais alors ce n'est plus à un appareil qu'il a recours, c'est à une opération, pour maintenir cette tension de la peau. Cette opération très simple, dépourvue de danger, consiste à passer plusieurs points de suture à la base d'un pli tégumentaire; par suite de cette opération, l'on a, non-seulement l'avantage d'une tension permanente des téguments, mais encore celui d'un tissu cicatriciel sur l'ouverture même de la hernie.

Quant à l'idée de guérir ou plutôt de soutenir les varices par ce même moyen, permettez-moi de vous rappeler encore que, dans votre numéro du 10 août 1844, M. Hervez de Chégoin vous a communiqué un traitement palliatif du varicocèle par un cordon qui, appliqué sur une portion du scrotum, n'a d'autre but que de tendre les téguments relâchés.

Agréez, etc. MAVEL, D.-M.-P.

Ambert, le 6 avril 1850.

NOUVELLES.

Dans la séance d'avant-hier, l'Assemblée nationale a voté pour les hospices, hôpitaux et établissements de bienfaisance la somme de 899,566 fr.

M. le docteur Bernard, suppléant M. Magendie, commencera son cours au Collége de France le vendredi 19 avril, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il exposera les découvertes les plus récentes faites en physiologie et en médecine.

— M. Edouard Robin ouvrira lundi, 22 avril, par la chimie, la physique, l'histoire naturelle et les mathématiques, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au premier examen de médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 48.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Les bureaux de la GAZETTE DES HÔPITAUX sont actuellement établis rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS, 19 AVRIL 1850.

Du régime alimentaire des mineurs belges.

Par M. DE GASPARIN.

La note que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs est un des travaux d'hygiène publique dont les applications pourraient être les plus importantes. Si les conséquences que l'on peut tirer de ces curieuses recherches n'ont pas encore toute la certitude désirable, la note de M. de Gasparin, qui s'occupe avec une sollicitude si éclairée de l'amélioration des populations ouvrières, aura au moins l'avantage d'appeler l'attention des médecins sur un sujet très susceptible d'être éclairé par les investigations de la science, et dont l'importance n'a pas besoin d'être démontrée.

Nous allons d'abord mettre sous les yeux du lecteur la note textuelle de M. de Gasparin ; nous y ajouterons ensuite quelques courtes réflexions.

« Ce n'est que par un long et sérieux examen que l'on parviendra à connaître les modifications que l'état social d'un pays, sa richesse, ses mœurs, ses traditions apportent dans le sort des populations ouvrières. La difficulté d'apprécier en détail ces différentes conditions et les rapports qu'elles ont entre elles, avait fait penser qu'il suffirait peut-être d'en examiner une seule, et que le régime alimentaire était l'expression résumée de toutes les autres. En effet, disait-on, l'homme améliore son alimentation à mesure qu'il acquiert une nouvelle aisance, et l'on pourrait penser que cette amélioration est proportionné à l'accroissement de l'aisance elle-même.

» On se tromperait fort en admettant ce premier aperçu comme règle générale. Nous connaissons des pays où l'esprit de prévoyance, poussé à ces dernières limites, dégénère en épargne sordide, croissant avec la richesse, et où les privations les plus dures, même celles qui portent sur la nourriture, semblent ne rien coûter pour parvenir à la fortune. Nos races montagnardes du centre de la France nous offrent, à cet égard, des exemples frappants; mais la nécessité de conserver la force musculaire nécessaire à leurs travaux fait porter l'économie plutôt sur le choix que sur la dose des substances nutritives qu'elles consomment.

» Un fait remarquable que j'ai rencontré sur notre frontière de Belgique nous présente un autre mode d'économie exercée sur le régime, et celui-ci porte sur la dose elle-même des substances alimentaires. La population des mineurs des environs de Charleroy a résolu ce problème : se nourrir complétement, conserver la santé, une grande vigueur de forces musculaires, avec une nourriture moitié moindre en principes nutritifs que celle qui est indiquée par l'observation dans le reste de l'Europe. Avant de décrire ce régime, je demande la permission à l'Académie de rappeler quelques principes que je crois accordés pour tous les savants qui se sont sérieusement occupés d'alimentation.

» Le régime de l'homme se compose partout de substances qu'on a reconnues propres à subir l'action des organes digestifs, et qui portent le nom d'aliments; ceux-ci contiennent invariablement des matières albuminoïdes et des principes ternaires privés d'azote. Les unes et les autres sont plus ou moins enveloppées et défendues par du ligneux, de la cellulose, et associées à d'autres principes adventifs, des huiles essentielles, des sels, des matières terreuses.

» Ces dernières substances, en formant un obstacle plus ou moins grand à l'action digestive, établissent entre les aliments une échelle de valeur qui n'est pas exactement en rapport avec le chiffre des principes vraiment nutritifs.

» Mais en considérant seulement ceux-ci dans les différents régimes des hommes, on reconnaît que leurs éléments ne conservent pas un rapport constant; que, par exemple, dans la nourriture des ouvriers anglais qui travaillaient au chemin de fer de Rouen, l'azote était au carbone comme 100 est à 1,887, et que dans celle des Irlandais, dans leur pays, où la pomme de terre est la base de la nourriture, l'azote est au carbone comme 100 est à 3,942. La dose des matières carbonées est donc essentiellement variable, et n'a de limites que la capacité des organes.

» Il en est autrement des substances albuminoïdes représentées par l'azote.

» Il résulte des enquêtes que nous avons faites dans un grand nombre de nos départements que ce principe ne varie pas dans des limites plus étendues que celles de 20 à 26 grammes d'azote dans la ration journalière des hommes faits.

» Or voici le fait que j'ai observé en Belgique, et qui fait l'objet de cette note. L'analyse démontre que le régime des ouvriers des environs de Charleroy ne renferme pas plus de 14 gram. 820 milligr. d'azote, et, ce qui paraît le distinguer seulement des autres régimes, c'est l'usage habituel du café bu à tous les repas. Ce régime est le suivant.

» Le matin, en se levant, l'ouvrier fait ce qu'il appelle son café; c'est une infusion très légère de café et de chicorée, mélangés à peu près par moitié. Cette boisson, à laquelle on ajoute un dixième de lait, constitue presque entièrement la partie liquide de l'alimentation. Avant de se rendre à son travail, le mineur prend un bon demi-litre de ce café, et mange une bonne tartine de pain blanc avec du beurre. Il emporte avec lui dans la mine de pareilles tartines beurrées, et une bouteille de fer-blanc qui peut contenir au plus un litre de café; ces aliments sont consommés par lui dans la journée. Le soir, en rentrant chez lui, il mange des pommes de terre cuites avec des choux ou tout autre légume vert; il termine ce repas par une tartine beurrée et une tasse de son café.

» Tous les ouvriers entendus dans l'enquête qui a été instituée à cet effet ont déclarés qu'ils mangeaient un pain en deux jours. Ces pains pèsent environ quatre livres. C'est pour chacun deux livres, ou un kilogramme par jour. Ils ne mangent de viande que les dimanches et jours de grande fête, et boivent ces jours-là chacun une couple de litres de bière. Leur pain est toujours blanc et de bonne qualité; mais il n'y a que quelques ouvriers privilégiés qui mangent de la viande un autre jour de la semaine; c'est une exception très rare. La quantité de beurre consommé peut être évaluée à 2 onces (60 grammes) par jour. La quantité de café et de chicorée consommée chaque jour est d'environ 1 once (30 grammes 59 centigr.) de chaque espèce. La portion de pommes de terre et légumes cuits ensemble, qui est mangée le soir, est de 1 livre 1/2 (750 grammes) au plus.

» L'ouvrier, pendant la semaine, ne boit ni bière, ni autre liqueur fermentée. Son café est sa seule boisson.

» Ainsi ce régime se réduit à deux litres de café, deux dixièmes de litre de lait, 1 kilogramme de pain, du beurre en quantité variable, 750 grammes de légumes verts, 1/2 kilogramme de viande par semaine, ou 73 grammes par jour; moyen, 2 litres de bière par semaine, ou 286 grammes par jour moyen.

» Le pain des ouvriers de Charleroy peut être assimilé par sa valeur nutritive au pain dit de quatre livres de pain, qui dose 1 gram. 25 centigr. pour 100 d'azote.

» Les analyses de M. Payen nous montrent que 100 grammes de poudre de café moulu donnent une infusion contenant 0 gram. 726 milligr. d'azote, 109 grammes de poudre de chicorée 0 gram. 574 milligr. d'azote.

» La viande à son état normal, avec sa proportion habituelle d'os, dose 2 gram. 42 centigr. pour 100 d'azote; le lait, 0 gram. 57 centigr. pour 100; les légumes verts, 0 gram. 36 centigr. pour 100.

» Le beurre, toujours mal dépouillé du caséum quand il n'est pas très bien fait, dose encore 0 gram. 64 centigr. pour 100 d'azote.

» D'après ces données, nous trouvons pour le régime des mineurs belges les chiffres suivants :

		Quantité	Azote
Deux litres de café :	Pour café	30 gr. 59 c.	0 gr. 222 azote.
	Pour chicorée	30 59	0 176
	Pour lait	2/10 de litre.	0 114
Pain, 1 kilogramme			12 500
Beurre, 60 grammes			0 004
Légumes verts, 750 grammes			0 037
Viaude, 73 grammes			1 767
			14 gr. 820 azote.

» C'est donc à 15 grammes d'azote au lieu de 28 que se réduit la proportion des albuminoïdes qui entrent dans la ration des mineurs belges. Or, cette nourriture est encore inférieure à celle que s'imposent, par mortification, les ordres religieux les plus austères. J'ai étudié et analysé le régime des religieux de la Trappe d'Aiguebelle (Drôme). Leur teint pâle, la lenteur de leur démarche, le peu d'importance du travail mécanique auquel ils sont soumis, et que les ouvriers du pays n'estiment pas à plus du cinquième du travail d'un des leurs, témoignent que leur alimentation est au minimum dans les circonstances où ils se trouvent. Or, elle contient 15 grammes d'azote et 402 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit à six équivalents de carbone.

» La nourriture de nos mineurs est aussi inférieure à celle des prisonniers de nos maisons centrales de détention, dont le travail mécanique est presque nul et se réduit à de légers mouvements des bras, qui exigent plus d'attention et d'adresse que de force. Leur régime journalier contient 16 gram. 56 centigr. d'azote et 475 grammes de carbone ou d'hydrogène réduit.

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique d'auscultation, ou *Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie*, suivi d'un *Précis de percussion*; par MM. BARTH et ROGER. — (3e édition.)

De la belladone et de son emploi dans la scarlatine, par le docteur LECOINTE.

Quand un livre de la nature de celui-ci parvient en quelques années à sa troisième édition, laissant à distance et bien loin derrière lui ses imitateurs se bercer en vain de l'espoir trompeur d'une semblable popularité, on peut affirmer sans crainte que son mérite est réel, et que la vogue qui lui est acquise n'est le résultat d'aucune manœuvre, d'aucun artifice. Combien n'en avons-nous pas vus qui, salués au moment de leur apparition au grand jour de la publicité par un concert d'éloges plus ou moins légitimes ou complaisants, n'ont pu soutenir cette périlleuse épreuve et sont restés, au bout de quelques mois, parfaitement ignorés de tous, si ce n'est de leurs auteurs. Nous ne voulons point fouiller les nécropoles littéraires où gisent les livres auxquels nous faisons allusion. Laissons les morts en paix. Aussi bien la valeur du traité de MM. Barth et Roger ne pourrait-elle en être augmentée par cette comparaison; son adoption générale par les élèves est le plus bel éloge et la plus certaine approbation que l'on puisse lui décerner.

Fidèles à la pensée qui les avait guidés dès la première publication de leur livre, les auteurs n'ont rien négligé pour en faire un traité aussi complet que possible d'auscultation et de percussion. Chacune des éditions qui ont succédé à la première a constaté un progrès réel, offert des améliorations incontestables, fruits de l'expérience et de l'observation journalières, de considérables augmentations. Ces additions, nécessairement de moins en moins nombreuses, car les acquisitions de la science sont toujours lentes et affectent souvent une marche presque insensible, n'ont pas manqué à l'édition présente, dans laquelle les auteurs ont complété çà et là des chapitres auxquels l'état de la science ne leur avait pas permis de donner des développements plus amples jusqu'alors.

Nos lecteurs, dont il n'est pas un peut-être qui n'ait ou n'ait eu entre les mains le traité dont il est ici question, ne s'attendent pas sans doute que nous leur en donnions une nouvelle analyse, tout au moins superflue; nous nous contenterons de signaler à leur attention quelques-uns des paragraphes qui ont reçu les plus importantes additions.

Et d'abord, nous citerons le chapitre consacré à l'auscultation *appliquée à la grossesse et à son diagnostic*. Depuis la seconde édition de ce livre, la littérature médicale s'est enrichie de précieux travaux sur l'art des accouchements. Nous citerons, en première ligne, le traité savant et éminemment pratique de M. Jacquemier, publié sous le nom malheureux de *Manuel*, et dont la plume habile de notre ami le docteur Pajot a rendu compte dans ce journal il y a quelque temps déjà. Nous mentionnerons le *Traité d'auscultation obstétricale* si complet du docteur Depaul, qui a trouvé moyen de faire un beau et bon volume sur un sujet en apparence aussi restreint. C'est à ce dernier principalement que les auteurs ont fait les plus précieux emprunts, tout en renvoyant à l'ouvrage original, soit pour l'historique et la bibliographie, soit pour les détails que ne pouvait comporter le cadre qu'ils s'étaient tracé. Disons ici, en passant, que nous regrettons que les auteurs n'aient pas cru pouvoir se prononcer sur le siége et sur la cause physique du souffle utérin, qui a donné lieu jusqu'ici à tant de théories plus ou moins hypothétiques ; leur approbation pour l'une ou l'autre de ces théories n'eût pas manqué de donner une autorité plus grande à l'opinion en faveur de laquelle ils se seraient prononcés. Espérons que de nouvelles recherches leur permettront plus tard de se faire une opinion définitive sur une question aussi controversée, et pour la solution de laquelle ils réunissent toutes les conditions de savoir.

Un autre chapitre important qui a été largement augmenté, c'est celui qui a pour titre : *De l'auscultation et de la percussion combinées*. Laënnec avait eu la première idée de ce mode d'examen pour certains cas d'ascite et de pneumothorax. Deux médecins américains ont essayé de généraliser cette méthode mixte, dont ils ont tracé les règles et exposé les avantages. Se fondant sur ce principe, que, lorsque l'on obtient un son par la percussion ordinaire sur le corps, mille parties se perdent pour une qui arrive à l'oreille, et que, si l'on pouvait recevoir les vibrations sonores au bout d'une tige solide élastique, homogène, bien peu se perdraient par irradiation, et presque toutes seraient perçues à l'autre bout, MM. Cammann et Clark ont proposé de substituer au stéthoscope ordinaire un cylindre plein en bois de cèdre, de 15 à 18 centimètres de long sur 25 millimètres de diamètre, garni d'une plaque sur laquelle repose l'oreille. Le cylindre appliqué sur la partie que l'on veut explorer, un autre observateur percute à petits coups et avec un seul doigt un plessimètre appliqué aussi sur le même organe et à plus ou moins grande distance du cylindre. A vrai dire, ceci nous semble plutôt une curiosité diagnostique qu'une méthode susceptible d'une application réelle et fréquente. Elle exige toujours le concours d'un aide, inconvénient grave dans la pratique civile ; son étude est très longue et très difficile, et surtout ses résultats ne sont pas meilleurs, si tant est même qu'ils soient aussi bons que ceux de la percussion et de l'auscultation ordinaires.

Notons enfin, comme dernière et importante addition, celle d'une table, alphabétique à la fois et analytique, qui permet de trouver en

» Maintenant, il faut ajouter que le mineur, soumis au régime en apparence si pauvre que nous avons décrit, est un ouvrier des plus énergiques; que quand les mineurs français, ceux d'Anzin, par exemple, qui se nourrissent bien plus largement, essaient de travailler dans les mines de Charleroy, ils sont bientôt obligés d'y renoncer, ne pouvant suivre l'ouvrier belge dans l'exécution de sa tâche.

» C'est au café seul que l'on peut attribuer la possibilité de se contenter d'un régime que des enfants ne supporteraient pas, et ce n'est pas comme substance nourrissante qu'il agit ici, car l'analyse nous démontre qu'il n'entre pas plus de un trente-cinquième dans le chiffre des propriétés nutritives des aliments. Le café a donc d'autres propriétés dont il faut tenir grand compte.

» Achève-t-il les fonctions digestives? provoque-t-il une plus complète assimilation des aliments? ou peut-être ne retarde-t-il pas la mutation des organes, qui n'exigent pas alors une si grande consommation de matériaux pour se réparer ou s'entretenir? Dans cette hypothèse, le café ne nourrirait pas, mais il empêcherait de se dénourrir.

» D'après ces idées, je me proposais de rechercher les effets du café sur les excrétions, quand on m'a indiqué des expériences récentes faites dans ce but par Bocker (1). Il résulte de ces expériences que, quand les sujets qui y étaient soumis ne faisaient point usage de café, ils rendaient en vingt-quatre heures la quantité de 1,364 gram. 500 milligr. d'urine renfermant 22 gram. 275 milligr. d'urée, 0 gr. 578 milligr. d'acide urique et 1 gram. 291 milligr. d'acide phosphorique, et que, quand ils faisaient usage de café, la quantité de leur urine s'élevait à 1,733 gram. 750 milligr. renfermant 12 gram. 585 milligr. d'urée, 0 gr. 402 milligr. d'acide urique et 0 gr. 854 milligr. d'acide phosphorique (p. 198). Si des expériences ultérieures confirment ces résultats, on expliquerait facilement les faits que nous venons de rapporter.

» Nous savons d'ailleurs combien sont sobres les peuples qui font un grand usage du café. Les abstinences prodigieuses des caravanes, le régime si peu nutritif des nations arabes viennent appuyer de l'autorité d'une longue expérience les effets que l'on peut attribuer à ce breuvage, et les distributions de café à nos troupes dans les fatigantes courses de l'Algérie sont regardées par les militaires comme un des meilleurs moyens de les leur faire supporter.

» D'autres substances aussi doivent avoir des effets analogues, et qu'il sera intéressant d'étudier. Nous citerons, entre autres, l'usage des bulbes alliacés, si commun dans le midi de l'Europe. D'un autre côté, M. Barral vient de mettre en lumière que l'usage du sel marin augmente la proportion de l'urée et de l'acide urique de l'urine dans une très grande proportion, et produirait ainsi des effets entièrement contraires à ceux du café.

» L'aisance qui règne dans la population soumise au régime du café ne peut pas être mise en doute. Il n'y a d'autres pauvres dans le pays que ceux que des blessures accidentelles, trop fréquentes dans les mines, privent de la faculté de travailler.

» Un vieux contre-maître qui connaît parfaitement le pays, qui lui-même a été simple ouvrier et qui m'a fourni beaucoup de notes, me disait qu'un homme avec sa femme et six enfants vit sans faire de dettes avec sa journée de 2 fr.

» Ces recherches peuvent avoir de très grandes conséquences sur le sort des populations, et doivent préoccuper sérieusement les chimistes, les médecins et les économistes. S'il était prouvé que, sans nuire à la santé, au développement et au maintien des forces, l'usage du café permet à l'homme de se contenter d'une nourriture beaucoup moins abondante, on pourvoirait avec moins de peine aux déficits des temps de disette; et l'on comprendrait qu'il est important d'étendre l'usage de ce breuvage, et de ne pas le gêner par des droits trop élevés qui seraient alors de véritables taxes sur les objets de la consommation générale. »

Parmi les questions soulevées par l'intéressant travail de M. de Gasparin, deux surtout nous paraissent dominer toutes les autres; l'une est relative à la proportion d'azote des aliments considérée comme thermomètre en quelque sorte des qualités nutritives de ces aliments, l'autre se rapporte à la quantité même et à la qualité de ces aliments, abstraction faite des proportions d'azote qu'ils peuvent contenir.

Sous le premier rapport, M. Magendie a rappelé, à propos des recherches de M. Gasparin, que la quantité d'azote contenue dans un aliment ou dans une substance quelconque ne donnait en aucune façon la mesure des propriétés alimentaires ou nutritives de cette substance: c'est ainsi que les animaux meurent d'inanition en mangeant des quantités considérables de gélatine, ou même de fibrine (la substance alimentaire par excellence quand elle est prise sous forme de muscle), quand cette fibrine est extraite du sang et qu'elle a même reçu un excellent arome en cuisant dans du bon bouillon de viande. Enfin la chair musculaire qui, en se desséchant, ne se dépouille que de son eau et de quelques autres principes en quantité infiniment petite, perd cependant dans cette transformation la plus grande partie de ses qualités nutritives, au point qu'il faut pour nourrir un animal un poids égal de viande sèche et de viande fraîche; or, la viande fraîche est quelquefois réduite par la dessiccation aux dixième de son poids. Ces exemples qu'il serait facile de multiplier prouvent surabondamment que l'azote ne saurait être pris pour thermomètre des qualités alimentaires d'une substance quelconque.

Or, cette première question ainsi résolue, il en reste une seconde à résoudre dans le travail de M. Gasparin: La quantité d'aliments prise par les ouvriers mineurs de Charleroy est-elle suffisante pour entretenir un homme qui travaille en bon état de santé, et en supposant qu'aucun de ces aliments ait une vertu particulière, telle que celle que M. de Gasparin est porté à attribuer au café?

Sans vouloir trancher d'une manière absolue cette question, nous croyons cependant que la réponse affirmative est parfaitement possible. En définitive, les ouvriers de Charleroy mangent 2 livres de pain de première qualité, 60 grammes de beurre, 750 grammes de pommes de terre, un quart de litre de lait, et l'extrait d'une once de café et d'une once de chicorée. Tout cela fait, à très peu de chose près, 4 livres de substances alimentaires végétales de bonne qualité. Or, il nous semble très possible qu'une semblable quantité d'aliments entretienne parfaitement la santé! Dans plusieurs contrées du Midi, du voisinage des Pyrénées en particulier, où les habitants se nourrissent presque exclusivement de pain de maïs, le régime alimentaire est certainement bien inférieur, au moins en qualité, à celui des mineurs de Charleroy, et cependant les habitants sont remarquables par la beauté et la vigueur de leur constitution. Toutefois, les remarques faites par M. de Gasparin sur l'influence du café nous paraissent extrêmement intéressantes, et il est à désirer que les médecins de la localité les soumettent à une expérimentation ou du moins à une observation rigoureuse. Il serait bien facile d'obtenir de quelques ouvriers mineurs qu'ils voulussent bien remplacer leur café, qui à ce degré de dilution ne doit pas être une boisson bien séduisante, par une autre boisson au moins aussi agréable, telle que le vin coupé d'eau, par exemple, et de voir si ceux qui subiraient ce changement de régime seraient moins bien portants, moins vigoureux que les autres? Pour notre compte, nous pensons qu'il est permis d'en douter. M. de Gasparin pourrait parfaitement bien, avec un peu de dévouement, mener à bonne fin de semblables recherches et compléter ainsi un travail qui, tel qu'il est, offre déjà un vif intérêt.

(1) *Beritrage zur-heilkunde.* Creffeld, 1849; tome 1er, p. 188, et suivantes.

Revue clinique hebdomadaire.

Nouveau succédané du sulfate de quinine hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. — Si la thérapeutique ne parvient pas à s'enrichir d'un médicament qui puisse enfin remplacer le sulfate de quinine, ce ne sera certes pas la faute des praticiens; assez d'efforts sont tentés chaque jour pour arriver à ce but. Voici encore une nouvelle préparation qui est proposée qui, d'après un médecin dont le nom nous échappe, jouirait de propriétés antifébriles très prononcées; cette préparation est l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, sel double, dont l'une des bases, comme on le voit, nous ramène un peu à la matière médicale de l'huile de lézard et de suc de cloporte. Mais ce ne serait là qu'un petit malheur si le médicament est vraiment efficace. Le petit nombre d'expérimentations que nous avons vues jusqu'à ce jour ne sont malheureusement pas beaucoup en sa faveur. Voici, par exemple, deux faits que nous a fait voir M. Martin-Solon, et dont l'un, au moins, semble assez concluant.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, relieur, habitant Paris depuis six ans, originaire du Bas-Rhin, n'ayant jamais eu la fièvre intermittente dans son pays ni ailleurs, fut pris de cette maladie vers le milieu du mois dernier. L'affection revêtit le type tierce. Après le sixième accès, le malade, désespérant de voir la maladie cesser spontanément, entra à l'Hôtel-Dieu vers la fin de mars (salle Saint-Raphaël, n° 10, service de M. Martin-Solon).

Dès son entrée, on administra au malade 2 centigrammes d'arséniate de soude quelques heures avant le moment de l'accès. Cette dose de médicament fut inutilement portée jusqu'à 4 centigrammes. Après le huitième accès, on renonça à la préparation arsenicale, et l'on eut recours à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, qu'on donna en solution à la dose de 2 grammes dans 120 grammes de liquide. Le médicament fut bien supporté; il n'y eut ni nausées, ni vomissements; mais aujourd'hui quatre accès ont déjà eu lieu depuis que ce médicament est administré, et ces accès n'ont été en rien moins intenses que les autres; l'heure de leur apparition n'a pas non plus été modifiée; en un mot, aucune action thérapeutique sensible n'a été produite. Le médicament est d'ailleurs pris sans répugnance.

Le second fait est beaucoup moins concluant relativement à l'hydro-ferro-cyanate; mais il est curieux, comme le précédent, sous le rapport de l'emploi des préparations arsenicales, et c'est pour cette raison surtout que nous allons le rapporter.

Cette seconde observation a pour sujet un jeune homme de dix-huit ans, commis, originaire du Berry, ayant déjà eu la fièvre intermittente tierce il y a six ans, mais s'étant toujours bien porté depuis lors. Il habitait, à cette époque, une localité située à six lieues au-delà de Bourges, non marécageuse, et dans laquelle ne règnent pas habituellement les fièvres intermittentes. Depuis quelques années, il habite Paris, qu'il n'a pas quitté depuis qu'il y est arrivé. Vers la fin de février, sans s'être exposé à aucune émanation paludéenne connue, il fut pris d'un accès de fièvre intermittente des plus prononcés, qui se reproduisit le lendemain et affecta ainsi la forme tierce. Le malade étant entré promptement à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Raphaël, n° 2, service de M. Martin-Solon), 2 centigrammes d'acide arsénieux lui furent d'abord administrés quelques heures avant l'accès. Dix accès eurent lieu malgré l'emploi de ce médicament, sans être modifiés en rien, ni dans leur intensité, ni dans leur moment d'apparition. Deux fois on porta ensuite la dose du médicament à 4 centigrammes, et aucun effet thérapeutique ne fut encore observé. On donna alors, sans plus de succès, l'arséniate de soude. Enfin, le matin à quatre heures, on a donné 2 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée dans 120 grammes de liquide. Le médicament a été pris à quatre heures du matin, les accès commençant à six heures, de même, du reste, que ceux du malade précédent. Mais chez le malade du n° 2, le stade de frisson s'accompagnant quelquefois de vomissements, et l'accès ayant aujourd'hui un peu anticipé sur son heure habituelle, les vomissements ont eu lieu peu de temps après l'ingestion du sel double, et il est probable que la majeure partie du médicament aura été rejetée.

Quoique ces deux faits soient certainement insuffisants pour nous permettre de porter un jugement définitif sur un nouvel instant la question dont une circonstance imprévue et soudaine vous force de rechercher la solution.

De la belladone et de son emploi dans la scarlatine, par le docteur Lecointe. (Thèse de Paris.)

Si la presse médicale s'occupe peu, en général, des dissertations inaugurales soutenues devant les Facultés, c'est que trop souvent elles ne sont que des compilations au lieu d'être des travaux originaux, des *propositions* déduites de l'observation de faits recueillis directement au lit du malade dans un but déterminé. Telle n'est pas celle à laquelle aujourd'hui nous allons consacrer quelques lignes de cette Revue bibliographique. Vraies ou erronées, elle contient des idées nouvelles qui réclament un examen sérieux auquel nous allons essayer de nous livrer.

« Une cause étant donnée, dit M. Lecointe, quel sera l'appareil, l'organe, le tissu, le système affecté? Le siége de la maladie découvert, quelles sont les altérations spéciales qui se produisent dans les tissus? enfin, quel est l'état *dynamique* qui naît du siége et de la spécificité des lésions organiques? *Electivité*, *spécificité*, *dynamisme*, ces trois termes de tout problème pathologique se retrouvent nécessairement dans toute question de thérapeutique. Ne faut-il pas que tout médicament ait mission d'aller guérir là où est le mal, de modifier la voie de désorganisation dans laquelle est entré le tissu affecté? Enfin, ne doit-il pas ramener le rythme normal de la vie, ne doit-il pas, en médication directe, être hyposthénisant si la maladie est hypersthénique, *et vice versâ?* La connaissance intégrale d'un médicament renferme donc une réponse à ces trois questions: Quelle est l'affinité élective de la substance expérimentée? quelles sont les modifications spéciales qu'elle imprime à l'organisme? enfin, quelle est son influence dynamique? »

C'est sous ces trois points de vue que l'auteur a étudié la belladone; il s'est proposé de localiser l'action de ce médicament, de déterminer si elle est hyper ou hyposthénisante; de localiser la scarlatine et de déterminer sa nature dynamique; et, enfin, il s'est demandé s'il n'y avait pas rationalisme à employer la belladone comme antidote.

L'auteur commence par rapporter une série de faits et d'expériences tirés soit de ses observations particulières, soit des ouvrages des plus célèbres toxicologistes sur l'action de la belladone, et il en conclut, quant à l'action élective de la belladone, que, les phénomènes observés étant sous la dépendance médiate ou immédiate du système nerveux, elle constitue une substance à électivité sur le système nerveux; mais ce n'est pas tout. Dans l'intérêt des applications thérapeutiques, il est nécessaire de spécifier davantage, sinon le point de son action, au moins sur lequel des systèmes nerveux, animal ou organique, elle agit plus directement. Ici nouvelle série de faits qui le portent à penser que la belladone et son alcaloïde, l'*atropine*, ont une action élective sur le système nerveux ganglionaire, ce qui est établi par l'état cadavérique des ganglions du trisplanchnique, par les symptômes généraux de l'empoisonnement, enfin par son action thérapeutique certaine dans les névroses locales, les spasmes, les affections spasmodiques des appareils de la vie organique et les maladies du système lymphatique.

Ceci posé, quelle est, se demande l'auteur, la nature de la scarlatine? D'un travail particulier, trop long pour pouvoir être consigné dans une dissertation inaugurale, il conclut que la scarlatine est une affection générale qui se manifeste extérieurement par une phlegmasie ou une congestion du système lymphatique des membranes cutanées, muqueuses ou séreuses; il admet des troubles sous la dépendance du grand sympathique et un état pathologique du système lymphatique.

Le problème à résoudre est donc celui-ci: indiquer une médication ou une substance qui soit:

1° Prophylactique de la scarlatine;

2° Hyposthénisante, puisque la scarlatine est une fièvre continue de nature inflammatoire;

3° Qui aide la nature dans son travail d'épuisement du miasme scarlatineux sur le système lymphatique superficiel de la peau;

4° Enfin, qui modère ou évite les complications.

Des premières considérations de son travail, M. Lecointe a déduit l'affinité élective de la belladone pour le système nerveux du grand sympathique et son action hyposthénisante. Ne pouvait-on induire son action bienfaisante dans une maladie dont les premiers symptômes appartiennent aux appareils sous la dépendance du grand sympathique? Même affinité élective entre le miasme morbifique et l'agent thérapeutique, action dynamique opposée; c'est là, pour l'auteur, une solution *mathématique*. Suit une série d'observations de scarlatines traitées suivant la méthode de l'auteur et guéries.

Nous avons été, mais nous ne sommes plus, de ceux qui pensent que la médecine peut parler un langage mathématique. L'expérience des faits corrige durement de leur outrecuidance les observateurs qui ont cru voir dans la médecine une science mathématiquement exacte, et ses sévères leçons redressent l'opinion de ceux qui sont de bonne foi. Nous n'écrivons que pour ceux-là. Nous conseillerons donc à notre jeune confrère de modifier un peu en ce sens la forme de son langage. Mais nous nous empressons, à côté de ce reproche bienveillant, qui ne touche qu'à la forme, de reconnaître que son travail est le fruit de longues et de laborieuses recherches, que bien des propositions émises par lui peuvent être vraies, ce que l'expérience nous apprendra; enfin, que sa thèse présente un côté piquant et original qui en rend la lecture facile et attachante.

Dr A. Foucart.

veau médicament, nous avons cru néanmoins devoir les rapporter, comme pouvant déjà servir de guide aux expérimentations que les praticiens pourraient avoir l'intention de tenter. Il est évident, en effet, que, si ces deux faits ne nous permettent pas de conclure d'une manière définitive, ils devraient au moins nous détourner, dans un cas grave, de faire usage d'un médicament aussi incertain. Nous avons aussi rapporté ces deux faits à cause de l'utilité qu'ils peuvent avoir dans la question encore incomplètement résolue de l'arsenic. On a vu que, sous ce rapport, l'expérimentation a été complète chez les deux précédents malades, et que les résultats sont loin d'avoir été ce qu'on pouvait espérer, d'après les expériences en apparence si concluantes de M. Boudin. Ces deux faits feront sentir plus impérieusement encore la nécessité de se livrer à des recherches suivies sur cette importante question thérapeutique, qui importe tant aux populations de nos contrées marécageuses.

Singulière affection intermittente. — Pendant que l'arsenic et l'hydro-ferro-cyanate d'urée échouaient contre deux fièvres intermittentes, le sulfate de quinine montrait sa puissance dans une affection intermittente assez singulière, qui ne peut être attribuée à l'action d'aucun miasme paludéen, mais sur laquelle l'intelligence affaiblie du malade ne peut donner aucun détail digne de confiance.

Cet homme, placé au n° 5 de la salle Saint-Raphaël, service de M. Martin-Solon, qui est âgé de soixante-quatorze ans, et qui se dit malade depuis dix mois, qui paraît avoir eu une incontinence d'urine, a présenté depuis quelques jours des espèces d'accès, revenant à peu près aux mêmes heures, et caractérisés par de l'agitation, du délire, une coloration rouge de la face, de la fièvre, une chaleur générale prononcée, mais sans le moindre refroidissement, sans le plus petit frisson préalable, sans sueur consécutive. Ces accès s'étant renouvelés plusieurs fois, M. Martin-Solon prescrivit 30 centigrammes de sulfate de quinine; le lendemain et les jours suivants, les accès ne se reproduisirent pas. Hier et avant-hier le sulfate de quinine a été suspendu, les accès ne se sont manifestés de nouveau; enfin, ce matin on a fait reprendre le sulfate, et l'heure des accès est déjà passée sans accident.

Ce fait n'est certainement pas une rareté en thérapeutique; car personne n'ignore que les préparations de quinquina ont réussi maintes fois dans des affections intermittentes qui n'avaient aucun rapport avec les fièvres périodiques ordinaires. Cependant nous avons cru utile d'exposer en quelques mots à nos lecteurs le succès obtenu chez le précédent malade, parce qu'en présence de symptômes congestifs comme ceux qu'il présentait, et alors même que ces symptômes affectent une forme intermittente, on ne songe pas toujours au sulfate de quinine, dont l'usage semblerait en effet devoir être proscrit par l'existence de tels symptômes, s'il n'y avait là une circonstance particulière qui peut l'indiquer.

Phlegmon de la région olécranienne. — Diagnostic des tumeurs fluctuantes de cette région. — M. Velpeau a appelé hier l'attention de ses lecteurs sur un malade placé au n° 2 de la salle Sainte-Vierge, et affecté d'une tumeur du coude dont le diagnostic, sans être très difficile, se prête cependant à des considérations intéressantes pour la pratique.

Cette tumeur, d'un volume modéré, présente tous les symptômes d'un phlegmon avec rougeur, chaleur, sensibilité anormale; mais elle offre de plus de la fluctuation, et c'est sur ce point qu'insiste surtout M. Velpeau. Quoique au premier abord le liquide renfermé dans la tumeur semble devoir être du pus; il ne serait pas impossible cependant que ce liquide fût du sang ou de la synovie, et il importe, avant de se décider pour un traitement quelconque, d'en déterminer la véritable nature.

Les épanchements de sang dans la région du coude, comme dans toutes les régions, sont presque constamment le résultat d'une violence traumatique. C'est précisément ce que l'on peut observer chez un jeune garçon couché au lit n° 1 de la salle Sainte-Vierge, à côté du malade dont nous nous occupons. Or, ce malade dit n'avoir reçu aucun coup ni fait aucune chute sur le coude; cependant il ajoute qu'il pourrait s'être frappé en dormant, en sorte que, bien qu'il ne puisse, en apparence au moins, y avoir aucune espèce de raison pour nier une violence quelconque exercée sur le coude, les réponses du malade pourraient laisser des doutes sur ce point; néanmoins, en l'absence de tout moyen de contrôle, on est bien obligé de prendre ces réponses comme l'expression de la vérité, et, cela étant, on doit renoncer à toute idée d'épanchement sanguin.

D'autres raisons doivent écarter également la supposition d'un épanchement synovial. Une tumeur synoviale, en effet, peut avoir deux siéges distincts à la région olécranienne: elle peut dépendre d'une accumulation de la synovie, soit dans la bourse muqueuse du triceps ou dans la synoviale de l'articulation elle-même.

Lorsque la synovie se trouve dans la bourse synoviale, laquelle coiffe elle-même la pointe de l'olécrane, c'est nécessairement sur la partie la plus saillante de cette tubérosité qu'existe la tumeur, et quand celle-ci est d'un volume plus considérable que le sommet de l'apophyse olécranienne, alors elle la dépasse en haut et en bas, de manière que le centre de la tumeur correspond toujours à peu près à la saillie de l'os.

Lorsqu'au contraire c'est dans la synoviale articulaire que le liquide est accumulé, alors l'articulation est déformée, des bourrelets formés par la capsule distendue se forment autour des surfaces cartilagineuses, et principalement de chaque côté de l'apophyse olécranienne. Rien de semblable n'existe chez le malade du n° 2. On doit donc se rattacher définitivement, dit M. Velpeau, à l'idée d'un épanchement purulent, sans toutefois exclure d'une manière absolue la possibilité d'un mélange de sang et de pus; il y a une considération qui pourrait peut-être donner une certaine probabilité à la présence du sang; c'est que ce malade s'est présenté il y a huit jours à l'hôpital Saint-Louis, où on lui a fait une incision. Il assure qu'il n'est pas sorti de cette incision autre chose que du sang. N'est-il sorti que du sang, en effet, ou bien la quantité de pus était-elle assez petite pour qu'elle ait échappé aux regards du malade? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer. Dans tous les cas, ce qu'il affirme fût-il bien exact, ce ne serait toujours là qu'une présomption légère en faveur d'une hématocèle; car le pus pouvait très bien ne pas exister il y a huit jours, et être en assez grande abondance aujourd'hui.

En résumé, M. Velpeau a pensé que cette tumeur devait être traitée comme un phlegmon suppuré, et qu'il convenait de donner issue au pus par une incision nouvelle, quoique l'incision pratiquée il y a huit jours ne soit pas encore complètement cicatrisée. C'est là, en effet, à nos yeux, le parti qu'il convenait de prendre, sauf, comme l'a fait observer le savant professeur, à traiter en conséquence une telle lésion de l'os, si la suppuration reconnaît une telle lésion pour cause. Nous ne doutons pas que l'observation ultérieure ne confirme le diagnostic porté sur ce cas intéressant.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

De l'apoplexie rachidienne.

Sous le nom d'*apoplexie rachidienne*, on a désigné les affections dans lesquelles se produit une hémorrhagie, soit dans le canal vertébral en dehors des membranes qui enveloppent la moelle, soit dans la cavité des méninges rachidiennes, soit enfin dans le tissu propre de la moelle.

Il suit de cette définition que la maladie qu'on a décrite sous le nom d'apoplexie rachidienne est très différente dans les divers cas qu'on lui rapporte.

Si vous vous rappelez ce que nous avons dit relativement à la description de la moelle et de ses annexes, vous savez que le canal rachidien, par son diamètre transversal, excède de beaucoup celui de la moelle, et qu'il existe un vide assez considérable autour du fourreau rachidien. C'est dans cette cavité que s'accomplissent des épanchements de sang qui peuvent aller jusqu'à la remplir à peu près complètement. L'abondance de ces épanchements sanguins peut se comprendre quand on réfléchit qu'il y a là un système vasculaire très riche, et que c'est un système vasculaire veineux, c'est-à-dire où se trouvent des conditions physiques favorables aux congestions dans l'épaisseur des os du rachis et dans le tissu cellulaire voisin qui se trouve du côté de la cavité rachidienne.

On a placé parmi les apoplexies rachidiennes les hémorrhagies qui se produisent dans la cavité des méninges qui entourent la moelle. Il y a deux cavités dans les méninges rachidiennes. L'une est la cavité de l'arachnoïde proprement dite, cette cavité qui n'existe pas en réalité, parce qu'il y a contact des deux feuillets adhérant au dehors à la dure-mère, et en dedans à la pie-mère: des épanchements de sang ont été trouvés dans cette cavité; l'autre est la cavité sous-arachnoïdienne comprise entre le feuillet interne de l'arachnoïde et l'enveloppe immédiate de la moelle. On a aussi observé des hémorrhagies dans cette cavité. Enfin, on en a observé dans la moelle épinière elle-même, avec désorganisation du tissu de cet organe.

Je vous ai parlé précédemment des erreurs qui avaient été commises dans la collection des observations de maladies méningiennes. Le même cas se représente. Toutes les fois qu'il y a épanchement de sang dans la cavité des ventricules du cerveau ou dans le tissu des portions de l'encéphale faisant saillie dans ces ventricules, ou enfin dans la pie-mère de la base, le sang colore le fluide céphalo-rachidien et se délaie dans ce fluide jusqu'au bas du canal vertébral, de sorte que chez les apoplectiques de la tête on trouve le fluide céphalo-rachidien fortement coloré en rouge dans le fourreau de la moelle; dans d'autres circonstances, la vie de l'apoplectique s'étant prolongée, on rencontre encore cette coloration rouge, mais à un moindre degré dans le fluide, et un dépôt d'une quantité plus ou moins considérable de la matière colorante fibrineuse du sang allant jusqu'au bas de la cavité méningienne. Ce sont des cas de ce genre qu'on a décrit pour des apoplexies rachidiennes, et qui ne sont que des apoplexies cérébrales donnant lieu à un épanchement de sang dont on trouve la couleur jusqu'au bas du canal rachidien. Il faut donc mettre tous ces cas de côté dans la description de la maladie dont nous nous occupons présentement.

Quant aux épanchements de la cavité proprement dite, de l'arachnoïde, ils se présentent avec des lésions anatomiques caractéristiques dans les maladies des enfants. Chez eux, il se fait une espèce d'apoplexie particulière à leur âge; c'est l'apoplexie méningienne consistant dans une exhalation sanguine dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans le feuillet qui tapisse la surface interne du crâne, et alors on peut observer des épanchements par taches sanguines disséminées, ou bien le sang se répand en nappe sur les hémisphères du cerveau. Cette forme se montre presque exclusivement sur les enfants. Cette sorte d'apoplexie se produit aussi sur eux dans le fourreau rachidien, et quand on la trouve sur le cadavre, comme elle a lieu le plus souvent dans la portion qui enveloppe les nerfs de la queue de cheval, il se sera produit pendant la vie des mouvements convulsifs avec rigidité et renversement du tronc en arrière, en même temps un ralentissement dans la respiration et des phénomènes de paralysie générale. Ces accidents peuvent arriver en quelques heures avec seulement deux ou trois secousses de convulsion, et aussitôt commencent la paralysie et la rigidité du tronc. D'autres fois ils se montrent avec peu d'intensité, et arrivent lentement. On observe quelques spasmes, un peu de rigidité du tronc, de la faiblesse dans les mouvements des membres, de la rétention des urines et des matières fécales, des mouvements spasmodiques presque comme dans le tétanos, revenant et disparaissant, un état fébrile secondaire assez faible; puis vient du ralentissement dans la respiration, le malade tombe dans le coma, et enfin la mort arrive quand, par suite de la paralysie générale, le ralentissement de la respiration a été jusqu'à produire l'asphyxie. On trouve un bel exemple de cette maladie dans l'ouvrage d'Abercrombie, dont nous avons donné une traduction, et remarquable en ce que la mort n'est arrivée que le quinzième jour. Il est exceptionnel à cet égard.

Ainsi l'apoplexie méningienne du rachis a pour caractères la rigidité et le renversement du tronc en arrière, la paralysie des extrémités inférieures, puis bientôt de la vessie et du rectum, et enfin le ralentissement de la respiration, symptômes qui se rapprochent de ceux qu'on observe dans la méningite rachidienne.

Quant aux épanchements de sang survenus dans la cavité osseuse du rachis en dehors de la dure-mère, ils sont presque toujours les suites de causes extérieures, et déterminent de la débilité et de la laxité des mouvements sans paralysie complète. On ne peut leur trouver d'autres signes qu'une douleur sur le trajet de la colonne épinière et un état de torpeur adynamique de tous les mouvements.

L'hémorrhagie intra-osseuse et celle qui se produit dans les méninges rachidiennes sont plus communes chez les animaux que chez les hommes; c'est une des causes fréquentes de la mort subite des chevaux et des bœufs. Il est vrai que chez eux le système vasculaire veineux du rachis et des membres est plus riche que chez l'homme, et de plus par la nature de leurs travaux et le développement considérable du système musculaire ils présentent une prépondérance de nutrition vasculaire dans la moelle et ses annexes.

Symptômes. — On voit, par ce qui a été dit plus haut, qu'on ne peut guère appliquer aux hémorrhagies intra-rachidiennes une description générale qui réponde à tous les cas de ces accidents. On peut cependant ranger parmi les symptômes constants, les phénomènes convulsifs et de rigidité du corps, qu'on voit également dans les méningites rachidiennes, avec résolution du système nerveux dépendant de la moelle développée par la pression qu'exerce l'épanchement sur les racines des nerfs ou sur le tissu de la moelle elle-même enveloppée du fluide céphalo-rachidien; car entre les épanchements de sang et la moelle, il y a toujours le fluide céphalo-rachidien.

La science est encore plus incomplète pour les hémorrhagies dans le tissu de la moelle. Il existe cependant des observations certaines sur des épanchements sanguins intra-médullaires. Les observations nécroscopiques ont montré deux formes de cette affection. La plus commune qui se rencontre chez les aliénés furieux consiste dans un épanchement de sang qui se fait dans le centre de la moelle, s'étend du haut en bas en détruisant le cordon gris et sur le trajet de l'artère centrale du cordon rachidien. Il se manifeste instantanément par une douleur violente sur tout le trajet du rachis et par une suspension instantanée des fonctions de la locomotion liée à du tremblement presque continuel autour de la résolution complète des mouvements musculaires.

Un homme est jeté tout d'un coup dans la résolution des mouvements des membres, en commençant par les membres inférieurs, et en même temps ils présentent un tremblement presque continu avec rigidité sur le trajet du rachis, et toujours une douleur plus ou moins vive occupant la longueur de la colonne vertébrale; cet homme offre les signes d'une hémorrhagie ayant son siége dans le centre du cordon rachidien, hémorrhagie qui semble décoller les cordons les uns d'avec les autres en creusant un canal aux dépens de la substance grise.

L'autre forme consiste dans une hémorrhagie circonscrite dans les faisceaux latéraux antérieur ou postérieur de la moelle. Il en existe peu d'exemples, et elle se fait comme l'hémorrhagie circonscrite du cerveau; elle consiste dans l'épanchement d'un peu de sang dans un des cordons de la moelle; puis il se produit de l'inflammation autour du foyer et du ramollissement jaune. Il y en a une observation recueillie sur un étudiant en médecine. Il fut pris tout d'un coup de paralysie du bras droit avec douleur à la base du cou. Peu à peu la paralysie diminua, mais ne s'anéantit pas complètement à la suite d'un traitement qu'il subit à la Maison de santé, et enfin il succomba cinq ans après à une paralysie instantanée des membres, suivie de ralentissement de la respiration. On trouva d'abord dans la moelle épinière une hémorrhagie qui avait été jusqu'au centre, et qui constituait la première forme qui a été décrite plus haut; mais de plus on trouva à la base de la région cervicale, du côté droit, une cicatrice aréolaire, comme celles qu'on rencontre dans le cerveau quand le sang s'y est extravasé, mais par petites gouttes séparées. Il y avait eu là évidemment un épanchement sanguin qui avait parcouru toutes ses périodes et s'était cicatrisé. Le malade avait guéri de cet accident pour succomber cinq ans après à une extravasion sanguine dans le centre de la moelle épinière.

Il existe peut-être vingt ou vingt-cinq observations d'apoplexies ayant déterminé la lacération d'un cordon ou de deux, ou même des quatre cordons de la moelle, de manière à la couper entièrement. Dans tous les cas, elles produisent la destruction du tissu de cet organe dans la partie qu'elles affectent, et donnent comme symptômes: une douleur fixe correspondant au point où s'est produite la lésion, une paralysie des organes où se distribuent les nerfs venant du point malade, et toujours la paralysie se montre du même côté que la lésion; elle porte sur les membres supérieurs si c'est à la région cervicale, sur le tronc et sur les membres inférieurs si c'est à la région dorsale que l'hémorrhagie s'est produite.

Dans d'autres cas, la lacération du tissu médullaire se fait dans un ou deux cordons, mais dans toute leur épaisseur, et descend bientôt dans le centre de la moelle; dans ces cas, les symptômes sont semblables à ceux que présentent l'extravasation sanguine au centre de la moelle, la lacération des cordons centraux et le creux du canal déterminé au centre du cordon rachidien.

Etiologie. — Il est impossible d'établir l'étiologie de cette maladie avec des observations isolées et aussi peu nombreuses que celles que nous possédons, excepté pour les cas dans lesquels il y a des causes physiques palpables. Il faut donc laisser cette partie de l'histoire de l'apoplexie rachidienne

comme incomplète et comme dans les expectanda; peut-être le temps y viendra jeter quelque lumière et la compléter.

Traitement. — Le traitement de cette affection ressort assez naturellement de la connaissance que nous avons des lésions de la moelle.

Toutes ces hémorrhagies sont le résultat de l'état congestionnel de la moelle déterminé ou par un mouvement fluxionnaire actif vers cet organe, ou par obstruction de la circulation qui lui appartient. S'il y a un état fluxionnaire actif, ce qui arrive le plus fréquemment, il faut le modérer par des émissions sanguines générales d'abord et locales ensuite sur le trajet du rachis. Quand on a produit cet effet, en restant dans les mesures que comportent les forces du malade, il sera temps d'employer les dérivatifs et les révulsifs pour provoquer la diminution du travail inflammatoire qui se développera secondairement. Dans ce cas, l'inflammation de la moelle se produit, comme celle du cerveau, dans les apoplexies cérébrales; quand le sang est sorti des vaisseaux et qu'il est mis en contact anormal avec les tissus, que l'hémorrhagie se soit creusé un foyer ou qu'elle soit interstitielle, il devient un corps étranger dont l'organisme prépare nécessairement la résorption, et toujours il se produit une inflammation locale autour du foyer. Ainsi, dans les hémorrhagies cérébrales, il y a cérébrite locale autour de l'épanchement, et quand cette inflammation va jusqu'à la pie-mère et même jusqu'à l'arachnoïde, la phlogose de ces membranes donne lieu à de nouveaux accidents; d'où l'on voit des méningites succéder aux hémorrhagies cérébrales quand le sang épanché est mis en contact avec les méninges. Ce qui arrive dans le cerveau arrive dans la moelle exactement de la même manière; après les attaques d'apoplexie méningienne chez les enfants, quand ils ne succombent pas rapidement, les inflammations des méninges manifestées par des mouvements convulsifs succèdent à ces hémorrhagies.

Quand les malades ont survécu à l'hémorrhagie propre de la moelle et qu'ils ont franchi les premiers accidents, on voit se manifester, en second lieu, des spasmes et des contractions tétaniques; il faut tâcher de les limiter, et c'est dans ce cas que des dérivatifs puissants sont bons, tels que vésicatoires, et surtout sétons et cautères. Par ces moyens encore, on ne pourra arrêter l'inflammation secondaire, qui est physiologiquement indispensable; mais on pourra parvenir à limiter ces accidents inflammatoires, empêcher qu'ils ne tuent le malade, et prolonger son existence jusqu'à la cicatrisation de la plaie ainsi faite. Le sujet pourra dès lors vivre tout en traînant avec lui l'infirmité nécessaire, suite de sa maladie.

Tel est le traitement direct de cette affection, antifluxionnaire dans le commencement et antiphlogistique ensuite, non pour arrêter les accidents inflammatoires secondaires, mais pour les réprimer et permettre au malade de réparer les désorganisations causées en lui par l'épanchement sanguin.

Ajoutez à cela la médication secondaire pour réprimer les divers accidents qui peuvent se présenter, et vous aurez le traitement complet. Les spasmes seront réprimés assez efficacement par les bains, qui ont une action sédative sur l'économie; quand ce seront des enfants, on les enveloppera dans des fomentations émollientes. S'il y a rétention d'urine, on usera du cathétérisme; s'il y a paralysie des muscles défécateurs, on tâchera d'évacuer le rectum; on n'y parviendra pas toujours par des purgatifs, qui du reste peuvent exciter la moelle en agissant énergiquement sur l'intestin; il faudra alors employer les injections et les lavements, et, dans quelques cas, aller chercher les fèces directement au moyen de la curette.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 avril 1850. — Présidence de M. Andral.

M. Beau présente un résumé verbal d'un mémoire qu'il a fait sur l'influence des *ingesta* sur la production de l'hépatite. Broussais, dit M. Beau, regardait et admettait comme seule et unique cause de l'hépatite l'irritation de la muqueuse gastro-duodénale, irritation qui se transmettait de proche en proche par la muqueuse jusque dans le foie, où elle donnait lieu aux symptômes de l'inflammation de cet organe. Cette opinion, admise encore de nos jours par un grand nombre de pathologistes, n'avait pas été celle de Galien, qui admettait une tout autre action physiologique du foie et qui pensait que les aliments étaient absorbés par les embouchures des veines mésaroïques et par suite assimilés. Il attribuait donc une action absorbante à la veine-porte et admettait dans le foie une espèce d'hématose alimentaire. Les travaux de Pecquet, de Bartholin, de Riolan éloignèrent les idées qu'on avait pu se faire sur les phénomènes hématosiques du foie, phénomènes que les recherches de Haller et de Hunter attribuèrent exclusivement au poumon.

Depuis, M. Magendie rendit à la veine-porte toute son action absorbante, et les travaux récents de M. Bernard ont prouvé d'une manière évidente jusqu'à quel point le foie reçoit presque directement l'action des *ingesta*. Les phénomènes hématosiques sont de deux sortes : les uns sont aériens, les autres sont alimentaires. Il est donc évident que les *ingesta* peuvent avoir une action presque directe sur le foie.

On m'a fait quelques objections, et l'on m'a demandé : pourquoi la veine-porte, soumise la première à l'action des *ingesta*, n'est-elle pas enflammée de suite? Mais cette veine n'est pas constituée comme les veines-caves; elle offre une plus grande résistance et présente une force de tolérance plus considérable que les autres veines. Ces différences anatomiques se font remarquer dans les autres tissus de l'économie, et les muqueuses ne sont pas constituées partout de même.

Parmi les *ingesta*, l'alcool est évidemment celui qui a le plus d'influence directe sur les maladies du foie, et c'est pour cela, plutôt que par l'influence du climat, que l'on voit dans l'Inde, où il se fait une grande consommation de liqueurs alcooliques, à Calcutta notamment, les hépatites être aussi fréquentes. Beaucoup d'accidents nerveux du foie ont pu également produire des douleurs qui ont été prises pour des coliques hépatiques, et la preuve de ce que j'avance, c'est que la douleur commence aussitôt que l'*ingesta* est absorbé et qu'elle ne cesse que lorsqu'il est rejeté.

L'action des médicaments serait donc directe, et on expliquerait de cette sorte comment il se fait que dans certains empoisonnements le foie renferme des quantités si considérables de l'agent toxique. Le foie, dès lors, ne serait plus qu'une espèce de filtre qui se chargerait en très peu de temps de tous les agents qui doivent le traverser d'une manière inévitable.

M. Bricheteau. Cette théorie expliquerait alors d'une manière positive l'action avantageuse du remède de Durande (mélange d'éther et de térébenthine) sur la dissolution des calculs biliaires.

M. Martin-Solon. L'action directe de la térébenthine est manifeste sur le calcul biliaire, et j'ai publié récemment des faits qui prouveront qu'il doit y avoir pour la dissolution de ces calculs un contact immédiat avec les matériaux qui forment les calculs, et qui se trouvent dans l'épaisseur du tissu hépatique et aussi dans la vésicule; chez un malade de mon service, j'ai pu en quelque sorte assister à la formation des calculs et à leur dissolution par le remède de Durande.

M. Becquerel. La théorie de M. Beau est des plus ingénieuses. Mais peut-être aurait-il dû tenir plus de compte des recherches de M. Liébig sur l'action de l'alcool sur le sang. Cette influence des alcooliques est réduite, du reste, à fort peu de chose, car, en somme, il y a très peu d'alcool absorbé. Une grande quantité d'alcool, en effet, coagulerait le sang, et il est certain que les poumons en brûlent une grande quantité. Le passage de l'alcool dans le sang, du reste, n'est pas douteux, et c'est à ce liquide que l'on doit la grande quantité d'acide urique et d'urée qui se forme chez les goutteux et les calculeux.

M. Bouchut. Je dirai, à l'appui de la théorie que M. Beau vient d'émettre, que les expériences récentes de M. Bernard viennent confirmer les idées que M. Beau a formulées sur l'influence des *ingesta* sur le foie. M. Bernard a prouvé qu'il y avait une troisième circulation hépatique : d'où il suit qu'il aurait fallu, pour que les expériences de M. Liébig fussent complètes et concluantes, qu'il allât rechercher l'alcool dans le sang de la veine-porte. Les recherches de M. Bernard ont révélé cette nouvelle disposition anatomique, la communication entre la veine-porte et la veine-cave, communication établie par des expériences très positives, faites au moyen de poisons très actifs et de réactifs très sensibles, tels que le chlorure et le cyanure de potassium.

M. Devergie. Il m'a été donné de faire quelques autopsies d'individus morts par suite d'accidents produits par l'ivresse, et dans toutes les parties du corps j'ai retrouvé une odeur alcoolique des plus prononcées. L'alcool n'est pas absorbé lentement, mais avec une grande rapidité, d'où il suit qu'il se trouve dans la grande circulation. Les poisons ne se retrouvent pas seulement dans le foie, mais aussi dans la rate, dans les veines. On ne les trouve pas dans le sang, parce qu'on se contente de prendre le sang que renferment les jugulaires, sang en trop petite quantité pour donner par l'expérimentation les résultats que l'on obtiendrait si l'on agissait sur une plus grande quantité de ce liquide. L'alcool dans le sang est tellement divisé qu'il ne peut y avoir de coagulation.

M. Béhier. L'action directe du calomel ne me paraît nullement prouvée par ce qu'en a dit M. Beau. Il est évident que le calomel peut exciter la sécrétion biliaire en agissant sur l'orifice des canaux, de même que la sécrétion des glandes salivaires est augmentée par l'excitation de leurs orifices dans la muqueuse buccale.

M. Valleix. Sous le rapport de l'étiologie des maladies du foie, l'opinion de Broussais n'est pas généralement admise. L'opinion de M. Beau me paraît plus juste, quoique cependant elle puisse être l'objet de quelques doutes. D'abord, il est évident qu'il ne faut pas nier l'influence des maladies du tube digestif; les faits observés par les chirurgiens militaires en Algérie, ceux relatés par M. Legendre dans un mémoire intéressant sur les maladies des enfants viennent démontrer que les *ingesta* n'ont pas seuls de l'influence sur la production de l'hépatite. L'action des alcooliques ne me paraît pas, en outre, parfaitement démontrée; car dans les Indes, où il se fait une consommation considérable de liqueurs alcooliques, on remarque que c'est plutôt par l'influence de la dysenterie que se produit l'hépatite. Il faudrait donc attendre, pour se prononcer, des faits plus directs. Je demanderai si les douleurs de l'hépatalgie ont lieu dans le foie ou dans l'estomac, car je conserve quelque doute sur cette hépatalgie primitive.

M. Beau. Les douleurs du foie ne peuvent être douteuses; elles sont produites immédiatement par l'ingestion de fruits acides, par exemple; la douleur se fait sentir de suite à l'estomac, puis, immédiatement après, à la région hypochondriaque droite, où le foie présente même une percussion douloureuse. Tous ces accidents se concentrent vers le foie, et bientôt il n'y a plus rien à l'épigastre. Je ne veux, du reste, en aucune façon nier les autres causes et surtout celles qui ont été signalées par M. Béhier, que je reconnais avec tous les pathologistes.

M. Legroux. J'aurais désiré que M. Beau fît quelques différences entre la nature des *ingesta*, et nous expliquât comment certaines parties des aliments sont absorbées les unes par l'estomac, les autres par les radicules de la veine-porte.

M. Beau. Je pense que la partie soluble seule peut être absorbée par ces radicules.

Paris, — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 23 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 49.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Les bureaux de la GAZETTE DES HÔPITAUX sont actuellement établis rue des Saints-Pères, 38, en face du nouveau local de l'Académie de Médecine.

PARIS, 22 AVRIL 1850.

C'est demain que doit avoir lieu la nomination d'un nouveau membre dans la section de pathologie chirurgicale. L'Académie a fait preuve de justice et de discernement dans ses derniers choix, et nous profiterons de la circonstance présente pour l'engager à persévérer dans cette bonne voie.

Nous ne pouvons que reconnaître le mérite incontestable de la plupart des candidats; plusieurs, par leurs connaissances pratiques, leurs travaux estimables, ont déjà marqué leur place dans les rangs du savant aréopage; leur tour viendra, nous en sommes certain. Mais nous croyons aussi que l'élection qui se prépare est une occasion pour l'Académie de faire un choix qui lui concilie l'assentiment général. Si, en effet, l'Académie veut bien apprécier les services rendus à la science, à l'enseignement par une des cliniques les plus actives et les plus suivies de Paris, par des travaux incessants dont le résultat a été d'éclairer une branche de la pathologie, qui, de l'aveu de tous, ne fut longtemps qu'un chaos inextricable; si l'Académie veut tenir compte des droits acquis, nous pensons que son choix ne peut être douteux.

La commission, du reste, le lui a pour ainsi dire indiqué d'avance; ainsi, dans le comité secret qui a eu lieu mardi dernier, la section de pathologie externe a présenté la liste des candidats par ordre de mérite de la manière suivante:

MM. Ricord, Larrey, Gosselin, Nélaton, Maisonneuve.

Un journal politique qui passe pour avoir des relations intimes avec le ministère de la guerre a publié dans son numéro d'avant-hier 21, l'article suivant:

« On nous assure que le ministre de la guerre vient de soumettre à la signature du président de la République une disposition des plus importantes, en vertu de laquelle les hôpitaux militaires d'instruction sont supprimés. Le rapport de la commission du budget, d'accord en cela avec le ministre, avait fait pressentir dans ses considérants cette disposition nouvelle. Cette mesure permettra de réaliser une économie annuelle de quinze cent mille francs à deux millions. A l'avenir le corps des officiers de santé serait recruté dans les rangs de la Faculté, et le brevet de docteur en médecine serait exigé des concurrents. Il est aussi, dit-on, fortement question, par suite de cette nouvelle organisation, de la suppression de cinq cents officiers de santé. Le personnel du corps se trouverait ainsi ramené au nombre de mille au lieu de quinze cents, ce qui donnerait encore une économie notable sur le budget de la guerre. Beaucoup d'autres réformes doivent suivre successivement celles que nous annonçons aujourd'hui, et préparer les voies pour la loi qui va être incessamment présentée à l'Assemblée sur l'organisation constitutive des cadres de l'armée. »

Nous reviendrons prochainement sur ces divers projets.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. PAUL DUBOIS.

Des hémorrhagies externes après l'accouchement.

Une jeune fille de la campagne, S***, âgée de dix-neuf ans, primipare, d'une bonne constitution, forte et d'une excellente santé, est accouchée spontanément le 8 mars, après huit heures de travail; la délivrance a été naturelle, et suivie d'un dégorgement sanguin tout à fait ordinaire.

Le 9 mars, à huit heures du matin, on trouva cette femme fort affaiblie par un écoulement sanguin abondant; le siége baignait littéralement dans le sang; l'alèze, les draps et le premier matelas du lit étaient traversés; d'énormes caillots de sang avaient été expulsés hors des parties génitales, et il y en avait encore plusieurs dans le vagin et dans la cavité utérine, que M. P. Dubois s'empressa de retirer pour vider l'utérus et lui permettre de revenir sur lui-même. En même temps des compresses imbibées d'eau froide, souvent renouvelées, furent étendues sur l'abdomen; on plaça la femme dans la position horizontale, et on lui fit prendre immédiatement 2 grammes de seigle ergoté récemment pulvérisé, divisé en quatre paquets, à cinq minutes d'intervalle. La perte fut arrêtée promptement, et elle ne s'est pas renouvelée depuis.

M. P. Dubois, utilisant ce fait pour l'instruction des nombreux auditeurs qui suivent ses leçons cliniques, leur a fait observer que cette *hémorrhagie grave* n'avait pas débuté aussitôt après l'accouchement, suivant toutes les probabilités; qu'on ne savait pas, il est vrai, à quel moment cette perte avait commencé, qu'on ne s'en était pas aperçu pendant la nuit, mais que bien certainement une perte aussi abondante n'aurait pas pu durer pendant toute la nuit sans amener la cessation de la vie; que, par conséquent, l'écoulement du sang n'avait commencé que sept ou huit heures après la délivrance, et avait constitué ainsi, par son début tardif et son abondance, un cas tout à fait exceptionnel, les hémorrhagies graves après l'accouchement débutant ordinairement peu de temps après l'expulsion du fœtus ou du délivre.

M. P. Dubois a posé ensuite la question de savoir si cette hémorrhagie reconnaissait pour cause l'inertie de l'utérus, et après avoir admis cette cause comme très possible, comme probable même, il a terminé là ses observations sur le fait particulier de la femme S***, pour s'attacher à l'étude des hémorrhagies après l'accouchement.

Voici, en résumé, les idées que M. P. Dubois a développées sur ce sujet.

Ce qu'il importe surtout de bien connaître, de bien apprécier, c'est, d'une part, le nombre et la nature des conditions organiques qui s'opposent à l'écoulement du sang, et, d'autre part, le nombre et la nature des causes qui provoquent cet écoulement.

Les conditions organiques qui s'opposent à l'écoulement du sang sont:

1° La rétraction des parois utérines, qui diminue considérablement la capacité du vaste appareil vasculaire développé dans le tissu utérin sous l'influence de la grossesse;

2° L'absence dans la cavité utérine de cet organisme vivant, de cet œuf qui appelait constamment le fluide sanguin vers lui, et par conséquent vers l'utérus;

3° L'accroissement des flexuosités naturelles des vaisseaux utérins par suite de la rétraction des parois utérines;

4° Enfin l'oblitération par des petits caillots des extrémités des artères flexueuses utéro-placentaires qui restent flottantes à la surface interne de l'utérus après l'expulsion du placenta.

Ce sont là les causes principales qui s'opposent à l'écoulement du sang, et la plus puissante de toutes est sans contredit l'expulsion complète de l'œuf, parce qu'elle enlève à l'utérus le stimulus qui y appelait le sang, et permet à l'organe de diminuer considérablement son volume en revenant sur lui-même.

Les hémorrhagies après l'accouchement sont provoquées par les causes suivantes:

1° La présence du placenta ou de gros caillots sanguins dans la cavité utérine, qui remplissent alors en partie le rôle de l'œuf, excitent l'afflux du liquide sanguin, irritent l'utérus, le distendent et l'empêchent de revenir sur lui-même.

2° Le défaut de rétraction des fibres utérines; l'inertie utérine, inertie que la plupart des accoucheurs considèrent comme la cause la plus fréquente des hémorrhagies après l'accouchement.

3° Enfin, indépendamment des autres causes, on doit admettre encore, dans certains cas, celle qui résulte de la force d'impulsion anormale du sang que les vaisseaux utérins reçoivent, force d'impulsion qui est plus considérable qu'elle ne doit être, et fait franchir au sang les limites qu'il ne devrait pas passer, les points où les vaisseaux ont été rompus. En effet, on observe, après la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, les mêmes faits qui se passent après la section du cordon ombilical: habituellement, aussitôt que le cordon ombilical a été coupé, le sang cesse d'y affluer, et il ne s'en écoule plus à la surface de la section; mais, dans certains cas exceptionnels, la force d'impulsion du sang étant trop considérable, le sang continue à affluer dans le cordon, et dépassant la limite de la section, il s'écoule à l'extérieur; de même, après la rupture des vaisseaux utéro-placentaires, le sang cesse d'y affluer avec la même force, excepté dans quelques cas où le sang, conservant une grande force d'impulsion, dépasse les extrémités rompues des vaisseaux.

Qu'observe-t-on dans les hémorrhagies externes graves après l'accouchement? Le sang qui sort en grande abondance des vaisseaux rompus ne s'écoule pas totalement à l'extérieur; une quantité assez notable se coagule dans la cavité utérine et y forme des caillots, lesquels s'attachent, s'accollent aux parois utérines et bouchent en partie les orifices des vaisseaux. Mais ces orifices ne sont jamais bouchés complétement, de sorte que le sang continue de s'écouler à l'extérieur, et cela d'autant plus librement que, la femme étant très affaiblie, l'utérus se contracte trop imparfaitement pour pouvoir expulser des caillots dont la présence a le double inconvénient d'augmenter son volume et d'empêcher la rétraction de ses parois. Il y a donc en même temps perte interne et perte externe: l'une qui se reconnaît par l'écoulement abondant du sang à l'extérieur; l'autre par l'affaiblissement rapide de la femme et par l'accroissement du volume de l'utérus accompagné de la sensation qu'accuse la malade d'une chaleur douce se répandant peu à peu dans toute l'étendue de son abdomen. Toutefois, il ne faut pas croire que l'utérus peut se laisser distendre par l'accumulation du sang au point d'acquérir de nouveau le volume qu'il avait à la fin de la gestation, et il ne faut pas croire non plus ce qui se trouve écrit dans beaucoup d'ouvrages d'accouchements, que l'utérus, dans ces cas, reste mou et se laisse distendre par le sang comme un sac, comme une vessie. Non, les fibres utérines, revenues sur elles-mêmes pendant le travail, ne peuvent pas se laisser distendre de nouveau sans réagir, sans se contracter; l'utérus se contracte donc sur les caillots sanguins qu'il contient, de telle sorte que la main appliquée sur l'abdomen peut très bien le sentir, pourvu que les parois abdominales ne soient pas doublées d'une couche de graisse trop épaisse; et de plus, sans avoir assez de puissance pour expulser ces caillots, il conserve au

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

De morbo democratico, nova insaniæ forma.
(De la maladie démocratique, nouvelle forme de folie.) (1).

A monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Quand vous avez envoyé à mon examen la thèse du docteur Groddeck, vous avez sans doute inféré de la seule inspection du titre qu'il s'agissait de quelque facétie tombant naturellement dans le domaine du feuilleton. J'avoue qu'au premier abord je me suis trouvé disposé à penser comme vous, quoique, à vrai dire, je me défie toujours un peu des facéties allemandes, surtout quand elles ont la prétention d'être des facéties; mais je n'ai pas tardé à être désabusé. La thèse du docteur Groddeck est une œuvre qui n'a rien de facétieux que le titre, qui a même la prétention d'être très sérieuse au fond. Cette circonstance d'ailleurs ne m'a point découragé; c'était, au contraire, pour moi, une raison de plus pour compter sur quelques jovialités. Je dois dire cependant qu'elles n'y sont pas aussi nombreuses que j'avais pu l'espérer, et qu'il est même à craindre qu'elles passent inaperçues pour beaucoup de lecteurs; car je doute, sans me flatter, qu'il s'en trouve un grand nombre qui aient le courage, ainsi que je l'ai eu, de lire depuis *a* jusqu'à *z* soixante-deux pages d'un fatras historique, politique, physiologique, pathologique, philosophique, théologique, hétéroclite, et surtout emb... nuyeux à mourir. Ce que j'aurais peut-être de mieux à faire aujourd'hui, ce serait de vous renvoyer sans commentaire à cette informe élucubration. Cependant, comme une sorte de renommée lui a déjà été faite, et que bien des gens seront assez curieux pour vouloir la lire, je crois leur rendre service en leur indiquant le petit nombre de passages amusants; je leur éviterai ainsi un ennui fort désagréable et une perte de temps qu'ils trouveront certainement à mieux employer.

Je vous dirai donc d'abord que la thèse du docteur Groddeck se compose d'une introduction et de dix chapitres ainsi disposés:

1° Développement intellectuel et moral de l'homme;
   Etiologie spéciale de la maladie démocratique, comprenant l'étude:
2° Du mariage et de la famille;
3° De l'éducation et de l'instruction;
4° De la presse, de la littérature et du théâtre;
5° De la religion;
6° Des passions égoïstes;
7° De l'instinct d'imitation;
8° Caractères généraux de la maladie démocratique;
9° Pronostic;
10° Traitement.

Je glisse rapidement sur le développement intellectuel, chapitre dans lequel cependant l'auteur cite Muller, Spinosa, Lélut, Marc, etc., avec tout autant de raison qu'il aurait pu citer Bocace, Barême ou la Cuisinière bourgeoise; on doit croire que l'auteur a cité tous les auteurs de sa bibliothèque, chacun à leur tour et à la page qui lui sera d'abord tombée sous la main; c'est avec ce charmant imprévu qu'il cite ailleurs Esquirol, J.-P. Frank, Schiller, M. Guizot, mais spécialement M. Guizot,

> ..... *qui ne s'attendait guère*
> *A se trouver dans cette affaire.*

Le second chapitre se fait remarquer par une idée lumineuse qui est la plus amusante de l'ouvrage; il s'agit du mariage et de la famille. L'auteur commence par établir que le mariage a son bon et son mauvais côté; ce qui n'est pas bien neuf; mais il nous apprend comment on peut conserver le bon côté tout en détruisant le mauvais, ce qui est bien plus nouveau et surtout plus intéressant.

Voici le remarquable raisonnement qui a conduit l'auteur à cette belle découverte.

Les hommes des classes élevées se marient trop tard; ils ne sont plus capables alors de « remplir même l'objet physique du mariage. (Notez bien que je cite textuellement.) D'où une foule de conséquences anarchiques que je vous laisse à deviner.

Les hommes des classes ouvrières se marient trop tôt; ils font trop d'enfants. D'où l'impossibilité de les nourrir et de les élever; d'où la misère et tout ce qui s'ensuit.

Les hommes et les femmes de la classe moyenne se marient seuls dans les conditions favorables; aussi les mariages dans cette classe sont-ils toujours prospères, heureux, exempts d'orages, et fournissent-ils des enfants qui sont doués de toutes les qualités physiques et morales dévolues à l'homme parfait. (Heureux bourgeois!)

Pour que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes possible (en ce qui concerne le mariage bien entendu), il s'agit de faire une petite loi, que voici:

Art. Ier. Tous les hommes des classes riches seront obligés de se

(1) Thèse du docteur Groddeck, traduite de l'allemand. A Paris, chez Germer-Baillière.

moins assez de force pour résister à une distension très considérable.

Le point de vue pratique sous lequel la question des hémorrhagies mérite surtout d'être examinée, c'est celui du traitement; aussi cette partie a-t-elle été étudiée par M. Paul Dubois dans les plus grands détails.

La pensée fondamentale qui domine tout le traitement des hémorrhagies est celle qui a pour but d'arrêter l'écoulement du sang dans les vaisseaux. On a, pour arriver à ce but, proposé une foule de moyens ou procédés qui se rangent tout naturellement en deux classes : dans la première, se rangent tous les procédés qui se servent de la faculté rétractile de l'utérus pour diminuer le calibre des vaisseanx, favoriser et exciter la rétraction des parois de l'organe; dans la seconde, sont rangés les moyens ou procédés à l'aide desquels on peut, à défaut des procédés de la première classe, agir sur les vaisseaux qui amènent le sang à l'utérus, et y diminuer ou y intercepter le cours du sang d'une manière plus ou moins complète.

Enfin, on peut ajouter à ces deux catégories de moyens la médication conseillée et employée par Duncan Stewart, l'usage de l'opium à haute dose.

Les moyens de la première classe sont :

1° Des frictions et des manipulations pratiquées sur la partie de l'utérus qui est accessible à la main à travers les parois abdominales, pour irriter les parois utérines et solliciter leurs contractions.

2° L'introduction de la main dans la cavité utérine pour retirer les caillots d'une part, et, d'autre part, pour irriter l'utérus et solliciter ses contractions en prolongeant le séjour dans sa cavité d'un corps étranger dur, résistant et doué de mouvements actifs et irritants.

3° Les réfrigérants employés de différentes manières : soit à l'extérieur des parties génitales, sous forme d'affusions ou de compresses imbibées d'eau glacée; soit à l'intérieur, sous forme d'injections d'eau glacée ou vinaigrée dans le vagin et dans l'utérus.

4° Les réfrigérants ingérés dans le tube digestif : soit dans l'estomac, des boissons froides; soit dans le rectum, des lavements froids.

5° Introduction de substances astringentes et même de caustiques doux dans la cavité utérine, tels que le vinaigre, le suc de citron, les solutions astringentes d'alun, de sulfate de fer, etc., etc.

6° Le galvanisme appliqué à la surface interne de l'utérus.

7° Le seigle ergoté enfin, qui constitue le moyen le plus puissant, ou qui est au moins l'un des plus puissants.

Ces divers moyens ou procédés ne sont point rangés dans l'ordre suivant lequel on doit les employer; ainsi le seigle ergoté, qui est indiqué le dernier, est celui de tous auquel il faut recourir de prime-abord. Ils ont tous d'ailleurs le même but, celui de provoquer la rétraction des parois utérines.

Les moyens de la deuxième classe, dont le but est d'arrêter le sang par un procédé direct, sont :

1° L'application de serviettes convenablement serrées autour du ventre pour donner un point d'appui plus solide à l'utérus qui se contracte, en augmentant la force des parois abdominales.

2° La compression directe sur les extrémités des vaisseanx qui versent le sang par la main introduite dans la cavité utérine. C'est Goock qui a donné le conseil de faire cette compression, et qui la faisait lui-même en appuyant d'une part sur les vaisseaux ouverts; un poing introduit dans la cavité utérine, et en comprimant d'autre part les parois utérines entre ce poing introduit et la seconde main appliquée fortement sur l'abdomen; mais le conseil de Goock a été critiqué et avec raison.

3° L'application du tampon conseillée par Leronx, qui l'avait employé avec succès comme un moyen propre à favoriser directement la coagulation du sang dans les vaisseaux, ce procédé n'a certainement pas la valeur que Leroux lui a attribuée; c'est ce qui sera démontré un peu plus loin, lorsqu'il sera question de choisir, entre tous les moyens proposés, ceux qu'il est convenable et utile d'employer.

4° La compression des gros vaisseaux qui apportent le sang à l'utérus, et qu'on peut exécuter de différentes manières, soit en comprimant indirectement les vaisseanx utérins par l'application des mains sur les parois abdominales, ou d'un bandage très serré autour du ventre, soit en comprimant indirectement les gros vaisseaux et l'aorte en particulier, en poussant fortement l'utérus avec les mains sur la partie antérieure de la colonne vertébrale; soit enfin en comprimant directement l'aorte à travers les parois abdominales, à l'aide des doigts appuyés fortement sur la colonne vertébrale, au-dessus du point où le fond de l'utérus remonte dans la cavité abdominale.

En dernier lieu, et pour clore la liste complète de tous les moyens conseillés pour le traitement des hémorrhagies, il est nécessaire de dire quelques mots sur l'emploi de l'opium à haute dose; médication dont parle Mme Boivin dans ses ouvrages, lorsqu'elle cite des faits concluants à l'avantage de l'opium, publiés par Duncan Stewart. On ne peut pas se rendre parfaitement compte du mode d'action de l'opium dans les cas d'hémorrhagie; c'est une médication un peu empyrique qui a réussi, qui peut réussir, mais qu'on ne peut pas du tout considérer comme efficace et sûre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

HOTEL-DIEU. — M. MARTIN-SOLON.

De quelques remèdes contre le ténia, et notamment de l'emploi du kousso.

Les vermifuges donneraient la preuve de l'action spécifique de certains médicaments, si cette propriété n'était suffisamment démontrée. On sait, en effet, que quelques substances jouissent seules de la faculté de combattre utilement les vers développés dans les voies digestives; mais l'expérience a fait voir, eu outre, que certains agents ont une action plus particulière sur telle ou telle espèce d'entozoaire. La spécificité est donc ici doublement évidente. La classe des ténifuges est maintenant devenue assez nombreuse pour que l'on doive rechercher la valeur comparative de chacun des médicaments qui la composent. L'étain a jouit longtemps d'une certain réputation; il est abandonné à cause des accidents qu'il occasionnait. L'huile de ricin unie à l'éther, remède de Bourdier, est employée quelquefois avec succès, mais occasionne de la répugnance à beaucoup de personnes, de même que l'huile essentielle de térébenthine, bien autrement difficile encore à administrer. Cependant, cette huile, à la dose de 20 à 30 grammes dans une mixture d'eau de menthe et de jaune d'œuf, est souvent suivie d'effets satisfaisants. La fougère mâle, prônée pendant un temps, et achetée comme remède secret par le gouvernement, a été mal administrée; elle est tombée en desuétude, et n'est plus guère usitée que dans quelques-unes de ses préparations. Parmi les ténifuges le plus ordinairement employés aujourd'hui, il faut citer la racine de l'écorce de grenadier et le kousso.

L'usage de la racine de grenadier, longtemps vanté par les anciens, d'après le témoignage de Celse et d'autres auteurs, était tombé dans l'oubli, lorsque Gomez, de Lisbonne, et M. Mérat l'ont remis en honneur il y a quelques années. 60 grammes de l'écorce de cette racine, surtout fraîche, et prise le matin dans trois verres d'une décoction convenablement préparée, et donnée à une ou plusieurs heures d'intervalle, selon les effets, expulsent le plus souvent le ténia. Mais la répugnance qu'éprouvent les malades pour prendre ce médicament, à cause de sa saveur très désagréable, a fait recourir, ou aux médicaments vantés auparavant, ou à des préparations spéciales de grenadier : la poudre, les extraits, etc. Ces derniers font bien éviter le goût repoussant que l'on trouvait à la décoction de la racine de grenadier, mais n'empêchent pas le médicament d'exercer sur les voies digestives et sur le cerveau lui-même une action tellement pénible et prolongée, que médecins et malades en ont souvent redouté les conséquences, et ont ensuite hésité à continuer son emploi.

C'est alors que le kousso s'est introduit chez nous dans la thérapeutique. Plusieurs pharmaciens l'ont bientôt mis en usage. Un article du *Bulletin de Thérapeutique*, tome XXXII, page 523, démontre la valeur ténifuge des feuilles et des fleurs du kousso ou kwoso. Les faits satisfaisants qui sont à notre connaissance particulière, et celui que nous venons d'observer dans notre service, confirment les avantages de ce médicament, facile à administrer et rapide dans ses effets. Voici ce fait, intéressant sous plusieurs rapports.

Un petit malade, âgé de onze ans, nommé Edouard, fut présenté à l'Hôtel-Dieu pour y être traité du ténia. Placé salle Saint-Lazare, dans mon service, le 17 septembre 1849, j'appris de lui qu'à l'âge de cinq ans on l'avait déjà traité du ténia avec la racine de grenadier. Il ajouta que son père, atteint lui-même de cette maladie, s'était guéri autrefois en employant ce médicament; que, quant à lui, il n'en avait point éprouvé d'effets satisfaisants; qu'au contraire, la racine de grenadier lui avait occasionné le plus grand malaise, des convulsions violentes, au dire de ses parents, et que l'expulsion de quelques anneaux de ténia avait été tout le résultat de la médication; que, plus tard, une nouvelle dose d'écorce de racine de grenadier n'avait pas eu plus d'efficacité; enfin, qu'atteint à sa huitième année d'une fièvre typhoïde, le malaise occasionné par le ténia continua sans éprouver de modification.

L'enfant présentait au plus la taille de son âge; ses membres offraient un développement suffisant et point d'amaigrissement; le visage avait une teinte plombée, mais sans expression de souffrance; d'ailleurs, langue normale, point de soif, appétit régulier, sans exagération, digestion facile, accompagnée quelquefois de coliques, sans souffrances bien notables, mais de temps en temps suivie de l'expulsion de quelques anneaux de ténia; pouls normal, point d'accidents nerveux notables. Nous pensâmes que, dans de telles circonstances, il n'y avait nul péril en la demeure; nous désirâmes attendre l'expulsion d'une portion bien caractérisée de l'entozoaire pour agir.

Pendant plus de six semaines l'enfant, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, rendit, ou spontanément, ou sous l'influence de l'huile de ricin, ou de la décoction de fougère mâle, des fragments membraneux longs d'un centimètre, larges de 3 ou 4 millimètres; sans strie transversale, nettement terminés à leurs extrémités, mais qui pouvaient n'être que des pseudo-membranes qui ont si souvent l'apparence du ténia, que nous ne pouvions reconnaître pour cet helminthe et que nous pouvions tout au plus prendre pour un ou deux de ses anneaux isolés.

Enfin, le 25 novembre, on trouva dans les gardes-robes deux fragments présentant chacun dans le milieu de leur longueur une articulation transversale évidente et deux autres fragments isolés semblables à ceux que nous avions déjà vus, en tout six anneaux appartenant à un ténia d'une médiocre largeur. Le malade se refusant à prendre de nouveau la racine de grenadier, nous pensâmes à lui prescrire le kousso d'Abyssinie, *brayera anthelmintica*, après avoir tenté, sur l'invitation de M. Sonbeiran fils, l'action d'une plante fort commune dans nos environs, que l'on se procure à bas prix et qui, comme le remède exotique, appartient à la nombreuse famille des rosacées, la reine des prés, *spiræa ulmaria*. Prescrit à la dose de 2 grammes, le médicament ne produisit aucun effet; élevé à celle de 8, soit en poudre, soit en infusion, il occasionna des vomissements, beaucoup de malaise, des coliques et une garde-robe, mais n'expulsa ni le ténia ni même aucun de ses anneaux.

Roseintein, cité par Murray et d'autres médecins recommandables, ont surtout obtenus des effets sudorifiques de l'usage de la reine des prés; l'action que nous avons observée sur le canal digestif, bien insuffisante, indique que la famille des rosacées pourrait peut-être donner un succédané tout à fait efficace; on sait que la fleur de pêcher est un purgatif utile dans beaucoup de cas.

Nous prescrivîmes une semaine après, le 11 décembre, 8 grammes de kousso en poudre, infusés dans 200 grammes d'eau. Le malade prit en cinq doses, à cinq on dix minutes d'intervalle l'une de l'autre, le mélange, que l'on avait soin d'agiter au moment de l'ingestion; un quart d'heure sépara la cinquième de la quatrième dose, à cause des nausées survenues à la suite de l'administration de cette dernière. Un quart d'heure après avoir pris ce médicament, qui ne lui causa pas de répugnance, le malade ressentit quelques coliques, des borborygmes, et, deux heures plus tard, il rendit dans sa troisième selle trois ténias réunis en une petite masse; une quatrième et dernière garde-robe eut lieu peu de temps après, ne contenant aucun fragment d'entozoaire. Dans la journée, le malade mangea et ne ressentit aucune douleur.

Chacun des trois vers rendus, plats et formés d'anneaux bien caractérisés, avait seulement 20 à 22 centimètres de long; leur extrémité la plus large avait de 3 à 4 millimètres au plus, un peu moins que les fragments isolés rendus antérieurement. Bientôt le ruban se rétrécissait et n'avait plus, dans sept ou huit derniers centimètres de sa longueur, qu'un à un demi-centimètre au plus de largeur. Cette extrémité ou le col n'offrait point le petit renflement au tubercule qui constitue la tête de ces entozoaires.

Etonné du peu de longueur des ténias évacués, bien plus encore que de leur nombre, nous donnâmes deux jours après au malade 20 grammes d'huile de ricin et 2 d'éther sulfurique; il eut des gardes-robes liquides, mais ne rendit pas de vers. Une nouvelle dose de kousso, donnée quelques jours plus tard, n'eut pas plus de résultat. La semaine suivante ce jeune homme sortit de l'Hôtel-Dieu en parfaite santé, n'offrant plus la teinte plombée du visage, seul signe morbide apparent qu'il présentait à son entrée.

Le nombre de ces ténias, plus rarement multiples chez l'homme que dans la race canine, par exemple, leur peu de longueur, le peu de troubles qu'ils occasionnaient dans l'économie, et la facilité avec laquelle ils ont été chassés à l'aide du kousso, sont autant de circonstances qui nous ont semblé digne d'être mentionnées.

Le kousso, les préparations de fougère mâle bien faites et bien administrées, ou l'huile de ricin unie à l'éther, nous semblent préférables de beaucoup aux préparations de racine

---

marier au plus tard à l'âge de vingt et un ans sous peine de perdre tous leurs droits civiques et virils.

Art. II. Tous les hommes appartenant aux classes ouvrières ne pourront se marier avant l'âge de trente-cinq ans accomplis sous les mêmes peines.

Art. III. Les hommes de la classe moyenne se marieront seuls quand bon leur semblera.

Vous auriez peut-être quelques objections à présenter à la loi du docteur Groddeck; moi-même j'en aurais bien quelques-unes aussi, mais un soupçon m'engage à garder le silence : dans quelques rares passages, j'ai cru entrevoir que le jeune docteur est plus fin qu'il n'en a l'air, quand on n'envisage que son ensemble; le chapitre du mariage renferme un de ces passages; en le méditant, il ne m'a point paru impossible que le docteur Groddeck ait tramé quelque complot avec les grandes dames et à leur profit; si cela est, vous comprenez que notre malin confrère ne ferait que rire de vos objections et des miennes; je les ajourne donc jusqu'à ce que je sois fixé sur ce point.

Le chapitre relatif à l'éducation ne renferme rien de marquant; l'auteur trouve que c'est une folie d'apprendre plusieurs langues aux enfants, il faut conserver ce fruit (les langues) pour l'âge mûr; il trouve aussi que les changements de mode, surtout pour les jeunes filles, sont une autre folie; je crois que dans ce chapitre l'auteur n'a pas été bien fidèle au pacte qu'il a fait avec les belles dames.

Dans le chapitre consacré à la *presse*, à la *littérature* et au *théâtre*, M. Groddeck se borne à constater que ces trois instruments et produits de la civilisation font beaucoup de mal, et à désirer qu'on s'en serve pour faire du bien; ce vœu prouve que notre confrère a bon cœur.

Le docteur Groddeck glisse assez rapidement sur le chapitre de la religion qu'il estime et qu'il aime, mais dont il condamne les excès et qu'il désire voir se dépouiller de toute intolérance. C'est encore un vœu dont il faut tenir compte à notre savant confrère.

Les *passions égoïstes* et l'instinct d'*imitation*, voilà le thème sur lequel s'est plus spécialement promenée l'imagination du docteur Groddeck; l'avarice, l'ambition, l'orgueil, en un mot, les sept péchés capitaux sous toutes leurs formes sont tour à tour passés en revue, et l'auteur finit par conclure que, si tous ces péchés n'existaient pas, tout n'en marcherait que mieux dans ce monde. Cet aphorisme est ce que j'ai trouvé de mieux dans ces deux chapitres, un peu longs.

Nous voilà arrivé à la 50e page de la thèse du docteur Groddeck, qui en compte 64, ainsi que je vous l'ai déjà dit. Peut-être vous étonnerez-vous d'avoir fait tant de chemin sans avoir encore entendu un seul mot touchant la *maladie démocratique*; mais un peu de patience, et nous y sommes. Voici la profonde et lumineuse définition que l'auteur donne de cette maladie :

« La maladie de notre temps est le produit des effets combinés de toutes les causes que nous avons indiquées plus haut ! »

Si vous n'êtes pas content d'une telle définition, je vous trouve bien difficile; quant à moi, j'en suis complétement satisfait, et je comprends à merveille, grâce à elle, le pronostic que porte l'auteur et le traitement qu'il conseille.

Quant au pronostic, il est favorable; et quant au traitement, il consiste dans l'*unité* de l'Allemagne !

Voilà, mon cher confrère, en quoi consiste cette fameuse thèse qui paraît avoir tenu en émoi pendant plusieurs semaines l'Université de Berlin. Parlez-moi désormais du flegme germanique! Ainsi que vous le voyez, le docteur Groddeck a beaucoup agrandi le domaine de la folie, que l'éducation actuelle des enfants est une folie; que l'ambition, l'amour de la liberté, etc., etc., sont autant de folies! Notre confrère mérite tous nos éloges pour avoir d'un seul bond fait parcourir un si grand chemin à la science; cependant je lui adresserai en terminant un petit reproche à l'occasion d'une lacune qu'il a laissée dans son travail. A force de voir des folies nouvelles là peut-être où il n'y en a pas, il a oublié d'en voir une très ancienne et très connue là où elle existe réellement. Si notre confrère porte une besace, comme tous les humains, qu'il la retourne sens devant derrière, et il verra de quelle folie j'entends parler.

X.....

A l'occasion de l'horrible catastrophe dont la ville d'Angers vient d'être le théâtre, le président de la République a nommé chevaliers de la Légion-d'Honneur :

M. le docteur Bigot, membre de la commission administrative des hospices de cette ville, que recommandaient de longs services comme médecin des hôpitaux;

Et M. le docteur Mirault, depuis plus de vingt-cinq ans chirurgien de l'hôpital, et dont les travaux ont été plusieurs fois applaudis à l'Académie de Médecine.

M. le docteur Phillips commencera un cours sur les maladies des voies urinaires aujourd'hui mardi 23 avril, à une heure, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole Pratique.

de grenadier, pour la plupart si désagréables à prendre, et qui occasionnent si souvent des accidents nerveux, fort douloureux, est assez souvent rebelles. Si le prix et la rareté du kousso obligent à recourir, dans quelques localités, à la fougère mâle, il faut avoir soin, quand on emploie la poudre de cette plante, de prendre la racine fraîche, de la faire sécher rapidement pour la pulvériser, d'en élever la dose de 40 à 50 grammes, que l'on donne en plusieurs doses dans la matinée, et de purger ensuite le malade avec l'huile de ricin. L'huile éthérée de fougère bien préparée, mêlée, à la dose de 2 grammes, avec quantité suffisante de poudre de fougère ou de mucilage pour faire dix bols, que l'on commencera à prendre le matin à une heure d'intervalle l'un de l'autre, est habituellement efficace; elle tue et expulse souvent ensuite le ténia. Il en est de même pour l'extrait de la teinture de bourgeons de la même plante, fort usité à Genève, et dont M. Debout nous a dit avoir obtenu de bons effets. Il le prescrit à la dose de 6 grammes en trois prises enveloppées de pain azyme, et que l'on donne à un heure d'intervalle l'une de l'autre. On est quelquefois obligé, après l'administration de l'une ou de l'autre de ces préparations, de donner, l'après-midi, 20 à 30 grammes d'huile de ricin, pour déterminer l'expulsion de l'entozoaire. Le kousso, sous ce rapport, est plus avantageux que ces dernières préparations.

Espérons que le commerce parviendra à rendre le prix de ce médicament accessible à toutes les positions, afin que les personnes peu aisées ne soient point obligées, pour le prendre, d'entrer dans les hôpitaux dans le seul but de combattre une affection qu'il est aussi facile que prompt de guérir.

(*Bullet. génér. de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 10 avril 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Cancer ramifié de l'os maxillaire supérieur.

M. Huguier, depuis la dernière séance, a extirpé une tumeur cancéreuse de l'os maxillaire supérieur, envoyant des prolongements digitiformes dans la fosse zygomatique, dans l'orbite, dans le canal nasal et dans le sac lacrymal. Aucun de ces prolongements n'avait contracté d'adhérences avec les parties molles environnantes, et tous furent enlevés avec la tumeur principale dont elles dépendaient. La cavité anfractueuse et irrégulière qui renfermait la tumeur et ses appendices était tapissée d'une membrane cellulo-fibreuse luisante et d'un blanc nacré.

Il est probable que, d'après cette disposition, les prolongements de la tumeur qui eussent pu être laissés n'eussent pas reproduit la maladie, et qu'ils se seraient atrophiés.

M. Huguier, pour cette opération, s'était servi de la pince de Liston et de la scie à chaîne.

Il avait fait examiner le malade par M. Robert.

M. Gosselin a eu l'occasion, il y a quelque temps, à propos de sa thèse sur le traitement chirurgical des polypes des fosses nasales et du pharynx, d'examiner la question de savoir ce que deviendraient des portions de polype laissées dans des cavités sur la paroi desquelles elles n'auraient aucune adhérence.

Ne trouvant aucune solution, ne trouvant même pas la question posée dans les traités dogmatiques, il a consulté avec grand soin toutes les observations qu'il a pu recueillir; mais dans aucune d'elles cette circonstance n'est mentionnée.

La discussion soulevée par la Société est donc neuve et importante, en ce sens qu'il n'existe en ce moment dans la science aucun document pour la résoudre, et que de nouveaux faits sont nécessaires.

M. Chassaignac se propose de lire à la Société une observation d'élimination spontanée d'un corps fibreux interstitiel de l'utérus. Il se borne à dire que deux circonstances lui ont paru surtout dignes d'être mentionnées dans cette observation. Ce corps fibreux avait le volume du poing, et il était complètement interstitiel. A la suite de contractions utérines excessivement violentes et douloureuses, la couche de tissu utérin qui recouvrait la tumeur du côté de la cavité utérine s'est ulcérée, et après cette dénudation du tissu de la tumeur, un travail d'élimination a commencé. Ce furent d'abord des parcelles du volume d'une noisette, puis, au bout de quelques jours, un fragment d'un volume double de celui du pouce; enfin, un peu plus tard, il y eut élimination d'un corps égal en volume aux deux tiers du poing. Pendant toute la durée de ce travail éliminatoire, le col est resté constamment souple, mince, et l'orifice très béant, comme dans les cas signalés par MM. Récamier et Amussat. D'un autre côté, tant qu'a duré ce travail, une douche vaginale a été donnée cinq fois par jour. Chacune de ces injections se composait du contenu triplé d'un irrigateur de la plus grande dimension.

Ces deux circonstances ont paru importantes à M. Chassaignac, et il croit que dans les cas d'ablation incomplète de corps interstitiels il serait permis d'attendre de plus heureux résultats que par le passé; mais à cette double condition :

1° Que l'orifice restât largement béant;

2° Que des irrigations abondantes fussent fréquemment répétées.

Correspondance.

M. Vidal demande, pour raison de santé, un congé d'un mois qui lui est accordé.

M. le Président invite M. le secrétaire à écrire à M. Denonvilliers que son congé est expiré, en le priant de vouloir bien assister aux séances de la Société s'il n'a pas de motif à faire valoir pour prolonger son absence.

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* pour le mois d'avril.

M. Loir, inscrit pour une lecture, cède son tour à M. Michon pour la présentation d'un malade pressé de quitter Paris.

Exostose éburnée du sinus maxillaire.

M. Michon a fait venir le jeune homme qu'il avait opéré vers la fin de l'année dernière d'une tumeur osseuse considérable de l'os maxillaire supérieur, et qu'il avait présenté à la Société. La guérison est effectuée depuis longtemps, mais c'est à dessein que M. Michon a attendu jusqu'à ce jour pour en montrer les résultats définitifs. Le malade s'est fortifié, en effet; il était, du reste, dans des conditions propres à faire espérer le succès de l'opération si longue, si difficile, si compliquée quelle fût par elle-même. Tout, dans les antécédents de la maladie locale, en démontrait la nature bénigne; une cause exclusivement mécanique en avait été le point de départ; de même que des effets mécaniques en avaient été la conséquence, effets très appréciables par la gêne des fonctions plus ou moins en rapport avec le siége et le développement de la tumeur.

M. Michon rappelle qu'à Lyon, où le malade s'était présenté d'abord, MM. Bonnet, Pétrequin et Bouchacourt avaient été d'accord pour conseiller de ne rien faire; et lui-même, après avoir hésité aussi à tenter une opération, en avait cependant conçu, arrêté et exécuté le plan, d'après des indications qu'il avait exposées dans ses leçons cliniques. Il rappelle enfin que MM. Laugier, Denonvilliers et Gosselin y ont assisté.

M. Michon en lit ensuite l'observation longuement rédigée par l'un de ses internes, en indiquant tout d'abord que la longueur présumée de cette opération et les accidents à craindre de la chute du sang dans l'arrière-bouche par le fait de la position lui avaient fait rejeter l'emploi des anesthésiques.

L'observation relate successivement le procédé opératoire tel qu'il a été suivi dans ses détails et ses modifications pour diviser les parties molles, disséquer le lambeau, lier les vaisseaux divisés, scier, fendre, ébranler, et extraire l'os maxillaire supérieure; les difficultés extrêmes et les efforts nécessaires pour exécuter cette manœuvre, tant avec diverses scies et de fortes pinces, qu'avec la gouge et le maillet; l'extraction de la tumeur osseuse de la cavité du sinus maxillaire, substituée instantanément à l'ablation de l'os maxillaire lui-même; la lutte qui dura plus d'une heure entre le chirurgien et cette tumeur; le courage admirable du malade pendant cette longue souffrance; le résultat immédiat de l'opération, à savoir: la vaste excavation du sinus distendu par la tumeur qui s'y était développée et le retrait de l'œil dans l'orbite, d'où il avait été presque expulsé; le rapprochement et la suture des lèvres de la plaie, pansé simplement avec une compresse imbibée d'eau froide; quelques accidents d'hémorrhagie sans conséquence; des phénomènes de réaction générale et d'inflammation locale assez prononcée; l'avulsion des sutures; les prescriptions indiqués; le travail de cicatrisation graduel; quelques détails sur l'exercice des organes des sens et des facultés en rapport avec le foyer de la maladie ou les résultats de l'opération; la suppuration consécutive et l'issue secondaire de quelques parcelles osseuses; la régularisation progressive des traits de la face, et le rétablissement définitif des forces du malade; son état actuel, aussi satisfaisant que possible, et méconnaissable pour qui l'avait vu précédemment: la cicatrice linéaire et parfaite, sauf une légère tuméfaction du lambeau; enfin une description exacte et minutieuse de l'état des parties, et spécialement des yeux et des voies lacrymales, du nez et des fosses nasales, de la cavité buccale et des lèvres, ainsi que des fonctions de la vue, de l'olfaction, du goût, de la déglutition et de la phonation: telles sont en aperçu toutes les circonstances de l'observation, qu'il serait impossible de résumer autrement dans l'espace réservé à notre procès-verbal.

M. Michon donne ensuite une description fort exacte et non moins détaillée de la tumeur osseuse que chacun des membres de la Société examine attentivement.

Cette tumeur, pesant 220 grammes, a 0m,195 de circonférence, 0m,205 dans sa plus grande hauteur; elle est irrégulièrement arrondie, mamelonnée à sa surface, et par une coupe en deux parties offrant dans sa texture la plus parfaite similitude avec l'aspect de l'ivoire comme tissu, consistance, surface et coloration.

M. Michon ajoute à cette longue observation quelques remarques d'abord sur le temps employé à l'opération qui a duré plus d'une heure, en raison du siége, du volume, de la forme, de la dureté, des connexions de la tumeur, en raison aussi des parties ou des organes qu'il importait de ménager.

Il explique ensuite, en citant d'autres faits, pourquoi il n'a pas eu recours à l'éthérisation, et pourquoi, bien loin de la proscrire, il n'en admet point l'emploi dans certains cas, tels que celui-ci. Parce qu'il n'admet point que l'on puisse éthériser impunément un homme pendant une heure.

Il signale enfin le travail merveilleux de rétraction et d'épaississement des tissus pour constituer la cicatrisation et la réparation des parties entamées ou détruites.

« Telle qu'elle est, dit M. Michon en terminant, cette observation m'a paru digne de votre intérêt. Je vous en devais d'ailleurs la communication à titre de remercîment, pour les bons avis que j'avais reçus de la Société. »

M. Nélaton voudrait connaître d'une manière exacte ce qui adviendra de l'état des dents antérieures qui sont vacillantes. C'est, selon lui, une circonstance à noter dans l'appréciation du procédé; car l'opération est nouvelle et ne compte encore que trois cas.

M. Michon reconnaît que non-seulement les dents sont vacillantes, mais un peu déjetées en avant. Tout cette partie lui semble jouer le rôle d'un obturateur vivant. Quant à la mastication, l'opéré mâche de la mie de pain.

M. Chassaignac demande à M. Michon ce qu'il pense de la saillie ou du gonflement siégant sur la face dorsale du nez.

M. Michon répond que, le malade ayant eu deux érysipèles, cette saillie est d'autant plus prononcée par le gonflement des parties molles et par le soulèvement des parties dures.

M. Nélaton veut dire un mot seulement sur la structure de cette tumeur. Son tissu entièrement éburné constitue le caractère des exostoses du sinus maxillaire. Il a donné au Musée du Val-de-Grâce une tumeur de ce genre qu'il avait recueillie, à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Roux.

M. Morel-Lavallée se demande quel peut être le mode de nutrition d'une semblable tumeur, qui semble constituée par des couches concentriques sécrétées par le périoste qui enveloppe cette tumeur. Il propose de la polir par une coupe, car il est porté à croire qu'elle est formée par des dépôts successifs et superposés comme ceux d'un calcul.

M. Michon déclare que c'est là son opinion.

M. Larrey, sans vouloir prolonger cette discussion, exprime de la manière suivante une idée qui lui semblait vraie, et digne peut-être de fixer l'attention de la Société :

« J'ai été frappé depuis longtemps, dit-il, de l'analogie de certains résultats entre les opérations réglées faites sur les os maxillaires, telles que les résections et les lésions traumatiques de la face, telles que les mutilations produites par les armes à feu. Dans l'un et l'autre cas, en effet, les pertes de substance les plus profondes ou les plus étendues, chez les opérés comme chez les blessés, tendent à se réparer, sinon à se régénérer par un travail naturel de cicatrisation et de consolidation concentrique, qui réunit, rapproche ou répare les tissus divisés, écartés, détruits, et ce travail n'est pas moins remarquable dans les parties dures que dans les parties molles. Les os de la face, sciés, brisés ou perforés, selon les dispositions de forme et de surface qu'ils présentent entre eux, tendent ainsi à s'adapter, à s'assimiler aux portions restantes, en même temps qu'ils en diminuent l'écartement ou en comblent le vide. Les ablations partielles, soit artificielles, soit accidentelles, des os maxillaires en offrent des exemples, dont il serait intéressant de comparer les résultats.

» Mon père, ajoute M. Larrey, en a fait l'observation chez des soldats invalides mutilés à la face, et, à part des cas analogues que j'ai pu voir moi-même, soit au siége d'Anvers par l'effet de gros projectiles, éclats de bombe ou d'obus, soit ailleurs par l'action des balles, c'est surtout à la suite de tentatives de suicide par des coups de feu que ces résultats pourraient être signalés.

» Il y a maintenant au Gros-Caillou un cas remarquable de ce genre : un soldat, en voulant se brûler la cervelle d'un coup de fusil, s'est fait à la face une mutilation profonde avec fracture comminutive des os maxillaires inférieur et supérieur du côté droit, perforation de la voûte palatine, destruction du plancher de l'orbite et du sinus maxillaire, broiement des os propres et des cornets du nez; déchirure de la joue, de la lèvre, de la langue et du voile du palais. La gravité d'un tel désordre, la nécessité d'extraire un grand nombre d'esquilles, de réséquer même une portion des os maxillaires, de pratiquer l'avivement et la suture des parties molles, les accidents symptomatiques de la blessure, l'élimination des eschares et la période de suppuration, tout pouvait faire craindre l'issue funeste d'une telle mutilation, et cependant il n'en a pas été ainsi. La plaie, qui au premier abord aurait admis la pénétration du poing, ne permet plus que l'introduction du doigt; les portions d'os qui sont restées en place tendent à se rapprocher de plus en plus les unes des autres; quelques-unes même, très mobiles d'abord, se sont soudées entre elles, et l'ouverture rétrécie des parties molles, formée aux dépens de la joue, de la lèvre et du nez, pourra être fermée à l'aide de l'autoplastie. Les fonctions affaiblies ou abolies par les premiers effets de la blessure, l'odorat, le goût, la déglutition et la parole, se sont rétablies de plus en plus; et enfin chez notre blessé, comme chez l'opéré de M. Michon, la vue a subi quelques modifications dues à des causes toutes mécaniques.

» Je crois donc, dit M. Larrey en terminant, qu'il serait intéressant de rechercher des résultats comparatifs du même genre, et d'étudier la question que je viens de soulever au sujet de l'observation de notre honorable collègue. »

M. Marjolin demande que la communication écrite de M. Michon soit renvoyée au comité de publication avec un dessin qui serait annexé à ce travail.

Cette proposition est adoptée.

Affections cancéreuses et cancroïdes de la peau.

M. Lebert lit le résumé d'un travail sur les affections cancéreuses et cancroïdes de la peau. Ce travail est basé sur l'analyse de 101 observations, dont 20 se rapportent au vrai cancer, tandis que 81 autres ont pour sujet toutes les formes de tumeurs cutanées confondues avec le cancer et toutes les variétés d'aspect et de marche que leur impriment les diverses régions du corps sur lesquelles elles ont leur siége.

La description du véritable cancer cutané fait la première partie de ce travail. L'auteur montre que cette maladie offre dans la peau les mêmes caractères que partout ailleurs, savoir : substitution d'un tissu nouveau à ceux de l'état normal de la partie du corps où il a son siége. Ce tissu hétéromorphe y montre les mêmes cellules cancéreuses caractéristiques que l'on rencontre dans le cancer des autres organes. Le mal local détruit non-seulement de proche en proche les parties voisines, mais il infecte l'économie tout entière par une généralisation multiple et dans beaucoup de points éloignés du siége primitif du dépôt carcinomateux.

Nous omettons ici les détails nombreux et très précis qui forment, comme statistique raisonnée, une des bases de ce travail, dont nous ne pouvons donner ici que le court extrait du résumé.

Après avoir ainsi passé en revue les principaux caractères du cancer, l'auteur arrive à la détermination de ceux du cancroïde, et ici il cherche à faire justice avec impartialité des analogies à la fois et des différences qui existent entre le cancer et le cancroïde cutané.

Le cancroïde est, et l'auteur insiste beaucoup là-dessus, une maladie d'un ou de plusieurs tissus ou éléments normaux du corps humain, une production essentiellement homœomorphe et non une substitution d'un produit nouveau. Le cancroïde a tantôt son siége dans la couche épidermique superficielle, tantôt dans la couche papillaire, tantôt il est à la

fois dermo-épidermique. Les cellules d'épiderme et ce que l'auteur désigne sous le nom de globes concentriques d'épiderme constituent l'élément constant de sa composition microscopique. Ce mal, tout en pouvant rester longtemps à l'état d'innocuité parfaite, tout en pouvant par un traitement convenable être souvent guéri radicalement, a cependant une tendance prononcée à l'ulcération et à l'extension diffuse en largeur et en profondeur autour du siége primitif. Cette extension en largeur fait que le mal existe souvent à l'état naissant autour d'une tumeur enlevée par l'opération et que la récidive, fréquente en raison de la diffusion, est plutôt une continuation de l'affection première qu'une reproduction. En s'étendant en profondeur, le mal peut atteindre les muscles et les os; de plus, la matière épidermique atteint dans le cancroïde de la lèvre inférieure et dans celui de la verge, les deux plus mauvaises localisations, les glandes lymphatiques voisines, mais jamais cette infection irradiante ne dépasse cette zone anatomique de parties molles et dures et de ganglions lymphatiques qui sont en rapport direct avec la partie malade; ainsi, *analogie avec le cancer* dans la tendance à l'ulcération, à l'extension locale, aux récidives sur place, à l'infection des glandes lymphatiques voisines; *différence avec le cancer* par la structure anatomique et la composition microscopique essentiellement différentes, par l'absence de toute récidive éloignée du siége primitif, par l'absence enfin de toute infection générale de l'économie.

Après avoir analysé dans cette seconde partie les 81 observations de cancroïde cutané sous leurs points de vue anatomiques, pathologiques et thérapeutiques, l'auteur passe à l'analyse de ses observations sur chacune des régions affectées de cancroïde, savoir : celui de la lèvre inférieure, de la face, la lèvre exceptée, la verge, le scrotum, la région vulvo-anale, le tronc et les membres, et il entre dans des détails théoriques et pratiques sur la structure, les symptômes, la marche, les circonstances concomitantes (causes des auteurs) et la thérapeutique, surtout chirurgicale, du cancroïde de chacune de ces régions.

En général, M. Lebert s'est proposé de démontrer dans ce travail que, toute recherche anatomo-pathologique devant avoir pour but de servir à l'étude clinique et à la pratique, l'analyse de nombreux faits de cancroïde donne à celui-ci un plus bel avenir chirurgical qu'il ne l'aurait si on continuait à assimiler cette affection avec le cancer. Toutefois, l'auteur insiste le premier sur les difficultés de la réussite dans ces cas et sur la nécessité de ne pas envisager le cancroïde comme une affection essentiellement bénigne, quoique d'un pronostic moins fâcheux que le vrai cancer.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Lebert, qui désire être admis comme membre de la Société de Chirurgie, à en faire la demande écrite. Il nomme ensuite une commission composée de MM. Monod, Marjolin et Michon pour examiner son travail et en faire un rapport à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA;

Par M. le docteur RAPHAEL, de Provins.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 18 avril.)

Or, les phénomènes d'affaiblissement, de prostration, d'adynamie, de refroidissement ne sont que l'effet de la surexcitation de la moelle. Toutes les fonctions qui entretiennent la chaleur et qui portent la vitalité à tous les organes sont enrayées tout à coup. Il ne faut donc pas se tromper dans l'appréciation des conditions qui doivent être la base des indications. Si on prend cette base dans les symptômes d'affaiblissement et de refroidissement, on cherchera à réchauffer, on donnera tous les stimulants les plus forts et les plus énergiques, on fera même de la prophylaxie dans le même sens; mais ainsi on attaquera l'effet et non la cause, et les moyens qu'on emploiera sont directement propres à augmenter cette cause, si toutefois les fonctions digestives et celles de la peau ne sont pas perverties au point de neutraliser l'effet des excitants. La prophylaxie est donc encore plus nuisible. Prenant au contraire pour base des indications l'état spasmodique de la moelle, on aura recours aux atténuants, aux relâchants (*laxum et strictum*), aux adoucissants, aux résolutifs en un mot, et, si on fait cesser les spasmes de la moelle, toutes les fonctions reprendront leur action, circulation, nutrition, et la chaleur se produira sans qu'on ait eu recours aux réchauffants. Enfin, le malade ne tardera pas à guérir.

On emploiera donc inutilement tous les stimulants et tous les moyens de réchauffer, si le spasme de la moelle continue (et aucun de ces moyens n'est propre à le faire cesser); ils ne peuvent au contraire que l'augmenter. On voit alors que la circulation ne se rétablira pas, et que le malade se refroidira qnand même; avant de réchauffer le malade, il faut lui rendre la faculté de faire de la chaleur. Sans cette faculté, toute chaleur du dehors est inutile; autant vaudrait chercher à réchauffer un mort. J'emploie donc les hains et les fumigations *comme moyens résolutifs en cas de choléra, et non comme moyens de réchauffer le malade*; et si je le place au sortir du baia dans nne couverture de laine au milieu d'air chargé de vapeur, c'est pour continuer l'*action résolutive du bain* en provoquant une ahondante transpiration, afin de déterminer un état de faiblesse contraire à la reproduction des spasmes. D'ailleurs, en général, le rhumatisme diminue par les sueurs; ici aussi le rhumatisme de la moelle qni donne le choléra doit diminuer par les sueurs. La cause dn rhumatisme en général, comme celle du rhumatisme de la moelle, n'est-elle pas dans la gêne des fonctions de la peau? En effet, l'humidité qui règne depuis de longues années est hien propre à affaiblir cet organe et à pervertir ses fonctions si importantes au maintien de la santé. Dans un temps et sous l'influence de certaines conditions, les voies aériennes en sont particulièrement atteintes: grippe; dans nn autre temps et sous l'inflnence de nonvelles conditions, pourquoi la moëlle n'en souffrirait-elle pas: choléra; et pourqnoi aussi la sortie de ces humeurs excrémentitielles qui séjournent depuis longtemps dans les organisations par suite du vice des fonctions cutanées, ne serait-elle pas la crise naturelle du choléra? N est-il pas vrai qu'un cholérique qui transpire complétement, franchement et ahondamment, est sauvé? N'est-ce pas là le seul signe certain de la guérison? L'apparition de la suette en même temps que le choléra, qui du reste semhle être un préservateur du choléra, ne vient-elle pas à l'appni de ce que j'avance?

Il résulte que le seul et unique moyen de combattre le choléra est celui qui peut faire cesser le spasme de la moëlle; c'est la *conséquence forcée* de l'appréciation raisonnée du siége et de la nature de cette maladie, et cela en dépit de la méthode numérique et des succès des autres médications stimnlantes et empiriques qui n'ont même pas toujours l'avantage de l'innocuité; car si l'absorption des stimulants se fait, le mal de la moelle doit être plus fort et la maladie plus rapidement fnneste. Heureusement cette absorption est le plus souvent impossihle par les organes auxquels on confie les stimulants.

J'arrive naturellement à l'explication du mode d'aotion dn traitement auquel j'ai eu recours, et que j'ai eu l'honneur de vous faire connaître. On comprendra maintenant facilement pourquoi ce traitement employé dans la période convulsive trop avancée reste inutile, et pourquoi cependant on doit encore y avoir recours, même en désespoir de cause. On comprendra aussi pourquoi je considère le choléra comme nne maladie suraiguë en raison de son siége, curable au même titre que toutes les maladies aiguës; seulement ici le temps presse plus qne pour tout autre; l'incurrahilité ahsolue, malgré la meilleure médication, arrive dans le choléra le plus souvent en deux, trois, quatre, cinq ou six heures, tandis que pour toute autre maladie, c'est ordinairement en plusieurs jours. L'important ici est donc de se presser; mais il faut hien se presser en ayant recours à une médication résolutive.

Qu'y a-t-il de plus relâchant, de plus atténuant, de plus résolutif qn'un grand hain chaud; n'est-ce pas le moyen d'abattre tous les spasmes, aussi hien cenx de la moelle que ceux de tout autre organe? Un hain chaud ne va-t-il pas jusqu'à produire des syncopes pendant la santé? Dans le hain on respire de la vapeur d'eau, qui est ahsorhée par les voies pulmonaires; car la pneumo-gastrique qui se rend aux ponmons prend son origine au-dessus des points de la moelle, qui sont ordinairement atteints par le choléra; et cela explique pourquoi l'ahsortion s'y fait encore facilement, et pourquoi la dilatation vésiculaire y est complète. L'eau, ahsorhée par la peau et les poumons, se mêle au sang, entretient la liquidité, permet à la circulation de se maintenir, et, comme le spasme de la moelle diminne et cesse en même temps; tous les effets de ce spasme disparaissent également, la chaleur revient an delà même de l'état normal. Aussi le coucher dans une couverture de laine chaude et les fumigations de vapeur d'ean continuent cette action du hain, et provoquent une transpiration très ahondante qui est la crise certaine et heureuse de la maladie. Si un hain ne suffit pas, il faut y revenir deux fois, trois fois, quatre fois, et même plus, à des distance plus ou moins rapprochées. Pour cela, il faut surveiller son malade et s'inquiéter de l'état du pouls, de la chaleur des extrémités et du poids épigastrique. Si la réaction doit être favorahle, ce poids est de heaucoup diminué, et quelquefois il est complétement disparu.

Il arrivera, je le sais, qu'un malade pris dans de honnes conditions succomhera malgré ce traitement; mais quelle est la maladie qui guérit constamment, et quel est le traitement qui est toujours couronné de succès?

Les hoissons d'eau froide et d'eau rongie n'ont pas d'autre but que de calmer la soif du malade.

A ce traitement on peut joindre avec avantage quelques doses de laudanum, surtout en frictions sur la peau, sur l'estomac et les intestins, en potion et en lavement. Il faudra en donner de plus faihles doses que celles auxquelles on a pu s'élever, parce qu'avec les hains le tube digestif reprend ses fonctions, et il y aurait empoisonnement.

Ces réflexions, que je viens d'exposer, je les crois natnrelles, simples et véritahles, et je me sens capahle de faire rentrer dans la lésion de la moelle tout symptôme cholérique qui a pu m'échapper. Je n'ahandonnerai cette séméiologie que si on m'en donne une plus simple et aussi naturelle. Ainsi on peut, *sans grande érudition et sans nombreuses lectures*, arriver à des connaissances réelles quand l'ohservation est secondée par la physiologie (aujourd'hui on est érudit avant de savoir, et le choléra vient de prouver que l'érudition ne mène pas à grand'chose). C'ess la physiologie qui me fait croire à l'existence de maladies sans lésion matérielle apparente. De cette théorie découlent des indications utiles, et contraires à celles qui ont fait la hase de presque tous les traitements préconisés dans la dernière épidémie. L'empirisme s'adresse sans raisonnement au refroidissement; de là les stimulants, et le mal augmente: rien d'étonnant. L'empirisme encore s'adresse aux évacuations; de là les astringents, les caustiques; et le mal n'en marche pas moins, parce qu'on s'attaque à un effet et que la cause n'en fait pas moins de progrès.

J'ai donné des soins à 14 cholériques par les stimnlants, 12 sont morts; à 52 ou 54 par les hains et les fumigations, 40 ou 42 ont guéri. Dans cette dernière classe, il y avait un hon nomhre de malades qui n'avaient que les prodromes; mais en temps d'épidémie, quand la maladie régnait dans notre pays et que j'observais les mêmes prodromes que ceux que j'avais vus suivis ensuite de l'état confirmé et de la mort, ne suis-je pas en droit d'en conclnre à l'existence de cette maladie?

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 50

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 24 AVRIL 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

DÉCÈS DE M. CAPURON. — MISSIONS SCIENTIFIQUES.

Pendant que l'Académie s'occupait à faire un nouvel académicien, et que la majorité des voix se groupaient, ainsi que nous l'avions prévu autour de M. Ricord, elle faisait une nouvelle perte dans la personne si honorable à tous égards de M. Capuron. Les quelques lignes extraites de son testament et adressées à l'Académie par le notaire du regrettable défunt ont fait une vive impression sur l'auditoire, par la noble simplicité et à la fois par l'élévation des sentiments qu'elles exprimaient. Ces quelques lignes ont montré que la perte de l'Académie était plus grande encore peut-être qu'on ne se l'imaginait.

Après cette pénible lecture et la nomination de M. Ricord, l'Académie a consacré la plus grande partie de la séance à une discussion quasi administrative. M. le ministre de l'instruction publique, entrant dans une voie rationnelle autant qu'honorable, avait consulté l'Académie pour savoir si une mission consistant à aller visiter les établissements d'eaux minérales des bords du Rhin pourrait avoir quelque utilité. On sait trop avec quelle légèreté, avec quelle inintelligence les missions scientifiques en général ont été accordées jusqu'à présent, pour ne pas applaudir de grand cœur à l'heureuse initiative de M. le ministre. Nous regrettons vivement de ne pouvoir applaudir sans plus de restriction à la décision qu'a prise l'Académie. Malgré tout notre désir d'être convaincu par les raisons de M. le rapporteur et de M. le secrétaire perpétuel, nous avouons n'y être point parvenu. Il nous a semblé que tous les membres qui ont été d'avis d'approuver la demande de M. Gouraud n'ont été touchés que de ce seul argument : le ministre consulte l'Académie pour la première fois; on ne peut pour la première fois lui répondre par une fin de non-recevoir; tous ces membres paraissaient d'ailleurs parfaitement convaincus que le voyage scientifique projeté par M. Gouraud ne pourrait avoir aucun résultat avantageux; mais il fallait ne pas se donner même l'apparence de la mauvaise volonté.

Nous avons beau y réfléchir, nous ne voyons dans le motif allégué rien qui puisse justifier la décision de l'Académie : il nous semble que si le ministre a pris le parti de consulter les corps savants, c'est afin d'en obtenir des conseils conformes à la vérité, aux véritables intérêts de la science. Or, si réellement la mission de M. Gouraud ne peut avoir aucun but utile, comme c'est notre conviction et celle de l'Académie elle-même, nous ne voyons pas que le ministre doive se trouver très satisfait de recevoir un conseil qui, en définitive, l'engage dans une dépense inutile. Il nous semble que l'Académie aurait agi beaucoup plus sagement en disant tout simplement à M. le ministre, comme l'a fait l'Académie des Sciences dont nous avons à dessein publié le rapport sur la même question : Si le voyage de M. Gouraud doit se borner à une promenade scientifique de quelques mois, il ne peut servir à rien; si, au contraire, ce voyage doit durer assez longtemps pour recueillir des documents nombreux, exacts, complets, dans ce cas seulement il peut avoir une incontestable utilité. Avec une pareille réponse, le ministre est complétement édifié; il sait d'avance combien une mission devra lui coûter pour produire des résultats utiles, et par conséquent il sait s'il peut ou ne peut pas l'accorder. Voilà la véritable marche qu'il y avait à suivre, et si l'Académie entend bien ses propres intérêts, de même que ceux de la science, elle reviendra sur sa première décision. Cela est d'autant plus important que, si elle persiste dans la voie où elle est entrée, elle se trouvera en opposition avec l'Académie des Sciences, et qu'elle n'aura malheureusement pour elle ni l'autorité, ni le bon droit.

La séance s'est terminée par un rapport consciencieux de M. Ségalas sur un cas très curieux de pathologie vétérinaire, et par une intéressante communication de M. Belhomme sur l'alimentation forcée des aliénés.

Eaux minérales de Cransac.

Nous avons annoncé dernièrement que nous avions reçu un volumineux dossier relatif au rapport de M. Caventou sur une source minérale de la vallée de Cransac. Nous avons reçu aujourd'hui une lettre de M. le docteur Auzouy, médecin-inspecteur des eaux minérales de cette localité, lettre qui est adressée au président et aux membres de l'Académie de Médecine, et que cependant nous n'avons point vu figurer parmi les pièces de la correspondance. Le dossier en question, de même que la lettre, contient des faits et des raisons qui combattent avec beaucoup de force les conclusions du rapport de M. Caventou. Nous ne nous prononçons pas encore sur la valeur des arguments que M. Auzouy oppose aux faits et aux assertions contenus dans ce rapport; nous nous réservons de revenir sur ce sujet; mais nous croyons dès aujourd'hui devoir appeler l'attention de l'Académie sur la lettre de M. Auzouy, qui soulève des questions d'hygiène publique assez importantes pour qu'il soit du devoir de tout le monde d'apporter toutes les lumières possibles sur ces questions.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Paul Dubois.

Des hémorrhagies externes après l'accouchement.

(Suite et fin. — Voir le n° du 23 avril.)

Quels sont maintenant les moyens de traitement qu'il faut exclure complétement ou incomplétement, et ceux qu'il est bon d'employer ?

Les *injections froides* poussées dans la cavité utérine doivent être complétement rejetées; Mme Lachapelle, qui les avait beaucoup employées, y avait renoncé, parce qu'elle avait souvent remarqué que les femmes soumises à ce traitement étaient fréquemment prises de frissons peu de temps après. Ce moyen n'est donc pas innocent, et doit être exclu.

Les *injections astringentes* dans la cavité utérine doivent être rejetées par la même raison.

Les *lavements froids* peuvent avoir une certaine action tonique, astringente, transmissible aux organes génitaux internes par les parties minces intermédiaires entre eux et l'intestin rectum; mais cette action est nécessairement très passagère et tout à fait insuffisante pour arrêter l'écoulement du sang. De plus, l'emploi de ce moyen exige un certain déplacement de la femme qui trouble le repos absolu et dérange la position horizontale dans laquelle il faut la maintenir soigneusement; aussi les lavements froids doivent-ils être négligés comme étant insuffisants et d'un emploi peu commode.

Les *corps imbibés de liquides astringents*, tels que des éponges ou des compresses imbibées de vinaigre, de suc de citron, ou bien de liquides beaucoup plus astringents, doivent être absolument rejetés comme dangereux; leur introduction dans la cavité utérine irrite inévitablement la surface interne de l'organe, et peut provoquer le développement d'une phlegmasie puerpérale. Il faut cependant faire une exception légère pour le suc de citron, qui, employé par des accoucheurs distingués, leur a fait obtenir de nombreux succès.

Le *galvanisme*, appliqué à la surface interne de l'utérus, a été employé quelquefois avec avantage; mais c'est un moyen peu facile à utiliser dans la pratique ordinaire, et, de plus, il a besoin d'être encore expérimenté avec soin, afin que son mode d'action et sa valeur puissent être bien déterminés. En conséquence, ce procédé doit être exclu jusqu'au moment où de nouvelles recherches auront prouvé son efficacité.

Le *bandage très serré autour du ventre*, conseillé par des accoucheurs très expérimentés, a réellement une certaine valeur; mais c'est un moyen peu commode, parce qu'il empêche complétement l'emploi régulier d'un moyen beaucoup plus actif que la compression, des réfrigérants appliqués sur le bas-ventre et souvent renouvelés.

La *compression* par le procédé de Goock n'est pas un moyen efficace pour arrêter l'écoulement du sang; il n'est pas possible de comprimer ainsi tous les vaisseaux qui versent le sang, et, de plus, le séjour de la main dans la cavité utérine, empêchant les parois de la matrice de revenir fortement sur elles-mêmes, s'oppose à l'accomplissement des modifications organiques à l'aide desquelles la nature combat avec le plus de succès les hémorrhagies puerpérales. Il faut donc rejeter complétement la compression de Goock.

Le *tampon*, conseillé par Leroux, médecin expérimenté de Dijon, est un moyen dont il est bon de discuter l'emploi avec le plus grand soin. M. Velpeau en approuve formellement l'usage dans quelques cas d'hémorrhagie après l'accouchement.

Il faut bien remarquer d'abord quel est le mode d'action du tampon, comment il peut mettre obstacle à l'écoulement du sang. Le tampon, tel qu'on le construit aujourd'hui, a pour résultat de boucher complétement l'orifice de l'utérus et de retenir le sang dans la cavité de cet organe; d'où il suit que c'est le sang retenu dans la matrice qui fait seul obstacle à l'écoulement ultérieur du fluide sanguin par les extrémités béantes des vaisseaux rompus. Or, cet obstacle est bien faible pour résister à l'impulsion du sang, et tout à fait insuffisant pour obturer efficacement les orifices vasculaires. Voilà ce que la théorie enseigne, et cependant la science possède des faits assez nombreux qui prouvent que l'application du tampon a été souvent suivie de succès; il ne faut pas croire pour cela que la théorie et la science sont en contradiction, le désaccord n'est qu'apparent, et l'on s'explique parfaitement ces différences lorsqu'on se rappelle quelle espèce de tampon Leroux, de Dijon, avait employé pour obtenir tous les succès qu'il a publiés. Leroux trempait un lambeau de linge dans du vinaigre et l'introduisait jusque dans la cavité utérine, puis il plaçait un second lambeau pareillement imbibé de vinaigre dans la cavité vaginale; évidemment ce n'était point là l'espèce de tampon que nous employons aujourd'hui, ce n'était même pas un tamponnement véritable, c'était un procédé pour introduire un liquide stiptique et un corps étranger dans l'utérus, propres l'un et l'autre à provoquer les contractions utérines plutôt qu'à boucher l'orifice de la matrice. On ne doit donc pas considérer les succès obtenus par le procédé de Leroux comme preuves de l'utilité du tampon, et conclure en faveur de l'emploi du tamponnement dans les cas d'hémorrhagie grave après l'accouchement; on adopterait là une fort mauvaise pratique, attendu que le tampon, tel qu'on l'applique aujourd'hui, n'aurait pour résultat que de transformer la perte externe en perte intérieure. En conséquence, l'application du tampon doit être complétement exclue. Du reste, on peut étudier plus amplement cette question du tamponnement en lisant un mémoire de Goock, dans lequel plusieurs cas d'application de tampon sont rapportés et discutés.

Un dernier moyen dont M. P. Dubois exclut l'usage, c'est l'administration de l'opium à haute dose, parce qu'il n'aperçoit point du tout comment l'opium peut agir comme hémostatique dans les cas d'hémorrhagie utérine, et qu'il n'a point d'expérience personnelle à cet égard.

Voici maintenant les moyens auxquels M. le docteur Paul Dubois, éclairé par sa longue et précieuse expérience, conseille d'avoir recours :

1° D'abord, et avant toute autre opération, faire coucher la femme dans la position horizontale sur une couche un peu dure, pour qu'elle conserve bien son horizontalité, et avoir soin d'élever le bassin un peu plus haut que les autres parties du corps.

2° Maintenir dans la chambre une température aussi basse, aussi fraîche que cela sera possible.

3° Si l'utérus a plus de volume qu'il ne doit en avoir, introduire la main dans sa cavité pour exciter par quelques frottements le développement des contractions, et enlever les caillots qui y sont contenus fort souvent.

4° Solliciter les contractions de l'utérus, en le frictionnant continuellement à travers les parois abdominales.

5° Appliquer en même temps sur le bas-ventre des compresses imbibées d'eau froide.

6° En même temps aussi, administrer 2 ou 3 grammes de seigle en quatre ou six doses, à cinq minutes d'intervalle.

7° Enfin, si tous les moyens précédents sont insuffisants pour arrêter l'hémorrhagie, comprimer directement l'aorte abdominale.

Il n'y a point de détails à donner sur la manière de placer la femme dans la position horizontale, et de maintenir l'air de la chambre à une basse température; mais il faut quelques soins et quelques précautions pour faire usage des autres moyens. L'introduction de la main doit être faite avec prudence et modération; car des accoucheurs distingués ont fait remarquer que l'utérus dans les cas dont il s'agit est singulièrement prédisposé aux déchirures de ses parois, et ils ont cité des faits à l'appui. Néanmoins, quoiqu'ils aient rejeté pour cette raison l'introduction de la main, il est très utile et point dangereux d'employer ce procédé, en agissant toutefois avec modération pour ne point blesser la femme. Il faut donc introduire la main pour retirer les caillots contenus dans la cavité utérine, puis la réintroduire après l'extraction, et l'y laisser jusqu'à ce que l'on sente les parois se rétracter fortement; alors seulement on retire la main.

Les frictions ont pour but de rendre plus fréquent le retour des contractions utérines, et c'est le seul avantage qu'on peut en retirer; elles ne peuvent point exciter et maintenir une contraction permanente.

Les applications réfrigérantes doivent être faites en même temps que les frictions et l'introduction de la main; on place sur le bas-ventre de larges compresses trempées dans de l'eau fraîche, glacée, ou dans des mélanges frigorifiques, et on les renouvelle très fréquemment aussitôt qu'elles sont un peu échauffées. On doit avoir soin de se servir d'une eau aussi

froide qu'on peut se la procurer; en général, de l'eau de puits ou de pompe récemment extraite est un liquide d'une température très convenable; cela ne veut pas dire qu'il faille négliger l'eau glacée, ou les mélanges frigorifiques quand on les a sous la main; mais comme on n'en trouve point partout, il est bon d'indiquer que l'eau de puits a une température suffisamment basse. Quelques accoucheurs ont préconisé l'emploi des affusions froides de préférence aux compresses réfrigérantes : auxquelles faut-il accorder les plus grands avantages, et desquelles faut-il faire choix? Assurément les affusions froides ont un avantage; elles produisent sur la malade une impression fort grande, un saisissement très vif et très salutaire; mais elles ont un grave inconvénient, celui de mouiller tout ce qui entoure la femme, et de lui rendre sa position tout à fait intolérable. Il vaut donc mieux employer les compresses, en ayant soin de les remplacer très souvent, pour renouveler à des intervalles très courts le saisissement, l'impression subite que la femme éprouve par le contact instantané du froid. Si les compresses froides ne réussissent point, on peut alors recourir aux affusions.

Le docteur Lee pensait que des applications froides sur la vulve étaient bien suffisantes; mais il vaut certainement mieux les appliquer sur le bas-ventre, parce que l'on peut agir alors sur une très grande surface, et produire plus facilement ce saisissement, cette impression vive qu'occasionne toujours le froid ressenti subitement, et qui constitue précisément l'effet utile des réfrigérants.

Les réfrigérants ne doivent pas être employés trop longtemps. Aussitôt que l'hémorrhagie est arrêtée, il faut les supprimer, surtout si la femme est très affaiblie, ou bien on s'abstient de les renouveler, et en même temps on s'efforce de réchauffer les autres parties du corps, la poitrine et les bras, en les enveloppant de linges chauds. Il ne faut point par prudence réchauffer les membres inférieurs comme les supérieurs, parce que l'on pourrait peut-être favoriser ainsi le retour de l'hémorrhagie; cependant des accoucheurs anglais très distingués n'hésitent point à le faire, et s'en trouvent bien.

Le seigle ergoté est de tous les moyens hémostatiques proposés celui qui possède assurément la plus grande puissance pour combattre l'hémorrhagie, et il faut s'empresser de l'administrer aussitôt que l'on est en mesure de le faire et même avant d'employer tous les autres moyens. Mais son usage n'est pas toujours suivi de succès, et voici pourquoi : c'est qu'il provoque parfois des vomissements, auxquels les femmes sont très fréquemment prédisposées par l'état syncopal dans lequel l'hémorrhagie les a plongées. Que faire alors? Le donner en lavement? Oui, assurément, quoiqu'il agisse moins bien; il suffit dans cette circonstance d'en donner une dose un peu plus forte. Il n'est pas du tout hors de propos ici d'indiquer la manière dont le lavement doit être préparé et administré; ainsi, on s'exposerait à ne point introduire le médicament dans le rectum si on se bornait à jeter le seigle ou même à le suspendre avec un mucilage dans le véhicule; il resterait au fond de l'instrument; il faut de toute nécessité faire glisser le seigle pulvérisé dans la canule de l'instrument, que l'on ajuste ensuite sur le corps de pompe. Toutefois, il faut encore ajouter que l'administration de ces lavements est toujours une opération fort incommode à cause de l'état dans lequel se trouve la femme, et que dans certains cas on peut être obligé d'y renoncer.

Tous les moyens qui ont été passés en revue suffisent dans l'immense majorité des cas pour arrêter les hémorrhagies les plus graves, pourvu qu'ils soient employés convenablement, régulièrement et avec assiduité; aussi il est très rare qu'on ait besoin de recourir à l'emploi du moyen de la seconde classe qui n'a point été exclu plus haut, c'est-à-dire à la compression directe de l'aorte abdominale.

Pourtant, on est bien obligé quelquefois d'avoir recours à ce procédé en désespoir de cause, et M. le professeur P. Dubois le préconise comme un moyen que son expérience personnelle lui a fait reconnaître bon dans quelques cas graves où il l'a employé lui-même. Cependant, il faut bien se rendre compte du mode d'action de la compression de l'aorte et ne pas croire qu'on empêche complétement l'afflux du sang dans les vaisseaux utérins; en effet, la compression se faisant directement avec le pouce au-dessus du fond de l'utérus et dans la région épigastrique sur un point de l'aorte situé au-dessous de l'origine des artères rénales et ovariques, on ne peut pas empêcher le sang d'arriver à l'utérus par les artères ovariques; une petite quantité de sang peut donc toujours arriver jusqu'à la matrice; de plus, on a objecté que la compression de l'aorte ne pouvait pas avoir lieu sans que la veine-cave fût en même temps comprimée, et par conséquent sans que le sang accumulé dans la veine-cave favorisât le reflux du sang veineux jusque dans l'utérus; cette assertion, il faut le reconnaître, est tout à fait inexacte, car on peut parfaitement bien éviter cet inconvénient en exécutant avec soin la compression de l'aorte. En somme, ce moyen est bon et a sauvé déjà un assez grand nombre de femmes; seulement, il faut avoir la patience et la force de l'employer assez longtemps, car il est souvent nécessaire de maintenir la compression pendant plus d'une heure et quelquefois de la recommencer à plusieurs reprises pour s'opposer de nouveau à l'écoulement du sang, qui est toujours disposé à reprendre son cours aussitôt que la compression cesse.

HOPITAL COCHIN. — M. Nonat.

Des doses et effets du sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes.

La dose de sulfate de quinine qu'il convient d'employer dans le traitement de la fièvre intermittente doit être proportionnée à l'âge du malade. Chez les enfants de six à huit ans, elle ne doit pas être élevée au-dessus de 50 centigrammes par jour; de huit à quinze ans, la dose s'élève en proportion; et enfin, à partir de quinze ans, l'âge n'apporte plus aucune modification dans le traitement.

C'est chez les très jeunes enfants plus particulièrement que l'on doit avoir recours au mode d'administration du sulfate de quinine en lavement à la dose de 20 à 25 centigrammes, en même temps qu'on en fait prendre 5 ou 10 centigrammes par la bouche.

On doit tenir compte de l'irritabilité plus ou moins grande de l'estomac chez les différents sujets, et administrer le sulfate de quinine en lavement dans les cas où, pris par la bouche, il ne peut être supporté. Ce qui vient d'être dit pour l'estomac s'applique également à l'intestin.

Enfin, si l'estomac et l'intestin sont à la fois irrités, il convient alors d'avoir recours à la méthode endermique, de combattre en même temps les lésions accidentelles de ces viscères, afin de revenir le plus promptement possible à l'administration à l'intérieur.

On peut, en associant le sulfate de quinine à l'opium, atténuer ses effets irritants. Dans le cas où ce médicament aurait déterminé la diarrhée, deux pilules de 2 ou 3 centigrammes d'opium par jour font cesser la lésion locale, et permettent la continuation du traitement. On doit d'autant moins hésiter à suivre cette méthode, que l'opium ne diminue en aucune façon l'influence du sulfate de quinine sur la fièvre intermittente et l'engorgement de la rate.

A la dose de 1 gramme 50 centigrammes à 2 grammes, que je ne dépasse jamais, le sulfate de quinine n'excite pas d'influence fâcheuse sur les organes digestifs, à moins que ceux-ci ne soient le siége d'une lésion antérieure.

Le sulfate de quinine paraît exercer une influence directe sur le système nerveux, influence qui se manifeste dans l'organe de l'audition. Administré même à dose assez faible, il occasionne une surdité momentanée, et dont la durée ne dépasse pas ordinairement vingt-quatre heures (lorsqu'on supprime le médicament), pendant lesquelles le malade éprouve des étourdissements, des bourdonnements d'oreilles; quelquefois même cette surdité se prolonge et devient chronique, dans des cas, il est vrai, très rares. On cite aussi des exemples de surdités incurables à la suite de l'emploi du sulfate de quinine. Sans nier ces faits, je dois dire que je n'en ai jamais rencontré de semblables chez tous les malades atteints de fièvres intermittentes que j'ai soumis au traitement par le sulfate de quinine; et quand des exemples de surdité se présentaient, celle-ci n'était que passagère, et il suffisait de suspendre pendant quelques jours le traitement pour voir ces accidents se dissiper complétement.

L'organe de la vision est quelquefois atteint, mais plus rarement.

Lorsque la dose de sulfate de quinine est élevée, on voit souvent les malades chanceler, étourdis, comme ivres; mais ces phénomènes se dissipent naturellement au bout de quelques heures.

Pris à la dose de 4, 5, 6 grammes, il peut jeter le malade dans un état d'assoupissement, de débilitation extrême, et donner lieu aux accidents les plus graves. Ainsi, le pouls s'affaiblit, le sang se décompose, se liquéfie, et le malade finit par succomber après avoir éprouvé les symptômes de l'empoisonnement par le sulfate de quinine. Ces cas sont très rares, à la vérité, et il faut supposer, pour qu'ils se présentent, une erreur et une faute d'attention inexcusable.

A la dose de 2 grammes, les effets sont beaucoup moins violents, et il est toujours facile de les arrêter.

Le sulfate de quinine, pris à dose un peu forte, a pour effet presque constant de ralentir la circulation; aussi l'a-t-on utilisé dans certaines maladies inflammatoires.

Le sulfate de quinine, tout en exerçant une influence identique sur les fièvres intermittentes, qu'elles soient ou non paludéennes, semble déterminer, dans les premières, des effets généraux moins intenses que dans les dernières. Il en est de même lorsqu'on compare l'effet produit par le sulfate de quinine sur un sujet atteint de fièvre intermittente simple et un sujet à l'état de santé. Sous ce point de vue, le sulfate de quinine ne diffère pas de la plupart des autres médicaments qu'on peut considérer comme des poisons, et qui sont moins bien supportés par l'homme sain que par l'homme malade.

Il serait peu fondé de dire, comme quelques auteurs l'ont prétendu, que la gastralgie peut résulter de l'emploi du sulfate de quinine; il est plus raisonnable de penser que, lorsque cette complication survient, elle est due d'abord à la double influence de la fièvre intermittente et de l'engorgement de la rate; et d'une manière secondaire, à l'action du sulfate de quinine donné à dose insuffisante pour combattre et maîtriser la fièvre dans un court délai. On comprendra que, sous l'influence prolongée de ces différentes causes, il puisse survenir une gastralgie; mais lorsque le traitement est convenablement dirigé, et que la dose de sulfate de quinine, sans être trop forte, est cependant suffisante pour combattre efficacement la maladie paludéenne, les complications de gastralgie ne sont pas à craindre, à moins, comme nous l'avons dit, de prédisposition antérieure du sujet à cette maladie.

Dès que la fièvre a été coupée, le malade doit être alimenté, dans le but de lui faire supporter plus longtemps l'administration du sulfate de quinine.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 avril 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce consulte l'Académie sur une glacière portative considérée comme agent thérapeutique.

2° M. le préfet de police transmet le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pendant le mois de janvier 1850.

Correspondance manuscrite. — Étiologie des maladies.

M. Rey, officier de santé au Coux (Dordogne), adresse une dissertation sur les causes des maladies en général. (Commissaires: MM. Chomel et Grisolle.)

Nouvel urétrotome.

M. Le Roy-d'Etiolles met sous les yeux de l'Académie un urétrotome de son invention.

Galvanisation localisée.

Le docteur Duchesne (de Boulogne) communique à l'Académie la fin de son travail sur les fonctions des muscles de la face étudiées à l'aide de la galvanisation localisée.

Voici le résumé des principaux faits exposés dans sa dernière note :

1° Les fibres musculaires qui sont en rapport avec les deux tiers internes de l'arcade sourcilière froncent et abaissent le sourcil en le portant vers le bord interne de cette arcade; ces fibres musculaires, appartenant à l'orbiculaire des paupières et au sourcilier, doivent être placées sous la dépendance d'un seul muscle, en raison de leur identité d'action.

Les fibres musculaires qui sont en rapport avec le tiers externe de l'arcade orbitaire et avec la paupière supérieure produisent en se contractant l'abaissement de cette paupière.

Les fibres de la moitié inférieure de l'orbiculaire élèvent notablement la paupière inférieure, qu'elles sont, de plus, destinées à soutenir par leur tonicité.

2° Le grand et le petit zygomatique se contractent sous l'influence de sentiments contraires. Le premier exprime toujours la satisfaction ou la gaieté franche; le second attriste la physionomie ou annonce les larmes.

Le grand zygomatique empêche l'abaissement de la commissure des lèvres par sa tonicité.

3° L'élévateur de la houppe du menton soulève le menton et la lèvre inférieure sans la renverser. Il préside à la prononciation des labiales; et quand il est paralysé, il est suppléé dans cette fonction par la lèvre inférieure, qui s'élève en se fronçant; il exprime le doute, en poussant les deux lèvres en avant.

4° Le peaucier du cou et de la joue (peaucier), épuisant sa force dans les téguments mobiles de la face, du cou et du thorax, n'en a plus assez pour abaisser la mâchoire inférieure, qui est maintenue rapprochée de la supérieure par la tonicité de ses puissants élévateurs.

Il paraît surtout destiné à l'expression ou de la rage, ou de la terreur, ou de la douleur, en tirant de haut en bas et de dedans en dehors les téguments de la partie inférieure de la face, et en découvrant les dents de la mâchoire inférieure. Dans ces diverses expressions, le peaucier gonfle le cou en soulevant la peau de sa moitié antérieure. (Commission déjà nommée.)

Choléra.

M. Lefèvre, médecin en chef de la marine, adresse des recherches sur l'épidémie de choléra qui a régné à Rochefort en 1849. (Commission du choléra.)

Mort de M. Capuron.

M. Demanche, notaire à Paris, adresse à M. le président la lettre suivante :

Monsieur le président,

J'ai eu ce matin le regret de vous annoncer la mort du docteur Capuron. Je viens de faire ouvrir son testament, et j'ai l'honneur de vous annoncer qu'il a fait à l'Académie un legs de 1,000 fr. de rente sur l'Etat, à perpétuité, pour la fondation d'un prix dont l'Académie déterminera le programme et les conditions.

Je dois en même temps vous faire connaître les dispositions relatives à ses funérailles, que je transcris littéralement.

« Je veux que mes funérailles soient simples, modestes, et conformes à la manière dont j'ai vécu; que nul discours ne soit prononcé sur ma tombe.

» Je me recommande seulement aux prières des personnes charitables qui voudront s'intéresser au salut et au repos de mon âme. »

Nomination.

Après cette lecture, qui produit une vive impression sur l'assemblée, l'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. Au premier tour de scrutin, les voix se répartissent ainsi :

MM.	Ricord. . . .	59 voix.
	Larrey. . . .	32
	Gosselin. . . .	5
	Maisonneuve. . .	1
		97

En conséquence, M. Ricord est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation du pouvoir exécutif.

Missions scientifiques.

M. Gibert, en son nom et au nom de MM. Gérardin et Guéneau de Mussy, lit un rapport sur une demande adressée au ministre de l'instruction publique par M. Gouraud, à l'effet d'obtenir la mission de visiter les établissements thermaux et hydro-thérapiques des bords du Rhin.

L'étude des eaux minérales, dit M. le rapporteur, fait connaître toute la puissance de l'action thérapeutique et toute la puissance de la nature médicatrice.

Cette étude est une pierre de touche pour les théories médicales. Comment soutenir la doctrine de la localisation absolue des maladies, quand on les voit se juger et se résoudre par un si profond travail de l'économie tout entière? Comment croire que toutes les maladies sont des inflammations, quand on voit des médications si excitantes et si hardies à guérir ce que rien jusque-là n'a pu guérir? Comment ne pas croire à la puissance médicatrice de la nature, quand on la voit faire des efforts si salutaires? Comment se laisser aller mollement au scepticisme médical à travers des discussions embrouillées et stériles, quand on est témoin de faits si nombreux et si frappants?

On peut dire sans exagération que la connaissance des eaux minérales est un complément nécessaire de l'éducation et de l'expérience médicale pour les médecins qui veulent, comme le proclamait le père de la médecine : « Avant tout guérir la maladie. » Qui de vous n'a pas vu des malades désespérés ou désespérants, épuisés par la souffrance, revenir des établissements thermaux ou avec une santé complétement rétablie, ou avec une vie parfaitement supportable? Malheureusement ces exemples frappants de l'action salutaire des eaux n'ont pas toute la portée qu'ils pourraient avoir, attendu que leur interprétation scientifique laisse encore beaucoup à désirer.

De tous les pays d'Europe, celui qui mérite le plus d'être exploré par le médecin à ce point de vue, c'est assurément l'Allemagne.

L'Allemagne, par le nombre et la variété de ses sources minérales, aussi bien que par le mérite de ses savants, demande à être de plus en plus connue par les médecins français qui trouveront aujourd'hui dans la rapidité et la facilité des communications internationales les moyens les plus précieux d'échanger leurs idées, de comparer leurs méthodes, d'étendre leurs expériences.

Il est assurément fort utile que quelques-uns de nos confrères se dévouent de temps à antre à aller visiter les Ecoles de thérapeutique que l'on appelle *eaux thermales*; d'où ils nous rapportent des indications précises sur les convenances thérapeutiques des différentes localités. D'autre part, l'hydrothérapeutique, sinon tout à fait inventée, au moins mise en singulier honneur par un empirique de génie, couvre aujourd'hui l'Allemagne d'établissements nombreux et considérables. Il est beaucoup question dans le monde médical des merveilles de l'hydrothéragie allemande; il est beaucoup question aussi des malheureux qu'elle produit. Il y a donc de grandes distinctions à faire dans les résultats fournis par cette médication héroïque, et la médecine française est hautement intéressée à aller interroger sur les lieux mêmes les faits qui peuvent éclairer la question de la cure des maladies par l'eau froide, en séparant le vrai du faux, en faisant taire l'exagération de l'enthousiasme ou du charlatanisme, et en acceptant la saine et solide observation.

L'hydrothérapie ne peut point être une panacée universelle; mais c'est assurément une médication puissante. Introduite en France il y a peu d'années par un médecin allemand, le docteur Wertheim, elle est déjà appliquée en grand avec succès dans plusieurs établissements bien tenus et bien dirigés, parmi lesquels il me suffira de citer celui de Nancy, celui de Pont-à-Mousson, dirigé par M. Lubanski; celui de Lyon, par M. le docteur Gilbert d'Hercourt; celui de Saint-Seine, près Dijon, dirigé par M. le docteur Guettet; celui d'Auteuil fondé par M. Monchin, et qui a fourni à notre confrère M. le docteur Robert Latour l'occasion de plusieurs communications intéressantes.

Quelles sont les maladies qui sont du domaine de l'hydrothérapie?

Qu'est-elle pour les maladies chroniques?

Qu'est-elle pour les maladies aiguës?

Quelle doit en être la mesure?

Quels services peut-elle rendre à l'hygiène, privée ou publique?

Indépendamment du berceau de la méthode d'où s'est élancée la réputation populaire de Riessintz, l'Allemagne possède grand nombre d'établissements où l'on expérimente sur une grande échelle la solution scientifique de ces différentes questions.

Il y a donc là beaucoup à voir, à étudier, à comparer, à soumettre à l'analyse sévère et éclairée de cet esprit de critique français si propre à tempérer les illusions où se laisse aller quelquefois l'imagination allemande.

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, ancien rédacteur d'un journal de médecine très répandu, observateur judicieux, praticien habile, homme instruit et consciencieux, M. le docteur Gonraud nous parait assurément très apte à remplir la mission scientifique que l'autorité se dispose à lui confier; et nul, nous le croyons, ne saurait contester l'utilité d'une semblable mission.

Nous vous proposons, en conséquence, de répondre à M. le ministre de l'instruction publique que la demande de M. le docteur Gouraud a un but utile qui nous fait désirer qu'elle soit agréée.

Une discussion suit ce rapport; il est adopté avec un amendement de M. Bégin, qui ajoute la proposition, pour concourir à l'utilité de la mission, que M. Gouraud reçoive de l'Académie une instruction spéciale sur les points qui lui paraîtraient devoir fixer plus particulièrement l'attention du médecin chargé de la visite des établissements thermaux et hydrothérapiques des bords du Rhin.

Après des observations réitérées de MM. Piorry, Dubois (d'Amiens), Nacquart, Malgaigne, Bégin, Rochoux et Gibert, il est décidé que l'Académie engagera le ministre à agréer la demande de M. Gouraud, moyennant qu'il sera remis à ce médecin des instructions sur les observations à faire pendant son voyage. Le rapport est renvoyé à la commission pour rédiger ces instructions, qui devront être discutées par l'Académie.

Strongle géant dans le rein des chiens.

M. Ségalas, en son nom et au nom de MM. Rayer et Bouley jeune, lit un rapport sur un travail de M. Leblanc relatif à une espèce de tumeurs particulières chez le chien produites par la présence dans le rein du strongle géant.

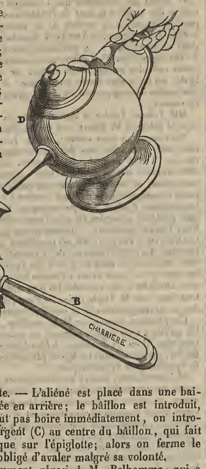
Remerciments à l'auteur, renvoi au comité de publication. (Adopté.)

Alimentation forcée des aliénés. Nouvel appareil.

M. Belhomme lit un mémoire sur ce sujet, et présente à l'Académie un nouvel appareil qu'il a inventé.

Après avoir examiné les différentes méthodes inventées jusqu'à ce jour pour nourrir les aliénés qui se refusent à manger, tels que les bibcrons, la sonde œsophagienne, l'appareil nouveau de M. Billod, il décrit un nouvel instrument qu'il appelle *bâillon-Libéron* et qui est composé de la manière suivante :

D'un morceau de bois (A), que l'on introduit dans la bouche entre les mâchoires; un manche (B) existe à l'extérieur pour faire basculer l'instrument; un coin arrondi maintient la langue fortement, et une bride en caoutchouc (E) contient l'appareil en la passant derrière la tête.



— L'aliéné est placé dans une baignoire la tête renversée en arrière; le bâillon est introduit, et, si le malade ne veut pas boire immédiatement, on introduit un conduit en argent (C) au centre du bâillon, qui fait arriver le liquide jusque sur l'épiglotte; alors on ferme le nez, et le malade est obligé d'avaler malgré sa volonté.

Ce moyen a constamment réussi à M. Belhomme, qui a nourri pendant des mois entiers des aliénés qui se refusaient obstinément à manger. Cet appareil a l'avantage de pouvoir être employé aussitôt que le malade ne veut plus avaler; on évite la sécheresse et l'inflammation des premières voies digestives, et l'on empêche l'amaigrissement et le dépérissement rapide des malades.

M. Belhomme cite dans son mémoire plusieurs faits qui ne laissent aucun doute sur l'efficacité de ce nouvel appareil.

M. Charrière a perfectionné cet instrument avec l'habileté si grande qu'on lui connait.

— La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 avril 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Missions scientifiques.

M. Magendie lit au nom d'une commission un rapport sur une demande de mission scientifique adressée à M. le ministre de l'instruction publique par M. le docteur Gouraud, qui sollicite de M. le ministre une mission en Allemagne pour y étudier les effets du traitement des maladies par les eaux minérales et l'eau froide.

En exécution d'un arrêté ministériel de date récente, cette demande a été transmise à l'Académie par M. le ministre, et nous avons été désignés, M. Pouillet et moi, pour l'examiner. Vos commissaires viennent vous rendre compte de la tâche quelque peu délicate que vous leur avez confiée.

Que dans l'espace de deux ou trois mois un jeune médecin visite les principales eaux minérales de l'Allemagne, ainsi que les nouveaux établissements dits hydrothérapiques, ce voyage serait pour lui sans aucun doute instructif et même agréable, surtout si l'Etat en fait les frais. Une semblable excursion est un complément d'éducation à peu près indispensable à tous ceux qui veulent aujourd'hui exercer la médecine avec une certaine distinction. Cependant, obligé de voir très rapidement un grand nombre d'établissements divers, souvent très éloignés les uns des autres, ne pouvant séjourner dans chacun au delà de quelques jours, le médecin voyageur ne peut y recueillir que des données très générales et des renseignements fort incomplets; c'est du moins ce qui est arrivé à tous ceux qui, pour leur instruction particulière, ont réalisé ce genre de pérégrination.

Mais ce n'est pas pour son avantage personnel que M. le docteur Gouraud désire obtenir la mission qu'il sollicite. Son ambition est beaucoup plus élevée : il pense que son voyage sera utile à l'enseignement et à la pratique de la médecine dans notre pays. Non-seulement il étudierait les établissements d'eaux minérales et hydrothérapiques de l'Allemagne, mais il les ferait connaître à la France.

Vos commissaires ne sauraient partager les généreuses espérances de M. le docteur Gouraud; il leur semble très difficile, sinon impossible, que, dans un parcours nécessairement rapide, on puisse se livrer à des études sérieuses sur les propriétés médicales des eaux minérales, ainsi que les merveilles produites, dit-on, par l'emploi de l'eau froide comme moyen thérapeutique. C'est en séjournant dans les établissements d'eaux minérales, c'est en y mettant à profit les moyens rigoureux d'investigation que possèdent maintenant les sciences physiques et physiologiques, c'est en étudiant par l'analyse chimique les modifications qu'éprouvent les sécrétions sous l'influence des eaux employées, qu'on peut arriver à des résultats qui pourront réellement devenir utiles à l'enseignement et à la pratique de la médecine.

En résumé et pour conclusions, vos commissaires sont d'avis de répondre à M. le ministre de l'instruction publique :

1° Que si la mission que sollicite M. le docteur Gouraud devait se borner à une sorte de promenade médicale aux établissements d'eaux minérales et hydrothérapiques d'Allemagne durant la belle saison, cette mission aurait peu de probabilité de résultats avantageux pour la science;

2° Que si, au contraire, cette mission consistait en un séjour prolongé pendant quelques années dans l'un des principaux établissements thérapeutiques de cette contrée, M. le docteur Gouraud offrant de plausibles garanties, il y aurait lieu de donner suite à la demande qu'il a formulée.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Staphyloraphie.

M. Roux commence la lecture d'un travail sur la staphyloraphie. La suite de cette lecture est ajournée à la prochaine séance; nous en rendrons compte quand elle sera achevée.

Altération de l'eau des puits.

M. Regnault présente au nom de M. Blondeau, professeur de physique au lycée de Rhodez, un mémoire sur l'altération que éprouve l'eau des puits au point de vue de l'hygiène publique. L'auteur résume ainsi qu'il suit ce travail, qui renferme un grand nombre d'analyses :

1° L'eau des puits peut être altérée par deux causes, par la présence des sels minéraux maintenus en dissolution et par la présence des matières animales.

2° Les substances minérales que l'on trouve dissoutes sont de la silice, de l'alumine, des carbonates de chaux et de magnésie, des phosphates des mêmes bases, du sulfate de chaux et de magnésie, de l'alun à base de potasse, des chlorures de calcium, de magnésium et de sodium, des azotates des mêmes bases.

Ces différentes substances n'exercent pas d'action nuisible sur l'économie lorsqu'elles ne se trouvent qu'en petite quantité dans les eaux; une eau de puits qui ne renferme que 4 à 5 décigrammes de ces corps en dissolution peut servir à tous les usages domestiques, pourvu qu'elle ne contienne pas une trop forte proportion de matières animales.

3° Une eau qui renferme par litre 1 gramme des substances précédemment mentionnées peut encore être bonne pour la boisson; mais elle cesse d'être propre à la cuisson des légumes lorsqu'elle renferme 8gr,1 de chaux ou de magnésie.

4° Une eau devient impropre à tous les usages domestiques lorsque, renfermant 0gr,1 de chaux ou de magnésie par litre, elle contient en outre 0gr,1 de matières organiques.

5° Il est de la plus haute importance de signaler l'existence et de doser la quantité de matières animales en dissolution dans les eaux, car lorsqu'elles dépassent la limite qui vient d'être fixée, elles exercent une action funeste sur l'économie; elles peuvent donner la dysenterie et une foule de maladies qui paraissent contagieuses, parce que toute une population va en puiser les germes dans les mêmes sources.

6° La présence de la magnésie dans les eaux potables ne produit pas une action aussi nuisible que quelques savants paraissent le supposer. Les eaux des puits de Rhodez contiennent, en moyenne, cinq fois plus de magnésie que les eaux de la vallée de l'Isère, analysées par M. Granger; et cependant les maladies endémiques, telles que la goutte, le crétinisme, sont complétement inconnues dans le chef-lieu de l'Aveyron.

7° L'eau de certains puits possède une saveur terreuse fort désagréable; ce goût provient de l'alumine maintenue en dissolution par l'acide carbonique: nous avons observé que c'est dans l'un des puits où cette base existe en plus grande quantité que la saveur terreuse se manifeste d'une manière plus prononcée.

8° Il résulte encore de nos expériences qu'une classification des eaux potables, fondée sur les rapports qui existent entre les sulfates et les chlorures, serait une classification vicieuse, car ce rapport varie dans des limites assez étendues pour une même espèce d'eau, et on n'est jamais sûr que celle sur laquelle on opère n'a pas rencontré dans son parcours, soit au-dessus, soit au-dessous du sol, des substances qui l'aient altérée et changé les rapports suivant lesquels ces sels entrent dans les eaux.

Existence des iodures et des bromures dans les plantes d'eau douce.

M. Victor Nevrac, pharmacien à Dax (Landes), annonce qu'il a découvert, d'après les recherches et les procédés indiqués par M. Chatin, l'existence des iodures et des bromures alcalins dans les plantes de la famille des oscillariées qui vivent dans les eaux thermales de Dax.

M. Person, de Besançon, fait une communication analogue.

Prix de physiologie expérimentale.

L'Académie procède au scrutin pour la nomination de la commission du prix de physiologie expérimentale. Les membres qui réunissent la majorité des suffrages et qui sont appelés à composer cette commission sont MM. Magendie, Flourens, Rayer, Milne-Edwards et Serres.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

(Extrait des procès-verbaux du mois de janvier 1850.)

Parmi toutes les sociétés savantes de Paris, la Société anatomique est sans contredit une de celles où se déroulent chaque année le plus grand nombre de faits intéressants à divers titres pour la science médico-chirurgicale. Malheureusement ces faits, consignés dans un recueil précieux, mais trop peu répandu (*Bulletin de la Soc. anat. de Paris*), restent ignorés de la plupart des savants et des médecins, et sont loin de produire les conséquences qu'ils auraient s'ils étaient plus connus. Nous avons cru être utile à la science et à nos confrères en cherchant à propager ceux de ces faits qui seraient de nature à intéresser spécialement nos lecteurs, c'est-à-dire ceux qui seraient susceptibles d'applications pratiques ou qui auraient un intérêt scientifique tout particulier. La Société anatomique ayant apprécié comme nous l'utilité d'une semblable publication, nous donnons dès aujourd'hui un court résumé des travaux du mois janvier.

Mode de développement des organes.

On croit, en général, que le développement du système nerveux précède celui du système musculaire; M. Broca a montré une pièce qui prouve que ces deux systèmes se développent simultanément. Sur cette pièce, un faisceau radial du fléchisseur superficiel des doigts donnait un petit faisceau musculaire qui se changeait bientôt en un tendon très grêle; ce tendon perforait d'arrière en avant le nerf médian, se plaçait sous l'aponévrose entre le tendon du petit palmaire et le tendon le plus interne du fléchisseur superficiel, et se terminait en s'épanouissant dans l'aponévrose palmaire.

A ce propos, M. Deville a rappelé qu'il a montré à la Société des faits analogues à celui-ci. A deux reprises différentes, il a trouvé des filets nerveux qui traversaient des veines volumineuses.

Corps étrangers dans les tissus.

M. Broca a présenté une seconde pièce dans laquelle on voyait une aiguille à coudre, longue de 4 centimètres, engagée transversalement dans l'épaisseur du grand épiploon d'un enfant de deux ans. L'aiguille était fortement oxydée, mais sa pointe n'était pas émoussée; il est impossible de trouver autour d'elle la moindre trace d'un travail organique quelconque. L'épiploon a conservé toute sa transparence.

Il est vraisemblable que cette aiguille a été avalée; cependant on n'aperçoit aucune lésion, aucune cicatrice à la surface de l'estomac et de l'intestin. Ce fait confirme ce que l'on sait déjà touchant l'innocuité presque constante des corps étrangers qui n'offrent d'étendue notable que dans une seule de leurs dimensions.

Môle hydatique.

Dans la séance du 18 janvier, M. Pierre présente un exemple remarquable de môle hydatique rendue par une femme de quarante-cinq ans.

Cette femme a eu successivement huit grossesses heureuses. Depuis, elle a fait deux fausses couches, la dernière il y a trois ans. Elle a été bien réglée jusqu'au mois d'octobre dernier. Les règles, qui devaient venir le 16 novembre, ne parurent que le 21, mais elles ne s'arrêtèrent pas, et depuis lors l'hémorrhagie continua jusqu'à la fin de décembre. Dans la nuit du 29 au 30 décembre, la malade rendit par le vagin la pièce que M. Pierre présente à la Société. Depuis lors l'hémorrhagie a cessé, et cette femme, qui était devenue très faible, s'est rétablie peu à peu.

La pièce présentée se compose de plusieurs éléments. Il y a d'abord une masse friable, rougeâtre, assez semblable à la substance d'un placenta; de plus on aperçoit une très grande quantité de vésicules ellipsoïdes ou globuleuses, transparentes, très légèrement rousseâtres, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une amande; ces vésicules sont reliées entre elles et fixées dans la masse friable par des tractus filamenteux assez forts. Quelques-unes sont aussi fixées par leurs deux extrémités. Les autres ne tiennent que par un point de leur surface à l'aide d'un court pédicule et flottent comme des grains de raisin.

A l'occasion de cette présentation, plusieurs opinions ont été émises sur ce mode de formation des môles hydatiques.

M. Cruveilhier pense que les tractus qui unissent les kystes les uns aux autres étaient primitivement des vaisseaux du placenta, probablement des veines. Ces vaisseaux se sont oblitérés dans la plus grande partie de leur étendue, et ont donné des cordons fibro-celluleux; mais l'oblitération ne s'est pas faite partout, et les parties non oblitérées, distendues plus tard par du liquide, sont devenues des kystes.

Suivant M. Denucé, l'explication donnée par M. Cruveilhier, a pour elle l'analogie. C'est d'une manière semblable que l'oblitération incomplète des conduits galactophores donne naissance à ces tumeurs de la mamelle, déjà décrites par Brodie, et désignées par les Anglais sous le nom de sarcomes vésiculeux.

M. Broca fait remarquer que l'analogie n'est qu'éloignée. La formation des kystes à la suite de l'oblitération des conduits excréteurs par l'accumulation du produit de la sécrétion n'est douteuse pour personne. La formation d'un kyste dans la cavité d'un vaisseau entre deux oblitérations n'a, au contraire, encore été observée nulle part. Le fait signalé par M. Lunier, qui a montré que le pédicule de plusieurs vésicules est canaliculé jusqu'à un ou deux centimètres du kyste, est de la plus haute importance; il montre que les kystes sont dus au développement de cavités préexistantes et ayant la forme de canaux.

MM. Lebert, Lunier et Mercier, chargés d'examiner au microscope la pièce de M. Pierre, ont fait les observations suivantes :

Nous avons pu nous assurer, dit M. Lebert, que les kystes de cette môle hydatique sont dus au développement des villosités du chorion. A l'état normal, les villosités choriales commencent par être creuses; sur les produits très rapprochés de l'époque de la conception, on trouve aisément une cavité dans leur intérieur. Leur paroi se compose alors de deux couches : l'une extérieure, épaisse, transparente, hyaline, presque amorphe; le microscope n'y découvre que quelques granules au sein d'une substance privée d'organisation; l'autre, intérieure, tellement mince qu'on ne peut ni l'isoler ni l'apercevoir à l'œil nu; elle est constituée par un épithélium pavimenteux. La cavité renferme de la sérosité. — Nous avons retrouvé tous ces éléments dans les parois des kystes placentaires. De plus, sur cette pièce, nous avons vu toutes les transitions entre les villosités choriales et les vésicules les plus volumineuses. Nous admettons donc avec M. Cayla (thèse de Paris, 1849) que ces kystes sont dus au développement de la cavité préexistante des villosités.

L'explication donnée par M. Cruveilhier, malgré l'accueil favorable qu'elle a reçu dans la science, ne résiste donc pas à l'étude histologique. Il en est de même, à plus forte raison, de celle de Mme Boivin, qui considérait les kystes placentaires comme des dilatations de lymphatiques hypothétiques.

M. Cruveilhier, malgré les observations précédentes, persiste à croire que les môles hydatiques sont formées aux dépens du placenta; on trouve des vésicules et à leur surface et dans leur épaisseur; il faut donc qu'elles proviennent d'un élément autre que les villosités, puisque celles-ci n'existent qu'à la surface. Il m'a paru que l'élément vasculaire pouvait seul en être le point de départ. En effet, ces vésicules sont unies par des filaments ramifiés. J'ai fait dessiner pour une des livraisons de mon ouvrage d'anatomie pathologique une pièce sur laquelle on voit le passage de l'état vasculaire à l'état de dilatation kysteuse. De plus, sur une planche d'Albinus que j'ai fait reproduire, on voit ce passage d'une manière plus claire encore.

M. Lebert répond qu'on trouve des villosités à l'état normal, non-seulement à la surface, mais encore dans l'épaisseur du placenta.

M. Mercier fait observer que quelques-unes des vésicules possèdent deux pédicules opposés. Ce fait ne prouve-t-il pas que les kystes sont dus à la dilatation de certains vaisseaux?

M. Broca. Quelques vésicules, il est vrai, ont deux pédicules, mais la plupart d'entre elles n'en ont qu'un seul. Toutes devraient en avoir au moins deux si elles avaient leur origine dans les vaisseaux.

CORRESPONDANCE.

On nous prie d'insérer la lettre suivante, qui a été adressée lundi dernier au président de l'Académie des Sciences :

Paris, le 22 avril 1850.

Monsieur le Président,

Permettez-moi de représenter respectueusement à l'Académie qu'au mois d'avril 1846 j'ai lu devant elle un mémoire sur l'*extraction immédiate des calculs vésicaux par les voies naturelles*. Ce mémoire était appuyé de 125 cas d'opérations par ce procédé.

Depuis 1846, j'ai opéré deux fois devant les membres de la commission nommée pour juger ce travail, et j'ai guéri un nombre assez considérable d'autres malades, dont quelques-uns opérés, infructueusement par d'autres procédés, font ressortir l'importance de l'extraction immédiate.

Nonobstant, la commission nommée n'a pas fait de rapport, quoique déjà quatre années se soient écoulées, et malgré mes instances réitérées.

Ne sachant à quoi attribuer un silence qui laisse dans l'obscurité un moyen important de guérir, je prends la liberté de demander la cause de ce silence.

J'opérerai samedi prochain, 27 avril, à midi, un nouveau malade chez moi, et si ce jour et cette heure conviennent à MM. les membres de la commission, j'ajouterai une nouvelle preuve à l'appui de l'importance du procédé opératoire qui fait l'objet de cette lettre.

Les membres de la commission sont MM. Roux, Lallemand et Serres.

Agréez, etc.,

Heurteloup.

NOUVELLES.

Concours de 1849. — M. Claudel (Jules-François), chirurgien aide-major commissionné, a été nommé à un emploi de chirurgien aide-major de 2e classe, et désigné pour le 2e de chasseurs d'Afrique en remplacement de M. Lacronique nommé à la 1re classe.

— *Mutations dans le personnel de santé.* — M. Fanre, médecin de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôtel des Invalides le 7 avril.

M. Dussourt, médecin ordinaire de 2e classe, professeur, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Strasbourg le 7 avril.

M. Garnier, médecin-adjoint, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Versailles le 7 avril.

M. Taboureau, médecin-adjoint, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour passer aux ambulances de l'Algérie le 7 avril.

M. Pasquier, chirurgien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de perfectionnement le 7 avril.

M. Girard, chirurgien aide-major, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à la place d'Aix le 7 avril.

M. Fleury, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Versailles le 7 avril.

M. Toussaint, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Nancy le 7 avril.

M. Martrès, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Lyon le 7 avril.

M. Girard, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour passer à l'hôpital de Nancy le 7 avril.

M. Meley, pharmacien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Marseille le 7 avril.

M. Capiomont, pharmacien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Strasbourg le 7 avril.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 AVRIL 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 51.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

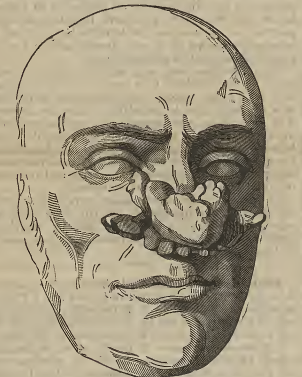
	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements . . .	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger.	30 fr.	16 fr.	9 fr.

HOTEL DES INVALIDES. — M. Hutin.

Hypertrophie considérable du nez.

Ainsi que nous en avons pris l'engagement, nous publions aujourd'hui, avec un dessin qui fera mieux comprendre le texte, l'observation et les réflexions extrêmement intéressantes communiquées par M. Hutin à l'Académie de Médecine. L'intérêt de cette observation nous engage à la placer avant notre *Revue Clinique hebdomadaire.*

Messieurs, la communication que vous avez la bienveillance d'écouter est relative à une hypertrophie considérable du nez qui m'a paru assez curieuse pour être moulée d'après nature. J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux une épreuve que je prie l'Académie de vouloir bien accepter, si elle la juge digne d'être conservée dans ses collections.



Quelques-uns des membres de la savante assemblée ont pu rencontrer l'année dernière, dans les rues de Paris, un caporal invalide d'une haute et forte stature, marchant librement et d'un pied agile, malgré ses soixante-douze ans ; d'une propreté irréprochable, d'une sobriété qui ne s'est jamais démentie, d'une santé parfaite, et portant l'infirmité reproduite par ce plâtre. Objet de la risée des enfants, qui lui faisaient le pied de nez, et de la curiosité souvent peu courtoise des personnes plus sérieuses, ce militaire, appelé Baron, avait quitté la succursale d'Avignon, et était venu à l'hôtel des Invalides vers le mois d'avril 1849, dans l'espoir que je le débarrasserais, par une opération chirurgicale, de l'espèce de tubercule dont il était affligé.

Le plus simple examen, la plus légère inspection des parties, permettaient de reconnaître qu'il n'existait là qu'une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire du lobe et des ailes du nez; que ce développement anormal n'avait rien de commun avec le cancer, ni avec les tissus érectiles; qu'il n'y avait ni induration, ni tubercules, ni kyste, ni ossification, ni fongus. On pouvait pétrir modérément les excroissances sans y déterminer de douleurs. Quelquefois le froid rendait les parties turgescentes, mais elles étaient plus ordinairement flasques ; et pourtant, elles restaient dans tous les temps assez fermes pour former une proéminence considérable, justifiant bien mieux le nom de *promontoire du visage*, donné au nez par Jean Maurice Hoffmann, que celui de *soleil de la face*, dont Musitan, dans son enthousiasme, était tenté de décorer cet organe.

Commençant un peu au-dessous du bord inférieur des os propres du nez, cette tumeur n'était pas simple et régulière; comme on le voit; plusieurs appendices, détachés sur les côtés, lui donnaient quelque ressemblance avec des ailes déployées. Ses dimensions présentaient environ *sept* centimètres d'arrière en avant, c'est-à-dire du milieu de la lèvre supérieure au bout du lobe, et un peu plus de *neuf* centimètres d'étendue transversale, ou d'envergure. La surface de la peau était ondulée, et fournissait dans ses anfractuosités un suintement de liquide jaunâtre et fétide, auquel la pression pouvait ajouter une matière sébacée assez abondante. En augmentant cette pression ou en exerçant un léger massage, on rompait quelques-uns des vaisseaux superficiels passant d'un appendice à l'autre; et dans le fond des sillons, on voyait suinter du sang, tantôt noir et tantôt rutilant. Le lobe proprement dit était doublé à sa face inférieure par un étage d'excroissances moins volumineuses. Celles qui se trouvaient sur les ailes étaient pédiculées.

Les narines ne participaient en rien à cet état pathologique. Parfaitement saines et libres dans leurs cavités, elles exerçaient leurs fonctions avec intégrité quand Baron soulevait la masse charnue pour dégager leurs orifices. Quand il voulait se moucher, il ne pouvait pas faire comme tout le monde; il était obligé de mettre un doigt sur l'ouverture de l'une des narines et de souffler un coup sec pour dégager l'autre; puis il recommençait du côté opposé. Du reste, ce nez n'offrait aucune teinte rouge particulière, et l'on n'y voyait aucun de ces bourgeons qui enluminent ceux d'un bon nombre d'habitants de notre hôtel ; seulement il y avait une assez grande quantité d'îlots décolorés et d'un blanc mat, dus à l'ancienne cicatrisation d'ulcérations superficielles et disséminées.

Cette infirmité n'était point originelle. Jusqu'à l'âge de vingt-huit ans Baron avait joui d'une parfaite santé, et son nez était bien fait ; mais, à cet âge, ses joues se couvrirent peu à peu de boutons pustuleux qui persistèrent pendant de longues années, sans trop inquiéter autre chose que sa coquetterie. Incorporé plus tard dans un des régiments de la garde royale, il songea enfin à faire disparaître cette éruption, et il entra à l'hôpital du Gros-Caillou.

Admis dans une des salles du baron Larrey, son compatriote, celui-ci lui donna ces soins affectueux par lesquels il savait si bien s'attacher les militaires. Après bien des teutatives infructueuses, Larrey eut recours à une dernière médication, moyen douloureux auquel peu d'hommes se seraient soumis peut-être, mais que la confiance du malade lui fit accepter sans hésitation. L'on couvrit la face, moins le nez et les paupières, d'un masque d'emplâtre-vésicatoire. A trois reprises différentes, mais espacées, on en vint à de semblables applications, et l'affection finit par disparaître complétement.

Baron retint le nom de *couperose* que Larrey donnait à son éruption, sur laquelle je ne puis d'ailleurs fournir aucun renseignement.

Pendant près d'un an le malade s'applaudit chaque jour de s'être résigné aux souffrances qu'il avait endurées, car aucun bouton ne reparut; mais, à partir de ce moment, il vit son nez prendre peu à peu du développement, et ce développement ne sembla s'arrêter qu'il y a peu de temps. Je dis *sembla s'arrêter;* car, bien que l'augmentation de volume ne fût plus guère sensible depuis quatre ou cinq ans, Baron voyait pourtant encore de temps à autre les anfractuosités se creuser plus profondément, annonçant ainsi, non un retrait de leur part, mais une élévation plus forte dans les tissus voisins.

Après avoir recueilli tous ces renseignements, j'employai tout mon raisonnement à convaincre ce militaire qu'il devait se résigner à conserver son infirmité. Pendant plus de six mois, je refusai de lui faire subir aucun traitement. Mais un jour il vint me dire qu'il était las de se voir montrer au doigt par les enfants de Paris; que d'ailleurs il ne pouvait dormir qu'en tenant à la poignée ce qu'il appelait *son fléau*, pour dégager ses narines recouvertes et obstruées; que les trois quarts des nuits étaient pour lui sans sommeil ; qu'à son âge de soixante-douze ans il ne tenait plus à vivre; qu'il aimait mille fois mieux mourir que de continuer la vie qu'il menait; que la Seine le guérirait si je ne voulais pas tenter de le faire, et que, d'une manière ou d'une autre, il voulait en finir.

J'avais présente à la pensée l'excision faite avec succès par Imbert de Lonnes d'une tumeur de ce genre pesant plus de deux livres et tombant au-devant de la poitrine (*Progrès de la chirurgie en France*). Je me rappelais aussi que, dans un autre cas rapporté dans les *Ephémérides des Curieux de la Nature*, la ligature des pédicules avait également procuré la guérison. Mais je ne me souciais nullement d'entreprendre une opération dont rien, à mes yeux, ne justifiait l'urgence.

Sur ces entrefaites, Baron rencontra, sur un quai, un prêtre qui lui dit avoir été affecté lui-même d'une difformité analogue à la sienne, et s'en être débarrassé par un moyen assez simple. Il s'agissait de faire sur le nez des onctions

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène publique et privée; par M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur de l'hôpital du Val-de-Grâce. — Deuxième édition (1).

Hydrologie. — *Note sur les eaux minérales de Cransac (Aveyron) et sur leurs propriétés thérapeutiques (sources anciennes Richard.)*

M. Michel Lévy vient de faire paraître la deuxième édition de son *Traité d'hygiène.*

Lors de la première publication de son livre, le professeur du Val-de-Grâce ne crut point devoir l'orner d'une préface, sorte d'épître au lecteur où les auteurs déploient d'habitude toute leur rhétorique pour présenter sous le jour le plus séduisant leur œuvre livrée à la publicité. Son abstention, dans cette circonstance, témoigne que, confiant dans sa production, il attendait avec impassibilité le jugement d'un public ordinairement impartial quoique exigeant. Ce public ne lui a point fait défaut, et le prompt écoulement de la première édition, faveur peu commune aujourd'hui, même aux livres de premier ordre en médecine, a pu le convaincre que son *Traité d'hygiène* est le traité classique de l'époque.

Le savant professeur met une préface dans sa deuxième édition ; mais cette préface est courte, lacouique autant que claire. Remercîment à tous ceux qui se sont occupés de son livre; puis rapide exposition de sa méthode analytique, tel est son contenu.

Pour M. Lévy, l'hygiène est la clinique de l'homme sain. Si la définition est brève, le champ qu'elle embrasse est presque sans limites. Aussi l'auteur a-t-il dû demander secours à toutes les branches de la science, et avec la solidité de jugement et l'inflexibilité de logique qui le caractérisent, il a su trouver partout des matériaux à son œuvre difficile.

Il n'y a qu'un seul point (la psychologie) auquel il n'ait pas touché, dût-il ne pas prendre rang, dit-il, parmi les réformateurs de l'éducation publique et privée. M. Lévy se révèle tout entier dans cette dernière phrase. Homme du vrai progrès, champion avoué de la science qui découle tout entière de la voie expérimentale, il évite les discussions qui ne s'étayent que sur des données plus ou moins hypothétiques, et dont la solution est toujours un problème.

Le professeur du Val-de-Grâce n'a pas fait de grandes coupures dans sa deuxième édition; il n'a introduit aucune innovation dans son ordre de distribution, ordre qu'il appelle mixte, et qui facilite puissamment l'étude, parce qu'il ne cesse jamais d'être naturel; mais il a retouché un peu partout, selon les exigences des nouvelles découvertes qui se sont opérées. Partout il a mis son livre au niveau des progrès de l'époque, tantôt en modifiant les données premières, et souvent en en ajoutant de nouvelles.

Il ne s'agit que de prendre au hasard pour s'en convaincre. Tombe-t-on sur la constitution? En traitant de l'énergie respiratoire, l'auteur ajoute à toutes les recherches et expériences faites jusque-là celles d'Hutchinson, qui prouvent que l'âge modifie moins la capacité vitale de la poitrine que la taille et le poids du corps. C'est ainsi que le pouvoir respirateur s'accroît, pour la taille de 5 pieds 6 pouces, de 1 pouce cube par livre, de 105 à 155 livres. A partir de ce poids jusqu'à 200 livres, il marche en sens inverse, et diminue d'un pouce cube par livre, etc.

En parcourant les mêmes pages, au sujet de l'atmosphère, on trouve la division essentielle des nuages en trois genres : cirrhus, stratus et cumulus, et leurs subdivisions par leurs fusions diverses, telles que cirrho-stratus, cirrho-cumulus, etc., avec leur définition parfaitement claire, et les modifications qu'ils impriment à l'organisme.

Plus loin, au sujet des eaux, les nouveautés se trouvent à chaque page. C'est là qu'on voit relatées les conclusions du rapport de M. Mêlier sur les marais salants, conclusions bien opposées à tout ce qu'on avait pensé jusqu'alors. Aussi, ajoute M. Lévy, un marais salant est bénéfice d'hygiène quand il se substitue à un marais ordinaire.

Aborde-t-on l'hygiène publique, on reconnaît également partout les progrès nouveaux que l'auteur a su lui imprimer.

A l'article des *Quarantaines* et *Lazarets*, on y trouve le résumé du rapport de M. Prus, rapport qui donna lieu à un débat si lumineux au sein de l'Académie de Médecine.

Nous n'avons pas la prétention de faire ressortir même les principales corrections que le professeur du Val-de-Grâce a infligées à son livre; mais nous devons ajouter que sa position de médecin en chef du plus grand hôpital militaire de France lui a fourni dans une certaine catégorie de vastes sujets d'expérimentations, et qu'il a eu le talent d'user avec bonheur de tous les documents précieux recueillis par ses nombreux confrères en Afrique.

Le luxe des citations, la richesse des notions empruntées aux branches les plus diverses sont tels dans l'ouvrage de M. Lévy qu'on pourrait croire au premier abord qu'il y a prodigalité ; mais, quand on se reporte à la définition de l'hygiène donnée par l'auteur, on comprend l'amoncellement méthodique de tant de matériaux. S'il est une chose qui doive surprendre, c'est l'art avec lequel l'auteur a su les disposer et l'élégance toute nouvelle qui préside à sa diction.

Si nous avions à faire la bibliographie d'une première édition, nous aurions à prodiguer au médecin en chef du Val-de-Grâce des éloges trop mérités; mais les lecteurs le connaissent. Et puis, M. Bégin n'a-t-il pas fait au sein du comité secret de l'Académie, lors de la présentation de sa candidature, la bibliographie la plus laconique et la plus juste quand il a dit : Le *Traité d'hygiène publique et privée*, dont il paraît en ce moment une nouvelle édition, n'est pas seulement l'ouvrage le mieux pensé sur la matière, c'est encore un des livres qui honorent le plus la littérature médicale.

Que faut-il de plus à un ouvrage, après le titre d'académicien qu'il a valu à son auteur, pour lui présager un surcroît de succès inusité ?

A......

(1) A Paris, chez J.-B. Baillière. Deux volumes in-8° ; 1850.

longtemps continuées avec de l'axonge fraîche et non fondue, provenant, ajoutait-on, d'un *vieux* porc *mâle*, conditions expresses. Cette communication fit travailler l'imagination de Baron, et bientôt il commença à se traiter comme on le lui avait indiqué; mais je n'oserais pas dire si la graisse qu'on lui livra provenait d'un porc mâle ou d'une femelle, d'un animal jeune ou vieux.

Pendant un mois les onctions furent faites religieusement chaque jour; après chacune d'elles le malade replaça dans un suspensoir son nez garni d'une compresse enduite d'axonge. L'éréthisme intermittent se dissipa; la tumeur resta constamment flasque et pendante, et son volume total diminua progressivement d'un tiers environ. Le suintement habituel disparut, et un état de sécheresse le remplaça. En même temps des maux de tête apparurent.

Pensant qu'il était nécessaire d'obvier à cette suppression d'excrétion, je prescrivis successivement plusieurs applications de sangsues à l'anus, des pédiluves sinapisés, une révulsion douce et continue sur le tube digestif, et l'application d'un cautère à l'un des bras. La santé reparut; mais ce ne fut pas pour longtemps. Les régions sous-maxillaires et parotidiennes gauches devinrent bientôt le siége d'une tumeur phlegmoneuse, dont l'ouverture fournit plus tard une assez grande quantité de pus.

Dès l'apparition de cette complication, le malade avait cessé toute onction sur son nez.

Les amygdales furent entreprises à leur tour, soit qu'elles se trouvassent comprimées par la pression de la parotide et des ganglions voisins, soit qu'elles participassent directement au mouvement fluxionnaire qui avait envahi ces organes.

Le 29 décembre 1849, une heure après m'avoir parlé assez haut et assez librement, après avoir plaisanté sur son nez, qu'il se décidait enfin à garder tel qu'il était, on me prévint qu'on venait de trouver Baron mort dans son lit.

Je fus atterré par cette nouvelle inattendue. En l'absence de tout renseignement sur les derniers moments, je songeai à un œdème de la glotte qui avait pu survenir rapidement et sans symptômes précurseurs, sur lequel mes prévisions étaient depuis longtemps en garde.

L'autopsie démontra qu'effectivement c'était à cette cause qu'il fallait rapporter la fin du malade.

Voici, sur ce sujet, la note qui a été écrite pendant l'ouverture du cadavre par M. le docteur Castaing, l'un des chirurgiens de l'Hôtel les plus méritants :

« La face, qui était cyanosée peu d'instants après la mort,
» est pâle au moment de l'autopsie.

» Le cœur et les poumons contiennent du sang noir.

» *Dissection du côté gauche du cou.* Le tissu cellulaire est
» infiltré dans toute cette partie adhérente à la peau, adhérente
» au *fascia superficialis.* Tous les ganglions sont indurés ou
» suppurés. Au-dessous de l'aponévrose, les ganglions pro-
» fonds du cou sont également indurés ou suppurés. Des
» communications fistuleuses sont établies entre ces divers
» centres purulents profonds. L'un de ces trajets se dirige
» vers l'organe de la phonation, pénètre entre le cartilage
» thyroïde et l'os hyoïde, dépasse la membrane thyro-hyoï-
» dienne et s'arrête sur la muqueuse. Là se trouve une petite
» poche remplie de pus. L'épiglotte volumineuse est forte-
» ment œdématiée; il en est de même des ligaments hyo-épi-
» glottiques. La muqueuse laryngée est également œdéma-
» teuse. »

Le nez, fendu dans plusieurs sens après avoir été moulé, a fait voir qu'il était le siége d'une hypertrophie pure et simple de la peau et du tissu cellulaire. Un tissu lamineux, dur et serré, existait dans toute la tumeur. Aucun gros vaisseau ne la parcourait; deux follicules sébacés, l'un à droite et l'autre à gauche, avaient une dilatation considérable, et contenaient une assez grande quantité de la matière qui leur est propre.

En rapprochant les faits principaux de cette observation, il est difficile, je crois, de ne pas trouver entre eux une connexité réelle qui les fait paraître solidaires les uns des autres; je veux parler de la disparition d'une éruption cutanée de la face à laquelle succède l'hypertrophie du nez, puis l'invasion d'une tumeur sous-maxillo-parotidienne arrivant au moment où cette hypertrophie est modifiée. Quel que soit l'espace de temps qui sépare l'apparition successive de ces maladies, je ne pense pas qu'on puisse douter qu'entravée une première fois dans sa marche par les moyens dirigés contre l'éruption du visage, la nature, qui ne trouvait plus cette voie pour dépenser l'exubérance de la nutrition, ne la reportât sur le lobe nasal. Par ce transfert de forces, par cette métastase, elle développa outre mesure la peau de cette région, comme naguère elle développait partiellement certains points isolés de celle des joues et du menton avant l'application des vésicatoires. Non contente de cela, elle y créa une voie nouvelle d'élimination, une excrétion qui devint habituelle (toutefois, il faut dire que cette excrétion était due en partie au frottement des appendices les uns contre les autres).

Un traitement des plus simples, des plus inoffensifs en apparence est appliqué par le malade; il enraye cependant l'hypertrophie, qui s'arrête d'abord et rétrograde ensuite. Au même moment, la région cervicale devient le siége d'un mouvement fluxionnaire. Ce mouvement me paraît évidemment dû à la même cause qui a déterminé l'hypertrophie, c'est-à-dire à un déplacement du même travail de luxuriante nutrition, travail que pervertit ce brusque changement de siége, et qui ne se trouva plus en harmonie avec des organes d'une structure différente et nullement préparés à le recevoir.

Quand on se trouve en face d'une difformité semblable à celle qui nous occupe, on accorde difficilement une grande confiance à un traitement comme celui que Baron s'est appliqué, et qui se réduisait, après tout, à oindre son nez avec un corps gras, car je ne pense pas qu'il faille s'inquiéter beaucoup de l'âge et du sexe des animaux qui ont fourni l'axonge. Cependant, on le voit, cette médication n'était pas aussi illusoire qu'on pouvait le supposer, et voilà deux circonstances dans lesquelles elle a puissamment agi : chez notre malade et chez le prêtre qui la lui avait indiquée comme lui ayant réussi à lui-même. Quel a été son mode d'action? Je crois que, comme tous les corps gras l'auraient fait, l'axonge a bouché les pores de la peau, d'où sont résultées tout d'abord la sécheresse succédant à l'humidité habituelle des parties et la suppression de l'excrétion; que les fluides excrémentitiels, contraints de se porter vers un autre point peu éloigné, y ont entraîné aussi le travail de nutrition hypertrophique, qui s'est ainsi trouvé déplacé à son tour.

Quoi qu'il en puisse être, cette histoire, qu'en terminant je remercie l'Académie d'avoir bien voulu écouter, prouve une fois de plus qu'il n'est pas prudent, chez les vieillards surtout, de troubler la nature dans ses habitudes quand elles sont depuis longtemps contractées; et, malgré les exemples de guérison rapportés plus haut, malgré celui que l'on trouve dans la *Gazette médicale* de 1834, c'est avec raison que M. Rayer pense qu'on ne doit pas toujours entreprendre la guérison de semblables hypertrophies.

Revue clinique hebdomadaire.

Affection de la langue et de la gorge de nature douteuse. — Les faits ne sont malheureusement pas bien rares qui démontrent l'erreur de la doctrine anatomique qui croit que quand on a découvert, dans une maladie, que tel organe est rouge ou gonflé, on connaît tout, et qu'on est dans les meilleures conditions possibles pour instituer le meilleur traitement. Nous disons que les faits contraires à cette manière de voir ne sont *malheureusement* pas rares. C'est qu'en effet, s'il suffisait de savoir que tel organe est rouge ou pâle, gonflé ou rétracté, etc., le traitement des maladies serait bien plus facile et bien plus avancé qu'il ne l'est réellement. Mais, nous le répétons, les faits contraires à cette manière de voir ne sont malheureusement pas rares, et en voici un exemple qui n'est pas sans intérêt :

Une femme âgée de vingt-cinq ans est entrée depuis quelques jours dans le service de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu (salle St-Joseph, nº 4), se plaignant d'une légère douleur, et surtout d'une gêne prononcée dans la gorge et dans la langue. Ces symptômes existent depuis environ trois semaines, et la malade a été inutilement cautérisée plusieurs fois depuis ce temps. Elle a également fait usage de plusieurs gargarismes.

L'inspection des parties permet de constater l'état suivant :

Le pharynx, les amygdales et un peu le voile du palais, sont le siége d'une rougeur diffuse qui n'est pas très vive, mais qui n'offre cependant aucune teinte spéciale; peut-être la nuance du rose se rapproche-t-elle légèrement de celle de la flamme de bois. Les amygdales sont elles-mêmes gonflées, la droite plus que la gauche, quoique à un degré assez modéré. La langue a sa couleur normale; mais les papilles offrent un développement très prononcé, surtout à leur partie postérieure. Dans la moitié antérieure, quelques-unes seulement sont plus saillantes, plus épaisses que dans l'état normal. A mesure qu'on se rapproche de la partie postérieure, la saillie et l'épaisseur deviennent plus prononcées, et quelques-unes de ces petites éminences ont les dimensions d'une moitié ou des deux tiers d'un grain de riz; elles n'offrent point d'ailleurs, ou à peine, de sensibilité anormale. La malade n'a point de fièvre; son état général est aussi bon que le comporte la présence des lésions qu'on peut constater directement, et qui gênent notablement la déglutition.

S'il suffisait de connaître les altérations anatomiques d'un organe ou d'une région pour instituer un traitement efficace, nul cas ne serait plus favorable que celui dont on vient de lire l'exposé succinct; mais les résultats obtenus par la médication déjà employée ne prouvent que trop jusqu'à quel point on s'abuserait en suivant de telles idées. Il faut donc chercher à pénétrer plus profondément dans la connaissance de la maladie, et remonter, s'il est possible, jusqu'à la cause première qui a provoqué le développement des altérations matérielles accessibles à l'œil.

La première cause à laquelle on a dû songer est l'infection syphilitique. Il n'est pas très-rare, en effet, de voir les symptômes consécutifs de la syphilis débuter par une inflammation légère des différentes parties de la gorge, dont la rougeur n'offre d'abord rien de spécial, mais qui, à mesure que la maladie se prolonge, prend peu à peu une teinte cuivrée presque toujours suffisamment indicative, quoiqu'elle n'offre jamais ces caractères tranchés qu'on remarque dans certaines éruptions syphilitiques de la peau. Il n'est point rare non plus de voir l'affection syphilitique consécutive, débuter sur la langue par une sorte d'hypertrophie des papilles de cet organe, surtout celles de la partie postérieure, laquelle hypertrophie peut finir par se transformer en de véritables végétations ou en larges plaques qui ont la plus grande analogie avec les plaques muqueuses de la marge de l'anus.

Ces présomptions, chez notre malade, sont encore corroborées par les antécédents. Cette femme, accouchée il y a deux mois, avait, à cette époque, des ulcérations aux parties génitales, qui, selon toutes les probabilités, étaient des chancres. A la vérité, aucun autre symptôme de syphilis consécutive n'existe sur la peau, et ne paraît avoir existé; mais il n'y a que les médecins pour qui les systèmes sont tout et l'observation rien qui assignent une succession invariable aux divers phénomènes syphilitiques, lesquels, au contraire, sont surtout remarquables par leur irrégularité traditionnelle.

Un traitement, chez notre malade, devra donc être tenté, conformément aux présomptions que fait naître l'étude des antécédents, et l'on sait quels sont les meilleurs antiphlogistiques contre les phlegmasies qui reconnaissent pour cause la syphilis.

Péritonite cholériforme. — Le bruit s'était répandu ce matin qu'un nouveau cas de choléra avait eu lieu à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Cruveilhier; ce bruit n'était pas fondé; mais le fait qui en a été l'occasion n'en mérite pas moins d'être porté à la connaissance de nos lecteurs.

Une femme jeune encore fit une fausse couche dimanche dernier à la suite d'une chute. Pendant les premiers jours, elle éprouva des douleurs dans l'abdomen et dans les membres, du refroidissement, de la fièvre; ces phénomènes augmentèrent peu à peu d'intensité et s'accompagnèrent bientôt de diarrhée. Avant-hier, ils prirent un développement ex-

HYDROLOGIE.

NOTE SUR LES EAUX MINÉRALES DE CRANSAC (AVEYRON) ET SUR LEURS PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES (SOURCES ANCIENNES RICHARD).

Depuis quelques années les études médicales semblent se porter avec une certaine prédilection vers les sciences thérapeutiques et pratiques, et cette tendance de l'esprit humain a donné à l'hydrologie minérale une importance d'autant plus progressive qu'elle est, sans contredit, une des branches les plus intéressantes de la thérapeutique, et un des auxiliaires les plus puissants de l'art de guérir. Et cependant, que de sources importantes ont été longtemps négligées en France! Et même, de nos jours, combien en est-il encore qui, malgré leur célébrité locale, sont à peine connues des médecins éloignés, même de ceux qui font époque dans la science et se trouvent placés à la tête de l'enseignement public! De ce nombre sont certainement les eaux de Cransac, sources anciennes Richard (Aveyron).

Ces eaux, renommées de temps immémorial dans le midi de la France, et visitées chaque année par plus de 2,500 personnes, sont à peine connues à Paris. Qu'il soit donc permis ici à un simple et obscur praticien de les rappeler à ses confrères! Complétement désintéressé dans la question de leur réussite, il ne désire que soumettre à l'expérience publique les résultats qu'il en a obtenus dans diverses maladies, et pense, par ces raisons, avoir droit à la confiance que mérite le médecin qui, avant toutes choses, ambitionne la guérison de ses malades.

Je ne parlerai pas des circonstances heureuses dans lesquelles se trouve le malade en allant prendre ces eaux à la source même, circonstances telles qu'elles agissent à la fois avec efficacité et sur le moral et sur le physique des individus. Le changement d'air, de climat, la distraction du voyage, le commerce d'une société nombreuse et variée, sont autant de causes, il est vrai, qui exercent sur l'état général des malades une influence salutaire; mais ces causes sont communes à toutes les sources d'eaux minérales. Je veux surtout parler de la composition toute spéciale des eaux de Cransac, afin d'en mieux faire apprécier les indications.

D'après les diverses analyses qui ont été faites par B. Murat, par le célèbre Vauquelin, et récemment par MM. O. Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie de Médecine, et Rivot, directeur du laboratoire de l'Ecole des mines, les eaux de Cransac, en outre des sulfates magnésien, calcaire, alumineux et ferrique qu'elles contiennent, sont tout à fait remarquables par l'existence d'une certaine quantité d'acide sulfurique libre et par la présence du manganèse (1) à l'état de sulfate, et ce principe manganésien existe dans ces eaux dans des proportions telles qu'il doit leur communiquer des propriétés toutes spéciales, et faire regarder les eaux minérales de Cransac comme véritablement uniques (quant à présent) en Europe. Ces eaux proviennent de deux sources : la *source basse* ou *douce* (*Richard*) sulfatée, manganésienne et magnésienne, et la *source haute* ou *forte* (*Richard*) sulfatée, ferro-manganique (2). La composition de l'eau de cette dernière se modifie par la conservation en bouteille. La plus grande partie du fer se précipite et s'attache au verre de la bouteille; mais tout le manganèse reste en dissolution et en forme la partie la plus active.

C'est après avoir étudié avec soin la composition des eaux minérales de Cransac que depuis deux ans j'en ai fréquemment fait usage.

Les eaux de la *source basse* (*Richard*), sulfatées manganésiennes et magnésiennes, sont utiles :

Toutes les fois qu'il s'agit d'exercer sur les muqueuses gastrique et intestinale une stimulation douce et continue, qui réveille le travail de la digestion, fortifie l'estomac et active les diverses sécrétions momentanément arrêtées ou diminuées; c'est ainsi que les sécrétions de la bile et des urines augmentent sensiblement dès le premier jour du traitement.

Je les ai employées avec succès dans les gastralgies, les dyspepsies, les engorgements chroniques du foie et des ganglions abdominaux; dans les hypertrophies de la rate consécutives aux fièvres paludéennes, dans les embarras gastriques, dans la constipation opiniâtre, dans la métrite chronique avec engorgement.

Les eaux de la *source haute* (*Richard*), sulfatées, ferro-manganésiennes, sont beaucoup plus astringentes et essentiellement toniques. Elles conviennent spécialement dans les cas où il faut tonifier un ou plusieurs organes; lorsqu'il est nécessaire de rendre au sang appauvri sa richesse et ses éléments consécutifs normaux, tout en tonifiant le reste de l'économie.

C'est surtout contre l'anémie et ses différents symptômes que les eaux de la source haute m'ont semblé un remède que j'appellerai presque souverain, tant leur action est rapide. Je les ai conseillées avec les plus heureux résultats dans les hémorrhagies passives, intestinales et utérines; dans la chlorose, dans la leucorrhée, dans les gastralgies, dans l'aménorrhée, dans la dysménorrhée, dans la convalescence des fièvres typhoïdes.

Ces eaux sont d'une facile digestion; leur saveur est peu prononcée; elles se prennent facilement aux repas avec le vin. Seulement, en raison de leur composition, les eaux de la source haute donnent souvent lieu à un certain degré de constipation, ce qui oblige de donner en même temps, et le matin à jeun, les eaux de la source basse, afin de contrebalancer leurs effets toniques sur l'intestin.

Que ceux de mes confrères qui liront ces lignes veuillent bien faire usage des eaux minérales de Cransac, et je m'applaudirai de leur avoir fait connaître un agent thérapeutique très efficace, et cependant à peu près inconnu à Paris.

Dr AUBRUN, D.-M.-P.

---

(1) Nom de quelques auteurs qui traitent des effets thérapeutiques du manganèse :

Docteur Jacques, *Journal général de Médecine.* — Kapp, Jadelot, Alibert, V.-L. Bréra, Padoue, Saggio-Clinico, M. C.-G. Gmelin, Of. Tubingen, Versuche, M. A. Barbet, *Journal de chimie médicale*, t. VIII, p. 534. — Docteur Thompson, *Chemistry of inorganic bodies*, vol. XI, p. 587. — Docteur Ure, *Remarks on gout*, *London medical Gazette*, novembre 1844. — Docteur Gendrin, Paris, 1847. — Docteur J.-D. Hannon, *Etudes sur le manganèse*, Bruxelles, 1849. — Docteur J. Pereyra, *Materia medica*, Londres, 1849.

(2) Voir plus de détails : *Journal de pharmacie et de chimie*, mars 1847.

trême, et l'on conduisit la malade à l'hôpital. A son entrée, elle présentait l'état suivant :

Cyanose générale et très prononcée; refroidissement; yeux profondément excavés; ballonnement excessif du ventre; voix très pénible précisément à cause de cet ballonnement, mais non pas éteinte, la malade pouvant se faire entendre à peu près comme dans l'état normal quand elle fait un effort; diarrhée abondante, mais non cholérique; persistance de la sécrétion urinaire; pouls d'une petitesse extrême, mais sans fréquence; douleurs modérées dans l'abdomen et dans les membres supérieurs et inférieurs.

Après vingt-quatre heures de séjour à l'hôpital, les symptômes ayant marché progressivement malgré l'emploi d'un traitement énergique, la malade succombe.

L'autopsie montra les intestins distendus par des gaz et une quantité considérable de matières liquides, mais bilieuses, et une petite quantité de pus dans le petit bassin et entre les circonvolutions intestinales, qui étaient, au moyen de ce liquide demi-concret, unies légèrement les unes aux autres. L'utérus offrait les caractères qu'on rencontre toujours après un accouchement qui ne date que de cinq à six jours.

Une observation peu attentive aurait certainement permis de confondre la maladie observée chez cette femme avec un cas de choléra : les symptômes les plus frappants, ceux qui tout d'abord s'offrent aux regards du médecin, étaient bien ceux du choléra : refroidissement, cyanose, yeux excavés, pouls presque insensible et *sans fréquence*. Mais la sécrétion urinaire n'était point suspendue; il n'y avait point de vomissements; les selles diarrhéiques n'étaient point celles des cholériques. A tous ces signes, il n'était pas difficile de reconnaître l'absence du choléra. Mais le fait n'en reste pas moins très curieux comme cas de péritonite, car ce cas sort évidemment de la règle commune par des exceptions importantes, par la diarrhée d'abord, et plus encore par la cyanose et surtout par la *non-fréquence* du pouls. Sous ce rapport, ce fait mérite d'être consigné dans la science et d'être gravé dans la mémoire des praticiens.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De l'apoplexie rachidienne.

(Suite du n° du 20 avril.)

Du diagnostic comparatif des maladies de la moelle et du mal de Pott.

Nous allons maintenant, comme nous vous l'avons annoncé précédemment, parler du diagnostic comparatif des diverses maladies de la moelle dont nous avons fait l'histoire et de la maladie de Pott.

Sous le nom de mal de Pott, on comprend plusieurs espèces de maladies, si on les considère dans leur essence. Ainsi, quand il y a carie des os de la colonne vertébrale avec paralysie consécutive, on dit qu'il y a mal de Pott; s'il survient des tubercules dans la substance aréolaire des os du rachis, et à la suite des aposthèmes des abcès par congestion, des suffusions de pus dans le canal vertébral, on dit encore qu'il y a mal de Pott; il en est de même si ces accidents arrivent à la suite de syphilis : il y a pourtant des différences capitales entre les causes productrices de ces affections, et ces divers individus n'ont pas la même constitution; mais il ne nous importe pas de suivre les conséquences de cette confusion.

A une certaine époque de l'altération des os du rachis, la moelle subit les influences de l'état pathologique de ces os, et il se produit des symptômes morbides qu'il est essentiel de reconnaître d'avec les maladies idiopathiques de la moelle. L'influence physique agissant sur le cordon rachidien, c'est la déviation du rachis ou la pression exercée par les os tuméfiés : ces causes venant rétrécir le canal vertébral, il s'y produit des rugosités qui peuvent éroder les méninges et même la moelle. L'influence pathologique, c'est l'inflammation se communiquant à la dure-mère et jusqu'au tissu médullaire. Il se produit ainsi une maladie secondaire de la moelle et de ses annexes toutes les fois que les os du rachis sont malades à un certain degré ou qu'il y a déformation du canal osseux, ou qu'il y a modification immédiate dans la locomotion relative des vertèbres les unes sur les autres.

Dans la déformation que détermine le mal de Pott, il se produit une saillie des apophyses épineuses, la distorsion de la colonne vertébrale, son inclinaison ou sur le côté ou en avant par affaissement du corps des vertèbres; dès qu'on peut les constater, on a déjà un moyen de s'assurer que l'affection de la moelle est secondaire à une affection des os du rachis : mais si le mal n'en est pas encore venu à ce point, il y a déjà de la rigidité dans la colonne vertébrale, et le sujet ne peut exécuter ni rotation ni flexion du corps en avant sans éprouver une douleur locale. Cette rigidité de la colonne, produite surtout par crainte de la douleur, saute à l'œil du médecin exercé et suffit déjà pour qu'on admette qu'il y a maladie des os : dans aucun cas des maladies de la moelle ou de ses annexes, à quelque degré qu'elles soient arrivées, on ne trouve de déformation de la colonne vertébrale, de douleur spontanée dans un point déterminé des os, ni de la rigidité du rachis, ni de la difficulté de rotation ou de flexion; de plus, quand tous ces symptômes se montrent, la maladie de la moelle n'a pas encore commencé, en sorte que l'affection des os a toujours précédé la paralysie et la rigidité des membres, symptômes de myélite; et, quand la maladie des os ne se fait encore sentir que par les premiers accidents, le malade ne soupçonne pas qu'il sera affecté de paralysie par extension de la phlogose.

Les symptômes de paralysie commencent parce que le mal en est arrivé au point d'exercer son influence physique ou pathologique sur la moelle. Le premier symptôme est la faiblesse des membres inférieurs, à quelque hauteur que le mal se produise, comme dans les inflammations de la moelle. Mais quand l'affection en est arrivée à ce point, il y a pour elle deux modes de lésions : la lésion par cause physique, et la lésion par extension pathologique. Si la lésion a lieu par extension pathologique, on verra exactement tous les symptômes de la myélite, et on n'aura, comme moyen de diagnostic, que la différence des accidents antérieurs de lésion des os de la moelle; si la lésion de la moelle a lieu par pression, on n'aura pas dans tous les cas la perturbation des mouvements dans les membres inférieurs, mais des phénomènes de paralysie se rapportant au point physiquement atteint; si c'est à la région dorsale, il surviendra de la paralysie de la vessie et du rectum d'abord; si c'est à la région cervicale, paralysie des bras commençant par du fourmillement dans les doigts, puis viendra consécutivement la paralysie des membres inférieurs; si la lésion porte sur un côté de la moelle, la paralysie portera du même côté, et elle aura son siége dans les muscles incités par les nerfs émergeant de la moelle au point affecté.

Mais en même temps que la moelle sera physiquement atteinte par la pression, il y aura aussi communication pathologique par voisinage, et on verra bientôt s'ajouter à ces symptômes les accidents de la myélite vers les membres inférieurs; ces accidents pourront même présenter plus de gravité : on aura des symptômes de tétanos avec renversement du tronc en arrière, et ce sera une vraie méningite rachidienne qu'on aura sous les yeux, consécutive aux lésions amenées par la maladie de Pott sur les os de la colonne vertébrale. C'est dans cette réunion des divers symptômes se rapportant à diverses lésions que se puisent les variétés de maladie qu'on voit arriver chez les sujets affectés du mal de Pott.

Cette maladie des os détermine des suppurations qui sont l'origine d'apostèmes pouvant s'ouvrir plus ou moins loin de l'endroit où ils ont pris naissance. Ils glissent tout le long du tissu cellulaire; de là ces trajets si étendus des abcès par congestion. La suppuration se produit d'abord en petite quantité; puis l'apostème s'accroît, se déplace ou par la pesanteur du liquide, ou par l'impulsion *à tergo* du pus qui se forme incessamment, ou par le mouvement des muscles, ou bien encore par la plus grande laxité du tissu cellulaire. Par ces divers déplacements, la moelle peut être affectée de diverses manières, et on a des symptômes particuliers.

Tel individu a une carie des os du rachis avec apostème; si celui-ci se produit sous le ligament interne du canal vertébral, un foyer se creusera, il y aura une saillie qui comprimera la moelle de telle sorte qu'elle suspendra peu à peu ses fonctions; le malade éprouvera des difficultés dans l'émission des urines, des rétentions même de ces urines et des fèces, de la paralysie des membres inférieurs, et le tout consécutivement à une lésion de la quatrième ou de la cinquième vertèbre dorsale. La maladie, bien loin de diminuer, augmente; l'apostème se creuse un chemin dans le tissu aréolaire des os et vient se fixer sous le tissu fibreux propre des os, et enfin, ce tissu fibreux le laissant passer, il vient faire saillie plus loin, dans la cuisse, par exemple. Dès lors on verra la paralysie diminuer et même disparaître, le malade récupérer tous ses mouvements; et cependant le mal de Pott n'a pas cédé, il n'a été que temporairement amélioré dans les accidents qu'il occasionne par le déplacement du pus, qui ne pressait plus sur la moelle.

Dans d'autres circonstances, l'apostème perce; alors la paralysie cesse complétement, la compression de la moelle n'ayant plus lieu, et la paralysie cesse de se produire jusqu'à ce qu'il se reforme un nouvel apostème comprimant le cordon rachidien.

Mais quand la compression de la moelle est produite par les os incurvés, la paralysie ne cède plus de la même manière; car on ne peut faire disparaître la lésion instantanément. Il y a cependant des rémittences dans les accidents de paralysie. Chez des individus il y aura paralysie et saillie de la colonne vertébrale en angle, si on les assied ou qu'on les tienne dans une position verticale en les soutenant, la courbure sera à son maximum et la paralysie complète; mais dans la position horizontale il y aura suspension de la paralysie. On peut voir alors l'origine de ces accidents paralytiques, et ne pas les confondre avec ceux qui proviendraient de maladie de la moelle.

A un certain degré du mal de Pott il se produit une rupture du canal vertébral, et l'abcès s'épanche dans son intérieur; aussitôt il se produit des accidents de paralysie générale qui peuvent aller jusqu'à la mort, par compression de la moelle et de ses enveloppes. Hunter rapporte l'exemple d'un individu qui avait une ulcération chronique du pharynx, cette ulcération de nature syphilitique attaqua les os, il se forma un apostème considérable dont la rupture eut lieu dans l'intérieur du canal rachidien.

Quand la maladie de Pott occupe une grande étendue, qu'il y a peu de désorganisation des vertèbres, mais seulement une incurvation assez grande du rachis; on voit se produire une paralysie toujours en rapport avec le point lésé, puis la paralysie diminuer peu à peu, et bientôt cesser tout à fait sans qu'il se soit opéré de modification dans la lésion des os. Dans ce cas, la moelle s'habitue à un certain degré de gêne dans l'accomplissement de ses fonctions; cette gêne survenue tout d'un coup les avait suspendues; mais elle diminue peu à peu et permet leur rétablissement.

Au lieu de la maladie de Pott, on peut voir survenir le rachitis qui fait faiblir la colonne vertébrale en ramollissant les os; la colonne se courbe; mais comme cette incurvation arrive peu à peu il ne se produit pas de paralysie, et à plus forte raison d'accidents inflammatoires du côté de la moelle ou de ses enveloppes. Mais il y a des formes aiguës de cette affection; l'inflammation s'exaspère, et la phlogose s'établit sur tout le rachis, qui devient douloureux; elle entraîne l'altération des sécrétions autour des organes phlogosés, et entretient la congestion de ces organes : aussi voit-on arriver tout d'un coup de la paralysie générale, et bientôt la mort. Dans ce cas il est survenu un épanchement de sérosité dans le canal rachidien, ou bien une extension de l'inflammation et augmentation du liquide céphalo-rachidien, ou bien même une véritable hémorrhagie méningienne; c'est une apoplexie secondaire venue à la suite de rachitis et qui le termine rapidement.

Le rachitis arrive peu à peu, et dans cette maladie la déviation du tronc est assez facile à distinguer pour montrer qu'il est le point de départ de tous ces accidents; seulement, il se complique d'inflammation portant sur la moelle épinière et ses annexes.

C'est par la réunion de ces diverses circonstances et leur connexion que l'on arrive à établir un diagnostic précis, qui n'est pas alors une simple affaire de curiosité; car le traitement doit être différent selon qu'on a affaire à une maladie des os arrivant par cause physique, par scrofules, par tubercules ou par maladie vénérienne. Il suffit de préserver la moelle de l'influence physique exercée sur elle par la maladie des os en diminuant les accidents inflammatoires et empêchant ainsi leur extension : il faut donc dans cet exemple déduire le traitement de la maladie des os de la colonne vertébrale, et non de la maladie de la moelle ou de ses membranes enveloppantes. C'est pour ces différences importantes à introduire dans le traitement de ces diverses maladies que j'ai dû insister sur leur diagnostic différentiel.

Suppression des Écoles militaires de médecine

La triste nouvelle que nous annoncions récemment comme probable est maintenant un fait accompli. Le premier coup de marteau est donné dans l'édifice médical de l'armée; les coups suivants ne tarderont sans doute pas.

Voici ce que nous avons lu dans le *Moniteur* d'hier :

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.

Monsieur le président,

Le personnel de santé militaire se recrute aujourd'hui au moyen d'élèves formés dans les hôpitaux d'instruction de Lille, Strasbourg et Metz, et à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce.

On avait espéré, en adoptant cette marche, que ces élèves acquerraient, sous la direction de professeurs militaires habiles, une instruction solide et spéciale et des habitudes de discipline qui les rendraient aptes, sous tous les rapports, à répondre aux exigences du service régimentaire et aux besoins des hôpitaux et des ambulances. Une expérience de quatorze ans permet de conclure maintenant que les hôpitaux militaires d'instruction, tels que les a constitués l'ordonnance du 12 août 1836, ne sont pas en position de réaliser les avantages sur lesquels on avait cru pouvoir compter.

La preuve s'en trouve chaque jour dans les Facultés de médecine, où les élèves militaires se trouvent peu favorablement classés par leurs examens, et dans les hôpitaux d'instruction même, où ces élèves donnent lieu, par des écarts de conduite, à des plaintes de plus en plus graves qui ont eu ce moment pour résultat une scission presque déclarée entre eux et leurs professeurs.

Il est devenu indispensable de réviser ou même de supprimer tout à fait une institution dont les vices sont si manifestes.

J'ai mûrement examiné les considérations qui militent en faveur de l'une ou l'autre de ces alternatives, et je suis resté convaincu que la dernière est la préférable.

La situation du trésor ne permet pas, en effet, de laisser peser sur le budget de la guerre des frais d'éducation qui dépassent 6,000 fr. pour chaque élève arrivant au grade de chirurgien sous-aide; elle ne permet pas davantage de tenter à grands frais des essais de réorganisation dont l'effet le plus certain serait de constituer dans les services publics, cumulativement avec les Facultés de médecine, un double emploi que rien ne semble justifier. Je suis assuré, d'un autre côté, que ces Facultés sont parfaitement en mesure, par le nombre et par l'instruction de leurs élèves reçus docteurs, de combler les vides qui pourront se former dans le personnel de la santé militaire.

D'après tous ces motifs, monsieur le Président, je n'hésite pas à vous soumettre la proposition de supprimer immédiatement les hôpitaux militaires d'instruction, et je présente à votre signature un décret préparé dans ce but.

Le ministre de la guerre, D'HAUTPOUL.

DÉCRET.

Le président de la République,
Vu l'ordonnance du 12 août 1836 ;
Vu l'ordonnance du 6 février 1839 ;
Vu la décision royale du 17 décembre 1840 ;
Vu l'ordonnance du 19 octobre 1841 ;

Considérant que les hôpitaux militaires d'instruction et de perfectionnement, qui occasionnent une dépense annuelle fort élevée, ne répondent pas au but de leur institution, quant au niveau des études et quant à la pratique de la discipline militaire ;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

ART. 1er. L'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce et les hôpitaux d'instruction de Lille, de Metz et de Strasbourg cesseront de fonctionner comme établissements d'instruction, à dater du 1er mai 1850.

ART. 2. A dater dudit jour, les officiers de santé de divers grades attachés à ces établissements seront rendus exclusivement au service courant, et les élèves seront et demeureront licenciés.

ART. 3. Il est accordé, à titre d'indemnité de licenciement,

Savoir :

1° Aux élèves de l'hôpital de perfectionnement, la continuité, pendant un an, de la subvention de 600 francs, que leur attribue le tarif annexé à l'ordonnance du 9 octobre 1841 ;

2° Aux élèves de 1re et de 2e division ou hôpitaux d'instruction de Lille, de Metz et de Strasbourg, la jouissance, pendant un an, de la subvention de 400 fr. attribuée, par le tarif susdaté, aux élèves de 1re division.

ART. 4. Les élèves liés au service militaire seront maintenus, pendant un délai qui ne pourra dépasser quatre ans, en position de congé, afin de pouvoir continuer leurs études médicales, mais sous la condition de justifier, chaque année, du nombre d'inscriptions qu'ils auront prises, soit dans les Facultés de médecine, soit dans les Écoles secondaires.

Fait à Paris, le 23 avril 1850.

En improuvant de toutes nos forces ce fâcheux décret, qui ne fait sans doute que porter la première atteinte au corps de santé militaire, et qui ne peut être comparé qu'à l'ordonnance qui, sous la Restauration, supprima la Faculté de Médecine de Paris, mais au moins pour la réorganiser, nous ne voulons pas nous donner l'apparence de faire une opposition qui pourrait paraître intéressée. Nous commencerons donc par reconnaître que le dernier des motifs invoqués par le décret, c'est-à-dire le défaut de discipline parmi les élèves des hôpi-

taux d'instruction, ne manque peut-être pas d'un certain fondement. Nous avons plus d'une fois déploré les écarts d'un journal qui, sous prétexte de défendre les intérêts du corps de santé militaire, les compromettait au contraire de la manière la plus fâcheuse, et qui n'a peut-être pas contribué médiocrement, par ses excès, au premier résultat que nous avons la douleur de constater aujourd'hui. Mais après avoir fait cetle concession, nous sommes loin d'accorder qu'il fallût remédier au mal signalé par les moyens violents auxquels on a eu recours; il y en avait d'autres parfaitement efficaces, qui n'auraient pas eu pour résultat de commencer la désorganisation d'un corps qui a donné tant d'exemples d'un dévouement si utile à la santé et par conséquent à la force de notre magnifique armée.

Quant au motif tiré de l'abaissement du niveau des études parmi les officiers de santé militaires des grades inférieurs, s'il y a quelque chose de vrai au fond de ce motif, ce que nous n'oserions ni affirmer ni infirmer, il faut reconnaître cependant que ce motif est pour le moins démesurément exagéré, et qu'il existe à cet égard de singuliers préjugés dans une certaine catégorie du public médical. Lorsqu'on cherche à apprécier le corps de santé militaire, on est trop disposé à établir un parallèle entre ce corps et notre personnel médico-chirurgical des hôpitaux et des écoles; c'est là une très fausse manière d'apprécier : le corps de santé militaire est comme le corps de santé civil; ce n'est point un corps d'élite par sa nature; il faut donc les comparer l'un à l'autre dans leur ensemble et non dans telle ou telle de leurs parties. Or, bien loin que le corps des officiers de santé militaires soit dans son ensemble inférieur en instruction au corps de santé civil, nous sommes fermement convaincu que c'est le contraire qui a lieu; si l'on comptait dans chaque corps le nombre proportionnel d'hommes distingués qu'il renferme, nous ne doutons pas un seul instant que la statistique ne fût entièrement à l'avantage du corps des officiers de santé. Le premier des motifs allégués par M. le ministre est donc douteux pour le moins.

Maintenant, croit-on que les hôpitaux militaires d'instruction n'aient d'autre utilité que de former des élèves à la discipline? On se tromperait étrangement suivant nous. Si le niveau des études était réellement inférieur dans le corps de santé militaire, ce n'est point dans les hôpitaux d'instruction qu'il en faudrait chercher la véritable cause, mais dans la position précaire qui lui est faite. Comment une administration sensée ose-t-elle espérer que beaucoup d'hommes d'une grande intelligence se consacreront au service militaire, se mettront à la merci de ses règlements rigoureux, sacrifieront les bénéfices de la clientèle, leur repos et presque forcément les satisfactions de la famille pour arriver, après vingt ans de fatigues et de travaux, au grade de médecin principal, c'est-à-dire aux appointements de 4,000 et 4,500 fr., encore pourvu que le sort leur soit favorable, car sur 1,300 officiers de santé, il y en a 38 qui peuvent aspirer à cette position.

Le professorat, qui augmentait la solde du titulaire de 600 f. pour la plupart des professeurs, et de 1,000 f. pour quelques-uns, n'était, pour le travail et la capacité, qu'un encouragement médiocre au point de vue des émoluments; mais c'était un encouragement réel au point de vue de l'honorabilité; c'était aussi un encouragement au point de vue de la tranquillité, parce qu'un professeur, une fois en possession de sa chaire, n'était que rarement exposé à de brusques déplacements, et qu'il pouvait désormais se livrer à des travaux sérieux et honorables pour lui et pour son corps. Tous ces avantages, le décret les détruit d'un trait de plume, et sous ce rapport déjà il porte une atteinte grave à la bonne composition du corps des officiers de santé militaires. Une autre atteinte non moins grave est portée par le décret, considéré au point de vue de la légalité; c'est sous ce rapport que nous l'examinerons dans notre prochain numéro.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 mars 1850. — Présidence de M. Fouquier.

La correspondance comprend :

1° Un exemplaire de la pétition que la Société de Médecine de Douai adresse à l'Assemblée législative sur l'impôt de la patente des médecins;

2° Le *Bulletin médical du nord de la France;*

3° Une brochure dont M. Magne fait hommage à la Société, et qui est intitulée : *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal.*

— M. Boyer, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, revient en quelques mots sur la question du chloroforme, dans le but d'en régulariser l'usage et de diriger le praticien dans son application aux opérations chirurgicales. Ces dernières, suivant lui, pourraient être rangées, par rapport à l'emploi de cet agent anesthésique, dans les cinq classes suivantes :

La première comprend celles pour lesquelles le chloroforme constitue un auxiliaire puissant, et les rend exécutables : telles sont les luxations. — C'est à cette catégorie que M. Détrem rapporte les hernies étranglées.

La deuxième, celles qui sont fortement douloureuses; ici le chloroforme diminuerait la douleur sans rendre les opérations plus faciles : elles sont très nombreuses, et c'est peut-être là le point de vue unique sous lequel le public considère les avantages de l'éthérisation.

La troisième, celles pour lesquelles l'éthérisation est une difficulté, un obstacle, et peut même les rendre impossibles, sans toutefois déterminer des accidents. C'est ainsi qu'ayant eu à pratiquer le broiement de la pierre chez un sujet soumis à l'action du chloroforme, il survint une agitation telle que M. Boyer fut obligé de renoncer à continuer l'opération, pour ne la reprendre qu'après l'entier épuisement de l'influence anesthésique.

La quatrième, celles pour lesquelles le chloroforme peut être un danger; telle est la cataracte. On pourrait ranger dans cette catégorie certaines opérations longues, minutieuses, pratiquées dans le voisinage d'organes importants; exemple : la ligature des carotides, durant laquelle l'indocilité du malade exposerait à blesser certaines veines; telles seraient encore quelques opérations sanglantes dans la bouche.

5° Enfin, il y a un très grand nombre d'opérations légères, pour l'exécution desquelles ce serait une sorte de luxe de recourir à l'emploi du chloroforme. Dans ces sortes de cas, le plus souvent le faible avantage qu'on en retirerait ne compenserait pas les désagréments résultant de l'inspiration de cette substance, tels que mal de tête, odeur désagréable, sorte d'ivresse, etc., etc.

Il y a d'ailleurs à l'emploi du chloroforme des contre-indications; telles seraient des affections aiguës ou chroniques de l'encéphale; une prédisposition aux congestions cérébrales; des affections thoraciques, un état de débilité, suite de pertes sanguines antérieures, etc., etc.

Conclusions. — C'est que l'emploi du chloroforme ne doit pas être banal; que les médecins devraient s'opposer dans beaucoup de cas à son usage, et en détourner les malades pour éviter les abus.

— M. Foucart lit un rapport sur un travail que M. le docteur Baratte (de Bolbec) a adressé à la Société pour obtenir le titre de membre correspondant. Les conclusions sont favorables à la demande, et la nomination, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

— M. Tanchou a eu depuis quelque temps l'occasion d'observer un assez bon nombre de cas de petite vérole pour que cette affection lui paraisse devoir être rangée parmi les maladies régnantes en ce moment. Le malade qui le porte à faire cette communication, âgé de cinquante-cinq à cinquante-huit ans, a été à Saint-Germain, où la maladie règne en quelque sorte épidémiquement dans un collége. Chez cette personne, l'affection n'a rien offert que de très régulier dans son développement, sa marche, sa terminaison; mais le moyen que M. Tanchou a employé avec succès pour empêcher la production sur la face des stigmates que laissent le plus souvent après elles les pustules varioliques lui paraît mériter quelque attention. Ce moyen, qu'il croit avoir employé le premier, au moins sous la forme qui va être indiquée, a consisté dans l'usage d'une pommade composée de 2 gram. de nitrate d'argent pour 30 grammes d'axonge qu'il a fait étendre sur le visage avant que la fluxion fût bien établie. L'inflammation a été entièrement arrêtée sur cette région, qui est restée vierge de toute espèce de traces varioliques, tandis que partout ailleurs les boutons ont parcouru leurs périodes; il y en avait même dans la bouche, au gosier, et sur la langue. Cette médication locale a été suggérée à M. Tanchou par la considération de ce qui se passe dans l'érysipèle, dont il est souvent possible d'arrêter le développement sur les parties où l'on veut qu'il ne produise pas de ravages à l'aide de divers topiques, et notamment de la pommade au nitrate d'argent, composée en ce cas de 4 grammes de sel pour 30 grammes de graisse.

M. Pertus fait remarquer que M. Serres (de la Pitié) a employé, il y a fort longtemps déjà, le nitrate d'argent contre les pustules de la petite vérole, et que cette médication a été jugée défavorablement d'après ses résultats. Lui-même, il y a très peu de temps, ayant voulu faire usage de la pommade au nitrate d'argent, il en résulta quelques inconvénients, sans gravité il est vrai, mais désagréables au malade, qui refusa d'en continuer l'usage.

M. Fouquier. Il est certain que M. Serres a proposé le nitrate d'argent contre l'éruption variolique, sous forme solide d'abord, en cautérisant chaque pustule; puis, voyant que ce procédé ne réussissait pas, sous forme d'une solution très chargée qu'il étendait sur la surface du visage avec un pinceau. Cette méthode, n'ayant été accueillie ni par les malades ni par les médecins, fut abandonnée. Elle fut cependant reprise plus tard par d'autres qui lui reconnurent des avantages, à condition d'être employée à la naissance des pustules, dont chacune était cautérisée. La pommade est donc un procédé nouveau que M. Tanchou peut revendiquer; mais les autres procédés ont été condamnés et ne sont pas restés dans la science.

M. Tanchou répond :

1° Que le fait rapporté par M. Pertus n'a nullement trait à l'approbation ni à la réprobation du moyen qu'il conseille, M. Pertus n'ayant pas dit si, par le fait de l'emploi de la pommade en question, il s'était développé des accidents qui l'aient fait rejeter. Il convient cependant que l'application de cette pommade n'est pas complétement innocente; elle est quelquefois un peu douloureuse.

2° A M. Fouquier, qu'il n'a pas voulu faire l'histoire du nitrate d'argent contre la petite vérole : « moi aussi, ajoute-t-il, j'ai essayé, il y a plus de vingt ans, la solution de nitrate d'argent, et voici pourquoi je l'ai abandonnée : c'est qu'il se fait sur la surface malade une sécrétion plus ou moins huileuse qui empêche le contact immédiat du nitrate d'argent, lequel glisse comme sur une partie grasse, et va brûler les parties voisines; ainsi, la transsudation graisseuse empêche l'adhérence de la solution; et c'est précisément pour fixer le nitrate d'argent que j'ai recours à la pommade, dans la composition de laquelle j'ai soin de faire entrer un peu de suif de mouton, afin de la rendre plus ferme.

» Un autre point très important qu'il ne faut pas oublier, c'est que cette pommade, pour produire un bon résultat, doit être employée au début de l'inflammation. »

M. Coursserant fait remarquer que la solution de cette question thérapeutique consiste à empêcher le développement complet de la suppuration des pustules varioliques. Si on examine la plupart des moyens que les praticiens ont employés pour atteindre ce but, tels qu'emplâtres de diachylon, de Vigo, feuilles d'or, etc., etc., on voit que cela revient à soustraire les surfaces malades au contact de l'air; c'est là le principe du bon résultat.

M. Tanchou croit aussi qu'une des causes de l'inflammation des tissus en général résulte de leur contact avec l'air, et qu'un bon moyen de la prévenir ou d'en diminuer l'intensité consiste à les soustraire à l'action directe de ce fluide; c'est-à-dire que dans beaucoup de cas d'érysipèles il suffit de recouvrir les surfaces malades d'un magma, d'un tissu imperméable à l'air, pour prévenir ou enrayer la phlogose. Mais il ne pense pas que ce soit seulement en soustrayant au contact de l'air les surfaces qui sont menacées d'une éruption variolique que la pommade au nitrate d'argent prévient le développement des pustules; il lui reconnaît, de plus, une action spéciale et modificatrice de l'inflammation.

Dr G. Picard, *secrétaire annuel.*

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

MARDI 30 AVRIL 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 52.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 29 AVRIL 1850.

De la validité

D'UNE VENTE DE CLIENTÈLE MÉDICALE.

La magistrature, qui reproche souvent à la médecine la dissidence de ses opinions sur des questions dont l'obscurité pourrait justifier cette dissidence, nous offre de temps en temps des contradictions qui ne peuvent rien envier aux nôtres. En voici une qui intéresse à un assez haut point le corps médical, et qui est d'autant plus curieuse que c'est la même Cour qui, à DEUX ANS D'INTERVALLE, juge la même question d'une manière tout à fait contradictoire.

Dans le n° 25 (janvier 1848) de la *Gazette des Hôpitaux*, nous avons fait connaître le jugement suivant, rendu par la Cour royale de Paris :

« Attendu que la clientèle des médecins fondée sur la confiance publique et le choix libre des parties intéressées n'est point dans le commerce, que dès lors elle ne peut faire la matière d'une vente aux termes de la loi;

» Attendu que de ce qui précède, il résulte que la demande afin de prise de possession par le sieur Argentier de la clientèle du sieur Anquetin n'est pas fondée, non plus que celle en payement de 2,000 fr. pour prix de la cession de ladite clientèle.

» En ce qui touche la prise de possession des lieux faisant partie de la location :

» Attendu que, dans l'espèce, la cession de cette location n'est en réalité que l'accessoire de l'obligation principale, ou vente de la clientèle; que les deux conventions ont été faites simultanément en vue l'une de l'autre, et ne peuvent être divisées; que la nullité de l'obligation principale entraîne l'annulation des conditions accessoires;

» Par tous ces motifs, et sans qu'il soit besoin d'examiner le mérite de l'articulation des faits présentés par le défenseur, déboute Anquetin de sa demande, le condamne aux dépens, dont distraction à Mitouflet, avoué, qui l'a requise avec affirmation. »

La contestation s'était élevée entre M. le docteur Anquetin, médecin à Verrière (vendeur), et M. le docteur Argentier (acquéreur).

Pour résumer en quelques mots ce jugement, les conclusions sont :

1° La clientèle d'un médecin ne peut faire l'objet d'une vente ;

2° La nullité de cette vente entraîne celle de la location des lieux occupés par le médecin vendeur.

D'après ce jugement, confirmé par un jugement plus récent encore du tribunal de la Seine, nous avions dû croire, tout en regrettant qu'il en fût ainsi, que les conventions faites en vue d'une cession de clientèle étaient nulles, et qu'un médecin qui cédait ne pouvait s'en rapporter, pour l'exécution de ces conventions, qu'à la bonne foi de son confrère et successeur.

Mais voici que la Cour d'appel vient de décider, par un jugement du 19 avril courant, que les conventions dont il s'agit sont valables, après avoir décidé le contraire il y a deux ans. Pouvons-nous considérer désormais cette jurisprudence comme acquise, et nos confrères pourront-ils recourir à la protection de la loi au cas échéant? Nous ne le pensons pas. Il est probable, au contraire, que beaucoup de cours et tribunaux n'accepteront pas la dernière décision de la Cour d'appel de Paris, quelque équitable qu'elle soit. Jusqu'à ce que la Cour de cassation ait prononcé sur ce sujet, nos confrères devront considérer la question comme douteuse, ce qui, du reste, est déjà un progrès sur l'état des choses accepté jusqu'à ce jour.

Voici à quelle occasion la Cour a rendu le nouveau jugement :

M. Jacquelin, médecin à Montereau, a, au mois de mars 1846, cédé, moyennant 15,000 francs, sa clientèle à M. Petit, auprès duquel il s'engagea à rester pendant deux ans, terme jugé nécessaire pour le produire et le faire agréer par les familles dont M. Jacquelin avait la confiance. Au bout de ces deux ans, M. Petit conservait le droit de se dédire, et les conventions des parties réglaient pour ce cas leurs intérêts pécuniaires.

M. Petit est resté à Montereau exécutant son traité pendant plus de deux années, produit par M. Jacquelin partout et partout agréé comme successeur.

Cependant, les parties avaient compté sans les événements et les passions politiques de M. Jacquelin. M. le docteur Petit, au mois de février 1848, prit un drapeau, se mit à la tête de la classe de la société la plus infime de Montereau, et mit à la porte le maire et le conseil municipal, puis il s'empressa de faire écrire sur sa maison les mots : « République française, Liberté, égalité, fraternité. »

Mais il paraît que tout cela ne fut pas du goût de la population de Montereau. M. Petit s'en aperçut bientôt. Le 20 juin 1848, il dut quitter définitivement cette ville pour n'y plus revenir et abandonner ainsi complétement sa clientèle, qui de son côté l'abandonnait chaque jour.

Quand il fut bien évident pour M. Jacquelin que cet abandon était définitif, comme il avait lieu tout à fait en dehors des conventions faites au mois de mars 1846, il dirigea au mois d'août 1848 contre M. Petit, devant le tribunal de Fontainebleau, une demande en payement de toutes les fractions alors exigibles de la somme de 15,000 fr. montant de la transmission de clientèle en question et des intérêts également exigibles. M. Petit, en réponse, soutient que le traité qui avait eu lieu entre lui et M. Jacquelin était radicalement nul, la clientèle d'un médecin n'étant pas dans le commerce et ne pouvant faire l'objet d'une cession.

Un jugement du tribunal de Fontainebleau du 14 mars 1849 repoussa ce système, considérant la cession d'une clientèle comme pouvant faire partie d'un traité avec stipulation d'un prix proportionné à l'importance de cette clientèle, et condamna M. Petit à payer à M. Jacquelin, pour termes et intérêts échus, la somme de 8,250 fr.

M. Petit a interjeté appel de ce jugement.

Me Simon, avocat, a soutenu cet appel. Il a commencé par déclarer qu'il n'entendait pas soutenir le moyen de nullité proposé devant les premiers juges, car la validité des conventions du mois de mars 1846 ne lui semblait pas contestable ; mais il a soutenu qu'en condamnant M. Petit à payer les 15,000 fr. stipulés, on arriverait à un résultat inadmissible, car M. Jacquelin était rentré en possession de la clientèle, et il ne pouvait pas, sans injustice, conserver la chose et en recevoir le prix. M. Petit ayant fixé son domicile à Paris, y exerçant sa profession, ne retournera plus à Montereau : il doit peut-être des dommages-intérêts, il ne peut devoir les 15,000 francs, montant du prix de la cession.

Dans l'intérêt de M. Jacquelin, Me Choppin, raisonnant aussi dans cette hypothèse, a soutenu qu'une somme de 10,000 fr., à titre de dommages-intérêts avec contrainte par corps, n'avait rien que de proportionné au préjudice éprouvé par son client, qui devait être autorisé aussi à recevoir et garder toutes les sommes dues par les malades soignés pendant la communauté de travail qui a existé entre les parties pendant deux ans et trois mois. M. Jacquelin a, en effet, perdu quelque peu de sa clientèle ; il y avait notamment à Montereau une fabrique, et les ouvriers lui allouaient un émolument fixe pour ses soins. Or, quand il leur a proposé son successeur, ces ouvriers sont allés aux voix, et M. Petit n'a point été nommé. Cette clientèle de la fabrique amenait la clientèle des familles de ces ouvriers, et cette clientèle est également perdue pour M. Jacquelin.

La Cour a confirmé le jugement du tribunal de Fontainebleau; elle a validé les conventions qu'elle a déclarées licites, en a prononcé la résolution, a autorisé M. Jacquelin à garder les sommes dues par les clients soignés pendant la collaboration commune ; elle a enfin condamné M. Petit à 6,000 fr. de dommages-intérêts, en fixant à deux ans la durée de la contrainte par corps.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques. — Introduction.

M. le professeur Rostan a commencé ses leçons cliniques le 11 avril. Après avoir exposé dans ses premières leçons l'utilité du diagnostic, défini largement ce qu'on doit entendre par ce mot de *diagnostic*, après avoir fait connaître les malades qui doivent faire le sujet de ses leçons cliniques, M. Rostan aborde l'exposition des principes d'organicisme qui les dirigent dans son enseignement. Ces principes, contestés par quelques-uns dans leurs prémisses, sont cependant acceptés dans leurs conséquences par tous les médecins de notre époque. Ces principes forment l'état actuel de la philosophie médicale ; c'est ce qu'on a nommé l'école de Paris. Tous les médecins d'aujourd'hui les appliquent au lit du malade, bien qu'ils ne conviennent pas qu'ils acceptent la philosophie de ce système médical.

Organicisme, dit M. Rostan, est un mot que nous avons introduit dans le langage médical pour désigner le système de philosophie médicale que nous professons, et qui consiste à considérer l'organisation comme la principale cause de tous les phénomènes vivants, tant physiologiques que pathologiques. Ce système fait dépendre de l'état des organes la santé et la maladie; il regarde les propriétés vitales elles-mêmes comme l'effet de l'organisation et non comme leur cause, ainsi que le faisait Bichat, ou même comme une force, une puissance ajoutée à cette organisation, comme le pensent la plupart des physiologistes.

Voici les propositions qui résument l'organicisme :

1° Pour le médecin, il n'existe dans l'homme que des organes et des fonctions.

2° Les fonctions ne sont que des organes en exercice; elles ne sont que des effets.

3° Les organes, dans certaines conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition intime, etc., sont dans l'état normal, et exercent des fonctions normales : c'est *l'état de santé*.

4° Les organes, dans d'autres conditions de forme, de volume, de consistance, de couleur, de texture, de composition, etc., sont dans l'état anormal, et exercent des fonctions anormales : c'est l'état de maladie.

Organes sains, fonctions saines; organes malades, fonctions malades. Voilà la base de la médecine.

5° Mais les organes peuvent être malades de beaucoup de manières. La nature des maladies est très variée; il existe des maladies *spéciales*, des maladies *spécifiques*.

6° Les fluides, qui sont ou des effets d'organes, ou des éléments d'organes, peuvent être malades ; ils peuvent l'être primitivement ou secondairement.

7° Tous les organes peuvent être primitivement malades.

8° Enfin, la différence des forces dans les individus a paru jouer un si grand rôle dans les maladies, et influencer à un

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mort de M. Capuron. — Un professeur condamné pour assassinat. — Un magnétiseur prophète.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Un nom qui s'est quelquefois glissé sous ma plume dans mes accès hebdomadaires d'innocente satire, le nom du vénérable Capuron, n'est plus qu'un souvenir; mais que ce souvenir est doux et bienfaisant, qu'il est honorable pour la profession! Peut-être me suis-je surpris, ainsi que bien d'autres, à critiquer cet excès de simplicité qui distinguait notre digne confrère ; mais si la critique avait su que sous ces dehors de parcimonie extrême ne se cachait aucun sentiment de basse cupidité, que cette parcimonie n'était qu'une affaire de goût, et que le riche académicien dépensait en bonnes œuvres ce qu'il aurait dépensé pour mener une vie plus conforme à sa position; si la critique avait su tout cela, n'aurait-elle pas été plus réservée encore, quoiqu'elle n'ait jamais été bien méchante à l'égard du vertueux défunt? Je me le demande en toute sincérité, mon cher confrère, et, dans le doute où je suis, si je n'aurais pas à faire une réponse affirmative, je considère comme un devoir d'accorder un dernier tribut d'hommages à la mémoire sans tache de notre regrettable confrère, à cette fin si généreuse envers la science, si pleine de noblesse dans sa simplicité! Combien de philosophes de profession pourraient en envier une semblable!

— Pourquoi faut-il, mon cher confrère, qu'au moment où la profession était ainsi honorée par une mort exemplaire, les vents transatlantiques nous aient apporté le dénoûment d'un drame lamentable qui a eu pour théâtre le collége médical de Boston? Vous avez sans doute, comme moi, lu tous les détails de cette triste histoire, et comme moi vous avez déploré soit les terribles erreurs de la justice humaine, si l'accusé est innocent, soit les épouvantables circonstances d'un crime encore inouï dans les annales du professorat, si le professeur Webster est coupable, ce qui n'est malheureusement que trop probable, d'après les résultats de l'instruction et des débats. Si quelque chose peut consoler la profession médicale et le corps professoral de ce déplorable événement, ce sera la vérité mise en lumière par les statistiques criminelles, c'est qu'entre toutes les professions, la nôtre est celle qui compte le moins de rebelles aux lois de la morale et de l'ordre social. Mais je me hâte de quitter ce sujet assez triste pour le feuilleton, et j'en aborde un qui lui incombe à bien plus juste titre.

— J'ai déjà eu l'occasion, mon cher confrère, de vous dire quelques mots touchant les progrès de la raison humaine dans le siècle dit des lumières ; je vous ai accordé qu'on ne croyait plus guère aux miracles, aux sorciers, ni aux loups-garous, j'entends parler de ceux qui avaient jadis le privilége de régner en souverain sur l'imagination des bonnes femmes et de pas mal de bons hommes ; mais s'ensuit-il qu'on ne croie plus qu'aux vérités bien démontrées par une saine logique? Hélas! hélas! mon confrère, quelle illusion serait la nôtre si nous pouvions penser ainsi ! L'Angleterre, cette terre du positif et de la froide raison, ne vient-elle pas de voter (à la vérité après un repas) 2,660 livres sterling (665,000 fr.) pour l'entretien des hôpitaux homœopatiques ! Et sans aller si loin, ne venons-nous pas de voir à nos portes, c'est-à-dire à l'autre bout du chemin de fer du Nord, un exemple de foi ardente dans un nouveau prophète-magnétiseur ; plût au ciel que ce fût là un fait anormal et que je dusse vous citer comme une rareté psychologique! mais non. L'exemple de foi qui vient de se produire à Boulogne nous l'observons tous les jours à Paris, non-seulement parmi les classes ignorantes et illettrées, mais même parmi les intelligences les plus élevées de la nation et jusque dans le sein même des familles médicales, où règne par excellence le fondement de la sagesse. Si donc je vous cite l'exemple suivant, ce n'est point que je le considère comme une anomalie, mais bien parce qu'il me paraît un peu plus intéressant que les autres. D'abord le prophète est allemand, ce qui offre quelque chose d'assez neuf, et de plus il est fou ; seconde qualité qui n'a rien d'incompatible avec la première. Autrefois les fous vendaient la sagesse; il paraît qu'aujourd'hui ils vendent la santé; je pourrais même dire la vie ; car notre prophète ne borne pas son pouvoir à guérir les malades, il prétend bien encore ressusciter les morts ; et ce qui n'est pas moins édifiant, il ne manquait pas de clients pour croire à ses promesses. Voici un échantillon de la méthode qu'il met en usage pour rappeler les défunts à la lumière. C'est un client qui raconte lui-même la chose :

Ferdinand-Hippolyte François, jardinier à Outreau, avait une petite fille malade, condamnée par les médecins ; il entend vanter la science merveilleuse de Riéder (c'est le nom du prophète), et le prie de visiter son enfant. Riéder vient ; il examine la petite fille, fait au-dessus d'elle des gestes extraordinaires, et lui souffle sur le front. Il prescrit un bain et la lave avec du savon ; ensuite il lui coupe les cheveux avec des ciseaux et la rase, puis il lui frotte la tête avec un jaune d'œuf mêlé de farine. Cette opération terminée, il prend l'enfant nue dans ses bras et l'emporte dans la rue ; de temps

tel point leur thérapeutique, que nous avons cru devoir en faire une proposition à part.

Ces principes font la base de notre enseignement clinique depuis trente ans. Ils satisfont à toutes les exigences. Il n'est aucun fait qu'ils n'embrassent ; ils rattachent à un même lien tous les détails de la science ; ils lui donnent le même point de départ et le même but ; ils poussent par une conséquence logique, irrésistible à la recherche des faits particuliers, cause véritable de nos progrès récents. Ils sont les promoteurs les plus puissants des découvertes de détail ; un grand nombre d'entre elles, comme on le verra plus bas, sont le résultat de leur heureuse influence, et c'est avec raison qu'on doit les considérer comme la cause des progrès à venir de la médecine.

Une multitude d'objections ont été faites à l'organicisme ; mais le reproche le plus grave est, sans contredit, celui qu'on lui a fait de conduire au matérialisme. Ce reproche est tel, et paraît au premier aspect si vraisemblable, qu'il a été l'obstacle le plus puissant à la propagation de cette doctrine.

Rien n'est cependant moins fondé.

L'existence de l'âme fortifie l'organicisme; et l'organicisme serait une nouvelle preuve en faveur de l'existence de l'âme, si cette existence avait besoin d'une nouvelle preuve.

Il s'agit seulement de démontrer que l'âme ne saurait être malade.

Nous enseignons qu'il n'y a dans l'homme, pour le médecin, que des *organes* et des *fonctions;* que les fonctions ne sont que l'exercice des organes, que des effets : on en a conclu que nous n'admettions pas l'existence de l'âme ; ce reproche ne serait qu'absurde, s'il n'était malveillant.

En effet, d'après les théologiens et les philosophes, l'âme *est un esprit pur, immatériel, immortel;* qu'on fasse bien attention à ces qualités de l'âme, *immatérielle, immortelle:*

Si l'âme est immatérielle, il est évident qu'elle ne saurait être altérable ; si elle est immatérielle, elle est indécomposable ; si elle est immatérielle, elle ne peut varier en quantité ; car si elle était altérable, décomposable, variable, elle ne serait pas *immortelle;* en effet, si elle était altérable, décomposable, elle serait susceptible de maladie; et si elle était susceptible de maladie, *elle serait susceptible de mort:* de sorte que ceux qui admettent des maladies de l'âme sont des matérialistes, car ils admettent que l'âme peut mourir.

Nous, qui n'admettons pas que l'âme puisse être malade, nous sommes donc dans le vrai sens du spiritualisme.

Mais s'il n'y a pas de maladies de l'âme, lorsqu'il existe des maladies intellectuelles et morales, où est le siége du mal? N'est-il pas nécessairement dans l'instrument qui manifeste l'intelligence? Peut-elle être ailleurs que là, puisque cet instrument seul est altérable, décomposable? C'est donc dans le cerveau seul qu'il faut chercher la cause de ces désordres.

On voit comment l'admission de l'âme immatérielle, immortelle vient en aide à l'organicisme ;

On voit aussi comment l'organicisme force de reconnaître que l'âme est immatérielle, immortelle ; car si elle ne l'était pas, il n'y aurait plus d'organicisme.

Loin donc d'être intéressé à rejeter l'existence de l'âme, l'organicisme trouve dans cette existence même un de ses plus puissants appuis.

Il n'est plus permis de dire qu'il y a des maladies de l'âme, mais bien qu'il y a des maladies du cerveau ; que cet organe dans ce cas est altéré, lésé, modifié d'une manière quelconque, et l'on est nécessairement conduit à chercher toutes les causes physiques des maladies intellectuelles dans la pulpe cérébrale.

Qui ne voit tout de suite quel pas immense a fait la science depuis que l'illustre Morgagni disait : « A quoi bon chercher dans le cerveau les lésions qui produisent la folie, puisque c'est un être insaisissable qui la produit? »

Aussi depuis que nous professons nos opinions, des esprits très distingués ont-ils découvert dans les maladies mentales des lésions physiques qui expliquent de la manière la plus satisfaisante la corrélation des effets avec leur véritable cause. Nul doute qu'en suivant ces errements, dans lesquels marchent MM. Foville, Delaye, Calmul, Etoc Demazy, Belhomme et beaucoup d'autres, la science ne finisse par découvir tout ce que pourront atteindre nos moyens d'investigation.

On conçoit maintenant comment nous avons été conduit à rejeter l'âme immatérielle de notre système de médecine ; comment, puisqu'elle ne pouvait être malade, *il n'y avait dans l'homme, pour le médecin, que des organes et des fonctions.*

Après l'objection de l'âme, celle de la vie et des propriétés vitales est celle qui arrête le plus grand nombre de médecins dans l'adoption des principes de l'organicisme. On ne peut se décider à adopter cette opinion que la vie n'est pas un être à part, que les propriétés vitales ne sont pas des êtres existant par eux-mêmes surajoutés à l'organisation; que la vie et les propriétés vitales n'existent pas par elles-mêmes, qu'elles n'existent pas sans l'organisation, qu'elles ne sont que les effets, la suite de l'organisation et non la cause de cette organisation, qu'elles ne sont jamais en dehors d'elle et qu'elles l'accompagnent toujours.

Il est peu de gens, disons-nous, qui puissent adopter franchement, entièrement cette manière de voir. Et cependant, chose remarquable, lorsque nous avons développé nos preuves, exposé nos raisonnements, personne ne peut croire qu'on ait jamais pensé le contraire : de sorte que, par une contradiction singulière, on commence par rejeter bien loin une proposition, et, lorsqu'elle est démontrée, on affecte de dire qu'elle a toujours été admise. Cette disposition des esprits nous oblige à prouver par des citations que Bichat et ses successeurs, qui sont l'expression de l'état actuel de la science sur ce point, ont bien entendu par *propriétés vitales* des forces propres causes des phénomènes de la vie et non résultat de l'organisation.

MALADIES DES YEUX. — M. Desmarres.

Ptérygion rebelle. — Emploi du procédé de M. J. Guérin pour l'exophthalmos consécutif à l'opération du strabisme. — Rétablissement de la vue.

Rien ne prouve mieux l'impuissance de la chirurgie dans quelques maladies que le nombre souvent considérable des procédés imaginés pour les détruire. Le ptérygion, affection en apparence des plus simples à enlever, est très souvent dans ce cas, parce que le caractère le plus important à noter quand il s'agit d'en faire l'ablation échappe au chirurgien ; je veux parler de la grande étendue de muqueuse que le mal envahit du côté opposé à la cornée. Les divisions généralement admises pour distinguer le ptérygion dans sa nature sont évidemment très bonnes ; tout le monde admettra avec la plupart des auteurs trois variétés de ptérygion. Nous aurons ainsi 1° le *membraneux*, dans lequel le tissu cellulaire sous-conjonctival est plus ou moins épaissi ; 2° le *charnu*, qui présente une vascularisation prononcée et une consistance sarcomateuse ; 3° le *graisseux*, qui n'apparaît assez souvent qu'après une longue existence du ptérygion ; mais une division plus importante à coup sûr est celle qui, au point de vue chirurgical, admettrait deux variétés, le ptérygion *étroit* et le ptérygion *large*, en prenant pour point de comparaison l'étendue de la base du ptérygion mesurée dans le sens vertical. En effet, dès lors que le ptérygion ne présente que peu de largeur dans la portion de conjonctive qui avoisine la caroncule (nous le supposons interne), on l'enlèvera sans aucun danger pour les mouvements de l'œil et des paupières; mais si la conjonctive est envahie dans une grande étendue, et que l'on fasse l'ablation de la base entière du ptérygion, la muqueuse ne sera plus assez grande, et il en résultera à la fois un renversement partiel des paupières en avant plus ou moins marqué, accompagné de larmoiement, et quelquefois l'impossibilité pour l'œil de se diriger en dehors ; ce qui produit une diplopie extrêmement gênante.

Il n'y a pas de procédé actuellement connu qui puisse remédier d'une manière convenable et certaine au ptérygion à large base. L'observation qui va suivre n'a pas pour but de remédier à cette regrettable lacune ; elle démontre 1° que le ptérygion à large base ne doit être enlevé que partiellement ; 2° que, si on l'emporte dans une grande étendue, il en résulte comme première conséquence un ectropion très léger, mais accompagné de larmoiement ; 3° qu'après l'enlèvement du ptérygion la cicatrice entraîne l'œil en dedans, et occasionne une diplopie fort gênante ; 4° qu'il est possible de remédier en partie à ces accidents par le procédé que M. J. Guérin a imaginé pour la cure de l'exophthalmos consécutif à l'opération du strabisme. Voici cette observation.

M. Jamet s'est présenté à ma consultation dans le mois de mai 1848. Il était atteint alors d'un double ptérygion membraneux interne qui s'avançait des deux côtés presqu'au centre de la pupille, et gênait la vision.

Le malade était affecté de diplopie, et ne voyait pas les objets à plus de deux mètres de distance.

Le ptérygion présentait ceci de particulier, que la base d'une extrême largeur se perdait dans les grands angles à une distance mesurée, ayant 1 centimètre au-dessus et au-dessous de la caroncule lacrymale ; circonstance qui me fit immédiatement augurer mal du résultat définitif de l'opération.

Celle-ci fut pratiquée à la manière ordinaire en procédant de la base au sommet, en ayant soin de laisser la muqueuse intacte à cinq lignes environ de la cornée, de sorte que les ailes qui constituaient les deux côtés de la base du triangle furent respectées pour prévenir l'ectropion partiel et interne des deux paupières. Cette première opération, faite cependant avec tout le soin convenable, n'eut pas de suites heureuses ; la maladie se reproduisit plus tard sur les cornées, particulièrement à droite, car de ce côté la moitié interne environ de la membrane transparente fut envahie de nouveau par la maladie. Notons pourtant que la vue fut incontestablement améliorée du côté gauche, qui a repris toute sa force primitive, bien qu'aujourd'hui (24 juillet 1849) le ptérygion commence à reparaître sur le bord interne de la cornée. De nombreuses scarifications, dans le but d'interrompre la vascularisation, avaient été faites sur le ptérygion près de la cornée, mais sans profit aucun.

Une remarque importante à faire, c'est qu'immédiatement après la première opération, et bien que j'eusse pris l'extrême attention de respecter la base du ptérygion, les deux paupières eurent aussitôt une extrême tendance au renversement en dehors, et que le malade fut atteint d'un certain degré de larmoiement par suite de l'éloignement des points lacrymaux du globe de l'œil. Un autre inconvénient plus grave survint encore pour l'œil droit. La cicatrice de la muqueuse devint très courte, de sorte que le malade ne peut plus aujourd'hui diriger son œil droit en dehors assez complétement, et qu'il en résulte une diplopie fort gênante quand il veut regarder de ce côté. Nous remarquons enfin que l'ectropion partiel et interne de l'œil droit est plus marqué qu'à gauche.

Pour remédier 1° à l'impossibilité où se trouve le globe de se diriger complétement en dehors et pour rétablir le mouvement de ce côté ;

2° Pour réduire l'ectropion partiel interne et guérir le larmoiement;

3° Pour rendre à la cornée sa transparence et empêcher le ptérygion d'envahir de nouveau cette membrane, je pratique les opérations suivantes :

Le 24 juillet 1849, le malade étant couché sur le dos, les paupières écartées par les élévateurs, le ptérygion est saisi près de la circonférence de la cornée et disséqué avec le couteau à cataracte sur toute l'étendue de cette membrane ; les deux côtés adhérant à la sclérotique sont détachés avec beaucoup de peine au moyen des ciseaux, jusqu'à ce que le triangle formé par la muqueuse malade puisse se renverser facilement sur le grand angle. La cornée, sur laquelle il y avait des débris du ptérygion, est ruginée avec le couteau à cataracte et reprend aussitôt une transparence convenable.

Essayant les mouvements du globe, je constate qu'ils sont encore limités en dehors, ce qu'il faut attribuer à un raccourcissement considérable du fascia placé en dehors du ptérygion. Il est aussitôt ouvert depuis la circonférence de la cornée jusque dans le grand angle, et en grande partie disséqué en même temps qu'un grand nombre de petites brides de tissu inodulaire.

Essayés immédiatement après, les mouvements en dehors sont redevenus parfaitement libres; mais comme les parties divisées et spécialement la bride muqueuse ne manqueraient pas de se rattacher encore vers la partie antérieure du globe, et d'entraîner cet organe en dedans, le tendon du muscle droit interne est disséqué sur la sclérotique et le muscle refoulé en arrière avec toute la muqueuse. Essayés une troisième fois, les mouvements ne s'exécutent plus en dedans, mais se font parfaitement en dehors. Nous remarquons que pendant les contractions du muscle droit externe la sclérotique se découvre dans une grande étendue en dedans, que l'extrémité antérieure du muscle et que le paquet muqueux disséqué se refoulent en arrière dans l'orbite.

Désirant que la muqueuse s'attache fort loin de la cornée, espérant que le tissu de cicatrice deviendra d'une grande densité à l'endroit qu'occupait la tête du muscle, et que le ptérygion ne pourra plus ainsi arriver jusqu'à la cornée ; fondé à croire que les culs-de-sac supérieur et inférieur de la conjonctive deviendront plus profonds par le fait de la division du fascia et des attaches nouvelles qu'il doit prendre sur la sclérotique sur un point éloigné du diamètre transversal ; je passe un fil à travers la sclérotique près du bord interne de la cornée, et par ce moyen j'entraîne le globe et le fixe solidement dans l'angle externe, suivant d'ailleurs les excellentes indications données à cet égard par le docteur J. Guérin.

Le 25 juillet, le malade couché à la clinique ressent quelques douleurs de tête ; il applique seulement quelques compresses d'eau froide sur le front, et prend plus tard, dans la soirée, 10 gouttes de laudanum de Sydenham. Il n'a, dans la nuit, d'autres douleurs que la sensation d'un corps étranger roulant sous les paupières ; depuis ce matin il n'éprouve plus de douleur dans l'œil, les paupières sont un peu œdémateuses, la supérieure est un peu ecchymosée, l'œil est complétement entraîné en dehors par le fil que j'enlève d'un coup de ciseaux. La cornée est dans un bon état ; la sclérotique, à nu hier, commence à se recouvrir des éléments d'une bonne cicatrice; en dedans, à l'endroit où à l'état normal se trouve la caroncule, elle est encore découverte, le paquet muqueux est refoulé dans le grand angle, et paraît vouloir prendre là des adhérences nouvelles. L'œil droit est divergent ; il y a diplopie, mais par une cause inverse de celle qui existait hier ; l'ectropion inférieur n'est pas plus marqué qu'avant l'opération.

Prescription. — Se lever, porter des lunettes arrangées de telle sorte que l'œil gauche voit seul et en dedans ; se bassiner l'œil opéré avec le collyre : eau distillée, 300 grammes ;

---

en temps, il la jetait en l'air et le recevait dans ses bras. Ceci se passait le 16 mars dernier. Au bout de quelques instants, il rentre dans la maison ; il couche l'enfant dans son lit, il magnétise un verre d'eau qu'il prescrit pour boisson à la petite malade, et se retire. Le père veille jusqu'à trois heures du matin, et se couche. L'enfant paraissait mieux ; le lendemain matin, elle était plus mal, et à trois heures de l'après-midi, elle expirait.

Le témoin avait vainement prié Riéder de revenir.

Après la mort de l'enfant, il retourne chez lui ; ce dernier promet de revenir après qu'un médecin aura constaté cette mort.

M. Mathor, chirurgien à Outreau, s'étant assuré du décès, Riéder revient auprès de l'enfant ; il fait mettre tout le monde à genoux, et commence à frotter le cadavre, puis il demande à l'emporter chez lui, où il veut le soumettre à l'examen de la somnambule. Le père y consent et suit Riéder, mais ce dernier lui ferme la porte au nez, et garde le corps de l'enfant jusqu'au lendemain en promettant de le ressusciter.

A midi, il déclare au père que quelque chose a manqué, et que la résurrection n'a pu avoir lieu. Il remet le corps de l'enfant à son père.

Vous penserez peut-être, mon cher confrère, qu'avec beaucoup de succès de ce genre la réputation de Riéder devait bientôt être compromise : détrompez-vous; c'est au contraire avec de pareils succès qu'il séduit toute la population, savante ou non, de la contrée qu'il habite, au point qu'il n'est connu que sous le nom de *Guérit-Tout*, et que, pour avoir une consultation écrite de sa main, il faut payer jusqu'à 50 francs. Ceux qui n'ont que 10 ou même 20 francs doivent se contenter d'une consultation de son aide, qui est une somnambule lucide, ou même de son domestique sur qui sa science a un peu rayonné.

Quant à la méthode de Riéder, elle est éminemment simple : c'est toujours un régime composé exclusivement d'ail, d'oignon et quelquefois d'eau, mais pas toujours; assez souvent il faut se contenter de prendre les deux légumes sans boire; et cela pendant huit et même quinze jours consécutifs! Cette méthode est décorée par l'auteur, qui a la modestie de ne pas s'en dire l'inventeur, du nom de *méthode égyptienne*.

C'est avec ce régime que Riéder a captivé la confiance de trois ou quatre départements les plus éclairés de la France, et qu'il est parvenu à se créer une source abondante de revenus que le procureur du roi a eu l'impolitesse de venir troubler. Mais Riéder en sera quitte pour 50 fr. d'amende et cent heures de prison, ce qui ne fera évidemment que grandir sa réputation. J'oubliais de vous dire que Riéder a été pendant plusieurs mois renfermé dans une maison de fous : nouveau titre à la confiance du peuple le plus spirituel et le plus éclairé de la terre.

X...

Le ministre du commerce vient d'informer M. Paul Simon, médecin-dentiste, qu'une mention honorable a été decernée à cet habile praticien pour la perfection apportée dans l'exécution de ses nouveaux dentiers masticateurs.

— M. Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau mercredi, 1er mai, à l'hôpital Saint-Louis, et les continuera le mercredi de chaque semaine.

La visite aura lieu dans les salles à huit heures et la leçon à neuf heures à l'amphithéâtre.

sulfate d'alumine, 2 grammes ; prendre 60 grammes de sulfate de soude.

Le 26, les paupières ne sont presque plus gonflées ; l'œil est toujours divergent ; la partie de la sclérotique, qui était encore dénudée hier, commence à se recouvrir aujourd'hui ; l'ectropion est un peu moins prononcé ; la lumière ne fait pas mal ; l'état du malade est très satisfaisant ; la diplopie par divergence du globe droit existe toujours, et je conseille encore au malade de porter les lunettes pour que cette diplopie se continue autant que possible, convaincu que la cicatrice ramènera toujours assez le globe en dedans. — Même traitement qu'hier.

Le 30, la rougeur de l'œil diminue beaucoup, surtout en dehors ; lorsque le malade regarde à trois mètres, l'œil droit est encore divergent, et il y a diplopie pour tous les objets situés en face et même pour ceux placés un peu à sa droite ; moins l'objet devient éloigné, plus la diplopie diminue, de sorte qu'à la distance d'un mètre et demi environ l'objet placé en face est simple ; à cinquante centimètres, le malade voit l'objet (le doigt) simple, et il faut qu'on l'éloigne à sa gauche d'environ vingt centimètre pour qu'il commence à le voir double.

Le 1er août, l'état du malade continue d'être bon ; la diplopie ne devient aujourd'hui sensible que quand l'objet, placé à 50 centimètres du malade, s'éloigne à sa gauche de 38 centimètres au lieu de 20 que nous avions trouvés avant-hier (il continue de porter ses lunettes).

Le 2 août, même état ; la cornée étant recouverte de quelques granulations à l'endroit où existait le ptérygion, elle est touchée avec du nitrate d'argent.

Le 4 août, seconde cautérisation au même endroit avec le nitrate d'argent.

Le 9 octobre, les mouvements sont libres dans toutes les directions ; l'ectropion interne est toujours modéré ; le malade assure qu'il y voit aujourd'hui de la manière la plus parfaite, de sorte qu'il a repris toutes ses occupations ; mais la cornée recommence du côté interne à être envahie dans l'étendue d'environ une ligne par une bride qui se relie par sa base à l'ancien ptérygion détaché de la sclérotique le 24 juillet. Cette bride avancera-t-elle de manière à masquer partiellement la pupille ? C'est ce qu'on ne peut dire aujourd'hui ; le larmoiement de ce côté n'existe pas.

Nous avons donc obtenu comme résultat une vision parfaite, la liberté des mouvements du globe dans tous les sens, la disparition de la diplopie et celle du larmoiement.

Le 28 novembre, le tissu qui couvre la cornée du côté interne a certainement reculé vers la sclérotique dans ces derniers temps ; les parties de cornée sur lesquelles il s'étendait présentent quelques vaisseaux très fins anastomosés entre eux ; au sommet de l'ancien triangle du ptérygion, il y a une petite tache blanche superficielle et saillante ; les vaisseaux sont divisés en travers par plusieurs coups de scarificateur ; la vue est toujours parfaitement bonne des deux yeux.

Avril 1850. — La guérison s'est soutenue ; le malade assure qu'il n'a jamais mieux vu. Les mouvements des yeux sont libres et étendus dans tous les sens ; il n'y a plus aucune trace de diplopie. La cornée droite présente une tache avec épaississement semblable à une reproduction du ptérygion. Mais depuis plus de trois mois elle a plutôt diminué qu'augmenté ; et tout porte à croire que c'est une bride cicatricielle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 17 avril 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Exostose du sinus maxillaire.

M. Giraldès a examiné au microscope un fragment de la tumeur enlevée du sinus maxillaire par M. Michon. Cette tumeur est complétement osseuse ; on y trouve les canaux et les corpuscules ou cellules qui sont observés dans le tissu osseux normal.

Le tissu de cette tumeur, examinée comparativement avec celui d'une tumeur fibreuse ossifiée, présente une différence marquée. Celle-ci, en effet, n'offre aucun des éléments microscopiques qu'on remarque dans le tissu osseux normal. La différence est donc bien certaine entre ces sortes de tumeurs osseuses et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

Correspondance.

M. Loir s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour la lecture qu'il se proposait de faire.

— M. Jules Macquet, interne et lauréat des hôpitaux, adresse à la Société une thèse pour le doctorat, intitulée : *Recherches cliniques sur l'inflammation des membranes séreuses et synoviales.*

M. Gosselin est chargé d'en faire un rapport verbal.

— La Société reçoit la *Revue du progrès de l'Algérie* (nos 1 et 2), et M. le président désigne M. Larrey pour rendre compte de cette publication.

Tumeur dégénérée du cou. Application du microscope au diagnostic chirurgical.

M. Marjolin, à l'occasion du mémoire lu dans la dernière séance par M. Lebert, présente un malade chez lequel une tumeur volumineuse du cou a été l'objet d'un examen partiel au microscope. Cette tumeur a commencé par un petit engorgement de la région sous-maxillaire, et est parvenue à un développement considérable. Sa nature paraissait douteuse ; mais des portions détachées de son tissu ayant été observées au microscope, ont offert les caractères d'une dégénérescence cancéreuse. Le malade, d'après cela, ne semble pas devoir être soumis à une opération, mais seulement à une médication antiscrofuleuse.

M. Marjolin conclut de ce fait à l'utilité de l'emploi du microscope comme moyen de diagnostic et comme indication pour le traitement.

Il cite, à l'appui de son opinion, un fait qu'il a vu à Berlin chez un malade de Dieffenbach. Ce malade avait au pénis une tumeur vénérienne selon les uns, cancéreuse selon les autres. De là des difficultés, des incertitudes sur le parti qu'il fallait prendre. Dieffenbach se décida cependant à amputer la verge, et les personnes qui ne considéraient pas le mal comme étant de nature cancéreuse, mais bien syphilitique, auraient reconnu, en pareil cas, la portée utile du microscope.

M. Larrey, en examinant le malade présenté par M. Marjolin, aurait voulu connaître avec exactitude ses antécédents, afin de mieux apprécier le siége primitif, les causes et les caractères de la tumeur, à part les données précises qu'a pu fournir le microscope. La région même dans laquelle existe cette tumeur, son point d'origine, son développement considérable, et l'état de dégénérescence auquel elle est parvenue, sans toutefois que la santé du malade semble en avoir souffert, toutes ces raisons, et d'autres que M. Larrey a longuement exposées ailleurs (1), le portent à croire que la tumeur dont il s'agit a pris naissance dans un ganglion lymphatique de la région sous-maxillaire, et a subi la transformation ou la dégénérescence révélée par l'examen microscopique.

Resterait à décider la question du traitement et l'opportunité de l'extirpation ; mais avant cela, M. Larrey insiste pour que M. Marjolin fasse connaître les renseignements nécessaires à son observation.

M. Marjolin en reconnaît l'utilité, et il s'empressera de communiquer cette observation complète dans l'une des prochaines séances.

M. Huguier considère l'idée du microscope appliquée à la chirurgie comme tendant à se généraliser de plus en plus. Il en a obtenu, pour sa part, des résultats avantageux, particulièrement dans les recherches qu'il a faites sur l'esthiomène de la vulve (2), et il appuie toute proposition tendant à démontrer l'importance des travaux de ce genre.

M. Giraldès, parlant dans le même sens, insiste sur l'utilité des études de micrographie ; il dit que M. Kuss (de Strasbourg) a imaginé une aiguille cannelée pour enlever les parcelles de tissus morbides que l'on veut soumettre à l'analyse avant de fixer le traitement à suivre.

M. Huguier ajoute à cette citation un fait qui lui est propre. Une dame le consulte pour une tumeur intra-utérine ; il l'examine au spéculum ; mais un écoulement de sang l'empêchant de bien voir, il introduit des pinces pour enlever quelques parcelles de cette tumeur et en apprécier ainsi la nature. Ce produit morbide, au premier aspect, ressemblait à des végétations syphilitiques ; mais, examiné plus attentivement au microscope, il offrit les caractères du tissu cancéreux. Le diagnostic se trouva précisé ainsi. Rien ne fut fait. La malade devait mourir.

Epanchement traumatique de sérosité dans la cuisse.

M. Morel-Lavallée rappelle qu'il a présenté, il y a déjà longtemps, à la Société, une tumeur grosse comme une tête de fœtus, développée à la cuisse immédiatement après le passage d'une voiture sur le membre ; et que cette tumeur contenait exclusivement de la sérosité transparente.

Il vient d'observer un cas tout à fait analogue dans le service de M. le professeur Velpeau, à l'hôpital de la Charité. Le diagnostic en a été extrêmement facile pour M. Morel, qui a reconnu, d'après les caractères de cette seconde tumeur, qu'elle ne contenait, comme la première, que de la sérosité transparente ; c'est ce qui a été vérifié par la ponction de l'épanchement.

MM. Giraldès et Larrey demandent quelques renseignements sur ce fait à M. Morel, qui se réserve de les communiquer dans un travail dont il s'occupe actuellement.

De l'expectation dans les épiplocèles traumatiques et dans les hernies épiploïques.

M. Robert désire fixer l'attention de la Société sur la question des plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue de l'épiploon : un cas récemment offert à son observation en est le motif.

Il rappelle d'abord que tous les chirurgiens auteurs d'ouvrages classiques ont posé en principe de ne laisser l'épiploon au dehors d'une plaie que s'il est altéré, de le réduire au contraire dans l'abdomen toutes les fois qu'il est intact ; et ce principe, soutenu par Boyer surtout, a été généralement adopté dans la pratique chirurgicale.

M. Robert rappelle ensuite que M. Hippolyte Larrey (3), dans un travail lu à l'Académie de Médecine il y a plusieurs années, a combattu, le premier peut-être, les préceptes adoptés à cet égard.

« M. Larrey, dit-il, a démontré par l'observation d'un fait clinique que, dans une plaie pénétrante de l'abdomen compliquée de hernie de l'épiploon, il n'y a aucun inconvénient à laisser au dehors de la plaie la partie d'épiploon herniée, parce qu'au bout d'un certain temps cette épiplocèle rentre peu à peu dans la cavité abdominale sans avoir déterminé d'accidents. »

M. Robert partage complétement cette manière de voir de M. Larrey sur l'avantage de l'expectation, et il s'en déclare même le partisan exclusif. L'observation qui lui est propre lui semble offrir de l'intérêt en raison de la rareté des cas de ce genre. En voici le sommaire :

« Le 7 avril, on transporta à l'hôpital Beaujon un jeune homme de vingt-huit ans atteint dans une rixe de deux coups de couteau au côté gauche de l'abdomen. L'une des plaies se trouve en dehors du muscle droit, l'autre est un peu au-dessus de l'épine iliaque, toutes les deux donnant issue à une portion d'épiploon parfaitement saine, mais légèrement congestionnée. La réduction pouvait en être faite selon le principe professé par Boyer ; mais cette réduction n'est pas sans offrir des difficultés : elle expose quelquefois les muscles au décollement par les efforts mêmes qu'il faut faire ; elle peut nécessiter des tractions fâcheuses pour faire ressortir la hernie mal réduite ; elle provoque, enfin, l'inflammation de l'épiploon, qui devient promptement le siége d'un phlegmon avec tendance à la suppuration, à la gangrène, et de là des conséquences graves de péritonite, comme l'a démontré M. Goyrand, d'Aix (1). Voilà pour quelles raisons M. Robert n'a pas eu recours à la réduction de l'épiploon. Il se souvient d'avoir vu à l'Hôtel-Dieu Dupuytren réduire une épiplocèle qui fut suivie de gangrène et de péritonite mortelle. La saine pratique, à son sens, est de ne pas réduire, mais de laisser toujours l'épiploon au dehors.

Une objection faite par Boyer ou par les partisans de sa doctrine, c'est qu'en laissant ainsi l'épiploon au dehors on voit survenir des accidents d'étranglement ou tout au moins des accidents produits par la formation d'adhérences, tels que des tiraillements dans le ventre et la gêne des fonctions digestives. M. Robert déclare avoir observé maintes fois des faits contraires à ceux que ferait supposer cette objection. Il n'y a, selon lui, que des inconvénients et nul avantage à opérer la réduction.

C'est pourquoi, chez le jeune homme dont il vient de parler, il a laissé en place les deux portions d'épiploon, et s'est contenté de prescrire le repos absolu, la diète de boissons et des pilules d'extrait thébaïque toutes les cinq heures. Aucun accident n'est survenu, et aujourd'hui le blessé se trouve dans l'état le plus satisfaisant. L'épiploon s'est boursouflé ; il a perdu de sa souplesse ; il est devenu rougeâtre, et s'est converti en une masse homogène, dure, comme lardacée, suppurant peu et à peine sensible. M. Robert espérait que la réduction s'effectuerait ensuite comme dans le fait rapporté par M. H. Larrey ; mais, reconnaissant les difficultés d'une réduction spontanée assez prompte, il ne s'en est pas tenu à l'expectation absolue, prolongée, comme son collègue, qui avait vu disparaître le bourrelet épiploïque au trente-sixième jour ; et, en raison surtout des adhérences établies autour de la plaie, M. Robert s'est décidé à faire l'excision des masses épiploïques. C'est samedi dernier que l'opération a été faite : une seule des tumeurs herniaires, la plus grosse, a donné lieu à un écoulement de sang, et cinq ligatures ont été faites ; les deux portions d'épiploon adhérentes et situées d'abord au niveau des téguments se sont affaissées ensuite ; et, en définitive, il est advenu ce que M. Larrey avait signalé comme résultat. La réduction, commencée dès le troisième jour de l'opération, était très marquée hier (quatrième jour) ; et, à mesure que cette rétrocession s'effectue, la cicatrisation de la plaie avance, et d'ici à huit jours la guérison semble devoir être complète.

M. Robert résume tout ce qu'il vient de dire par cette conclusion : Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon, l'expectation provisoire est de toute innocuité, et l'excision secondaire est indiquée lorsque des adhérences se sont établies et s'opposent à la réduction spontanée.

M. Robert fait appel, d'ailleurs, à l'expérience de ses collègues sur le principe qu'il soutient, dans un sens modifié d'après M. H. Larrey et contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs.

M. Larrey remercie d'abord M. Robert de l'appréciation obligeante qu'il a faite de son travail et de l'appui qu'il a prêté aux idées qui s'y trouvent émises.

« L'observation, dit-il, qui m'a conduit à proposer l'expectation dans le traitement des hernies traumatiques de l'épiploon n'est pas le seul fait que l'on puisse citer en faveur de cette proposition ; mon père aussi en adoptait le principe, et si d'autres ne l'ont pas soutenu d'une manière aussi formelle peut-être que j'ai cru devoir le faire dans mon mémoire, je ne suis moins disposé à accepter les modifications dont il semble susceptible. Peut-être même, je dois le déclarer, que si, d'une part, la réduction immédiate ne m'avait point offert trop de difficultés dans le cas observé par moi ; si, d'autre part, l'absence de toute espèce d'accident ne m'eût pas décidé à attendre, peut-être aurais-je suivi une tout autre pratique que celle de l'expectation. Mais en même temps j'ai cherché à apprécier la valeur des diverses méthodes de traitement des épiplocèles traumatiques ; et, à part les difficultés ou les dangers de la réduction par le taxis ou par le débridement, j'ai tâché aussi d'indiquer les inconvénients de la ligature et de l'excision selon leurs différents modes, pour arriver à une conclusion conforme à l'épigraphe de mon mémoire : *Savoir attendre.*

» Cette méthode de temporisation n'est pas absolument celle que vient de préconiser M. Robert, quoiqu'il l'ait énoncée ainsi en commençant, car il ne l'a employée que pour la première partie du traitement, sous le titre d'expectation provisoire, tandis qu'il a eu recours à l'excision secondaire après la formation des adhérences. Mais j'accepterais volontiers ces deux principes contraires s'ils pouvaient se concilier dans tous les cas, et si les avantages de l'un ne semblaient pas témoigner des inconvénients de l'autre. Nous pourrons, du reste, revenir sur cette question, qui ne me semble pas devoir être décidée d'une manière trop absolue quant à présent. »

M. Huguier considère deux choses distinctes dans la communication de M. Robert : selon que l'épiploon fait hernie à travers une plaie, ou selon qu'il constitue une tumeur herniaire proprement dite. Il admet le principe de l'expectation pour la hernie traumatique, mais il le rejette pour la hernie spontanée, et il pense que M. Robert a été trop loin en disant que dans ce dernier cas également il ne fallait pas réduire.

M. Huguier croit utile, au contraire, d'opérer alors la réduction, tandis qu'il y a des inconvénients à s'en abstenir ; c'est du moins d'après ce principe qu'il a agi pour son compte, et il n'a eu qu'à s'en louer.

Quant aux plaies compliquées d'issue de l'épiploon, il n'a

(1) Mémoire sur l'*adénite*, ou l'*adénopathie cervicale*, etc., lu à l'Académie de Médecine en mai 1849.

(2) Mémoire sur l'*esthiomène*, ou *dartre rongeante de la région vulvo-anale*, extrait du tome XIV des *Mémoires de l'Académie de Médecine.*

(3) Mémoire sur les plaies pénétrantes de l'abdomen compliquées d'issue de l'épiploon ; extrait du tome XI des *Mémoires de l'Académie de Médecine.*

(1) Mémoire sur l'épiploïte.

pas observé assez de faits pour en déduire des conséquences pratiques aussi précises. Il a eu cependant occasion de voir un cas dans lequel la réduction a réussi : Un homme avait reçu un coup de couteau dans le côté gauche du ventre. Le médecin appelé auprès de lui, voyant une portion d'épiploon hors de la plaie, essaya de la réduire, et appliqua un appareil contentif; mais le blessé fut obligé de se dépanser, parce qu'il souffrait trop. Il fut transporté à Beaujon, dans le service de M. Huguier, qui constata que l'épiploon était ressorti dans une longueur de 5 à 6 centimètres. N'ayant pu retrouver l'ouverture interne de la plaie, il pensa que la réduction avait été incomplète, fit un débridement de la peau, parvint ensuite à refouler l'épiploon dans l'abdomen à l'aide d'une sonde de femme, et réunit la plaie par deux points de suture profonde et par un bandage qui maintint la réduction.

M. Huguier ajoute qu'en laissant l'épiploon dans une plaie, des accidents d'inflammation et d'étranglement peuvent survenir, déterminer une péritonite, et que, si une plaie profonde de ce genre n'est pas réunie, elle peut donner lieu à une hernie consécutive.

M. Guersant fait observer qu'il y a utilité, dans certaines circonstances, à réduire les hernies traumatiques de l'épiploon. Il se rappelle avoir vu, pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, un homme chez lequel un coup de tranchet dans le ventre avait déterminé une issue de l'épiploon. M. Guersant s'aida d'une sonde de femme pour faciliter la réduction, qui fut prompte. Il rencontra, deux ans après, un cas analogue; il se servit encore de la sonde, et réunit la plaie par la suture; mais ce second blessé succomba à une péritonite. Le premier guérit. M. Guersant croit aussi à l'utilité de la réduction dans les hernies; il lui est arrivé, dans un cas d'entéro-épiplocèle, de réduire ainsi en coiffant l'intestin avec l'épiploon.

M. Michon considère la question soulevée par M. Robert comme ayant une haute importance, et il regrette qu'elle en ait fait l'objet d'une simple communication.

Il s'est étonné d'entendre M. Robert dire qu'il fallait en principe absolu laisser l'épiploon au dehors; non pas que M. Michon conteste les avantages obtenus par cette méthode d'expectation dans les cas de blessures, comme le témoignent les observations de guérison signalées par MM. Robert et Larrey; mais la question douteuse et contestable pour M. Michon est relative aux hernies proprement dites.

Il ne pense pas d'abord que la difficulté de la réduction doive être indiquée comme un point de doctrine. On trouverait aisément dans les auteurs des cas où l'épiploon, étant resté au dehors, a donné lieu à des péritonites purulentes. Il en a vu pour sa part un exemple. Autre chose, c'est qu'on a rencontré des gens affectés de hernies épiploïques non réduites marchant en double à cause de la masse considérable d'épiploon constituant la hernie. C'est pour cela qu'il faudrait s'entendre sur la quantité d'épiploon qui se trouve hors de l'abdomen.

M. Robert, dit M. Michon, n'a fait aucune distinction pour les hernies : M. Robert se contentera donc de réduire l'intestin en laissant l'épiploon au dehors? et, si cet épiploon détermine des accidents d'étranglement, il le maintiendra donc quand même au dehors? Mais alors quelle sera sa règle de conduite selon les cas? M. Michon déclare que lui-même n'a pas de parti pris à cet égard; mais c'est pour cela même qu'il s'étonne du principe posé par M. Robert d'une manière aussi absolue.

M. Robert reconnaît que ce sont là des objections sérieuses, les unes pratiques, les autres théoriques. Il espère pouvoir y répondre.

Ce n'est pas d'abord une idée improvisée qu'il soutient aujourd'hui; il la fonde sur l'expérience qui lui a fourni une trentaine de hernies dans l'espace de quinze ans et un cas de blessure. Cette idée, d'ailleurs, il l'a puisée dans la pratique de Dupuytren. Une fois, c'était chez une femme atteinte d'entéro-épiplocèle, et plusieurs fois depuis il a constaté les accidents de péritonite locale due à la réduction.

M. Robert, depuis, n'a jamais opéré une hernie entéro-épiploïque sans laisser l'épiploon au dehors. Réduire c'est, selon lui, s'exposer aux chances de l'inflammation; et, comme en clinique les faits gardent toute leur valeur, il répète qu'il a opéré une trentaine de hernies épiploïques en ayant recours tantôt à la réunion immédiate, tantôt à la réunion secondaire. L'épiploon était quelquefois gangrené, et pourtant il n'est point survenu de phénomènes d'étranglement comparables à ceux de l'étranglement intestinal; mais M. Robert ignore le mécanisme de cet étranglement. Quoi qu'il en soit dans ces cas-là, l'épiploon se détache ensuite spontanément, comme il l'a observé chez une femme qui avait une masse assez volumineuse d'épiploon. Il a revu plus tard cette femme affectée d'une nouvelle hernie, et il a constaté d'après ce fait, comme d'après bien d'autres, qu'en ce qui concerne les hernies il n'y a nul inconvénient à ne point réduire l'épiploon. Une fois cependant, c'était chez une autre femme, M. Robert a vu cet épiploon rester invariablement en place; l'excision en fut faite vers le trentième jour sans conséquence fâcheuse, et ce cas-là ne lui a pas fait changer d'opinion.

Passant ensuite aux cas de plaies, M. Robert déclare que le fait observé par M. Huguier n'ébranle pas davantage sa conviction; la hernie traumatique avait été réduite d'abord sans accidents, non dans la cavité de l'abdomen, mais dans l'épaisseur de ses parois : n'était-ce pas du bonheur pour le blessé?

Enfin M. Robert soutient que la réunion consécutive assure à la cicatrice autant de solidité que la réunion immédiate, et il évite à dessein la gastroraphie, dont les avantages ne lui semblent point démontrés.

Quant aux indications thérapeutiques des plaies abdominales compliquées d'épiplocèle, M. Robert s'en tiendrait volontiers à la médication antiphlogistique et aux moyens hygiéniques recommandés par M. Larrey dans son mémoire.

Il se propose, d'ailleurs, de publier l'observation dont il vient d'entretenir la Société.

M. Maisonneuve demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance, afin de pouvoir présenter une pièce qui ne pourrait pas attendre.

M. le Président met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

Fistule vésico-vaginale.

M. Maisonneuve présente à la Société un lambeau de membrane muqueuse résultant de l'avivement d'une énorme fistule vésico-vaginale. Ce lambeau a 19 centimètres de longueur. On peut juger par là, dit M. Maisonneuve, de l'étendue considérable de la perte de substance qu'avait subie la vessie. Son bas-fond manquait entièrement, et la paroi supérieure du réservoir urinaire semblait n'être que la paroi supérieure du vagin. La malade avait été réclamer du secours dans plusieurs hôpitaux de Paris, entre autres à l'hôpital Saint-Louis, où elle est restée trois mois dans le service de M. Jobert; partout on la renvoya comme incurable. Pendant plusieurs jours, M. Maisonneuve partagea cette opinion; mais après plusieurs examens attentifs, ayant reconnu que l'utérus, très mobile et libre de toute adhérence, se prêtait assez bien à l'abaissement, que le vagin était très ample et très dilatable, que la vulve était très largement ouverte, il se décida, sur les instances vives de la malade, à tenter quelque chose. C'est le 2 avril que l'opération fut pratiquée. L'utérus fut saisi d'abord par le museau de tanche et abaissé. Par une incision transversale au-devant de sa lèvre antérieure, le bord postérieur de la fistule fut séparé de l'utérus, et le doigt put dégager profondément la partie postérieure de l'organe sans blesser le péritoine. L'opérateur, recourbant ensuite son doigt en crochet, put isoler les parties latérales de la vessie, et les séparer ensuite de leur fusion avec le vagin en faisant agir de dehors en dedans un histouri boutonné. La vessie se trouvant ainsi isolée dans les 4/5es de sa circonférence, il devint facile de mettre en contact les lèvres de l'énorme ouverture que présentait son bas-fond. Alors M. Maisonneuve procéda à l'avivement, qui fut fait d'un seul morceau, et donna le lambeau qu'il met sous les yeux de la Société. C'est une bande muqueuse de 19 centimètres de long sur un centimètre et demi de large. Ceci étant fait, M. Maisonneuve réunit les lèvres de la plaie au moyen de onze points de suture placés sur une ligne oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. Près de quinze jours se sont écoulés depuis l'opération, et la cicatrice est parfaite dans les 9/10es de la plaie; il ne reste plus qu'un orifice dans lequel on ne peut pas même introduire le bout du petit doigt. Tout fait espérer une guérison complète.

Taille rectale.

M. Maisonneuve ajoute à cette communication que la malade dont il a parlé dernièrement, et qu'il a opéré de la pierre par la taille rectale, est parvenu à une guérison complète sans persistance de la fistule, qui avait duré près de six semaines.

N. B. — M. Michon invite ceux de ses collègues qui voudraient bien lui donner leur avis sur un cas assez embarrassant de fistule vésico-vaginale, à venir voir la malade à la Pitié.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 2 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 53.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 1er MAI 1850.

Suppression des Écoles militaires de médecine.

Depuis nos premières réflexions sur la fâcheuse et injuste mesure qui a supprimé les Ecoles militaires de médecine, une pétition a été adressée à l'Assemblée nationale par les élèves du Val-de-Grâce. Nous voudrions pouvoir reproduire tout entier ce document, dont la modération et l'extrême convenance donnent un démenti formel au reproche d'indiscipline adressé aux élèves des Ecoles militaires, et ajoutent une nouvelle force aux raisons puissantes qui plaident en faveur de la cause qu'il défend.

Après avoir montré que la dépense de 450,000 francs affectée aux Ecoles militaires de médecine pouvait être réduite à un chiffre insignifiant à l'aide de quelques modifications dans l'organisation du service; après avoir déclaré que, pour leur propre compte, les élèves étaient prêts à renoncer dans l'intérêt du Trésor à l'indemnité de 600 et de 400 fr. allouée à quelques-uns d'entre eux ils exposent ainsi qu'il suit aux membres de l'Assemblée nationale la position que leur fait le décret :

« Permettez-nous maintenant de vous faire connaître notre position passée et celle que nous fait l'ordonnance ministérielle. La plupart d'entre nous, avant d'embrasser la carrière de la chirurgie militaire, avaient plusieurs années d'études civiles. Un grand nombre, séduits par l'espérance d'une position modeste, mais assurée ; quelques autres, comptant sur la réalisation du décret du 3 mai, avaient abandonné soit la médecine civile, soit toute autre carrière.

» Tous ces jeunes gens, qui voyaient dans trois mois un terme aux énormes sacrifices de leurs familles par la possession du grade de sous-aide, se trouvent tout à coup, à l'âge moyen de vingt-quatre ans, sans position, sans avantages, en face d'une grande difficulté pour continuer des études trop longuement onéreuses, et recevant pour toute indemnité de licenciement 600 francs. Retourneront-ils dans leurs familles se remettre à leur charge et imposer à leurs parents de nouveaux sacrifices impossibles pour un grand nombre?

» Non, messieurs les représentants, vous ne le voudrez pas! Nous avons recours à vous pour que vous demandiez qu'il plaise à monsieur le ministre de la guerre de soumettre aux vérifications d'une enquête les assertions à l'aide desquelles on l'a décidé à provoquer le décret qui vient de nous frapper. »

Est-il possible, nous le demandons, de voir une réclamation se produire en termes plus modérés, contre un acte qui brise sans motif la carrière de trois cents jeunes gens, et dont l'injustice frappe tous les yeux. Nous disons l'injustice, nous pourrions dire l'illégalité, si l'on prenait la loi dans son esprit et non pas dans sa lettre. Nous concevrions, en effet, si la bonne organisation du service n'en devait pas souffrir, qu'on supprimât à l'avenir les Ecoles d'instruction, c'est-à-dire qu'on n'acceptât plus d'élèves et qu'on ne nommât point de nouveaux professeurs; mais peut-il entrer dans un esprit qui conserve quelque notion de justice, qu'on donne un effet rétroactif à une décision qui brise une foule de positions acquises par de nombreux sacrifices et par les luttes du concours! N'est-il pas évident que, s'ils n'avaient pas eu la perspective d'arriver par un travail soutenu à la position honorable de professeur, plusieurs médecins militaires auraient renoncé à la carrière ingrate qu'ils ont embrassée, ou même qu'ils n'y seraient point entrés? En supprimant violemment les Écoles, on change donc complètement les conditions sous lesquelles ces hommes ont contracté leurs engagements, et si l'on ne viole pas la loi dans sa lettre, ce que nous n'oserions affirmer, on la viole du moins dans son esprit ; car ce que la loi doit vouloir avant tout, c'est d'être juste.

Nous n'osons pas espérer que notre faible appui fera triompher la réclamation de nos jeunes confrères, et la cause de leurs maîtres qui se sont renfermés dans un digne silence. Nous sommes déjà à peu près convaincu, par le peu de succès qu'a obtenu hier l'honorable M. Ducoux, que cette cause est à peu près perdue ; mais nous n'avons pas moins cru de notre devoir d'élever la voix contre un acte éminemment injuste, et qui, si nos informations sont exactes, ne serait malheureusement qu'un commencement de désorgation du corps de santé militaire; que la quatrième ou cinquième répétition d'une expérience qui a déjà été fatale à la santé de nos armées.

Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro l'appréciation des deux séances académiques, qui toutes deux ont offert de l'intérêt.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BONNET.

Oppression extrême et ronflement trachéal produits par un goître engagé entre le sternum et la trachée-artère. — Traitement par l'implantation d'épingles destinées à maintenir la tumeur soulevée au-devant du cou, et par la cautérisation profonde avec le caustique de Vienne et la pâte de chlorure de zinc. — Guérison.

Un enfant (Claude Duperret), âgé de treize ans, affecté d'une oppression extrême accompagnée d'un bruit intense à chaque inspiration, fut présenté à M. Bonnet à la fin de janvier 1850. L'apparition de ces symptômes datait d'un an et demi auparavant, et depuis quelques mois ils avaient acquis une intensité alarmante. La marche la plus lente, surtout en montant, provoquait les efforts d'inspiration les plus étendus et les plus pénibles; le repos ne faisait point cesser l'oppression; les nuits étaient agitées, et le sommeil interrompu par des accès de suffocation renouvelés à chaque instant. Le bruit qui accompagnait chaque inspiration était semblable à celui que produisent les chevaux affectés de cornage, et fit penser qu'une compression exercée sur la trachée-artère était la cause de tous les accidents. L'observation justifia promptement cette présomption. Une tumeur arrondie, indolente, du volume d'un petit œuf de poule, existait en bas de la partie antérieure du cou. Dans de certains mouvements, elle paraissait plus saillante; dans d'autres, elle semblait disparaître. Guidé par des observations antérieures, M. Bonnet pensa que ce goître médian glissait derrière le sternum, et que dans cette situation il comprimait la trachée-artère; il souleva la tumeur, qui était mobile, et, avec les doigts placés au-dessous d'elle, il chercha à la maintenir au-dessus du sternum. Pendant les quelques instants que cette position put être rendue permanente, l'enfant se sentit moins oppressé, et le bruit qui accompagnait sa respiration parut beaucoup moins intense; mais la tumeur ne tarda pas à s'échapper et à glisser de nouveau derrière le sternum, et alors l'oppression ainsi que le ronflement trachéal se reproduisirent. Cette tendance à descendre, malgré les précautions que l'on pouvait prendre en la saisissant de diverses manières, eut lieu dans tous les essais ultérieurs qui furent faits dans cette première observation et lorsque le malade eut été admis dans la salle de clinique de l'Hôtel-Dieu.

L'examen de la poitrine démontra d'ailleurs que le poumon n'était le siége d'aucune lésion grave; il y avait seulement une expectoration catarrhale assez abondante, et la sonorité plus grande de la poitrine, jointe à la faiblesse du bruit vésiculaire, indiquait un certain degré d'emphysème du poumon.

Le 1er février, M. Bonnet démontra dans une leçon clinique que les symptômes éprouvés par cet enfant étaient dus à la position que le goître de la partie moyenne du corps thyroïde prenait à chaque inspiration lorsque, glissant derrière le sternum et soutenu par cet os, il comprimait la trachée-artère. Discutant ensuite quels étaient les moyens de traitement à employer, le professeur établit :

1° Que les résolutifs étaient d'une action trop incertaine et trop lente pour que l'on pût compter sur eux;

2° Que des moyens mécaniques, propres à fixer la tumeur et semblables à ceux qui furent mis en usage dans un cas cité dans son *Traité des sections tendineuses*, seraient impuissants, puisque la tumeur échappait au soulèvement opéré par la main elle-même;

3° Que l'extirpation, comme celle de tous les goîtres, offrirait les plus grands dangers, soit pendant, soit après l'opération;

4° Enfin, que le séton n'empêcherait pas la tumeur de descendre et dès lors ne ferait pas cesser les accidents.

Il se demanda si l'on ne pourrait point couper par la méthode sous-cutanée les muscles sterno-hyoïdiens, de manière à produire une solution de continuité transversale dans laquelle la tumeur pourrait s'engager et se fixer au-dessus du sternum. La crainte de ne pas obtenir cette sorte de hernie et, dans le cas où elle aurait lieu, de voir la pression de la peau rejeter la tumeur dans sa position première, ne permit pas de s'arrêter à ce procédé.

Cependant, le but qu'on devait se proposer étant de fixer et de faire saillir le goître dans la région du cou, au-dessus du sternum, on pouvait songer à réaliser ces deux conditions à l'aide de la cautérisation. L'innocuité de cette méthode, la certitude de prévenir, à son aide, l'hémorrhagie et la phlébite, conduisaient à l'adopter ; mais l'on était éloigné de son emploi par l'impossibilité de fixer la tumeur. La cautérisation ne pouvait être utile en effet qu'à la condition d'être pratiquée sur la tumeur soulevée au-devant du cou, et, s'échappant à chaque instant, glissait derrière le sternum. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet pensa à fixer préalablement le goître en y enfonçant des épingles et à cautériser ensuite.

L'opération fut exécutée d'après ce plan, le 2 février 1850.

La tumeur étant maintenue soulevée par deux doigts placés entre le bord supérieur du sternum et la partie inférieure du goître, on y enfonça obliquement, de bas en haut et d'avant en arrière, quatre fortes épingles dont les têtes appuyaient sur le bord supérieur du sternum; pour empêcher celles-ci de faire saillie en avant ou de s'échapper, on y attacha des fils qui furent fixés sur les côtés du cou avec des linges imbibés de collodium. Ce premier temps accompli, la tumeur fit saillie au-devant du cou, et n'eut plus aucune tendance à s'engouffrer derrière le sternum.

La peau qui la recouvrait fut cautérisée avec le caustique de Vienne, dans l'étendue de cinq centimètres en travers sur trois en hauteur. Sur l'escbare, on plaça une couche de pâte de canquoin. Cette pâte fut laissée en place pendant trois jours, avec la précaution de la renouveler chaque matin, après avoir enlevé la partie moyenne de l'eschare. Malgré les douleurs très vives produites par cette longue cautérisation, un soulagement immédiat fut obtenu. Le sommeil fut moins agité qu'il ne l'avait été depuis longtemps ; la respiration devint beaucoup moins bruyante, et l'enfant exprimait une grande satisfaction de sentir que la respiration se faisait avec moins de difficulté.

Neuf jours après la fin de la cautérisation, une eschare, épaisse de deux centimètres à peu près, se détacha, emportant avec elle les épingles qui n'avaient pas été enlevées.

Malgré cette profonde cautérisation, le goître n'avait été mis à nu vers sa partie moyenne que dans une étendue grande comme une pièce de dix sous ; il ne faisait point hernie en avant, il était seulement maintenu fixe au-dessus du sternum. Cette *fixité* suffisait pour produire une grande amélioration; le sommeil était paisible; l'enfant, qui n'avait pas cessé de se lever, pouvait se promener sans oppression dans la salle; un bruit, à peine perceptible, accompagnait l'entrée de l'air dans les poumons; il n'avait une certaine intensité que lorsque les inspirations étaient étendues.

M. Bonnet jugea à propos de faire une seconde cautérisation, afin d'obtenir une hernie de la tumeur par la destruction de toutes les parties molles qui la recouvraient en avant. Une seconde cautérisation de quarante-huit heures fut faite dans le fond de la plaie, le 15 février, avec la pâte de chlorure de zinc; elle produisit des douleurs beaucoup plus vives que la première. A la chute de l'escbare, qui eut lieu le 23 février, le goître fit saillie en avant et s'avança jusqu'au niveau de la partie antérieure du sternum. La hernie était obtenue; l'oppression et le cornage, si l'on peut s'exprimer ainsi, avaient disparu.

Cependant la plaie devint blafarde, l'enfant fut pris d'une fièvre continue, et une quantité énorme de sérosité suinta par la plaie. On crut devoir attribuer d'abord ces accidents à un refroidissement que l'enfant pouvait avoir pris en se promenant dans les cours où il avait continué à descendre, malgré le froid de la saison et les recommandations qui lui avaient été faites.

Quelques moyens employés d'après cette idée restèrent sans résultat; enfin M. Bonnet s'aperçut que la sérosité qui imbibait les linges suintait d'une cavité creusée dans l'épaisseur de la glande, cavité dont les parois étaient molles, et dans laquelle le petit doigt pouvait entrer. Il en cautérisa immédiatement l'intérieur avec du chlorure de zinc laissé en place pendant deux jours. Cette troisième cautérisation, destructive de la tumeur elle-même, fit cesser la fièvre; bornée au tissu de la glande, elle ne produisit qu'une douleur peu intense. A partir de ce moment on vit cesser tous les accidents antérieurs et consécutifs à l'opération.

Le 15 mars l'enfant sortit, ayant au-devant du cou une plaie de 2 centimètres et demi de diamètre, qui exigeait encore quelques jours pour se cicatriser, mais n'éprouvant plus aucun symptôme d'oppression, ni dans le sommeil, ni dans la marche, et ne produisant aucun bruit, même lorsqu'il faisait des inspirations très étendues.

Ce fait démontre tout le parti que l'on peut tirer de la cautérisation profonde pratiquée sur les goîtres médians qui produisent de l'oppression en glissant derrière le sternum, lorsqu'on les a préalablement soulevés et fixés avec des épingles. Il y a eu trois temps dans l'éparation, correspondant à trois cautérisations successives. La première de ces cautérisations a produit des adhérences et *fixé* la tumeur; la seconde en a produit la *hernie*, la troisième l'a *détruite* en partie.

Si l'on s'était arrêté au premier temps, on aurait produit une amélioration très grande, quoique incomplète; et, sans doute, ceux qui craindraient les cautérisations profondes dans

une partie aussi vasculaire que le cou pourraient se borner à ce premier temps.

C'est peut-être sous cette forme que l'opération pratiquée chez le malade dont l'histoire vient d'être rapportée pourra le mieux se répandre dans la pratique.

La question des symptômes et du traitement des goîtres qui affectent la partie moyenne de la thyroïde est une question si importante et si peu connue, qu'il nous parait digne d'intérêt de rapprocher du fait qui vient d'être cité l'observation suivante, et que M. Bonnet rapporte en ces termes dans son *Traité des sections tendineuses*, p. 591.

Une fille de Châlons, de quatorze à quinze ans, me fut amenée en 1838; sa respiration était tellement gênée, que l'asphyxie paraissait imminente, ses lèvres, toute sa face étaient violettes; ses yeux fixes, saillants, injectés, sa poitrine haletante. Un médecin qui l'accompagnait, et dont je regrette de ne pas me rappeler le nom, me fit remarquer que l'oppression dépendait d'une tumeur placée au-devant de la trachée-artère, et que lorsque l'on plaçait son doigt de manière à maintenir soulevée cette tumeur, qui était du volume d'un œuf de poule, l'oppression cessait immédiatement. Je vérifiai à plusieurs reprises la justesse de cette observation; et en cherchant à me rendre compte du soulagement complet et immédiat que l'on pouvait produire en maintenant la tumeur soulevée, je m'arrêtai à cette idée que l'oppression se manifestait toutes les fois que la tumeur s'engageait entre le sternum et la trachée-artère, et qu'elle cessait toutes les fois qu'on la maintenait élevée au-dessus de cet os. Evidemment il y avait oppression dans le premier cas, parce que le sternum forçait la tumeur à se reporter contre la trachée-artère.

Eclairé par l'observation qui m'avait été communiquée et par l'interprétation que j'avais trouvée du phénomène si remarquable que nous présentait cette malade, je lui fis construire un appareil qui, agissant à la manière du doigt, maintenait la tumeur constamment élevée au-dessus du sternum. Dès qu'elle fit usage de cet appareil, elle revint en quelque sorte à l'existence. Tant qu'elle le portait, elle n'avait aucun symptôme d'oppression; mais si elle négligeait d'en faire usage la gêne de la respiration revenait avec intensité première. Pendant un mois elle fut obligée de le porter constamment. Au bout de ce temps la tumeur avait considérablement diminué par l'emploi des fractions iodées, elle put en suspendre l'emploi. Les symptômes n'étaient plus inquiétants, et les résolutifs purent être librement continués jusqu'à la disparition complète. du mal. D.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

HOPITAL D'HYÈRES. — M. Vérignon.

Du traitement des fièvres intermittentes par l'arsenic.

Je venais de suivre assidûment pendant trois mois le service de notre honorable confrère le docteur Vérignon, à l'hôpital d'Hyères, pour m'initier à sa pratique dans le traitement des fièvres intermittentes par l'acide arsénieux, quand j'ai lu, dans votre numéro du 30 mars, la lettre de M. le professeur Champouillon sur le même sujet. Comme les résultats qu'obtient depuis plusieurs années déjà M. Vérignon diffèrent essentiellement de ceux obtenus en dernier lieu par M. Champouillon, je me fais un devoir, pour éclairer vos nombreux lecteurs, de vous communiquer cette note sur trente-une observations que j'ai recueillies pendant les mois de janvier, février et mars dernier, à l'hôpital d'Hyères. Les bornes de cet article ne me permettent pas de rapporter ces trente-une observations détaillées, je me contenterai d'exposer sommairement les résultats suivants, qui viennent s'ajouter seulement aux nombreux faits déjà communiqués par M. Vérignon lui-même à divers médecins de Paris et de la province.

Fièvre quotidienne.	7
Fièvre tierce.	24
Total,	31

21 malades ont pris *une seule fois* la solution arsenicale, et la fièvre a disparu.

9 l'ont prise *deux fois*. Chez 2 d'entre eux, la solution n'avait pas été donnée à l'heure indiquée par la prescription; chez les 7 autres, la fièvre avait diminué de durée et d'intensité après la première dose, mais elle n'a disparu qu'après la seconde.

Enfin, 1/31 malades a pris sans succès deux fois la solution, et on est revenu au sulfate de quinine. L'accès qui avait suivi la première dose avait devancé de quatre heures; il avait cependant diminué d'intensité et de durée; mais celui qui suivit la seconde dose, devançant aussi de quatre heures, ayant été plus fort et plus long que le précédent, M. Vérignon crut devoir abandonner l'arsenic. Le sulfate de quinine fut donné en lavement à la dose de 1 gramme, deux fois, à un jour de distance, et la fièvre n'a plus reparu.

Dans son service à l'hôpital civil et militaire, M. Vérignon traite depuis plusieurs années, par l'acide arsénieux, une moyenne, par an, de 60 malades atteints de fièvre intermittente. Le nombre de ses insuccès est insignifiant, et il n'a jamais observé le moindre accident. Inutile de dire que dans sa pratique en ville, M. Vérignon arrive aux mêmes résultats chez les fiévreux qu'il soumet à l'usage de l'acide arsénieux. La moyenne de ces cas, en ville, est de 12 à 15 par année.

Voilà des résultats assurément bien différents de ceux obtenus par M. Champouillon, à la fois et quant à l'efficacité et quant à l'innocuité de l'acide arsénieux. Quelques courtes observations suffiront, je crois, pour expliquer cette différence dans les résultats auxquels arrivent nos deux confrères. Cette différence n'est-elle pas tout entière dans la pratique, le *modus faciendi* de l'un et de l'autre? Je laisse aux lecteurs à faire la réponse.

M. Champouillon dit, dans sa lettre, que l'on ne s'est pas encore assez appliqué à systématiser l'emploi de l'acide arsénieux comme fébrifuge, et qu'on a négligé d'en préciser les conditions d'*opportunité* et de *succès*. C'est pourtant ce qu'a fait depuis longtemps M. Vérignon.

Ce ne sont pas des fièvres simples ou récentes que cet habile praticien combat au moyen de l'arsenic. Le donner dans ces cas, c'est s'exposer à bien des mécomptes, à bien des insuccès. L'expérience lui a appris depuis longtemps à n'en jamais plus faire usage dans ces circonstances. C'est contre les fièvres intermittentes rebelles, invétérées, et qui ont offert de fréquentes récidives malgré l'emploi du sulfate de quinine, ou qui ont résisté à ce sel si puissant en d'autres circonstances, que l'acide arsénieux est administré avec un succès vraiment prodigieux. Les fiévreux qui sont soumis au traitement par l'arsenic, à l'hôpital d'Hyères, ce sont nos malheureux soldats d'Afrique qui arrivent avec une fièvre qui les consume depuis six, huit, douze, dix-huit mois et même deux ans. Presque tous sont anémiques, ont les membres inférieurs œdémateux, et offrent des engorgements considérables de la rate et des autres viscères abdominaux. Tous ont pris, en Algérie, des doses énormes de sulfate de quinine. Voilà les cas dont l'acide arsénieux triomphe si facilement. Et pourtant, M. Champouillon a vu échouer et le sulfate de quinine, et l'acide arsénieux chez *cinq* sujets qui présentaient précisément ces circonstances d'une fièvre fort ancienne et d'un engorgement considérable des viscères abdominaux.

Ces insuccès ne tiendraient-ils pas au mode d'administration du médicament?

M. Champouillon a donné l'arsenic à la dose *quotidienne* de 1 à 4 centigrammes: aussi, sur 26 malades ainsi traités, c'est lui-même qui l'annonce, 15 ont éprouvé des accidents divers: nausées, coliques, vomissements, convulsions, gastro-entérite très grave, arthrite intense.

M. Vérignon administre à ses fiévreux la solution de Van Hengel:

Acide arsénieux.	1/8 de grain.
Dissolvez dans:	
Eau chaude.	1 once.

Van Hengel purge toujours son malade avant l'emploi de la solution: M. Vérignon ne purge qu'autant que cette indication se présente par suite d'embarras des voies digestives. Van Hengel donne sa solution entière (30 grammes), par cuillerées à café, de trois en trois heures, pendant l'apyrexie; M. Vérignon donne en une seule fois, six heures avant l'accès, la moitié de la dose de Van Hengel (15 grammes de la solution), c'est-à-dire un seizième de grain d'acide arsénieux. Il ne donne jamais plus à la fois. Dans les cas rebelles, il s'arrête au bout de trois, de quatre jours au plus, pour recommencer après un intervalle de cinq à six jours, et n'a jamais dépassé dans le traitement d'une fièvre intermittente la somme totale d'un demi-grain d'arsenic. Il tient à ce que le médicament soit donné précisément six heures avant l'accès.

Les engorgements des viscères abdominaux cèdent facilement aux frictions mercurielles; dans certains cas, l'amélioration n'est venue qu'avec la salivation.

M. Vérignon favorise et soutient la convalescence par le quinquina et les ferrugineux.

En résumé, de la pratique constante de M. Vérignon, découlent les propositions suivantes qui déterminent, comme le désire M. Champouillon, les conditions d'opportunité et de succès:

1° L'acide arsénieux n'est pas un succédané du sulfate de quinine; son administration doit être réservée aux cas de fièvres rebelles, invétérées, et que le sulfate de quinine ne guérit pas.

2° Il guérit merveilleusement les fièvres invétérées, accompagnées d'anémie et d'engorgement des viscères abdominaux, et qui ont résisté au sulfate de quinine. Il semble même que la puissance de son action soit en raison directe du degré de persistance de la fièvre et de l'inefficacité de la quinine.

3° Il guérit à la dose de 1/16 de grain; souvent cette dose suffit. Il est prudent de ne pas dépasser, par doses ainsi fractionnées et jamais augmentées, la somme de 1/2 grain. Si la fièvre résiste alors, c'est un des rares insuccès de cette méthode, qui ne doit pas plus qu'une autre prétendre à l'infaillibilité.

4° Il faut supprimer l'emploi de l'arsenic aussitôt qu'un accès a manqué, au risque d'y revenir si, ce qui est très rare, un nouvel accès venait à se produire.

5° L'acide arsénieux, ainsi administré, est d'une innocuité constante. Bruneau, D.-M.-P.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 avril 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie plusieurs échantillons de remèdes secrets et un modèle d'instrument propre à fabriquer le sparadrap.

Correspondance manuscrite. — Choléra.

M. Charrier, médecin à Chaillé-les-Marais (Vendée), envoie un seconde note sur les cas de choléra qu'il a observés.

M. Pellarin envoie la suite de ses recherches sur le choléra.

Eaux minérales de Krankenheil.

M. Kiessling, d'Augsbourg, envoie un échantillon des eaux minérales de Krankenheil, qui contiennent de l'iode et de la soude, et des observations sur l'efficacité de ces eaux.

Responsabilité médicale.

M. Boulay, de Gambais (Seine-et-Oise), prie l'Académie de nommer une commission chargée de faire un rapport sur une affaire de responsabilité médicale que le bureau juge sans doute à propos de ne point faire connaître. Cette affaire est renvoyée à une commission composée de MM. Orfila, Adelon, Fouquier, Guibourt, Nacquart et Mélier.

Digitaline.

MM. Homole et Quevenne envoient un troisième mémoire sur la digitaline. Dans ce mémoire, les auteurs se proposent de démontrer que la digitaline est bien le seul principe actif de la digitale.

Suivant les auteurs, la digitaline a trois modes d'action:

1° Elle modifie la circulation; une dose de 2 à 5 milligr. suffit pour produire cet effet.

2° A une dose plus élevée, elle produit une action éméto-cathartique.

3° Enfin, à une dose plus élevée encore, mais qui est bien supérieure à celle qu'on pourrait supposer au premier abord, la digitale devient toxique.

La digitaline produit encore un effet diurétique et une excitation du système nerveux; mais ces deux effets ne sont pas constants.

Débridement dans les fistules de la jugulaire chez le cheval.

M. Bouley jeune fait un rapport sur un mémoire de M. Leblanc relatif au sujet dont nous venons de donner le titre.

M. le rapporteur, d'accord avec l'auteur, pense que le débridement est trop négligé dans les cas dont il s'agit, et qu'il peut être mis en usage avec succès dans quelques cas exceptionnels.

Remerciments à l'auteur; dépôt du mémoire aux archives. (Adopté.)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu.

M. Martin-Solon donne lecture d'un rapport sur le *traitement du rhumatisme articulaire aigu par les vésicatoires volants*, par le docteur Dechilly, médecin de l'hôpital de Vaucouleurs (Meuse); suivi de quelques considérations sur l'emploi du nitrate de potasse et du sulfate de quinine à haute dose dans la même maladie, par M. Martin Solon, rapporteur.

Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire, simple ou goutteux est une des maladies qui, à cause de son opiniâtreté, des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. De toutes les formes que nous venons de mentionner, l'arthritis aiguë est celle que l'on parvient le plus facilement à guérir; ou n'a, pour ainsi dire, que l'embarras du choix pour adopter une méthode curative favorable.

La saignée coup sur coup, le tartre stibié, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse donnés à haute dose et à dose contre-stimulante sont les moyens qui se disputent les préférences des praticiens, et à l'efficacité desquels ceux-ci ont nécessairement recours lorsque la maladie a une certaine gravité. L'expectation, dans ce cas, serait impardonnable; car, ce qu'il importe le plus dans cette terrible affection, c'est d'empêcher son passage à l'état chronique et d'éviter les altérations nombreuses et variées qui en sont la suite.

Le tartre stibié, si utile dans la pneumonie aiguë, est beaucoup moins employé dans le rhumatisme que les deux autres contre-stimulants précédemment cités. A ces divers moyens, M. Dechilly vient d'en ajouter un nouveau: c'est l'application de larges vésicatoires volants sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë de l'arthritis. L'insuffisance qu'il reproche à la saignée et au nitrate de potasse, les dangers qu'il dit avoir trouvés dans l'emploi du sulfate de quinine ont déterminé ce laborieux confrère à rechercher quelque agent plus efficace, et à proposer l'usage de vésicatoires volants dans le but d'abréger la durée de la maladie et d'en diminuer la violence. Tel est le sujet qu'il s'est proposé d'examiner dans le travail dont nous avons l'honneur de vous rendre compte.

Le mémoire de M. Dechilly se compose de deux parties. Dans la première, notre confrère émet quelques courtes considérations générales sur l'arthritis aiguë. Il rapporte, dans la seconde, 14 observations à l'appui du traitement qu'il propose. D'après M. Dechilly, la saignée combat, il est vrai, le symptôme fébrile du rhumatisme, mais n'en atteint pas l'agent morbifique. Selon lui, en effet, le rhumatisme n'est pas plus une inflammation des articulations que la variole et la rougeole ne sont des inflammations de la peau, que la fièvre typhoïde n'est une inflammation du tube digestif. Dans ces différents cas, la phlegmasie n'est que la manifestation symptomatique d'une cause morbifique qui existe dans l'économie; c'est cette cause que M. Dechilly se propose d'attaquer par l'emploi des vésicatoires.

Dans la première observation de M. Dechilly, ce n'est qu'après le douzième jour de l'invasion du rhumatisme, quand plusieurs émissions sanguines et quelques grammes de nitrate de potasse avaient été employés sans efficacité, que notre confrère eut recours à l'application des vésicatoires volants pour guérir la maladie.

Le début du traitement est encore antiphlogistique dans la douzième observation. Son insuffisance détermine M. Dechilly, enhardi par un premier succès, à faire appliquer, dès le cinquième jour de l'affection, un large vésicatoire sur chaque articulation tibio-tarsienne. Le malade se rétablit, mais une imprudence fait reparaître l'arthritis dans les genoux. De nouveaux vésicatoires poursuivent ensuite avec avantage le rhumatisme sur chacune des articulations envahies.

Dans la troisième observation, le premier vésicatoire est appliqué le cinquième jour de la maladie. La douleur articulaire et la fièvre diminuent et cessent, puis d'autres articulations se prennent successivement, et la maladie se termine le quatorzième jour de son invasion, neuvième de son traitement, pour lequel on a employé presque exclusivement l'application de neuf vésicatoires sur les diverses jointures douloureuses.

En examinant les autres faits qui ont trait à l'arthritis, on leur trouve la plus grande analogie avec ceux que nous venons d'analyser rapidement.

En résumé, quand une arthritis aiguë se présente, M. Dechilly fait faire une saignée générale si le sujet est pléthorique et vigoureux. Si le cerveau, le péricarde ou quelque

partie de la plèvre est menacée de congestion, il fait apposer localement des sangsues ; mais quant aux articulations malades et douloureuses, il couvre, sans plus attendre, chacune d'elles d'un vésicatoire assez large pour que toute la synoviale puisse être influencée par son action. Dans sa sixième observation, l'auteur fait remarquer qu'une articulation radio-carpienne, enveloppée imparfaitement de vésicatoire, conserva douloureuse la portion articulaire qui n'avait point été en contact avec l'emplâtre épispastique.

La vésication détermine, il est vrai, des douleurs vives, mais elles n'égalent pas l'intensité de celles du rhumatisme. D'ailleurs, ces douleurs de vésication se dissipent complétement en douze ou quinze heures. Dès le lendemain, la tuméfaction rhumatismale est déjà moindre, et la douleur qui l'accompagnait suffisamment diminuée pour permettre de légers mouvements et ne laisser dans l'articulation qu'un sentiment d'engourdissement. Le pouls a presque toujours perdu de sa fréquence et la peau de sa chaleur fébrile. La sécrétion et l'excrétion urinaires n'éprouvent habituellement aucune modification fâcheuse. M. Dechilly affirme même que, sans prendre la précaution de camphrer les vésicatoires, il a vu dans plusieurs cas leur application diminuer une dysurie préexistante. Sa quatrième observation en fournit un exemple. Nous n'avons pas non plus observé de dysurie chez les premiers malades pour lesquels nous avons fait usage du traitement de M. Dechilly. L'urine de l'un d'eux donna cependant, le troisième et le quatrième jour de l'application vésicante, un précipité albumineux par l'acide nitrique; mais il n'y eut point de douleur en urinant. Chez un autre malade qui subit à la fois l'application de cinq vésicatoires, l'urine fut très légèrement précipitable, mais la miction assez peu douloureuse pour que le malade s'en soit seulement aperçu parce que l'on appela son attention sur ce sujet. Nous devons faire observer que ces différents malades n'avaient point, comme ceux chez lesquels M. Morel-Lavallée a observé l'albuminurie, ou cystyte cantharidienne, subi l'application de ventouses scarifiées avant celle des vésicatoires.

Pour revenir au traitement de M. Dechilly, disons que le rhumatisme continue sa marche dans les parties endoloriés qui n'ont point été couvertes d'épispastique, et qu'il envahit les unes après les autres les synoviales restées saines; de sorte qu'il faut poursuivre directement l'ennemi dans chaque jointure à mesure qu'il s'y présente. Ainsi le malade de la 6e observation de M. Dechilly eut treize vésicatoires posés en six applications successives, soit sur des articulations, soit sur des gaines synoviales tendineuses voisines. M. Dechilly affirme qu'aucun de ses malades n'éprouve d'accident ou d'incommodité capables de contre-indiquer sa méthode. Ses observations démontrent qu'elle guérit quelquefois l'arthritis aiguë en cinq ou six jours; mais cette issue favorable peut se faire attendre souvent plus longtemps. C'est ce qui eut lieu pour le sixième malade que nous citions tout à l'heure, et dont le rhumatisme dura dix-huit jours. La maladie se termina bien plus tard encore chez d'autres malades.

L'emploi des vésicatoires a été généralement repoussé dans le traitement des phlegmasies pendant leur période aiguë; les auteurs varient même beaucoup sur le choix du lieu de leur application dans le déclin de la maladie, période à laquelle ils sont indiqués pour beaucoup de médecins. Barthez aimait mieux que l'application eût lieu au voisinage de la partie affectée; Hoffmann préférait un point éloigné. La nature rhumatismale de l'inflammation aiguë a déterminé quelques médecins à ne point avoir égard à ces distinctions. Stoll était étonné, ainsi que le fait remarquer notre collègue M. de Villeneuve (article Rhumatismale du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, page 620), de l'effet prompt et heureux des vésicatoires dans les rhumatismes fébriles. M. Dechilly a bien pu, à l'exemple de l'illustre professeur de Vienne, chercher un moyen de guérir l'arthritis aiguë dans une médication vantée par ce grand maître.

Les observations citées par M. Dechilly nous ont engagé, par les effets quelquefois satisfaisants que nous y avons rencontrés, à essayer un traitement qui pouvait avoir les avantages que l'on demandait peut-être en vain aux méthodes curatives que nous possédons maintenant.

En y réfléchissant, d'ailleurs, nous avons peu à peu perdu la répugnance que nous avions d'abord pour appliquer de larges vésicatoires sur des articulations violemment enflammées. Nous nous sommes rappelé les avantages de cette médication dans l'érysipèle phlegmoneux proclamés par Petit (de Lyon), souvent observés par nous à la clinique de notre illustre maître Dupuytren, avantages dont on trouve bon nombre d'exemples dans l'excellente thèse de notre collègue M. Patissier (année 1815, n° 202), avantages enfin que M. Velpeau, plusieurs praticiens et nous-même avons souvent constatés dans ces cas.

Nous nous sommes rappelé l'utilité des vésicatoires employés pour arrêter la marche envahissante de certains érysipèles ou la turgescence beaucoup trop considérable de pustules varioliques; nous nous sommes aussi rappelé que, contre la pleurésie aiguë, plusieurs médecins distingués (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*) vantent les résultats de l'application de larges vésicatoires *loco dolenti* pendant la période d'acuité de la maladie. N'y a-t-il pas quelque analogie entre ces différents cas? Dans les premiers, le vésicatoire est placé sur la partie enflammée elle-même; dans le dernier, plusieurs tissus séparent le vésicatoire de la membrane malade; mais dans tout il s'agit de faire disparaître une irritation locale sous l'influence de celle que l'on produit à l'aide d'un nouvel irritant, à peu près comme on voit dans les expériences de M. Hastings, en Angleterre, et de M. Gendrin, en France, une solution d'hydrochlorate de soude appliquée sur une patte de grenouille, faire aborder le sang dans les vaisseaux et y produire une hypérémie, tandis qu'aussitôt après l'application d'un autre irritant sur le même point, l'alcool modifie la circulation capillaire et diminue la rougeur de la partie. Au reste, l'expérience n'a fait que nous confirmer l'innocuité de la méthode de M. Dechilly, et nous en démontrer les avantages incontestables.

Voici l'exposé des deux premiers faits que nous avons observés, et que nous devons faire connaître avec détails. Dans ces cas, comme dans toute autre expérimentation thérapeutique, nous avons cru devoir recourir autant que possible à l'emploi unique du moyen indiqué, afin de mieux en apprécier les effets.

Nous nous contentons de donner le sommaire analytique de cette observation, que l'auteur rapporte avec les plus grands détails. Ce sommaire permet d'ailleurs d'apprécier parfaitement la marche de la maladie et l'influence que peut avoir eue la médication employée.

Rhumatisme articulaire aigu intense abandonné aux seuls efforts de la nature pendant les six premiers jours de la maladie, chez un sujet de 23 ans : une petite saignée et trois larges vésicatoires volants sont prescrits le septième jour; ces trois articulations, soumises à l'action vésicante, sont le lendemain dans un état satisfaisant, et deux nouveaux vésicatoires sont appliqués avec autant de succès sur deux autres jointures. Le neuvième jour de la maladie, on en couvre trois articulations nouvellement envahies; le mouvement se rétablit immédiatement dans les diverses articulations; la synovie est promptement résorbée, la fièvre diminue et cesse; mais une sorte d'endolorissement persiste dans plusieurs sans indication de l'emploi de nouveaux vésicatoires, ni d'un autre moyen actif. Une légère recrudescence se manifeste le vingt-deuxième jour de la maladie avec fièvre et douleurs dans une des articulations antérieurement couvertes de vésicatoires; emploi du sulfate de quinine à la dose d'un gramme et demi; deux derniers vésicatoires (neuvième et dixième) sont appliqués plus tard sur les articulations scapulo-humérales dont les douleurs n'avaient jamais été très aiguës. La guérison devient complète le trente-septième jour de la maladie, trentième du traitement vésicant.

Remarques. — Une saignée de 150 grammes seulement a été pratiquée au début du traitement pour prévenir une réaction trop vive produite par les vésicatoires. Nous avons vu ceux-ci enlever successivement la douleur sur toutes les articulations qui en devenaient le siége; mais la prolongation de la maladie démontrait que la cause restait inattaquée. Lorsque les articulations n'ont plus été endolories, nous avons cessé de les couvrir de vésicatoires, car ce n'est pas la condition que M. Dechilly indique et recherche pour l'emploi de sa médication. Le sulfate de quinine nous a paru plus convenable alors, bien que l'acuité de la maladie fût passée. Les deux derniers vésicatoires, qui ont été mis plus tard aux épaules, n'ont eu d'autre objet que de combattre le reste de l'endolorissement rhumatismal, qui dans les cas ordinaires disparaît assez rapidement par la vésication employée d'ailleurs depuis longtemps à cette période de la maladie.

La lenteur que nous venons de remarquer dans la terminaison de ce rhumatisme est encore à peu près la même dans l'observation suivante, dont les notes détaillées ont été exactement recueillies par l'un de nos élèves M. Boullay. Nous en donnerons seulement l'analyse. Ici il n'y a point eu de saignée pratiquée.

Obs. II. — Un charretier fort et vigoureux, âgé de trente-deux ans, fut pris d'une arthritis aiguë le 17 octobre 1848. Le 25, huitième jour de la maladie, les coudes-pieds et les genoux sont le siége des principales douleurs; on couvre ces parties de très larges vésicatoires volants; le lendemain et le surlendemain les douleurs et la fièvre diminuent; la miction reste indolente et l'urine non albumineuse.

Le onzième jour de la maladie, troisième du traitement, le mouvement est rétabli dans les coudes-pieds et les genoux; la synovie presque complétement résorbée et le pouls normal; mais une nouvelle douleur envahit le poignet gauche; l'épaule gauche, qui n'avait été que roide et endolorie, se tuméfie et devient douloureuse. Deux nouveaux vésicatoires sont appliqués avec le même succès sur ces articulations.

Deux jours après, une douleur avec gonflement se développe dans la coulisse bicipitale gauche et gêne tous les mouvements du bras. Un vésicatoire, le septième, est placé sur le trajet de la gaine synoviale.

Le 31, le pouls, au lieu de 84 battements, en donne 68; les articulations sont libres; le malade mange le demi-cinquième et se trouve dans un état tout à fait satisfaisant.

Le 7 novembre, retour de l'endolorissement dans plusieurs jointures; élévation du pouls à 76, puis à 84. Persistance de cet état le lendemain; mais, l'intensité modérée de la chaleur et des douleurs ne nécessitant ni l'application de nouveaux vésicatoires selon la méthode de M. Dechilly, ni l'usage du nitrate de potasse, on donne le sulfate de quinine à la dose d'un gramme et demi.

L'état rhumatismal se dissipe avec lenteur. Pendant sa convalescence, le malade est pris de variole confluente le 22 nombre. Il sort guéri de cette dernière maladie le 31 décembre, ne se ressentant point de son rhumatisme.

En lisant ces observations, on n'est pas moins étonné de la facilité avec laquelle les articulations et l'économie supportent l'action de vésicatoires aussi nombreux et aussi larges, que de la promptitude avec laquelle les symptômes fébriles et les douleurs articulaires disparaissent. Mais on a pu le voir dans cette observation comme dans la précédente, la douleur cède dans les articulations seules que l'on couvre de vésicatoires; celles qui étaient déjà malades n'en éprouvent pas de modification, pas de soulagement, et le rhumatisme n'en continue pas moins à envahir les membranes synoviales qui n'avaient point encore été affectées. Cependant, quand la maladie a peu d'intensité, on se borne à un petit nombre d'articulations; elle peut s'éteindre en quelques jours par la seule application des vésicatoires; ainsi, elle se terminera le quatrième, cinquième ou septième jour chez différents malades de M. Dechilly. Mais, quand l'affection est plus grave et plus étendue, elle se prolonge souvent beaucoup plus, parce qu'une articulation nouvelle se prend à mesure que celles sur lesquelles des vésicatoires avaient été appliqués se dégagent. Nos observations le démontrent tout aussi bien que celles de M. Dechilly : ainsi, l'on voit chez l'un des malades de notre confrère l'affection céder seulement le treizième jour du traitement après l'application de huit vésicatoires. Ce ne fut qu'au dix-huitième jour du traitement, treize vésicatoires ayant été appliqués, que le malade de la sixième observation arriva à l'époque de la guérison, conservant encore dans ses jointures un sentiment d'engourdissement fort incommode. L'endolorissement des jointures persista jusqu'au huitième jour chez un autre malade (cinquième observation) dont la guérison avait été d'abord très rapide.

La méthode vésicante ne met pas les rhumatismes à l'abri des recrudescences; nous l'avons vu par les faits que nous venons de rapporter; quelques observations de M. Dechilly le démontrent également. Ainsi, le malade qui fait le sujet de sa huitième observation, atteint d'un rhumatisme très aigu, soumis d'abord à deux abondantes saignées et à deux applications de sangsues sur plusieurs jointures, est ensuite, du sixième au onzième jour de sa maladie, traité par l'application successive de cinq vésicatoires qui rendent la liberté aux diverses jointures. Mais, six jours après, le rhumatisme envahit le thorax, occasionne une dyspnée extrême, nécessite l'usage d'une nouvelle saignée et l'application d'un sixième vésicatoire.

L'amélioration est ensuite aussi rapide que l'emploi des remèdes; mais ces moyens n'en sont pas moins suivis, sept jours plus tard, d'une seconde recrudescence, dans laquelle la gaine bicipitale du bras gauche est à son tour prise du rhumatisme.

Nous ne devions pas dissimuler l'insuffisance de la méthode vésicante contre l'arthritis aiguë après avoir fait remarquer avec quelle rapidité et quelle constance la douleur avait abandonné les articulations rhumatisées sur lesquelles on l'avait employé. Aussi ces deux résultats favorables nous avaient-ils fait penser qu'il se rencontrerait quelques cas où la médication de M. Dechilly serait plus spécialement indiquée. En voici un qui se trouve dans ces conditions; nous en rapporterons l'observation.

Obs. III. — Affaibli par une polyarthrite aiguë et récente, le malade qui en fait le sujet ne pouvait être soumis au régime antiphlogistique. Atteint d'une diarrhée rebelle, le sulfate de quinine aussi bien que le nitrate de potasse à haute dose ne pouvaient lui convenir. L'expectation, quelque médication de valeur contestée ou les vésicatoires pouvaient seuls être proposés. Nous préférâmes le dernier moyen, dans l'espoir de rétablir plus promptement un malade impatient d'ailleurs de recouvrer la santé. M. Combessis a recueilli les notes de cette observation; nous en donnerons seulement l'analyse.

Un boulanger, âgé de trente ans, d'une assez bonne constitution, contracte pendant le mois de janvier 1849 un premier rhumatisme articulaire, dont il guérit en douze jours par l'usage du sulfate de quinine à haute dose. Sorti trop tôt de l'hôpital, cet homme est repris de rhumatisme le 21 février. Entré à la salle Saint-Lazare de l'Hôtel-Dieu le 27; sixième jour de sa maladie, les deux coudes-pieds, les genoux, l'épaule gauche, le poignet et la main du même côté sont atteints d'arthritis aiguë; le pouls est à 84, fort et dur; soif vive; diarrhée abondante, sans coliques. — Larges vésicatoires volants sur chacune des cinq premières articulations qui sont les plus douloureuses; chiendent; diète.

Le lendemain, les articulations couvertes de vésicatoires peuvent exécuter des mouvements sans douleurs; le poignet gauche, qui n'a point été soumis à l'application du vésicatoire, est un peu plus tuméfié; 84 pulsations; diminution du dévoiement; miction un peu plus douloureuse; urine très faiblement albumineuse. — Vésicatoire sur le poignet.

Le troisième jour du traitement, le poignet est en bon état; pouls normal; urine non albumineuse. Mais l'épaule gauche, malgré la vésication convenablement opérée, est redevenue douloureuse et tuméfiée.

Cinquième jour du traitement : 68 pulsations; persistance de la douleur de l'épaule. — Vésicatoire; demi-cinquième de portion.

Neuvième jour : douleur envahissant le poignet droit; 76 pulsations. — Vésicatoire; potages.

Dixième jour; poignet droit en bon état; prolongation du rhumatisme aux articulations métacarpo-phalangiennes droites. — Vésicatoire sur ces jointures.

Onzième jour du traitement, dix-septième de la maladie. Toutes les douleurs ont cessé; le dévoiement n'a pas reparu; le malade mange un cinquième. Deux jours après, il demande instamment sa sortie, se trouvant très bien, quoique conservant un peu de roideur dans plusieurs de ses articulations.

En même temps que cette observation donne un exemple de l'indication et pour ainsi dire de la nécessité de l'emploi des vésicatoires dans le traitement du rhumatisme, puisque, ainsi que nous le faisions remarquer d'abord, la plupart des autres médications étaient contre-indiquées, elle donne aussi une nouvelle preuve de l'utilité et de l'efficacité de la méthode vésicante employée seule et dans toute sa rigueur.

M. Dechilly combine souvent sa méthode avec les émissions sanguines, soit que celles-ci précèdent l'application des vésicatoires, soit qu'elles l'accompagnent. Cette précaution peut être utile; mais nos observations nous ont fait voir qu'elle n'est pas indispensable pour établir la tolérance des vésicatoires et favoriser leur action résolutive locale. Quant à la marche envahissante du rhumatisme, nous n'avons pas remarqué non plus que la réunion des émissions sanguines et des vésicatoires ait eu, pour l'arrêter, plus d'avantage que la vésication employée seule. Il faut dans ce traitement, comme dans les autres, se rendre compte de l'indication à suivre pour se déterminer à employer la médication pure ou modifiée par les moyens déjà connus.

Notre confrère s'est, selon nous, exagéré les inconvénients que peut avoir l'usage du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement du rhumatisme. Il repousse ce moyen comme offrant plus de dangers que d'avantages; nous croyons, à ce sujet, qu'il est dans l'erreur. Beaucoup de praticiens ont mis cette médication en usage avec succès; nous en avons également retiré des avantages incontestables en en prescrivant de 1 gramme 50 centigrammes à 3 grammes, selon les cas, donnés dans les vingt-quatre heures en potion et en doses fractionnées. L'importance que John Haygarth attachait, en Angleterre, à la poudre de quinquina dans le traitement du rhumatisme aigu, et que M. Guéneau de Mussy a rappelée dans un savant rapport fait à l'Académie (*Bulletin de l'Académie*, t. VIII, p. 914), ne laissait point de doute sur l'efficacité de l'écorce du Pérou contre cette maladie.

M. Dechilly a prescrit à quelques-uns de ses rhumatismés le nitrate de potasse, mais il a trouvé ce médicament insuffisant contre l'arthritis; il lui reproche même d'avoir, dans plusieurs autres cas, produit des gastrites. Donné à la dose de deux grammes par litre de tisane, ainsi que l'a fait M. Dechilly à plusieurs malades, le nitrate de potasse ne pouvait exercer d'action contre-stimulante sur le rhumatisme; mais nous sommes étonné qu'à cette dose il ait communément produit des gastrites. Depuis que Broklesbey a introduit, en

1764, l'usage du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu, ce médicament a été employé avec des succès plus ou moins marqués d'abord par quelques médecins étrangers, puis par beaucoup de médecins français; seulement tous reconnaissent qu'il faut avoir soin de l'étendre dans une suffisante quantité de véhicule. Quant à nous, depuis les faits que nous avons eu l'honneur de communiquer à l'Académie il y a quelques années, ce médicament, prescrit dans les conditions que nous avons indiquées, nous a toujours procuré de remarquables succès, donné à la dose de 24 à 36 grammes dissous dans trois litres de limonade ou d'une infusion agréable et sucrée; presque constamment nous l'avons employé seul; dans quelques cas de complication d'endocardite, nous prescrivions, concurremment avec lui, une ou deux saignées et des ventouses; nous avons toujours eu assez à nous louer, même dans ces derniers cas, de ses effets thérapeutiques.

Les conclusions de ce rapport, que nous sommes forcés d'abréger, sont celles-ci :

La médication proposée par M. Dechilly mérite de fixer l'attention des observateurs et des praticiens; nous avons, en conséquence, l'honneur de proposer à l'Académie de lui adresser une lettre de remerciements.

M. Rochoux. L'homœopathie et le magnétisme citent des cas de guérison, et n'en valent pas mieux pour cela. Mais on prouve ainsi que ce n'est pas avec quelques faits pris au hasard qu'on peut juger une médication, mais avec une masse de faits bien analysés. Ce n'est donc pas au point de vue de l'expérience, mais au point de vue de la théorie, qu'il convient d'examiner le rapport de M. Martin-Solon et le travail qui est l'objet de ce rapport. Le rapport nous a dit que le rhumatisme articulaire aigu n'est point une phlegmasie; or, c'est là une contre-vérité des plus palpables; le rhumatisme articulaire aigu est non seulement une phlegmasie, mais encore une phlegmasie en quelque sorte type qui, en cette qualité, reçoit de la médication antiphlogistique l'influence la plus évidente, et sur laquelle les vésicatoires employés à la période aiguë doivent avoir la plus fâcheuse action, comme ils l'ont sur toutes les phlegmasies lorsqu'ils sont employés trop tôt. Pour ces raisons, je ne crois pas qu'on doive renvoyer le travail de M. Dechilly au comité de publication.

M. Martin-Solon. Je ne nie pas que le rhumatisme ne soit une inflammation; mais je dis que c'est une inflammation spéciale.

MM. Gerdy et Bouillaud demandant la parole, la discussion est renvoyée à la prochaine séance, et l'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 avril 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Emploi de l'oxygène contre les accidents du chloroforme.

M. Duroy, pharmacien à Paris, adresse sur ce sujet un mémoire dans lequel il cherche à établir, d'abord par une série d'expériences, que l'introduction de l'oxygène par dans les voies aériennes n'offre point de danger, et qu'il peut, sans inconvénient, être respiré pendant plusieurs heures consécutives; que l'oxygène respiré en même temps que le chloroforme retarde et affaiblit l'influence de cet agent et combat son action soporative; que l'oxygène est capable aussi de combattre les effets consécutifs et les dangers qui suivent l'emploi du chloroforme, d'où il conclut ensuite que l'oxygène doit être utile dans les accidents produits par le chloroforme et dans toutes les asphyxies dues au charbon ou aux autres vapeurs et gaz délétères.

L'auteur pense, du reste, que l'oxygène devrait être toujours employé à la suite des anesthésiques, même en l'absence de tout accident, parce qu'il est important, aussitôt l'opération terminée, d'effacer les traces du chloroforme.

Causes des tubercules.

M. Meigs pense que les tubercules sont produits par un caillot qui, formé d'abord dans le cœur, serait ensuite divisé dans le torrent circulatoire, et poussé suivant diverses directions dans les capillaires sous forme de petits noyaux qui forment le point de départ des concrétions tuberculeuses.

Cause du goître et du crétinisme.

M. Grange, de Genève, adresse une carte qui a pour objet de démontrer, ainsi qu'il l'a déjà avancé, que le goître et le crétinisme tiennent uniquement à l'influence des eaux magnésiennes.

Sur cette carte, qui représente la distribution du goître et du crétinisme en France, on voit que, contrairement à l'opinion généralement reçue, le goître est très répandu dans les pays de plaine. On le trouve endémique sur le sol des départements de l'Oise, de l'Aisne, de la Somme, du Nord, dans les pays où les montagnes sont d'une moyenne hauteur, mais non comparables aux grandes masses des Alpes; dans les Vosges, le Lyonnais, dans quelques cantons du Jura, dans une partie de l'Isère, dans la Drôme; dans les départements qui forment le versant méridional du plateau central de la France, sur une zone considérable qui s'étend de Nontron à Saint-Afrique, sur les terrains du lias et sur les grès du trias, sur les grandes chaînes dans les Alpes françaises, et enfin dans les Pyrénées.

En résumé, le goître se montre dans les circonstances topographiques les plus opposées.

M. Grange, étudiant ensuite les rapports de l'affection scrofuleuse avec le goître, trouve que les départements où il y a le plus de scrofules sont exempts de goîtres, et réciproquement les départements où le goître fait beaucoup de ravages se trouvent précisément être ceux où ce vice scrofuleux en fait le moins; tels sont les départements des Pyrénées. Il n'y a donc aucune similitude entre les causes de ces deux maladies.

M. Grange annonce qu'aucune des eaux qu'il a analysées et qui provenaient de localités à goître, soit en Suisse, soit en Savoie ou en France, ne s'est trouvée exempte d'une quantité de magnésie bien supérieure à celles indiquées par les analyses dans les eaux du bassin de la Seine, de la Loire, de la Gironde où cette affection est inconnue. Il se propose de soumettre toutes ces analyses à l'Académie.

— M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise, envoie une nouvelle note sur l'influence de la vaccine sur la mortalité et l'état sanitaire de la population.

NOUVELLES.

La Société médicale des hôpitaux a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau. Ont été nommés :

Président, M. Fouquier; — vice-président, M. Trousseau; — secrétaire général, M. Requin; — secrétaires particuliers, MM. Léger et H. Roger; — trésorier, M. Labric.

Membres du conseil d'administration. — MM. Gillette, Horteloup, Legroux, Martin-Solon, Valleix.

Membres du comité de publication. — MM. Béhier, Labric, Léger, H. Roger, Requin.

— Par divers décrets de M. le président de la République ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

M. le docteur Landouzy, président de la Société médicale et membre du conseil académique de Reims;

M. le docteur Clément Ollivier, médecin à Arpajon (Seine-et-Oise);

Et M. Charles Merel, médecin français à Tunis, en récompense des services qu'il a rendus pendant l'invasion du choléra à Tunis.

— Depuis quelques semaines, une aventurière, aux dehors élégants, bien mise et s'exprimant avec facilité, se présente chez les médecins et pharmaciens de Paris pour faire une quête, et se recommande du nom de M. Bérard, doyen de la Faculté, dont elle se dit la nièce. Plusieurs de nos confrères ont été déjà les dupes de cette manœuvre.

M. le doyen nous prie de signaler à l'attention des médecins cette nouvelle et audacieuse escroquerie, pour le succès de laquelle on a fait un si indigne abus de son nom.

— M. le docteur N. Goudas, d'Athènes, vient de traduire en grec moderne le *Manuel de médecine pratique*, par Hufeland, et les *Eléments de pathologie générale*, par M. le professeur Chomel.

Cette traduction, qui a été couronnée par l'Université d'Athènes, décèle en M. Goudas un écrivain grec fort distingué; elle aura le mérite de vulgariser dans son pays deux des ouvrages les plus justement célèbres qui aient été publiés depuis le commencement du siècle.

— La Faculté de médecine de Montpellier a clôturé le 2 avril le registre des inscriptions pour le concours de la chaire de clinique chirurgicale, vacante par la mort du professeur Serre. Ce concours s'est ouvert le 1er mai. Les candidats inscrits, au nombre de 5, sont : MM. Samson (Alphonse), professeur agrégé à Paris; Benoît et Alquié, professeurs agrégés à Montpellier; Martin, docteur en médecine; Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Le Conseil-d'État vient de statuer sur les dons faits par M. d'Aligre à l'hospice de Bourbon-Lancy, à cette ville et à la commune de Saint-Aubin. Tous ces dons, montant à la somme énorme de 2 à 3 millions pour l'hospice et de 100,000 fr. pour la ville de Bourbon, ont été approuvés et autorisés, et les ayants droit vont prendre, d'ici à peu de jours, possession de ce magnifique héritage. D'immenses travaux doivent être entrepris pour la reconstruction des bains et de l'hospice de Saint-Léger.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le lundi 27 mai 1850, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à quatre places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration depuis le lundi 29 avril 1850 jusqu'au lundi 13 mai suivant, et devront justifier qu'ils ont trente ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'*élèves internes* dans les hôpitaux de Paris.

Le secrétaire général, Signé : L. Dubost.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 4 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 54.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	[illegible] FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 3 MAI 1850.

Séances de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine.

Depuis plus d'un an déjà, une question importante est agitée devant les Académies sans que celles-ci semblent trop s'en préoccuper, c'est celle de l'étiologie du goître et du crétinisme. Comme toutes les grandes questions hygiéniques, celle-ci est cependant une de celles dans lesquelles l'intervention de la science, des observations sévères, des recherches approfondies, pourraient avoir les plus beaux comme les plus utiles résultats. Pourquoi, lorsque les Académies sont consultées sur l'utilité de telle ou telle mission scientifique, ne prendraient-elles pas un peu d'initiative, et n'indiqueraient-elles pas aux ministres quelques sujets où l'étude pourrait apporter une lumière vive et féconde?

Les ministres, nous en sommes convaincu, seraient très disposés à tenir grand compte des démarches faites par les Académies, et la plupart d'entre eux seraient heureux d'entrer dans une voie qui peut être aussi utile à l'humanité qu'elle serait honorable pour ceux qui voudraient la suivre. Ce que nous disons à propos du goître, on pourrait le dire de presque toutes les maladies endémiques, que les progrès de la science doivent, tôt ou tard, faire disparaître de la surface du globe. Mais puisque la discussion est ouverte sur l'étiologie du crétinisme, qu'on mène d'abord celle-là à bonne fin; c'est une tâche qui ne paraît nullement au-dessus des moyens dont la science peut disposer. Il ne faut peut-être pour extirper cette cruelle maladie de nos contrées, qu'un peu de dévouement de la part de quelques observateurs, et un peu d'initiative de la part des Académies.

En attendant l'accomplissement de nos vœux, nous allons avoir probablement, mardi prochain, une discussion en règle sur la pathologie et peut-être la thérapeutique du rhumatisme articulaire. L'important rapport de M. Martin-Solon méritait bien qu'on lui fît les honneurs de la controverse; il est seulement fâcheux que les élections et les rapports officiels aient déjà obligé l'Académie à renvoyer à des séances ultérieures deux autres discussions; car le plus souvent une discussion renvoyée est une discussion enterrée; c'est ce que n'ignorent en aucune façon les membres qui ne se sentent pas de goût pour les débats scientifiques, et qui s'efforcent toujours de les faire remettre à une autre séance.

Cependant, MM. Gerdy et Bouillaud ayant demandé la parole, il y a lieu de croire que ces honorables académiciens tiendront à user de leur droit. Cet espoir nous engage à renvoyer nous-même à l'appréciation de la discussion qui s'ouvrira sur le rhumatisme les réflexions que nous avons à présenter sur quelques points du rapport de M. Martin-Solon.

Mort de M. de Blainville.

La médecine et les sciences naturelles viennent de perdre un de leurs plus illustres représentants dans la personne de M. de Blainville. Le célèbre professeur, quoique âgé de 72 ans, jouissait, il y a deux jours encore, d'un bon état de santé. Avant-hier au soir, il quitta son domicile, à Paris, pour aller à Dieppe visiter sa nièce. Il arriva à bon port au débarcadère de la rue Saint-Lazare, prit une place et monta en voiture sans présenter aucun symptôme de maladie. Au moment où le convoi allait partir, l'employé chargé de fermer les portières remarqua, dans une des voitures, un voyageur seul et dont l'attitude lui parut extraordinaire; une rapide investigation ne tarda pas à donner au conducteur la certitude que la personne dont l'attitude l'avait ainsi frappé avait cessé de vivre. Une lettre trouvée dans les vêtements du défunt apprit que la victime de cette mort foudroyante était le célèbre professeur de Blainville.

Revue clinique hebdomadaire.

Inflammation subaiguë de la bourse muqueuse anté-rotulienne. — Traitement par la ponction. — Le service de M. le professeur Velpeau renfermait il y a quelque temps une malade sur laquelle ce chirurgien a appelé l'attention de ses nombreux auditeurs, et dont l'affection en effet est digne de quelques réflexions. Cette malade, couchée au n° 26 de la salle des femmes, est âgée de trente ans; elle exerce le métier de polisseuse. Sa santé est généralement bonne; cependant elle a depuis quelque temps des flueurs blanches. Il y a plusieurs mois elle a subi un traitement pour des ulcérations du col de l'utérus; du reste on ne trouve ni dans sa constitution, ni dans ses antécédents, aucune particularité qui se rattache à la maladie dont elle est atteinte en ce moment.

Elle porte au genou gauche une tumeur située au-devant de la rotule, qui se trouve perdue pour ainsi dire dans la tuméfaction des tissus; cette tuméfaction est assez exactement dessinée, de manière qu'à son pourtour on peut constater les dépressions que, dans cette région, on trouve à l'état normal. Il existe une légère rougeur et une chaleur peu marquée. A ces symptômes il faut ajouter une fluctuation bien différente de celle qui a pour siége l'intérieur de l'articulation du genou.

Il est bien évident qu'il s'agit ici d'une maladie extra-articulaire; il est bien évident encore que cette maladie n'occupe pas le tissu cellulaire compris entre la peau et les tissus fibro-synoviaux, mais bien la bourse synoviale anté-rotulienne; en effet, la rougeur de la peau est un peu intense; la tuméfaction, bien qu'assez large, offre cependant un foyer nettement limité; enfin la fluctuation ne ressemble nullement à celle des abcès phlegmoneux. D'ailleurs le mal ne date que de trois jours; et, dans cet espace de temps, un phlegmon circonscrit du tissu cellulaire sous-cutané ne donne pas naissance à un abcès; un phlegmon diffus peut bien à la vérité, dans le même intervalle, amener et la formation du pus et la mortification du tissu cellulaire; mais le pus ainsi formé se présente à l'état d'infiltration, au lieu de se montrer en foyer circonscrit. D'un autre côté, lorsque les bourses muqueuses s'enflamment, elles deviennent promptement le siége d'une exhalation liquide qui rend parfaitement compte des phénomènes observés chez la malade. La cause de cette affection, qui en général ne se déclare qu'à la suite de violences extérieures, reste ici inconnue. La malade assure n'avoir point fait de chute, n'avoir reçu aucun coup; la nature de ses occupations, l'état général de sa santé ne peuvent évidemment avoir exercé aucune influence.

Une autre difficulté se présentait encore dans ce cas, c'est celle de savoir à quel produit pathologique le travail inflammatoire avait donné naissance. Il ne faudrait pas croire, a fait observer M. Velpeau, que les phlegmasies des bourses muqueuses n'aient que deux modes de terminaison, la résolution ou la suppuration; souvent elles engendrent un simple épanchement séreux; souvent un épanchement séro-fibrineux, dont l'élément plastique reste disséminé sous forme de grumeaux, ou ira se déposer par couches concentriques sur les parois de la cavité. Lorsque du pus est produit, il peut se faire qu'il se présente à l'état de pureté ou de mélange avec les différents liquides que nous venons d'énumérer. Chez notre malade, comme l'inflammation était subaiguë et ne remontait d'ailleurs qu'à trois jours, il était naturel de supposer que l'épanchement consistait en une sérosité lactescente; c'est aussi l'opinion que se forma M. Velpeau.

A ce degré de développement, dit ce professeur, le pronostic de la maladie dont nous nous occupons est presque toujours favorable; la résolution est encore possible, et, si elle a lieu, elle ne laisse à sa suite aucun accident sérieux; que si les parois de la bourse muqueuse deviennent adhérentes, cet organ[illegible] au bout d'un temps plus ou moins loug; il est facile de s'en convaincre en examinant le mécanisme de sa formation primitive. Les bourses muqueuses, en effet, résultent des modifications imprimées au tissu cellulaire par le glissement des parties les unes sur les autres. Aussi conçoit-on aisément qu'elles se développent d'une manière accidentelle dans certaines régions du corps; c'est ainsi que les portefaix, que les tailleurs portent des bourses muqueuses, les uns sur le dos, les autres sur les malléoles externes. La bourse synoviale anté-rotulienne a la même raison d'être que celles des autres régions, le glissement de la peau sur les parties sous-jacentes, glissement qui continuera d'avoir lieu dans le cas d'oblitération pendant les mouvements de flexion et d'extension, déterminera la formation d'une cavité semblable à celle qui existait en premier lieu.

La terminaison par suppuration présente plus de gravité; elle peut causer la dénudation de l'os, et dans tous les cas elle nécessite des incisions qui retardent la guérison. Jamais elle n'est suivie de troubles dans les mouvements de la jointure.

Lorsqu'on peut espérer la résolution de l'inflammation des

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Des plaies par armes à feu; par M. BOUTEILLER (Jules), ex-interne des hôpitaux de Paris. (Thèse inaugurale, 1849.)

> « Sans doute, ceux-là sont dignes d'éloges qui
> » cherchent à faire des découvertes; mais ceux-là
> » aussi ne perdent pas leur temps qui examinent,
> » développent, etc., les idées de ceux qui les ont
> » précédés. » (STOLL).

Après avoir lu complétement le travail de M. Bouteiller, on voit qu'il a atteint le but qu'il indique dans son épigraphe et dans ses considérations préliminaires, c'est-à-dire qu'il a présenté un tableau clair et succinct de ce qui a été fait sur les plaies par armes à feu.

Toutefois, M. Bouteiller saisit les points en litige, les discute avec érudition, et se prononce nettement.

Ainsi, relativement à l'ouverture d'entrée et à l'ouverture de sortie d'une halle, il expose clairement en quelques lignes les opinions de Larrey, Percy, Dupuytren, Richter, Malle, Ollivier (d'Angers), Blandin, et de MM. Roux, Velpeau, Bégin, Huguier, Gerdy et Devergie. Enfin, il adopte une explication qu'il a trouvée et qu'il émettait souvent, sans savoir que M. Johert (de Lamhalle) l'avait énoncée avant lui. En composant sa thèse, il apprit que M. Jobert professait les mêmes opinions; aussi se hâta-t-il de lui rendre la priorité.

Il faut remarquer, dit-il, que, si une balle pénètre, par exemple, à la partie antérieure de l'ahdomen, et sort à la région lomhaire, la plaie d'entrée doit être plus petite qne la plaie de sortie, parce que, d'nne part, la peau de l'abdomen cède à la pression de la balle avant de se laisser traverser par elle, et que, d'autre part, la peau de la région lombaire, extrêmement adhérente aux tissus sous-jacents, se laisse traverser par la halle sans fuir devant elle. Je me hâte d'ajouter que je n'ai pas le mérite d'avoir le premier émis cette idée, car j'ai sn depuis que M. Johert (de Lamballe) avait dit cela avant moi; il cite même un malade blessé au scrotum, de droite à gaucbe. L'entrée était plus petite que la sortie, parce qu'à la sortie la halle avait trouvé le scrotum appuyé sur la cuisse. Dans ces cas exceptionnels, l'ouverture de sortie a les caractères que j'ai attrihués à celle d'entrée, excepté, hien entendu, la direction des hords.

C'est un point très controversé des amputations; M. Bouteiller le traite longuement, et il se décide, les cbiffres en main et en même temps sur de bonnes raisons thérapeutiques, pour l'amputation immédiate. Il voudrait que l'on fît de nouvelles statistiques, car, selon lui, toutes celles qui ont été faites jusqu'à présent, n'étant nnllement médicales, doivent être considérées comme non avenues. Il voudrait aussi que, dans la composition d'une nouvelle statistique, on tînt compte de toutes les circonstances suivantes:

1° L'état du malade au moment de l'ampntation;
2° Le lieu où il a été blessé, et celui où il a été opéré (en rase campagne ou à l'hôpital);
3° Le membre amputé;
4° La nature du projectile;
5° Le procédé opératoire employé;
6° La quantité de sang perdue par le malade;
7° Le mode de réunion et de traitement du moignon;
8° La disposition morale de l'amputé;
9° La plus ou moins parfaite exécution de l'opération.

Il est une autre partie du traitement où M. Bouteiller propose une pratique nouvelle, c'est celle du traitement des plaies en séton.

Dupuytren, dit-il, conseille, pour la région crânienne, de réunir par une incision les deux ouvertures, dans le cas de plaie en séton d'un trajet très court, et de faire sur ce trajet une ou plusieurs contre-ouvertures, quand il est assez long pour qu'il y ait danger à l'ouvrir d'un bout à l'autre. Réunir par une incision les deux ouvertures, puis éharber les deux lambeaux créés ainsi, est le précepte que je donnerai dans tous les cas de plaie en séton: en effet, quand on n'en agit pas ainsi, les malades guérissent plus lentement. Un garde mohile, entré le 23 juin au n° 4 de la salle Sainte-Marthe, présentait à la cuisse une plaie en séton, dont les deux ouvertures étaient distantes de 3 centimètres et demi. Le 3 octohre il n'était pas guéri, et il sortait encore de sa blessure des morceaux de drap. Au n° 22 de la même salle, entra, le 24 juin, un garde national dont la banche gauche offrait une plaie en séton de 4 centimètres de longueur; on n'incisa que le 10 août, et il ne guérit qu'à la fin du même mois. Enfin, un artilleur de la garde nationale, blessé le 23 juin au hras gauche (plaie en séton de 5 centimètres), ne fut guéri que le 30 août, et il fallut vingt à vingt-cinq jours pour que le pont qui séparait les deux ouvertures fût tombé en gangrène. Ces trois faits me paraissent militer en faveur de mon opinion.

Nous pensons que M. Bouteiller a parfaitement raison, et les trois observations qui précèdent sont concluantes.

La thèse qui nous occupe renferme un grand nombre d'ohservations curieuses à plus d'un titre. La manière dont le sujet a été traité emprnnte son originalité à celle des documents que l'auteur a recueillis de toutes parts: leçons orales de ses maîtres, honnes idées qu'il a recueillies et qui auraient été sans cela perdues, pièces anatomiques qu'il a étudiées dans le service de M. le professeur Roux, dont il a été l'interne, ou dans ceux des autres hôpitaux; observations qu'il a prises lui-même ou qu'il a reçues de ses collègues; enfin, notes qu'il a puisées en assistant anx séances de l'Académie de Médecine, tout a été mis à profit par M. Bouteiller.

Il a même cherché à élucider son sujet de thèse dans les hôpitaux de la ville de Rouen, car il a fait tourner au profit de ses études un voyage qu'il fit lors des tristes journées d'avril 1848.

En résumé, cctte thèse inaugurale est l'œuvre d'un hon esprit et d'un travail soutenu. YY.

boursés muqueuses, on doit avoir recours, dit M. Velpeau, aux antiphlogistiques et aux résolutifs proprement dits. Ici nous nous sommes contenté de prescrire le repos et les topiques émollients, en nous réservant de faire usage de moyens plus énergiques, si ceux que nous employons ne produisent pas l'effet que nous attendons. Dans cette hypothèse, nous aurions à choisir entre la saignée locale, l'application d'un large vésicatoire et la ponction de la tumeur. La ponction agit comme résolutif en donnant issue au liquide épanché et en divisant les tissus enflammés. En général elle doit être multiple; dans le cas qui nous occupe il conviendrait de la pratiquer au milieu et sur les parties latérales de la bourse muqueuse. De cette manière on favorise la détersion complète de la cavité, et l'on rend la cicatrisation plus facile.

Quelques jours après avoir professé ces préceptes thérapeutiques, M. Velpeau, voyant que le repos et les cataplasmes émollients n'avaient amené aucun changement dans l'état de la tumeur, dut recourir, suivant ses principes, à la ponction. Il sortit de la tumeur nn liquide séro-purulent assez abondant, et la malade s'en alla guérie six jours après l'opération.

Cas remarquable de péritonite et de pleurésie. — Formation de caillots dans le cœur. — Le diagnostic des caillots du cœur, ou des concrétions polypeuses de cet organe est encore assez incertain pour qu'on puisse dire de cette lésion ce que Laënnec disait de la péricardite; On la devine plutôt qu'on ne la reconnaît. Cet illustre observateur, qui ne savait point diagnostiquer la péricardite, avait néanmoins indiqué déjà les signes auxquels on peut *soupçonner* ou même diagnostiquer positivement les concrétions polypiformes.

« Lorsque chez un malade, dit-il, qui jusque-là avait présenté des battements du cœur irréguliers, ceux-ci deviennent tout à coup tellement anormaux, obscurs et confus, qu'on ne peut les analyser; on peut soupçonner la formation d'une concrétion polypiforme; si ce trouble n'a lieu que d'un seul côté, la chose est à peu près certaine. »

Il est assez difficile de concevoir ce que Laënnec a entendu par des battements du cœur irréguliers, confus, etc., d'*un seul côté;* mais il est certain qu'en prenant les signes qu'il énumère dans l'unique sens que l'état de la science permet de leur donner, ces signes sont encore les seuls qui puissent guider le praticien au lit du malade. Cependant Hope et M. Bouillaud, qui ont étudié avec soin tous les phénomènes produits par les diverses altérations du cœur, ont ajouté aux symptômes indiqués par Laënnec deux autres signes, le bruit de soufflet et les congestions veineuses. On vient d'observer dans le service de M. Rayer un fait qui ne sera pas sans importance pour l'histoire des concrétions polypeuses au point de vue du diagnostic, et qui est remarquable surtout par les circonstances qui ont accompagné la formation du caillot.

Une jeune fille de vingt-cinq ans environ, parfaitement développée et en apparence d'une magnifique constitution, était cependant sujette depuis un an à des faiblesses excessives dont la cause ne pouvait être soupçonnée; ces faiblesses s'accompagnèrent bientôt de symptômes non douteux de chlorose et en particulier d'un bruit de diable des plus caractéristiques. Un médecin fort distingué, M. le docteur Mignon, qui fut appelé à donner des soins à cette malade, lui prescrivit les préparations ferrugineuses qu'elle prit pendant plus d'un an. Après ce temps, les symptômes persistaient encore à un certain degré, surtout cette faiblesse qui empêchait la malade de se livrer à aucune occupation un peu fatigante, lorsque vers le 20 avril elle fut prise d'une gêne assez grande de la respiration et d'un peu de fièvre. La dyspnée augmenta rapidement, au point qu'on dut conduire cette jeune fille à l'hôpital de la Charité, où elle fut admise dans le service de M. Rayer.

Lorsqu'on l'examina dans ce service, on observa surtout une anxiété extrême, une grande dyspnée, beaucoup d'obscurité dans les battements et les bruits du cœur, qui étaient d'ailleurs réguliers et point accompagnés de bruit anormal. L'auscultation des poumons, fort difficile à cause de la dyspnée excessive, permit cependant de constater un peu de souffle sous la clavicule gauche. Le pouls était très petit, régulier; il n'y avait point de chaleur à la peau, qui était notablement cyanosée. La malade ne se plaignait d'ailleurs d'aucune douleur locale. M. Rayer pensa de prime abord à l'existence d'un caillot dans le cœur, bien qu'il n'y eût chez cette malade ni bruit de soufflet, ni *irrégularité* des battements, signe qui semble plus important encore que le premier, même aux yeux des auteurs qui ont signalé les premiers le bruit de souffle. Les jours suivants, les mêmes symptômes persistèrent, et il survint cette circonstance remarquable qu'on n'entendit plus qu'un seul bruit du cœur, sans qu'il fût d'ailleurs facile, à cause de la rapidité des battements et de la petitesse du pouls, de déterminer quel était le bruit qu'on n'entendait plus. La cyanose devint de plus en plus prononcée, et la malade succomba dans cet état, après dix jours environ de séjour à l'hôpital.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une péritonite circonscrite, ou plutôt de trois foyers de péritonite, situés, l'un dans la moitié inférieure de l'abdomen, tout à fait au-dessous de l'ombilic, les deux autres dans les hypochondres, dans la région externe du foie et dans celle de la rate et de la partie supérieure du rein gauche. Ces foyers renfermaient une quantité considérable de sérosité purulente parfaitement circonscrite par des fausses membranes très épaisses. Hors de ces fausses membranes, les intestins et le péritoine étaient parfaitement sains.

Un double épanchement inflammatoire fut trouvé dans les plèvres.

Enfin un long caillot jaune, décoloré, dense, sec, adhérent, fut trouvé dans le ventricule gauche.

Ce fait pourrait donner lieu à de nombreux commentaires, tant sous le rapport du diagnostic que sous le point de vue de la pathogénie. Nous nous contenterons de signaler les particularités suivantes à l'attention des observateurs :

Développement d'une pleurésie purulente sans symptômes locaux bien prononcés, ce n'est point une circonstance rare.

Existence de trois foyers parfaitement circonscrits de péritonite *latente*, forme qui à un degré aussi prononcé est déjà fort rare sous le rapport de l'anatomie pathologique et bien plus rare encore sous le rapport de la symptomatologie.

Développement d'un caillot dans le cœur pendant l'existence d'un état chlorotique très marqué.

Absence d'irrégularité des bruits du cœur et disparition de l'un de ces bruits pendant l'existence de ce caillot.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Enseignement clinique de la Faculté de Médecine.

M. le professeur Rostan a commencé le 11 avril son cours de clinique médicale dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Les nombreux élèves qui viennent profiter des leçons si instructives de ce savant professeur, et qui trouvent dans ces conférences et près des malades un enseignement véritablement clinique, avaient d'autant moins fait défaut à leur maître qu'ils avaient été privés, l'année dernière, du cours que M. Rostan avait été forcé d'interrompre, l'épidémie si cruelle qui avait encombré les salles de l'Hôtel-Dieu ayant forcé le professeur à se consacrer exclusivement aux soins que réclamaient les malheureux atteints par le terrible fléau.

Cette année, comme par le passé, M. Rostan a repris son cours clinique, et consacre plusieurs heures, les jours où il fait ses leçons, à l'examen approfondi du malade, qu'il fait interroger, sous sa direction, par les élèves. Ceux-ci ne tardent pas à acquérir, par cet exercice, toutes les qualités solides du médecin-praticien, et voient de cette manière se perfectionner leur éducation médicale.

La première leçon a été consacrée à présenter le tableau général des malades couchés dans les salles du service, examen qui avait pour but de mettre les élèves au courant des maladies intéressantes qui pouvaient exister dans le service.

Dans la deuxième leçon, M. Rostan parla aux élèves de l'*utilité du diagnostic*, et, après leur avoir fait comprendre dans quelle route fausse pouvaient les entraîner les méthodes non rationnelles, il leur enseigne les moyens d'arriver au diagnostic par l'application, par l'éducation des sens; et, entrant à cet égard dans les plus grands détails, leur indique la manière d'examiner, d'interroger le malade en leur faisant appliquer la théorie et en leur faisant bien sentir la supériorité à cet égard de l'enseignement clinique.

Après avoir parlé dans les deux leçons suivantes de l'*érysipèle* à propos de quelques malades du service atteints de cette affection, leçons que nous essaierons de reproduire, à cause du grand intérêt dont elles sont remplies, le professeur consacre trois leçons à faire l'exposition des principes de l'*organicisme*, ce préambule des études médicales, cette philosophie de l'école de Paris, adoptée par le fait, et dont le système est sorti victorieux de toutes les objections que le professeur s'est plu en quelque sorte à opposer à ces principes de saine pathologie. Nous n'oserions chercher à reproduire ici ces instructives leçons, que M. Rostan sait rendre si intéressantes par la conviction avec laquelle il défend ces doctrines, qui paraissent aujourd'hui si simples, si rationnelles, que l'on s'étonne maintenant qu'elles aient coûté à leur auteur tant de travaux pour les faire admettre, à un moment surtout où l'autorité d'un grand nom, justement célèbre, soutenait l'influence des propriétés vitales. Nous ne pouvons qu'engager nos lecteurs à bien se pénétrer des idées que renferme le livre auquel le professeur fait lui-même de fréquents emprunts dans le cours de ses leçons, et où il expose cette doctrine avec tout l'intérêt et le feu sacré qui l'anime lorsqu'il développe ces principes de la vraie et saine pathologie.

Dans sa dernière leçon (27 avril), M. Rostan passe en revue quelques malades intéressants de son service, et aborde la partie véritablement clinique de son cours.

Messieurs, dit le professeur, au n° 10 de la salle Saint-Antoine, est couchée une jeune femme de dix-huit ans, qui est affectée d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Cette jeune femme était malade depuis quatre jours seulement avant d'entrer à l'hôpital; elle est d'une constitution faible; ses membres sont peu développés; elle est pâle; ses chairs sont flasques, d'une mollesse extrême. Les articulations ont été prises chez elle successivement. Le gonflement articulaire s'est accompagné d'épanchement de synovie, et la peau n'a pas présenté de rougeur notable. Les douleurs étaient vives, mobiles, attaquant successivement toutes les articulations. L'état de faiblesse général de la malade, la réaction fébrile peu considérable qui existait, firent qu'on employa, chez cette malade, le sulfate de quinine à haute dose. Quoiqu'il ne soit pas dans nos habitudes d'employer des médicaments dont l'action ne soit pas parfaitement justifiée, nous reconnûmes cependant que le sulfate de quinine avait été administré selon les indications les plus satisfaisantes. Je n'étais pas fâché d'ailleurs d'avoir, dans un cours de clinique, l'occasion de faire l'étude comparative des diverses méthodes de traitement dans cette affection; et je ne suis pas assez ennemi du progrès pour me refuser d'admettre des expériences faites par des hommes dont la probité médicale est irréprochable. Le sulfate de quinine fut porté successivement à la dose de 3 gram., et au 3e jour les douleurs articulaires cessèrent, et une amélioration notable, telle qu'on aurait pu la désirer sous l'influence du meilleur traitement, ne tarda pas à se manifester; cependant quelques phénomènes de recrudescence reparurent, et nous constatâmes des complications du côté du cœur; un peu d'essoufflement, d'anxiété précordiale qu'éprouve la malade, et un bruit de souffle légèrement râpeux au premier temps du cœur, à la base de cet organe, et couvrant le premier silence, nous font craindre qu'il ne se soit développé maintenant une endocardite.

Nous suivrons avec soin cette malade qui, somme toute, a éprouvé, sous l'influence de la médication quinique, une amélioration non douteuse.

Dans la salle des hommes, aux nos 9 et 71, nous avons eu deux malades affectés de rhumatisme articulaire aigu généralisé, chez lesquels l'indication de la méthode antiphlogistique a été trop marquée pour que nous ayons pu employer le sulfate de quinine. Ces deux hommes étaient vigoureux, dans la force de l'âge, et chez tous deux les accidents inflammatoires furent portés à un degré considérable. Nous les avons traités par les saignées à haute dose; leur état est plus satisfaisant, mais ils ne sont pas encore guéris.

Au n° 10 de la salle Saint-Antoine, se trouve une femme âgée de trente-un ans, et dont l'affection, remplie d'intérêt, offre quelque difficulté dans le diagnostic. A l'âge de huit ans, maltraitée par une belle-mère, elle s'enfuit de la maison paternelle, vécut dans les bois pendant quinze jours, se nourrissant de carottes, dormant sur les gerbes de blé. Pendant son sommeil, elle fut surprise par des douaniers, qui la conduisirent chez le maire du village, où, sous l'influence d'une vive émotion, elle fut prise d'une attaque de nerfs. Ces attaques se renouvelèrent assez souvent, et augmentèrent surtout au moment où elle devint grosse; elle fut enceinte six fois, et à toutes les fois ces phénomènes se renouvelèrent. Elle vint à Paris et travailla avec une de ses compagnes dans une fabrique de glaces où l'on fait usage de préparations mercurielles; et plus tard, elle fit usage, dans cette même fabrique, de préparations dans la composition desquelles entre le blanc de céruse. Depuis qu'elle est dans cette fabrique, ses attaques sont devenues plus fréquentes; elle a eu une seule fois des coliques abdominales avec constipation; ses membres sont affectés d'une paralysie incomplète du mouvement et du sentiment. Enfin, elle se suppose enceinte de deux mois.

Vous avez été témoins, Messieurs, pendant l'interrogatoire de la malade, d'une des attaques qu'elle éprouve, et vous avez pu constater qu'il y a perte complète de connaissance, que les mouvements des membres sont concentriques, qu'il n'y a pas d'écume à la bouche, que la malade s'est quelquefois mordu la langue dans une de ces attaques, que le coma qui suit l'attaque est de courte durée, que la malade a le sentiment de la boule hystérique, etc.; symptômes qui tiennent les uns à l'hystérie, les autres à l'épilepsie. Les accidents hystériques ne sont pas très rares chez les épileptiques, et il m'a été donné de constater plusieurs faits de ce genre à la Salpêtrière.

Nous aurons encore à nous préoccuper, chez cette malade, de la cause de cette singulière affection, qui offre à notre investigation autant d'intérêt que de difficulté.

La jeune fille couchée au n° 12, et qui a été affectée d'un érysipèle si grave à la face, est en pleine convalescence. Nous avons employé, comme traitement, la méthode antiphlogistique, et rappelez-vous, Messieurs, que, dans cette maladie si redoutable, le traitement antiphlogistique doit être encore plus vigoureux que ne le conseillent vos auteurs.

Au n° 14 se trouve une cuisinière affectée d'une angine gutturale et tonsillaire. Cette femme, d'une constitution moyenne, travaillait dans une cave; elle eut froid et fut prise, sans phénomènes prodromiques, d'une vive douleur dans le gosier. Cette douleur s'irradia dans l'oreille et dans tout le côté droit de la tête, où nous constatâmes un gonflement extérieur. La peau était chaude, le pouls fréquent, la respiration gênée par un obstacle mécanique à l'entrée de l'air dans les poumons. L'examen de la gorge fut difficile; la langue était sèche et rouge, le pilier du côté droit poussé en avant par un corps saillant, rouge, dur au toucher, etc.; phénomènes qui nous firent admettre, chez cette malade, l'existence d'une angine gutturale et d'une amygdalite, lésions se confondant constamment ensemble, excepté dans les auteurs.

Cette angine, Messieurs, si simple en elle-même comme expression pathologique, était regardée autrefois comme une inflammation simple, et nous avons lutté pendant bien longtemps pour faire comprendre que la doctrine de l'organicisme établissait d'une manière bien positive la nature diverse des maladies. L'altération anatomique ne suffit pas; la maladie n'est pas une; les inflammations ont des génies différents, et nous avons été des premiers à reconnaître, dans les principes que nous avons posés, des maladies inflammatoires, des maladies spéciales et des maladies spécifiques.

Les maladies spéciales sont celles qui, ayant les mêmes caractères, ne peuvent se transmettre d'un sujet à un autre.

Les maladies spécifiques ont une signification *différente*; ce sont celles qui peuvent se transmettre à des individus susceptibles de les contracter.

L'application de ces trois sortes de maladies peut être faite à la malade affectée de cette angine, et c'est alors que nous nous demanderons si cette angine est, selon sa nature spéciale:

Diphthéritique, avec ses variétés diverses admises et abandonnées successivement par les auteurs, et notamment par M. Aumont;

Rhumatismale, variété non contagieuse admise par les Allemands;

Syphilitique, variolique, scarlatineuse, rubéoleuse; selon son siége, si elle est trachéale, gutturale, etc.; selon ses terminaisons, phlegmoneuse, gangréneuse; selon ses complications, bilieuse, ataxique, adynamique, etc.

Nous avons employé, chez cette femme, le traitement antiphlogistique; elle a été saignée une fois, et on a fait, au moyen des sangsues, une autre saignée locale. Louis préfère et recommande la saignée générale; cependant, dans certains cas, la saignée locale, bien qu'agissant avec moins de rapidité, rend l'absorption plus facile. Cette maladie s'est terminée par résolution; l'amygdale reste encore gonflée, mais l'absorption se fait difficilement dans son tissu, et ce phénomène se produit d'une manière presque constante.

On a préconisé, comme moyen de traitement dans l'angine, le sulfate d'alumine et de potasse. M. Velpeau dit avoir obtenu de l'emploi de cet agent thérapeutique des effets merveilleux, et il a même, à ce sujet, présenté un mémoire à l'Académie des Sciences. Je dois dire que j'ai été moins heureux que lui, et que, m'étant mis absolument dans les mêmes conditions, puisque c'était la même personne qui appliquait le médicament, pendant une année, il m'a été impossible

d'obtenir une seule guérison ; j'ai même remarqué que, dans certaines circonstances, l'alun avait singulièrement aggravé la maladie. On a employé également le nitrate d'argent. Pourquoi donc aller chercher des agents thérapeutiques infidèles, quand nous voyons d'une manière constante le traitement antiphlogistique réussir avec tant de certitude ?

Au n° 29 *bis* se trouve une malade offrant un exemple bien remarquable de l'action antipériodique du sulfate de quinine. Cette femme souffrait cruellement depuis neuf jours d'une névralgie sus-orbitaire ; la douleur se reproduisait tous les jours à la même heure avec la même intensité. Le sulfate de quinine fut administré à la dose de 50 centigrammes, et dès la première dose l'accès disparut pour ne plus revenir. Ne croyez pas, Messieurs, que vous serez toujours aussi heureux dans le traitement des névralgies ; rien n'est plus rebelle, au contraire, que ces sortes d'affections à l'influence des agents thérapeutiques, et elles font souvent le désespoir du médecin. Je me rappelle, pour mon compte, avoir employé dans certaines névralgies tous les moyens possibles et les plus opposés, depuis le moxa jusqu'au chloroforme, et n'avoir réussi souvent que par hasard par l'emploi d'un moyen sur lequel je n'avais fondé aucun espoir. L'aconit me réussit admirablement dans une circonstance semblable.

Nous avons, Messieurs, dans la salle des hommes, des faits encore plus intéressants à vous exposer ; je regrette de ne pouvoir aujourd'hui que vous en signaler quelques-uns, tels qu'une endocardite rhumatismale au n° 1 ; une affection du foie des plus curieuses au n° 2, affection dont le diagnostic présente encore de grandes difficultés ; au n° 10, une pneumonie anormale, caractérisée par un point de côté et des crachats rouillés seulement, sans aucun autre phénomène ; au n° 70, un cas de pneumonie compliquée d'hépatite, affection concomitante bien tranchée, marchant avec l'altération pathologique du poumon et ne laissant aucun doute sur la lésion organique du foie.

Nous examinerons successivement tous ces faits si intéressants, sur lesquels nous appellerons toute votre attention dans nos prochaines conférences. D^r Ch. Fremy.

Observation d'une canule restée engagée dans le canal lacrymal pendant près de neuf ans ;

PAR M. WHITE COOPER.

Obs. — Une dame âgée de 61 ans consulta l'auteur en mars 1847. Neuf ans auparavant, étant en France, elle eut un abcès du sac lacrymal droit. L'abcès guérit ; mais le canal demeura oblitéré. Un oculiste le perça avec le trocart, puis introduisit une canule en or. Ce tube, trop volumineux, ne fut placé qu'avec peine, et il s'ensuivit une inflammation assez vive, qui finit cependant par céder.

Pendant près de six ans, tout alla parfaitement bien ; mais, au bout de ce temps, la patiente commença à éprouver une douleur profonde dans la région du conduit lacrymal ; en même temps un écoulement irritant s'établit par la narine. Six mois après un abcès se forma, s'ouvrit à l'extérieur, et la plaie resta fistuleuse.

Un *éminent* oculiste de Paris déclara que la canule n'était plus dans les voies lacrymales, et qu'il s'agissait d'une nécrose de l'os. Il prescrivit des injections fréquemment répétées avec une infusion de feuilles de noyer, et introduisit dans le canal un stylet d'argent.

Nonobstant ceci, l'écoulement continua. Il se creusa à l'angle de l'œil un ulcère qui amena peu à peu un renversement partiel en dehors de la paupière inférieure. Cet état continua trois ans, pendant lesquels elle consulta deux médecins distingués de Londres, lesquels se bornèrent à confirmer l'avis de leur confrère de Paris.

En explorant la région, M. Cooper trouva un ulcère granuleux ; le stylet, introduit par cette ouverture, alla heurter contre un corps dur qu'on avait pris jusque-là pour l'os nécrosé. Mais le choc exercé contre ce corps ne déterminant aucune douleur, il jugea que c'était une substance métallique, probablement la canule anciennement mise en place. Comme les granulations saignaient abondamment, on remit toute tentative au lendemain.

Ce jour, on incisa sur l'orifice du canal, et en dilatant la plaie, on vit clairement le bord de la canule, situé à la profondeur de près d'un quart de pouce. On ne le saisit qu'avec peine, à l'aide de fortes pinces. Toute la force dont l'opérateur pouvait disposer fut ensuite nécessaire pour l'extraire. Une hémorrhagie abondante s'ensuivit ; mais elle fut arrêtée par de l'eau froide et une injection de solution alumineuse. La malade s'injecta ensuite elle-même trois fois par jour avec une solution d'hypochlorite de soude. Au bout de quatre jours, tout écoulement avait cessé. Après une quinzaine, la plaie était cicatrisée.

— De pareils faits ont également été observés en France ; ils y sont même assez fréquents pour n'être plus remarqués. Cela se conçoit et s'explique par l'application si étendue que l'école de Dupuytren avait faite du traitement par la canule.

De la fréquence de ces lois, on a conclu d'une manière générale contre ce mode de traitement. Selon nous, une pareille sentence est tout au moins prématurée. Ajoutons que l'on voit assez par la violence, l'aigreur même avec laquelle elle a été formulée, combien ceux qui l'ont portée étaient peu sûrs de leur bon droit. Des deux côtés, il faut bien le reconnaître, on s'est ici trop hâté de conclure. Dupuytren avait eu tort en donnant comme suffisamment probantes une masse de guérisons toutes récentes. Ses critiques, à leur tour, n'ont pas moins péché contre la logique, quand, frappés de quelques exemples authentiques de rechutes, ils se sont crus autorisés par là à rendre contre la méthode une condamnation sans appel. Ils accusaient Dupuytren de n'avoir consulté que le nombre des faits sans considérer leur qualité. Pour eux, tout au contraire, la qualité semblerait les avoir dispensés du nombre.

Tirons de ceci la conséquence que, jusqu'à production d'une statistique portant sur des cas complets, cette question doit demeurer non résolue pour tout esprit qui connaît les légitimes exigences de la bonne méthode d'observation.

(*Lond. Journ. of médic. et Gaz. médic. de Paris.*)

SUITE DES RECHERCHES MÉDICALES

dans l'ouest de la France ;

Par V. Bally, de l'Académie de Médecine.

TOPOGRAPHIE DE TOURS.

(*Voir* le numéro du 26 mars.)

Une intéressante question avait été posée dans le programme du congrès de Tours, celle de la miliaire. Le professeur Bertini (de Turin) se chargea d'engager la lutte, et il le fit avec le talent qui le distingue. Suivant ce praticien, il est avantageux de favoriser et d'entretenir l'éruption par de doux diaphorétiques, aidés des bains généraux et des fomentations aux extrémités pelviennes. Il se manifeste quelquefois au début une grande agitation, un grand trouble. Alors on aura recours aux opiacés, et de préférence au sulfate de morphine. La saignée est rarement indiquée, à cause de la prédominance de la faiblesse. On recommande néanmoins les sangsues aux jugulaires si la congestion cérébrale semble menacer. L'acétate d'ammoniaque, la décoction de tamarin et l'infusion de polygala ont trouvé leur application, ainsi que la décoction de quinquina si la maladie se prolonge ou dégénère. Enfin il faut avoir recours aux fomentations tièdes sur le siége le plus habituel de l'éruption, et à un large vésicatoire sur la région sternale si la rétrocession semble menacer.

A cet exposé pratique succède un catalogue raisonné des ouvrages italiens qui ont paru sur ce sujet depuis Bertoletti, en 1744, jusqu'à Parmegiani, en 1847 (un seul français, Fœdéré). M. Bertini en cite 53, dont 23 contagionistes, 6 anticontagionistes, et 24 sans opinion déterminée ; il signale spécialement l'ouvrage d'Allioni *Tractatus de miliarium origina, natura, progressu et curatione.* Torizi, 1758. Monographie pleine de faits et d'érudition, et dans laquelle tous les écrivains ont abondamment puisé.

Si le professeur Bertini avait eu le temps de fouiller la littérature française du demi-siècle qui vient de s'écouler, il aurait trouvé une foule d'ouvrages et de mémoires importants, en comprenant toutefois dans sa nosologie ce que nous désignons sous le nom de *sudor anglicus*, ou de suette miliaire. Ce que je connais le mieux à ce sujet, c'est l'épidémie des départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, où je fus envoyé en mission par l'Académie en 1821. Je vais en esquisser quelques traits. Cette suette, qui atteignit soixante communes plus ou moins sérieusement, donna origine à deux excellents ouvrages, celui de l'académicien Rayer et celui du docteur Peyrclougue. J'avais moi-même rédigé un travail qui me parut une superfétation dès que je connus ceux de ces deux praticiens.

Toutefois, je dois à la science de révéler un fait curieux qui me semble mériter la publicité. J'étais tourmenté du désir de procéder à une inoculation, et je savais qu'elle pouvait se faire sans danger à Beaumont-sur-Oise, vu la bénignité de la maladie. Le médecin Bossion s'adressa à un commissionnaire à qui il avait gratuitement réduit une fracture de cuisse et qui consentit gaiement à subir cette légère opération, et réclamait pour le récompenser de sa résignation ; s'il succombait, la promesse que nous ferions sonner pour lui la grosse cloche lors de son inhumation, comme pour les bourgeois.

Ferdinand Bouraire, vingt-six ans, garçon vigoureux, coloré, sans souci, fut inoculé le 21 août. Une matière limpide fut puisée dans des vésicules miliaires de Victoire Couron, couturière, au sixième jour de la maladie et au troisième de l'éruption. Je pratiquai six piqûres, trois à chaque bras. On aperçut aussitôt ce faible gonflement aréolaire d'un bon augure lorsqu'on insère le vaccin ; l'aréole était rose-pâle, et ne persista qu'une demi-heure.

Deuxième jour. Rien d'apparent autre que de petites croûtes d'épiderme sèche.

Troisième jour. Le matin, petits points rouges, ronds, fort peu saillants, disséminés sur la région des omoplates. Il parut sur le soir quelques verdules transparentes.

Quatrième jour. L'exanthème prend de l'étendue.

Cinquième jour. La partie antérieure du thorax est couverte de boutons rouges, semblables à ceux qui avaient paru le troisième jour vers les omoplates. En même temps on aperçoit, surtout au dos, de nombreuses plaques rouges sans relief sensible, qui se nuancent de violet ; les unes arrondies, d'autres oblongues et à bords festonnés. Au centre de ces plaques nous distinguâmes à l'aide d'une loupe de petites vésicules miliaires, blanches, abondantes surtout au ventre et aux cuisses.

Ce jour-là Bouraire, qui ne s'était pas alité, éprouva de forts étourdissements ; il marchait comme un homme ivre. Il nous avoua que les boutons sortaient mieux et plus gros lorsqu'il se tenait chaudement. Le pouls conservait l'état normal ; et bien que la langue fût couverte d'un enduit muqueux, l'appétit n'avait pas diminué.

Sixième jour. Les plaques violacées s'obscurcissent, et l'exanthème miliaire se sèche.

Septième jour. L'exfoliation commence, et la convalescence est assurée. Il n'y a pas eu de sueur apparente pour nous. Bouraire courait toute la journée au grand air.

Vingt exemples de cette nature jugeraient plus d'une question. « Eh ! qui sait si la suette cutanée, qui se présente souvent à côté de la maladie asiatique, maladie que j'ai aussi nommée suette intestinale, ne possède pas le correctif du poison qui circule dans l'appareil vasculaire ? Quel inconvénient y aurait-il de conserver le liquide des vésicules, comme l'on conserve celui du vaccin, pour l'insérer lors de l'apparition du fléau ? etc. Pourquoi, pour nous aider dans nos conjectures, ne rappellerions-nous pas qu'à Paris, en 1832, tous ceux chez qui l'on a provoqué la suette artificielle ont été soustraits au développement de la période algide ? »

Epidémie d'hydrocholadrée ou choladrée lymphatique à Tours. — Elle dura quatre mois et demi, du 30 mai au 15 octobre. On connut du 7 au 15 mai quatre malades venus de Paris sans transmission manifeste du fléau asiatique ou sans que la maladie prît un caractère épidémique. Lorsque l'épidémie commença, ce fut d'abord aux deux extrémités de la ville, est et ouest, plus de deux mois après l'apparition de celle de Paris. Cette invasion, comme partout, eut lieu dans la classe ouvrière ou pauvre, et plus spécialement chez des sujets habitués à des écarts de régime. La classe aisée a été épargnée, sauf un petit nombre de personnes valétudinaires ou qui commettaient des imprudences. On compta 900 malades tant de cholérines que d'hydrocholadrée confirmée. Un document positif fixe la mortalité aux deux tiers de ceux qui étaient parvenus à la période algide.

La cholérine, le mot est bon, parce qu'il y a réellement un mélange de matière bilieuse, et cette autre période que nous reconnaissons à un flux de ventre uniquement séro-albumineux constituent deux périodes de la même maladie qu'il importe de distinguer en thérapeutique. L'art guérit la première, l'art est impuissant contre la seconde.

La marche de la maladie et sa symptomatologie ne diffèrent en rien à Tours des autres contrées. On y compte un assez grand nombre de partisans de l'infection zootique, parmi lesquels je puis signaler MM. Bretonneau, Charcellay, Giraudet. M. Giraudet, ayant revêtu en 1832 la chemise d'un cholérique, fut agité pendant une journée entière par des commotions électriques qui parcouraient tout le corps. L'opinion opposée a aussi ses partisans.

Les calculs statistiques pour Tours et la banlieue élèvent à 608 le chiffre des décès dans les deux épidémies de 1832 et 1849 : 366 femmes et 242 hommes. Dans la plus récente, on a connu 7 femmes enceintes qui furent malades, cinq périrent, la grossesse de cinq mois de l'une d'elles n'a nullement été troublée. Le docteur Bouchut, nommé récemment médecin de nos hôpitaux après un brillant concours, a publié d'excellents documents sur la question de l'influence qu'exerce la choladrée lymphatique dans l'état de grossesse.

Le professeur Charcellay affirme que les nouveau-nés ont peu souffert ; mais il signale un fait bien digne de remarque et que, dans l'intérêt de l'étiologie, il importe d'enregistrer avec soin. Un nouveau-né fut porté d'Amboise, où régnait la maladie, dans l'hospice des orphelins de Tours, où il mourut. Sur 10 jeunes filles réunies dans la même salle, 9 éprouvèrent la maladie et 4 succombèrent. L'infirmière qui avait donné ses soins au petit enfant fut atteinte la première.

En 1832, la division dite des bonnes femmes dans l'hôpital Général eut 22 décès sur 44 habitantes. La proportion de la mortalité est encore plus forte qu'à la Salpêtrière à Paris. Les bonnes femmes à Tours souffrirent beaucoup moins en 1849 qu'en 1832.

Dans la division des aliénés, si maltraités par le fléau dans beaucoup d'autres régions, notamment à Nantes et Angers, il n'y eut que 4 malades, parmi lesquels il est bien important de distinguer deux formes intermittentes qui furent domptées par le sulfate de quinine. De ces quatre, une maniaque seule succomba, et dans les trois guérisons on compta une femme idiote, une démente et une infirmière. Le mal fut plus grand en 1832 chez les femmes, car on compta 11 décès sur 45 femmes présentes, et 1 idiot sourd-muet sur 25 hommes. Mais, en 1849, il y eut 6 décès, sur 8 hydrocholadréiques, parmi les 95 aliénés présents.

Il est bien remarquable que dans ce vaste établissement, destiné à tous les genres de maladies, l'invasion du fléau n'eut lieu qu'après l'introduction de plusieurs hydrocholadréiques de l'extérieur, en 1849 comme en 1832. 37 individus furent admis en 1849, et 18 succombèrent dans l'intérieur, parmi les présents il y eut 42 décès sur 110 qui furent atteints.

Les blanchisseuses ont beaucoup souffert. Je regrette de n'avoir pu prendre connaissance exacte du chiffre, car l'invasion de la maladie dans cette classe est un fait capital qui mérite le plus sérieux examen. Voici, en attendant la solution du plus grand des problèmes, ma conviction sur la nécessité des mesures préventives. Si au pied de chaque lit était placé un grand baquet à demi rempli d'eau pour y plonger le linge au fur et à mesure qu'il sort de dessus les malades, les blanchisseuses ne seraient pas victimées dans une plus haute proportion que les autres individus, à moins que l'eau ne soit considérée comme un auxiliaire dans le développement du mal.

Il faut encore, pour l'histoire de l'étiologie, noter qu'à Tours les couvents, les pensions, les colléges ont été parfaitement à l'abri de l'invasion. Il y aurait de belles conséquences à déduire de ces faits divers ; mais il faudrait, pour qu'elles eussent toute leur valeur, posséder des statistiques exactes. J'ai déjà cité quelques faits semblables pour Gênes (1).

Le professeur Charcellay a fait un bon nombre de nécropsies : les caractères anatomiques qu'il a constatés étaient en tout semblables à ceux que nous avions observés en 1832 à l'Hôtel-Dieu. Il a bien vu les ecchymoses du cœur et de l'origine des gros vaisseaux que j'ai décrites avec tant de minutie. Cependant, j'ai observé plus rarement ce phénomène en 1849, et il a manqué dans cette ouverture qu'au mois de décembre 1848 nous fîmes à Lille avec un soin si scrupuleux et qui est consigné dans le *Bulletin de l'Académie.* Au reste, M. Charcellay a parfaitement observé ces nombreuses utricules que j'ai attribuées à des extrémités béantes des vaisseaux capillaires, et que MM. Serres et Nonat ont décrites sous le nom de psorentérie. En tout l'anatomie pathologique dans les deux épidémies démontre l'identité d'une maladie qui n'est, comme je l'ai dit tant de fois, qu'une *hémorrhagie de sang blanc,* et quelquefois d'un mélange de ce sang blanc ou sérum albumineux avec des globules rouges.

(1) *Mémoires de l'Académie de Médecine,* t. XIV.

Prison cellulaire. — Nous voici arrivé à cet événement qui avait jeté l'effroi dans la ville et produit dans le monde médical autant d'impression que la déplorable catastrophe de la Salpêtrière, plus affreuse encore. Mon premier soin en arrivant à Tours fut d'étudier ce local et de rechercher la source de cette dévastation. Je fus, sous les auspices du professeur Thomas (1), accueilli par l'aumônier, qui, avec une bonté et une complaisance rares, voulut bien nous accompagner, et nous parcourûmes l'établissement depuis les caves jusqu'au faîte. Nous visitâmes aussi ce lieu souterrain où est le calorifère destiné à répandre une chaleur égale, uniforme : partout sécheresse, aucune odeur méphitique, rien en un mot qui pût déceler une cause délétère. La plus grande propreté est rigoureusement prescrite.

Et voyez comme nos théories favorites se trouvent souvent en défaut ! Partisan de la transmission par infection zootique, je me demande par quelle voie les miasmes émanés de la première malade, logée à l'extérieur, ont pu pénétrer dans ces cellules si hermétiquement closes? Et, d'autre part, je me fais cette question : Comment une cause épidémique, déjà presque éteinte dans la ville, vient-elle se ruer sur le local le mieux situé, le plus sain? En vérité, les partisans des insectes ailés ont beau jeu dans ce chaos ; et si le bon Mojon vivait encore, lui qui a renouvelé et défendu la cause des insectes producteurs des épidémies, il ne manquerait pas de s'armer de ce fait.

J'ai dit que la ville de Tours était l'une des plus agréables, des plus saines. Si dans cette ville, si parfaitement située pour la salubrité, vous vouliez élever une maison de plaisance, vous choisiriez la rue du Mail, boulevard Bérenger, région du sud, loin de la Loire qui longe le nord. Et, si vous ne saviez pas ce qu'est le pénitencier, l'aspect de cet édifice vous séduirait au point de vous inspirer le désir d'en faire l'acquisition : que l'on se figure un bâtiment carré, long, neuf, isolé, placé entre deux parterres jonchés de fleurs, ornés d'arbrisseaux, précédé à une certaine distance par deux pavillons élégants qui sont destinés l'un à l'aumônier, l'autre au concierge. En face sont les deux boulevards Bérenger et Heurteloup, plantés de beaux arbres, qui, par l'émanation incessante de l'oxygène, contribuent à l'assainissement de l'atmosphère.

Tout était ouvert lorsque nous y pénétrâmes ; le mobilier avait disparu ; il ne restait que quelques débris de paille dans les corridors.

La construction et la distribution des prisons cellulaires est, à l'étendue près, partout la même. Le système a été importé de Philadelphie, et la nouvelle prison que l'on construit à Paris est calquée sur ce modèle, que l'on décrie à tort. La prison de Tours, moins grande que celle de Paris, se compose à chaque étage de deux grands couloirs qui se coupent à angle droit, de manière à former quatre rayons, dont chacun repose à un centre circulaire. Les surveillants, placés dans ce centre, voient sans se déplacer tout ce qui se passe dans les quatre corridors. A l'extrémité de chacun des rayons, il y a des croisées vitrées qui occupent toute la hauteur et qui, ouvertes fréquemment, établissent des courants d'air vastes et rapides qui balayent et détruisent les émanations impures. Ainsi tout est parfaitement calculé dans de sages vues de salubrité. Les parties latérales de chaque allée sont garnies de cellules, dont chacune a un vasistas élevé et une ouverture de latrines. Une grille coupe en deux chaque cellule et ne gêne en rien la circulation de l'air. Enfin, une ouverture microscopique, forée sur la porte, permet d'observer tout ce qui se passe à l'intérieur sans être vu ; le silence le plus rigoureux est commandé aux gens de service. En dehors de tout cela, il y a plusieurs préaux à cloisons fort élevées destinés chacun à un promeneur solitaire.

L'épidémie de Tours était presque éteinte, lorsque le 11 juillet elle envahit l'établissement en commençant par le joli pavillon de l'aumônier. Marie Guibourt, sa domestique, était depuis six mois tourmentée d'une dysenterie, qui se transforma brusquement en choladrée lymphatique dans la nuit du 10 au 11 juillet. Elle expira vingt-quatre heures après et fut inhumée au bout de dix heures. Cette inhumation, faite avec une précipitation blâmable, témoigne de la terreur qu'inspire la présence des cadavres, et cependant rien n'est, à mon sens, moins susceptible de transmettre la maladie qu'un cadavre refroidi. Il nous est bien arrivé en 1832 de procéder à des nécropsies peu d'instants après le décès ; mais des précautions inouïes avaient été préalablement prises pour ne point nous exposer à un malheur *vésalien*, précautions que la science enseigne et que des ensevelisseurs ne se donnent pas la peine de mettre en pratique.

Du pavillon, la maladie pénétra dans la prison, et le 13, à trois heures du matin, elle se déclara chez un des détenus. Il y avait alors 90 prisonniers, dont 15 furent relâchés. Sur ces 15, on a perdu la trace de 3. Le chiffre resta donc à 87 pour l'observation. Il y avait aussi 26 employés. Le docteur Haime, l'une des notabilités de la ville, qui a fait connaître quelques particularités de cet événement, fit évacuer promptement les malades sur l'hôpital Général et sur un hôpital provisoire. Ce fut au premier étage que l'épidémie débuta ; chaque étage contenait alors 30 prisonniers, dont il mourut 25 à ce premier, 15 au second et 19 au rez-de-chaussée.

Le professeur Charcellay raconte que dans le personnel des employés il y eut 9 malades et 9 décès.

Le poison était si actif que Baslet, incarcéré le 11 à six heures du soir, libéré le 12 vers midi, expira dans la nuit à onze heures à trois lieues de Tours.

Pierre Desmiez, âgé de quarante-trois ans, beau-frère de Marie Guibourt, qui était venu le 13 à Tours, coucha dans le salon de l'aumônier sur l'un des matelas de sa belle-sœur défunte. Le 14, il retourna chez lui à dix lieues de distance, et le 15 il décéda après douze heures de maladie.

Une lingère travailla chez le directeur les 11 et 12 juillet ; le 14 elle fut malade, et le 15 elle expira.

Opposons maintenant 1832 à 1849. A cette première époque, les détenus vivaient en commun dans une prison encombrée, sale, infecte, située sur le bord de la Loire et réunissant toutes les conditions d'insalubrité, et il n'y eut pas un seul malade. Ai-je tort de m'écrier sans cesse que nous savons fort peu de choses sur la choladrée lymphatique, sur son étiologie, souvent même sur les lois de l'hygiène? Une prison d'une propreté admirable, d'une aération parfaite, laisse introduire le fléau ; une prison cloaque le repousse. Ceci me reporte naturellement à Rome, où l'invasion de l'épidémie, en 1837, eut lieu sur le *Monte Citorio*, le quartier le plus sain et peut-être le seul parfaitement sain de la ville éternelle.

Cependant, je dois signaler une particularité qui avait fixé mon attention et attiré celle de M. l'aumônier. L'ouverture des latrines dans chaque cellule avait dû exhaler et exhalait encore des vapeurs qui, au mois de juillet, étaient certainement plus insupportables. Mais, objecterons-nous, cet inconvénient, qui mérite néanmoins d'être mentionné, n'existait pas pour le personnel des employés, pour la famille du directeur, pour le pavillon de l'aumônier, etc.

Je me reproche de n'avoir pas mesuré l'étendue des cellules, et cependant je suppose que chacune d'elles donne amplement les mètres cubes d'air hygiéniquement exigés pour la respiration de l'homme ; mais il ne suffit pas d'avoir une masse d'air géométriquement calculée, il importe qu'il soit renouvelé, car il s'altère incessamment, non-seulement par la respiration qui rend de l'acide carbonique en échange de l'oxygène, mais encore par les exhalaisons de la peau.

Les vapeurs fournies par ces deux agents pèsent 38 grammes par heure, suivant les savants calculs de M. Dumas. A ces altérations incessantes de l'atmosphère, ajoutez les émanations que vomissent les ouvertures des latrines, et vous comprendrez que la cause intoxicante a pu en recevoir une nouvelle activité.

M. Dumas recommande de fournir à chaque adulte 33 centimètres cubes d'air par heure. Il sera facile désormais, toutes ces données étant connues, d'établir les procédés les plus favorables d'aération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Le professeur Thomas publie un bel ouvrage sur l'anatomie comparée. Le premier volume est sous presse.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu dans le compte-rendu de la Société de Chirurgie du 29 avril dernier, par M. le docteur Larrey, le récit d'une opération de fistule vésico-vaginale faite par notre honorable confrère M. Maisonneuve. J'ai été frappé des assertions qui s'y trouvent consignées, et j'ai dû en appeler à mes notes pour éclaircir ce qu'il y avait d'obscur pour moi.

La femme qui fait le sujet de cette observation se nomme Guignet (Hélène Pagny) ; elle est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 16 décembre 1848, et sortie du même établissement le 10 mars 1849. Cette malade m'avait été envoyée par mon jeune et habile confrère M. Richet, qui devait assister à l'opération. Malheureusement, à l'époque où cette femme a été reçue à l'hôpital Saint-Louis, l'état sanitaire était peu favorable aux opérations, et les cholérines qui régnaient alors avec assez de violence m'empêchèrent seules de céder aux désirs pressants de la malade. Mais j'avais jugé l'opération parfaitement praticable. Dans des conditions à peu près semblables, et dans des cas bien plus graves encore, j'ai pratiqué des opérations de fistule vésico-vaginale qui ne m'ont paru offrir aucune difficulté dans leur exécution. C'est donc par erreur qu'on m'a fait dire que la fistule dont il s'agit était incurable.

J'ai établi en principe que toutes les fois que l'utérus est mobile et qu'il existe des restes de vagin sur le col, l'opération est possible et doit être pratiquée.

Quoique l'opération faite par M. Maisonneuve, et pratiquée d'ailleurs suivant les règles que j'ai établies, ainsi que ce chirurgien l'a bien reconnu lui-même à la Société de Chirurgie, n'ait pas été suivie d'un succès complet, elle n'en démontre pas moins la facilité avec laquelle on répare les pertes énormes de substance qui peuvent survenir à la suite de l'accouchement.

Agréez, etc.,

JOBERT (de Lamballe).

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Legoux, pharmacien aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Bordeaux le 7 avril.

M. Hallemès, pharmacien aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, désigné pour rentrer à l'hôpital de Lille, le 7 avril.

M. Robaglia, pharmacien, aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, désigné pour rentrer à l'hôpital de Metz, le 7 avril.

— Samedi dernier, M. Heurteloup a présenté à la commission de l'Institut deux malades atteints de la pierre pour être opérés. L'opération de l'un d'eux a dû être remise, car plusieurs pierres s'étaient engagées dans le canal. Sur le second, M. Heurteloup a pratiqué avec succès son procédé de lithotripsie par *extraction immédiate*.

Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux. M. le docteur Aug. MERCIER commencera ce cours le lundi 6 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 7 MAI 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 55.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi 9.

PARIS, 6 MAI 1850.

De la patente médicale.

Plusieurs sociétés médicales de province ont adressé à l'Assemblée nationale des pétitions dans lesquelles elles démontrent l'iniquité du nouvel impôt qu'on veut établir à l'aide de la patente sur les professions libérales, et en particulier sur les médecins. Il y a quelques jours encore nous avons eu connaissance d'un mémoire rédigé par la Société de médecine de Rouen. Nous ne pouvons qu'approuver et encourager de toutes nos forces des manifestations semblables de la part de nos confrères ; c'est à la condition d'être à peu près unanimes que ces manifestations pourront prévenir le danger qui menace le corps médical. De notre côté, nous ne manquerons point de prêter notre faible appui à la juste cause qui a déjà triomphé une fois à l'ancienne Chambre des députés, et que pour cette raison on ne doit pas désespérer tout à fait de voir triompher devant une assemblée que ne doivent point animer à un moindre degré la raison et l'esprit d'équité. Mais déjà lorsque la proposition du rétablissement de la patente fut faite à la Chambre il y a cinq mois, nous avons combattu cette proposition. Nous aurons soin de remonter sur la brèche lorsque la question sera mise à l'ordre du jour ; te en attendant, pour ne pas nous appesantir trop longtemps sur le même sujet, nous demandons à nos confrères la permission de conserver les justes réclamations dont ils veulent bien nous adresser un exemplaire pour en faire usage en temps et lieu, mais ne point nous occuper de chacune d'elles en particulier. Du reste, le corps médical a tout le temps de se concerter à ce sujet. Les nécessités de la politique et des affaires administratives courantes rendent urgents une foule de projets de loi dont la discussion demandera de nombreuses séances, et il n'est pas probable que la question de la patente médicale arrive de sitôt à l'ordre du jour. Que nos confrères profitent de ce temps de repos pour suivre l'exemple de ceux qui ont déjà rédigé leurs protestations, et moyennant une activité suffisante, tout espoir ne sera pas perdu.

Eaux minérales de Cransac.

Comme notre honorable et estimé confrère M. Chevallier, nous sommes peu disposé à admettre toute polémique qui semblerait n'avoir d'autre but que de mettre en évidence les parties militantes. Mais nous croyons que la science et la polémique ne font qu'une seule et même chose lorsque la polémique a pour but et peut avoir pour résultat de redresser des erreurs et de conduire à la vérité. Cette seule raison nous engage à donner ici une analyse rapide de la lettre adressée à l'Académie de Médecine par M. le docteur Auzouy, médecin-inspecteur des eaux de Cransac, lettre dont la convenance et le mérite de rédaction dénotent chez l'auteur un esprit d'impartialité et une instruction dignes d'une entière confiance.

Or, entre autres assertions contenues dans cette lettre et dont les preuves positives, en apparence du moins, se trouvent dans un dossier qui nous a été remis, se font remarquer les quatre suivantes :

1° L'eau sur laquelle a opéré la commission de l'Académie n'avait point été puisée à la source même, et par cela même elle pouvait contenir des principes étrangers à ceux qu'elle renferme normalement.

2° Une autre analyse, faite par un homme dont l'autorité est irrécusable, par M. Rivot, directeur du laboratoire de l'École des mines, et sur de l'*eau puisée à la source même*, a fourni des résultats tout à fait différents de ceux qu'a obtenus la commission sur de l'eau à origine suspecte.

3° Parmi tous les médecins et pharmaciens de la contrée, et dont les déclarations nous ont été transmises, deux seulement se montrent favorables à la nouvelle source dont on demande l'autorisation, et les deux médecins seraient l'un le copropriétaire de cette source, l'autre l'ami de ce dernier.

4° Enfin, tous les habitants de la localité, le conseil municipal à leur tête, demandent qu'une enquête rigoureuse soit faite pour arriver à la connaissance de la vérité et ils offrent d'en faire tous les frais.

Ces quatre assertions, venant d'un homme sérieux et parfaitement désintéressé dans la question, nous paraissent mériter l'attention de l'Académie et de l'autorité. S'il n'y avait d'engagés dans l'autorisation d'une nouvelle source minérale d'autres intérêts que les intérêts privés, nous insisterions moins sur ces faits; mais il est évident qu'il n'en saurait être ainsi : comme l'a fort bien fait remarquer M. Auzouy, c'est de l'efficacité réelle des sources que vient toute la réputation des eaux et conséquemment tous les bienfaits qu'elles peuvent produire. Si, à côté d'une eau efficace, on peut vendre une eau inerte qui porte le même nom et qui peut être transportée, vendue au loin avec la même étiquette que l'eau réellement utile, il est clair que le discrédit dans lequel elle tombera doit bientôt rejaillir injustement sur cette dernière. Nous ne saurions donc trop engager l'Académie, et aussi l'honorable rapporteur de la commission des eaux minérales, à se rendre au vœu si loyal du conseil municipal de Cransac en allant sur les lieux mêmes étudier l'importante question qui leur a été soumise par le ministre, et sur laquelle, telle qu'elle a été faite, ce haut fonctionnaire pourra conserver des doutes fâcheux pour la thérapeutique, fâcheux pour l'Académie elle-même.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Des épanchements thoraciques, et particulièrement des épanchements chroniques.

(Premier article.)

C'est dans la cavité des plèvres que se produisent les épanchements thoraciques, et c'est l'extravasion de liquide entre les feuillets opposés de la plèvre qui fait apparaître la cavité pleurale qu'oblitère physiologiquement la contiguïté des deux feuillets de cette membrane. Par cette définition, on voit que la première condition de tout épanchement thoracique est de diminuer le volume du poumon pour le convertir en une cavité qui s'accroît par l'écartement des feuillets de la plèvre.

Il suit de cette définition que tout épanchement de la poitrine diminuant le volume du poumon diminue l'étendue de l'hématose et exerce sur l'économie, organiquement, un certain degré de diminution de la respiration, et comme phénomène pathologique de la dyspnée ou de l'orthopnée.

Les épanchements des plèvres s'accomplissent nécessairement (bien entendu que nous ne parlons pas des épanchements traumatiques) par une modification dans l'exhalation de la sérosité thoracique. A l'état physiologique, il n'y a dans la cavité de la séreuse pulmonaire que très peu de sérosité disséminée en vapeur sur la surface des feuillets pleuraux, et servant à faciliter le glissement l'un sur l'autre de ces feuillets juxta-posés. Cette petite quantité de sérosité, semblable à la sérosité qui se produit dans le tissu cellulaire, est incessamment renouvelée, et physiologiquement n'arrive pas jusqu'à déterminer l'écartement des feuillets. Si cette quantité de sérosité s'accroît, l'épanchement naît à la suite de cet accroissement, et si la résorption ne se fait pas en même temps que l'exhalation, l'équilibre nécessaire venant à cesser d'exister, la sérosité exhalée s'accumule dans les plèvres, et l'épanchement est produit.

Tout cela est très élémentaire en apparence, et c'est ce qu'on enseigne dans la Faculté de Paris, où on dit tout simplement que le brisement de l'équilibre entre l'exhalation et la résorption amène l'épanchement pleural. Si les membranes séreuses deviennent malades, il en résulte cette rupture d'équilibre et l'épanchement consécutif, et comme on n'admet que les inflammations ou les tubercules comme pouvant produire ce résultat, on ne va pas au delà. Mais cette rupture d'équilibre dépend encore d'autres conditions : la séreuse reçoit dans son épaisseur beaucoup de vaisseaux, et un lascis vasculaire très riche se trouve derrière elle. Il n'appartient pas à l'état physiologique, parce qu'il ne reçoit par la matière colorante du sang; mais il devient évident lorsqu'il y a inflammation. C'est ce système vasculaire qui est la source de l'exhalation qui se fait par les parois de la séreuse; l'épanchement est donc subordonné aux conditions normales ou anormales de l'élément vasculaire qui apporte les principes immédiats de sécrétion.

Mais un appareil vasculaire se compose de deux choses qui, tout réunies qu'elles sont, peuvent cependant être séparées : les parois des vaisseaux qui ont leur structure particulière, et le liquide qui parcourt les vaisseaux, qui a sa viscosité propre, et dont la composition élémentaire peut être modifiée. C'est dans ces conditions diverses, se rapportant à la consistance spéciale du liquide qui circule dans les vaisseaux, que se trouve l'origine des divers épanchements thoraciques.

Si une phlogose s'établit, elle entraîne la formation d'un excès de sérosité dans la cavité de la membrane séreuse, comme une phlogose du tissu cellulaire entraîne la production d'un excès de sérosité dans les cellules de ce tissu cellulaire, d'où cet état presque œdémateux au début et autour des phlegmons; de même la séreuse thoracique produit constamment un épanchement dans la plèvre quand elle vient à s'enflammer. Si la phlogose est intense ou persiste suffisamment

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

M. Capuron.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Le vœu humble et tout chrétien de notre vénérable confrère Capuron a été fidèlement respecté, trop respecté peut-être; car le vertueux défunt avait voulu qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe; mais il n'avait pas songé du moins à interdire à l'un de ses collègues de rappeler à l'Académie les titres qui devaient recommander sa mémoire à l'estime, au respect des vivants. Aussi, un honorable académicien, bien fait pour comprendre et apprécier les vertus de Capuron, avait songé à rendre en quelques mots un dernier hommage à son regrettable collègue. Par des raisons dans lesquelles je n'ai rien à voir, ces quelques mots n'ont pas été prononcés publiquement; mais ils l'ont été assez haut en petit comité pour qu'ils soient parvenus jusqu'à moi, et je considère comme un devoir religieux de vous les transmettre.

« M. Capuron, décédé le 23 avril dernier, a bien mérité de la science et de l'humanité; ce vieillard, remarquable par son austérité, l'objet de tant de sarcasmes, et dont la parcimonie était proverbiale parmi ses confrères, a légué à l'Académie de Médecine une rente de 1,000 fr. pour la fondation d'un prix dont ce corps savant indiquera le sujet. On a su depuis sa mort que cet homme, qu'on taxait d'avarice, faisait d'abondantes aumônes. Ce vertueux et modeste confrère a voulu être enterré simplement, comme il avait vécu ; et, comme Boyer, il a désiré qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe.

» Capuron était un des membres les plus instruits et les plus zélés de l'Académie, le travailleur le plus actif de la section d'accouchements de cette Compagnie. Il apportait dans la polémique que soulevaient parfois ses savants rapports, toute la modestie et la bienveillance qui formaient les traits distinctifs de son caractère. Quand on considère l'existence de ce digne collègue, on se prend à se repentir du jugement qu'on portait sur sa manière de vivre, et l'on ne peut finalement voir en lui qu'un homme de bien qui s'était, pendant sa longue carrière, imposé de dures et sévères privations pour faire, au moment suprême, un noble et digne emploi de ses économies. En se condamnant ainsi au plus stricte nécessaire pour consacrer ce qu'il appelait le superflu au soulagement des malheureux et à l'avancement de la science, Capuron a donné un rare exemple de vertu qu'on ne peut trop admirer.

» Voué dès sa jeunesse au sacerdoce, aux lettres grecques et latines, c'était accidentellement qu'il avait embrassé la carrière médicale, à laquelle il apporta le tribut des études graves et sérieuses qu'il avait faites chez les Oratoriens. Cette éducation première, et la vocation qui s'en était peut-être suivie, semblent avoir imprimé à ses mœurs comme à ses écrits un cachet particulier. Ce savant médecin était auteur d'un nombre considérable de rapports pleins d'une érudition de bon aloi, d'articles de dictionnaires (1), de journaux scientifiques, d'un Traité clair et précis sur l'art des accouchements, les maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés, qui a eu plusieurs éditions. Il a publié, en outre, des Éléments de pathologie interne et externe en langue latine, à l'usage des élèves peu familiers avec cette langue, et un Manuel de médecine légale appliquée aux accouchements.

» Capuron avait été longtemps au premier rang des accoucheurs de la capitale; il enseignait en même temps les accouchements, et plusieurs praticiens habiles s'honorent d'avoir été ses disciples.

» Il était né en 1767, dans le département du Gers; il avait, par conséquent, 83 ans au moment où il a été enlevé à la science. Malgré cet âge très avancé, il jouissait de toutes ses facultés, et consacrait les loisirs de sa vieillesse à la rédaction de nombreux rapports sur les travaux d'accouchements adressés à l'Académie. Il se trouvait toujours inscrit et prêt à lire ces rapports quand les besoins des séances le commandaient. La section d'accouchement semblait devoir jouir plusieurs années encore de son active et utile collaboration, lorsque le 19 mars dernier il éprouva, pendant une séance, et à la suite d'un régime maigre et affaiblissant trop prolongé, des défaillances; c'étaient les symptômes précurseurs d'une gangrène sénile du membre inférieur gauche, qui l'a conduit au tombeau dans l'espace de vingt jours.

» Capuron joignait à beaucoup de savoir un désir insatiable d'apprendre. On ne comprendrait pas autrement sa présence à divers cours, qu'il suivit avec assiduité jusqu'à la fin de sa vie. On a donné une interprétation inadmissible à cette habitude, qui, disait-on, avait dégénéré en manie. Nous croyons que le consciencieux confrère était à la recherche de beaucoup de vérités que sa longue carrière n'avait pas suffi à lui faire découvrir; et dès lors son zèle extraordinaire était éminemment respectable, quoiqu'il pût sembler étrange de voir assis sur les bancs de l'École un vieillard plus qu'octogénaire qui avait si longtemps instruit les autres. »

Ce simple éloge, mon cher confrère, n'est que l'esquisse abrégée, mais fidèle, de la vie de Capuron. On l'a dit avec raison, la vie de l'homme de bien est courte à raconter; aussi, les courtes paroles qui précèdent suffisent-elles pour faire connaître d'une manière exacte le confrère que nous avons perdu; ce qu'on pourrait ajouter ne serait qu'un ornement superflu. X...

(1) Capuron est l'auteur de la 1re édition du *Dictionnaire de Médecine, de Chirurgie, de Pharmacie, de l'Art vétérinaire et des Sciences accessoires*, additionné par Nysten, et presque entièrement refondu par M. Bricheteau. Cet ouvrage est arrivé à sa 8e édition.

l'épanchement comblera peu à peu la cavité pleurale en déterminant d'abord le refoulement du poumon, puis la distension du thorax, le refoulement du médiastin et le déplacement du cœur, l'inflammation de la plèvre pouvant persister jusqu'à ce que la cavité pleurale ait acquis toute l'extension qu'elle peut obtenir par l'épanchement.

Maintenant, voici comment ce fait peut être modifié selon les sujets et leurs conditions physiologiques. Il est des individus qui sont dans ces conditions, que leurs exhalations séreuses sont très abondantes, et à ce point, que le tissu cellulaire est, chez eux, à demi œdématié: aussi ont-ils physiologiquement la face bouffie, la peau molle, le tissu cellulaire non rénitent. Ces sujets, prédisposés aux exhalations séreuses abondantes, sont *phlegmatiques*, comme disaient les anciens, et cette prédisposition est l'élément étiologique des épanchements de la plèvre qui, chez eux, iront avec rapidité, combleront plus vite que chez d'autres la cavité thoracique en refoulant le poumon peu à peu et produisant les accidents dont il a été parlé tout à l'heure. De là cette circonstance que, dans l'épanchement séreux le plus simple, dans celui qui se rattache à la phlogose, l'exhalation se montre tantôt avec rapidité, tantôt avec lenteur, suivant qu'il s'agit d'individus physiologiquement prédisposés aux infiltrations et aux exhalations séreuses, ou d'individus chez lesquels la prépondérance des fluides blancs se trouve relativement très faible.

Quand l'épanchement s'est ainsi produit en grande partie sous l'influence d'une prédisposition physiologique du sujet, il se résorbe moins facilement que chez ceux chez lesquels il se produit plus difficilement, car la prédisposition, persistant chez eux après l'épanchement accompli, tend à faire persévérer la maladie plus longtemps; de sorte que ces divers sujets pourront fournir deux sortes d'épanchements à leur période de déclin : chez l'un, la résorption se fera rapidement, parce que sa constitution est énergique et sa plasticité vigoureuse; chez le phlegmatique, l'épanchement tendra à durer plus longtemps et pourra persister avec la forme chronique, entretenu qu'il sera par la constitution du sujet.

Les conditions pathologiques des sujets peuvent être très différentes. Un individu contracte une pleurésie; chez lui, il existe un état pathologique précédent en dehors de la pleurésie, par exemple, une maladie de l'appareil central de la circulation qui restreint la circulation capillaire; en un mot, il a un état habituel d'hydropisie: l'inflammation pleurale amènera l'exhalation séreuse, qui sera en outre favorisée par la lenteur de la circulation capillaire, et on a une résorption presque nulle, une exhalation facile et passive résultant de stase sanguine; enfin on a souvent un état réel d'atonie dans la structure du tissu vasculaire qui laisse transsuder le sérum du sang en abondance, et quelques heures suffisent pour remplir la cavité pleurale. Dans ce cas, l'épanchement de poitrine n'est pas seulement l'effet de la phlogose, qui n'est plus qu'une cause occasionnelle, mais il a lieu sous l'influence cachectique de la lenteur de la circulation capillaire dans le système vasculaire afférent du cœur.

On peut aussi prendre pour exemple d'autres maladies chroniques amenant la lenteur des fonctions plastiques, et on voit naître la diathèse séreuse, c'est-à-dire une disposition pathologique aux suffusions séreuses dans tous les tissus; et, dans ce cas, les exhalations de sérosité dans les plèvres surviennent avec facilité et sont très abondantes.

Un individu était bien portant il y a peu de temps; il a été soumis à des déplétions sanguines traumatiques, à des saignées trop souvent répétées, par exemple; il arrivera chez lui une cachexie secondaire, le sang deviendra séreux, et la cachexie se sera introduite par la diminution de plasticité du sang; la tonicité des tissus sera aussi diminuée, les transsudations séreuses pourront se faire et, sous l'influence d'une pleurésie, un épanchement se produira avec la plus grande facilité.

Ces conditions, que je rattache aux épanchements de la cavité pleurale par inflammation de la plèvre, doivent faire ressortir ces circonstances : que la phlogose n'est que la cause occasionnelle, mais que la rapidité ou l'étendue de l'épanchement et la dilatation qu'il occasionne dans la cavité pleurale, enfin que la lenteur ou la rapidité de sa disparition sont sous la dépendance de la constitution physique du sujet ou de l'état pathologique qu'il peut avoir acquis antérieurement.

On voit pourquoi, lorsqu'on peut examiner des épanchements sur le cadavre, on trouve, chez les uns, qu'il y a beaucoup de matière plastique épanchée et disposée en lamelles, en cordons ou en nappe à la surface de la plèvre; chez d'autres, la matière plastique est en petite quantité; enfin, chez d'autres, où la persistance de l'épanchement est due à la violence de la phlogose de la plèvre, il arrive que la matière plastique peut devenir purulente et donne les épanchements purulents pleuraux. Ces nombreuses différences tirent leur origine encore de l'état du sujet bien plus que de l'inflammation elle-même.

Dans le langage de l'école de Paris, on appelle *hydrothorax* les épanchements de la plèvre qui ne présentent pas de matière plastique et qui par conséquent ne sont pas liés à des inflammations, tandis qu'on appelle *épanchements pleurétiques* les épanchements qui sont liés à la phlogose de la plèvre, et liés à la production de matières pseudo-membraneuses. Il y a entre ces deux affections des degrés intermédiaires, et c'est dans ces degrés qu'est la part de la constitution physique ou pathologique du sujet.

Mais il n'y a pas que la phlogose simple qui produise des épanchements pleuraux, il y a d'autres maladies qui produisent le même résultat. Il se produit dans l'épaisseur de la plèvre, presque à sa surface, des concrétions tuberculeuses qui peuvent survenir primitivement et constituer à leur origine des concrétions apparaissant à la surface de la plèvre, ou bien ils se montrent consécutivement à une phlogose réelle, et dans ce cas les tubercules sont jaunes, épais, enflammés, et donnent lieu à la production de pseudo-membranes : quand ce travail de tuberculisation s'accomplit dans la plèvre, il se produit une rupture d'équilibre entre l'exhalation et la résorption; il y a épanchement dans la cavité pleurale et empyème : cet épanchement est encore subordonné aux conditions physiques et pathologiques du sujet. L'expérience prouve d'ailleurs que ces épanchements séreux consécutifs aux maladies tuberculeuses de la plèvre surviennent rapidement ou lentement, et se résorbent plus ou moins vite selon la constitution plus ou moins phlegmatique du sujet, plus ou moins détériorée par la maladie tuberculeuse elle-même.

Les épanchements survenus dans la cavité pleurale déterminent dans la structure et les rapports des parties constituantes des parois thoraciques et des viscères des modifications qu'il est important d'apprécier. L'épanchement dilate la cavité de la poitrine, y creuse son nid en repoussant les feuillets pleuraux des parois. Dès l'instant que l'épanchement commence par un dépôt de liquide qui s'est établi en écartant les feuillets pleuraux, il s'ensuit qu'il est uniloculaire si l'état physiologique de la structure des plèvres est intact; aussi l'épanchement se videra-t-il en entier par une ouverture faite sur un point du foyer. Qu'il y ait des fausses membranes en cordons, en lamelles ou en nappes, toujours l'épanchement communique avec le reste de la cavité pleurale, et il sera uni loculaire. Ce fait est important pour établir le traitement par le paracentèse.

Le poumon dans ces cas d'épanchement est repoussé vers la gouttière vertébrale et remonte vers ses racines; il s'accolle à cette gouttière vertébrale par la plèvre enflammée et enduite d'une couche pseudomembraneuse; mais cette membrane peut ne pas faire adhérer le poumon, et si on vide la cavité pleurale du liquide qu'elle contient, il redeviendra apte à reprendre son volume primitif et à reprendre la place que l'épanchement lui avait enlevée, tandis que si on évacue la cavité pleurale quand il y a soudure du poumon par les fausses membranes, il ne pourra pas facilement reprendre sa place; de là deux différences dans la forme des accidents qui succèdent aux épanchements de poitrine. Chez le sujet chez lequel il s'est fait malgré la grande résistance de l'organisme par vive inflammation de la plèvre, le poumon ne pouvant reprendre sa place primitive, retenu qu'il est par un point déterminé, la résorption s'arrêtera parce qu'il n'y aura plus pression occasionnée par la dilatation du poumon, et la diminution de l'épanchement se suspendra pendant un certain temps pour ne s'accomplir ensuite qu'avec lenteur, et à mesure que le poumon pourra recouvrer son volume primitif. Telle est l'explication de ces résorptions si longues à s'effectuer même chez les sujets placés dans les meilleures conditions possibles.

A côté de ces sujets se trouvent ceux qui sont détériorés par des cachexies; l'épanchement séreux se résorbe plus ou moins difficilement; mais à mesure que marche la disparition de la sérosité, le poumon, qui n'a pas trouvé de brides pour le fixer dans son nouveau volume, revient occuper sa place primitive, et la pleurésie se terminera sans rétrécissement de la poitrine. De là ces observations de sujets débarrassés de leurs pleurésies avec ou sans déformation du thorax. Il y a donc une sorte de compensation dans la gravité de ces deux formes de la maladie, puisque les mauvaises conditions pathologiques rendent plus facile le rétablissement des rapports normaux de l'organe de l'hématose après la pleurésie.

Sous l'influence de l'épanchement pleurétique, les parois thoraciques se dilatent et déforment la poitrine. Cette dilatation, constituée par la paralysie des muscles respiratoires, par l'écartement et l'agrandissement des arcs costaux, est précieuse pour le diagnostic; elle a été signalée presque depuis Hippocrate comme étant le symptôme principal, et c'est elle avec le décubitus sur le côté affecté de pleurésie, pour que la respiration puisse s'exécuter de l'autre côté sans être gênée par la pression, qui formaient, avant la découverte d'Auenbrugger, les signes pathognomoniques des épanchements thoraciques.

La paroi de la poitrine est repoussée en dehors, le diaphragme est abaissé à un certain degré et le foie suit nécessairement la même impulsion; aussi dans ces modifications de position des organes il y a des troubles fonctionnels. La respiration n'est pas seulement gênée par l'étouffement du poumon qu'entoure le liquide, mais encore par la pression médiate qu'éprouve le poumon du côté opposé, par la fatigue que ressent le malade à faire agir les muscles respiratoires même du côté sain, enfin par la diminution d'espace occupé par le poumon lorsque le cœur est fortement refoulé vers la droite, par exemple.

Cette respiration et par suite cette hématose incomplète introduisent dans l'économie une espèce d'accidents cachectiques; de là les différences dans les épanchements sous le rapport de leur marche, différences résultant des plus ou moins grands efforts réactionnels possibles de la part de l'organisme. Ainsi un sujet vigoureux chez qui les fonctions organiques seront puissantes, résistera pendant deux ou trois semaines à la dyspnée, tandis qu'un autre plus âgé, dont les fonctions plastiques sont détériorées sera promptement jeté dans la cachexie et la débilité par son épanchement; chez lui l'affection primitive s'accroîtra de ces épiphénomènes liés à sa constitution, et qui rendront la maladie plus dangereuse chez lui que chez l'autre. Par là on voit que dans les accidents intercurrents on a une épigenèse qui ne manque pas de gravité, et dont il faut tenir compte dans les épanchements thoraciques.

Les épanchements qui se font dans les plèvres présentent des signes qui doivent vous être familiers. Dès qu'il s'est produit un épanchement dans la poitrine, supposons qu'il soit peu considérable, on aura une diminution de sonorité constante dans le point le plus déclive de la poitrine et qui dépendra de la position du sujet : s'il est couché, il sera à la partie postérieure et externe. Cette diminution de sonorité est produite par la substitution d'une certaine quantité de liquide au poumon qui se trouve refoulé, et la matité est absolue, car par la percussion, qui met en jeu les vibrations de la poitrine, vibrations qui se transmettent dans le poumon, on ne pourra plus faire vibrer l'air contenu dans les cellules aériennes. A mesure que l'épanchement monte, la matité monte aussi et marque la limite de l'épanchement, qui présente toujours à sa partie supérieure un niveau horizontal par rapport à la position du malade. Ces signes gagnent une valeur toute particulière par la disposition physique de ces limites; car, si on avait affaire à une tumeur solide du poumon, la matité serait limitée selon la portion du poumon qu'occuperait cette tumeur; mais elle n'aurait pas de bornes fixes comme celles de l'épanchement et ne monterait pas progressivement de bas en haut. La matité est toujours absolue dans le cas d'exhalation dans les plèvres, car elle résulte d'une matière séreuse, compacte, sans air mélangé; mais dans les tumeurs du poumon il y a quelquefois des cellules ouvertes autour d'elles, des tuyaux bronchiques volumineux qui l'environnent; de là cette différence de résultat à la percussion, et, comme dit Auenbrugger, on a un bruit *instar percussi femoris*. Dans la pneumonie, la matité n'est pas non plus absolument complète.

Tous les épanchements de la poitrine diminuent le champ de la respiration; il y a absence de respiration vésiculaire au niveau du liquide épanché. Si l'épanchement repousse le poumon vers la gouttière vertébrale en avant et sur le côté, on n'entendra qu'un léger souffle éloigné et produit par le passage de l'air dans des tuyaux bronchiques restés perméables vers la racine du poumon. Si l'épanchement ne forme pas une couche très épaisse, le souffle pourra arriver jusqu'à l'oreille du médecin, et, quand il y a des fausses membranes, on a un souffle presque comme celui de la pneumonie, mais pas aussi sec. Si on fait parler le malade, on entendra les vibrations sonores de l'air interposé dans les cellules du poumon et auxquelles s'ajouteront les vibrations produites dans le liquide; de là ce bruit comme venant d'une corde vibrante et dont les vibrations se succéderaient rapidement : aussi Laënnec l'a-t-il comparé à la voix de la chèvre et l'a-t-il appelé *égophonie* : de là résulte que l'égophonie, qui indique l'épanchement et se trouve liée à la matité, monte comme elle et diminue avec l'épanchement; quand la poitrine est presque pleine, on n'entend plus d'égophonie dans toute son étendue, excepté vers son sommet, sous la racine de l'épine de l'omoplate, parce que là seulement il y a vibration possible de l'air dans les cellules du poumon et une couche de liquide plus mince qu'à la base de la poitrine.

Dans ces épanchements considérables, la distension du thorax saute aux yeux du médecin, et on peut s'en donner une idée par une mesure comparative avec la paroi du côté opposé. Dans l'abdomen, le foie déborde les fausses côtes, le cœur bat de l'autre côté du sternum, et par tous ces signes on peut apprécier la distension qu'a produite l'épanchement dans la cavité thoracique.

Le liquide vient-il à se résorber? l'épanchement disparaît-il? on a des signes analogues en sens inverse; le niveau du liquide s'abaisse, la sonorité de la poitrine se rétablit en allant de haut en bas; la respiration se fait entendre là où on avait cessé de la percevoir; on entend l'égophonie dans des points où ne ne l'entendait pas, parce que l'obstacle mécanique qui s'opposait à sa production a diminué. Quand la maladie est presque terminée, les parois des deux plèvres frottent l'une contre l'autre, et on entend le frottement pleural, signe du rétablissement du poumon dans son volume primitif. Enfin, si le poumon ne peut récupérer l'étendue qu'il avait autrefois, les parois thoraciques se renfoncent, les épaules s'abaissent, les côtes se resserrent, et on voit alors que l'épanchement a rétréci le poumon de manière qu'il ne puisse plus se développer aussi complétement : puis, surtout chez les jeunes sujets, le poumon se déplisse peu à peu et à mesure que les fausses membranes diminuent de quantité; alors la poitrine se dilate, la colonne vertébrale se redresse et les anciens accidents disparaissent presque complétement; mais surtout chez les très jeunes sujets, car chez les adultes il en reste toujours des traces plus ou moins évidentes.

SUITE DES RECHERCHES MÉDICALES

dans l'ouest de la France;

Par V. BALLY, de l'Académie de Médecine.

TOPOGRAPHIE DE TOURS.

(Suite et fin. Voir le numéro précédent.)

Cependant, l'habitude corrige les effets de la corruption de l'air dans les conditions les plus fâcheuses. On connaît l'histoire de ces prisonniers qui, vivant de longues années dans d'obscurs cachots, n'ont pu supporter l'action d'une atmosphère libre et pure. Dans mes voyages, j'ai recueilli un fait qui a quelque analogie avec ce dernier. Les cénobites de la grande Chartreuse passent une grande partie de leur existence dans des cellules en forme de caveau; on y descend par un escalier puant et obscur. Chaque cellule a une étendue de moins de la moitié de celles du pénitencier; la lumière n'y arrive que d'en haut par une étroite lucarne et aucun ventilateur n'y établit de courant pour le renouvellement de l'air. Y a-t-il là quatorze mètres cubes d'air? Pas même la moitié. A trois reprises différentes, j'y ai vu des malades, ce qui m'a permis d'étudier la localité. Et cependant ces moines, plongés les trois quarts de la journée dans ces caves, ont une longévité égale, sinon supérieure, à celle des hommes qui vivent dans les habitations les plus aérées.

Voici maintenant le contraste : j'eus l'occasion de me trouver à la grande Chartreuse à une époque où des prêtres des environs étaient venus y faire leur retraite. Presque tous étaient plus ou moins indisposés. Pourquoi? C'est tout simple : ils sortaient de l'air le plus pur pour séjourner dans des cellules qui ne l'étaient pas, et chacun comprend quel doit être l'effet de cette brusque transition.

Colonie de Mettray. — A environ huit kilomètres de Tours, il y a un admirable établissement de correction connu sous le nom de colonie de Mettray. C'est là que la charité et la bienfaisance s'exercent dans toute leur grandeur, dans toute leur

puissance; c'est là que la vraie morale du Christ est mise en pratique dans toute sa divine majesté; il a été fondé et il est encore entretenu et dirigé par deux apôtres que la charité anime et remplit d'un saint enthousiasme, MM. de Metz et de Courteilles. Il y avait lors de notre visite 471 enfants repris de justice. La correction cellulaire y est en vigueur, mais comme simple punition temporaire calculée sur la gravité de la faute. A aucune époque la maladie asiatique n'y a pénétré.

Traitement. — Nous consumons chaque jour tous nos efforts à la recherche d'une thérapeutique bonne ou passable pour prévenir ou combattre avec quelque succès la période cyanique, et rien de ce qui peut satisfaire un esprit rigoureux ne se présente. Les médecins de toutes les régions, de toutes les zones ne négligent aucune investigation, aucun moyen légitime. Le charlatanisme seul met largement à contribution la crédulité et la terreur. Des milliers de recettes et d'arcanes infaillibles inondent chaque jour les feuilles périodiques ou assiégent les compagnies savantes. Quand donc arrivera ce siècle que la philosophie prophétise et appelle, ce siècle où l'intérêt privé, bardé de mensonge, s'humiliera devant l'amour du vrai? La souffrance humaine n'est-elle donc qu'une marchandise que l'on doive solder avec des rognures de fausse monnaie? Au point où nous sommes parvenus, il y aurait une statistique bien utile à faire pour l'épidémie en question, celle où figureraient uniquement les malades qui se sont contentés de quelques litres d'eau pour étancher leur soif: quelle leçon, nous médecins si fiers de notre savoir, nous recevrions de cet inventaire!

Cette exclamation *héraclitique* n'atténue en rien la gloire, le mérite et les vertus des médecins honorables qui, dans les villes que je viens de parcourir, Rennes, Nantes, Angers, Tours et Orléans, se sont maintenus sur la brèche et ont épuisé toutes les ressources de la science pour soulager les misères humaines.

La maladie asiatique s'est présentée à Tours, comme partout ailleurs, avec des signes prodromiques et des cas foudroyants; ceux-ci sont évalués aux trois centièmes. Si le médecin, et nous le répétons sans cesse, était appelé dans les deux ou trois premières heures de l'invasion, nul doute qu'il assurerait presque toujours le triomphe de l'art. Cette période prodromique, inconnue dans la fièvre jaune, typhus d'Amérique, offre aussi plus de chances à l'avenir. Mais, en général, le flux intestinal fixe trop l'attention, car il n'est qu'un symptôme, qu'un effet de l'infection du sang; nous disons plus, c'est la voie que la nature emploie pour expulser le poison par cette suette intestinale lorsqu'elle ne l'a pas expulsé par la suette cutanée. A Tours, on s'est néanmoins applaudi de l'association du tannin à l'opium.

Le professeur de clinique employait des moyens fort énergiques dans la période algide: frictions avec le chloroforme ou avec l'ammoniaque combiné avec la teinture de cantharides; vésicatoires morphinés; bains de vapeurs; urtication; sinapismes; boissons stimulantes chaudes.

Il appliquait sur la colonne vertébrale une flanelle imbibée d'ammoniaque liquide sur laquelle il faisait passer un fer chaud; c'était le procédé de notre vénérable ami Petit, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, mort peu après l'épidémie d'un squirrhe au foie.

Il sera bien de rappeler ici que Petit et l'académicien Serres ont publié un excellent livre, tout d'observation, sur la fièvre entéro-mésentérique; travail qui a donné l'éveil sur les désordres organiques de la maladie que l'on nomme aujourd'hui fièvre typhoïde et que, dans mes jours de ferveur, je désignais sous l'appellation d'iléodiclidite elcode (ulcéreuse); et puisque je suis à Tours, j'ajouterai que cette maladie est la dothinentérite de Bretonneau.

Dans l'hydrocholadrée ou choladrée lymphatique, il importe donc de bien distinguer les périodes, car le traitement leur est subordonné. Il serait possible, avec un peu de subtilité, d'établir de nombreuses divisions; mais, en réalité, il n'en est que trois d'utiles: période prodromique, période cyanique ou algide, période de réaction.

J'ai entendu l'académicien Rayer, qui a tant de profondeur dans les vues, exprimer ses plaintes sur cette période de réaction, qui lui paraissait aussi redoutable qu'indéfinissable. J'avais hasardé jadis une explication que l'on trouvera de nos jours trop mécanique, peut-être absurde, mais que Boerhaave et Boissier de Sauvages auraient peut-être honorée d'un regard d'indulgence. « Pendant la période algide, le sang s'épaissit par la perte de sa lymphe ou sérum; la circulation se suspend en partie, et la masse cérébrale ne reçoit plus qu'imparfaitement cette impulsion continue que lui transmet habituellement le choc artériel. Puis tout à coup la circulation se ranime; le choc artériel renouvelé vient heurter ce tissu si fin, si délicat qui n'y était plus accoutumé; il faut pousser avec effort ce caillot, cette gelée de groseille, terme de comparaison. De là le trouble des fonctions cérébrales et cet appareil de symptômes de surexcitation qui appartiennent bien à l'encéphale. Déjà la maladie est changée; la maladie n'est plus de même nature; l'intoxication n'existe plus. »

Bien que j'aie exprimé mon indignation contre ce hideux charlatanisme qui spécule criminellement sur les infirmités humaines, je ne suis pas de ces gens moroses, *laudatores temporis acti*, qui ne voient rien de louable dans le temps présent. Je pense au contraire que l'époque actuelle vaut mieux que celle des siècles passés. Il y a parmi nous plus de respect pour les mœurs, plus d'amour pour l'humanité, plus de grandeur dans le dévouement. Voyez, pour ce qui a trait à notre profession et ce qui touche aux épidémies, cette foule de jeunes élèves qui, sous le patronage de leurs maîtres, se sont consacrés, non sans connaître le danger, au soulagement des malades. Partout les hôtels des monnaies ont fait grincer leurs balanciers pour graver le bronze en leur honneur. Mieux aurait valu, pour eux et pour tous, un parchemin avec ces mots: *Vous avez bien mérité de l'humanité!* Le parchemin encadré les aurait rendus plus glorieux que la possession d'un Raphaël ou d'un Dominiquin, et aurait servi dans la famille d'exemple et d'encouragement à perpétuité.

Horace aurait pu dire: « Nous valons moins que nos ancêtres, et nos neveux vaudront moins que nous. A des pères corrompus succéderont des enfants plus dépravés. » Imitation de ce qu'avait buriné Théocrite deux siècles auparavant, et que Juvénal a imité diversement cent vingt ans après. Mais les générations, au temps de cette *vaticination*, étaient parvenues au sommet de cette pente rapide et glissante où elles allaient se précipiter sous la verge de fer de quelques monstres qu'il fallait imiter sous peine de martyre.

Pour établir encore une comparaison plus tranchée, puisqu'elle repose sur les faits, reportons-nous à des époques plus reculées, à cette peste d'Athènes, si connue par la relation de Thucydide, qui en fut atteint lui-même. L'historien raconte que les malades et les morts étaient délaissés, pendant que leurs parents et connaissances se livraient à tous les excès imaginables, ne sachant pas s'ils auraient un lendemain. Franchissons maintenant ce long intervalle, et à ce siècle pervers, qui cependant était celui de Périclès, opposons ce qui se passe de nos jours, tant et tant décriés. Parmi nous, les simples citoyens et les magistrats se sont fait un devoir, se sont imposé la vertueuse obligation de porter des consolations aux affligés. Si je devais seulement publier tout le bien qui s'est fait à Tours, j'aurais à parcourir l'échelle depuis les sommités administratives jusqu'aux rangs inférieurs. Je montrerais monsieur le préfet de Sivry, visitant sans cesse les hôpitaux et pénétrant jusque dans la clinique du docteur Charcellay, pour porter partout des témoignages de sa bienfaisance et de sa charité. L'immortel Belzunce ne fit pas mieux dans la peste de 1721.

BALLY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 24 avril 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Correspondance.

M. RIGAL (de Gaillac) prie la Société de lui confier une lettre qu'il lui a adressée au mois de septembre dernier, pour assurer ses droits à la priorité d'invention d'une *suture élastique*.

M. le secrétaire communiquera cette lettre à M. Rigal, qui la restituera ensuite aux archives.

M. LEBERT annonce sa candidature en exprimant le désir de mettre à la disposition de la Société l'emploi des méthodes d'investigation anatomo-pathologiques qui font depuis longtemps le sujet de ses études.

Traitement des hernies épiploïques.

(Suite de la discussion.)

M. ROBERT présente le jeune homme dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. Les deux plaies de l'abdomen sont cicatrisées; et, malgré la résection pratiquée sur les deux portions de l'épiploon engagées dans ces plaies, le blessé se trouve aujourd'hui, dix-huitième jour de l'accident, dans un état de santé parfaite.

Toutefois, il y aura lieu de s'enquérir plus tard de l'état des cicatrices, et d'examiner si les viscères n'ont pas de tendance à les soulever et à s'y engager. Pour le moment, ces cicatrices paraissent aussi étroites que si elles avaient été obtenues au moyen de la gastroraphie.

A ce sujet, M. Robert est revenu sur la communication qu'il a faite. Il n'insiste pas davantage sur la pratique qui consiste à ne pas réduire l'épiploon, quoique sain, dans les cas d'épiplocèle traumatique. Il ne peut, en effet, s'appuyer que sur une seule observation à lui. Il a désiré simplement soumettre ce fait à ses collègues et faire appel à leur expérience. Quant à la conduite à tenir, suivant lui, dans les cas d'épiplocèle herniaire étranglée, ses convictions sont beaucoup plus arrêtées, puisqu'elles résultent de l'expérience de quinze années. Il est vrai que, pour arriver à une démonstration complète, il aurait dû comparer ses résultats, dans un nombre donné de cas, à ceux que l'on obtient par une pratique opposée, dans des cas semblables. Mais il est rare qu'en chirurgie on puisse procéder de cette manière.

M. Robert s'est donc borné à faire connaître ce qu'il a observé, et les motifs qui l'ont porté à s'éloigner de la pratique généralement suivie. Dans des cas où, opérant des entéro-épiplocèles, des chirurgiens très éminents avaient jugé l'épiploon assez peu altéré pour pouvoir être réduit; celui-ci, replacé dans l'abdomen, y a déterminé des accidents inflammatoires graves, la formation d'abcès, etc. D'un autre côté, dans les cas où l'épiploon avait paru trop malade pour être réduit, M. Robert a été frappé de l'innocuité des résultats, soit que l'on eût excisé une partie de l'épiploon en liant isolément les artères divisées, soit que l'on eût abandonné l'épiploon dans la plaie.

En présence de ces faits, il était permis de penser que, si l'abandon forcé de l'épiploon dans une plaie, lorsqu'il est gravement altéré, n'a pas de conséquence fâcheuse, l'abandon volontaire de l'épiploon, quand il est sain, ne saurait conduire à de plus mauvais résultats.

L'adoption de cette pratique trancherait une difficulté que l'on rencontre fréquemment en opérant les hernies entéro-épiploïques, celle de savoir si l'épiploon peut ou ne peut pas être réduit sans inconvénient.

On a objecté à M. Robert qu'en fixant l'épiploon à l'ouverture herniaire, on s'expose à faire subir plus tard des tiraillements nuisibles à l'estomac ou au canal intestinal.

Mais on peut répondre que ces tiraillements n'ont été observés que dans les cas très rares d'étranglement survenant dans les hernies d'un grand volume et contenant une très grande quantité d'épiploon. Il y a plus: dans le siècle dernier, à l'époque où l'on avait l'habitude de réduire l'épiploon après l'avoir lié en masse, et l'avoir ensuite excisé au-dessous de la ligature, n'avait-on pas maintes fois enlevé impunément des portions considérables de cette membrane? Les recueils d'observations pullulent de faits de ce genre.

Dira-t-on que la réduction opérée, dans ces cas, après la ligature rend à l'épiploon sa position normale, et prévient ainsi les fâcheux effets du retranchement opéré sur lui? Mais ne sait-on pas que, lorsque l'on a réduit soit une anse intestinale, soit surtout une masse épiploïque, la partie réduite reste derrière l'anneau ou dans son voisinage, qu'elle y contracte promptement des adhérences?

Du reste, M. Robert déclare n'avoir jamais observé ces tiraillements fâcheux opérés par l'épiploon sur l'estomac. Il pense que l'épiploon laissé dans l'anneau rentre peu à peu dans la cavité abdominale, suivant le mécanisme si bien étudié par Scarpa dans les hernies avec gangrène, et que même il peut ultérieurement y devenir entièrement libre.

M. Robert avait espéré qu'en laissant l'épiploon dans la plaie ce tissu ferait l'office d'un bouchon obturateur, et préviendrait une hernie consécutive; mais son espoir a été déçu. Chez une femme opérée de hernie crurale, une hernie nouvelle s'est manifestée un an après l'opération, et a forcé la malade à porter un bandage.

En résumé, le raisonnement et l'expérience se réunissent aujourd'hui pour démontrer à M. Robert que, dans l'opération des hernies entéro-épiploïques, il est sage de ne jamais réduire l'épiploon. S'il est considérable, il convient d'en exciser la plus grande partie en liant, s'il le faut, toutes les artères qui donnent du sang; s'il est peu considérable, on le laisse au dehors purement et simplement. Dans ce cas, tantôt il rentre peu à peu dans le ventre, comme l'ont observé Chopart, Desault et Dupont, cité dans les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* (tome III); tantôt il devient en peu de jours le siége d'une fonte purulente et gangréneuse qui élimine complètement les portions laissées au dehors.

M. FORGET demande à M. Robert si dans les faits qu'il vient de produire se trouve comprise une observation rapportée par Lawrence, et qui est tirée de la thèse de Gunzius. Cette observation est relative à une épiplocèle volumineuse et dure chez un malade qui ne pouvait jamais prendre plus d'une certaine quantité d'aliments sans vomir à l'instant, et même il était obligé, à chaque repas, de se tenir couché, le tronc incliné en avant et les jambes fléchies.

M. Forget dit que M. Jobert a adopté comme méthode presque générale le procédé suivi par M. Robert, en laissant l'épiploon dans la plaie. M. Jobert, en agissant ainsi, a vu survenir moins de dangers que par la réduction; il n'a jamais reconnu, par exemple, que l'inflammation passât de la tumeur extérieure dans la cavité péritonéale. C'est, du reste, après avoir fait pendant longtemps comme tous les chirurgiens, c'est-à-dire après avoir réduit l'épiplocèle, qu'il a été conduit par les résultats à changer de pratique. Laissé à l'anneau, l'épiploon suppure, s'atrophie, devient la base d'une cicatrice solide, et son tissu, au lieu d'affaiblir l'anneau, le consolide en s'unissant à lui.

M. Forget ajoute qu'il a en vain cherché dans les auteurs si des faits justifiaient leur assertion reproduite par M. Michon, relativement aux tiraillements que l'épiploon hernié exercerait sur l'estomac. Deux cas cités par Lawrence semblent seuls donner créance à cette opinion; et jamais, dans sa pratique, M. Jobert n'a observé un semblable effet.

M. MICHON considère la question comme tellement déviée de sa direction première, qu'il se voit obligé de la ramener à son point de départ. Cette question, nettement posée par M. Robert, est celle-ci: Parvient-on à guérir un plus grand nombre de hernies épiploïques en ne les réduisant pas, plutôt qu'en opérant leur réduction? Or, M. Robert a répondu à cette question d'une manière affirmative et absolue. Eh bien! qu'il démontre la réalité d'un fait de cette importance, et il tirera les praticiens d'un grand embarras. Mais tous ou à peu près tous sont en désaccord avec lui. Aucun chirurgien n'a donné le précepte exclusif de réduire l'épiploon, si ce n'est, à une certaine époque, M. Jobert, qui depuis a changé d'opinion.

M. Michon fait observer ensuite que M. Robert est parti d'un point ou d'un sujet différent de celui qui est en discussion; de là une argumentation en deux termes qu'il faut réduire à un seul, c'est-à-dire à celui des hernies proprement dites, puisque, dans le cas de blessure compliquée d'épiplocèle, la question ne saurait être encore jugée définitivement, malgré la valeur des deux observations appartenant l'une à M. Larrey, l'autre à M. Robert lui-même.

Il suffit de chercher dans les auteurs pour y trouver des exemples démontrant que l'épiploon laissé en place dans des hernies est devenu cause d'accidents, de douleurs, de tiraillements, d'inflammation, etc.

M. Michon croit que Boyer, à cet égard, bien pénétré de ce qu'il pensait, a écrit sous les inspirations de l'Académie de Chirurgie, mais non pas, comme le suppose M. Robert, dans des vues théoriques, quoiqu'il n'ait pas rapporté de faits à l'appui des principes qu'il a soutenus.

Des observations recueillis par d'autres, tels que Lawrence, prouvent que l'épiploon, bien qu'abandonné au dehors dans les hernies, devenant le siége d'une inflammation, peut la transmettre dans la cavité du péritoine.

Quant à savoir positivement s'il faut laisser ainsi l'épiploon au dehors, c'est, répète M. Michon, une vue théorique, malgré la pratique de quinze années invoquée par M. Robert. En effet, dit-il, les résultats obtenus perdent leur valeur, puisqu'ils manquent des éléments nécessaires pour établir des termes de comparaison, tels que les proportions des nombres, les espèces précises, les opérations et les diverses circonstances qui s'y rapportent.

M. Michon a bien réduit, pour sa part, une vingtaine de hernies épiploïques, et ce qu'il a vu l'autorise à persister dans ce qu'il vient de dire.

Il rappelle qu'Arnaud, dans plus de huit cents hernies, a souvent lié et réséqué l'épiploon, sans que les malades aient éprouvé plus tard de ces tiraillements qui dépendent des adhérences établies autour des plaies.

« Beaucoup de chirurgiens, dit-il, ont agi comme Arnaud, et n'ont eu qu'à s'en louer. C'est pourquoi la pratique contraire de M. Robert peut être considérée comme toute théorique, bien qu'elle date de quinze ans, jusqu'à ce qu'elle soit

appréciable avec connaissance de cause exacte et précise. »

M. Michon, en un mot, veut la certitude d'avoir plus de chances de guérir ses malades, d'après le conseil donné par M. Robert pour se décider à le suivre; et la question, en définitive, est donc celle-ci : L'épiploon, dans une hernie, doit-il être réduit ou laissé en dehors ?

M. Michon déclare, en terminant, qu'il est tout prêt à se rendre à la pratique de M. Robert, parce qu'elle est plus simple, s'il lui est démontré qu'elle soit meilleure.

M. Robert fait valoir les considérations qui se trouvent exposées précédemment daus leur ensemble, et qui complètent sa réponse aux objections faites par M. Michon.

Il ajoute que dans une circonstance Desault a observé la réduction graduelle d'une épiplocèle herniaire. Comme M. H. Larrey l'a observée dans le cas d'épiplocèle traumatique dont il a été question. Rappelant aussi que Dupuytren avait pour habitude de réduire l'épiploon hernié, il a vu quelquefois la suppuration dans les fosses iliaques être la conséquence de cette pratique, et une fois il a constaté la sortie par l'anneau crural d'un énorme bourbillon résultant d'une gangrène herniaire de l'épiploon.

M. Robert en a conclu également à l'utilité de laisser l'épiploon au dehors, et d'ailleurs l'intestin est rarement gangréné dans ces cas-là, tandis que l'épiploon supporte à peu près seul les conséquences de l'étranglement. Le réduire dans de pareilles conditions lui paraîtrait une imprudence en l'exposant aux chances de l'inflammation, de la suppuration et de la gangrène.

M. Michon regrette que M. Robert n'ait pas répondu nettement à son argumentation; « car je sais, dit-il, comme lui, » comme tous les chirurgiens, ce qui se passe lorsqu'on » abandonne l'épiploon au dehors. Toute la question, encore » une fois, est celle-ci : M. Robert a posé comme doctrine » absolue de laisser l'épiploon au dehors. A-t-il des faits dé» monstratifs, des relevés statistiques à l'appui de cette doc» trine ? A-t-il enfin obtenu des résultats plus satisfaisants, » des succès plus réels que ceux que nous obtenons par une » conduite opposée? Si la réponse n'est point catégorique, la » question en restera où elle en était auparavant. Il s'agit, en » dernière analyse, d'une réforme complète, radicale, propo» sée par M. Robert. Il faut donc savoir si elle est fondée sur » l'autorité des faits avant de l'accepter. »

M. Robert répète que depuis plus de quinze ans il a eu beaucoup de succès dans une trentaine d'opérations, sans qu'il lui soit possible d'en donner le chiffre exact, ni les détails circonstanciés.

M. Maisonneuve n'a pas encore acquis une aussi grande expérience sur les hernies, mais il peut exposer le résultat des cas de sa pratique. Il a fait comme font tous les chirurgiens lorsqu'il s'agit d'entéro-épiplocèle : il a réduit d'abord l'intestin, puis l'épiploon, et il a eu des résultats fâcheux, funestes, qui ne l'ont pas encouragé à continuer de la sorte. Il laisse donc dans la plaie l'épiploon sain ou malade, si surtout c'est une portion un peu considérable; et, toutes les fois que la réduction par le taxis en est difficile ou douloureuse, il y renonce.

M. Maisonneuve avoue cependant que cette manière de faire ne lui a pas encore fourni de résultats assez concluants, mais il les croit un peu meilleurs que ceux de la réduction. Il fait observer aussi que l'on doit se défier de ses propres résultats à cause des chances de séries.

M. Robert, ajoute M. Maisonneuve, a soulevé une question importante dont les résultats comparatifs méritent d'être examinés. Il n'y a pas de dangers d'ailleurs à ne point réduire, ou bien il y en a autant à faire la réduction qu'à s'en abstenir.

L'uu des chirurgiens qui ont obtenu assurément le plus de succès dans le traitement des hernies, M. Philippe Boyer, suit le précepte donné par son père en opérant de très bonne heure, et cependant il exerce dans un hôpital où les résultats des opérations de ce genre sont généralement déplorables.

M. Maisonneuve considère l'opération de la hernie épiploïque comme désastreuse. Ainsi à l'Hôtel-Dieu, du temps de Dupuytren, d'après une statistique faite par M. Tessier, on comptait 18 morts sur 20 opérations. M. Maisonneuve, pour sa part, en a eu 3 sur 4; et il pense que, si chaque chirurgien fournissait les résultats de sa pratique, on obtiendrait ainsi des données utiles pour faire adopter ou rejeter la doctrine de l'expectation.

M. Marjolin considère la question soulevée par M. Robert comme tellement nouvelle que, si elle l'eût été par un chirurgien d'une plus jeune expérience que la sienne, elle eût sans doute été rejetée. Cette question devient dangereuse de sa part et dans la position qu'il occupe parmi les chirurgiens des hôpitaux.

Le principe fondamental dans le traitement des hernies, quelles qu'elles soient, c'est de réduire. En effet, un organe enflammé est plus susceptible de résolution lorsqu'il est replacé dans sa cavité naturelle que lorsqu'il est abandonné en dehors des parties. On réduit bien une anse d'intestin enflammée, on peut, on doit à plus forte raison réduire une portion d'épiploon si elle n'est pas malade. M. Marjolin cite à ce sujet un cas de petite hernie paraissant épiploïque accompagnée d'accidents qui cessèrent aussitôt après la réduction. Toutes les hernies, dit-il, qui se présentent dans les hôpitaux sont soumises à beaucoup de manipulations avant d'être opérées; l'insuccès dépend de là bien souvent. Il rappelle que M. Boyer fils, sans avoir même recours au taxis, opère le plus tôt possible et réussit le plus ordinairement. Il cite enfin la pratique de Dupuytren, qui, dans la dernière période de sa carrière, ne différait point l'opération comme autrefois.

M. Maisonneuve demande à M. Marjolin s'il est bien sûr de ce qu'il avance relativement à Dupuytren, dans le service duquel il s'est trouvé lui-même.

M. Marjolin ne croit pas se tromper, car il a vu Dupuytren agir ainsi, mais seulement vers la fin de son enseignement à l'Hôtel-Dieu.

M. Michon n'accepte pas la question modifiée par M. Maisonneuve, qui partage avec tous les chirurgiens la doctrine ancienne, en se rapprochant de celle de M. Robert. Celle-ci seulement est en cause, et elle représente, il le déclare une dernière fois jusqu'à démonstration du contraire, un principe subversif des idées reçues en chirurgie.

M. Huguier demande, ainsi que M. Larrey, que la question des épiplocèles traumatiques soit de même l'objet d'une discussion.

M. le président consulte la Société, qui renvoie cette question à la prochaine séance.

Tumeur osseuse examinée au microscope.

M. Lebert communique le résultat de l'examen de la tumeur osseuse enlevée du sinus maxillaire par M. Michon. Il l'a fait dessiner avec soin et par des coupes très fines, qu'il a soumises au microscope; il a constaté les dispositions anatomiques signalées déjà par M. Giraldès.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

Paris, 4 mai 1850.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* une réclamation de M. Jobert (de Lamballe) au sujet d'une opération de fistule vésico-vaginale, dont le procès-verbal de la Société de chirurgie a fait mention.

Je regrette que mon habile et savant confrère semble m'attribuer nominativement une erreur dont je ne suis pas cause, sur la prétendue incurabilité de cette fistule.

La commnnication faite à la Société de chirurgie par M. Maisonneuve, telle que j'en ai rendu compte, est non-seulement l'expression exacte de ce qu'il a dit, mais la reproduction textuelle d'une note que je lui avais demandée.

Agréez, etc.,

Larrey,
Secrétaire de la Société de Chirurgie.

Administration générale de l'assistance publique à Paris.

Le lundi 10 juin 1850, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration des hospices, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat de l'administration du mercredi 8 mai courant au lundi 27 du même mois et devront justifier qu'ils ont 27 ans accomplis.

L'âge est réduit de deux ans pour les docteurs qui ont exercé pendant quatre années entières les fonctions d'élèves internes dans les hôpitaux de Paris. *Le secrétaire général* : Signé, L. Dubost.

Hygiène. — Thérapeutique domestique.

Sans admettre que, dans des cas surtout de quelque gravité, le malade puisse se faire son propre médecin; nous accorderons qu'il est des indispositions légères, de petits accidents et même des affections plus sérieuses qu'il est bon de savoir, jusqu'à un certain point, soigner soi-même, ou au moins soulager jusqu'à l'arrivée d'un homme de l'art.

Il serait donc de quelque intérêt, surtout au moment des départs pour la campagne, de passer en revue les quelques préparations médicamenteuses ou simplement hygiéniques dont l'application ne *présente* aucun danger et qui *peuvent*, au contraire, être une ressource précieuse pour une famille.

Nous classerons, sans hésiter, dans cette catégorie une composition qui, à l'époque désastreuse du choléra, a rendu des services que nous nous sommes déjà plu à reconnaître, comme moyen de préservation, comme agent de frictions énergiques, de fumigations sudorifiques, etc. (*voir* notre n° du 28 juillet 1849); nous voulons parler du vinaigre aromatique de J.-V. Bully.

Nous n'avons pas à apprécier ses propriétés simplement cosmétiques, c'est une question qui n'est pas du ressort de cette feuille; mais nous pouvons signaler les services plus sérieux qu'on peut demander à cette excellente préparation.

Dans les céphalalgies, maux de tête et migraines, une compresse de ce vinaigre étendu d'eau, appliquée sur le front et aux régions temporales, agit comme sédatif, rafraîchit le cerveau, calme la douleur, diminue la durée et l'intensité des accès, et en prévient souvent le retour.

Les ardeurs de la peau, les feux et rougeurs des tissus en général, sont une de ces incommodités plus gênantes et plus disgracieuses qu'alarmantes, mais qu'il ne convient cependant pas de négliger, ne fût-ce que comme symptômes, et que l'on dissipe parfaitement par des lotions rafraîchissantes. Un mélange léger d'eau fraîche et de vinaigre de Bully est un des meilleurs antiphlogistiques que nous puissions conseiller en pareil cas.

Si l'on a *affaire*, au contraire, à de l'atonie et à de la langueur dans des organes ou des tissus dont il s'agisse de réveiller l'inertie, il faut recourir à des moyens toniques, associer à plus forte dose à l'eau fraîche ce vinaigre, et lotionner de temps en temps, à l'aide de ce mélange, les parties affectées.

Il convient même d'employer le vinaigre de Bully pur dans quelques cas où il s'agit d'obtenir des résultats immédiats et énergiques.

Ainsi pour une brûlure, pour une contusion, pour une coupure (restreintes cependant à des proportions modérées et telles qu'elles ne réclament pas avant tout les soins du médecin), une application de ce vinaigre pur, faite au moyen d'une compresse sur le mal même et immédiatement après l'accident, en arrête les suites extérieures, cicatrise les plaies formées, et en maintenant les vaisseaux capillaires à leur état normal, empêche le sang et les humeurs d'y affluer, de s'extravaser et de tuméfier les chairs avoisinantes.

Ainsi encore s'il s'agit de provoquer une surexcitation locale et d'appeler à la surface du corps les fluides qui tendent à se congérer à l'intérieur, à y entraver la circulation et à y déterminer ces douleurs sourdes ou aiguës que l'on dénomme fraîcheurs et rhumatismes, en opérant des frictions sur les membres souffrants à l'aide d'une flanelle imbibée de vinaigre de Bully pur, on y aura bientôt ramené la chaleur et la vie, et on obtiendra une puissante dérivation.

La combinaison des diverses substances qui concourent à la préparation de ce composé en fait enfin un excellent antiméphitique éminemment propre à renouveler un air vicié, à préserver et à isoler en quelque sorte de toutes influences miasmatiques et contagieuses.

En présence de pareils résultats, tous attestés par l'expérience, pourquoi la science hésiterait-elle à patroner un pareil produit et à populariser davantage encore une composition déjà très répandue, mais dont il appartient à un journal sérieux de signaler les sérieuses propriétés ?

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 9 ET SAMEDI 11 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 56.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 10 MAI 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

La nomination de M. Danyau, une communication intéressante de M. Berthet, de Gray (Haute-Saône), et un fragment de discussion sur la pathogénie et la thérapeutique des fièvres intermittentes ont rempli avec intérêt toute la séance de mardi dernier.

L'élection de M. Danyau, que nous n'avions eu aucun mérite à annoncer d'avance, tant elle était assurée, est une de celles qui auront inspiré le plus de sympathie. Homme modeste, exact à ses devoirs, mais d'un jugement sûr et d'un tact exquis ; esprit sobre, mais solide dans ses productions, M. Danyau possède à un degré éminent les qualités scientifiques qui font un académicien, et les qualités morales qui inspirent la considération : l'Académie aura donc à se féliciter doublement de cet excellent choix.

Nous n'avons pu entendre aussi bien que nous l'aurions désiré la communication, ou plutôt les communications de M. Berthet, qu'une excellente lecture antérieure, faite en 1844, sur une ablation à peu près complète de la rate, recommandait à notre attention. Le titre des observations recueillies par M. Berthet prouve suffisamment leur degré d'intérêt. Nous aurons soin d'y revenir lorsque la commission présentera son rapport.

Une fois encore la discussion sur le rôle de la rate dans les fièvres intermittentes a manqué de s'engager; mais, soit que la séance fût un peu trop avancée, soit que les orateurs ne fussent pas suffisamment disposés, c'est plutôt à une légère escarmouche qu'à une lutte en règle que nous avons assisté, et c'est la question du traitement par les ventouses qui a surtout été agitée. La commission aurait peut-être été un peu indulgente pour la méthode de M. Gondret. Quoique nous soyons prêt à faire toutes les réserves sur les raisonnements *à priori* quand il s'agit de pratique, il nous semble bien difficile d'admettre qu'une ventouse sèche appliquée sur la peau; en un mot, qu'une dérivation toute mécanique puisse guérir une affection due évidemment à une intoxication miasmatique. On comprend, à la rigueur, qu'un semblable moyen puisse, comme tout autre agent perturbateur, troubler l'ordre des phénomènes d'un accès fébrile, empêcher même une fois cet accès à un moment donné; mais on ne comprendrait guère que l'action des ventouses neutralisât l'action profonde du poison paludéen. Cependant, nous le répétons, nous sommes toujours prêts à nous incliner devant l'expérience ; et si les observations de la commission avaient été plus convaincantes, nous aurions approuvé entièrement les conclusions qu'elle avait formulées.

Dans l'état actuel de la question, nous croyons, au contraire, que l'Académie a sagement fait d'adopter la modification proposée par M. Bégin.

Séance de l'Académie des Sciences.

La séance du palais Mazarin a offert aussi son intérêt pour la médecine. La communication de M. Flandin est venue fournir une preuve de plus au savant rapport de M. Chevallier sur l'emploi et la fabrication du blanc de zinc, que M. Leclair a eu l'idée de substituer au blanc de plomb. Cependant, tout en reconnaissant que les deux expériences relatées dans la lettre de M. Flandin offrent un vif intérêt, nous ne saurions penser, avec l'auteur, qu'elles soient suffisantes pour fixer définitivement l'opinion des médecins sur l'influence que peuvent avoir les préparations de zinc sur l'économie animale ; influence qui serait très positive si l'on en croyait d'autres observateurs que MM. Chevallier et Flandin. Nous pensons donc qu'il y aurait un grand intérêt à ce que M. Flandin répétât un assez grand nombre de fois l'unique expérience faite avec l'oxyde de zinc. Il y aurait beaucoup d'intérêt aussi à observer plus *longuement* et plus rigoureusement qu'on ne l'a fait encore l'état sanitaire des ouvriers qui travaillent à la fabrication du blanc de zinc ; car le mode d'action des pommades peut n'être pas exactement la même que celle des émanations de la fabrique; et, pour cette raison, les expériences, quelque intérêt qu'elles offrent d'ailleurs, ne sauraient suppléer entièrement à l'observation directe.

Alimentation des mineurs.

M. Sainte-Preuve, professeur de physique de l'Université, nous adresse quelques réflexions sur la note lue dans une des dernières séances de l'Académie des Sciences, par M. de Gasparin. Suivant ce professeur, on n'a pas assez tenu compte, dans cette note, du *climat* (qu'on nous permette, dit M. Sainte-Preuve, cette expression) sous lequel vivent les mineurs, et particulièrement ceux dont a parlé M. de Gasparin. Ce *climat* a une grande analogie avec celui des contrées tropicales, où l'alimentation est beaucoup moins abondante que dans les pays froids, quoique parfaitement suffisante pour entretenir les hommes en bon état de santé. En outre, dans les galeries d'exploitation des mines, les ouvriers ne sont pas soumis aux courants d'air auxquels sont exposés nos ouvriers des campagnes et beaucoup de nos ouvriers des villes, et qui peuvent avoir une grande influence sur la quantité d'aliments nécessaire pour satisfaire les besoins de consommation des forces digestives.

Ces réflexions nous paraissent dignes d'être prises en considération, et c'est avec plaisir que nous les soumettons à l'attention des observateurs qui voudraient continuer les intéressantes études de M. de Gasparin. Nous avons d'ailleurs indiqué nous-même quelques précautions indispensables pour donner à ces études toute la valeur qu'elles peuvent avoir.

Mort de M. Gay-Lussac.

Hier c'étaient les sciences naturelles, aujourd'hui ce sont les sciences physiques qui viennent de perdre l'un de leurs plus illustres représentants.

M. Gay-Lussac, membre de l'Institut, ancien pair de France, membre de toutes les Académies des sciences de l'Europe, est décédé hier matin à Paris, après une longue et douloureuse maladie.

Ses funérailles auront lieu aujourd'hui à dix heures du matin. On se réunira à la maison mortuaire, rue Cuvier, 37.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques. — Introduction.

Suite de l'exposition de l'organicisme.

Avant de combattre l'existence des propriétés vitales, comme forces préexistantes à l'organisation, nous nous trouvons dans la singulière nécessité de prouver que les physiologistes modernes ont, en effet, soutenu cette opinion.

Il faut donc commencer par démontrer que, dans la pensée des physiologistes modernes, il existe une force appelée *la vie*, surajoutée à l'organisation, qui en est l'essence; et nous chercherons alors à prouver que cette manière de voir est une erreur, une supposition gratuite, une véritable chimère.

Nous passerons sous silence l'histoire des propriétés, des forces vitales dans les temps anciens, pour exposer tout de suite les idées de Bichat, qui peut être considéré comme le vrai fondateur des propriétés vitales.

Bichat commence par établir une distinction entre les êtres organisés et les êtres inorganiques.

« Les différences qui les distinguent, dit-il, dérivent essentiellement de celles existant entre les propriétés qui *président* aux phénomènes qui sont l'objet de chaque classe de sciences. Telle est, en effet, l'immense influence de ces propriétés, qu'elles sont le principe de tous ces phénomènes. De même que les propriétés des corps anorganiques sont la cause de tous les phénomènes physiques, de même les propriétés vitales sont constamment le mobile premier auquel il faut remonter dans l'étude des phénomènes physiologiques. »

FEUILLETON.

Des causes générales du choléra,

Par M. L. PRANGÉ, médecin-vétérinaire.

Lorsque de grandes épidémies viennent à se montrer dans nos climats, on dit aussitôt que l'air est pestilentiel, que l'atmosphère renferme un poison mortel, et alors le vent est considéré comme le messager le plus ordinaire du fléau.

Certes, sans refuser aux vents la faculté de transporter au loin les émanations qui se dégagent du sein des contrées chaudes et marécageuses de certains pays, nous ne nions pas qu'ils aient une certaine influence, mais nous pensons que ce n'est là qu'un point de la question des causes, et qu'en tenant compte des vents qui nous apportent quelquefois un air chargé de miasmes, il est encore des influences toutes locales, des constitutions climatériques spéciales, peut-être aussi puissantes, qui favorisent plus ou moins les productions des maladies épidémiques.

Tant s'en faut que tout soit dit à l'endroit des épidémies ; et, bien qu'on ait beaucoup écrit sur ce sujet, il est encore loin d'être épuisé.

En effet, si on lit avec une sérieuse attention les ouvrages qui traitent de pathologie, on remarquera bientôt que, dans l'histoire des maladies en général, s'il est un point encore couvert d'obscurité, et par cela même susceptible d'être faussement interprété, c'est sans contredit celui de l'étiologie.

Ainsi, l'un assigne à une cause un rôle qu'elle ne peut remplir; l'autre, au contraire, lui refuse le rôle même qu'elle joue. De cette interversion, il résulte que quand des épidémies graves se déclarent, on ne sait jamais bien au juste ni comment les causes agissent, ni la part que chacune d'elles prend dans le développement et dans l'évolution de la maladie.

Cependant, les maladies sont produites par trois ordres de causes qui, par leur réunion et par leur concours, forment, en pathologie, une loi qui leur est commune, et qu'on peut appeler la *loi des causes générales*. Il n'y a pas de cause unique, principale de telle ou telle maladie. Non. Ce langage, aussi impropre qu'inintelligible, admis en pathologie, n'exprime rien absolument; mais, par son obscurité même, il sert à expliquer cette confusion d'opinions qui règne à l'endroit de l'étiologie, et l'ignorance où l'on est encore sur l'apparition de ces épidémies qui viennent quelquefois porter la désolation dans nos contrées, au nombre desquelles se trouve le fléau le plus terrible que nous ayons à redouter, le choléra.

Les causes qui donnent lieu au choléra sont peu connues ; elles sont cependant nombreuses et variées. Celles que l'on connaît, et que l'on regarde comme productrices du choléra, sont généralement mal interprétées quant à leur spécialité d'action.

Les uns voient le choléra se produire sous l'influence d'une mauvaise alimentation, d'un travail énervant, de la chaleur ou de l'humidité; les autres disent qu'il prend naissance dans les habitations malsaines, insalubres, dans l'air miasmatique, ou au milieu de l'agglomération, de l'encombrement.

D'autres l'attribuent à des causes purement imaginaires. Sur ce point, il n'y a aucun accord.

Pourtant, si on veut connaître la vérité sur les causes qui produisent le choléra, il faut les étudier, non pas d'une manière spéciale, mais bien d'une manière générale.

C'est à ce point de vue que nous allons les examiner.

Les causes générales du choléra sont *prédisposantes*, *occasionnelles* et *déterminantes*.

Les causes *prédisposantes* sont de bien peu de valeur si on les isole du lien qui les unit aux causes occasionnelles. Ainsi, un individu n'est pas frappé de choléra par cela même qu'il est d'un tempérament mou, lymphatique, qu'il est scrofuleux ou rachitique. Non, évidemment; mais ces causes, *inhérentes* à l'organisme, réunies aux causes occasionnelles par leur action simultanée, font plus profondément sentir leurs effets sur les individus qui offrent des constitutions originelles vicieuses, ou bien des accidents de conformation.

Les causes *occasionnelles*, en général, celles qui agissent d'une manière plus ou moins sensible sur les individus, et qui souvent laissent des traces très appréciables de leur contact, ne sont point encore les causes qui font apparaître le choléra ; mais ce sont celles qui placent les individus dans toutes les conditions pour le faire naître.

Les travaux pénibles, fatigants ; une nourriture insuffisante, mauvaise, peu nutritive; les aliments débilitants ; les privations ; le séjour dans des habitations malsaines, basses, froides et humides, où l'air ne se renouvelle pas et se charge des produits de toutes les matières qui s'y décomposent; l'insalubrité des quartiers des villes où la population est nombreuse, où l'air ne circule pas à cause de la hauteur des bâtiments et de l'étroitesse des rues, les émanations qui s'en dégagent; l'humidité permanente de certains lieux; le mauvais air qu'on y respire ; le défaut d'aération et d'isolation; la malpropreté des personnes qui habitent ces quartiers; l'encombrement, l'agglomération; les vents miasmatiques, sont des causes occasionnelles qui agissent plus ou moins profondément sur l'organisme, et qui, par les modifications qui en sont la conséquence, en raison même des conditions et des aptitudes individuelles, placent les personnes qui y sont exposées dans des conditions *exceptionnelles*.

Ce sont les causes qu'il importe le plus de bien connaître, non pas pour soustraire les personnes à leur action ni à leur funeste influence, mais pour en atténuer, pour en corriger au moyen de l'hygiène les fâcheux résultats. Ces causes agissent sans cesse d'une manière indiscontinue. On ne peut pas toujours les éviter; beaucoup de personnes y sont malheureusement exposées. C'est une menace toujours dirigée contre elles ; c'est l'épée de Damoclès suspendue sur leur tête, mais qui reste suspendue tant qu'une cause directe ne vient point la faire agir pour frapper.

Les causes *déterminantes* sont celles qui vont faire irruption. C'est l'étincelle qui allume l'incendie.

Tout ce qui peut produire sur l'organisme une action directe et instantanée, tel que les boissons alcooliques; l'ingestion des boissons froides, glacées; la suppression brusque de la transpiration cutanée; le froid humide sur la peau en sueur; les refroidissements subits; les aliments cuits ou crus pris en trop grande quantité ; l'indigestibilité de certains mets ; les fruits verts, ou non parvenus à leur entière maturité; les fruits trop mûrs, gâtés; les révolutions que produisent la crainte, l'effroi, la colère même ; les commotions

Il établit que les phénomènes de la vie dépendent de propriétés particulières qui pénètrent les corps organisés; puis il cherche leurs caractères propres, admet un grand nombre de divisions de ces prétendues propriétés. Nous ne pouvons le suivre ici dans tous ces détails (Bichat, *Anatomie générale*, pages 37, 39, édit. de 1812; *ibid.*, 52, etc.). Mais on peut s'assurer que dans le livre que nous citons il fait tous ses efforts pour prouver que la sensibilité, la contractilité et leurs sous-divisions sont non-seulement la cause de tous les phénomènes physiologiques, mais qu'elles existent par elles-mêmes, qu'elles se surajoutent à l'organisation, qu'elles provoquent son développement, et que cette organisation est d'autant plus développée qu'une propriété nouvelle vient s'ajouter aux autres. Il passe en revue tous les êtres organisés, pour prouver son assertion par des exemples. Il ne se demande pas même si ces propriétés ne sont que le résultat, la suite des différences de cette organisation; il admet qu'elles en sont la cause. Dans le parallèle qu'il établit entre les propriétés vitales et les propriétés physiques, ce sont toujours les propriétés qui sont cause des différences qui les séparent.

Il y a deux choses dans la vie : l'état de santé, puis celui de maladie. Dans la première, les forces vitales ont leur type naturel; dans la seconde, ces forces sont altérées; et des organes, il n'en est pas question.

Mais Bichat ayant pu, suivant quelques partisans des propriétés vitales, laisser quelque incertitude dans les esprits par la manière dont il s'est exprimé, Rullier, l'un d'eux, s'est chargé de dissiper tous ces doutes :

« Un autre vice du langage, dit Rullier, trop commun et non moins grave, parce qu'il fait confondre des objets fort différents, est d'étendre le nom de simples propriétés, qui n'entraîne avec lui aucune idée de puissance ou d'action, à la désignation des forces vitales qui pénètrent les corps et qui les animent. Nous pouvons remarquer, comme étant propre à confirmer cette réflexion, que c'est, en effet, sous la dénomination de *forces*, et non sous celle de *propriétés des corps*, que les physiciens ont traité de la pesanteur, de la gravitation, de l'affinité, de la cohésion, de l'élasticité, etc., et que les physiologistes rigoureux dans leur langage ont rangé par analogie les diverses sources des phénomènes organiques nommées des noms de motilité, sensibilité, affinité, ou combinaison vitale. Nous pensons, dès lors, que la dénomination de *propriétés vitales*, si communément employée par les modernes pour désigner, avec Bichat, les forces de l'organisme vivant, est vicieuse, et ne peut être conservée, attendu qu'elle ne donne pas une idée convenable de la puissance ou du principe actif qu'elle doit exprimer. »

Nous ne pouvons multiplier davantage les citations; mais celles-ci doivent suffire pour démontrer que l'on admet dans l'organisme vivant *un être à part qu'on peut en séparer, qui l'anime, lui donne la vie et préside à tous ses actes.*

Avant de faire voir à quelles conséquences désastreuses conduit l'admission de ces propriétés, nous devons démontrer que ces propriétés, considérées sous l'aspect que nous venons d'exposer, ne sont qu'une chimère.

En effet, la vie n'est pas un être à part, existant par lui-même, existant ailleurs que dans l'organisation, comme l'électricité, le calorique, etc., qui se surajoute aux corps organisés, qui les pénètre, les imprègne, les anime; *elle n'est que le résultat de l'arrangement moléculaire.* N'est-il pas vrai qu'il n'y a *vie* que là où il y a organisation? La comparaison avec l'électricité est-elle soutenable, lorsqu'on voit celle-ci partout répandue, rendue sensible à nos sens par des étincelles, des attractions, des répulsions, et qu'on peut toujours l'accumuler où l'on veut? Mais la vie, où l'a-t-on vue que dans les êtres organisés?

L'homme une fois créé, c'est-à-dire organisé, est comme l'horloge montée, qui possède dans sa disposition moléculaire sa raison de se mouvoir pendant un temps donné. *La vie n'est autre chose que la disposition organique nécessaire au mouvement.* Nous recevons cette disposition en naissant. La machine est alors montée; elle marche jusqu'à ce qu'elle s'altère d'une manière naturelle ou accidentelle. Lorsqu'un corps organisé existe sans la vie, c'est que la disposition organique nécessaire à l'exercice des fonctions a subi quelque dérangement.

La vie n'est que l'ensemble des fonctions (Richerand). S'il en est ainsi, les fonctions ne pouvant précéder les organes, exister sans eux, il est absurde de dire que la vie peut précéder l'organisation. Au contraire, l'organisation est la condition nécessaire de la vie; il ne peut y avoir vie là où il n'y a pas organisation.

Voyons maintenant ce qu'on doit penser des prétendues propriétés vitales, considérées comme essences. Et d'abord, voyons ce que sont les forces physiques elles-mêmes. Sont-elles autre chose que la propriété des corps, propriété résultant de leur manière d'être?

Qu'est-ce que la gravitation, sinon l'action de corps qui s'attirent? La gravitation existe-t-elle là où il n'y a pas de corps pour graviter? Si elle n'existe pas sans ces corps, est-elle autre chose qu'une propriété de ces corps?

L'affinité chimique existe-t-elle en dehors des corps qui la possèdent?

L'élasticité, quelle est-elle, sinon la manière d'être d'un corps qui quitte et reprend sa première figure?

Enfin, toutes les prétendues forces peuvent-elles exister sans les corps qui en sont doués? Toute la question est là-dedans.

Mais si les propriétés des corps ne sont que le résultat de leur composition intime, il est évident que les différences qui existent entre les propriétés ne sauraient dépendre que de leur structure différente.

Il est, en effet, facile de voir que l'arrangement moléculaire des corps varie autant que leurs propriétés.

Bichat et ses sectateurs admettent que si les corps organisés présentent d'autres phénomènes que les corps non organisés, ils le doivent à des propriétés nouvelles et différentes de celles de ces derniers corps, et, parmi les êtres vivants, que l'organisation se complique d'autant plus que le nombre des propriétés vitales augmente.

N'était-il pas plus simple, plus facile à concevoir que, les corps organisés différant par leur structure et leur composition des corps inorganiques, c'était cette différence de structure et de composition qui en apportait une si grande dans leurs propriétés?

Si les propriétés vitales augmentaient à mesure que l'organisation se compliquait, n'était-il pas plus simple de conclure que ces propriétés vitales n'augmentaient que parce que l'organisation devenait plus complexe?

Enfin, en considérant les propriétés comme des attributs et non comme une essence, tout devient, dans l'organisme, clair, simple, et porte l'empreinte de la vérité; en les considérant comme essence, tout devient obscur, difficile à concevoir, et porte le caractère de l'erreur.

Partout, en renversant les propositions de Bichat, on arrive à une opinion qui satisfait l'esprit. En effet, si l'on passe en revue toute l'échelle des êtres organisés, au lieu de considérer leur organisation plus ou moins compliquée comme l'effet du plus ou moins grand nombre de leurs propriétés, n'est-il pas plus satisfaisant de regarder le plus grand nombre et la plus grande perfection de ces propriétés comme le résultat d'une organisation plus complète? C'est ce qu'il est facile de démontrer en jetant ses regards sur les êtres organisés des différentes classes, et sur l'homme dans ses différents tissus qui le composent, dans ses différents âges, dans ses différents sexes, etc.

Tous les actes vitaux dépendent, en définitive, de l'organisation. Ces actes vitaux sont un résultat, un effet, et non une cause, un principe, une loi, une force. Les actes vitaux sont des organes en exercice, et les propriétés vitales ne sont que les organes aptes à agir, disposés pour cela.

Si l'on pouvait séparer les propriétés vitales de la matière organisée, les recueillir, les faire voir en dehors de l'organisation, elles seraient alors autre chose que cette organisation; mais on ne peut pas plus les séparer des corps qui en jouissent qu'on ne peut séparer et faire voir à part le mouvement sans le corps qui se meut.

Il n'existe donc pas de propriétés vitales comme cause de l'organisation, comme indépendantes de cette organisation; et si les animaux jouissent de facultés qu'on ne retrouve pas dans les corps anorganiques, si aucune notion de la chimie ou de la physique ordinaires ne peuvent expliquer les actes de l'organisme vivant, cela prouve seulement que la matière organisée produit des actes différents de la matière non organisée, ce qui se conçoit aisément; et voilà tout. Il faut donc renoncer à l'expression de *propriétés vitales*, et désigner tous les actes de la vie sous le nom de *propriétés organiques*.

On adresse à ces propositions des objections spécieuses que nous allons exposer.

UNION CONGÉNIALE DES DOIGTS.

Opération.

Par M. Dezautière, médecin à Decize (Nièvre).

On sait que ce vice de conformation est assez rare, puisque M. Guersant, dont la carrière médicale compte déjà de nombreuses années et dont la pratique est très étendue, avoue qu'il n'est donné à aucun chirurgien d'avoir une grande expérience sur ce sujet (1).

Dans le commencement de février 1850, il m'a été présenté une petite fille âgée de un mois, et dont la main gauche était affectée de ce vice congénial. L'index était uni au médius jusqu'à l'articulation de la première avec la deuxième phalange par une double peau existant à la face dorsale et à la face palmaire, de manière à joindre les deux doigts, sans cependant les faire adhérer. La peau de la face dorsale de l'index se confondait avec celle de la face dorsale du médius sans interruption; il en était de même à la face palmaire. On ne voyait aucune trace de l'intervalle interdigital jusqu'à l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Plus bas, tout était normal.

Le médius, l'annulaire et le petit doigt étaient liés entre eux par des palmes larges et descendant jusqu'à l'articulation de la première avec la deuxième phalange.

Les autres membres étaient exempts de cette difformité.

En présence d'une telle infirmité l'opération était nécessaire, et, contrairement à l'avis de plusieurs chirurgiens, je me suis décidé à la pratiquer dans le plus bref délai, persuadé que la temporisation conseillée par plusieurs auteurs et notamment par M. le professeur Chélius, peut causer un grave préjudice aux sujets atteints de ce vice de conformation. En effet, les doigts ayant perdu beaucoup de leurs mouvements, il devient impossible d'exécuter certains travaux qui demandent de l'agilité dans ces organes; certaines professions seraient tout à fait inaccessibles aux personnes qui présentent l'union congéniale des doigts. Plusieurs auteurs conseillent d'opérer, seulement à l'époque où les doigts ont acquis tout leur développement; mais n'est-il pas trop tard à vingt ans pour commencer, par exemple, à se livrer à l'apprentissage des travaux à l'aiguille? Peut-on à cet âge commencer l'étude de la musique instrumentale?

Je pratiquai donc l'opération immédiatement, et voici le procédé que je suivis. Je marquai d'abord par un trait d'encre, à la face dorsale et à la face palmaire, la route que devait suivre l'instrument tranchant. Ce trait d'encre, à son extrémité supérieure, fixait l'endroit précis ou devait s'arrêter l'incision, c'est-à-dire la place exacte de la commissure. Cela fait, je divisai d'un seul coup toute la ligne avec des ciseaux.

Cette opération a été pratiquée par quelques chirurgiens avec le bistouri; mais j'ai donné la préférence aux ciseaux par les raisons suivantes : 1° parce que l'opération est d'une exécution plus facile; 2° parce qu'elle est incontestablement faite avec plus de célérité avec cet instrument; 3° parce qu'elle est moins douloureuse; 4° parce que l'incision est plus nette, et que la cicatrice doit être évidemment plus régulière.

L'opération achevée, je passai entre les doigts un petit linge enduit de cérat; huit jours après, tout était guéri et les résultats étaient satisfaisants.

(1) Voyez *Gazette des Hôpitaux* du 19 septembre 1848.

---

morales violentes; en un mot, les excès de toutes sortes que l'on commet et que vulgairement on exprime sous le nom d'*imprudences*, soot des causes déterminantes qui par leur action font naître immédiatement la maladie.

Il faut aussi ne pas onblier que quelques causes occasionnelles peuvent parfois agir à la manière des causes détermioaotes.

Ainsi donc, d'après ce que je viens de dire, on comprend très bien qu'une personne peut être sous l'influence des causes prédisposantes, sans craindre pour cela d'être atteinte du choléra. De même des individus peuvent être mal nourris, travailler beaucoup; être mal logés, mal vêtus, et ne pas contracter cette maladie; mais que viennent des causes déterminantes, aussitôt la maladie apparaît, parce que l'économie animale est préparée à recevoir l'action de ces causes, autrement le choléra n'est pas possible.

La preuve qu'il en est ainsi, c'est que ce n'est *jamais* sous l'influence des causes occasionnelles que les altérations pathologiques se développent; ce sont *toujours* les causes déterminantes qui les provoquent et qui leur donnent naissance.

Une des causes déterminantes les plus directes serait la *contagion;* mais quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps, beaucoup de praticiens partagent cette opinion, que le choléra n'est pas contagieux.

En effet, la contagion n'est nullement démontrée parce qu'un individu, en apparence bien portant, a été atteint de choléra près d'un cholérique; la non-contagion, il est vrai, ne l'est pas non plus parce que des personnes qui visitent et qui soignent des cholériques ne contractent pas cette maladie.

Mais ces personnes peuvent être frappées du choléra, si, ayant subi l'influence des causes prédisposantes et occasionnelles de cette maladie, elles se sont trouvées pendant un temps plus ou moins long exposées, dans un milieu vicié, auprès de cholériques, à l'action d'une cause sans cesse déterminante.

On pourrait dire alors, si le choléra ne s'est pas communiqué par *contagion*, c'est-à-dire par l'intermédiaire d'un *virus*, il s'est communiqué par *infection*, c'est-à-dire par absorption de principes morbides *non virulents*, émanant des cholériques.

On peut répondre :

Que les émanations qui s'échappent des malades ne déterminent pas comme les miasmes des marais toujours la même maladie. Non. Il suffit, auprès d'un individu qui est dans les conditions pour être atteint du choléra, d'une cause déterminante *quelconque* pour le faire apparaître, tandis que pour les fièvres intermittentes paludéennes il n'en est pas de même; c'est toujours la même cause déterminante qui fait naître la même maladie.

Puisque c'est par absorption miasmatique que ces fièvres se manifestent, on a donc pu dire qu'il y avait infection; mais d'après la manière dont j'envisage l'étiologie, je ne vois là qu'une cause déterminante prépondérante.

Donc, de même que pour la contagion, il n'y a pas infection, et le choléra n'est ni *contagieux* ni *infectieux*.

Ceux qui admettent la contagion du choléra, et qui ne peuvent cependant pas en donner la preuve d'une manière concluante autrement que par une interprétation très contestable des faits, oublient trop que les iodividus qui sont en contact ou qui spprochent les malades ont subi l'influence des mêmes causes, ont éprouvé les mêmes modifications, et que ce n'est que parce qu'ils se trouvent dans les mêmes conditions, sous la même influence générale qu'ils sont exposés aux mêmes conséquences.

Il est fort heureusement beaucoup d'individus qui, lorsque règne cette terrible épidémie, bien que menacés par les causes occasionnelles ou prédisposantes, se trouvent cependant dans des conditions favorables pour résister à l'action même des causes générales déterminantes.

Ce serait donc à nos yeux commettre la plus grave erreur que de voir la contagion là où en définitive il ne se trouve que la réunion des causes *générales nécessaires* au développement et à la production du choléra.

Ce n'est pas pour le choléra seulement qu'il en est ainsi; le typhus, les fièvres typhoïdes, les affections scrofuleuses font leur apparition de la même manière, suivant le même principe.

Toutes les maladies, en un mot, *quelles qu'elles soient*, se développent et naissent sous l'empire de cette loi des causes générales qui, en pathologie, est une et invariable.

Il faut donc que les personnes qui sont atteintes du choléra aient été, d'après cette loi, ou sous l'influence des causes prédisposantes, ou sous l'influence des causes occasionnelles, ou sous l'influence de ces deux ordres de causes en même temps. On s'explique alors très bien pourquoi les individus qui ont souffert des causes occasionnelles et prédisposantes depuis longtemps sont frappés de préférence par le choléra; et comment il se fait que des personnes qui vivent dans les meilleures conditions hygiéniques possibles sont aussi atteintes, mais dans des proportions relativement moindres. On comprend non moins bien comment les individus qui n'ont subi ni l'une ni l'autre de ces causes générales peuvent *impunément* commettre des imprudences, sans avoir à redouter l'action directe des causes détermioantes.

En résumé, l'observation démontre :

1° Que les causes prédisposantes isolées sont sans influence sur le développement du choléra, qu'elles n'ont d'action sur la production de cette maladie qu'en agissant simultanément avec les causes occasionnelles;

2° Que les causes occasionnelles ne sont point celles qui provoquent l'apparition du choléra, mais bien celles qui apportent dans l'économie animale des modifications profondes, en plaçant les individus dans des conditions favorables au développement de cette maladie;

3° Que les causes déterminantes, en frappant directement les individus qui ont subi l'influence modificatrice des causes occasionnelles pendant un temps plus ou moins long, sont celles qui *toujours* font faire irruption au choléra.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Faure, médecin de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, désigné pour rentrer à l'hôtel des Invalides le 7 avril.

M. Dussourt, médecin ordinaire de 2e classe, professeur, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, désigné pour rentrer à l'hôpital de Strasbourg le 7 avril.

M. Garnier, médecin-adjoint, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, désigné pour rentrer à l'hôpital de Versailles le 7 avril.

A mesure que l'enfant grandira les palmes se reproduiront-elles? Le professeur Chélius prétend qu'elles se reproduisent tant que le sujet n'est pas arrivé à l'âge adulte et qu'il n'a pas acquis son entier développement. Cette opinion du professeur de Heidelberg n'est pas admise généralement, et la reproduction de la membrane peut être révoquée en doute théoriquement; quoi qu'il en soit, je m'empresserai de porter à la connaissance des lecteurs de ce journal le résultat de mon expérience sur ce fait.

Mais ce qui est surtout digne de fixer l'attention, à mon avis, c'est la complication suivante observée chez le sujet opéré : la main et le bras porteurs du vice de conformation étaient beaucoup plus petits que les mêmes parties du côté opposé, d'où il suit qu'on ne pouvait par la mensuration du côté normal déterminer sur la main difforme le point exact où devait s'arrêter l'incision en haut, c'est-à-dire le point exact de la commissure des doigts.

Voici comment j'ai pu déterminer ce point : à la face antérieure de la main et à la hauteur de l'articulation de la première avec la deuxième phalange, il existe deux plis. Qu'on en suppose un troisième plus bas et situé à une distance du deuxième égale à la distance qui sépare le premier du second. Ce troisième pli fictif marque le point moyen entre l'extrémité inférieure du doigt et la commissure : ainsi, connaissant la moitié inférieure, il est facile de connaître l'extrémité supérieure ou le niveau de la commissure. Mais il peut arriver et il arrive en effet que le vice de conformation a envahi les plis dont je viens de parler; alors, on peut avoir recours à cet autre moyen : si on ferme le poing, dans tous les cas la tête des métacarpiens ou extrémité inférieure des os qui s'articulent avec la première phalange est visible. Si on mesure la distance comprise entre le sommet de la tête de cet os, sommet qui se manifeste quand on serre fortement la main, et l'extrémité supérieure de la première phalange, point facile à voir en fermant encore la main, le milieu entre ces deux points est exactement le niveau que ne doit pas dépasser l'incision : c'est le niveau précis de la commissure.

On voit donc que dans les cas où la trace des commissures n'est pas visible, où on ne peut prendre les mesures sur le membre sain, puisque le membre infirme est plus petit ou plus grand, on peut par les moyens que je viens de faire connaître arriver à déterminer le point précis de la commissure des doigts.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 mai 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Le ministre de l'instruction publique transmet une ampliation de trois décrets du président de la République, par lesquels la nomination faite par l'Académie de MM. Bouchardat, Lévy et Ricord, est approuvée.

Correspondance manuscrite. — Constitution médicale.

M. Lecadre (du Havre) envoie un mémoire sur une constitution médicale *exanthématique* qui a régné dans cette ville pendant l'hiver de 1850. (Commission des épidémies.)

Choléra.

M. Neboux, chirurgien-major en retraite, soumet à l'appréciation de l'Académie un travail intitulé : *Formule générale d'une méthode thérapeutique rationnelle applicable au choléra.*

Décès.

M. le président annonce la mort de M. de Blainville, membre associé de l'Académie, et à cette occasion M. le secrétaire perpétuel annonce qu'il y aura bientôt lieu à nommer des membres associés de l'Académie.

Nomination.

On procède à l'élection d'un membre dans la section d'accouchement; le premier tour de scrutin donne le résultat suivant :

M. Danyau	68 voix.
M. Cazeaux	17
M. Chailly	6
M. Depaul	3
Billet blanc	1
	95

M. Danyau, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf approbation du pouvoir exécutif.

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports, tous défavorables sur divers remèdes secrets.

Fracture de l'avant-bras; luxation du poignet. — Gangrène de la verge.

M. Berthet, médecin à Gray (Haute-Saône), lit une observation intéressante, intitulée : Luxation du poignet sur l'avant-bras; fracture du radius et du cubitus; luxation de l'articulation radio-humérale; fracture double de l'humérus dans sa continuité et luxation de la tête de cet os en bas; enfin plaie située au tiers inférieur de la face inférieure du bras, par laquelle passe un des fragments de l'humérus. — Guérison sans amputation.

Cette énumération sommaire des nombreuses lésions subies par un même malade donnent une idée de l'intérêt que présente cette observation.

Le même médecin communique deux cas curieux de gangrène de la verge.

Traitement des fièvres intermittentes par les ventouses sèches.

L'ordre du jour appelle la discussion sur un rapport officiel lu par M. Bricheteau dans une des précédentes séances, et relatif à un mémoire de M. Gondret sur le traitement des fièvres intermittentes par les ventouses.

Les conclusions de ce rapport avaient été ainsi formulées :

« Quelle que soit l'opinion qu'on ait sur l'action des ventouses dans la curation des fièvres intermittentes, les expériences thérapeutiques dont nous venons de vous rendre compte viennent de confirmer la plupart des faits que M. Gondret a recueillis et qu'il a soumis à votre appréciation.

» En conséquence, nous vous proposons de répondre à M. le ministre que les résultats favorables obtenus par les commissaires que vous avez nommés pour examiner la méthode thérapeutique proposée par ce médecin contre les fièvres intermittentes, font désirer que des expériences plus nombreuses soient faites sur cette méthode sur un plus grand théâtre, et dans une contrée où ces maladies sont endémiques; que l'utilité de ces essais sur un moyen sûr, un moyen simple, prompt et économique de guérir est d'autant mieux fondée, que le sulfate de quinine, presque exclusivement employé à la cure des fièvres intermittentes, est devenu plus cher, et se trouve sophistiqué quand il n'est pas hors de la portée des malades pauvres et privés de tout autre secours efficace. »

M. Castel explique par une réaction vive causée par les ventouses l'avortement de l'accès fébrile à la suite de l'application de ce moyen thérapeutique,

M. Piorry. Pour apprécier le degré d'utilité d'un agent thérapeutique dans le traitement des fièvres intermittentes, il est indispensable de tenir compte de l'état de la rate, ce que n'a point fait la commission. Ainsi, on croit avoir guéri la fièvre quand on n'a fait qu'empêcher le développement de quelques accès; mais, au bout de quelque temps, la fièvre récidive, parce qu'on a laissé la rate tuméfiée : c'est ce que nous pouvons observer tous les jours chez des militaires qui reviennent de l'armée d'Afrique et qui, après avoir été guéris en apparence de la fièvre d'accès, en sont repris en France; on trouve dans ces cas la rate ayant un diamètre supéro-inférieur de 10, 12, 15 et même 20 centimètres de diamètre.

Quant à l'efficacité des ventouses dans les cas dont il s'agit, ce moyen, qui n'a rien de nouveau et que j'ai moi-même expérimenté avec M. Nonat, n'est d'aucune utilité. Dans tous les cas, les expériences demandent à être faites autrement qu'elles ne l'ont été par la commission avant que l'Académie puisse se prononcer sur la question qui lui a été soumise.

M. Bricheteau. La commission a procédé plus rigoureusement que ne semble le croire M. Piorry et a déterminé l'état de la rate. Quant à l'efficacité des ventouses, elles ne guérissent pas dans tous les cas, et en cela le sulfate de quinine est dans le même cas; mais il n'est pas douteux qu'elles n'aient produit des résultats avantageux dans bon nombre de circonstances.

M. Grisolle. J'ai expérimenté deux fois la méthode proposée par M. Gondret : la première fois, c'était chez une jeune fille affectée de fièvre tierce dont les accès étaient précédés de prodromes. Dès leur première application, les ventouses firent cesser immédiatement les prodromes et empêchèrent l'accès de se développer. La malade prit ensuite du sulfate de quinine et les accès ne se sont pas reproduits.

Chez le second malade, l'accès débutait brusquement par un frisson qui durait deux heures et demie à trois heures. Dix ventouses furent appliquées dès le premier accès; elles arrêtèrent instantanément le frisson, mais n'empêchèrent point les deux autres stades de se développer. Ce malade a eu d'autres accès dans lesquels le frisson a toujours manqué et il est guéri radicalement par le sulfate de quinine.

Le genre de traitement dont il s'agit n'a d'ailleurs rien de nouveau ; les anciens arrêtaient les accès fébriles par des applications révulsives sur le trajet de la colonne vertébrale, et c'est sur ce fait que M. Maillot s'appuie principalement pour attribuer la fièvre intermittente à une irritation active de la moelle. Du reste, les accès ont pu être quelquefois empêchés par l'immersion du corps dans l'eau froide, par l'emploi du garrot, par des excès vénériens même, en un mot par tous les moyens perturbateurs.

En résumé, je pense que le moyen proposé aujourd'hui par M. Gondret peut être employé pour prévenir l'accès, sauf à recourir ensuite au sulfate de quinine; les conclusions ne me paraissent pas attribuer à ce moyen plus d'importance qu'il ne faut; je crois donc qu'on peut les adopter telles que la commission les a formulées.

Je n'insisterai pas sur l'opinion de M. Piorry relative à l'influence du gonflement de la rate dans la fièvre intermittente; je dirai seulement que le rapport entre ces deux faits, l'accès et le gonflement de l'organe, n'est pas aussi exact que le pense M. Piorry : non-seulement on voit des accès faibles avec des rates très volumineuses, *et vice versa*, mais on constate le gonflement de la rate dans des cas de certaines fièvres continues, dans la fièvre typhoïde, par exemple.

M. Martin-Solon. J'ai expérimenté chez 12 malades le moyen proposé par M. Gondret; je n'ai obtenu que deux succès; si l'on se rappelle que beaucoup de fièvres intermittentes guérissent par le seul changement des conditions hygiéniques, on voit qu'on ne saurait tirer de mes expériences rien de bien favorable à la méthode en question. Je n'oserais donc voter les conclusions présentées par la commission.

M. Rochoux. J'ai tant de fois opposé des objections non réfutées à la doctrine de M. Piorry sur l'influence de la fièvre intermittente que je crois inutile d'insister de nouveau sur ce point. Mais il n'est peut-être pas superflu de rappeler qu'on a guéri, et bien guéri, des milliers de fébricitants avant de songer à constater l'état de la rate, ce qui prouve qu'au point de vue pratique ce rôle n'est pas aussi important que le pense M. Piorry.

M. Piorry. Dans les cas cités par M. Grisolle, on ne s'en est pas tenu aux ventouses; ces faits ne sauraient donc rien prouver en faveur des ventouses. Quant au fait rappelé par M. Grisolle du gonflement splénique dans la fièvre typhoïde, ce fait, loin d'infirmer la règle, la confirme au contraire, car le gonflement dans ces cas coïncide constamment avec des accidents fébriles d'intermittence ou de rénitence.

M. Fr. Dubois donne lecture de la lettre ministérielle qui a provoqué le rapport, et il trouve que les conclusions ne répondent pas d'une manière précise à la demande exprimée dans cette lettre. Il demande en conséquence de renvoyer les conclusions à la commission pour être modifiées dans le sens de la question posée par le ministre.

M. Bégin voudrait, en outre, qu'on exprimât dans les conclusions que les observations recueillies sur l'application de la méthode de M. Gondret, quoique favorables à cette méthode, ne sont cependant pas assez nombreuses pour autoriser un jugement définitif.

L'Académie adopte les conclusions dans ce sens.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 mai 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Action comparative du carbonate et du sulfate de plomb, et de l'oxyde de zinc sur l'économie animale.

M. Flandin adresse une lettre dans laquelle, après avoir rappelé les communications dont les travaux de M. Leclaire ont été l'objet récemment, il rend compte ainsi qu'il suit de quelques expériences entreprises dans le but de déterminer l'action comparative des préparations de zinc et de plomb énoncées ci-dessus.

« Il y a quelques années, M. de Ruolz s'était proposé de remplacer la céruse par le sulfate de plomb. Il avait pensé que ce sel, insoluble et plus stable que le carbonate, serait moins facilement réduit ou décomposé par les forces de l'organisme. Comme pour fortifier cette présomption, un jour, un ouvrier de la nouvelle fabrique avait avalé par mégarde une assez grande quantité du composé plombique (plus d'un gramme), et il n'en avait ressenti aucune atteinte dans sa santé. M. de Ruolz, en me communiquant le fait et ses espérances, me pria d'essayer l'action du sulfate de plomb sur les animaux. Pour me placer, autant que possible, dans les conditions où se trouvent les ouvriers exposés aux poussières ou émanations de plomb, il me parut qu'il fallait employer l'agent toxique en frictions sur la peau. Je pris un chien de l'espèce caniche, que je fis tondre, et je le frottai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée de parties égales d'axonge et de sulfate de plomb. Dès et avant le dixième jour, on pouvait remarquer que l'animal était en proie à des souffrances qui accusaient un commencement d'intoxication; il avait de la constipation, refusait de manger et maigrissait sensiblement. Bientôt le mal s'accrut, et la mort arriva le vingt-deuxième jour; moins de 60 grammes ou 2 onces de sulfate de plomb avaient été employés dans les frictions. L'analyse chimique fit retrouver l'agent toxique dans les organes, et spécialement dans le foie de l'animal. Assez peu de temps après cette expérience, le contre-maître de la fabrique de M. de Ruolz fut atteint de coliques métalliques, et il succomba. M. de Ruolz fut le premier à renoncer à son industrie et à la proscrire.

» Quand M. Leclaire ouvrit l'établissement qui devait fournir au commerce du blanc de zinc, je fus l'une des personnes désignées pour examiner le nouveau produit et indiquer les mesures propres à préserver les ouvriers dans la fabrication. Je me rappelai l'expérience que j'avais faite avec le sulfate de plomb; je résolus de la répéter avec l'oxyde ou blanc de zinc. Je me procurai un jeune chien que je dépouillai de ses poils sur une partie du corps; et je le frictionnai chaque jour avec 4 à 5 grammes d'une pommade composée par parties égales d'axonge et d'oxyde de zinc obtenus en fabrique. Dix, vingt et trente jours se passèrent, la friction ayant été répétée exactement toutes les vingt-quatre heures, sans que le chien éprouvât le moindre changement dans la santé. Il fut purgé, mais une fois seulement. Loin de perdre l'appétit et de maigrir, il engraissa notablement, parce qu'ailleurs on le nourrissait bien. Dans l'intervalle des trente jours, on avait employé 140 grammes de pommade, c'est-à-dire 70 grammes ou plus de 2 onces d'oxyde de zinc.

» Durant dix jours, on laissa reposer l'animal, qui ne cessa de se bien porter et de bien manger; puis, comme contre-épreuve, on le soumit à des frictions faites chaque jour avec une pommade composée de parties égales d'axonge et de céruse. La nouvelle pommade fut employée dans les mêmes proportions que la précédente. Au bout de dix jours, si ce n'est moins, l'animal avait maigri et perdu l'appétit. Tous les symptômes de l'empoisonnement apparurent, la constipation, l'égarement ou délire, la paraplégie, l'émaciation, et l'animal mourut le vingt-troisième jour, avant qu'on eût employé 120 grammes de pommade ou 60 grammes de carbonate de plomb.

» Ces expériences avaient eu des résultats trop nets et qui concordaient trop bien entre eux pour qu'il me parût nécessaire de les répéter. Je les communique donc sans commentaire à l'Académie, qui en conclura sans doute avec moi que les composés de zinc n'ont pas sur l'économie animale l'influence pernicieuse des composés de plomb. »

Correspondance.

Monsieur le Rédacteur,

M. Pravaz termine sa réplique à mes quelques remarques critiques en disant : « Je maintiens donc contre M. Rochoux toutes les conclusions de mon mémoire, qui se réduit au fond à confirmer et étendre des idées déjà émises antérieurement ou adoptées par Haller, MM. Barry, Bérard, Gerdy, Chassaignac, etc., et me déclare prêt à répondre aux objections qu'elles pourraient encore soulever d'autre part (1). » Persuadé de mon côté qu'aucune de mes objections n'a été réfutée, je vais les reproduire pour une seconde et

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 11 avril 1850, p. 176, 3e colonne.

dernière fois, désireux de voir mon savant argumentateur les combattre aussi brièvement qu'elles seront exposées.

D'après mon docte confrère, ne point admettre l'influence de la contraction des bronches sur l'entrée et la sortie de l'air dans l'acte de la respiration « revient à dire qu'en comprimant une vessie pleine d'air et percée d'une ouverture on ne parviendrait pas à la vider à cause de l'égalité des pressions qu'elle supporterait en tous les points de sa surface interne. Un pareil paradoxe mécanique, ajoute-t-il, ne mérite aucune réfutation (1). » Soit : mais qu'y a-t-il de commun entre l'opinion justement condamnée par M. Pravaz et la mienne? Absolument rien. Cela dit et bien convenu, je me bornerai à lui faire remarquer que les bronches ne forment pas une vessie compressible. Ce sont tout simplement des canaux ouverts par un bout à l'air libre et par l'autre dans une vessie, puisque, malgré leur nombre très grand, les vésicules pulmonaires peuvent très bien être représentées par une cavité unique. Aussi les voit-on, comme le ferait une vessie mise à leur place dans la poitrine, en suivre tous les mouvements de resserrement et de dilatation. En effet, complétement dépourvues de fibres *musculaires* et n'ayant qu'une force d'élasticité contractile de beaucoup inférieure au poids de l'atmosphère, elles cèdent facilement à ce poids non contre-balancé pendant l'inspiration. J'avouerai pourtant très volontiers avoir arbitrairement estimé leur élasticité en l'évaluant à un dixième de la pression atmosphérique. Elle est certainement beaucoup moindre; ce qui, loin de nuire à mon raisonnement, en augmente au contraire la valeur. Je me garderai donc bien de dire avec M. Pravaz : « Ainsi, à mesure que le développement du poumon se rapproche de sa limite naturelle, l'élasticité de cet organe s'accroît et finit par balancer la pression atmosphérique interne (2). » Si telle était la limite de l'élasticité pulmonaire, elle rendrait la respiration impossible et la mort en serait l'inévitable résultat. Quant à la contraction des bronches, forte ou faible, elle ne peut en aucune façon, je le répète, faire varier la quantité de l'air habituellement contenu dans les vésicules pulmonaires; cette assertion porte sa preuve avec elle.

Il ne me sera pas plus difficile de montrer combien peu les variations de la pression atmosphérique contribuent à la dilatation des vésicules pulmonaires. Par exemple, en montant du fond d'une mine au sommet d'une haute montagne, l'homme n'éprouve pas une variation d'un centième dans les dimensions des diamètres de son corps. En supposant qu'il en arrive autant aux vésicules pulmonaires, dont le diamètre est de mm. 0,176 et dont les parois ont mm. 0 017 d'épaisseur, on verra leur capacité varier de mm. cubes 0,005451 à mm. cubes 0,005461, et leur surface absorbante de mm. carrés 0,09292 à mm. carres 0,09303, c'est-à-dire l'une et l'autre d'environ un millième. Au point de vue de leur influence physiologique, d'aussi faibles différences méritent à peine d'être prises en considération. L'expérience d'ailleurs confirme pleinement l'exactitude des données fournies par le calcul, en montrant avec quelle facilité respirent les mineurs et les hommes habitués à vivre sur les hautes montagnes (1).

Au dire des partisans de l'influence atmosphérique sur la circulation, le cœur est une pompe à la fois foulante et aspirante. Rien n'est pourtant moins vrai que cette assertion. Une véritable pompe s'ouvre par un bout dans l'air et, par le bout qui plonge dans l'eau, supporte, durant la moitié de ses mouvements, le poids non contre-balancé de l'atmosphère. Or rien de semblable n'a lieu pour l'arbre circulatoire, qui forme un canal circulaire entièrement clos. Des appareils aussi différemment construits doivent fonctionner fort différemment. Voilà pourquoi la pression atmosphérique, sans laquelle la pompe faite de main d'homme n'irait pas, n'exerce aucune influence sur les fonctions du cœur. Les expériences de M. Poiseuille lèveraient tout doute à cet égard (2) si Haller n'avait pas constaté depuis longtemps que la pression atmosphérique ne change rien à la vitesse de la circulation (3), comme de son côté M. Roullin l'a observé en Amérique dans ses expériences sur le pouls (4).

Ainsi, dilatation et resserrement successifs du poumon forcément produits par l'augmentation et la diminution alternatives de la capacité de la poitrine d'où résultent l'inspiration et l'expiration ; contraction des bronches véritablement incapable de mouvoir l'air contenu dans les vésicules pulmonaires ; augmentation de la pression atmosphérique contribuant pour une part très minime à accroître la dilatation de ces mêmes vésicules et tout à fait nulle sur la circulation du sang, tels sont les faits dont l'étude approfondie des questions qui viennent d'être discutées fera toujours de plus en plus ressortir l'évidence. Agréez, etc.

ROCHOUX.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, p. 176, 1re colonne.
(2) Même recueil, p. 176, 2e colonne.

(1) Haller, *Eléments phys. corp.*, etc., t. III, p. 193 et 194.
(2) *Recherches sur la cause des mouvements du sang*, p. 65.
(3) *Eléments physiol.*, etc., t. II, p. 171.
(4) *Journ. de phys. expérim.*, t. VI, p. 13.

NOUVELLES.

On lit dans un journal :

L'augmentation sensible de la mortalité à Londres est généralement attribuée à l'accumulation des cadavres dans les cimetières situés la plupart dans les quartiers les plus populeux de la capitale. Transporter les champs d'inhumation hors de la ville, ce serait rompre des habitudes invétérées, et l'on trouverait peut-être de l'opposition dans les campagnes, où l'on verrait avec effroi s'établir des foyers d'émanations pestilentielles.

Une société s'est formée pour aviser à un procédé que l'engouement de la nouveauté fera probablement adopter. Cette association, présidée par un riche propriétaire, M. Nicholl, a tenu hier à l'Institut des ouvriers, dans Gould-Square, une séance annuelle. Il s'agit de renouveler l'ancien usage de brûler les morts sur un vaste bûcher dans le voisinage de Londres.

La société, qui déjà possède un capital assez considérable, ferait construire une espèce de four en briques, avec des barreaux en fer disposés par étages et par lesquels on établirait des couches successives de charbon de terre et de cadavres. Les frais ne dépasseraient pas ceux de l'inhumation ordinaire. Les familles pourraient recueillir les cendres des morts et les déposer dans des urnes funéraires ou dans d'autres monuments au milieu d'un jardin immense dont la société se propose de faire l'acquisition. Les cendres non réclamées seraient portées dans une sépulture commune.

La société a entendu avec intérêt la lecture d'un mémoire où il est dit que la peste est devenue endémique en Egypte, seulement à partir de l'époque où l'on a cessé soit de convertir les cadavres en momies, soit de les brûler.

Nous ne savons quel avenir est réservé au procédé d'inhumation, à notre avis peu en harmonie avec nos idées de civilisation, que veut remettre en honneur la société de Londres : mais ce qu'il y a de certain, c'est que la mortalité de cette grande ville n'a subi aucune augmentation depuis plusieurs années, et qu'elle n'est point supérieure proportionnellement à celle de la plupart des petites villes ou même des campagnes.

— M. Ricord commencera ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes le jeudi 16 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants.

La visite aura lieu à huit heures.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

Cours public et clinique sur les maladies mentales avec application à la médecine légale et à l'organisation des établissements d'aliénés.

M. Falret, médecin en chef de la première division des aliénés à la Salpêtrière, cédant enfin aux vœux si souvent manifestés par un grand nombre d'élèves et de médecins, ouvrira un cours clinique de maladies mentales le mercredi, 15 courant, à neuf heures du matin, et le continuera les lundi et mercredi de chaque semaine, à la même heure. Le long espace de temps qui s'est écoulé depuis qu'il a été fait à Paris des leçons suivies sur les maladies mentales, et plus encore le nom du professeur, donneront au cours de M. Falret un haut degré d'intérêt. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à ceux de nos lecteurs que leur éloignement de Paris empêchera d'assister aux leçons du savant aliéniste que nous ferons tous nos efforts pour en faire un compte-rendu aussi fidèle que possible.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 14 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 57.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Baillarger.

Paralysie générale. — Nouveau symptôme.

C., âgée de cinquante-neuf ans, est entrée à la Salpêtrière le 10 avril 1848.

Cette femme était malade depuis le mois de décembre 1847. Elle avait commencé par se plaindre d'étourdissements et de violentes céphalalgies. On avait d'abord remarqué chez elle des emportements fréquents, de l'agitation, et bientôt après un peu de trouble dans les idées. Elle répétait souvent à son mari qu'il ne devait pas s'inquiéter de l'avenir, qu'elle recevrait de fortes sommes d'argent qui leur permettraient de vivre dans l'aisance.

Dès l'entrée on reconnut des signes non équivoques de paralysie générale, l'embarras de la parole, l'incertitude de la démarche, un affaiblissement déjà appréciable de l'intelligence. On nota aussi la dilatation très marquée de la pupille droite.

La maladie parcourut ses périodes sans rien présenter de remarquable; cependant l'aggravation des symptômes portait surtout et presque uniquement sur la lésion des mouvements. C. ne pouvait plus se soutenir sur les jambes, à peine si elle parvenait à se remuer dans son lit. L'intelligence au contraire conservait encore une certaine force.

La malade donnait des renseignements très précis sur ses antécédents, et la démence n'était guère plus avancée qu'au moment de l'entrée; il n'y avait plus d'idées de grandeur, ni aucune conception délirante appréciable.

La dilatation de la pupille droite persistait; on n'avait d'ailleurs jamais noté la prédominance de la paralysie sur un des deux côtés.

La mort eut lieu le 13 janvier. Depuis assez longtemps déjà des eschares s'étaient formées au siége. On avait dû aussi ouvrir un abcès développé dans la fesse du côté droit; enfin une diarrhée très forte qui s'était reproduite plusieurs fois n'avait pas peu contribué à hâter une terminaison funeste.

Autopsie. — La pupille droite est restée plus dilatée que la gauche.

Crâne. — L'arachnoïde viscérale est opaque et épaissie dans un grand nombre de points, sur la convexité des hémisphères.

Les veines de la pie-mère sont dilatées et gorgées de sang.

Adhérences assez nombreuses entre les membranes et la substance grise.

Cette substance, qui paraît plus molle que dans l'état normal, n'offre d'ailleurs aucune teinte rosée. On remarque quand on la déchire qu'elle est grenue et n'a pas son aspect ordinaire; la substance blanche est saine; le cervelet est volumineux, congestionné; la substance grise périphérique est colorée.

La moelle est petite et semble atrophiée. La pie-mère dans la région dorsale est épaissie à la partie antérieure; l'arachnoïde est recouverte d'une espèce de production pseudomembraneuse blanche et opaque. La substance grise est grenue, et à la partie inférieure elle a une teinte jaune comme ocracée.

Il n'y avait dans les viscères de la poitrine et de l'abdomen rien qui mérite d'être noté.

L'inégalité des pupilles notée chez cette malade, alors qu'il n'y avait aucune prédominance de la paralysie sur l'un des côtés du corps, serait un fait de peu d'importance s'il était isolé; mais des recherches faites par M. Baillarger prouvent qu'il n'en est pas ainsi.

Beaucoup de sujets atteints de paralysie générale ont une des pupilles plus large que l'autre; la différence dans certains cas est même si considérable, qu'on doit s'étonner que cette remarque n'ait pas été faite plus tôt. C'est donc un nouveau symptôme à ajouter à ceux qui ont déjà été indiqués par les auteurs. Ce symptôme existe quelquefois dès le début de la maladie, et il peut alors dans certains cas douteux servir à établir le diagnostic. En général, cependant, il ne se présente qu'à une époque avancée.

M. Baillarger explique d'ailleurs ce fait de l'inégalité des pupilles chez un grand nombre de paralytiques aliénés, de la manière suivante.

La paralysie générale est le résultat d'une lésion des deux hémisphères; mais cette lésion ne doit pas toujours se produire au même degré dans les deux côtés. Lorsque la différence est très tranchée, il y a prédominance de la paralysie d'un côté du corps, ce qui n'est pas rare. Certains paralytiques aliénés penchent à droite ou à gauche, et ont un côté plus faible que l'autre. Dans les cas où la différence de lésion dans les deux hémisphères est moins grande, elle ne devient plus appréciable par une prédominance de la paralyse à gauche ou à droite, mais elle peut encore être reconnue à la différence de dilatation des pupilles, dont la sensibilité plus vive révèle plus facilement que les autres organes les moindres altérations du cerveau.

HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE A LYON.

Note sur le citrate neutre de soude, purgatif nouveau susceptible de remplacer avec succès les eaux salines, le citrate de magnésie, les sulfates de soude, de potasse, de magnésie, etc.

Par M. le docteur Potton, médecin en chef de cet hôpital.

Il y a peu d'années, un pharmacien de Paris, M. Rogé, a proposé comme purgatif le citrate de magnésie : il a préparé avec ce sel une limonade purgative expérimentée par une commission de l'Académie de Médecine, qui est devenue ensuite le sujet d'un rapport très favorable.

Ce moyen, depuis lors (1847), s'est répandu; n'étant pas d'un goût désagréable comme l'eau de Sedlitz, il serait devenu d'un usage plus général encore si son prix assez élevé ne forçait le médecin d'y renoncer souvent.

Frappé par cette considération puissante, M. Guichon, pharmacien à Lyon, a cherché dans un analogue un médicament qui eût les mêmes propriétés et qui présentât l'avantage d'être beaucoup moins dispendieux; il l'a trouvé dans le citrate de soude. Ce sel est beaucoup moins cher que le premier, son prix de revient est inférieur de moitié. Suivant des expériences nombreuses qu'il m'a été donné de faire, soit en ville, soit dans mon service de médecin à l'hospice de l'Antiquaille, il possède, je n'hésite pas aujourd'hui à l'affirmer, la même action thérapeutique que le citrate de magnésie : son prix, bien inférieur, semble devoir répandre, généraliser son administration, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique particulière.

Un mérite du citrate de soude, comme du citrate de magnésie, c'est de n'avoir point la saveur désagréable et, pour quelques individus, nauséabonde de l'eau de Sedlitz et des divers sels purgatifs de magnésie, de potasse, de soude, etc.

Ce citrate neutre de soude cristallise en pyramide à six faces; il est blanc, sans odeur, très légèrement acide, s'effleurit très légèrement à l'air; sa formule chimique est : $N^aO, G^4H^4O^4$, soit :

Acide.	49
Oxyde de sodium.	26
Eau.	25
	100

Mis avec l'eau gazeuse et suffisante quantité de sirop de limon, il fournit une boisson purgative agréable, se conservant sans altération, tandis que le citrate de magnésie s'altère sous cette forme et n'est soluble qu'avec un excès d'acide.

Avec un excès d'acide, au contraire, comme nous l'avons expérimenté, le citrate de soude voit notablement diminuer, puis enfin se perdre ses propriétés purgatives.

Dans vingt observations détaillées que nous avons recueillies, le citrate de soude a été administré sous deux formes :

1° A l'état de sel neutre simplement dissous dans de l'eau ou dans une boisson émolliente;

2° A l'état de sel neutre très légèrement acidulé et sucré.

Ce dernier procédé est plus agréable sans être plus difficile; il n'est presque pas plus coûteux. Les jeunes sujets ont été purgés avec 40 grammes. Nous avons porté jusqu'à 55 grammes la dose chez des malades plus âgés.

Dans 4 cas, de huit à douze selles ont eu lieu.

Dans 9 cas, de cinq à huit selles se sont produites sous l'action du remède pris comme l'eau de Sedlitz dans les mêmes conditions.

Dans 3 cas, quatre ou cinq selles ont été obtenues.

Dans 2 cas, il n'y a eu qu'une ou deux évacuations alvines assez abondantes.

Enfin, 2 autres malades ont été complétement réfractaires

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une querelle d'un autre temps. — Une querelle de ce temps-ci.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Qui le croirait, mon cher confrère? pendant que l'on rogne 1,000 fr. par professeur à la Faculté de médecine, pendant que l'Ecole de pharmacie est très sérieusement mise en question, ne voilà-t-il pas que ces deux bonnes sœurs se disputent sur une question d'étiquette! Ne dirait-on pas deux grenouilles vaniteuses qui luttent à qui s'enflera le plus, pendant que le reptile vorace fond sur elles pour les avaler l'une et l'autre. En cette occasion toutefois, la rue de l'Arbalète fut moins sage que la place de l'Ecole. Voici à quel propos :

Vous savez sans doute, quoique vous n'ayez pas encore dit votre mot là-dessus, ce dont je vous blâme formellement, vous savez qu'un concours va avoir lieu pour les places d'élèves en médecine et en pharmacie créées par le ministre auprès de nos grands établissements d'eaux minérales. Or, le ministre avait instruit la Faculté de médecine et l'Ecole de pharmacie que le jury de concours serait composé de professeurs de ces deux écoles. M. le doyen, ignorant la lettre qui avait été adressée au directeur de l'Ecole, crut faire un acte de cette courtoisie qui le distingue en prévenant immédiatement le directeur de la rue de l'Arbalète de la décision du ministre, et l'instruisant que, par un arrêté pris en séance générale, la Faculté de médecine avait résolu de proposer au ministre la composition suivante du jury : deux professeurs de la Faculté, trois professeurs de l'Ecole de pharmacie.

L'urbanité était grande sans doute de la part des médecins de donner dans ce jury la majorité aux pharmaciens, tandis qu'ils eussent pu la conserver pour eux, et l'on avait tout lieu d'espérer que la lettre du doyen serait reçue avec quelque gratitude rue de l'Arbalète. Erreur profonde! Regardant sans doute cette disposition comme chose due, les pharmaciens ne décidèrent-ils pas de leur côté que le concours devrait se faire à l'Ecole de pharmacie, et que ce n'était point à eux de se déranger! Vous jugez, mon cher confrère, comment fut accueillie par la Faculté cette nouvelle prétention à laquelle on était loin de s'attendre. La Faculté déclare à son tour que, si le concours n'a pas lieu dans son sein, elle s'abstiendra, et qu'aucun de ses membres n'y acceptera les fonctions de juge. Une fois arrivée là, la question devenait fort difficile à trancher; les amours-propres étaient en jeu, et l'on sait ce que c'est qu'un amour-propre froissé. Il paraît cependant que le temps a calmé l'exaltation des deux camps rivaux, et qu'une décision ministérielle nouvelle, préalablement consentie de part et d'autre, a renvoyé le concours des élèves en médecine devant la Faculté, et celui des élèves en pharmacie rue de l'Arbalète.

Nous avons dit qu'à notre avis l'Ecole de pharmacie fut moins sage que la Faculté. Certes nous estimons et respectons fort et l'Ecole de pharmacie en général, et en particulier chacun des honorables et savants professeurs qui la composent; mais ces messieurs peuvent-ils cependant prétendre au même rang hiérarchique dans l'Université que les professeurs de la Faculté de Médecine? Evidemment non. Une Ecole ayant un directeur est moins qu'une Faculté ayant un doyen, et ils le savent si bien eux-mêmes qu'ils ont plus d'une fois fait d'actives mais inutiles démarches pour faire ériger leur Ecole en Faculté. Puis le nombre des candidats est le double, pour les élèves en médecine, de celui des pharmaciens, et la pharmacie ne devait-elle pas être satisfaite de la majorité qu'on lui donnait dans le jury? Serait-ce que les professeurs pharmaciens se croiraient déshonorés de venir assister à un concours qui se ferait à l'Ecole de médecine? Mais nous ne sachions pas que l'Institut, que la Faculté des Sciences, que l'Académie de Médecine se croient moins honorables pour envoyer, dans certaines circonstances, plusieurs de leurs membres prendre part, comme juges, aux concours de la Faculté?

Quand donc des corps savants, composés d'hommes d'un mérite aussi généralement reconnu, cesseront-ils de mettre leur honneur dans des questions aussi vaines et puériles, et s'uniront-ils franchement pour contribuer chacun de leur côté au progrès d'une science qui n'a d'autre but que le soulagement et le bien-être de l'humanité souffrante?

— Si cette petite querelle est de nature à nous rappeler un autre temps, vous auriez pu en entendre une qui est un peu plus de ces temps-ci en assistant à la dernière séance de l'Institut, et celle-ci était d'autant plus intéressante qu'elle se passait entre astronomes. Vous n'ignorez pas, mon cher confrère, que ces estimables savants traitent d'*assez haut* leurs confrères et en particulier les médecins; c'est là une petite prétention, mais ils en ont une plus grande, c'est de se maintenir toujours élevés dans les régions éthérées de notre système planétaire, et de rester parfaitement inaccessibles aux petites misères de la vie humaine. Dieu seul et les murs du palais Mazarin savent combien cette dernière prétention est peu fondée. Hélas! la légère escarmouche à laquelle j'ai assisté ne m'a que trop prouvé que MM. les astronomes ressemblent un peu au maître de philosophie de M. Jourdain, qui commence son discours par une tirade sur le mépris des passions humaines, et le finit par des coups de poings. Les astronomes toutefois n'ont point poussé leurs discours jusqu'à cette péroraison, lundi dernier; mais ils étaient en bon chemin, et si les *aparte* qui ont effleuré nos oreilles s'étaient produits sur un ton un peu plus élevé, je ne sais pas trop s'ils n'auraient pas conduit les orateurs jusqu'aux conséquences *philosophiques* de la discussion. Heureusement il n'en a pas été ainsi, et je m'en félicite; car malgré le profond dédain des astronomes pour la lancette et le bistouri, j'aurais été désolé que ces vénérables instruments vinssent se briser contre le moindre objectif ou le plus petit oculaire; il me suffit que leur irritation amusante et toute *géologique* m'ait un peu donné à rire pour que ma vengeance soit entièrement satisfaite, et que je les laisse désormais sommeiller en paix.

Par décret individuel et motivé, en date du 15 avril 1850, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. Larrey, ancien chirurgien militaire, aujourd'hui médecin de l'établissement de bienfaisance de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

à l'action du médicament. La purgation, donnée à une de ces emmes en une seule dose, a été vomie après des crampes d'estomac, des malaises généraux très marqués.

En général, les malades n'ont pas été fatigués par le citrate de soude plus que par le citrate de magnésie; son effet nous a semblé peut-être un peu plus prompt; nous n'oserions pas cependant l'affirmer encore. Nous avons fréquemment, autant que possible, comparé l'action du citrate de soude, de l'eau de Sedlitz, du citrate de magnésie, agissant dans des proportions à peu près semblables.

Sur les 20 malades que je viens de citer,

8 ont été purgés presque sans fatigue;

6 ont éprouvé des coliques légères;

4 ont ressenti des coliques plus vives avec borborigmes, ballonnement du ventre, phénomènes généraux plus tranchés, mais toujours à des degrés divers.

Tel est le résumé de nos observations, soit à l'hôpital, soit en ville.

Plusieurs de nos collègues ont essayé comme nous cette purgation nouvelle et ont obtenu des résultats à peu près identiques; quelques-uns même semblent plus favorables.

M. le docteur Passot a bien voulu nous communiquer, entre autres, deux observations principales, concluantes, dans lesquelles le remède a opéré avec une grande énergie.

M. le docteur Charpy, de la Croix-Rousse, a vu parfaitement réussir le citrate de soude dans plusieurs cas où il l'a expérimenté.

M. le docteur Gromler, médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Levrat fils citent aussi des malades chez lesquels l'action purgative de ce sel neutre a été ce qu'ils pouvaient, ce qu'ils devaient espérer. *(Gaz. méd. de Lyon.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 1er mai 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Hernies épiploïques.

A l'occasion du procès-verbal, M. Robert appelle l'attention de la Société sur une simple recherche historique à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue: De la Faye, dans les notes ajoutées par lui à l'ouvrage de Dionis, recommande formellement de ne point réduire lorsque la hernie épiploïque est volumineuse.

Correspondance.

M. Rigal (de Gaillac), membre de l'Assemblée nationale, en adressant à M. le secrétaire la lettre que la Société lui avait confiée, lui annonce qu'il espère trouver bientôt un peu de loisir pour communiquer à la Compagnie quelques-uns des résultats de sa pratique chirurgicale.

La Société reçoit le rapport fait à l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, au nom de la commission des antiquités de la France, par M. Lenormand, membre de l'Institut.

M. Ferdinand Martin offre: 1° un mémoire sur *l'étiologie du pied-bot* avec atlas, publié en 1839; 2° un mémoire sur *l'amputation sus-malléolaire*, extrait du tome X des *Mémoires de l'Académie de Médecine*, publié en 1842 par M. le docteur L. Arnal et par lui; 3° un livre avec planches, intitulé: *Essai sur les appareils prothétiques des membres inférieurs*. Ce travail, publié récemment (1850) par M. Martin, étant moins connu que les deux autres, sera l'objet d'un rapport verbal. M. le président désigne M. Chassaignac pour faire ce rapport.

Traitement de l'épiplocèle traumatique.

M. Huguier, désirant, comme il l'avait annoncé dans la dernière séance, examiner la question du traitement des hernies traumatiques de l'épiploon, pense que l'on peut adresser de sérieuses objections à la doctrine d'expectation soutenue par M. Robert.

La plupart des auteurs, dit M. Huguier, ont professé des principes tout opposés qui ont prévalu. L'autorité des faits multipliés dépose donc en faveur de ces principes; tandis que la valeur d'un fait isolé, si grande qu'elle soit, ne saurait être mise en balance avec le poids de tous les autres.

Le raisonnement semble démontrer, selon lui, qu'en laissant l'épiploon libre au dehors d'une plaie du ventre, on crée, on forme un canal artificiel dans l'épaisseur des parois abdominales. De là des chances d'accidents dus à cette sorte d'incarcération de l'épiploon, qui éprouve des tiraillements pénibles, des tractions douloureuses et souvent brusques; de là aussi la formation d'une bride contre laquelle une anse d'intestin peut s'étrangler; de là enfin, des phénomènes d'inflammation, de suppuration et de gangrène de l'épiploon.

« De plus, ajoute M. Huguier, si l'épiploon abandonne la cicatrice abdominale, une hernie secondaire peut se développer, d'autant que les cicatrices consécutives ou médiates et larges sont plus faibles que les cicatrices primitives ou immédiates et linéaires. En conséquence, elles affaiblissent les parois abdominales, et les exposent à la formation des hernies.

» Enfin, dit encore M. Huguier, si M. Robert le premier a réussi dans un cas où il n'avait pu réduire l'épiploon, s'il a guéri son blessé en laissant cette membrane au dehors de la plaie, il ne peut contester la valeur de tous les faits contraires à celui-là.

» Il a dit, par exemple, que l'épiploon laissé à l'extérieur de l'abdomen rentrait peu à peu dans sa cavité, soit; mais il est dans l'erreur, comme je crois l'avoir démontré, sur la solidité comparative de la cicatrice. »

M. Huguier termine ces réflexions en disant qu'il a vu souvent des plaies de l'abdomen non réunies et cicatrisées secondairement être suivies plus tard de hernies. Il tire donc de ces faits la conséquence d'un principe opposé à celui que soutient M. Robert.

M. Robert persiste à croire que le fait qu'il a communiqué à la Société répond suffisamment aux objections de M. Huguier. Il convient qu'il n'a que cette observation par devers lui, mais il en a constaté les résultats si attentivement qu'il ne peut s'empêcher de lui accorder une sérieuse valeur; et sans prétendre imposer ses convictions à personne, il pense que, si de nouveaux faits analogues se présentent, ils modifieront puissamment les idées reçues jusqu'à ce jour sur le traitement des hernies traumatiques de l'épiploon.

M. Larrey ayant aussi demandé la parole sur cette question: « Ce n'est pas, dit-il, que je n'admette en principe une partie des objections qui viennent d'être faites par M. Huguier, mais je crois qu'en réalité il s'en exagère peut-être la portée. Sans contester que la présence ou plutôt la persistance de l'épiploon dans une plaie de l'abdomen puisse occasionner des tiraillements ou des rétractions plus ou moins sensibles, des accidents primitifs d'inflammation et des accidents herniaires consécutifs, on doit reconnaître que de semblables résultats émanent d'un raisonnement théorique plutôt que d'une démonstration pratique. Les faits manquent ou sont trop peu nombreux encore, non-seulement pour décider la question, mais pour permettre même d'attribuer à l'expectation des inconvénients qui ne sont rien moins que prouvés.

» Je crois, par exemple, dit M. Larrey, que l'épiploon, laissé en place, s'il ne peut être réduit sans débridement de la plaie, et s'il n'est soumis à aucune irritation mécanique, a peu de chances de s'enflammer, et tend au contraire à s'affaisser peu à peu, à s'atrophier ou à se réduire spontanément.

» Bien loin ensuite de laisser après lui une cicatrice assez mince pour affaiblir la paroi abdominale divisée, l'épiploon une fois réduit semble rester en contact avec la face postérieure de la plaie; et si, à plus forte raison, il a contracté des adhérences avec elle, il en consolide la cicatrisation, et devient ainsi la base d'une cicatrice assez résistante pour s'opposer à la formation d'une hernie consécutive.

» Tel est du moins, dit M. Larrey, le résultat de l'observation qui a été le motif de mon mémoire, comme de sa conclusion: *savoir attendre*.

» Je rappellerai que je ne me déclare pas pour cela partisan exclusif de l'expectation, et que je n'ai pas eu le mérite, si c'en est un d'employer le premier cette méthode. Mon père l'avait mise aussi en pratique, et elle avait été indiquée ou conseillée bien avant lui par d'autres. Pipelet, dont les expériences qu'il a faites avec Louis, pour démontrer les inconvénients de la ligature, Verdier, en considérant le resserrement de la plaie comme pouvant faire l'office d'une legature, Simon, Hévin, dans des vues différentes, d'autres chirurgiens encore, témoignent par leurs écrits en faveur de l'expectation. C'est là tout ce que je voulais dire, sans préjuger une question qui me semble appeler de nouveaux faits à l'appui du principe posé par M. Robert. »

Vaccination des tumeurs érectiles.

M. Marjolin rappelle qu'il a présenté en 1847, à la Société de Chirurgie, une petite fille âgée de six semaines seulement, et affectée d'une tumeur érectile veineuse qui occupait tout le côté droit de la tête et de la face. Cette enfant avait été amenée à l'hôpital Saint-Antoine, où M. P. Bérard se trouvait remplacé par M. R. Marjolin, qui voulut montrer à ses collègues un cas aussi rare par l'étendue de la maladie.

On constata que le tissu érectile avait envahi, d'une part, la peau de la tempe, du pourtour de l'orbite, de la joue et des lèvres, et d'autre part, la muqueuse de l'œil et des paupières, celle de la bouche et de la voûte palatine. L'opinion à peu près unanime des membres de la Société fut qu'il ne fallait rien faire.

Cependant, comme l'enfant n'avait pas encore été vaccinée, M. Marjolin pensa qu'il pourrait profiter de cette circonstance pour essayer la vaccination appliquée au traitement de cette affection grave. Il fit avec une aiguille douze ou quinze piqûres sur les limites de la tumeur en inoculant du vaccin dans chacune d'elles. L'écoulement de sang, quoique peu considérable, fut arrêté assez difficilement. Une inflammation vive survint ensuite, s'empara de la plus grande partie de la tumeur et s'étendit jusqu'à l'œil, dont la conjonctive se tuméfia. Ces accidents se dissipèrent enfin; l'enfant était sortie de l'hôpital, et elle fut perdue de vue pendant trois ans et demi. On l'a ramenée il y a quelques jours à M. Marjolin, qui l'a trouvée dans un état tout à fait inespéré. Il la présente aujourd'hui dans des conditions méconnaissables pour ses collègues.

En effet, l'amélioration est telle, que les caractères de la tumeur ont presque entièrement disparu; un peu de tuméfaction subsiste encore à la paupière inférieure et sur un seul point de la joue; le reste s'est effacé, résorbé, flétri; le tissu érectile a fait place, sur la peau de la tête, de la tempe et de la joue, à un tissu blanchâtre, ferme, résistant, comme un tissu inodulaire, à tel point que l'enfant, dans une chute récente, a eu au front une plaie contuse qui n'a pas été compliquée d'hémorrhagie.

C'est là, dit M. Marjolin, un fait qui m'a paru digne de fixer l'attention de la Société.

M. Robert trouve cette observation fort intéressante effectivement; mais il demande, et il se demande à lui-même, de quelle manière, par quel mécanisme a pu s'opérer cet arrêt dans le développement de la maladie et sa guérison? Est-ce bien à la vaccination que l'on est en droit d'attribuer ce résultat? Il a eu occasion aussi d'inoculer le vaccin à des tumeurs érectiles moins considérables que celle dont il s'agit, et il a reconnu que les limites d'action de ce moyen étaient variables, mais toujours assez bornées.

Si, au contraire, c'est à l'inflammation qu'il faut rapporter le succès obtenu ici, à quel degré, dans quelle étendue, sous quelles formes, cette inflammation s'est-elle manifestée? C'est là, dit M. Robert, ce qu'il importait de savoir. La phlogose se serait déclarée, suivant M. Marjolin, sans suppuration; mais, ajoute M. Robert, les cicatrices telles qu'elles existent actuellement ne représentent pas celles des pustules; et d'ailleurs, comment admettre un tel résultat sans la formation d'abcès; tandis que douze ou quinze piqûres ont été faites? C'est là une objection qui lui semble péremptoire.

M. Nélaton, comme M. Robert, désire avoir de M. Marjolin quelques renseignements. Il se souvient d'avoir vu cette enfant avec une tumeur érectile qui occupait la moitié de la tête; il se souvient aussi que l'avis à peu près unanime des membres de la Société avait été de ne rien faire. La vaccination faite à la circonférence de la tumeur a eu un résultat inattendu; mais, de même que M. Robert, M. Nélaton ne saurait l'attribuer à l'emploi de ce moyen. Il est étonné, comme lui, de l'aspect qu'offrent les cicatrices, et, n'en comprenant pas la formation, il voudrait, pour l'expliquer, savoir exactement ce qui s'est passé depuis les trois années pendant lesquelles la petite malade n'a pas été revue par M. Marjolin.

Ce tissu inodulaire serait-il, par exemple, le produit d'une ulcération analogue à celle qu'a décrite A. Bérard, et qui est susceptible d'amener la guérison des tumeurs érectiles?

Quant à lui, il croit nécessaire de garder de la réserve sur l'interprétation de ce fait, en attendant les détails ou les documents qui lui manquent.

M. Chassaignac peut donner un renseignement utile sur la petite malade, qu'il a eu occasion de voir. Il a su de la mère que son enfant avait fait une chute sur la tête peu de temps après la vaccination, et que cet accident avait donné lieu à une inflammation assez vive suivie de suppuration.

Mais M. Chassaignac n'en considère pas moins le résultat obtenu par M. Marjolin comme très beau en lui-même, et comme encourageant aussi pour la vaccination. Il attache seulement de l'importance à pratiquer les ponctions sur les limites de la tumeur et non sur la tumeur elle-même, qui, dans ces cas-là, ne paraît plus être dans des conditions favorables à la guérison. C'est ainsi qu'il a essayé deux fois la vaccination en l'appliquant sur la tumeur elle-même, chez un enfant de deux mois non vacciné; mais il n'en a obtenu aucun effet. Le procédé suivi par M. Marjolin semble devoir être, au contraire, bien plus efficace, surtout pour les tumeurs à large surface.

M. Morel-Lavallée s'explique comment il peut se faire que l'on doute du résultat de la vaccination; il a vu, en ville, avec M. Rayer, une tumeur érectile du cuir chevelu, à laquelle il a appliqué lui-même la vaccination. Or, il a fallu l'espace d'une année pour constater une diminution sensible de cette tumeur, qui s'est affaissée ensuite complètement. L'effet de la vaccine serait donc bien réel, bien marqué, mais il ne serait que consécutif.

Quant au cas de guérison présenté par M. Marjolin, M. Morel est porté aussi à en attribuer le résultat à l'inflammation suppurative qui a suivi la contusion.

M. Guersant ne pense pas que l'inflammation produite par douze ou quinze piqûres faites avec une aiguille chargée de vaccin ait pu être assez étendue pour agir sur une aussi large plaque de tissu érectile. Il faut qu'une inflammation consécutive spontanée ou même produite par quelque contusion se soit développée dans cette tumeur. C'est de cette manière que les larges cicatrices qui existent peuvent s'expliquer. M. Guersant ajoute que des piqûres vaccinales donnent souvent lieu à une inflammation assez intense, mais que dans certaines circonstances cependant l'effet se borne à la circonférence des tumeurs, et que le centre n'est pas modifié.

Il vaccine souvent dans ces cas, et il a toujours l'attention de faire les piqûres à la limite de la tumeur, afin de ne pas avoir de sang. Dans deux cas, après avoir fait cinq ou six piqûres autour de la tumeur de la largeur d'une pièce de 2 fr., il a remarqué que le centre de la tumeur avait résisté à l'action du vaccin, et qu'il avait été obligé de terminer la guérison par un autre moyen, cautérisation ou ligature.

M. Guersant s'appuie sur ces faits pour dire que, dans le cas cité par M. Marjolin, la vaccination seule n'a pu modifier complètement la tumeur, et qu'une autre influence a dû intervenir pour aider l'effet du vaccin.

M. Gosselin croit qu'il est important de discerner dans quelles régions existent les tumeurs érectiles, parce que les succès obtenus par le traitement peuvent être constatés pour le tronc et pour les membres plutôt que pour la face, comme le démontrent aussi les cas de guérison spontanée.

M. Monod trouve que, chez l'enfant présenté par M. Marjolin, l'on a tort de considérer comme résultat de cicatrices les brides blanchâtres disséminées sur la surface occupée précédemment par la tumeur érectile. Il les considère comme un produit particulier du travail de la guérison, et il fonde son opinion sur ce qu'il a observé chez des enfants guéris spontanément de tumeurs érectiles, sans qu'ils aient été exposés aux chances d'une inflammation suppurative.

M. Monod cite trois exemples de cas de guérison spontanée: dans l'une, la tumeur siégeait au mamelon; dans l'autre, elle était située près de l'apophyse mastoïde; et, dans la troisième, elle se trouvait sur l'oreille.

M. Huguier fait observer que, si M. Monod considère le retrait de la tumeur sur elle-même comme un mode de guérison possible dans certains cas, on ne saurait admettre qu'il en soit ainsi chez l'enfant présentée par M. Marjolin. En effet, le travail de suppuration qui s'est établi dans ce cas particulier ne permet pas de douter de son influence sur la guérison.

M. Huguier a eu occasion d'examiner les nombreux documents que possède l'Académie de médecine sur les vaccinations; il en a extrait plusieurs exemples de tumeurs érectiles guéries par ce moyen, et il les fera connaître à la Société de Chirurgie dans une prochaine séance.

M. Larrey, en écoutant avec attention ce qu'a dit M. Monod de la guérison spontanée des tumeurs érectiles, s'est souvenu d'un fait qu'il a eu occasion de voir avec un médecin de province, il y a déjà une quinzaine d'années. Un enfant âgé seulement de dix-huit à vingt mois présentait un peu au-dessous de l'ombilic une tumeur érectile du volume d'une noisette et bien caractérisée. L'expectation parut devoir être la seule indication provisoire; mais au bout de quelques mois la tumeur avait diminué spontanément d'une manière sensible, et plus tard elle avait disparu tout à fait. A la place qu'elle occupait se forma une plaque étoilée, blanchâtre, comparable jusqu'à

un certain point au tissu de cicatrice d'une brûlure étroite et superficielle.

M. Morel comprend que dans le cas cité par M. Larrey la guérison soit explicable par un mode particulier de cicatrice, mais elle lui semble offrir des difficultés pour les cas rapportés par M. Monod.

M. Monod fait observer que dans ces cas-là il faut admettre nécessairement une altération de la peau, puisque les tumeurs se sont déprimées peu à peu.

M. Guersant a observé plusieurs tumeurs érectiles guéries spontanément, entre autres fois chez une petite fille qui en avait une à la lèvre, et que M. Danyau a vue avec lui.

M. Marjolin, en présentant ce cas à la Société, n'a pas eu la pensée d'attribuer seulement à la vaccine un tel résultat de guérison, mais il a songé aussi à faire connaître la part qu'a pu y prendre l'inflammation. La principale influence n'en serait pas moins due, selon lui, à la vaccination, tandis que la suppuration consécutive à la contusion en aurait déterminé l'effet définitif. Et la preuve, selon lui, qu'il en a été ainsi, c'est que les points qui n'ont pas été soumis à des piqûres d'inoculation, offrent encore des saillies partielles de la tumeur.

M. Loir émet l'idée que la conséquence pratique de ce fait devrait être de seconder l'emploi de la vaccination par le broiement sous-cutané.

M. Chassaignac tire une conclusion de ce fait curieux, et il pense qu'il offre deux points importants à examiner comme étude :

1° Vaut-il mieux vacciner à la surface ou à la circonférence des tumeurs érectiles ?

2° Quel est le mode de guérison dans les cas de ce genre, et quel peut être le tissu qui succède à la tumeur, si ce tissu n'est point l'effet de la suppuration ?

M. Marjolin répète qu'il a eu l'intention et le soin de vacciner la tumeur à sa circonférence au lieu de la vacciner dans son centre, afin de ne pas perdre le vaccin. Il ajoute que son père professait le même principe.

M. Morel rappelle d'abord que le précepte de cerner la tumeur avait été donné déjà par J.-L. Petit. Il soutient ensuite que l'aspect blanc mât de la peau dépend, non pas d'un tissu cicatriciel, dont la formation lui paraît impossible dans la guérison spontanée des tumeurs érectiles, mais de la distension antérieure de la peau sur la tumeur. Ces plaques ont la même origine que les éraillures de la peau de l'abdomen dans la grossesse.

M. Forget fait observer que M. Monod, absent, n'a pas prétendu qu'il y eût là un tissu cicatriciel.

La discussion d'ailleurs n'est pas poussée plus loin.

— M. Loir commence la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du cathétérisme forcé et de l'emploi des bougies dans les rétentions complètes d'urine.*

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'ALUN A L'INTÉRIEUR

contre certaines aphonies;

Par M. Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville, correspondant de l'Académie de Médecine.

On sait la vogue qu'eut le gargarisme de Bennati ; aussi l'emploie-t-on journellement encore contre certaines aphonies consécutives à des affections du larynx. Il m'a semblé que l'alun, auquel ce gargarisme devait son efficacité, pourrait, pris à l'intérieur et dans des circonstances analogues, en seconder puissamment l'effet par suite de l'action tonique et astrictive qu'il exerce sur la muqueuse laryngée lors de son passage à travers les premières voies. L'occasion de m'en assurer ne tarda pas à se présenter, et les bons résultats que j'obtins confirmèrent pleinement mes prévisions. Entre plusieurs observations du même genre que j'ai dès lors recueillies, je citerai les deux suivantes comme étant, à mon avis, des plus concluantes.

Obs. I. — Martinet, hussard, en garnison à Lunéville, entre à l'hôpital le 26 juin 1841 pour une laryngo-bronchite qui durait depuis plus de six semaines, et qui se compliquait d'une aphonie complète. Absence de fièvre ; râle muqueux ; légère douleur vers le larynx ; expectoration facile de crachats muqueux, peu consistants, sans caractères particuliers ; toux fréquente. L'inspection de la gorge ne révèle aucune phlegmasie de la région pharyngienne. — Douze sangsues sous les clavicules, cataplasmes émollients, potions gommeuses diacodées.

Mieux ; la toux disparaît, mais l'aphonie persiste avec la douleur du larynx. — Seconde application de sangsues de chaque côté du cou ; fumigations émollientes et narcotiques, puis légèrement excitantes ; frictions stibiées sur le cou.

Pendant deux jours, le malade peut faire entendre quelques mots par intervalles, mais, soit qu'il ait fatigué son larynx, soit que cette amélioration n'eût rien de solide, l'aphonie est bientôt aussi complète qu'auparavant. — Gargarismes alumineux diacodés ; sirop d'erysimum ; vomitif avec le tartre stibié ; ipécacuanha à doses fractionnées ; purgatifs ; un vésicatoire, puis deux cautères à la potasse, de chaque côté du larynx.

Le malade est complétement guéri de sa bronchite, mais il ne peut parler qu'à voix très basse ; on ne l'entend qu'en approchant l'oreille. C'est alors que j'eus l'idée de lui faire prendre intérieurement l'alun, auquel je n'avais plus pensé, vu son efficacité en gargarismes. Je prescrivis une potion gommeuse de 125 grammes avec 50 centigrammes d'alun, dont j'élevai progressivement la dose à 3 grammes. Cette médication produisit un changement soudain dans l'état des organes vocaux, sans déterminer aucune irritation vers le larynx ; au bout de dix jours la voix était complétement revenue, et Martinet disait éprouver comme un sentiment de vigueur inaccoutumé dans la production du son. Du reste, les cautères étaient secs, et aucun autre moyen n'avait été employé concurremment avec l'alun. Sorti le 10 septembre, ce malade n'a eu, à ma connaissance, aucune rechute pendant son séjour à Lunéville.

Obs. II. — Mademoiselle V..., institutrice, âgée d'une vingtaine d'années, a été atteinte, pendant l'hiver de 1848, d'une laryngite rebelle, suivie d'aphonie, et dont elle n'a pu se débarrasser qu'à la belle saison. Cette affection récidive pendant l'hiver de 1849. Appelé pour soigner cette demoiselle, que j'avais précédemment traitée pour une névralgie faciale, je constate les symptômes d'une laryngite avec douleur de l'organe malade, augmentant à la pression ; aphonie, toux fréquente, expectoration muqueuse ; absence de fièvre et de signes stéthoscopiques ; pas de phlegmasie pharyngienne. — Application de dix sangsues sur les côtés du larynx ; boissons gommeuses ; potions opiacées ; fumigations belladonées avec l'appareil de Richard, etc.

Mieux, suivi d'une rechute, mademoiselle V... ayant voulu reprendre trop tôt ses occupations. — Emploi de l'huile de croton, laquelle détermine une forte éruption.

Amélioration plus soutenue, suivie d'une troisième rechute. — Nouvelle friction d'huile de croton.

Les symptômes d'irritation disparaissent, mais l'aphonie persiste avec une ténacité désespérante. — Je prescris une potion gommeuse et légèrement opiacée avec l'alun (1, 2 grammes progressivement).

L'amélioration se déclare instantanément. Quelques jours après, je revois la malade ; la voix était entièrement rétablie. Il n'y a plus eu, à ma connaissance, de nouvelle rechute.

Avant de terminer, je dirai, bien que cela ne se rattache pas à l'objet de cette communication, que l'alun m'a été utile aussi dans certaines formes de gastralgies accompagnées de leucorrhées, et caractérisées par des tiraillements ou un sentiment de défaillance vers l'épigastre. Je prescris alors ce sel sous forme de pilules, en lui associant une très légère quantité d'opium, comme dans la formule que voici :

Alun.	4 grammes.
Extrait gommeux d'opium.	0,12 centigram.
Conserve de roses.	Q. S.

F. S. A. 40 pilules. — Dose : 4 à 6 par jour.

Ces pilules, suivant l'auteur, agissent d'une manière favorable sur la leucorrhée. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

TRAITEMENT DE LA SCARLATINE

par les frictions avec le lard.

Par le Dr Berend, de Hanovre.

Cette méthode consiste à frictionner tout le corps, excepté le visage et les parties de la tête recouvertes par des cheveux, avec du lard. Pendant trois semaines, à partir du début de la maladie, on répète ces frictions deux fois par jour ; pendant la quatrième semaine, une fois seulement par jour. Au bout d'un mois seulement, il est prudent de nettoyer la peau avec du savon et de l'eau froide. Après quelques jours, on peut permettre un bain.

Cette méthode, qui aurait deux grands avantages, n'est pas tout à fait nouvelle. Hamel, en 1842, avait déjà recommandé les frictions avec un corps gras pour empêcher tout refroidissement dans la période de desquamation.

Mais le docteur Berend veut prévenir la desquamation par ces frictions, qu'on exécute dès le début de la maladie et qui doivent en même temps prévenir les violentes démangeaisons dont la peau est le siége.

Il est très douteux que le but de l'auteur soit rempli par cette nouvelle méthode.

Falsification de l'huile volatile d'amandes amères.

Depuis quelque temps on livre au commerce :

1° Un produit destiné à falsifier l'essence d'amandes amères ;

2° De l'essence d'amandes amères falsifiée.

Le produit destiné à la falsification est de nature bitumeuse ; il est désigné sous le nom d'essence de mirbane ou de mirbanne. On l'obtient, dit-on, de la distillation d'un résidu provenant d'une fabrique de gaz pour l'éclairage.

Nous n'avons pu avoir jusqu'ici d'autres renseignements ; mais la véritable huile volatile d'amandes amères marque au pèse-acide (1) 11 degrés et 10 degrés lorsqu'elle est rectifiée.

L'essence d'amandes amères factice, dont la couleur est rougeâtre, pèse au même instrument 22 degrés et 16 après la rectification.

Nous espérons pouvoir nous procurer de ces produits et donner plus tard des détails plus circonstanciés sur ce nouveau genre de fraude. Ces quelques mots ont pour but de mettre nos lecteurs en garde contre cette falsification.

(*Journ. de chim. médic.*)

REVUE THERAPEUTIQUE,

Chimique et pharmacologique.

Formule pour l'administration du chloroforme à l'intérieur.

Chloroforme.	15 décigr.
Camphre.	25 centigr.
Ether sulfurique.	} ãã 15 décigr.
Teinture de myrrhe.	
Mucilage de gomme arabique.	8 grammes.
Sirop d'oranges.	8 —
Eau camphrée.	30 —

Mêlez pour une potion à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Autre formule.

Chloroforme.	15 décigr.
Carbonate de magnésie.	15 —
Camphre.	5 —
Sirop d'oranges.	8 grammes.
Eau camphrée.	40 —

Mêlez pour une potion à prendre comme la précédente.

(1) La personne qui nous a donné ces renseignements s'est servie du pèse-acide, parce qu'elle n'avait pas dans le moment d'autres instruments qu'elle pût employer.

Elixir aloético-fébrifuge contre les fièvres intermittentes et les affections rhumatismales.

Dans le but d'éviter les inconvénients que M. Récamier trouve quelquefois au sulfate de quinine, tout en conservant les avantages de ce sel dans la thérapeutique, ce praticien le prescrit de la manière suivante :

Aloès succotrin en poudre.	6 grammes.
Myrrhe choisie.	6 —
Rhum.	150 —
Alcool.	20 —

Faites macérer pendant vingt-quatre heures ; filtrez ensuite, et dans la liqueur faites dissoudre :

Sulfate de quinine.	6 grammes.

Ajoutez à la solution :

Acide sulfurique.	Q. S.

c'est-à-dire 25 à 30 gouttes.

Ajoutez enfin :

Laudanum de Sydenham.	6 grammes.

La dose de cet élixir est d'une cuillerée à bouche pour les adultes et d'une cuillerée à café pour les enfants. Après chaque prise, le malade doit se tenir chaudement et rester au moins deux heures sans rien boire.

En ajoutant à cet élixir 4 grammes de bulbes de colchiques pulvérisés, il devient, suivant M. Récamier, assez avantageux dans le traitement des affections rhumatismales.

Sirop de thridace amygdalin.

(Formule de M. Aviat.)

Eau distillée d'amandes amères.	500 grammes.
Sucre.	1,000 —
Thridace	25 décigr.
Infusé concentré de coquelicot.	Q. S. pour colorer.

On fait dissoudre au bain-marie le sucre dans l'eau d'amandes amères ; on y ajoute la thridace dissoute dans l'infusé de coquelicot, et l'on filtre.

Matin et soir deux cuillerées à bouche de ce sirop battu avec un jaune d'œuf, puis délayé dans 125 grammes d'eau bouillante. Pendant la nuit et dans la journée, on prend une cuillerée à café de ce sirop par toutes les heures. Les rhumes les plus intenses résistent rarement plus de quarante-huit heures, suivant l'auteur, à ce traitement employé dans la période d'acuité.

Quelques personnes ont pensé que les doses prescrites ci-dessus pouvaient être un peu trop fortes pour certains sujets. Comme ces doses sont très fractionnées, il serait facile de les diminuer si l'on voyait se manifester des effets trop prononcés.

Nouveau mode de préparation du sirop de bourgeons de sapin, par M. Stan-Martin.

L'auteur pense qu'il convient de modifier le mode de préparation proposé par M. Sauvé et généralement adopté pour que le médicament ait toutes les qualités possibles.

Voici d'abord la formule de M. Sauvé :

Bourgeons de sapin.	60 grammes.
Eau bouillante.	250 —
Sirop simple.	1,000 —
Alcool.	15 —

Faites infuser les bourgeons dans l'eau, passez, ajoutez l'alcool et mêlez au sirop réduit.

« Nous avons, dit M. Martin, adopté les proportions de notre confrère, mais nous opérons par infusion et distillation.

Bourgeons de sapin.	180 grammes.
Eau bouillante.	750 —
Sirop simple.	3,000 —
Alcool.	45 —

» On procède comme ci-dessus, puis on traite le résidu de la plante par distillation en y ajoutant un volume et demi d'eau pour ne retirer que 350 grammes d'hydrolat, auquel on ajoute 650 grammes de sucre très blanc.

» Ce mélange, chauffé dans un bain-marie bien clos, fournit un sirop très aromatique que l'on mêle au sirop par infusion.

» Le sirop de bourgeons de sapin fait par ce procédé est clair et limpide, son odeur est forte ; sa saveur aromatique rappelle celle du bourgeon de sapin ; cuit à 31 degrés, il se conserve longtemps sans altération. »

Formule antispasmodique contre le trismus des enfants nouveau-nés et à la mamelle.

Le docteur Vanoye dit avoir retiré de bons effets de la formule suivante dans la maladie en question. Mais on comprend que nous ne prenons pas sous notre responsabilité une assertion aussi grave. Nous croyons que l'expérience générale a grand besoin de confirmer les résultats du docteur Vanoye avant que le fait annoncé par lui devienne une vérité.

Quoi qu'il en soit, voici la formule :

Teinture d'ambre.	} ãã 8 grammes.
— de musc.	
Eau de fleurs d'oranger.	45 —
Sirop diacode.	2 —

A prendre par cuillerées toutes les deux heures.

De l'élève et de la conservation des sangsues.

Depuis quelque temps la médecine et la pharmacie s'inquiètent à bon droit de la rareté des sangsues. La presse scientifique stimule les particuliers, et spécialement les pharmaciens, pour les engager à faire des tentatives pour conserver et multiplier ce précieux annélide, et à signaler à l'administration des départements les localités où l'on pourrait se procurer abondamment les sangsues. Il serait d'autant plus urgent de trouver un moyen pour remplir ce but, qu'un marché a été passé avec la Turquie pour deux ans seulement, et moyennant 2,971,800 fr., par une compagnie anglaise, et qu'une fois ce marché expiré, ces animaux deviendront sans doute encore plus rares et d'un prix plus élevé. M. Regnard, pharmacien à Chaumont, s'étant occupé de cette question mise à l'ordre du jour par le savant rapport de M. Soubeiran, a adressé à M. Chevallier les réflexions suivantes :

Il y a environ vingt-cinq ans que ce pharmacien s'occupe de conserver les sangsues en réservoir, idée à laquelle il avait été conduit par les pertes considérables qu'il éprouvait par la

conservation dans les pots et dans les cuviers remplis de terre argileuse.

M. Regnard a construit un réservoir de 10 mètres carrés, de 1 mètre 20 centimètres de profondeur, où croissent en abondance des plantes aquatiques. Il y a déposé quelques milliers de sangsues dites *vaches*, persuadé qu'elles étaient plus aptes à la reproduction; il y a déposé également des filets, pour les amener à la grosseur marchande. Deux ans après, toutes les sangsues déposées, grosses et petites, avaient disparu. Le fond de ce réservoir était un gravier très perméable, d'où jaillissent quantité de sources vives. Il a supposé avec toute apparence de raison que les annelides avaient disparu dans les terres. Il a alors construit un dépôt d'approvisionnement et de vente en pierre de taille, dans le même lieu et attenant, un autre réservoir de 4 mètres carrés, de 1 mètre 30 centimètres de profondeur, dallé au fond et recouvert de terre glaise. Ce réservoir, défendu par une grille en fer, est environné d'un fossé presque continuellement plein d'eau, et où l'on retrouve une partie des sangsues qui s'échappent.

M. Regnard a observé que les sangsues ne montent jamais après la pierre parfaitement sèche, mais qu'en se succédant les unes aux autres elles mouillent la pierre et sortent alors en quantité. Aucun obstacle ne les arrête, pas même les dents des cardes à laine dont il avait garni la paroi intérieure du bassin. Les clôtures ne les garantissent donc que des ennemis extérieurs.

Pour conserver au sol sa fraîcheur et empêcher la trop grande évaporation d'une eau qui, dans les fortes chaleurs de l'été, se renouvelle rarement, M. Regnard a planté des saules, des frênes, des peupliers, des platanes, etc. Il ne s'est jamais aperçu que les brindilles, les feuilles et les semences qui tombent dans l'eau eussent nui aux sangsues, qui, au contraire, se suspendent et s'abritent sous les larges feuilles du platane, ainsi que sous celles du peuplier et du saule.

Sans contester l'alimentation végétale des sangsues, il est porté à croire qu'elle est plutôt animale. Il les a vues, toutes les fois qu'elles en ont trouvé l'occasion, se jeter avec avidité sur des vers, des escargots, des épinoches, des lézards, des salamandres et des grenouilles. Un jour, entre autres, il a trouvé complétement dépourvu de ses chairs le squelette d'une grosse grenouille : la tête seule était restée intacte. Une fois attachées, les sangsues ne lâchent pas prise, malgré la rapidité des mouvements des grenouilles qui, par tous les moyens, cherchent à se débarrasser de leurs ennemis. Quatre canards privés, étant allés barbotter dans le fossé environnant la fontaine, ont été victimes des sangsues, qui, s'étant attachées à l'anus, les ont fait périr. Il a rencontré quelquefois aussi des sangsues vivantes engaînées dans la peau, très résistante encore, d'autres sangsues.

Le terrain sur lequel M. Regnard a construit son réservoir à sangsues abondait en sangsues noires; mais, en deux ou trois années, elles ont totalement disparu. Il ignore la cause de cette disparition.

Il conclut de ses observations :

1° Que les clôtures, celles dont les murs n'auraient qu'un mètre de haut, n'empêchent pas les sangsues de sortir d'un réservoir, si surtout les pierres restaient humides ;

2° Que les sangsues se nourrissent plus particulièrement d'animaux et sont alors plus aptes à la reproduction ;

3° Que les arbres qui environnent les étangs ne leur nuisent en aucune manière.

M. Regnard ajoute qu'on aura moins de chances d'élever des sangsues en créant des marais artificiels qu'en repeuplant les marais qui en contenaient naturellement beaucoup autrefois.

Notre département (Haute-Marne), dit-il, il y a trente ans, fournissait une telle quantité de sangsues, que je les payais 25 centimes le cent. Cet état de choses a peu duré; des pêcheurs de tous les pays se sont abattus sur nos campagnes, et en peu de temps ont épuisé les marais d'Ageville, Braux, Bricon, Prés-sous-la-Fauche, etc. Quelques-uns de ces marais, achetés par des particuliers, ont été desséchés et rendus à l'agriculture; les communes en ont affermé d'autres pour la pêche du poisson et des grenouilles.

J'étais presque décidé à louer un de ces marais; mais j'ai trouvé les baux de neuf années de trop courte durée, persuadé que j'étais qu'il fallait au moins dix années de repos pour voir reparaître les sangsues dans ces marais, ou en mettre d'autres pour y pêcher avant cette période révolue.

Si avec votre concours, dit M. Regnard à M. Chevallier, et celui des membres de l'Académie de Médecine dont vous faites partie, l'autorité administrative invitait notre préfet à s'occuper de cette tâche assurément très louable, je suis tout disposé à lui donner tous les renseignements qui sont à ma connaissance, pour doter notre département de la reproduction des sangsues qui aujourd'hui pour la France en général, et notre contrée en particulier, serait une source de richesses.

J'ai l'intime conviction que nous réussirions mieux qu'en créant des marais artificiels : *Non omnis fert omnia tellus*, a dit Virgile dans ses *Géorgiques*.

NOUVELLES.

Le concours pour la chaire de pathologie et de thérapeutique générale ouvert devant la Faculté de Montpellier vient de se terminer par la nomination de M. Jaumes.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Taboureau, médecin adjoint, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour passer aux ambulances de l'Algérie le 7 avril.

M. Pasquier, chirurgien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de perfectionnement le 7 avril.

M. Girard, chirurgien aide-major, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à la place d'Aix le 7 avril.

M. Fleury, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Versailles le 7 avril.

M. Toussaint, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Nancy le 7 avril.

M. Martrès, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Lyon le 7 avril.

M. Girard, chirurgien sous-aide, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour passer à l'hôpital de Nancy le 7 avril.

M. Meley, pharmacien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Marseille le 7 avril.

M. Capiomont, pharmacien aide-major de 1re classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Strasbourg le 7 avril.

M. Legoux, pharmacien aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Bordeaux, le 7 avril.

M. Hallemès, pharmacien aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Lille, le 7 avril.

M. Robaglia, pharmacien aide-major de 2e classe, détaché au corps expéditionnaire de la Méditerranée, est désigné pour rentrer à l'hôpital de Metz le 7 avril.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 16 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 58.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 15 MAI 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures de candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, MM. Delafond et Bouley, et une importante discussion sur le rapport de M. Martin-Solon, relatif au traitement du rhumatisme articulaire, ont utilement rempli la longue séance d'hier.

La médecine, en profitant depuis quelque temps de toutes les occasions qui s'offrent à elle pour discuter des questions importantes, semble vouloir reprendre, à l'Académie, le rang qui lui appartient, et qu'elle avait un peu laissé envahir par la chirurgie. Toutefois, malgré son grand intérêt, que nous ne voulons point contester, peut-être y aurait-il eu moyen de donner plus d'utilité encore à la discussion d'hier, si l'on avait précisé davantage les faits qui doivent en être la base. Nous n'en sommes plus au temps où les questions de traitement doivent être décidées par sentiment; on doit exiger aujourd'hui qu'un procédé plus rigoureux, plus scientifique, soit substitué à l'ancienne routine, qui se contentait, pour soutenir telle ou telle thèse, d'emprunter des arguments à de vagues inspirations. Ce n'est point là, il est vrai, ce qu'ont fait les orateurs qui ont pris la parole hier; cependant, peut-être n'ont-ils pas assez dépouillé l'ancien esprit médical, et ont-ils laissé trop de vague dans la manière dont ils ont présenté leurs arguments. Du reste, dans une discussion procédant avec un ordre sévère, une logique rigoureuse est toujours difficile à improviser. Aussi, renverrons-nous à un prochain numéro, non pas seulement l'appréciation des opinions émises par les honorables orateurs qui ont pris la parole, mais l'esquisse du plan que la discussion, suivant nous, devrait suivre pour conduire à un but vraiment utile, et par conséquent pratique.

Séance de l'Académie des Sciences.

La lettre de M. Bouvier a montré que ce n'était point sans raison que nous avions fait nos réserves touchant la communication, fort intéressante d'ailleurs, faite dans l'avant-dernière séance par M. Flandin, et est venue prouver une fois de plus le danger qu'il y avait à tirer des conclusions générales d'expériences ou d'observations en nombre insuffisant, quelque faites avec intelligence. Toutefois nous devons regretter que M. Bouvier lui-même, mettant en pratique cet esprit de sévère observation dont il a donné tant de preuves, n'ait pas cherché à remonter plus haut dans les antécédents du malade dont il a donné l'histoire succincte, et surtout qu'il n'ait pas cherché à savoir ce qu'il y avait de réel dans cette assertion, que plusieurs autres personnes qui ont été exposées à la poussière de zinc ont également présenté des symptômes plus ou moins prononcés d'empoisonnement. La constatation rigoureuse de ce fait aurait nécessairement augmenté de beaucoup la sensation qu'a produite la lettre de M. Bouvier, et aurait excité les recherches sur l'importante question d'hygiène soulevée par M. Leclaire. Du reste, la lacune laissée par M. Bouvier peut être comblée encore, et c'est dans l'espoir qu'elle le sera que nous soumettons ces réflexions à l'appréciation de notre savant confrère.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. VELPEAU.

Des injections iodées dans le traitement des hydarthroses.

(Leçon du 11 mai 1850.)

Parmi les malades qui sont sur le point de pouvoir sortir guéris, il y en a deux sur lesquels je désire appeler spécialement aujourd'hui votre attention. Chez ces deux malades, nous avons pratiqué, il y a environ trois semaines, l'injection iodée dans l'articulation du genou pour les hydarthroses de cette articulation, et vous pourrez voir aujourd'hui que l'on est à peu près complètement guéri, tandis que de ce gonflement énorme, s'étendant jusqu'à la moitié de la cuisse, que portait l'autre, il ne reste aujourd'hui qu'une tuméfaction légère qui altère à peine la forme naturelle du genou.

La question des injections iodées est aujourd'hui encore si mal jugée, qu'il ne sera pas sans utilité de mettre sous vos yeux tous les faits qui permettent d'en faire une appréciation plus juste.

En lisant Boyer, et même d'autres ouvrages plus récents, vous avez vu que les injections irritantes n'avaient jamais été pratiquées dans des articulations affectées d'hydarthroses sans inspirer les craintes les plus vives aux chirurgiens. Ces craintes, basées d'abord sur le raisonnement, se sont ensuite appuyées sur des faits.

Le raisonnement était le suivant : rien n'est plus dangereux que l'inflammation des articulations, qui entraîne souvent à sa suite des suppurations, dénudation des surfaces articulaires, des caries, et comme conséquence de tous ces accidents l'amputation du membre. Comment s'exposer de gaîté de cœur à porter dans une articulation un liquide irritant qui peut et doit, en effet, causer dans un grand nombre de cas une affection aussi grave? Voilà le premier sujet de craintes.

Mais quelque effrayantes que soient certaines appréhensions, il se trouve toujours quelques esprits assez hardis pour ne s'y point arrêter; et Boyer lui-même a osé enfreindre les préceptes de prudence dont il recommande avec tant de soin l'observation. C'est après les tentatives de quelques chirurgiens que les faits sont venus donner en quelque sorte une confirmation à ce qu'avait fait prévoir le raisonnement. Dans six ou sept cas d'injections que Boyer rapporte dans son ouvrage, les accidents prévus se manifestèrent en effet; la mort eut lieu dans un certain nombre de cas; dans d'autres, on dut recourir à l'amputation.

Dès ce moment, la question parut définitivement jugée contre les injections, par le raisonnement et par les faits.

Cependant, il en a été appelé de ce jugement, et voici par quelle série d'idées on y a été conduit.

Depuis quinze ans que j'ai appliqué les injections iodées au traitement de l'hydrocèle, je n'ai jamais vu d'inflammation grave se développer à la suite de ces injections. Confiant dans cette innocuité, j'ai peu à peu porté l'injection dans une foule de cavités séreuses, toujours avec le même succès; et encouragé enfin de plus en plus, j'en étais venu à écrire, dans ma *Médecine opératoire*, dès 1839, que les injections iodées pourraient être portées jusque dans le péritoine sans mettre en danger les jours des malades. L'injection, pratiquée dans des hydrocèles congénitales, dont la cavité, comme vous le savez, communique avec celle de la séreuse abdominale, et ensuite dans les sacs herniaires, vint bientôt confirmer en très grande partie mes prévisions. Dans aucun de ces cas, il ne se développa plus d'accidents que dans les injections des hydrocèles ordinaires.

D'un autre côté, des expériences sur les animaux m'avaient appris que l'injection avec la teinture d'iode ne produit jamais qu'une inflammation adhésive, et que cette inflammation ne se propage pas au loin, mais reste toujours bornée aux points directement atteints par le liquide irritant.

Tous ces faits m'avaient fait espérer que la nouvelle médication, si innocente pour toutes les séreuses où on l'avait mise en usage, pourrait aussi être appliquée au traitement des hydarthroses. Cependant ce ne fut qu'en 1840 que je me décidai définitivement à tenter cette opération; encore fallut-il que je fusse conduit par un fait anormal, et pour ainsi dire comme par hasard, tant on a de peine à se dépouiller des idées qui vous ont d'abord été inculquées.

Une femme se présenta portant un kyste du jarret, dont la communication avec l'articulation, quoique possible et même probable, ne put cependant être parfaitement établie. J'ouvris ce kyste, et avec une certaine crainte j'y injectai de la teinture d'iode. Il fut évident pour tout le monde qu'une certaine quantité de liquide avait pénétré dans l'articulation. Je n'étais pas sans une certaine crainte sur l'issue de l'opération; mais l'événement me rassura d'une manière complète; aucun accident ne se développa, et la malade guérit assez rapidement.

Un an plus tard, un cas à peu près semblable se présenta; il fut traité de la même manière, et donna les mêmes résultats.

Un an environ après l'observation de ce dernier fait, M. Bonnet (de Lyon) injecta la teinture directement dans l'articulation et obtint un succès.

Dès lors je n'hésitai plus à mettre en pratique les idées qui m'étaient venues depuis longtemps; en deux ans je rassemblai plusieurs faits qui permirent de juger définitivement la question, contrairement à l'opinion qui régnait et qui actuellement est encore trop généralement admise. Du reste, lorsqu'on examine attentivement les faits sur lesquels Boyer et les autres chirurgiens ont basé leur opinion, on ne tarde pas à s'apercevoir que ces faits sont totalement différents de ceux qui se passent maintenant sous nos yeux, et que ce qui est vrai des uns ne saurait en aucune façon l'être des autres. Ainsi, quand Boyer parle des injections dans l'hydarthrose, il entend parler d'une opération par laquelle on ouvre d'abord l'articulation avec un bistouri; puis, dans cette articulation ainsi largement ouverte, on injecte plusieurs fois un liquide irritant; en un mot, Boyer entend parler d'un traitement analogue à celui qu'on emploie contre certains abcès. Il est facile de comprendre qu'un traitement de cette nature cause les accidents si justement redoutés par les chirurgiens; et, en comprenant les injections de la sorte, Boyer et tous ses adhérents sont réellement dans le vrai. Mais les faits qu'ils ont observés sont de nulle valeur pour décider la question qui s'agite aujourd'hui.

Ce n'est nullement en effet de cette manière que nous procédons actuellement. La plaie que nous faisons est pour ainsi dire nulle; nous employons le troquart le plus petit possible, et seulement suffisant pour donner passage à l'entrée et à la sortie du liquide injecté. Il est bien probable que, si nous ouvrions l'articulation avec le bistouri, nous déterminerions une inflammation suppurative. En outre, nous ne pratiquons qu'une seule injection, qui suffit dans la majorité des cas pour amener le degré d'inflammation nécessaire à la guérison.

Les anciens faits ne pouvant être invoqués contre la nouvelle opération, il ne resterait donc contre elle que le raisonnement. Mais outre qu'à ce raisonnement on en pourrait opposer un autre, il a aujourd'hui des faits nombreux qui valent beaucoup mieux que tous les raisonnements et qui me semblent assez nombreux pour ne permettre aucun doute.

Dès 1843, M. Bonnet en avait déjà réuni 7 ou 8; moi-même à cette époque j'en possédais douze ou quinze; depuis, non-seulement j'en ai recueilli, ainsi que M. Bonnet, mais d'autres chirurgiens ont injecté la teinture d'iode dans diverses articulations, savoir : M. J. Roux, une fois dans le genou et une fois dans l'épaule; M. Abeille, qui a fait un très bon travail sur les injections iodées, deux fois dans le genou; enfin, MM. Pamard, Robert et A. Bérard, dans diverses articulations. En résumé, la science possède maintenant une cinquantaine de faits dont pas un, à ma connaissance, n'a été suivi d'accidents graves; or, il est à présumer que, si ces accidents avaient eu lieu, ils ne seraient pas restés inconnus avec la disposition d'esprit dans laquelle se trouvaient les chirurgiens qui ont commencé ces tentatives. Quelques-uns seulement, tels que A. Bérard, MM. Bonnet et Robert, ont vu à la suite d'une injection des douleurs vives se produire, ainsi que des accidents fébriles assez intenses pour qu'ils aient cru devoir appliquer de nombreuses sangsues et soumettre les malades à un régime sévère. Ces phénomènes, au premier abord assez alarmants, ont suffi pour entretenir les craintes de quelques chirurgiens, et M. Malgaigne, qui pourtant ne manque pas de hardiesse, comme vous le savez, a trouvé les faits connus insuffisants pour démontrer l'innocuité des injections, et il a imprimé dans son journal que les accidents les plus redoutables étaient à craindre après cette opération. Cette persistance de certains chirurgiens dans des craintes sans fondement vient de ce qu'ils ne connaissent pas suffisamment les accidents contre lesquels A. Bérard, MM. Bonnet et Robert ont cru devoir diriger une médication si énergique : en effet ces accidents, que j'ai observés aussi, quoique rarement, ne sont jamais sérieux; quelle que soit l'intensité avec laquelle ils se manifestent tout d'abord, ils ne tardent pas à se calmer et à disparaître spontanément; jamais je n'ai dirigé contre eux de traitement sérieux, et jamais cependant je ne leur ai vu prendre une marche inquiétante. Il arrive ici ce qu'on observe quelquefois dans les hydrocèles : des douleurs vives, un mouvement fébrile intense se manifestent quelques heures après l'injection; mais, comme on sait que ces phénomènes n'entraînent aucune conséquence fâcheuse, on les abandonne à leur marche naturelle et bientôt ils disparaissent. Ainsi en serait-il arrivé des accidents observés par A. Bérard, etc., si l'on s'était abstenu de tout traitement, comme je l'ai fait moi-même dans quelques cas analogues. Du reste, ces accidents sont eux-mêmes rares. Ordinairement les phénomènes se succèdent comme vous l'avez observé chez nos deux malades : une douleur, une rougeur et un gonflement légers se manifestent après l'injection, suivis bientôt d'un mouvement fébrile; ces phénomènes vont en augmentant pendant trois ou quatre jours; ils restent stationnaires pendant le même temps et ensuite ils diminuent peu à peu pour disparaître complètement vers le quinzième jour, ainsi que la plus grande partie de l'épanchement, comme vous le voyez chez la malade du n° 25 de la salle des femmes, ou même avec l'épanchement tout entier comme, vous l'observez chez le jeune garçon du n° 15 de la salle des hommes.

En résumé, je me crois autorisé aujourd'hui à dire qu'il n'y a pas plus de danger à porter l'injection iodée dans une articulation que dans la tunique vaginale. La seule crainte qu'on puisse avoir dans l'injection des articulations, c'est de voir l'opération échouer, ce qui arrive plus souvent que dans l'opération de l'hydrocèle.

J'ai dit depuis longtemps déjà que l'injection réussissait

d'autant mieux que la cavité dans laquelle on la faisait pénétrer était plus complétement séreuse : ainsi, dans certains kystes du cou, par exemple, où la membrane qui entoure le liquide est de tous côtés environnée de tissus mous, l'opération n'échoue jamais; dans la tunique vaginale, où le testicule met déjà la séreuse dans des conditions moins favorables, on éprouve quelquefois, mais pourtant assez rarement, des insuccès; enfin, dans les articulations où la séreuse n'est libre que dans une très faible étendue, tandis qu'au contraire la plus grande partie de sa surface repose sur des parties solides et très dures, les échecs sont plus fréquents. Néanmoins, comme l'usage de l'injection ne s'oppose nullement à l'emploi simultané des autres moyens de traitement internes et externes, et que, je le répète, il n'est pas dangereux, ni même guère plus douloureux qu'un vésicatoire, je crois qu'on doit recourir à cette opération toutes les fois qu'on a à traiter une hydrocèle simple et qui a résisté aux médications simples usitées dans ce cas.

Les conditions que j'exige pour l'emploi de l'injection iodée en rend d'ailleurs l'application assez rare; car il est bien évident que je n'ai pas la prétention, à l'aide de ce moyen, de guérir les épanchements qui seraient produits par des caries, des nécroses, etc.; et, comme d'un autre côté les hydarthroses simples guérissent le plus souvent seules ou sous l'influence des médications purement médicales, les cas où l'injection est indiquée deviennent assez rares.

Des craintes bien différentes de celles dont je viens de vous entretenir ont encore été exprimées relativement à l'injection des articulations; c'est de voir cette opération réussir, si je puis ainsi dire, trop complétement; en d'autres termes, on a craint que l'inflammation produite par le liquide irritant n'amenât une adhérence intime des surfaces articulaires et l'ankylose. Cette crainte n'est pas plus fondée que les autres : les recherches que j'ai faites sur les cavités closes m'ont conduit à penser que ces cavités sont purement accidentelles, qu'elles n'entrent point dans le plan primitif de l'organisme et qu'elles se développent partout où des frottements, des glissements de deux surfaces l'une contre l'autre se produisent, soit que ces frottements résultent du jeu naturel des organes, soit qu'ils soient produits par des mouvements accidentels, comme on le voit chez les imprimeurs chez qui il se développe des cavités séreuses aux extrémités des doigts, etc. Si donc des adhérences se formaient entre les surfaces de l'articulation injectée pendant le traitement, ces adhérences ne tarderaient pas à disparaître une fois que cette articulation exécuterait des mouvements, ou au moins à devenir assez faibles pour ne point gêner le jeu des fonctions. Dans tous les cas, l'expérience n'a nullement confirmé les prévisions que je combats en ce moment, et toujours, lorsque l'hydarthrose a guéri, c'est-à-dire quand l'épanchement a disparu à la suite des injections iodées, j'ai vu les mouvements s'exécuter comme avant le développement de la maladie.

ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE. — M. MOREL.

De l'hydrothérapie appliquée à l'étude des aliénés stupides;

Par le docteur DAGONET.

De toutes les maladies auxquelles il paraissait rationnel *à priori* d'appliquer l'hydrothérapie, l'aliénation mentale était sans doute une des dernières auxquelles on devait songer. Cette application est cependant venue à l'idée de M. Morel, médecin en chef de l'asile de Maréville, et, chose assez inattendue, il paraît avoir eu beaucoup à s'en louer. Voici deux observations et quelques réflexions communiquées aux *Annales médico-psychologiques* par le docteur Dagonet, et qui sont bien faites pour fixer l'attention des praticiens sur cette nouvelle application de l'hydrothérapie.

OBS. I. — Don..., entré à l'asile de Maréville le ... juillet 1849, nous présente, lors de son arrivée, les symptômes de l'exaltation maniaque la plus effroyable. Il est dominé par une impulsion terrible, poursuivi d'un désir ardent qu'il cherche à réaliser malgré les obstacles qu'on lui oppose : il veut à toute force mettre fin à ses jours, et rien ne peut arriver à calmer le spasme nerveux, porté au plus haut degré. Sa figure est congestionnée; ses yeux sont brillants, mais fixes; les muscles de la face convulsivement contractés; sa physionomie porte l'empreinte de l'épouvantable excitation dont il est animé. Tantôt il cherche, en serrant fortement les dents l'une contre l'autre, à arrêter sa respiration; il va même jusqu'à se mordre la langue pour arriver à ce résultat, ou bien, si on le quitte un instant, il saisit avec ses dents une partie de son corps contre laquelle il tient sa bouche appliquée, et qu'on ne parvient à lui faire abandonner qu'au moment seulement où il est près d'étouffer. Tantôt enfin, au moment de prendre un bain, il s'échappe des mains de ses gardiens et court se précipiter la tête la première dans la baignoire. L'éthérisation, qui fut aussitôt employée chez lui, parvint à calmer cette tension nerveuse, mais seulement pendant la période de temps que dura l'intoxication éthérée, et il nous fut impossible, malgré tous nos efforts, de maîtriser cette terrible situation, qui se prolongea cinq à six jours environ pendant lesquels il fallait exercer une surveillance active pour prévenir un accident qui nous semblait devoir être inévitable.

A partir de ce moment, Don... tombe dans un état de prostration qui se prononce chaque jour davantage; ses yeux se ternissent et deviennent hagards; sa physionomie prend ce caractère d'hébétude que l'on continue de remarquer chez les gâteux déments et stupides. Immobile comme une statue, il reste les bras pendants, le corps roidi et la tête tournée dans la même position.

Dès lors insensible à toute impression extérieure, aucun stimulant ne saurait le faire sortir de cette stupeur profonde dans laquelle il paraît plongé; il ne répond plus à aucune de nos questions, nous ne pensons même pas qu'il comprenne ou entende les paroles que nous lui adressons. La sensibilité est en quelque sorte anéantie chez lui; il n'a plus la conscience de son existence, le sentiment de sa personnalité. Au dehors comme au dedans, l'énergie vitale semble pour ainsi dire l'avoir abandonné. Il est froid comme un marbre; les extrémités sont œdématiées, d'une couleur livide; la circulation se fait lentement, péniblement; le pouls est irrégulier; la respiration est gênée, on croirait qu'il ne respire pas, tant sont imperceptibles les mouvements de la poitrine; l'oreille, appliquée sur le thorax, ne perçoit plus cette sensation de murmure vésiculaire que donne l'expansion normale du poumon, mais un bourdonnement singulier, ce bruit de conque que l'on observe dans l'engorgement pulmonaire.

Don... est d'une famille où l'on rencontre à un haut degré une prédisposition fâcheuse à l'aliénation mentale. Son frère aîné est renfermé à l'asile depuis plus de deux ans, atteint d'une sorte de lypémanie misanthropique, vivant dans une indifférence complète au milieu de ce qui l'entoure; il ne s'émeut de rien, n'affectionne personne, a même conçu une aversion pour sa mère, qu'il a un jour, dans un accès de fureur, poursuivie armé d'un instrument meurtrier. Deux autres frères, artistes distingués, présentent, dit-on, une lésion profonde des sentiments affectifs, et quelques symptômes précurseurs de la folie font présager qu'eux aussi viendront un jour chercher à Maréville un remède à leur malheureuse situation.

Dans l'état où il se trouve, Don... pense-t-il? Et cette inertie qu'il nous présente est-elle le résultat d'un délire profond dans lequel il serait plongé, comme l'ont pensé quelques auteurs? Nous aurions de la peine à le croire en considérant cette physionomie éteinte sur laquelle on ne saurait surprendre le moindre éclair de la raison humaine, situation incompréhensible où l'homme est entièrement soustrait à toutes ces forces vives de l'intelligence qui naguère en faisaient un excellent musicien. On dirait que les facultés intellectuelles se sont anéanties avec l'engourdissement, une sorte de collapsus de l'organe cérébral, et, s'il existe encore une apparence de végétation organique, on ne saurait voir au dehors se manifester par aucun signe ce qu'on appelle la force nerveuse. Chercher par tous les moyens imaginables à secouer cette nature morte, peine inutile : la statue est immobile.

Cette stupeur se prolongea avec la même intensité pendant plus de huit mois sans qu'il fût possible d'y remédier par les diverses médications tentées à ce sujet. Ainsi, on fit usage de sétons, de vésicatoires placés à différents endroits; on eut recours à l'administration de stimulants intérieurs, vin de quinquina, éther, etc.; on chercha même sans succès à déterminer quelques hallucinations artificielles en employant le haschich; tout fut en pure perte, et ce dernier médicament nous parut même agir dans le sens de la maladie plutôt que vers la guérison. Une méthode de traitement, qui compte déjà quelques succès parmi nos malades, fut dès lors employée à l'égard de Don... par le médecin distingué placé à la tête du service médical de l'asile de Maréville.

Cette méthode consiste dans l'usage répété pendant quelque temps de bains sudothérapiques, que nous décrirons plus bas à propos du malade qui fait le sujet de notre seconde observation. Quelques jours après l'emploi de ce traitement régulièrement appliqué, nous avons pu assister au réveil de cette intelligence engourdie : Don... est sans doute encore frappé de stupeur, mais tout nous indique qu'il renaît au monde intellectuel; l'hébétude maintenant à fait place à une animation plus expressive. Il met encore dans ces paroles, comme dans ses gestes, une certaine lenteur, mais cette lenteur tend chaque jour à disparaître. Maintenant il marche de lui-même; il répond à nos questions tout en laissant une assez grande distance entre la demande et la réponse; il commence, enfin, à reprendre une véritable initiative; à certains moments, il nous adresse la parole le premier, et nous revenons encore difficilement de notre étonnement quand nous l'entendons nous faire une réflexion détachée; ainsi, nous dit-il une fois après avoir exercé quelques modulations sur une petite flûte, qui était son instrument favori avant de tomber malade, la grande flûte donne des sons plus agréables que la petite. Ses souvenirs semblent lui revenir insensiblement, et chaque jour il peut nous jouer de mémoire un morceau de musique plus long que celui qu'il nous faisait entendre la veille. Nous ne doutons pas, tout nous en donne l'espoir, que ce malade ne finisse par guérir complétement; c'est dans ce but que l'on continue à employer chez lui le traitement que nous n'avons fait qu'indiquer plus haut.

OBS. II. — Comme le malade précédent, B... est tombé insensiblement dans le dernier degré de la stupidité après avoir passé par différentes phases auxquelles nous regrettons de n'avoir pu assister.

Il est âgé de vingt-cinq ans, d'une constitution sèche; son intelligence paraît assez développée; c'était un garçon rangé, studieux, d'un caractère bienveillant, empreint même d'une certaine vivacité; il passait, suivant son père, pour être le plus instruit de son village. Sa folie débute par l'exagération des idées religieuses; on remarque, deux ans avant son arrivée à l'asile de Maréville, qu'il devient d'une dévotion excessive; il n'a plus qu'un désir, celui de se faire prêtre. Un jour il lui prend l'idée d'aller sonner la cloche du village, afin d'appeler les fidèles à l'église; il prétend que la religion est attaquée, mal comprise par le curé de la commune; et, champion intrépide, il veut entrer en lutte avec ce dernier, le relever et défendre une croyance qui s'ébranle.

Malgré ce fantôme religieux, il conservait un ardent amour pour une jeune fille de son village avec laquelle il devait se marier, si l'affection qui venait de l'atteindre n'y avait mis obstacle. Cette lypémanie religieuse, en se prononçant davantage, ne tarda pas à amener chez lui une susceptibilité anormale; d'une irritabilité extrême, il entrait parfois dans des accès de fureur tels, qu'il ne craignait plus, malgré le profond respect qu'il avait toujours conservé pour ses parents, de se livrer à leur égard à de mauvais traitements. Les scènes de désordre qu'il occasionnait et les actes de violence auxquels il se laissait aller dans quelques endroits publics motivèrent sa séquestration.

Lors de son entrée, en février 1849, il était facile déjà d'observer, au milieu d'un délire quelque peu expansif, une légère stupeur qui semblait présager une des formes les plus graves de l'aliénation mentale, et que nous avons vue prendre chez lui une intensité remarquable. Des idées délirantes sans doute, mais telles que peut seule en engendrer une intelligence bien organisée, remplissaient en ce moment son cerveau malade; il créait force systèmes, qui devenaient dès lors la base de sa conduite. C'est parce que la nourriture, en développant la matière, nuit à l'esprit, qu'il refuse de manger, et l'on est déjà obligé d'employer la force pour lui faire prendre quelques aliments. Bientôt apparaît une lésion profonde de la volonté; il ne peut plus répondre qu'avec une extrême lenteur aux questions qu'on lui adresse; il n'a plus aucune espèce d'initiative; le sentiment de la personnalité lui échappe, et il comprend tellement cet anéantissement moral et intélectuel qui l'envahit, que de temps à autre il répète, lorsqu'on cherche à le faire sortir de cet engourdissement profond : « Vous voyez bien que je n'ai plus de volonté; je suis à votre disposition. » Rien n'indique encore ici qu'il vivait au milieu d'un monde imaginaire, sous l'influence d'illusions plus ou moins terribles. Il avait présenté il est vrai quelques hallucinations au début de sa maladie. Ainsi il se croyait en communication avec le ciel; mais ces hallucinations n'avaient rien de fixe, de bien déterminé. Quoi qu'il en soit, il fallut, un mois après son entrée, le compter au nombre des plus gâteux de l'asile; c'est dans cette terrible situation que nous l'avons trouvé pour la première fois, et qui se prolongeait depuis près de huit mois sans amélioration aucune, malgré les moyens mis en usage, lorsqu'on se décida à le traiter par les bains sudothérapiques.

Ils nous présentait à ce moment cette inertie sur laquelle l'attention des médecins s'est fixée d'une manière plus spéciale dans ces derniers temps. Immobile toute la journée, il restait à la même place les jambes rapprochées l'une de l'autre, les bras pendants, le corps penché et la tête courbée sur la poitrine, insensible aux impressions extérieures; il semblait incapable de prévoir et de fuir tout danger qui l'aurait menacé. Sa physionomie était sans expression; il n'avait ni cet air farouche, ni ces yeux hagards que l'on prête à quelques stupides; rien ne pouvait alors nous faire croire qu'il vivait dans un monde d'illusions et d'hallucinations.

Au dehors, tout correspond à cet affaissement moral; le sang ne circule à la périphérie qu'avec une lenteur difficile à comprendre. Il stationne vers les extrémités devenues froides et œdématiées; la peau est sèche et d'apparence terreuse; elle ne fonctionne plus; le sang, ne pouvant traverser que péniblement le parenchyme pulmonaire, rend incomplet le jeu normal de la respiration, et l'oreille appliquée sur la poitrine ne perçoit plus les mouvements d'expansion, mais ce bourdonnement particulier dont nous avons parlé plus haut. Les oreilles sont également le siége de deux tumeurs sanguines très développées; des incisions qui y furent pratiquées donnèrent issue à une grande quantité de sang noirâtre et fluide.

On employa, pour rendre la vie à ce corps inerte, les affusions d'eau froide, les bains chauds, la douche, des vésicatoires, en même temps qu'on administrait à l'intérieur quelques médicaments stimulants; l'extrait gras de haschich fut même donné une fois à la dose de 2 grammes. Peine inutile, rien ne changeait la position de ce malheureux B....., qui continuait à rester dans un état de malpropreté désespérant. On eut recours alors à l'application de bains sudothérapiques, qui ne tardèrent pas à être suivis, comme chez les malades précédents, de résultats plus satisfaisants.

Nous devons dire quelques mots du mode d'application pratiqué par M. Morel, médecin en chef de l'asile. On dispose dans une chambre convenablement chauffée le lit sur lequel doit être placé le malade, et qui se compose d'un oreiller et d'un matelas, recouvert dans toute son étendue d'un drap légèrement mouillé. Le malade étant complétement déshabillé, on prend une éponge imbibée d'eau froide si c'est en été, ou bien de la neige si c'est en hiver; puis on frictionne rapidement toutes les parties du corps, jusqu'à ce qu'il s'établisse une légère réaction vers la peau. Ce premier temps de l'opération exige beaucoup de dextérité dans les mouvements. L'individu est aussitôt posé sur le lit et enveloppé de tous côtés par le drap mouillé; la tête seule, bien entendu, reste à découvert. On recouvre immédiatement d'une couverture, puis d'un duvet, et enfin d'une seconde couverture repliée en dessous; de sorte que le malade, hermétiquement enveloppé, ressemble à une momie égyptienne. Une heure et demie, deux heures environ suffisent en général pour produire une abondante diaphorèse, surtout quand cette médication est employée déjà depuis quelques jours; il faut avoir soin pendant ce temps d'apaiser avec une boisson tiède la soif ardente qui ne manque pas de se produire. On procède ensuite au troisième temps de l'opération; il consiste à sortir le malade de ce bain de vapeur, à le frictionner de nouveau, comme au commencement, avec une éponge imbibée d'eau froide, et mieux encore avec un drap trempé dans l'eau froide et dont on enveloppe entièrement le malade en le frictionnant vivement, surtout vers la poitrine et le long de la colonne vertébrale, et on l'essuie aussi complétement que possible.

Ces bains doivent être répétés d'abord tous les jours chez les individus atteints de stupidité, puis à des intervalles plus prolongés.

C'est après quinze jours environ de ce traitement que nous avons observé le premier symptôme d'une amélioration se manifester chez Br.... Peu à peu on le vit sortir de cette insensibilité profonde qui l'anéantissait depuis si longtemps. Cette amélioration a progressé chaque jour, au point que non-seulement il répond maintenant à nos questions, parfois avec une vivacité et une présence d'esprit qui ont lieu de nous étonner, mais encore que, plein de sympathie pour les malades qui l'entourent, il leur rend tous les services possibles, et il nous aide à présent à appliquer les bains qui lui ont si bien réussi.

REMARQUES. — Nous devons, en terminant, dire deux mots de l'action physiologique, comme nous la comprenons, de cette nouvelle médication. Sans doute nous n'avons pas le droit encore, après si peu d'essais, d'en proclamer la puissante efficacité; nous devons seulement nous contenter de constater les succès importants qu'elle nous a donnés, et les signaler à l'attention des praticiens.

Chez les malades frappés de stupeur, il survient, on le sait, par suite de circonstances dont il nous est difficile d'apprécier la nature, une inertie générale profonde, qui semble être la conséquence nécessaire de l'affaiblissement considérable de la force nerveuse; cette apathie, ce défaut d'innervation, se remarque bientôt dans toutes les parties du corps; l'énergie vitale disparaît presque entièrement, et le sang, capable de surmonter par lui-même sa propre pesanteur, est lentement charrié par les vaisseaux qui le ramènent au centre de la circulation. Il est, en outre, facile de constater une gêne évidente dans le jeu normal des organes respiratoires; ce que l'on peut d'ailleurs observer sans peine par l'auscultation; les poumons restent dans un état presque continuel d'engourdissement, et sont ainsi constamment exposés à toutes ces maladies graves que ne manquent pas de faire naître le défaut de soins et les vicissitudes atmosphériques.

L'hématose est donc incomplète, le sang ne peut plus se vivifier au contact de l'air; il circule avec lenteur dans les centres nerveux, qu'il est impropre à stimuler; il semble qu'il y ait un état permanent de demi-asphyxie.

Ajoutons encore, et le fait est digne de remarque, car la plupart des auteurs n'ont pas manqué de le signaler, que la surface cutanée, cet autre appareil de la respiration, devient sèche et terreuse, que, par conséquent, elle ne peut plus remplir d'importantes fonctions. Il en résulte dès lors deux sortes d'accidents : les uns, qui tiennent à l'embarras de la circulation, tels que le refroidissement, les œdèmes, la cyanose des extrémités, l'infiltration sanguinolente des poumons et les obstacles apportés dans le jeu de ces organes; les autres, conséquences naturelles du défaut d'hématose, et qui prolongent et aggravent la stupeur des aliénés. Il importe donc de chercher à stimuler la surface cutanée en produisant sur elle une réaction spéciale, et c'est ce résultat que semble atteindre la médication que nous venons de décrire. Elle produit ce double effet de stimuler d'abord, par une action locale, les vaisseaux périphériques, de rendre la circulation plus rapide, et de suppléer ensuite, en portant remède à la respiration incomplète, à la difficulté qu'éprouve le sang à se renouveler convenablement; c'est alors seulement que les centres nerveux, en contact avec un stimulant mieux approprié à leurs fonctions, reprennent leur première vitalité et secouent cette

torpeur qui engourdissait l'intelligence endormie. Il ne reste plus qu'à soutenir et à favoriser ce retour à la vie par les différentes ressources que les circonstances peuvent suggérer, en plaçant surtout les malades dans un milieu convenable ; c'est en suivant cette marche qu'il sera possible d'achever, nous l'espérons, la guérison complète des malades dont nous venons de donner l'observation.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 mai 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Envoi de plusieurs lettres ministérielles avec échantillons de remèdes secrets et d'eaux minérales à analyser.

Correspondance manuscrite. — Migraine.

M. Delfrayssé communique une observation de migraine guérie par l'acétate de morphine.

Catalepsie intermittente.

M. Ollivier (d'Angers) adresse deux observations de cette affection, dans lesquelles il a constaté le gonflement de la rate. (Commissaire, M. Piorry.)

Choléra.

M. Penant, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins, adresse la relation de la dernière épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement.

Sensibilité tactile chez le cheval.

M. Bouley fils, candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, lit un mémoire étendu sur ce sujet.

Hydrohémie chez les animaux.

M. Delafond, candidat pour la même section, lit un premier mémoire sur une maladie qui fait périr une grande quantité de chevaux dans les départements de l'Oise, Seine-et-Oise, etc., et qui serait caractérisée par une diminution des globules et une augmentation de la sérosité du sang. Ce travail est conçu presque exclusivement au point de vue chimique.

Décès de M. Gay-Lussac.

M. le président annonce la mort de M. Gay-Lussac, et la nouvelle vacance que laisse cette mort dans les associés libres de l'Académie.

Vacance dans la section de pathologie chirurgicale.

M. le président déclare une nouvelle vacance dans cette section.

Commission des prix.

L'Académie procède à la nomination de plusieurs commissions des prix, qui sont composées ainsi qu'il suit :

Prix d'Argenteuil. — MM. Bégin, Huguier, Laugier, Roux, Espiaud, Grisolle, Bouvier, Ricord.

Prix Portal. — MM. Fouquier, Husson, Honoré, Cornac, Bouley jeune.

Prix de l'Académie. — MM. J. Guérin, Serres, Martin-Solon, Bricheteau, Lévy.

Prix Civrieux. — MM. Gibert, Malgaigne, Velpeau, Baillarger, Longet.

Candidatures.

M. Huzard, au nom de la section de médecine vétérinaire, propose de porter à trois le nombre des candidats sur la liste de présentation. Ces candidats sont les seuls qui se soient présentés. (Adopté.)

Discussion sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

M. Martin-Solon rappelle les faits qu'il a exposés dans le rapport qu'il a lu dans l'avant-dernière séance, ainsi que les conclusions qu'il a formulées.

M. Bouillaud. D'après le rapport de M. Martin-Solon, il semblerait que l'on peut choisir indifféremment entre les méthodes diverses de traiter le rhumatisme. C'est là une doctrine qui serait consulante, mais qui ne me paraît pas conforme à la saine interprétation des faits. Je ne pense pas qu'on puisse mettre sur la même ligne le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, les antiphlogistiques et les vésicatoires, qui du reste, suivant moi, doivent être classés parmi les antiphlogistiques.

S'il n'y avait à traiter que la maladie des articulations, il importerait peu de la laisser durer un peu plus ou un peu moins ; car, pourvu qu'on obtînt la résolution de l'état local, peu importerait que ce fût dans dix, dans quinze ou dans vingt jours. Mais ce n'est point dans l'état local que réside le principal danger du rhumatisme ; des organes internes peuvent se prendre de manière à compromettre la vie, et c'est pour cela qu'il faut se garder de plaisanter sur le choix d'un traitement.

On se trompe gravement, Messieurs, quand on croit avoir guéri le rhumatisme en en faisant disparaître les symptômes les plus apparents, c'est-à-dire les phénomènes articulaires. Malheur à quiconque a une fièvre rhumatismale qui dure plus de quinze jours, alors même que l'état morbide des articulations aurait disparu ! car celui qui se trouve dans ce cas aura *presque certainement*, dans un temps plus ou moins prochain, une affection organique mortelle.

Or, *jamais* ni le sulfate de quinine, ni le nitrate de potasse n'ont enlevé dans l'espace d'un septenaire une fièvre rhumatismale intense ; et c'est là ce qui est absolument indispensable pour prévenir les accidents consécutifs.

Il n'y a, pour atteindre ce but, qu'une seule méthode, c'est la méthode antiphlogistique employée suivant la nouvelle formule, et il faut que j'en sois bien convaincu pour venir le dire aujourd'hui à l'Académie, indifférent que je suis devenu à toutes les questions de méthodes comme à bien d'autres. Mais un devoir de conscience m'y oblige. J'ai aujourd'hui plus de six cents observations de rhumatisme articulaire aigu, et *jamais, quand cette méthode a été bien appliquée*, elle n'a manqué d'atteindre le but que je me proposais et d'arrêter le mal dans l'espace d'un septenaire. Mais je crois devoir rappeler ce que j'ai dit bien des fois, c'est qu'il faut que la nouvelle méthode soit bien appliquée, et qu'elle ne l'a pas été par tout le monde. Il faut, de plus, qu'elle soit appliquée dès le début. C'est pour n'avoir pas suivi ces préceptes que des observateurs ont été conduits à des résultats différents de ceux que j'ai obtenus et publiés.

Il n'est pas nécessaire, pour appliquer la nouvelle méthode, comme on est disposé à le croire généralement, que les sujets soient pléthoriques ou d'un tempérament sanguin ; s'il en était ainsi, son emploi serait excessivement borné, car la société est remplie de sujets anémiques et chloro-anémiques. Il faut seulement, chez les sujets faibles, proportionner les émissions sanguines aux forces de l'organisme, mais non renoncer au seul traitement véritablement efficace.

Quant à la question de priorité, j'ai dit depuis longtemps que les vésicatoires constituaient l'adjuvant le plus puissant du traitement antiphlogistique, sans en excepter le sulfate de quinine et le nitrate de potasse, dont je suis loin d'ailleurs de craindre les effets dangereux. Je dois dire même à cet égard que tous les observateurs qui ont accusé ces médicaments d'être des moyens incendiaires sont tombés à mes yeux dans de telles exagérations qu'ils perdent selon moi toute autorité. Ainsi, ce n'est point par crainte que je les proscrit dans les cas graves, mais bien parce qu'ils ne sont pas efficaces. Vous pouvez en croire, Messieurs, la conscience d'un honnête homme et, quoi qu'on en dise, d'un homme parfaitement impartial, si une autre méthode aussi puissante venait à être découverte, je serais le premier à poser la couronne sur le front de l'inventeur dont le génie aurait sauvé de la mort tant de malheureux rhumatisants.

Je ne dirai rien de la spécificité du rhumatisme admise par M. Martin-Solon. Je crois que le rhumatisme est une maladie générale, mais que c'est une inflammation au même titre que la pneumonie et que la pleurésie, et qu'il n'y a pas plus de virus dans la première que dans ces deux dernières.

M. J. Guérin croit qu'il faut distinguer les périodes et les formes de la maladie pour apprécier la valeur des méthodes thérapeutiques. A ce sujet, il croit devoir appeler l'attention de l'Académie sur un moyen dont il vient tout récemment encore de faire la plus heureuse application ; ce moyen consiste dans des ponctions sous-cutanées pratiquées sur les points plus spécialement douloureux des articulations. Chez une jeune fille qui avait un rhumatisme articulaire, et qui, tous les jours, éprouvait un accès violent de fièvre et de douleurs, on avait épuisé tous les moyens, entre autres les antipériodiques à haute dose. Il fut convenu avec MM. Andral et Rayer, qui voyaient cette malade, que je pratiquerais une ponction sous-cutanée dans le point le plus douloureux de l'articulation ; l'effet de cette ponction fut de faire cesser immédiatement la douleur ; en outre, l'accès suivant, au lieu de durer cinq heures, comme cela arrive habituellement, ne se prolongea que pendant une heure. Une nouvelle ponction fut pratiquée ce jour-là sur un autre point douloureux, et à partir de ce moment il n'y eut plus d'accès. Deux autres ponctions furent pratiquées sur des points douloureux, qui disparurent aussitôt, et la malade fut définitivement guérie.

J'ai employé la ponction dans les cas semblables, toujours j'en ai obtenu les meilleurs résultats. Comment agit-elle alors ? Il est difficile de le dire ; quelques gouttes de sang seulement s'écoulant par la piqûre, il est impossible de considérer ce moyen comme un antiphlogistique ; mais le fait pratique n'en est pas moins important.

M. Martin-Solon. Je ne répondrai, pour le moment, que quelques mots à M. Bouillaud. Je maintiens, contrairement à ce qu'il a avancé, que les deux contro-stimulants, le sulfate de quinine à haute dose et le nitrate de potasse, guérissent aussi rapidement et aussi complétement que les saignées coup sur coup le rhumatisme articulaire, et qu'ils préviennent tout aussi bien les accidents consécutifs. Je n'en suis pas encore à six cents cas ; mais j'en ai assez pour pouvoir affirmer que le nitrate de potasse guérit complétement et définitivement les rhumatismes les plus intenses en cinq, six ou sept jours, rarement en dix. J'ajoute que ce n'est même que dans les cas aigus qu'il réussit, et que dans les cas peu aigus ou chroniques, son influence n'est pas plus marquée que celle de l'eau.

Je n'ai pas dit qu'il y eût de virus dans le rhumatisme articulaire aigu ; mais j'ai dit, et je crois être dans le vrai, qu'il y a quelque chose de spécial, qu'il y a un état pathologique général qui ne se rencontre pas dans les inflammations franches ordinaires.

M. Gerdy avait demandé la parole dans la dernière séance pour répondre à cette assertion de M. Rochoux, que le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation, et même le type des inflammations. Il croit que le rhumatisme diffère des inflammations par les caractères suivants :

1° Déplacement fréquent et subit de la maladie ;

2° Mobilité et absence presque complète de périodes, tandis que dans les inflammations il y a toujours une période d'augment et d'état ;

3° Enfin, lorsque l'autopsie permet de rechercher les lésions anatomiques du rhumatisme, on observe des lésions qui caractérisent l'inflammation.

Tous ces caractères sont si différents que, si l'on compare une arthrite rhumatismale avec une arthrite traumatique, par exemple, on n'observe absolument aucune analogie entre l'une et l'autre.

M. Bouillaud dit qu'on guérit le rhumatisme avec les antiphlogistiques, mais seulement avec la nouvelle formule ; or, si cette assertion était vraie, plus elle le serait, plus elle démontrerait que le rhumatisme diffère de l'inflammation, car, pour guérir une arthrite ou une inflammation ordinaire, il suffit du traitement antiphlogistique tel que tout le monde sait et ose l'employer.

M. Rochoux. Au reproche que dans la dernière séance j'adressais au mémoire de M. Dechilly de ne pas distinguer les différentes espèces de rhumatisme, M. Martin-Solon répondait que ce mémoire traitait spécialement du *rhumatisme articulaire aigu*. Soit. Mais on lit au commencement du second paragraphe du rapport de notre savant collègue cette phrase : « Le rhumatisme aigu ou chronique articulaire fibreux, musculaire, simple ou goutteux est une des maladies qui, à cause des douleurs atroces qu'elle occasionne souvent et des déformations qu'elle détermine quelquefois, mérite le plus la sollicitude des médecins. »

La réalité de la confusion contre laquelle je m'élevais étant ainsi constatée, vous me permettrez sans doute bien d'ajouter qu'elle doit avoir pour inévitable conséquence d'empêcher d'établir entre les espèces pathologiques ces distinctions sans lesquelles il n'y a ni science médicale, ni thérapeutique raisonnable possibles. En pareil état de choses, plus le nombre des observations mal déterminées s'accroît, plus les questions s'embrouillent au lieu de s'éclaircir, plus la vérité s'éloigne. Si l'on veut rendre la discussion actuelle vraiment utile, il faut, comme je vais essayer de le faire, partir de la connaissance du rhumatisme aigu, articulaire simple, survenant chez un sujet avant cela en parfaite santé. Réduite à ces conditions, dont les exemples ne sont pas rares, la maladie est vraiment une inflammation des plus franches ; elle présente les mêmes symptômes, reconnaît les mêmes causes, cède au même traitement que les phlegmasies.

Tout le monde reconnaît le caractère ou l'apparence inflammatoire des symptômes du rhumatisme ; mais cela n'empêche pas beaucoup de médecins de nier que ce soit un mal de nature inflammatoire. Ils s'applaudissent sans doute en agissant de la sorte d'avoir trouvé un pendant au fameux non-sens si cher à Sydenham, les *variolæ sine variolis*. Quant à moi, je ne saurais m'élever à cette hauteur de pensée. De son côté, M. Gerdy prétend que dans le rhumatisme il existe une disposition générale, étrangère aux phlegmasies articulaires de cause traumatique. J'en conviens volontiers ; car dans les affections de genre il n'y a jamais d'état morbide général, ou bien il est toujours consécutif. Dans les phlegmasies, dues, comme le rhumatisme, à l'action toujours générale des causes désignées de nos jours sous le nom d'*agents physiques*, un état général précède et accompagne toujours l'affection locale. Par exemple, un homme bien portant passe une nuit froide au bivouac. Le lendemain il est mal à son aise, il souffre partout, et malgré cela il en est souvent quitte pour une fièvre de quelques jours. Si les mêmes causes ont agi avec plus d'intensité, à l'état général dont il vient d'être parlé on voit s'ajouter l'affection articulaire, et il y a rhumatisme ; ou bien, c'est le poumon ou la plèvre qui souffrent, et il y a pleurésie ou pneumonie, mais dans un cas comme dans l'autre, véritablement inflammation. Aussi voit-on toujours, comme M. Bouillaud vient de le démontrer victorieusement, le mal être avantageusement combattu par les antiphlogistiques, dont l'efficacité peut être secondée par l'emploi des vésicatoires en temps opportun.

Par toutes ces raisons, auxquelles viennent s'ajouter les données fournies par l'anatomie pathologique, je n'hésite pas un instant à considérer le rhumatisme simple comme une affection essentiellement inflammatoire et n'offrant rien de spécial, à part ce qui tient à la texture particulière des parties affectées. Je suis par conséquent bien loin de regarder, à l'exemple de M. Martin, le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, les fortes saignées, comme des traitements qui se valent les uns les autres. Appeler l'attention des hommes réfléchis sur une pareille assertion, c'est l'avoir suffisamment réfutée. Je me soucie en outre fort peu de voir invoquer à son aide la théorie du contro-stimulus, conception physiologique bonne à siffler, comme tant d'autres qui ont eu, aussi elles, leur moment de vogue.

Maintenant, si le renvoi au comité de publication doit être réservé pour les ouvrages d'un mérite éminent, ai-je besoin de vous dire que dans le cas actuel je ne saurais adopter la proposition de M. le rapporteur ? La chose n'est pas fort nécessaire.

M. Grisolle. Aux excellentes raisons si bien développées par M. Gerdy contre la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, je me permettrai d'en ajouter quelques autres.

En première ligne, je noterai :

La persistance de la fièvre, alors même que les douleurs disparaissent. On a quelquefois attribué cette fièvre à des phlegmasies internes ; mais rien, dans l'immense majorité des cas, n'en démontre l'existence.

La terminaison du rhumatisme, toute différente de celle des inflammations. Ainsi, jamais on n'a vu le rhumatisme se terminer par gangrène ; jamais même on ne l'a vu se terminer par suppuration, car les cas qu'on a rapportés de cette dernière terminaison sont tout simplement des cas d'infection purulente avec douleurs articulaires et épanchement de pus dans les articulations.

Enfin, si l'affection articulaire rhumatismale était de nature inflammatoire, ne suivrait-elle pas la même marche que les autres inflammations qui peuvent également se manifester dans le cours du rhumatisme ? Est-ce que les péricardites, est-ce que les pleurésies qui se développent dans ces cas ne suivent pas la marche ordinaire des pleurésies et des péricardites ? Pourquoi en serait-il autrement des prétendues arthrites ?

Je dis donc, non-seulement que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une inflammation, mais encore que l'inflammation n'en est pas même un élément ; qu'elle n'en est qu'un accident, qui n'empêche nullement la maladie générale de rester une au fond et de réclamer le même traitement.

Ce n'est pas en effet une vaine question de curiosité, ou même de doctrine que nous agitons ici; c'est une question où la pratique est intéressée au plus haut degré, et la solution de cette question doit faire repousser la méthode antiphlogistique, même employée suivant la méthode dite nouvelle, méthode depuis longtemps condamnée par l'expérience.

Ce serait une erreur en effet de croire que les saignées coup sur coup n'ont été essayées que depuis quelques années. Non-seulement Sydenham avait d'abord employé les saignées avec prodigalité, et les avait proscrites à la fin de sa carrière comme ne produisant aucun effet utile; mais à Montpellier on a employé à une époque *trois saignées par jour*, auxquelles on a également fini par renoncer. Or trois saignées dans un jour, c'est, je pense, un traitement antiphlogistique d'une certaine énergie, et je ne suppose pas qu'on soit allé plus loin dans ces derniers temps.

Enfin tout récemment M. Legroux, qui aussi a employé la formule dite nouvelle, et qui avait appris à s'en servir sous son maître (M. Bouillaud), M. Legroux nous a déclaré publiquement que cette méthode ne servait qu'à prolonger la convalescence, à favoriser les complications, et à rendre les malades chloro-anémiques.

L'heure avancée oblige M. Grisolle à renvoyer ce qu'il a à dire encore à la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 mai 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Empoisonnement par l'oxyde de zinc. (Colique de zinc.)

M. Bouvier, médecin à l'hôpital Beaujon, adresse le lettre suivante à l'occasion de la communication récente de M. le docteur Flandin sur la substitution de l'acide de zinc à la céruse :

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie des faits d'empoisonnement par l'oxyde de zinc qui se seraient produits dans une des fabriques où l'on prépare cette substance.

Le 19 avril dernier, un homme âgé de quarante-deux ans, tonnelier, entra dans l'hôpital Beaujon en proie à tous les symptômes de la colique métallique. Il nous dit qu'il avait été employé, depuis le 4 du mois, à la fabrique d'Asnières, avec cinq autres ouvriers tonneliers, à embariller le blanc de zinc, ou plutôt simplement à mettre des fonds aux barils déjà remplis de cette substance; qu'au bout de huit jours on les occupa à réparer d'autres barriques qui avaient déjà servi, et qu'alors ils se trouvèrent continuellement dans une atmosphère pulvérulente; qu'à dater de ce moment, ses camarades et lui commencèrent à ressentir des coliques et à éprouver de la répugnance pour les aliments; que le vin et l'eau-de-vie qu'ils prenaient pour exciter leur appétit leur étaient désagréables et ne leur ôtaient pas le goût pâteux qu'ils avaient constamment dans la bouche.

Cet homme ne put pas continuer plus de deux jours son nouveau travail. Il fut pris, le 14 avril, de vomissements, de coliques violentes, accompagnées de constipation. Ces accidents persistèrent, et même augmentèrent d'intensité pendant les cinq jours qui s'écoulèrent encore avant son entrée à l'hôpital. Il souffrit tellement à plusieurs reprises, qu'il se roulait à terre dans sa chambre.

Le jour de son entrée, il continua de vomir et d'éprouver de vives douleurs abdominales. La matière des vomissements était bilieuse ou formée par les aliments, qui étaient rejetés aussitôt qu'il les avait ingérés. Il n'y avait pas eu de gardes-robes depuis cinq jours. Le ventre était, du reste, assez naturel, la langue blanchâtre, l'appétit nul; il n'y avait pas de fièvre; les douleurs privaient le malade de sommeil.

Le lendemain, 20 avril, la constipation fut vaincue par 60 grammes de sulfate de magnésie et par le lavement purgatif des peintres du traitement dit de la Charité. Des évacuations assez nombreuses et l'administration de 15 centigrammes d'opium furent suivies de la cessation des vomissements et de la diminution de la douleur. L'amélioration fit de nouveaux progrès les jours suivants. Le malade prit, jusqu'au 26 avril, de 40 à 80 centigrammes de gomme gutte par jour, des lavements au besoin, et six bains alternativement sulfureux et savonneux. L'opium put être supprimé de bonne heure, et le rétablissement fut complet le 27. Le malade quitta l'hôpital le 4 mai.

D'après le récit du malade, il n'était pas douteux que sa maladie ne fût le résultat de l'intoxication par l'oxyde de zinc, et ne constituât une véritable colique de zinc fort analogue, dans ses symptômes, à la colique de plomb des ouvriers employés à la fabrication de la céruse. Toutefois, voulant s'assurer directement de la nature du corps resté en partie adhérent à la peau, et savoir si ce corps, à supposer que ce fût du zinc, n'était pas mêlé de quelque autre substance, d'arsenic, par exemple, M. Bouvier fit procéder aux épreuves suivantes :

Le 2 mai, on lava avec soin le corps du malade, et on recueillit les eaux de lavage, que M. Chatin, pharmacien en chef de l'hôpital, voulut bien se charger d'examiner. Il est résulté de cet examen que les liqueurs ne contenaient ni plomb, ni cuivre, ni arsenic, et qu'elles renfermaient une quantité appréciable de zinc.

Nouvelle méthode pour l'opération césarienne.

M. Baudelocque soumet au jugement de l'Académie une manière de faire l'opération césarienne qui réussira, dit-il, très probablement.

Cette opération consisterait :

1° A inciser la paroi postérieure du vagin dans son milieu, de haut en bas, et dans l'étendue de deux pouces, à partir de son union avec le col utérin;

2° A abandonner aux contractions de l'utérus l'expulsion de l'enfant dans la cavité abdominale, d'où on le retirerait par une incision faite à la ligne blanche.

La délivrance se ferait par les voies ordinaires.

Comme on le voit, cette opération est l'imitation exacte de la rupture naturelle du vagin, dont l'auteur a donné un exemple dans le travail qu'il a publié en 1844 sur l'opération césarienne particulière qu'il a appelée *élytrotomie*, ou *incision du vagin*.

Lithontripsie.

M. Heurteloup présente à l'Académie le malade qui était atteint de la pierre, et sur lequel l'extraction immédiate a été mise en usage sous les yeux de la commission, le 27 août dernier. Il place sous les yeux des membres du bureau les fragments de la pierre volumineuse qui a été extraite.

CORRESPONDANCE.

Traitement des fièvres intermittentes par les ventouses.

Paris, ce 11 mai 1850.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de donner, en quelques mots, une sorte de consécration pratique à l'opinion que vous avez émise dans votre numéro d'hier au sujet du rapport que M. Bricheteau a soumis à l'Académie sur l'emploi des ventouses appliquées le long du rachis dans le traitement des fièvres intermittentes, suivant la méthode de M. Gondret.

Prié par cet honorable confrère d'expérimenter ce moyen de traitement lorsqu'en 1848 j'étais chargé du service sanitaire des ateliers de canalisation de la Sologne, service dans lequel se trouvaient journellement au moins cent fiévreux, je l'ai appliqué à un très grand nombre de malades, et toujours il a réussi soit à prévenir, soit à modérer les accès; mais, malheureusement, toujours aussi ces accès se sont représentés sous une forme ou sous une autre, ainsi que je l'ai annoncé à l'Académie dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lui adresser l'année dernière.

Or, des expériences faites à *Paris* par la commission dont M. Bricheteau a été le rapporteur, et des faits que j'ai été à même de recueillir en *Sologne*, on peut conclure que, s'il est bien vrai que les ventouses appliquées sur le trajet du rachis au début des accès de fièvre intermittente sont le plus énergique, le plus commode et, partant, le meilleur moyen d'arrêter ces accès, il n'est pas moins avéré aussi qu'elles ne constitueraient un traitement curatif des fièvres paludéennes qu'en dehors des localités où ces maladies sont endémiques.

Recevez, etc.

Le Dr C. Lachaise.

Composition du personnel de santé des hôpitaux thermaux pour la saison des eaux.

Hôpital de Barèges.

MM.

Campmas, médecin ordinaire de 1re classe, actuellement à Barèges.
Duplao, chirurgien principal de 2e classe, id.
Legoux, pharmacien aide-major de 2e classe, actuellement à Bordeaux.
Lèques, chirurgien sous-aide, actuellement à l'hôpital de Toulouse.
Mouillac, chirurgien sous-aide, actuellement à l'hôpital de Perpignan.
Hamel, chirurgien sous-aide, id.
Prat, chirurgien sous-aide, actuellement à l'hôpital de Bayonne.

Hôpital de Bourbonne.

MM.

Férat, médecin principal de 1re classe, actuellement à Bourbonne.
Bard, pharmacien-major de 1re classe, id.
Fénin, chirurgien-major de 1re classe, actuellement à Cambrai.
Comte, chirurgien aide-major de 1re classe, à l'hôpital de Versailles.
Julien, chirurgien sous-aide, id.
Patézon, chirurgien sous-aide, id.
Bousquet, chirurgien sous-aide, id.
Scoutetleo, chirurgien sous-aide, à celui de Dunkerque.
Douchez, chirurgien sous-aide, à celui de Naocy.
Lapeyre, chirurgien sous-aide, id.
Bortel, chirurgien sous-aide, à celui de Thionville.
Riégé, chirurgien sous-aide, à celui de Colmar.

Hôpital de Guagno.

MM.

Gaudineau, médecin ordinaire, 1re classe, à l'hôpital de Marseille.
Theullier, chirurgien aide-major de 1re classe, id.
Collin, chirurgien sous-aide, à celui de Bastia.

Hôpital de Vichy.

MM.

Barthez, médecin principal de 2e classe, détaché de l'hôpital du Gros-Caillou pour remplir les fonctions de médecin en chef.
Meley, pharmacien aide-major de 1re classe, détaché de l'hôpital de Marseille.
Levé, chirurgien sous-aide, détaché de l'hôpital du Roule.

NOUVELLES.

Mutations dans le personnel de santé militaire. — M. Dédé, pharmacien major de 2e classe à l'hôpital militaire de Popincourt, désigné pour celui du Roule le 25 avril.

M. Méquignon, pharmacien major de 1re classe à l'hôpital de Versailles, désigné pour celui de Popincourt le 25 avril.

M. Corbis, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Popincourt, désigné pour celui de Belfort le 25 avril.

M. Vagney, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital militaire de Besançon le 25 avril.

M. Guérin, chirurgien-major de 1re classe au 69e de ligne, désigné pour le 3e escadron du train des parcs le 25 avril.

M. Delmas, chirurgien-major de 2e classe au 23e léger, désigné pour le 69e de ligne le 25 avril.

Erratum. Dans notre numéro du jeudi 9 mai, il s'est glissé une erreur typographique qu'il est nécessaire de rectifier.

A la page 223, 1re colonne, ligne 34, *au lieu de*: extrémité supérieure, *lisez* inférieure.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 18 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 59.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Suture de l'humérus pour obtenir la réunion d'une fracture non consolidée. — Depuis plus de deux mois, nous suivons dans le service de M. Velpeau l'observation d'un malade affecté d'une fausse articulation de l'humérus, et pour laquelle le savant professeur a pratiqué la résection et la suture des deux fragments. La non-consolidation des fractures est un des faits les plus intéressants de la chirurgie et dont l'explication est la moins avancée. Les causes auxquelles les auteurs ont attribué le défaut de consolidation sont en effet très souvent impossibles à constater, et même il n'est pas rare de voir toutes les conditions contraires coïncider avec le défaut de consolidation. Ainsi, on rapporte généralement la non-consolidation à un état de débilité ou de cachexie générale, ou à une affection locale qui a eu pour résultat de maintenir une séparation entre les parties vivantes des deux fragments, ou enfin à une mobilité de ces fragments. Or, rien n'est moins rare que de voir les fausses articulations exister précisément chez des individus d'une bonne constitution, et dont la fracture avait, suivant toutes les probabilités, été traitée conformément aux préceptes de l'art.

Ce qui semble prouver encore que chez les individus qui sont affectés de fractures non consolidées il y a une disposition générale inconnue qui s'oppose à la formation d'un cal solide, c'est qu'on voit trop souvent les opérations faites par les hommes les plus habiles dans le but d'obtenir la consolidation échouer complètement. Nous nous rappelons toujours l'histoire d'un capitaine de vaisseau marchand, homme d'une constitution athlétique, offrant tous les attributs d'un tempérament sanguin, qui subit deux fois de suite, à quatre mois d'intervalle, la résection des deux fragments de l'humérus fracturé et non consolidé, et cela sans aucun résultat utile. C'est donc avec une attention toute particulière qu'on doit suivre les cas de ce genre, heureusement assez rares, qui se présentent à l'observateur.

Le malade qui se trouve au n° 17 de la salle des hommes de M. Velpeau semble rentrer dans la catégorie de ceux chez lesquels il est assez difficile de découvrir la cause probable de la non-consolidation. Cet homme est, en apparence au moins, d'une très bonne constitution et n'a eu aucune maladie qui ait pu l'altérer. Entré à l'hôpital de la Charité dans le courant de février, M. Velpeau obtint sur sa maladie les renseignements suivants :

La fracture de l'humérus, siégeant à 7 centimètres environ de l'articulation du coude, eut lieu le 15 mai 1847, dans une chute que fit le malade d'une voiture rapidement traînée par un cheval fougueux. Un appareil ordinaire fut d'abord appliqué sur le membre; mais quelques accidents s'étant promptement manifestés, l'appareil fut levé pendant environ cinq semaines, et le bras recouvert seulement de cataplasmes; durant ce temps, aucun fragment osseux ne paraît d'ailleurs s'être fait jour à l'extérieur, et il reste probable que le malade n'a présenté que des phénomènes inflammatoires. Ces accidents une fois calmés, l'appareil fut remis en place; mais lorsqu'on le leva un mois plus tard, la fracture n'était nullement consolidée, et c'est en vain qu'on soumit pendant cinq mois encore le membre malade à l'usage d'autres appareils.

Dix-huit mois après l'accident, la résection des fragments obliquement fracturés fut pratiquée par M. Vallin, de Nantes. Ce praticien put s'assurer, après l'opération, que les deux fragments étaient parfaitement maintenus en contact. Néanmoins, malgré la plus grande docilité de la part du malade, l'application d'un appareil on ne peut mieux approprié pendant soixante-dix jours, suivie d'un bandage roulé et dextriné pendant vingt jours, ne put amener la consolidation de la fracture. C'est avec l'intention de se soumettre à une seconde opération que le malade entra à la Charité. La première n'avait d'ailleurs été suivie d'aucun accident.

M. Velpeau, après avoir constaté un raccourcissement de deux centimètres environ et tous les caractères d'une fausse articulation siégeant un peu au-dessous du tiers inférieur du bras, après avoir remarqué que le membre n'était pas sensiblement atrophié, procède à l'opération de la manière suivante, le 4 mars 1850 :

Incision cutanée semi-lunaire de 8 à 9 centimètres, à convexité postérieure, sur la face interne; la partie moyenne de cette incision correspond à la fausse articulation. — Incision des parties charnues au-devant de l'aponévrose intermusculaire externe jusqu'à l'os. — Isolement des fragments et des parties molles environnantes. — Excision alternative, à l'aide d'une scie à arbre, des deux fragments qu'on fait saillir tour à tour, et que l'étendue de l'incision dispense de protéger avec une lame de carton ou autrement.

M. Velpeau ne s'est point contenté de faire l'excision des fragments; il a voulu en assurer la coaptation intime, et c'est sur cette partie de l'opération que nous désirons surtout attirer l'attention de nos lecteurs. A mesure que chaque fragment a été réséqué, M. Velpeau l'a perforé de part en part, et a passé dans la perforation un fil métallique d'abord de la partie externe vers la partie interne, puis en sens opposé, de sorte que l'anse formée par ce fil était située au fond de la plaie, et les extrémités libres hors de l'incision; ces extrémités ont été tordues l'une sur l'autre, et les deux surfaces avivées ont été, de cette façon, mises dans un contact intime. Un appareil solide a été ensuite appliqué autour du bras.

Cette opération, qui, à en juger par les cris du malade, paraît avoir été assez douloureuse, n'a d'ailleurs présenté aucun accident, ni aucune difficulté sérieuse.

Une suppuration de bonne nature s'établit les jours suivants; puis un petit abcès se forme et s'ouvre spontanément au-dessus du coude; mais les phénomènes de réaction sont très modérés.

Après avoir essayé inutilement le 12 et le 13 avril de faire traverser les deux fragments de l'os à l'anse du fil métallique en tirant avec une certaine énergie sur les deux chefs de ce fil, M. Velpeau l'enlève le 25 avril en tirant sur une des extrémités seulement.

Aujourd'hui 17 mai, la plaie n'est pas encore complétement cicatrisée, et le chirurgien n'a pas voulu lever l'appareil avant que cette cicatrisation ne soit achevée. Il est donc impossible de dire quel sera le résultat de cette opération, dans laquelle on aura évidemment tout mis en usage pour assurer le succès.

Nous n'insisterons pas beaucoup aujourd'hui sur la suture employée dans ce cas par M. Velpeau, nous proposant d'y revenir lorsque le résultat définitif de l'opération sera acquis. Mais nous avons cru devoir attirer l'attention de nos lecteurs sur une opération qui est en quelque sorte le complément naturel et presque indispensable de la résection; quoique ce complément, employé déjà par quelques auteurs, ne se trouve cependant point mentionné dans les ouvrages les plus récents et les plus estimés, par exemple dans les traités de MM. Vidal et Nélaton, et dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin.

De l'huile d'olives en embrocations sur la tête dans les dermatoses teigneuses. — Un de nos honorables confrères de province, M. le docteur Girot, médecin au Buis (Drôme), nous adresse la communication suivante, qui trouve ici sa place naturelle :

Je viens vous faire part de l'emploi avantageux que j'ai retiré de l'*huile d'olives* en embrocations sur la tête dans le traitement des dermatoses teigneuses.

J'aurais plusieurs cas à vous citer, mais celui qui est le sujet de cette observation est un de ceux qui m'ont paru le plus dignes d'être notés.

Justine Bastardy, âgée de huit ans, était atteinte de la teigne porrigineuse depuis trois ans environ; un grand nombre de remèdes lui avaient été administrés sous toutes les formes; aucun n'avait été couronné de succès.

Elle me fut confiée le 11 janvier dernier; la malade portait au bras droit un cautère de pois appliqué comme moyen de révulsion; je craignais fort que l'état d'émaciation extrême où je la trouvai ne tînt à la suppuration abondante de cet exutoire; les renseignements qu'on me donna sur son compte ainsi que l'examen attentif que je fis de son état maladif me parurent démentir mes soupçons.

La jeune malade était plongée dans une mélancolie profonde, ne mangeait presque pas; sa tête était couverte de

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et analytique du choléra-morbus (épidémie de 1849); par MM. BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité, et MIGNOT, interne des hôpitaux.

Lorsqu'en 1832, le choléra-morbus vint pour la première fois exercer ses ravages sur l'Europe, il prit, qu'on nous passe l'expression, le monde médical au dépourvu. On savait bien par ouï dire, et aussi par les quelques pages qu'y consacraient les auteurs des traités de pathologie, sur la foi de leurs devanciers, qu'il existait sur les bords du Gange une affection particulière, terrible, endémique, à laquelle on donnait le nom de choléra. Mais pour l'avoir vue, pour connaître sa nature, son traitement, il n'était personne qui pût se vanter d'en savoir plus que le commun des praticiens. On était moins instruit encore sur le choléra que sur la peste, observée par l'armée française en Egypte au commencement de ce siècle, que sur la fièvre jaune, étudiée vingt ans plus tard en Espagne. On ne saurait donc s'étonner de l'embarras dans lequel se trouvèrent plongés tout à coup les médecins, de la discordance des opinions, de la bizarrerie et de l'incohérence des médications de cette époque, non plus que de l'inutilité, de l'inexactitude de bien des gros livres qui vinrent au monde à ce moment, et furent, avec bien de la justice, oubliés aussitôt que publiés.

Lorsque, prévue depuis dix-huit mois déjà, l'épidémie est revenue, l'an dernier, décimer la France, la situation n'était plus la même. Les quinze années qui s'étaient écoulées entre la première et la seconde invasion n'avaient pas été perdues pour l'étude. Le temps avait fécondé certaines idées auxquelles on n'avait pas d'abord attaché toute l'importance qu'elles méritaient. On était mieux disposé, mieux préparé pour l'observation. Aussi, les travaux qui ont surgi pendant et après l'épidémie nouvelle ont-ils offert généralement plus d'homogénéité, plus de sérieux, plus d'importance. Nous ne voulons parler, pas n'est besoin de le dire, ni des réclames de ces hommes que l'on pourrait nommer les *industriels* de la médecine, ni de ces productions bizarres de cerveaux malades qui ont encombré pendant plusieurs mois les bureaux des deux académies.

Le livre le plus digne d'attention qu'ait fait naître le choléra de 1849 est sans contredit le traité pratique de MM. Briquet et Mignot, que nous avons sous les yeux. Attachés tous deux à un grand service d'un hôpital central, l'un comme chef de service, déjà connu dans la science par d'éminents travaux, l'autre comme interne, éprouvé par plusieurs concours, les auteurs ont réuni leurs efforts pour faire un ouvrage utile, pratique; ils ont étudié au lit du malade le fléau qui est à l'Asie ce qu'est la peste à l'Afrique, la fièvre jaune au Nouveau-Monde, le typhus à l'Europe; ils ont recueilli plus de deux cents observations qu'ils ont analysées et comparées avec soin; et c'est le fruit de cet immense labeur qu'ils soumettent aujourd'hui à l'appréciation du monde scientifique. Aucun des points litigieux ne leur est échappé, aucune difficulté n'a été éludée. Nous allons examiner, dans ce compte-rendu, les solutions qu'ils ont données de quelques-uns des problèmes ardus posés par le choléra devant la science.

Quatre questions surtout doivent nous occuper : 1° le mode de propagation et la contagion; 2° les prodromes et l'invasion; 3° la nature; 4° le traitement.

Le choléra est-il contagieux? Quel est son mode de propagation? Au mois de mai de l'an dernier, à la fin du second mois de l'épidémie, voici ce que nous écrivions : « En s'en tenant à la signification rigoureuse du mot, *contagion* voudrait dire *transmission par contact*. Mais ce mot a été tellement dévié de sa valeur primitive, qu'il n'est plus généralement pris dans cette acception exclusivement. Nous pensons que l'on doit distinguer trois modes de transmission des maladies dites contagieuses : la *contagion* proprement dite, ou transmission par contact, comme celle par exemple de la gale, de la syphilis, etc.; l'*infection* ou transmission par des miasmes, par l'air qui entoure le malade, son atmosphère, comme celle de la fièvre typhoïde, du typhus, de la peste, etc.; enfin une transmission double, tenant de la contagion et de l'infection, comme celles de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, etc.

« Le choléra se transmet-il par contagion? Non. On ne gagnera pas le choléra pour avoir pris la main d'un cholérique, comme il arrive pour la gale, comme on contracte certaines ophthalmies pour avoir porté à son œil un doigt mouillé de pus. S'il se transmet, ce ne peut donc être que par infection. Se transmet-il? Toute la question est là. »

Nous citons ces lignes, parce qu'aujourd'hui nous sommes fier jusqu'à un certain point de trouver la confirmation de notre opinion dans un livre aussi remarquable que celui dont il s'agit ici. A quoi, en effet, a pu conduire les auteurs l'observation des faits, sous le rapport de la contagion directe? A écrire ceci : « Nous ne savons pas jusqu'à quel degré le simple contact, soit du corps des cholériques, soit des excrétions qui en proviennent, peut être dangereux. Nous croyons néanmoins qu'il faudrait que le contact fût très prolongé, ou bien eût lieu sur de grandes surfaces pour qu'il en résultat un effet appréciable. » L'expérience des faits bien observés amène donc les auteurs à reconnaître tout d'abord que la transmission par contact est tout au moins fort problématique, et très peu probable.

Si le choléra se transmet, disions-nous, ce ne peut être que par infection. Se transmet-il? Toute la question est là. Dans l'article auquel nous faisons allusion, nous répondions à cette question par l'affirmative, et nous citions des faits à l'appui. Voyons encore ce qu'a produit l'observation des faits sur une grande échelle pour MM. Briquet et Mignot. « Le choléra, disent-ils, et ils le prouvent, a été importé dans l'hôpital par des cholériques venus du dehors. La communication s'est faite par l'intermédiaire d'une matière gazeuze. Cette matière est un principe organique, doué de la propriété de se multiplier par un procédé analogue à celui de la fermentation prise dans son sens le plus général, et de se détruire lui-même assez rapidement. Mêlée dans une certaine proportion à l'air, elle a constitué une sorte d'atmosphère au moyen de laquelle a eu lieu la transmission. » De ce passage résulte la conviction qu'ont les auteurs de la transmissibilité possible du choléra, et cela par infection. Ils l'ont observé dans les salles mêmes de la Charité. Mais est-il possible, comme on l'a dit, qu'un sujet parti du foyer épidémique porte dans une localité éloignée et jusqu'alors vierge le germe de la maladie? Nous trouvons encore un fait parfaitement authentique qui vient répondre affirmativement, et à la suite duquel les auteurs se trouvent obligés d'écrire encore ceci : « Voilà bien un cas de choléra avéré, fait de toutes pièces, dans un lieu situé hors de la sphère de l'épidémie, sous l'influence d'un sujet provenant d'un foyer épidémique, ou sinon il faut admettre un hasard bien extraordinaire. » Nous sommes, pour notre part, comme MM. Briquet et Mignot. Si pareille chose n'était arrivée qu'une fois, on pourrait admettre le hasard. Mais des faits absolument semblables ont été vus et notés nombre de fois dans des localités différentes. Un hasard si constant cesse d'être du hasard.

Maintenant, il est quelques circonstances particulières sur lesquelles MM. Briquet et Mignot n'ont pas cru devoir se prononcer d'une manière aussi positive, et sagement ont-ils fait, puisqu'ils ne trouvaient pas les matériaux suffisants pour établir des lois positives. Ainsi, ils sont portés à penser qu'il faut, le plus souvent, une immersion continue pendant au moins une journée dans l'atmosphère

croûtes extrêmement épaisses; les démangeaisons insupportables qu'elle ressentait sur le siége de l'affection l'empêchaient de dormir et lui arrachaient continuellement des pleurs.

Voici de quelle manière je prescrivis le traitement conformément à la méthode que j'ai adoptée pour tous les cas où une affection semblable se présente dans ma pratique :

Je lui fis couper les cheveux aussi courts que possible sans les raser; une coiffe double servant à envelopper toute la tête fut trempée dans de l'huile d'olives légèrement tiède; ainsi imprégnée, elle était mise tous les soirs lorsque la malade se couchait; le lendemain, elle la gardait encore toute la journée; le soir arrivant, on répétait la même opération, et ainsi de suite. Ce mode de traitement fut mis en usage pendant quinze jours, terme où la guérison radicale se manifesta.

Comme la malade était extrêmement maigre, et que, du côté du tube digestif, il n'y avait point de contre-indication qui pût lui défendre le régime succulent, je le lui ordonnai. Au bout de quatre jours de ce traitement, la maladie s'améliora d'une manière notable. La malade prenait de la tisane de patience sauvage à volonté pour boisson habituelle. Elle a été purgée deux fois avec l'huile de ricin.

Du moment où je vous écris, les parents de la malade sont venus me dire qu'ils ne lui avaient jamais vu cet embonpoint, que sa tête était d'une propreté très satisfaisante, et que la maladie, qui avait duré jusqu'au 11 janvier dernier, n'avait plus reparu depuis, quoique auparavant elle récidivât dès qu'on cessait le traitement.

Quoiqu'il fût à désirer que notre honorable confrère eût donné quelques détails de plus sur les caractères anatomopathologiques de la maladie qu'il a observée, nous pensons que le traitement qu'il a mis en usage mérite d'être expérimenté, ne fût-ce que parce que son extrême simplicité lui donne déjà un avantage marqué sur ceux qu'on emploie dans des circonstances analogues.

Fixation de l'œil dans l'opération de la cataracte. — M. Gerdy, pratiquant une opération de cataracte par abaissement chez un malade dont l'ouverture palpébrale était très petite, éprouvait de la difficulté à cause de la mobilité du globe oculaire qui se cachait sous la paupière supérieure; de cette façon, le champ de l'opération se dérobait à la vue, et il devenait impossible de la continuer. Sur la proposition de M. Morel-Lavallée, M. Gerdy a fixé l'œil avec une érigne engagée dans la conjonctive, et ce procédé a permis d'achever l'abaissement avec une extrême facilité. L'habile chirurgien s'est si bien trouvé de ce moyen qu'il s'est promis de le généraliser.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Des épanchements thoraciques, et particulièrement des épanchements chroniques.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 7 mai.)

Traitement. — Nous avons vu plusieurs causes produisant les épanchements de poitrine et les empêchant de se résorber:

1° La lésion organique de la membrane pleurale détermine immédiatement la manifestation de l'épanchement et entretient sa persistance. Cette lésion peut provenir ou de l'inflammation simple ou de tubercules.

2° Nous avons admis comme élément étiologique secondaire et portant capital, l'état général de la constitution du sujet, qui peut déterminer l'épanchement, le faire subsister et même le reproduire par la plus légère cause; c'est la diathèse séreuse qui entraîne les suffusions de sérosité du tissu cellulaire et les épanchements dans les cavités séreuses.

3° Enfin, des lésions de diverse nature dans des organes éloignés, ayant provoqué peu à peu la diathèse séreuse, et qui déterminent et entretiennent des épanchements; ainsi, des lésions du cœur, des affections carcinomateuses dans des points bien éloignés des épanchements thoraciques.

Si on ne faisait entrer parmi les indications thérapeutiques qu'un de ces éléments, il arriverait souvent de ne pas réussir là où un médecin plus avisé, prenant bien en considération toutes les causes, obtiendrait, sinon une guérison complète, au moins une amélioration prononcée. Il faut donc, pour instituer la thérapeutique rationnelle des épanchements, parcourir successivement les symptômes qui se rattachent à la lésion organique locale, à l'état général du sujet et aux lésions pathologiques primordiales qui peuvent être la cause déterminante de cet état général.

Les premières indications thérapeutiques s'établissent sur la nature même de cette lésion organique locale : s'agit-il d'un épanchement inflammatoire, on ne peut guérir la maladie sans guérir l'inflammation d'où elle provient, d'où la médication qui se rattache aux phlogoses aiguës et chroniques de la plèvre; si on ne la guérit pas, on n'aura pas la résorption de l'épanchement. Pour cette médication antiphlogistique, je n'ai pas besoin de vous la détailler; il me suffira de vous dire qu'il faut l'appliquer avec la réserve que peuvent exiger les forces du malade ou l'opiniâtreté que peut exiger la persistance de la phlogose chronique; elle consistera, dans ce dernier cas, en vésicatoires et cautères profonds et entretenus pendant un long temps.

Rappelez-vous que dans ces cas, en apparence si simples, l'épanchement thoracique ne peut disparaître, et le malade guérir que par l'intermédiaire de la fonction par laquelle s'opère la cicatrisation de la plèvre, c'est-à-dire la formation de pseudo-membranes, leur transformation en tissu cellulaire, et l'oblitération pour un temps de la cavité pleurale. Ainsi, il ne suffit pas qu'on éteigne la phlogose, il faut encore que l'organisme transforme en tissu vivant la matière plastique épanchée avec la sérosité. Cet épanchement plastique, collé aux parois de la plèvre comme un corps étranger, soude les plèvres et se pourvoit de vaisseaux par l'élongation successive de ceux de la plèvre, il se transforme en tissu cellulaire disposé en cordons, en lamelles ou en réseaux plus ou moins serrés, puis il se condense, se consolide, rapproche les plèvres et fait disparaître par adhérence les feuillets opposés de la séreuse. Ce travail d'organisation exige de l'activité de la part des fonctions plastiques; il est subordonné à la force de la circulation dans les vaisseaux capillaires, et la formation de ce tissu cellulaire est tantôt rapide et tantôt lente, selon que les fonctions plastiques sont lentes ou actives, selon que la maladie antécédente, ou même la curation dont le médecin fait usage, a jeté le malade dans une débilité plus ou moins grande. Il en est de cela absolument comme de la cicatrisation des plaies externes. On trouve dans l'organisme des malades la cause pour laquelle les épanchements pleurétiques persistent, et la cause pour laquelle la résorption est plus ou moins rapide; et quand on est dans la période dans laquelle l'épanchement va se résorber, il faut relever les fonctions plastiques affaiblies; car ce sont elles qui vont achever la guérison ultime; et si on continue à tenir le sujet affecté de cette inflammation pleurale à une diète sévère, à une médication débilitante, on prolongera l'épanchement, on retardera l'organisation des pseudo-membranes et on peut ainsi faire passer à l'état chronique une maladie qui se serait rapidement terminée si on avait soumis le malade à des conditions hygiéniques fortifiantes, si on lui avait donné à manger. On voit que dans les cas où l'épanchement ne semble n'être qu'un produit simple de phlogose, l'intervention de la puissance plastique de l'économie est placée comme circonstance dominante à côté de celles qui résultent de ce qu'il y a de local dans la maladie.

Le travail de la résorption est connexe à un travail de l'organisme destiné à convertir la pseudo-membrane en tissu cellulaire : puis quand ce tissu cellulaire est formé, par les mouvements continuels des plèvres l'une sur l'autre, il se raréfie progressivement et finit par disparaître, la cavité pleurale se rétablit, et il se reforme une séreuse comme partout où il y a mouvement. Pendant ce temps, il existe à divers degrés des sensations pathologiques, des douleurs obtuses pendant les actes respiratoires, une respiration difficile, dyspnéique, selon les variations de température; c'est le retentissement à l'extérieur d'une activité insolite de la circulation capillaire pour la transformation de pseudomembranes en tissu cellulaire; c'est une fatigue réelle des muscles respiratoires, provenant des adhérences qui gênent les mouvements de la poitrine.

On comprend bien les causes de ces diverses circonstances pathologiques, et on voit qu'il ne s'agit plus d'épanchement, mais d'un état intermédiaire réel entre la maladie et la santé; et il faut le considérer comme l'indice d'une prédisposition aux récidives inflammatoires.

Une conséquence à tirer de ces phénomènes résultant des épanchements, c'est qu'on peut prévoir qu'une résorption sera lente parce que, chez ce sujet, la circulation est peu active, les fonctions plastiques sont languissantes, et l'établissement des pseudomembranes se fera lentement; c'est cette lenteur de l'organisme qui fait persister des épanchements pendant des mois entiers et même des années; c'est cette lenteur qu'il est si difficile de combattre, et sur laquelle on se fonde pour apporter une longue expectation afin d'obtenir les résorptions des épanchements, même de nature inflammatoire; car tous les efforts du médecin seraient inutiles. Chez tel malade, la résorption ne se fera qu'en un ou deux ans; si on voulait aller plus vite, on le fatiguerait par des médications intempestives, et on jetterait l'organisme dans une débilité qui deviendrait une cause du retard.

L'accumulation des liquides dans la plèvre, distendant la poitrine et gênant la respiration, a donné la pensée, il y a déjà bien longtemps, de tirer au dehors la matière extravasée; on se laisse facilement aller à croire que le liquide, gênant la respiration, devient la cause principale des accidents éprouvés par les malades, surtout quand on voit des sujets ayant de grands épanchements et pour tout symptôme un raccourcissement de la respiration sans autre phénomène. Dès les temps les plus anciens, on a pratiqué des ponctions, et Hippocrate se servait soit d'un poinçon incandescent, soit de l'instrument tranchant; et depuis cette époque, chaque dix ans au moins, il a paru des dissertations sur la pratique par laquelle on pouvait débarrasser la poitrine des liquides extravasés dans son intérieur.

On voit d'abord que dès Galien on avait cherché des signes diagnostiques à l'aide desquels on pût reconnaître l'épanchement et sa limite; on y voit que l'épanchement écarte les côtes et détermine de la voussure de la poitrine, et Galien dit que, si cette voussure n'existe pas, il serait imprudent de tenter l'empyème, car on risquerait de ne pas trouver de liquide.

On voit dans Hippocrate que, chez les sujets ayant dans la poitrine des extravasations de pus, il se produit un bruit de flot de liquide; ce bruit de succussion s'entend dans le côté où se trouve l'extravasation, et c'est là l'endroit où est le liquide et par conséquent là qu'on pratiquait l'opération de l'empyème. Maintenant que nous savons que dans ces épanchements, qu'ils soient ou non considérables, les secousses ne produisent pas le moindre bruit et qu'il n'y a bruit de succussion que quand il existe communication du liquide avec l'air extérieur, nous devons tirer cette conséquence qu'Hippocrate ne pratiquait l'opération de l'empyème que quand il y avait communication entre les tuyaux bronchiques et la cavité pleurale. Dans ce cas, il n'y a aucun danger à faire arriver l'air par les parois de la poitrine, et, au contraire, la contr'ouverture, favorisant le retour du poumon à son volume normal, prépare son adhérence aux parois du thorax et consécutivement la guérison du malade. Comme Hippocrate et son école n'employaient ce moyen thérapeutique que dans les

---

d'un cholérique pour que la communication puisse s'opérer; que le rayon de l'atmosphère cholérique n'est pas très étendu; que la puissance délétère de cette atmosphère doit être variable. Suivant eux, deux cholériques ont suffi à l'hôpital de la Charité pour constituer une atmosphère toxique parce que les malades étaient déjà sous l'influence commune et générale du choléra; ils pensent qu'il en faudrait davantage dans un lieu où le choléra ne règnerait pas, bien que quelques faits prouvent le contraire. Nous rappellerons à ce propos, d'abord l'exemple tiré du livre actuel dont nous avons parlé en quelques lignes, et ceux assez nombreux qui ont été publiés dans les journaux scientifiques au fur et à mesure de leur apparition. De tout ceci, les auteurs concluent que, s'il existe, ce qui est possible, d'autres causes de la propagation du choléra, la communication y entre pour une très grande part aussi, peut-être pour la principale.

Nous passons à un autre point de cette histoire.

On crut en 1832 que presque toujours le choléra débutait d'une manière subite et inopinée, et foudroyait pour ainsi dire les malades. Au bout de quelques semaines d'observation, M. Jules Guérin affirmait, dans les remarquables articles qu'il publia à cette époque, que le choléra était toujours, ou, sinon toujours, dans l'immense majorité des cas du moins, précédé de malaises, d'indispositions, de diarrhée, auxquels il donna le nom de phénomènes *prodromiques* et dont il constitua une période distincte, la cholérine. On commença, comme toujours, par s'inscrire en faux contre la doctrine de M. Jules Guérin. Mais lorsque survint le choléra de 1849, exactement semblable, au dire de tous les médecins, à celui de 1832, ce fut en vain que l'on chercha des cas de choléra foudroyant. Dans tous les faits recueillis avec soin, on constata cette période prodromique si constante, si parfaitement tranchée que MM. Briquet et Mignot, auxquels rien n'a échappé d'essentiel, ont cru devoir en faire, et nous les en approuvons fort, la première période du choléra lui-même, période dans laquelle il est souvent possible encore, par une thérapeutique rationnelle, d'empêcher le développement de la maladie confirmée.

Avant d'aller plus loin, nous avons besoin de dire que par ces citations nous sommes bien éloigné de vouloir diminuer l'importance des travaux de MM. Briquet et Mignot. Il s'agissait bien moins, en écrivant l'histoire complète du choléra, de faire et de rechercher du nouveau que de distinguer le faux du vrai dans tout ce qui avait été dit et écrit jusqu'à ce jour, de contrôler par les faits des opinions si diverses et si contradictoires, enfin de *séparer le bon du mauvais grain.* Il faut souvent plus de tact, plus de jugement, plus de travail pour trouver la bonne voie dans un labyrinthe rendu presque inextricable que pour tracer une route nouvelle sur un terrain encore vierge. Et c'est une justice que tout homme impartial rendra aux auteurs que de dire qu'ils ont, par une savante et scrupuleuse analyse, porté la lumière dans les ténèbres où tant de gens avaient comme à plaisir plongé l'histoire du choléra.

Quelle est la nature du choléra-morbus? Encore ici, en 1849 comme en 1832, hypothèses sur hypothèses sont venues s'entasser et s'entre-détruire. Pour n'en citer que quelques-unes, nous rappellerons que les uns n'y voulaient voir qu'une inflammation du tube digestif, d'autres une irritation sécrétoire de la membrane muqueuse gastro-intestinale; ceux-ci une irritation spéciale des ganglions semi-lunaires, ceux-là un spasme de la peau; d'autres, enfin, une asphyxie résultant de l'épaississement du sang dont la partie séreuse aurait été dissipée par les selles; nous passons sous silence les théories fantastiques de ceux qui, ne voyant dans le choléra que le résultat d'une action électrique, pensaient pouvoir le prévenir en couchant dans des lits isolés sur des plateaux de verre, et se vêtissant de tissus non conducteurs du fluide électrique, etc. Ces théories dernières resteront pour servir à l'histoire des aberrations de l'intelligence humaine.

Après avoir admis, comme nous l'avons dit, l'existence d'une cause peut-être double, l'une née sur les bords du Gange, l'autre provenant des cholériques eux-mêmes, et se propageant dans les deux cas, soit par les hommes, soit par les vents; après l'avoir suivie dans son incubation, dans son invasion signalée par la phlegmorrhagie et les premiers symptômes, les auteurs, prenant pour point de départ l'hyposthénisation exercée sur le système nerveux et sur le cœur, laquelle détermine les troubles cérébraux, l'affaiblissement de la circulation, la chute du pouls, l'algidité, la cyanose et les crampes, finissent par établir que le choléra est le résultat d'un empoisonnement miasmatique de nature hyposthénisante, avec expulsion du toxique vers les surfaces digestives et urinaires, diarrhée abondante, perte de fluides séreux et viscosité du sang. Rien de plus logique encore, de plus rationnel, à notre point de vue, que cette manière d'envisager le choléra-morbus; il serait difficile, à notre avis, de mieux interpréter les faits dans toutes leurs conséquences, et d'arriver à des conclusions plus rigoureusement près de la vérité.

Deux mots du traitement, et nous terminons. De moyens préservatifs, on n'en connaît d'autres qu'une bonne hygiène, un régime sévère. Notons, en passant, que le traitement des maladies aiguës survenant pendant le cours d'une épidémie de ce genre doit être profondément modifié. La constitution médicale cholérique (nous savons qu'il est certains observateurs entêtés qui refusent d'admettre les constitutions médicales) proscrit, par exemple, l'emploi réitéré des saignées, qui produisent une débilité, devenant toujours une prédisposition fâcheuse.

Dès que la maladie est à la période d'invasion, c'est le laudanum que conseillent les auteurs, et il leur a si souvent réussi, qu'ils le considèrent comme un remède presque héroïque. Cependant ils avouent que dans certains cas le laudanum n'a pas suffi pour arrêter la diarrhée, et alors ils ont eu recours à l'ipécacuanha, qui leur a paru aussi héroïque que l'avait été le laudanum. Pour ce qui regarde le traitement de la cholérine, nous nous permettrons de ne partager qu'incomplètement la pratique de MM. Briquet et Mignot. Nous aimons peu le laudanum dans la cholérine. Souvent nous l'avons vu échouer; d'autres fois il a seulement arrêté la diarrhée, et n'a pas empêché le choléra de poursuivre sa marche chez des individus qui ont succombé. Enfin, il nous semble que l'on pourrait dire avec quelque raison : Si vous regardez l'ipécacuanha comme héroïque dans les cholérines rebelles où ne suffit pas l'opium, pourquoi ne pas l'employer tout d'abord; et ne réussirait-il pas mieux encore dans les cas moins graves où les narcotiques guérissent?

Nous n'en dirons pas davantage sur le traitement, que les auteurs ont étudié et décrit, comme le reste de l'histoire de la maladie, de la manière la plus complète et la plus consciencieuse. Nous nous sommes borné à l'examen des questions les plus controversées de l'histoire de l'épidémie cholérique. Mais nous ne devons pas terminer ce compte-rendu sans dire que l'ouvrage fait honneur à MM. Briquet et Mignot. Il ajoute aux titres scientifiques déjà nombreux du maître, et constitue pour l'élève un gage précieux d'espérance pour l'avenir.

Dr A. Foucart.

Un médecin, qui a laissé sur la botanique médicale deux ouvrages estimés, M. Joseph Roques, auteur de la *Phytographie médicale* et de l'*Histoire des champignons comestibles vénéneux*, vient de mourir à Montpellier, dans un âge assez avancé.

M. Roques avait été médecin de l'impératrice Marie-Louise.

M. le Dr Duchesne-Duparc reprendra son cours public et ses consultations gratuites sur les maladies de la peau le mardi 21 mai, à sa clinique de la rue du Paon-Saint-André, n° 8, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à dix heures du matin.

cas de fistule pleuro-bronchique, ce n'est que dans des accidents de ce genre qu'ils ont pu obtenir des succès.

A travers les diverses époques de l'art, on voit employer l'ouverture de la poitrine lors même que le bruit de succussion n'était pas évident, et tous les praticiens cependant ont établi la nécessité de la saillie de la poitrine; ils ont donc pratiqué l'opération de l'empyème dans des cas où les épanchements ne communiquaient pas avec les bronches, mais toujours quand ils étaient déjà considérables.

On arrive jusqu'au dix-septième siècle sans trouver d'observation précise sur les accidents immédiats qui peuvent produire ces opérations. Le premier qui en parle est Paul Barbette, de Genève, en 1680. Il a constaté que la ponction n'occasionne pas d'accidents inflammatoires ni de suffocation, mais soulage immédiatement le malade en lui procurant du bien-être et une respiration plus facile, et il prétend que la ponction est d'autant plus utile qu'elle est faite à une époque plus rapprochée de l'origine des épanchements, même des épanchements aigus. Bien des médecins ont adopté ce système, et Lassus, au commencement de ce siècle, pratiquait la ponction aussitôt qu'il pouvait les reconnaître : heureusement pour les malades, l'auscultation et les travaux d'Auenbrugger n'avaient pas encore paru, et on ne pouvait diagnostiquer les épanchements dès leur principe; aussi étaient-ils à l'abri des dangers qu'aurait pu faire survenir cette manœuvre opératoire intempestive.

Cette opération a donc des dangers. Quand on la fait comme Arculan, partiellement et avec la canule de Fabrice d'Aquapendente, il ne se produit pas de graves accidents; mais, si on vide la cavité pleurale en entier, on fait nécessairement pénétrer de l'air, et on voit l'inflammation se produire, prendre un caractère aigu, et, au lieu d'un épanchement séreux, on donne naissance à un épanchement purulent qui fait succomber le malade. Ces résultats sont ceux que nous avons eu nous-même occasion d'observer par divers procédés dans les cas où il n'y avait pas de fistule pleuro-bronchique.

A côté de ces cas traités par des opérations chirurgicales, si nous plaçons les épanchements traités médicalement, nous verrons que c'est un accident qui offre une grande fréquence. Il est très rare que les accidents produits par l'extravasation de sérosité dans les plèvres aillent jusqu'à provoquer la suffocation; il vaut mieux dire d'une manière générale que les épanchements d'origine inflammatoire finissent dans tous les cas par disparaître en se résorbant soit à l'état aigu, soit à l'état chronique : les cas exceptionnels de mort se rapportant non à des suffocations causées par l'épanchement, mais à l'extension des accidents inflammatoires devenus très considérables en s'étendant jusqu'au péricarde.

Le traitement des épanchements de poitrine d'origine inflammatoire comporte la médication antiphlogistique qui s'applique à favoriser la résorption des liquides épanchés et la formation des pseudo-membranes, et les opérations chirurgicales ne conviennent que lorsqu'il se produit des fistules pleuro-bronchiques, parce qu'elles empêchent la stase du liquide communiquant avec l'air extérieur et tendant à produire des inflammations continuelles. Cependant, elles peuvent avoir de l'utilité dans les épanchements très considérables, pourvu qu'on n'aille pas jusqu'à tout enlever. Hors ces cas très rares, l'opération est toujours dangereuse; elle expose le malade au développement consécutif de l'inflammation du poumon ou à l'inflammation chronique de la cavité pleurale, comme nous l'avons vue se produire si facilement, car nous sommes peut-être l'un des praticiens qui se sont laissés aller le plus à cette pratique et cela pendant plusieurs années.

Les dangers les plus graves sont ceux résultant de l'entrée de l'air dans la cavité pleurale; on a cherché différents moyens pour l'empêcher d'y pénétrer, et l'un des meilleurs est certainement de munir l'extrémité du trocart d'une soupape en baudruche. L'épanchement creuse une cavité en écartant les parois thoraciques, en repoussant dans la gouttière vertébrale le poumon qui vient s'y souder par la formation de fausses membranes. Si on ôte de la cavité pleurale la totalité du liquide, il faut trouver un moyen de rendre tout à coup au poumon son étendue primitive, ou bien de rétrécir les parois de la poitrine de manière qu'elles aillent toucher le poumon : mais ces deux choses sont impossibles après certaines limites dépassées; aussi il arrive que, quand on opère avec des trocarts à soupape et qu'on croit vider la poitrine, on se trompe, et, si on force en pressant les parois de la poitrine ou en tirant avec des pompes, on peut déchirer le poumon. Cette méthode, quoique conseillée par Scultet et par Meister, doit donc être rejetée, car elle peut occasionner des pneumonies consécutives, et l'air pourra passer dans la cavité des plèvres : on ne peut donc obtenir par ces moyens qu'un résultat assez peu satisfaisant.

Les épanchements pleuraux ne sont pas tous dus à un état inflammatoire des plèvres; ils sont quelquefois le résultat de la présence de tubercules développés dans l'épaisseur du feuillet de la plèvre ou dans le tissu cellulaire sous-pleural, soit pulmonaire, soit pariétal. Les tubercules atteignent la plèvre, et l'épanchement en est la conséquence. Ces épanchements ne s'annoncent au médecin par aucun signe pathognomonique qui puisse les faire distinguer des pleurésies chroniques, excepté quand on trouve des tubercules dans le poumon, ou qu'on a affaire à des sujets strumeux; mais ces diagnostics ne se tirent que par des considérations accessoires, et on ne peut pas dire qu'ils présentent des signes différents. Ces exemples doivent mettre en garde contre les opérations chirurgicales. Dans les épanchements tuberculeux on ne pourra obtenir de résultats par la médication qu'on applique à la pleurésie; pendant les transformations du tubercule l'inflammation viendra s'asseoir en quelque sorte à côté de ce tubercule, et tous les accidents de l'inflammation se manifesteront, les épanchements entre autres. Si on modère ces accidents inflammatoires on pourra modérer leurs effets; c'est ce à quoi on arrive par des vésicatoires, des cautères, tout en ménageant les forces du malade; on fera disparaître ainsi ou l'on modifiera les épanchements pleuraux; on ne guérira pas le malade, il est vrai, mais on améliorera sa position, et, comme il doit nécessairement succomber, on retardera sa fin autant que possible. La médication des pleurésies chroniques est donc applicable à la pleurésie tuberculeuse, et le traitement des affections tuberculeuses prend sa place à côté d'elle.

Dans les épanchements séreux où la phlogose des parois de la poitrine est légère, où même il n'y en a pas, il ne faudra pas chercher la médication dans les remèdes qui portent leur action sur les parois de la poitrine. C'est à l'état général du sujet qu'il faut s'adresser, car l'état général joue un rôle immédiat comme producteur de la quantité plus ou moins grande de l'épanchement et de la matière plastique. Il est constant que ces suffusions séreuses correspondent à une surabondance de sérosité dans les appareils de l'organisme, et surtout dans l'appareil circulatoire. Les malades excrètent par les voies urinaires ou par les sueurs des matières séreuses en abondance; on voit chez eux alterner les épanchements séreux et les écoulements urinaires considérables, et on peut facilement les guérir ou empêcher leur production en favorisant l'action des appareils sécrétoires et excrétoires, pourvu toutefois qu'on y ajoute la médication devant porter sur les causes de cette prédisposition séreuse. De là les bons résultats que l'on obtient dans le traitement par les diurétiques, car avec des diurétiques très actifs, la digitale, par exemple, on fera disparaître, et très vite, des épanchements séreux existant dans la cavité pleurale. Remarquez que dans l'hydro-thorax il y a un élément de moins; il n'y a pas d'inflammation et par conséquent pas de fausses membranes; il n'y a donc pas ce travail intermédiaire obligé de l'organisme pour la résorption de ces fausses membranes. Les résorptions de liquides sont favorisées par les excrétants à cause du vide fait dans l'organisme par ces excrétants en plus grande abondance; ainsi les diurétiques, les hydragogues, les diaphorétiques, les purgatifs favorisent la disparition des pléthores séreuses. Mais la maladie première qui a produit cette diarthèse séreuse, que ce soient de grandes hémorrhagies des maladies organiques, des cancers, des affections du cœur, enfin l'état pathologique primordial fournit par lui-même des indications spéciales à la thérapeutique, et qu'il est le plus souvent bien difficile d'atteindre.

Ainsi il n'y a rien à faire, aucun résultat à attendre des applications antiphlogistiques sur les parois de la poitrine. Si le vésicatoire produit un résultat, ce ne sera pas en vidant directement la poitrine; mais il détermine une déperdition de liquide pour l'économie; il détermine une excitation de l'appareil vésical, et agira dans le même sens que les diaphorétiques et les diurétiques; ce sera un traitement général qu'il faudra employer. Quant à la médication qui se rapporte à la cause primordiale, c'est un cas particulier qui dépend de la maladie primitive. Si on a une maladie du cœur, un diabète albumineux, on les traitera sans s'occuper de l'épanchement de sérosité.

Malheureusement nous arrivons ici à un point où il faut reconnaître l'insuffisance de la médecine; car après tout vider la poitrine est une médication latérale et même nuisible; en effet par ces déperditions on affaiblit le malade et on favorise la cachexie. On tourne donc dans un cercle vicieux; car on risque ou de laisser aller la maladie, ou, si on agit trop énergiquement, de la précipiter dans sa marche. Néanmoins si on s'arrête à temps et qu'on ne pousse pas trop loin l'emploi des diurétiques et des hydragogues, on pourra obtenir de bons résultats, mais on aura toujours affaibli le malade. Si on a affaire à des cachexies provenant du scorbut, d'hémorrhagies répétées ou de diabète albumineux, par exemple, on les fera cesser autant que possible par des antiscorbutiques, des martiaux ou des toniques; on modifiera ainsi les cachexies et on empêchera les épanchements futurs. Nous n'avons pas à entrer ici dans le traitement des diverses cachexies; mais il faut faire ressortir les indications qui résultent de leur présence comme cause productrice d'épanchements séreux dans la cavité des plèvres.

Voilà les règles générales du traitement des épanchements thoraciques, et si j'avais à en tirer des conséquences, je dirais que, pour des maladies souvent locales, les considérations tirées de l'état général des malades et de la puissance de leur organisme pris dans son ensemble sont toujours dominantes sur celles qui se tirent des lésions locales.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Brachet.

Colique nerveuse simulant une colique de plomb.

Quoique la colique de plomb ait des caractères nets et bien tranchés; quoique sa cause, ses symptômes et son traitement puissent la faire différencier facilement de toutes les autres espèces de coliques, on peut quelquefois rencontrer des maladies qui, par leurs symptômes, présentent avec elle une grande analogie, et qui, ayant résisté aux méthodes de traitement usitées dans de pareilles circonstances, cèdent avec la plus grande facilité aux moyens mis en usage pour combattre la colique de plomb. Voici un fait qui, sous ce rapport, mérite d'être signalé dans tous ses détails.

Le 9 avril 1850, vint se coucher au n° 26 de la salle de clinique médicale le nommé Jausserand, âgé de trente-cinq ans, et natif du département de la Haute-Loire.

Cet homme, maréchal-ferrant de profession, d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, présentait les symptômes suivants : son ventre, qui portait les traces de quelques applications de sangsues, était météorisé, dur et le siége de douleurs très aiguës, surtout au niveau de l'ombilic, où la moindre pression arrachait des cris douloureux au malade; cet état opiniâtre était accompagné d'un hoquet qui se répétait à des intervalles très rapprochés. La bouche était amère, l'haleine fétide, la langue enduite d'une pellicule blanchâtre, et une soif vive et insatiable venait encore s'ajouter aux symptômes précédents.

Pour ce qui regarde les phénomènes généraux, la face, légèrement grippée, exprimait la souffrance; les yeux étaient excavés, le pouls petit et lent, la peau chaude et sèche.

Interrogé sur les antécédents de sa maladie, cet homme nous apprit que, le 5 avril, c'est-à-dire quatre jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, ayant quitté le soir la forge où il avait été occupé toute la journée à battre le fer, il fit un abus de liqueurs alcooliques tellement fort qu'il ne tarda pas à tomber dans l'ivresse la plus complète. Le lendemain, à son réveil, sa bouche était pâteuse, et des coliques suivirent; elles furent bientôt accompagnées de vomissements de matière verdâtre; le hoquet se manifesta; les douleurs abdominales s'accrurent, le ventre se météorisa.

Le médecin qui fut immédiatement appelé jugea utile, pour combattre les coliques et les douleurs abdominales, l'application de douze sangsues sur le ventre; elles n'amenèrent aucun amendement notable. Enfin, le malade, voyant son état empirer, se fit transporter à l'Hôtel-Dieu, où l'on constata les symptômes décrits plus haut.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, M. Brachet prescrivit, dans le but de calmer les douleurs abdominales, le hoquet et les coliques, l'application de vingt sangsues et des onctions mercurielles sur l'abdomen, une potion calmante dans laquelle on ajouta 2 grammes de sous-carbonate de potasse, un lavement émollient et la tisane émulsionnée. Cette médication ne produisit point l'effet sédatif que l'on espérait en obtenir; le hoquet persista, les coliques et les douleurs de ventre se maintinrent, et les selles n'apparurent point.

Le lendemain, c'est-à-dire le 10 avril, on lui fit prendre quatre pilules contenant chacun 1 gramme de calomélas et 20 centigrammes d'extrait de jusquiame. Ces pilules, qui devaient naturellement calmer les douleurs et amener les selles, demeurèrent sans effet, l'état morbide persistant toujours avec la même intensité.

M. Brachet, considérant que cette maladie se présentait sous la forme d'une colique de plomb, puisque tous les symptômes de cette dernière affection étaient évidents chez le malade, sauf cependant la rétraction du ventre, résolut, en voyant l'inefficacité des moyens employés, de soumettre cet homme au traitement de cette dernière maladie. Il fit administrer, dans ce but, une potion calmante avec 4 grammes de sulfate acide d'alumine et de potasse, et un lavement avec 12 grammes de séné.

L'efficacité de cette active médication ne se fit pas attendre. Le jour même, le malade eut des selles très fréquentes, les douleurs abdominales cessèrent, le hoquet et les coliques disparurent, le ventre reprit son état normal, l'appétit se manifesta, et le pouls devint régulier.

Le 12 au matin, le malade, délivré de son affection, se trouvait tout à fait bien; il avait passé une bonne nuit, et ne souffrait plus; il demandait de la nourriture, et n'attendait que le moment de pouvoir quitter l'Hôtel-Dieu.

M. Brachet s'est demandé si l'analogie de la plupart des phénomènes, si le succès du sulfate acide d'alumine étaient suffisants pour faire assimiler cette maladie avec la colique de plomb, d'après ce vieil adage : *Curatio morbi naturam demonstrat*; et si, à l'exemple de MM. Mérat, Tanquerel-Desplanches et quelques autres auteurs, on ne devait pas admettre une colique métallique générale plutôt qu'une colique de plomb exclusive. En effet, Jausserand était forgeron; depuis trente ans il travaillait sur le fer, il le touchait tous les jours, il en respirait les émanations, il en avait le corps saturé. Voilà déjà des raisons qui militent en faveur de cette opinion; et si nous y joignons la constipation opiniâtre, la dureté d'un ventre légèrement ballonné, l'impuissance des antiphlogistiques et des calmants, et le succès du sulfate acide d'alumine, elle paraîtra presque suffisamment établie, attendu qu'il n'est pas rare de voir des coliques de plomb présenter les mêmes douleurs et le même météorisme.

Cependant, qu'on ne se hâte point de prononcer, a dit M. le professeur, voilà quarante ans et plus que je n'ai pas cessé de fréquenter les hôpitaux, soit à Paris, soit à Lyon, et je n'ai jamais vu cette colique métallique atteindre les ouvriers qui travaillent le fer, et qui sont en grand nombre, à Lyon surtout. Il serait bien extraordinaire qu'une cause aussi commune produisît des effets aussi rares. En conséquence, nous repoussons cette identité, et nous sommes porté à penser que, lorsque les auteurs que nous avons cités faisaient leurs relevés, ils s'en sont rapportés trop légèrement aux phénomènes d'analogie pour établir l'identité et une colique métallique commune à tous les métaux.

Nous repoussons donc tout à la fois cette identité et cette prétendue colique métallique; mais cette dénégation ne nous empêche pas d'admettre une analogie plus ou moins grande, et dès lors la nécessité de les combattre par les mêmes moyens ou par des moyens analogues.

Nous allons plus loin encore: nous admettons que ce que nous n'avons pas vu peut arriver, et qu'il peut se faire qu'un autre métal que le plomb, ou que tout autre agent produise dans l'économie une modification morbide qui présente avec celle du plomb une ressemblance telle qu'on puisse les regarder comme identiques, et qu'on en déduise un traitement identique aussi qui triomphe de la maladie.

Quoi qu'il en soit, l'analogie a conduit à une médication qui a arraché à la mort un malheureux qui semblait n'avoir plus à vivre que peu de temps. Il est à présumer que, dans des cas semblables, on pourra se promettre les mêmes bons effets de la même médication. (*Gaz. Méd. de Lyon.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 8 mai 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Correspondance.

Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg adresse à la Société une lettre de remercîments pour l'envoi de ses mémoires.

— M. Alex. Goschen, rédacteur en chef de la *Gazette Médicale de Berlin*, offre un exemplaire de son journal, qui se

compose de plusieurs numéros. (M. Danyau se chargera d'en rendre compte.)

— La Société nationale de médecine de Marseille envoie le procès-verbal de sa séance publique et le compte-rendu de ses travaux pendant l'année médicale de 1848-1849, par le Dr Pierson, secrétaire général. (M. Larrey en fera l'analyse.)

Plaies de la face, de la poitrine et de l'abdomen par tentative de suicide.

M. Huguier communiqué une observation qui peut faire suite à la discussion de la dernière séance.

Il a reçu, ce matin même, dans son service, un ouvrier qui avait voulu se suicider. Cet homme s'était tiré un coup de pistolet sous le menton; mais, par une déviation de l'arme, la balle s'est dirigée vers la région superficielle, en perforant seulement la peau avec déchirure de la lèvre supérieure. Il s'était en outre donné trois coups de couteau à la partie antérieure du tronc. De ces trois plaies, deux se trouvaient situées sous les fausses côtes de la région latérale gauche de la poitrine. La troisième plaie correspondait du même côté à la région épigastrique; elle avait 2 centimètres d'étendue, une forme triangulaire, et elle livrait passage à une portion d'épiploon qui se laissa réduire aisément. Un fait particulier à noter, c'est que le doigt, introduit dans la blessure, rencontrait bien l'orifice interne à travers lequel l'épiploon était refoulé, mais il offrait des adhérences dans un point, et ne pouvait ainsi rentrer librement dans la cavité abdominale. M. Huguier attribua ces adhérences à quelque affection antérieure; et ayant reconnu que l'orifice externe de la plaie était plus étroit que l'orifice interne, il l'élargit un peu par un débridement. Il passa ensuite quatre fils dans les parties profondes, et fit une autre suture par-dessus celles-là, pour mieux les assujettir.

Le blessé cependant se trouve dans de mauvaises conditions; il a le pouls affaibli, battant à peine cinquante fois par minute; il a la face pâle, altérée; il est dans un état comateux qui, en un mot, laisse peu d'espoir, et pourra le faire succomber.

M. Huguier, en présence d'un cas aussi grave, s'est demandé si l'une des deux plaies sous-costales ne serait pas compliquée d'une lésion du péricarde ou de la plèvre? Il ne serait même pas éloigné de croire qu'un second coup de feu tiré dans la bouche n'ait produit une commotion cérébrale ou des désordres dus à une fracture, mais impossible à constater, à cause du resserrement extrême de la mâchoire. Il n'a donc pu, à cet effet, examiner la cavité buccale, et il n'a pas cru devoir sonder les plaies de la poitrine, en raison de la réserve que commandent les explorations de cette nature.

M. Larrey désire appeler l'attention de la Société sur l'une des circonstances signalées par M. Huguier dans ce cas de suicide.

« M. Huguier, dit-il, a supposé qu'un coup de pistolet tiré dans la bouche avait pu déterminer des accidents de commotion cérébrale ou quelque lésion profonde en fracturant les os, sans qu'il lui fût possible de s'en assurer, à cause du resserrement de la mâchoire. J'ai peine à comprendre que cela puisse être ainsi; car un coup de feu tiré dans la bouche tend, au contraire, à laisser les mâchoires écartées, quels que soient les effets de la blessure.

» Quant à la commotion cérébrale en elle-même, elle peut effectivement avoir lieu dans ces cas de suicide sans que la plaie par arme à feu offre nécessairement des signes appréciables à l'extérieur; mais ce n'est pas là, tant s'en faut, le cas ordinaire; souvent aussi les accidents cérébraux primitifs ne sont nullement proportionnés aux effets locaux traumatiques; et dans bien des cas, enfin, on n'observe pas un seul des symptômes attribués à la commotion cérébrale; malgré les mutilations de la face les plus profondes ou les plus étendues.

» J'ai eu l'occasion récente, ajoute M. Larrey, de communiquer sommairement à la Société un fait de blessure compliquée de la face par arme à feu dans une tentative de suicide; eh bien! par une de ces coïncidences connues de tous les chirurgiens, un second cas semblable et à peu près aussi grave s'est présenté quelques jours après au Gros-Caillou. Or, ni l'un ni l'autre de ces deux blessés n'a éprouvé d'accidents immédiats vers le cerveau, et leur guérison a été assez prompte, sauf la difformité secondaire de la face. »

Du cathétérisme forcé, etc.

M. Loir termine la lecture de son mémoire *sur le cathétérisme forcé et sur l'emploi des bougies dans les rétentions complètes d'urine.* Il a eu simplement en vue d'exposer l'état actuel de la science sur cette question, et de reproduire devant la Société de Chirurgie les progrès de l'art dans le traitement des rétentions d'urine produites par rétrécissement de l'urètre, et dans la préférence qu'il faut accorder aux bougies sur le cathétérisme forcé.

Une discussion s'engage à ce sujet; mais après plusieurs remarques faites par MM. Huguier, Robert, Gosselin, Danyau et Larrey, M. le président décide, sur la proposition de MM. Lenoir, Forget et Morel-Lavallée, qu'il est inutile de reproduire cette discussion dans le procès-verbal.

De la commotion cérébrale.

M. Fano, aide d'anatomie de la Faculté de Médecine, communique et lit quelques extraits d'un travail intitulé: *Mémoire sur la commotion du cerveau, ou Recherches historiques, expérimentales et cliniques, pour servir à l'histoire de la commotion du cerveau.*

Ce mémoire comprend deux parties. Dans la première, M. Fano étudie la question des lésions traumatiques de l'encéphale au point de vue historique. Il a examiné successivement les doctrines qui ont régné sur ce sujet à diverses époques, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Après avoir accordé une large part aux travaux de MM. Gama, Sanson, Malgaigne, etc., il résume les idées généralement acceptées aujourd'hui, et il conclut qu'on admet trois ordres d'altérations; savoir: les épanchements sanguins, la contusion du cerveau et la commotion. Il démontre que tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître dans la commotion une absence de lésion anatomique dans l'encéphale, bien que cet état soit caractérisé par des troubles fonctionnels sur la nature desquels tout le monde est d'accord. C'est à l'examen de cette dernière opinion qu'est consacrée la seconde partie du mémoire. M. Fano a donc cherché à résoudre successivement ces deux questions:

1° Existe-t-il une commotion grave, c'est-à-dire caractérisée par un anéantissement subit des facultés sensoriales et locomotives, par la mort rapide, sans que ces désordres fonctionnels soient accompagnées d'aucune lésion de l'encéphale?

2° Existe-t-il une commotion légère, c'est-à-dire une série de troubles fonctionnels se dissipant rapidement, et qui ne sont caractérisés par aucune lésion de l'encéphale?

Pour répondre à la première question, M. Fano a recherché les arguments et les faits sur lesquels on avait fondé cette opinion. Il est arrivé, après de nombreuses recherches, à cette conclusion, qu'il n'existe dans la science qu'un seul fait authentique de commotion grave; ce fait appartient à Littre. Il a fait voir que ce fait lui-même était attaquable, et pour l'attaquer il s'est appuyé sur l'autorité de Blandin. Il a également fait voir que la seule expérience qui ait été faite pour éclairer cette question était insuffisante pour en juger.

M. Fano a ensuite examiné la doctrine de la commotion grave au point de vue physiologique, en s'étayant de l'autorité de Lorry, de MM. Flourens et Longet. Il a établi qu'une mort instantanée résultant d'une lésion traumatique de l'encéphale ne pouvait être déterminée que par une lésion du bulbe rachidien; d'où il lui semble permis de conclure que la doctrine de la commotion grave est inadmissible.

Il a entrepris une série d'expériences sur des chiens et des chevaux, dans le but d'étudier les phénomènes de la commotion grave, et chez ceux qui sont morts assommés, il a constamment observé une hémorrhagie dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien autour du bulbe, lésion de nature à expliquer ce résultat.

M. Fano considère donc comme insuffisants les faits sur lesquels on a basé la doctrine de la commotion, et il la rejette parce qu'il la trouve en contradiction formelle avec ses expériences. Il a eu recours aussi à l'expérimentation pour répondre à la seconde question. Ses expériences ont consisté à produire des effets de commotion plus ou moins légère sur des animaux; et après avoir laissé à ceux-ci le temps nécessaire pour recouvrer leurs facultés motrices et sensoriales, il les a fait périr d'hémorrhagie. L'examen immédiat de leur cerveau lui a révélé des lésions variables, caractérisées tantôt par la présence d'un petit caillot sanguin autour du bulbe, tantôt par une simple congestion de la substance encéphalique.

En rapprochant ces expériences des observations rapportées par Sanson, Blandin, MM. Chassaignac et Nélaton, M. Fano est arrivé aux conclusions suivantes, qu'il a formulées ainsi:

« 1° Une violence extérieure exercée sur le crâne peut déterminer des effets variables, en raison de l'intensité même de la cause contondante.

» 2° Lorsque la mort survient instantanément ou quelques minutes après l'action de l'agent vulnérant, on trouve constamment dans l'encéphale une lésion que nos expériences nous ont apprise, à savoir, une hémorrhagie autour du bulbe rachidien, c'est-à-dire autour du point central du système nerveux.

» 3° Lorsque la mort survient à une époque plus reculée, on peut encore rencontrer les mêmes lésions, ou bien on trouve dans l'intérieur de l'encéphale de petits foyers sanguins qui ne sont rien autre chose qu'une contusion de la substance cérébrale.

» 4° Lorsque la violence extérieure exercée sur la tête ne produit qu'une perte passagère des fonctions sensoriales et locomotrices, on ne rencontre dans la substance encéphalique qu'une sorte de congestion, c'est-à-dire un engorgement des vaisseaux de l'encéphale caractérisé par la présence d'un nombre considérable de gouttelettes sanguines.

» 5° Comme conséquence de ces quatre propositions, il résulte que l'état morbide que l'on désigne sous le nom de commotion du cerveau est une pure création de l'esprit, et qu'en physiologie pathologique il faut admettre que les signes dits de la commotion sont ceux des épanchements sanguins ou de la contusion du cerveau. »

Après cette lecture, M. Fano répond aux questions qui lui sont adressées par quelques membres; par M. Lenoir, sur le siége des épanchements; par M. Huguier, sur le mécanisme de la percussion du crâne; par M. Larrey, sur les expériences de M. Gama relatives à la commotion.

Quant à la discussion du mémoire de M. Fano, M. le président annonce qu'elle aura lieu à l'occasion du rapport, qui sera fait par une commission composée de MM. Denonvilliers, Larrey et Gosselin.

— La séance est levée à cinq beures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 21 MAI 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 60.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 20 MAI 1850.

Discussion sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu.

L'Académie va continuer demain l'intéressante discussion qu'elle a commencée dans sa dernière séance. Il est à désirer, toutefois, qu'elle ne suive pas tout à fait la même marche que celle qu'on lui a imprimée d'abord, et que les orateurs aient profité du temps qu'ils ont eu pour en préparer sérieusement les bases. Ce n'est plus désormais avec des autorités, avec des souvenirs vagues, avec des théories physiologiques ou pathologiques, ou même avec des faits détachés et en quelque sorte choisis, qu'on peut conduire à bonne fin une discussion scientifique. En procédant ainsi, on peut disserter plus ou moins agréablement et indéfiniment; mais on n'avance à rien; on ne fait rien pour la vérité; on ne persuade pas des esprits impartiaux et sérieux. C'est pourtant là un peu trop la voie qu'on a suivie dans la dernière séance. Disons-le tout d'abord, M. Martin-Solon avait ouvert cette voie dans son rapport, quel qu'en fût d'ailleurs le mérite, et nous avons déjà dit qu'à nos yeux il était grand.

M. Martin-Solon a constamment raisonné sur le sulfate de quinine, sur le nitrate de potasse, comme s'il ne pouvait rester aucun doute sur l'action de ces médicaments, tandis que, il faut bien le reconnaître, au contraire, tout est encore à prouver en ce qui les concerne. Il est bien possible que les faits qui sont entre les mains de M. Martin-Solon démontrent que le nitrate de potasse guérit les rhumatismes aigus intenses en quatre, cinq ou six jours, ou au plus en dix; mais il est bien certain que les faits publiés ne sauraient démontrer cette proposition. Ainsi, dans une série de faits publiés dans le *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, on voit des faits qui portent le titre de *rhumatisme articulaire aigu guéri en six jours*, et dans ces faits voici comment on a procédé le plus souvent :

1° On a commencé à compter la durée de la maladie à partir du jour du traitement.

2° On a considéré les malades comme guéris dès que toute douleur articulaire a eu cessé, même pendant quarante-huit heures; et si cette douleur ou la fièvre elle-même s'est reproduite après ce temps, on a considéré ces phénomènes comme une nouvelle maladie qu'on a traitée de nouveau et qu'on a guérie également en trois, quatre, cinq ou six jours. De cette façon, un rhumatisme qui durerait quarante jours avec quatre intermittences de deux jours chacune, pourrait être considéré comme une série de cinq rhumatismes qui auraient tous été guéris en cinq ou six jours. On voit à quels résultats on peut être conduit suivant qu'on envisage les faits sous leur véritable jour ou sous un jour faux; et nous n'avons pas besoin de dire que, suivant nous, le médecin qui verrait cinq rhumatismes dans le fait que nous avons supposé serait dans la mauvaise voie.

M. Bouillaud, au moins dans les faits qu'il a consignés dans ses *Nouvelles Recherches*, sinon dans ceux qu'il a observés plus tard et qui n'ont point encore reçu de publicité détaillée, n'a pas échappé à cette cause d'erreur. Quelles que soient nos sympathies pour son talent et pour la force de ses convictions, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que la critique à laquelle s'est livré M. Requin sur ces faits est parfaitement fondée, malgré sa vivacité, et qu'aucun des vingt-trois faits consignés dans les *Nouvelles Recherches* n'a guéri dans le premier septenaire, ainsi que le pense M. Bouillaud. Nous croyons que M. Bouillaud est de la meilleure foi du monde dans son illusion, et nous espérons qu'il croira à la bonne foi de notre critique, car nous n'avons aucun intérêt à repousser une vérité qui nous paraîtrait évidente; si par de nouveaux faits M. Bouillaud démontre ce qu'il n'a pu prouver avec ceux qu'il a publiés déjà, nous serons le premier à nous laisser convaincre et à applaudir à son succès. Mais que M. Bouillaud soit bien persuadé que, s'il y a des oppositions systématiques aux vérités réelles, ces oppositions ne sauraient se rencontrer que dans quelques esprits qui ne font ni la majorité, ni la loi dans l'aréopage médical.

En dehors du traitement, M. Bouillaud a encore soulevé une question qui mériterait de recevoir une démonstration péremptoire. Toutes les fois, a-t-il dit, qu'un rhumatisme articulaire aigu dure plus de dix jours, l'individu qui en est atteint succombera tôt ou tard à une affection viscérale dont le rhumatisme aura été le point de départ. C'est là un pronostic fort grave à porter dans un cas de rhumatimse, et le fait sur lequel ce pronostic se fonde mériterait au plus haut degré d'être démontré. Nous ne saurions trop engager M. Bouillaud à le faire; la science et l'Académie lui en seraient incontestablement très reconnaissantes.

La discussion a encore soulevé quelques autres questions, telles que celles de la nature du rhumatisme, du contro-stimulisme, etc. Sur ces questions un peu théoriques, nous insisterons moins longuement; cependant si la discussion se prolongeait sur ce terrain, nous ne refuserions point de l'y suivre, et nous essaierions de démontrer que le contro-stimulisme est une doctrine, non pas à *siffler*, comme l'a dit un peu *clubistement* M. Rochoux, mais à laisser aux songe-creux d'une autre époque.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Enseignement clinique de la Faculté.

Nous assistons aux derniers jours de l'hiver. Les maladies des organes thoraciques ne nous arrivent plus que d'une manière accidentelle. Il y a quelques jours encore elles étaient assez fréquentes, et avant qu'elles ne disparaissent d'une manière plus complète, nous croyons devoir appeler votre attention sur quelques malades qui sont encore dans nos salles.

Parmi ces malades, nous en avons eu plusieurs atteints de pleurodynies. Quatre autres sont arrivés avec des épanchements pleurétiques considérables; enfin nous avons eu à observer trois pneumonies à différents degrés. Ces cas suffisent pour que nous puissions présenter quelques réflexions intercurrentes sur les symptômes et sur les phénomènes morbides que ces malades ont offerts à notre observation. Mais auparavant, rendons justice à nos prédécesseurs, qui, malgré les conquêtes modernes dont ils étaient privés, avaient pu acquérir encore assez d'expérience pour connaître et étudier ces maladies d'une manière aussi satisfaisante. Ainsi que nous le faisions observer pendant que nous procédions à l'interrogatoire de la femme couchée au n° 3 *bis*, depuis Hippocrate toutes ces altérations spéciales des organes thoraciques étaient confondues sous les mêmes expressions synonymiques de pleurodynie, de péripneumonie, de catharre, de pleurésie, — on ne connaissait pas autre chose. — Ce n'est que depuis Frédéric Hoffmann, qui arriva avec des notions un peu plus précises, que la confusion cessa d'être aussi considérable; mais encore à cette époque la science du diagnostic était inconnue, et la nature des maladies n'était point encore basée sur leur siége anatomique.

C'est à Pinel que revient l'honneur d'avoir posé le véritable point de départ des recherches sérieuses au point de vue de la science; car Stoll, malgré ses remarquables travaux sur les pneumonies bilieuses, travaux dont on a peut-être un peu exagéré la valeur, Stoll ne pouvait encore s'appuyer sur le diagnostic pour établir des doctrines et des faits que son esprit d'observation pouvait seul le porter à admettre; Pinel, dis-je, frappé de l'obscurité de la science, fit entrevoir à Bichat toute la confusion qui dominait les recherches des observateurs de cet époque, et émit alors cette proposition si importante, surtout si on remonte au moment où elle fut formulée, que les inflammations ne pouvaient se manifester d'une manière isolée; qu'elles devaient toutes avoir leur siége spécial, et qu'une pathologie fondée sur le siége spécial de ces inflammations devait être la seule bonne, la seule qui pût faire sortir la science du chaos où elle se trouvait. C'est sur ces idées que les travaux de Bichat furent commencés, et qu'ils amenèrent comme résultat le remarquable *Traité des membranes* de ce physiologiste si distingué. Dès ce moment la pneumonie ne fut plus une pleurésie, le catarrhe ou la bronchite se rattachèrent à la lésion des muqueuses. Ces travaux firent faire d'immenses progrès au diagnostic des maladies, et l'on ne comprend pas comment les journaux du temps purent soulever contre Pinel une polémique si énergique. Mais la vérité resta au milieu de toutes les objections qu'on put faire, et nous profitons de ces travaux, surtout depuis les recherches si importantes de Laënnec, qui compléta d'une manière si remarquable ces principes de saine pathologie.

C'est sur cette intéressante question que nous nous proposons d'appeler aujourd'hui votre attention. Les malades que nous examinerons avec vous ne présentent pas d'anomalies dans les phénomènes pathologiques qu'ils éprouvent; ce sont des types en quelque sorte des affections qu'ils représentent. Plus tard nous aurons à nous occuper des variétés et des anomalies.

Ainsi, la femme couchée au n° 3 *bis* est affectée d'une bronchite aiguë dans la plus grande simplicité. Après s'être exposée au froid, cette femme fut prise de difficulté de respi-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Méthode agnésienne contre la sciatique. — Encore une permutation. — Un mariage anglais.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Vous le savez, mon cher confrère, la thérapeutique a des caprices à nuls autres pareils, et devant ses procédés, quelquefois bizarres, illogiques, mystiques et fantastiques sous prétexte d'être pratiques, la raison doit souvent baisser pavillon et se confondre dans son impuissance. Cependant, quelle que soit la docilité des esprits aux décrets de la *pratique*, il y a encore certaines méthodes, telles que le magnétisme et l'homœopathie, qui n'ont pu se créer un droit de domicile régulier et légal, et qui errent tristement çà et là, de cerveau fêlé en cerveau timbré, sans que la masse du bon sens médical se laisse ébranler par elles.

Voici une méthode qui paraît devoir être plus privilégiée, et dont la publication à la première page d'un journal sérieux m'a fait vivement regretter qu'une antre méthode analogue, inventée jadis par un de nos professeurs, n'ait pas été préconisée avec plus d'opiniâtreté et expérimentée plus souvent. Aussi vais-je demander à l'inventeur l'honneur de le réhabiliter, tout en réservant à mon savant confrère les droits d'auteur.

C'était au moment où les ténotomistes intrépides guérissaient tous les maux en coupant des muscles et des tendons, et où ils vous auraient volontiers enlevé sans accident les viscères des trois cavités par la méthode sous-cutanée. Un professeur bien connu par la causticité de sa critique, et tont à la fois par l'aménité de ses manières et de son langage, l'étendue de ses connaissances et la rectitnde de son esprit, choqué alors des prétentions extravagantes des ténotomistes, ne crut pas pouvoir mieux faire pour les modérer que de proposer aussi une opération de son cru pour guérir une maladie. Comme sujet de traitement, il choisit le bégaiement, et comme moyen, la section du sphincter anal. Malheureusement pour l'avenir de la méthode, la physionomie du spirituel professeur exprimait sans doute quelque chose d'insuffisamment magistral et pratique; l'auditoire se mit à rire, et l'invention passa pour une critique facétieuse des excentricités ténotomiques. Mais un peu plus de sérieux dans la narration, et la section du sphincter, qui après tout est, à n'en pouvoir douter, une opération très utile, serait certainement entrée dans la médecine opératoire, où je réclame très sérieusement une place ponr elle.

« Ce qui m'encourage dans ma réclamation, c'est le succès obtenu par la méthode du docteur L...., dont vous avez probablement lu la description à la première page d'un journal sérieux. »

Le docteur L..., qui me semble avoir quelques liens de parenté avec la jeune Agnès, ne croit cependant point avec cette innocente vierge que les enfants se puissent faire par l'oreille; mais s'il repousse toute liaison physiologique entre la conque et l'utérus, il pense au contraire qu'il en existe d'assez intimes entre l'hélix et le nerf sciatique. Ces lésions sont mises hors de doute par le succès de la méthode suivante, infaillible contre les névralgies de ce nerf. Je laisse parler le docteur L... ou son savant interprète;

« On applique sur l'hélix un morceau de fer plat qui a tont au plus un millimètre d'épaisseur; sur ce morceau de fer se trouve une ouverture par laquelle on introduit un fer rougi dont la pointe tranchante s'adapte parfaitement à cette ouverture, et cautérise le tissu de l'hélix jusqu'à ce qu'elle trouve un obstacle dans un point d'arrêt situé à un demi-centimètre. Cette opération est donc des plus rapides. On la fait suivre d'un pansement simple. Il suffit même d'appliquer sur l'escharc un peu de cérat, de heurre frais ou d'huile battue avec un peu d'eau.

» Un autre procédé encore plus simple (vous voyez, mon cher confrère, que la méthode compte déjà des procédés) consiste à toucher simplement, avec un morceau de fer rougi quelconque, l'endroit indiqué; c'est le moyen qu'emploient les *maréchaux habitués*. Ils graissent ensuite la brûlure avec un corps gras. La guérison a lieu progressivement, ordinairement dans l'espace de huit jours; dans quelques cas assez rares, elle a lieu instantanément; mais il est plus rare encore que l'opération échoue : dans ce cas, on fait une seconde cautérisation, qui triomphe alors *constamment* du mal. »

Vous avez vu, mon cher confrère, qu'il a été question dans le paragraphe précédent de maréchaux-ferrants; c'est qu'en effet la gloire de l'invention *anti-sciatique* n'appartient point à M. le docteur L... : celle de propagateur lui suffit. Il déclare donc en toute justice que c'est aux maréchaux-ferrants de la Corse, après Zacutus Lusitanus et peut-être Hippocrate, que la science est redevable de cette importante découverte. Il est inutile d'ajouter que M. L... ne se contente pas d'affirmer, et qu'il prouve : plusieurs observations dues à des maréchaux-ferrants et même à des présidents de cour d'appel ne permettent pas le plus léger doute aux plus incrédules, et l'on se sent irrésistiblement entraîné aux convictions de M. L... Quant à moi, je vais même plus loin, et je reviens un peu à l'opinion d'Agnès, qui n'est peut-être pas aussi sotte qu'on voudrait nous le faire croire. J'engage le docteur L... à y réfléchir. En at-

rer, d'une douleur sous-sternale profonde, gravative, augmentant par les efforts de toux : cette toux était plus forte le matin; elle n'a pas été accompagnée d'abord d'expectoration; aujourd'hui, les matières expectorées sont jaunâtres, visqueuses; le pouls hat 90 fois par minute; il est plein, résistant. La peau est chaude, un peu sèche. Cette femme est du reste d'une bonne constitution et jouit habituellement d'une santé excellente. Nous avons constaté que les fonctions digestives sont dans un état d'intégrité satisfaisant. La percussion donne un son normal dans toute l'étendue de la poitrine, sauf à la base, où elle paraît un peu plus obscure. L'auscultation fait entendre un grand nombre de râles mélangés, les uns secs, sonores, à ronflement simulant celui d'une corde de basse ou certains roucoulements; les autres sibilants, muqueux, à bulbes humides, moyennes, tous caractérisant l'inflammation des bronches moyennes ou grosses.

Au n° 31 de la même salle se trouve une femme assez maigre accouchée depuis trois mois. Elle éprouva à ce moment une douleur dans le côté, douleur qui se manifesta avec frisson, sans réaction fébrile. La malade négligea cette douleur, continua de travailler; mais, il y a quatre jours, elle fut prise de frisson, d'une douleur plus vive, et c'est à ce moment que nous faisons remonter l'invasion réelle de la maladie.

Maintenant cette douleur est plus vive, s'augmente par la toux, un peu par la pression. Il faut observer que cette douleur a commencé par la paroi thoracique antérieure et qu'elle n'a pas tardé à passer en dedans, où, plus profonde, elle a produit les accidents que nous observons, ainsi que nous avons pu le constater dans un grand nombre de cas.

Les efforts de toux ne sont pas accompagnés d'expectoration; les crachats, rendus en petite quantité, sont hlancs, transparents; le nombre des respirations monte à 36; le pouls est petit et bat 90 fois par minute. La soif est peu vive; il n'y a pas d'appétit; rien de notable du côté des fonctions digestives. Cette malade se plaint d'un peu de céphalalgie; nous n'avons observé aucun trouble du côté des centres nerveux; la miction n'a été difficile un moment que par le fait de l'apparition des règles; cette dysurie a même complétement disparu depuis l'établissement complet de la menstruation.

La percussion, pratiquée sur le point douloureux, donne lieu à une matité absolue depuis la hase du poumon jusqu'à l'épine de l'omoplate. A l'auscultation, on constate dans toute cette étendue une ahsence complète du murmure vésiculaire; enfin, la voix donne lieu au niveau du liquide épanché à un chevrotement tout à fait caractéristique et qui complète les signes à l'aide desquels il est impossible de méconnaître une pleurésie aiguë.

Je passe sous silence deux autres malades dont je vous ai déjà entretenus dans la salle Sainte-Jeanne : l'un, au n° 7, a été affecté successivement de pneumonie, de pleurésie, d'érysipèle, affections dont il est à peu près guéri maintenant malgré son âge avancé; l'autre est un homme qui a eu une pneumonie très grave avec une hépatite concomitante non sympathique, malgré ce qu'a pu dire à ce sujet M. Regnault, il y a une trentaine d'anémies.

Je me hâte d'arriver au n° 75, où nous trouvons une observation type pour la clinique. Je regrette heaucoup de n'avoir pu vous laisser examiner ce malade par vous tous; mais ce jeune homme est dans une position tellement grave qu'il y aurait eu de l'inhumanité à le soumettre à cette fatigue. C'est un sculpteur, âgé de dix-huit ans, qui fut pris samedi, sous l'influence d'un refroidissement, d'un frisson considérahle; ce frisson fut suivi d'une réaction fébrile très grande, et, dans la nuit même, il se déclara une douleur profonde très vive, ne s'augmentant pas à la pression, s'accompagnant de toux et d'une expectoration de crachats rouillés, vésiculeux, adhérant au vase. Son pouls hat 120 fois par minute; il est très développé; sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre; il a eu des nausées ce matin; la perte d'appétit est complète, et il se plaint d'une constipation opiniâtre. Sa peau est chaude, sèche, âcre, hrûlante. Nous n'avons constaté rien d'anormal du côté des centres nerveux. La percussion nous a révélé un son obscur dans la partie moyenne et non à la base du poumon gauche : la respiration de ce côté est faible, mélangée de râle crépitant, et nous avons trouvé enfin dans un espace très limité, entre la fosse sous-épineuse et l'épine de l'omoplate, un souffle tuhaire des plus évidents et révélant d'une manière non douteuse l'hépatisation du poumon à ce niveau.

Nous allons nous borner aujourd'hui à vous parler des signes caractéristiques qui peuvent se présenter dans ces quatre affections, en négligeant l'importance qu'ils peuvent avoir dans les cas d'emphysème pulmonaire, de phthisie, de pneumothorax, etc. Nous ne traiterons également que de quelques-uns de ces caractères. Nous ne parlerons, en effet, que de la douleur, de la toux, de la dyspnée, de l'auscultation, de la percussion, en ne nous occupant pas des phénomènes particuliers qu'ils peuvent présenter dans les cas anormaux.

Douleur. — Ce phénomène se présente presque inévitablement dans chacune des affections qui nous occupent. Dans la pleurodynie, la douleur augmente à la pression et par les mouvements communiqués aux muscles atteints par la maladie. Je ne saurais trop vous engager à vous défier de cette douleur qui se développe superficiellement avec un appareil fébrile peu considérahle, et qui finit par devenir profonde et par déterminer, comme cela est arrivé chez la femme du n° 31, une inévitable inflammation de la plèvre correspondante. J'ai eu souvent occasion de suivre la marche de cette douleur qui, chez trois étudiants en médecine pour lesquels je fus consulté, se convertit du jour au lendemain en véritable pleurésie. Il est donc extrêmement important de nous défier de cette douleur dans les pleurodyniques, et de ne pas porter sur l'avenir de cette maladie un pronostic trop favorahle.

Dans la pleurésie, cette douleur est fixe, n'augmente à la pression que si elle occupe la plèvre pariétale, qu'il est alors possible d'atteindre entre les côtes. Dans d'autres circonstances, la première ne s'augmente en aucune façon; les mouvements de la respiration, et surtout ceux de l'inspiration, sont très pénibles et très douloureux.

Dans la pneumonie, cette douleur n'existe pas, dit-on; il est très vrai qu'elle est moins fréquente que dans la pleurésie; mais elle existe presque constamment, seulement, elle a un autre caractère; elle est plus profonde, plus gravative, et n'est augmentée que par les grands efforts de la respiration et par la toux.

Je vous ai signalé la nature et le siége de cette douleur dans la bronchite, en vous parlant de la femme du n° 3 *bis*. Je n'y reviendrai pas; car vous devez avoir saisi maintenant les différences que présente ce phénomène dans cette affection.

Je dois enfin vous faire observer que la douleur ne correspond pas toujours à l'endroit qui est malade; et voici dans quelles circonstances il m'a été donné de constater ce fait. Lorsque je faisais le service à la Salpêtrière, je remarquai que lorsque j'ordonnais des sangsues sur le point douloureux dans des affections de cette nature, les gens de service faisaient ces applications presque toujours en dehors du point malade, et presque constamment plus bas. Et, en effet, la douleur dépend souvent, non pas, comme on l'a dit et comme on serait porté à le croire, du point de la plèvre qui peut être enflammé, mais plus souvent encore des tiraillements douloureux que les attaches du diaphragme éprouvent par suite des efforts de toux. Dans certaines pleurésies, j'ai pu constater que le point de côté était extrêmement éloigné du point enflammé.

Toux. — Dans la pleurodynie, la toux est nulle, ou à peu près nulle.

Elle accompagne d'une manière constante la pleurésie; elle est sèche, et se présente avec les mêmes caractères, il est vrai que, dans les inflammations aiguës du cœur ou dans celles de ses membranes, cette toux est sèche; et, en effet, l'exsudation se fait en dehors des hronches dans la cavité pleurale. Pinel a fait remarquer qu'au hout du deuxième septenaire, cette toux n'était plus sèche et s'accompagnait, au contraire, d'une ahondante expectoration muqueuse. Mais il est évident que, dans ce cas, il s'est développé une bronchite concomitante par le fait seul des efforts de toux; mais qu'en définitive, les matières expectorées ne se sont pas produites par le fait de la pleurésie.

La toux est sèche dans les premiers jours de la pneumonie. Dans cette période, en effet, le poumon est rutilant et est à peine changé de nature. Maraudel avait, du reste, parfaitement prouvé que les excrétions étaient à peu près nulles dans la première période des irritations; mais cette toux ne tarde pas à s'accompagner de crachats d'abord peu nombreux, visqueux, puis jaunâtres, ressemblant pour la couleur à celle du sucre d'orge. Ils sont alors aérés, fortement adhérents au vase, et prennent une teinte plus foncée jusqu'à la couleur du sang, sans être cependant muqueux ni puriformes. Vers le troisième ou quatrième jour, ils commencent à changer de nature pour finir par prendre l'aspect des véritables crachats de la hronchite.

Le seul aspect de ces crachats a suffi et peut suffire pour reconnaître les inflammations du parenchyme pulmonaire, et l'on comprend comhien les anciens médecins ont dû se passer si facilement de l'auscultation pour arriver avec quelque certitude au diagnostic de ces affections; mais ce n'est aussi que dans les cas rares et obscurs que nous sentions toute l'importance de cette précieuse découverte et que nous marchions encore plus facilement dans cette voie, basée sur la certitude du diagnostic.

Dans la *bronchite*, la toux est sèche dans la première période; puis les matières expectorées deviennent tellement caractéristiques, qu'il suffit de les avoir vues une seule fois pour reconnaître qu'elles appartiennent à une affection inflammatoire de la muqueuse pulmonaire. Les crachats, d'abord filants, muqueux, transparents, ne tardent pas à devenir opaques, épais, jaunâtres; et lorsqu'ils ont offert ces caractères un certain nombre de jours, ils diminuent de quantité, deviennent muqueux, et se suppriment complétement quand la résolution de la maladie s'est opérée.

Vous voyez qu'avec ces trois phénomènes, douleur, toux et crachats, il est possible d'arriver avec quelque certitude à un diagnostic satisfaisant. Aussi doit-on, si l'on vient joindre à ces signes ceux qui sont fournis par la percussion et par l'auscultation, supprimer le mot *latent* pour désigner une maladie des bronches un peu obscure, et le remplacer par le mot anormal, qui donne le véritable sens de la nature de la maladie que l'on étudie.

Auscultation. — Percussion. — Ces deux moyens d'investigation ne donnent dans la *pleurodynie* que des caractères négatifs.

Dans la pleurésie simple, Laennec prétendait que l'épanchement se manifestait cinq ou six heures au plus après l'invasion de la maladie. Cette assertion ne nous paraît nullement justifiée, et nous avons toujours remarqué que ce n'était guère qu'au bout de vingt-quatre heures que l'épanchement pouvait être appréciable. La percussion alors donne lieu à un son obscur dans la région inférieure du thorax; cette obscurité dans le son accompagne le liquide dans tous les changements de position que l'on fait subir au thorax, changements plus faciles à saisir en théorie qu'au lit du malade. Dans l'affection qui nous occupe, l'auscultation fait constater l'ahsence totale du murmure vésiculaire, et la voix donne lieu à un phénomène important, c'est-à-dire à une espèce de chevrotement que l'on retrouve surtout au niveau du liquide épanché.

La percussion, dans la *pneumonie* au premier degré, fait constater simplement l'obscurité du son; au deuxième degré, la matité est complète. L'auscultation, dans le premier degré, fait entendre une crépitation fine tout à fait caractéristique, et dont votre oreille vous rendra hien plus compte que toutes les descriptions que je pourrais vous en donner; il faut que vous l'entendiez. Le murmure vésiculaire peut encore être perceptible, mais il ne tarde pas à être remplacé par un souffle tubaire qui indique que le poumon est hépatisé et ne laisse plus l'air pénétrer dans son tissu; ce bruit de souffle ne saurait mieux se comparer qu'à celui qu'on peut produire en soufflant dans une bouteille à médecine, ainsi que le dit Laennec.

On comprend très bien que, dans la bronchite, la percussion ne donne lieu à aucun phénomène caractéristique, quoi qu'on en ait écrit; et, en effet, que voulez-vous que produise la muqueuse des hronches légèrement tuméfiée, et dont l'épaississement ne peut pas augmenter la densité du poumon? Je ne reviendrai pas sur les règles que je vous ai fait entendre sur la femme du n° 3 *bis*, et qui peuvent compléter le diagnostic de cette maladie.

Nous avons passé en revue les phénomènes les plus importants qui se manifestent dans les affections du thorax développées d'une manière normale, et les plus simples. Quant aux anomalies, nous les apprendrons au lit du malade.

Dr Ch. Fremy.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

M. Falret a commencé mercredi dernier, en présence d'un nombreux auditoire où l'on remarquait plusieurs sommités scientifiques et administratives, son cours cli-

---

tendant, je tiens à associer mon nom au sien et à ceux des honorables praticiens-ferrants de la Corse, et je propose de donner à la nouvelle méthode le nom de méthode *agnésienne*.

— Vous n'avez point oublié, mon cher confrère, que les cendres de Marjolin étaient à peine refroidies lorsqu'un *collègue* s'empressa d'annoncer que M. J. Cloquet avait chaogé sa chaire de clinique chirurgicale contre celle de pathologie externe, et que ce serait la première, au lieu de celle occupée par Marjolin, qui serait mise au concours. C'était traocher un peu lestement une question sur laquelle le ministre devait être appelé à se prononcer en dernier ressort; mais les amateurs de nouvelles n'y regardent pas de si près. Toutefois, ce qui n'était que possible alors paraît aujourd'hui bien décidé, et c'est bien à un concours de clinique que les candidats doivent se préparer. Si je n'ai point cherché à contrarier (par la plume du moins, car la puissance du feuilleton ne saurait aller au delà) les vues du spirituel professeur de la place de l'Ecole de Médecine, ce n'est point, mon cher confrère, que je sois devenu partisan des permutations depuis ootre dernière correspondance sur ce sujet. Mais, je l'avoue, si une permutation est jamais justifiable, c'est saos cootredit celle que réclame M. J. Cloquet. Ce professeur, vons le savez, a déjà occupé la chaire de pathologie externe qu'il avait conquise par le concours; il doit donc avoir l'aptitude nécessaire pour cette chaire; en outre, M. J. Cloquet est un vétéran de la science et de l'enseignement, dont les services justifieraient bien une petite faveur. Cependant, je veux avant tout ne dissimuler aucune des raisons que font valoir les partisans du droit strict, pour lequel j'ai toujours beaucoup de penchant; je me crois obligé à vous transmettre le petit raisonnement suivant que me faisait il y a quelques jours un observateur peut-être un peu rigoureux des principes :

« Quand M. J. Cloquet a demandé de permuter sa première chaire contre celle qu'il occupe aujourd'hui, il n'a probablement pas obéi à un simple caprice; il a dû penser que ses qualités professorales étaient plutôt faites pour la clinique que pour la pathologie. Or, aujourd'hui M. J. Cloquet est convaincu qu'il n'est plus en état de suffire aux exigences de l'enseignement clinique, d'où l'on conclut qu'il lui est revenu l'aptitude pour l'enseignement de la pathologie. Ne serait-il pas plus logique de dire que M. Cloquet a acquis aujourd'hui l'aptitude au repos? »

Je vous répète, mon cher confrère, que l'honorable logicien qui m'a tenu ce raisonnement me paraît un peu rigoriste, et je me suis bien gardé de répondre à sa question. Mais je ne puis du moins lui refuser de la rendre publique.

— Je termine en mettant sous vos yeux un procédé matrimonial qui sortirait un peu du cercle habituel de nos études, si le héros de l'anecdote n'était pas un de nos bons confrères d'outre-mer. D'ailleurs, tout ce qui touche au mariage intéresse trop la physiologie pour être jamais déplacé dans ces colonnes, et les enfants d'Albion oot des idées qu'il est toujours bon et souvent amusant de connaître, et dont plus que jamais nous paraissons disposés à faire notre profit. Voici ce que notre confrère faisait annoncer récemment dans un journal de Manchester :

« Un monsieur de 40 ans, qui compte dans sa famille un lord, deux baroonets, un évêque et uoe douzaioe d'ecclésiastiques pourvus de bénéfices, qui possède une fortune de 1,000 liv. st. (25,000 fr.), qui a fait des études universitaires et *médicales*, et qui sait composer de la musique, désire ardemment trouver une dame qui veuille bien accepter son cœur et sa main. La dame ne doit pas avoir cinquante ans; son éducation et ses manières doivent être convenables, et elle doit apporter à son futur époux soit une fortune, soit une iodustrie suffisante pour la maintenir.

» *Nota bene.* — Le moosieur est chauve, mais il est prêt à porter perruque si la dame le désire. S'adresser à T. S. G, poste restante, à Manchester. »

Voilà, ce me semble, ce qui s'appelle bien comprendre le mariage dans le sens positif, et je me trouve honoré de voir un confrère de quarante ans entrer dans une voie aussi rationoelle. Espérons que la médecine française ne restera pas en arrière. C'est mon vœu le plus ardent que sur tous les points nous restions au moins les égaux des enfants d'Albion.

X...

Un décret du 3 mai porte :

Les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie natiooale de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre d'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son bulletin, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets.

Ils pourront être, en conséquence, vendus librement par les pharmaciens, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du Codex.

M. le Dr Duchesne-Duparc reprendra son cours public et ses consultations gratuites sur les maladies de la peau le mardi 21 mai, à sa clioique de la rue du Paon-Saint-André, n° 8, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à dix heures du matin.

-nique sur les maladies mentales. La première partie de cette leçon, c'est-à-dire la visite et l'observation directe des aliénés, a été consacrée à l'interrogatoire de plusieurs malades intéressants. Nous aurons soin de temps en temps de rapporter les histoires particulières de ceux des malades qui auront une importance spéciale. Dans la seconde partie de la leçon, le professeur a exposé les principes généraux qui ont présidé jusqu'à ce jour et qui doivent présider à l'avenir à l'observation des maladies mentales. Nous reproduisons aussi exactement que possible le remarquable discours que M. Falret a prononcé sur ce sujet.

De la direction à imprimer à l'observation des aliénés.

Avant d'aborder la symptomatologie de la folie, objet principal du cours de cette année, mon intention est, aujourd'hui, de vous indiquer les principes généraux qui doivent servir de guides dans l'observation des aliénés.

En effet, la première question que vous devez vous poser en commençant l'étude des maladies mentales doit être évidemment celle-ci : Que doit-on observer et noter au milieu de toutes ces minifestations si bazarres, et en apparence si contradictoires que présentent les aliénés? Quel est l'important et quel est l'accessoire au milieu de cet assemblage confus de symptômes qui attire vaguement la curiosité de l'observateur ou le frappe d'étonnement, et même de stupéfaction.

Eh bien ! pour répondre à cette question si naturelle, parcourons ensemble un établissement d'aliénés, et voyons quelles sont les choses qui vont, de prime abord, éveiller votre attention.

Voyez-vous ce malade qui se fait remarquer de loin par la violence de ses cris, par une agitation incessante, par l'irrégularité de ses actes, la bizarrerie de ses poses? Il crie, il chante, il danse, il vocifère ; pas un instant de repos ; la vivacité désordonnée de ses mouvements, la rapide succession de ses pensées, l'incohérence de son langage le distinguent d'une manière tout à fait saillante de la plupart de ses voisins, et il est impossible que les caractères extérieurs que je viens d'indiquer ne captivent pas votre attention.

Continuant votre visite dans l'asile, vous apercevez, blotti dans un coin, un malade immobile, la tête baissée, les yeux à moitié clos, ne proférant pas une seule parole, et si vous avez le loisir de l'observer pendant quelque temps, vous serez étonnés de le voir conserver constamment la même attitude. Il semble étranger à tout ce qui l'entoure, et ne donne en quelque sorte que de loin en loin quelques signes de vie. Si vous l'abordez, c'est à peine s'il s'aperçoit de votre présence, et vous aurez beau modifier et renouveler à l'infini vos questions, vous éprouverez la plus grande difficulté à lui arracher la plus simple parole.

N'est-il pas évident que, frappés du contraste entre la lenteur, l'absence même de ses mouvements, et l'agitation continuelle de celui que vous aviez précédemment remarqué, et de l'opposition presque complète qui existe entre la manière d'être, l'attitude, la conduite, les paroles et les actes de l'un et de l'autre, vous établissez immédiatement une ligne de démarcation tranchée entre ces deux genres d'aliénés, et vous les considérez naturellement comme deux types diamétralement opposés.

Pendant que vous regardez attentivement l'immobilité et le silence de ce malade, vous êtes accostés brusquement par un autre aliéné qui vient vous arracher à la profondeur de vos réflexions, et vous débiter avec une volubilité et une verve extraordinaire les rêves de son imagination : il est prince, roi, empereur; il distribue à tout le monde, avec générosité, avec profusion, des trésors inépuisables ; il raconte avec l'accent de la plus profonde conviction les choses les plus incroyables, parle de ses châteaux, de ses palais, etc., de manière à donner à ses récits tous les caractères de la vérité la plus authentique, et pourtant toutes les circonstances extérieures qui l'entourent protestent à chaque instant contre ses grandeurs imaginaires. Chose étonnante ! Si vous dérivez ses facultés sur d'autres sujets que celui qu'il a spontanément abordé, vous parvenez à le faire causer sensément, avec calme et raison.

Un peu plus loin, vous rencontrez un malade qui présente ce même contraste de raison et de folie, mais qui ne parle que d'idées religieuses; il est en communication incessante avec la Divinité : il voit, il entend des anges émissaires du Très-Haut, qui lui apportent des ordres à suivre et lui dictent sa conduite. Il a pour mission de régénérer l'espèce humaine, de prêcher une nouvelle religion et de convertir le monde. Sortez-le de ces sujets religieux, et vous pouvez parvenir à le faire parler souvent d'une manière très agréable sur des sujets variés, sans pouvoir constater dans ses paroles la moindre trace de folie.

Voilà un aliéné constamment tourmenté par l'idée de l'enfer, et qui se croit réservé à des tortures éternelles. Vous le voyez, en proie au plus affreux désespoir, pousser des gémissements, des lamentations, et quelquefois verser des larmes abondantes.

Ici, un autre aliéné se croit entouré d'ennemis, interprète contre lui les paroles, les gestes, et jusqu'aux plus simples mouvements de tous ceux qui l'entourent, et trouve dans les actes les plus simples de la vie habituelle des motifs de soupçon et de défiance.

Là, vous entendez un malade se plaindre d'ennemis cachés, sans cesse occupés à le harceler, à lui nuire; là, un autre gémit sous l'influence de la physique, de la sorcellerie, des sciences occultes ou du magnétisme.

Un amant, dans son délire, ne parle que d'infidélité et de vengeance, ou bien son esprit est absorbé dans les chimères d'un amour idéal ou d'une félicité sans bornes.

Un mélancolique croit avoir commis les plus grands crimes, ou se croit fatalement condamné à les commettre, et s'abandonne à toutes les angoisses de la douleur.

Une femme qui ne peut dominer un violent penchant d'érotisme se livre publiquement aux actes les plus éhontés, et à côté d'elle, une autre malade, se croyant ruiné et incapable de tout, roule incessamment dans sa tête des projets de suicide.

Plus loin enfin, vous remarquez un aliéné dont le babil intarissable est aussi vide de pensées qu'abondant en paroles décousues et incohérentes, et avec lequel vous ne pouvez absolument lier aucune conversation suivie.

En résumé, car nous devons renoncer à faire passer sous vos yeux toutes les catégories des aliénés, quelle est la pensée que vous emportez d'une visite ainsi faite dans un établissement consacré aux maladies mentales? Vous en sortez avec la persuasion que les idées délirantes n'ont pas plus de limites que l'imagination de l'homme.

Vous avez vu des généraux, des empereurs, des rois, des prophètes, des messies, des dieux; des hommes se croyant changés en diable, en animaux, ou même en corps inanimés; vous en avez vu de préoccupés d'idées religieuses, érotiques, ambitieuses, politiques, etc.

Vous en avez remarqué de calmes, d'agités, de tristes, de gais, et vous concluez 1° qu'il n'est pas de passion, pas d'idée, ayant existé ou pouvant surgir dans la tête humaine, qui n'ait sa représentation dans une maison d'aliénés; 2° qu'il est bien difficile d'introduire l'ordre et la régularité d'une classification scientifique au milieu de phénomènes aussi multiples et aussi variables que l'intelligence et le caractère de l'homme.

Que feriez-vous, par conséquent, si vous vouliez rapporter l'histoire d'aliénés ainsi observés? Vous choisiriez parmi les idées extraordinaires que vous leur entendriez émettre celles qui vous paraîtraient les plus curieuses, les plus intéressantes, et vous chercheriez à en faire un tableau aussi pittoresque que possible ; vous les représenteriez, sous une forme dramatique, préoccupés de leur idée délirante, mettant tous leurs actes en rapport avec leurs paroles, employant toutes les ressources de leur esprit au profit de cette idée, et dans le but d'arriver à la réalisation de leurs désirs. Vous chercheriez à les peindre s'abandonnant sans contrôle et sans réflexion à toute la violence de leurs penchants, à toute la spontanéité de leurs impulsions et à tous les écarts d'une volonté désordonnée. En un mot, vous vous laisseriez guider dans le choix des idées et des actes des malades par leurs bizarreries, leur singularité, par leur caractère étrange et extraordinaire. Vous oublieriez que vous observez des malades, et vous dépeindriez les aliénés comme le font les romanciers. Au lieu d'écrire la nature telle qu'elle est, vous créeriez de toutes pièces, à l'aide de quelques idées saillantes empruntées à des aliénés, des fous imaginaires, semblables à ceux que conçoivent les gens du monde et tels qu'on les représente dans les romans ou dans les pièces de théâtre. Vous décririez, en un mot, des hommes sains d'esprit agissant sous l'influence d'une idée fausse, ou d'une passion, ou bien des malades en proie au délire de la fièvre le plus violent, c'est-à-dire que le plus souvent vous substitueriez vos idées préconçues à l'observation exacte de la nature, la fiction à la réalité.

Ce procédé est évidemment l'enfance de l'art; c'est l'observation abandonnée à tous les caprices de l'imagination et de l'instinct de curiosité. C'est ce que nous appellerons le procédé des littérateurs ou des romanciers, qui a été malheureusement trop souvent employé dans la spécialité des maladies mentales.

Un second procédé qui se rapproche du précédent sous beaucoup de rapports, mais qui en diffère essentiellement par son caractère plus scientifique, est celui qui se présentera naturellement à votre esprit si, frappés des graves inconvénients du précédent, vous cherchez à étudier les aliénés d'une manière plus approfondie.

En restant longtemps avec ces malades, en vivant au milieu d'eux, vous ne tarderez pas à vous apercevoir de l'erreur grossière dans laquelle vous êtes tombés de prime abord, lorsque vous avez cru que les folies étaient aussi multipliées que les individus. Vous serez frappés de l'existence de beaucoup de caractères communs qui rapprochent les uns des autres un grand nombre d'aliénés; vous constaterez, à votre grande surprise, que non-seulement on retrouve les mêmes directions d'esprit et de sentiments chez une foule d'aliénés présentant d'ailleurs des idées prédominantes diverses, mais que le nombre de ces idées elles-mêmes est très restreint comparativement à ce que vous avait fait supposer un léger examen. Vous verrez enfin un grand nombre d'aliénés qui ne se bornent pas à exprimer les mêmes pensées, mais qui les expriment absolument dans les mêmes termes ; vous arriverez ainsi petit à petit, en partant toujours des manifestations extérieures les plus frappantes et des idées dominantes les plus saillantes, à négliger les individualités, pour ne plus étudier que les types, à n'observer que les caractères communs et à laisser dans l'ombre les caractères individuels. Vous entrerez, en un mot, dans la voie scientifique, en abandonnant le terrain infini et illimité des différences individuelles, qui ne peuvent rien donner au delà du fait lui-même pour aborder le terrain des analogies qui permettent de rapprocher les faits par leurs caractères communs, pour en faire des groupes, des espèces et des classes. C'est ainsi, par exemple, qu'au lieu d'observer tel maniaque en particulier, comme vous l'aviez fait précédemment, vous observerez le maniaque dans ses caractères généraux : il en sera de même du mélancolique, du monomaniaque, du dément, que vous chercherez à caractériser le mieux qu'il vous sera possible comme espèce morbide. Dès lors la direction de votre observation se trouvera complétement changée; vous aurez fait un pas immense dans la voie de la science, puisqu'au lieu de vous laisser guider par les impulsions de votre curiosité ou par un aveugle empirisme, vous suivrez les lois qui régissent toutes les sciences, en cherchant à remonter du fait particulier au fait général.

Ce second procédé d'observation, suivi jusqu'à présent par la plupart des auteurs qui se sont occupés d'aliénation mentale, est donc infiniment supérieur à celui que nous vous avons exposé en premier lieu, et de bons esprits lui ont fait produire, non pas des observations complètes et irréprochables, tant s'en faut, mais une foule de documents précieux qui ont servi et qui serviront encore au progrès de la science. Nous insisterons tout à l'heure sur les imperfections qu'il présente, et nous chercherons à vous prouver qu'on doit aujourd'hui lui substituer un procédé plus scientifique encore : nous devions à la vérité de proclamer ici hautement ses avantages et sa supériorité incontestable sur le procédé tout littéraire et romanesque dont nous avons parlé en commençant.

Arrivés au point où nous sommes nous-même en ce moment, les observateurs de la folie, peu satisfaits des résultats obtenus par le procédé que nous venons d'exposer, se sont demandé s'il n'y aurait pas quelque autre point de vue jusque-là négligé qui pourrait conduire à une connaissance plus approfondie de cette maladie, et ils ont alors suivi deux directions diamétralement opposées, la direction somatique ou physique et la direction psychologique.

Les premiers, ceux qui ont cherché à importer dans la médecine mentale les idées de la médecine ordinaire, ont d'abord étudié dans l'aliénation la maladie cérébrale, et sont arrivés en dernière analyse à ne voir dans la folie, comme le célèbre Jacobi et plusieurs auteurs allemands, qu'un symptôme des maladies les plus variées par leurs siéges et par leur nature.

Ils ont assimilé le symptôme folie au symptôme délire observé dès la plus haute antiquité dans les maladies aiguës : cette identité, admise en théorie, a dû naturellement les conduire à des conséquences pratiques identiques; aussi ont-ils été entraînés à appliquer à ce symptôme les procédés d'observation employés à l'égard du symptôme délire dans les maladies ordinaires. Au lieu d'étudier les manifestations du délire en elles-mêmes et de baser les différences et les analogies des délires entre eux sur cette étude directe des paroles et des actes des malades, ils ont été amenés malgré eux à subordonner le phénomène délire aux divers états physiques qui lui donnaient naissance, et à l'observer ainsi dans ses relations avec ces divers états beaucoup plus que dans ses caractères propres. C'est ainsi qu'ils ont fait une bien plus grande attention à l'étude du pouls, des maladies abdominales ou thoraciques, à tous les phénomènes physiques, en un mot, qu'à l'étude des phénomènes psychiques, auxquels ils n'accordaient pas une importance plus grande qu'à tous les autres symptômes d'un même état maladif. Cette direction exclusive donnée à l'observation des aliénés a certainement eu des avantages à une époque où toute l'attention se trouvait fixée sur les phénomènes psychiques et presque entièrement détournée de l'examen des désordres de l'organisme. Nous devons rendre pleine justice aux hommes éminents qui ont eu la patience et le courage de réagir contre une tendance également exclusive de la science qu'il était si difficile de déraciner; ils ne sauraient être responsables de l'exagération de cette réaction; elle tient à la nature des choses, à la nature de l'homme. Cette justice une fois rendue, nous devons dire que cette méthode d'observation est beaucoup trop exclusive pour être vraie et qu'elle doit être repoussée pour deux raisons principales. La première, c'est que, tout en admettant la vérité des observations faites sur les altérations physiques dans l'aliénation mentale, la prédominance de lésion des facultés intellectuelles et morales est telle que c'est manquer aux lois de subordination rationnelles que de ne pas lui accorder une importance proportionnée à sa constante existence et à son intensité. Mais ce n'est pas seulement parce que les lésions physiques sont relativement secondaires dans l'aliénation mentale que l'on doit surtout fixer son attention sur les lésions des facultés psychiques, c'est surtout parce que les fonctions cérébrales ont un caractère spécial qui les distingue essentiellement de toutes les autres fonctions de l'économie et que ce caractère est de nature à augmenter encore l'importance des lésions psychiques; non-seulement les deux éléments, qui par leur union intime constituent la nature humaine, étant troublée par la maladie, donnent naissance au délire, mais ce délire primitif lui-même, une fois produit, donne à son tour naissance à de nouveaux délires secondaires, tertiaires, etc., qui s'engendrent ainsi les uns les autres par suite de la spécialité de la fonction : on n'a donc pas seulement à étudier dans la folie le phénomène délire considéré comme symptôme d'une maladie; il faut nécessairement, pour avoir une connaissance exacte de cette affection, étudier la production du délire par le délire, le mécanisme de l'action des facultés malades les unes sur les autres; en un mot, le travail morbide de l'intelligence.

Ne nous arrêtons donc pas plus longtemps à l'exposé de cette méthode d'observation, évidemment incomplète, et passons à l'étude de celle employée par les psychologues.

Il était tout naturel qu'après avoir envisagé la folie comme une simple perturbation de l'état physiologique de l'intelligence, on songeât à appliquer à l'étude de la folie les procédés d'observation employés par les psychologues pour l'étude de l'homme normal. Les mêmes idées préconçues qui avaient amené l'homme du monde à envisager la folie comme le résultat d'une erreur ou d'une passion implantées au milieu d'une intelligence saine, devaient conduire le psychologue à l'envisager comme l'effet d'une lésion ou d'un trouble dans les facultés que l'homme possède à l'état normal; les uns avaient fixé leur attention sur les idées ou les passions prédominantes qui semblaient être la cause et le point de départ de toutes les paroles et de tous les actes déraisonnables; les autres, plus savants, devaient chercher cette cause dans la lésion de telle ou telle faculté. Aussi, avons-nous vu successivement toutes les doctrines psychologiques avoir leur retentissement dans l'étude de l'aliénation mentale; nous avons vu les idées de Condillac et de Laromiguière, importées dans l'étude de la folie, donner naissance à la lésion de l'attention considérée comme expliquant par sa diminution ou par son exagération les formes principales de la folie; nous avons vu Heinroth cherchant à rattacher toutes les folies à la lésion primordiale de la moralité et les distinguant ensuite, d'après une division généralement admise en psychologie, en folies de l'intelligence, folies de la sensibilité et folies de la volonté;

C'est ainsi, en un mot, que nous avons vu les aliénistes puiser dans les divisions psychologiques existantes les éléments de leurs divisions de la folie et les principes qui devaient les diriger dans l'observation des aliénés.

Nous sommes loin certainement de repousser l'étude psychologique de l'aliénation mentale, c'est-à-dire l'étude de l'action des facultés les unes sur les autres pour la production des délires. Nous croyons, au contraire, que c'est dans cette étude seule, faite, bien entendu, concurremment avec celle des lésions de l'organisme, que l'on pourra découvrir les moyens d'arriver à une connaissance exacte de cette maladie, et surtout d'instituer une thérapeutique vraiment rationnelle; mais est-ce à dire que nous approuvions l'application de la psychologie, telle qu'elle a été faite jusqu'à présent, à l'étude et à la classification de la folie? Non, certainement. Nous pensons qu'étudier, ainsi qu'on l'a fait, les lésions isolées des facultés dans la folie, c'est importer tout à fait artificiellement d'une science dans une autre un procédé qui, bon et utile dans l'une, peut très bien ne pas l'être dans l'autre; que c'est réunir arbitrairement, dans un cadre et sous une dénomination commune, des faits qui ne se ressemblent que par ce seul point et qui diffèrent essentiellement sous tous les autres rapports; c'est, en un mot, faire de l'observation systématique; c'est d'ailleurs être exclusif, au lieu de déduire les lois de coordination de l'ensemble des phénomènes observés et appréciés à leur juste valeur.

Oui, certainement, nous pensons qu'on doit étudier l'aliénation mentale au point de vue psychologique; mais nous entendons par là qu'on doit étudier attentivement le mécanisme psychique de la production des délires, et non rechercher dans ces délires les lésions des facultés qu'on rencontre chez l'homme à l'état normal. A quoi servirait, en effet, de rechercher les lésions de l'attention, de la mémoire, de la volonté, par exemple, dans la folie, si l'on ne faisait, comme l'ont fait jusqu'à présent la plupart des aliénistes psychologues, que constater cette lésion isolée sans rechercher ses rapports avec toutes les conditions au milieu desquelles elle se produit, en un mot, avec tous les autres phénomènes que présente le malade? Aussi, à quels résultats tous ces psychologues exclusifs sont-ils arrivés jusqu'à présent dans l'étude de la folie? Ils sont bien faciles à résumer, puisqu'ils sont nécessairement les mêmes pour tous. Ils sont arrivés tous à cette conclusion: telle faculté, comme la mémoire, la volonté, l'attention, peut être troublée de trois manières dans la folie; elle est augmentée ou elle est diminuée, ou bien elle a subi une perturbation dans les lois qui la régissent.

Telles sont les trois conséquences inévitables auxquelles doit conduire l'étude des lésions isolées des facultés dans la folie. Mais, je vous le demande, à quel résultat pratique peut-on arriver en scindant ainsi l'intelligence humaine d'après des divisions scolastiques admises uniquement pour faciliter l'étude, et si l'on n'observe pas les facultés dans leur union, c'est-à-dire telles qu'elles se présentent dans la nature?

Évidemment, si, au lieu d'étudier les facultés en action et l'intelligence en mouvement, je dirai même plus, l'intelligence dans son mouvement pathologique, on décompose artificiellement ces états complexes, comme l'anatomiste dissèque les tissus et comme le chimiste analyse les corps inorganiques, il est impossible d'avoir une idée juste des phénomènes tels que la maladie les présente. Ici encore, d'une manière tout aussi exclusive que dans les trois méthodes précédentes, on substitue donc un procédé artificiel et incomplet d'observation à l'étude exacte de la nature.

Nous avons voulu vous exposer les quatre procédés principaux d'observation employés par nos devanciers, avant de vous indiquer celui que nous croyons devoir leur être préféré. Cet exposé suffit déjà pour vous faire sentir les inconvénients, les dangers même des méthodes exclusives d'observation. On n'a signalé dans le délire que les phénomènes les plus saillants, ceux qui frappent d'abord l'observateur; on a créé d'une manière artificielle des types et des classes basés sur ces caractères extérieurs, ou bien, négligeant l'observation directe du délire lui-même, on a cherché à soumettre son étude aux lois qui régissent la pathologie ordinaire, ou la psychologie normale.

Après avoir assisté en quelque sorte à ces évolutions de la science, ne vous semble-t-il pas qu'il doit y avoir autre chose à observer chez les aliénés que ces phénomènes extérieurs et saillants? Pour répondre à cette question, soumettons à une nouvelle revue les aliénés que nous avons distingués tout à l'heure en suivant cette voie; examinons le maniaque, par exemple, que l'observation toute superficielle des caractères extérieurs a fait regarder comme un type bien caractérisé. Croyez-vous que deux hommes qui se livrent aux mêmes actes violents et qui sont dans le même état apparent d'agitation doivent nécessairement être dans le même état intérieur? Ne soupçonnez-vous pas que des situations d'esprit très différentes peuvent donner lieu à beaucoup de manifestations extérieures analogues? La colère ne produit-elle pas quelquefois les mêmes effets que l'ivresse, et croyez-vous qu'il serait bien scientifique de grouper ensemble ces deux états au point de vue de leur résultat identique sans tenir compte des différences nombreuses qu'ils présentent et qui doivent au contraire les faire distinguer nettement l'un de l'autre? C'est cependant la même erreur qui a été commise en réunissant sous le nom de maniaques des malades qui peuvent se ressembler sous le rapport de leurs cris et de la violence de leur agitation, mais qui peuvent aussi différer totalement sous le rapport de l'état intérieur, mobile de ces actes analogues, état qu'il est surtout important de connaître soit pour apprécier exactement sa maladie, soit pour instituer un traitement individuel.

Passons au mélancolique.

On l'a représenté comme absorbé en lui-même, ne proférant aucune parole, péniblement préoccupé d'une idée triste, etc. Croyez-vous sérieusement que ces signes extérieurs suffisent pour caractériser un état identique et constituer un véritable type? N'y a-t-il pas une distance immense entre l'aliéné ayant conservé une partie de son intelligence et revêtant en effet ces apparences extérieures par suite d'une préoccupation pénible et le malade atteint de cette forme de mélancolie que l'on a désignée sous le nom de stupidité ou d'idiotisme accidentel, et qui sous des apparences analogues cache un anéantissement presque complet de l'intelligence?

Comment constaterez-vous ces différences essentielles, si vous vous bornez à noter les phénomènes apparents à la première vue et si vous constatez simplement les manifestations, au lieu d'étudier les conditions au milieu desquelles elles se produisent et les états généraux de l'intelligence qui leur donnent naissance?

(La suite au prochain numéro.)

NOUVELLES.

Par décret individuel à la date du 12 mai 1850, le président de la République a nommé chevalier de l'ordre national de la Légion-d'Honneur M. Perez (Joseph), docteur en médecine, ancien chirurgien militaire, naturalisé français. Il sauva de la fureur du peuple, et au péril de sa vie, vingt-sept prisonniers français qui se trouvaient à l'hôpital de San-Lucar de Barameda, au moment où l'armée française vint prendre possession de l'Andalousie; il les cacha et les nourrit pendant trois mois à ses frais, et fut obligé de s'expatrier pour échapper aux nombreux dangers qui le menaçaient pour avoir accompli cet acte de dévouement et de générosité.

— Par décrets individuels et motivés, rendus sur la proposition du ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur, en considération des services qu'ils ont rendus et du dévouement dont ils ont fait preuve pendant la durée du choléra:

Officier. — M. Sue (Georges-Antoine-Thomas), médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Chevaliers. — MM. Madin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Verdun; Marion de Procé, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes; Mignet, médecin à Paris; Mollet, médecin en chef de l'hôpital civil de Brest; Ollivier (Clément), médecin à Arpajon; Petit (Achille), ancien officier de santé à Pont-Saint-Pierre (Eure); Picart, médecin à Sézanne (Marne); Robin-Rigollot, médecin à Saint-Vinnemer (Yonne); Tessereau (Auguste), médecin à Paris; Aliès, médecin à Luxeuil (Haute-Saône); Augouard (Et.), médecin à Paris; Charrier, médecin, maire de Chaillé-les-Marais, membre du conseil général de la Vendée; Philippaux (Constant), médecin à Paris; Duparcque, médecin à Paris; Cordier (François-Simon), médecin à Paris; Duplanty, médecin et maire de Saint-Ouen; Golfin, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier; Janin, médecin à Paris; Juhin, médecin, percepteur à Champigné; Jodin, médecin à Paris; Boussenard, médecin à Paris; Girard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille; Roberty, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille; Perrochand (Joseph), médecin à Boulogne-sur-Mer; Duval (Eugène), médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement; Meschinet (de), médecin des épidémies du département des Deux-Sèvres.

— Nous sera-t-il permis, à ce propos, de rappeler que l'administration des hôpitaux de Paris n'a pas encore délivré les médailles qu'elle avait promises à ceux qui se sont fait remarquer par leur zèle pendant la dernière épidémie?

— *Mutations dans le personnel de santé militaire.* — Douchez, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Nancy, désigné pour être détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne, restera à son poste, à Nancy.

M. Gasté, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Nancy, est désigné pour être détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne pendant la saison des eaux.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 23 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 61.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 22 MAI 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance d'hier a offert le double intérêt de l'importance et de la variété des sujets qu'on y a traités. M. Mêlier a d'abord lu, sur une question fort délicate de responsabilité médicale, un de ces rapports éminemment académiques, où l'agrément de la forme le dispute souvent à la solidité du fond. Il a formulé des conclusions fort sages qui ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie. Nous consacrerons un article spécial à l'examen de cette affaire.

M. Fréd. Dubois, dans une intéressante note historique que nous ferons également connaître, a donné quelques détails curieux sur les coutumes de l'ancienne Académie de chirurgie, et a rendu à un de nos plus vénérables confrères, M. le docteur Duval, un hommage auquel l'Académie tout entière a été heureuse de s'associer.

Enfin, la discussion sur le rhumatisme articulaire aigu a repris son cours en présence d'un nombreux auditoire qu'avait attiré l'intérêt de ce débat. M. Bouillaud a pris le premier la parole, et, dans une brillante improvisation, a cherché à repousser toutes les objections qu'on a faites à sa doctrine. Nous glisserons sur la partie théorique ou pathologique de son discours, dans laquelle M. Bouillaud partage exactement les mêmes erreurs que ses contradicteurs, quoique ceux-ci soient bien loin de s'en douter : nous signalerons ces erreurs d'une manière générale. Pour le moment, nous n'examinerons que la question du traitement, et nous dirons :

Comment se fait-il que M. Bouillaud, avec cette merveilleuse facilité dont il a aujourd'hui encore donné une nouvelle preuve, avec cet esprit d'exactitude dont il paraît doué à un si haut degré, comment M. Bouillaud n'a-t-il pas senti la nécessité de venir apporter à l'Académie autre chose que les assertions qu'il avait déjà énoncées dans la dernière séance, et qu'il se soit contenté de dire : Dans les phlegmasies graves des articulations ou des viscères, les saignées coup sur coup produisent, règle générale, la guérison en quatre jours; la mort est la très rare exception; elle est presque sans exemple? Comment n'a-t-il pas jugé qu'il était nécessaire p'apporter des preuves à l'appui de cette assertion, et de dire, par exemple :

Dans tant de cas de rhumatisme articulaire aigu;

La maladie datant de tant de jours lors de l'entrée du malade à l'hôpital,

Tant de saignées de telle quantité ayant été faites en tant de temps,

Au bout de tant de jours, le malade est entré en convalescence, c'est-à-dire que toute douleur, tout mouvement fébrile avait cessé, et que les aliments ont pu être donnés et pris sans inconvénients?

Que M. Bouillaud en soit bien convaincu, en procédant de la sorte, il n'y a pas d'obstacles, il n'y a pas d'oppositions, systématiques ou non, qui puissent s'opposer à ce que des vérités se fassent jour; mais à la condition que ce soient des vérités. Ajoutons que ces oppositions aveugles et passionnées, dont M. Bouillaud suppose l'existence, n'existent point réellement. Est-ce que les autres vérités scientifiques, découvertes ou propagées par M. Bouillaud, n'ont pas acquis droit de domicile dans la science, sans avoir à vaincre des ennemis acharnés? Est-ce que M. Bouillaud lui-même n'a pas été admis à partager tous les honneurs, toutes les dignités, tous les avantages auxquels peuvent aspirer ceux qui cultivent avec le plus de succès la science médicale? Pourquoi donc les vérités qui viendraient de l'homme seraient-elles plus mal accueillies que l'homme lui-même? M. Bouillaud a un tort grave, et nous hésitons d'autant moins à le lui apprendre, s'il l'ignore encore, que la science ne peut que gagner à ce qu'il en soit informé, s'il est possible; ce tort, d'ailleurs, lui est commun avec beaucoup de grands hommes, et ce peut être là une consolation, dans le cas où il lui serait impossible de s'en corriger. M. Bouillaud croit que la génération médicale tout entière, ou à peu près, conspire contre lui, sinon contre sa vie, du moins contre ses œuvres. Que M. Bouillaud se désabuse, qu'il étudie l'histoire de la science, l'histoire du monde même, il verra qu'un tel phénomène ne s'est jamais produit; il se convaincra que toutes les opinions ont trouvé des partisans, toutes les causes des défenseurs, et que la vérité a toujours fini par triompher; mais bien entendu, nous le répétons, quand c'était une vérité.

Si nous avons insisté sur une question qui peut paraître quelque peu personnelle, c'est que nous savons que M. Bouillaud peut encore rendre à la science d'éminents services; c'est que, par un découragement sans motif, il paraît disposé à déserter le champ où il a pourtant cueilli d'abondantes moissons; c'est que nous nous estimerions heureux de le ramener dans une voie de travail et d'observation, où de nouveaux succès l'attendraient s'il se résignait à s'y maintenir, malgré les petites contrariétés inséparables de toute vie occupée et vraiment utile.

Pour en revenir à l'efficacité des saignées coup sur coup, M. Bouillaud a répété qu'elles faisaient disparaître un rhumatisme articulaire aigu en quatre jours; mais il n'a nullement détruit les calculs de M. Requin, que nous avons rappelés dans notre dernier numéro, et qui prouvent que dans les faits publiés par M. Bouillaud, la durée moyenne du rhumatisme a été de vingt-sept jours et une fraction. C'est là surtout ce qu'il fallait faire.

Nous avions signalé également dans notre dernier numéro un point qu'il eût été important de décider d'une manière définitive, et qui aurait offert beaucoup moins de difficultés que les questions toujours ardues de traitement; c'est celui qu'avait soulevé M. Bouillaud lui-même, et qui est relatif à la fréquence des lésions du cœur, et même de quelques autres organes, à la suite du rhumatisme articulaire aigu. Serait-il vrai, comme l'a avancé ce savant professeur, que TOUS les rhumatismes articulaires aigus qui ont duré plus d'un septenaire soient inévitablement suivis de maladies mortelles du cœur? Puisque M. Bouillaud s'est contenté de répondre à cette question sans prouver ce qu'il avançait, nous pourrions, à notre tour, nous contenter d'une assertion contraire, et dire que l'opinion de M. Bouillaud nous paraît une immense exagération; mais sans avoir fait de relevé statistique qui puisse nous permettre de résoudre d'une manière rigoureuse la difficulté, nous croyons qu'il est possible de la juger d'une manière approximative, quoique exacte, par le raisonnement et les faits qui suivent.

Si tous les rhumatismes articulaires aigus qu'on ne traite point par la formule de M. Bouillaud durent nécessairement plus d'un septenaire (et c'est là l'opinion du savant professeur, que d'ailleurs nous ne contestons pas), sont suivis de maladies organiques du cœur, comme personne n'emploie la formule de M. Bouillaud que M. Bouillaud lui-même, il s'ensuit que les maladies du cœur devraient être tout aussi fréquentes que le rhumatisme articulaire aigu, plus fréquentes même; car quelque part que l'on veuille faire au rhumatisme comme cause des maladies du cœur (et nous sommes disposé à la faire très large), encore est-il probable qu'un certain nombre de ces maladies se développent sans avoir été précédées de rhumatisme articulaire aigu. Or nous ne pensons pas qu'il y ait un seul clinicien attentif qui pense que les affections organiques du cœur sont plus nombreuses, ni même aussi nombreuses que le rhumatisme articulaire. Cela suffit pour résoudre la question d'une manière générale; des relevés exacts pourraient seuls indiquer les proportions.

Relativement au traitement du rhumatisme articulaire aigu par les méthodes plus généralement usitées que celle de M. Bouillaud, nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit dans notre dernier article; M. Martin-Solon, M. Grisolle lui-même, qui a montré aujourd'hui à ses ignorants détracteurs ce que l'Académie pouvait attendre de son concours, n'ont rien ajouté à ce qu'ils avaient déjà dit sur le degré d'utilité de ces méthodes.

Mais il est une question sur laquelle nous ne pouvons plus garder le silence, car elle est devenue aujourd'hui prédominante dans la discussion; c'est celle de la nature du rhumatisme articulaire aigu.

Ce sera de notre part le sujet d'un prochain article.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

De la direction à imprimer à l'observation des aliénés.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

Cette nécessité devient bien plus évidente encore lorsque l'on aborde l'étude des délires partiels à idée fixe. Attacherez-vous, par exemple, une importance majeure à noter que tel aliéné a une idée d'orgueil, que tel autre a une idée religieuse ou une idée d'amour, comme on se borne à le faire aujourd'hui? Une idée d'orgueil entraîne-t-elle nécessairement, selon vous, la conséquence du développement de l'amour-propre chez un malade; et la présence d'une idée religieuse, chez un autre, sera-t-elle l'indice infaillible d'un sentiment religieux exalté? N'est-il pas possible que deux aliénés ayant, l'un une idée d'orgueil et l'autre une idée religieuse, se ressemblent complétement, malgré la différence de leur idée prédominante, et qu'au contraire, entre deux malades ayant chacun une idée religieuse ou une idée d'orgueil prédominante, il existe des différences entre elles?

Qu'il nous suffise, pour nous convaincre immédiatement de cette vérité, de vous citer un exemple qui vous paraît bien frappant : en suivant les procédés d'observation existants, vous décrirez isolément comme des aliénés tout à fait différents, d'un côté, un malade se croyant possédé du diable, puis un autre qui se croira entouré d'ennemis, un troisième qui s'imaginera sans cesse être en butte à la poursuite de la police; tel autre qui ne sera préoccupé que de sorcellerie ou de physique; un cinquième enfin, qui ne parlera que de magnétisme et d'influences mystérieuses agissant sur lui à distance. En suivant le procédé d'observation des romanciers, ou même à l'aide du procédé plus scientifique des narrateurs, vous les dépeindrez avec tous les détails que les malades auront dû donner à leurs idées délirantes, comme des types tout à fait différents.

Eh bien! une seule observation générale suffit pour détruire tout cet échafaudage artificiel. Ces malades, que vous croyez si différents les uns des autres, se ressemblent tous par les phénomènes communs de la crainte, de la défiance et du sentiment du merveilleux. Voilà les sentiments formant le véritable fonds de la maladie, qui ont revêtu chez chacun d'eux des formes diverses, selon les habitudes antérieures de l'individu, selon sa culture intellectuelle, selon le milieu au sein duquel il a vécu, et selon mille autres circonstances, mais qui existe chez tous avec les mêmes caractères généraux, et qu'il faut, par conséquent, s'attacher à étudier et à décrire. Ce qui prouve encore combien cette remarque est exacte, c'est qu'en étudiant l'aliénation mentale aux diverses époques historiques, on voit cette forme générale caractérisée par un sentiment général de frayeur uni parfois à l'exaltation du sentiment du merveilleux, revêtir successivement ces formes diverses. On la trouve avec l'idée prédominante du diable ou de l'enfer au moyen âge, tandis qu'à d'autres époques sociales, on voit prédominer les idées de sorcellerie, de magie ou de police. Les mêmes différences s'observent entre les diverses classes de la société à la même époque, et ce que des individus des classes inférieures attribuent à la physique, d'autres, ayant reçu plus d'éducation, l'attribuent au magnétisme.

Nous pourrions multiplier à l'infini les exemples de ce genre; mais ceux que nous venons d'indiquer suffiront par leur généralité pour vous faire sentir les défauts des méthodes d'observation existantes, et pour vous faire comprendre dans quelle voie il convient de s'engager maintenant.

La conclusion à tirer de cet aperçu rapide est celle-ci : les types aujourd'hui généralement admis parmi les aliénés ne sont, en général, basés que sur des caractères superficiels qui pourraient manquer, la maladie restant la même, ou qui peuvent exister dans deux formes de maladies opposées. Si l'on continuait à observer dans cette direction, on ne pourrait jamais arriver à la connaissance de la vérité, puisqu'on laisserait dans l'ombre ce qui est important, et on mettrait en relief ce qui est accessoire. Cette voie, ouverte jusqu'ici à l'observation, a donc produit tout ce qu'elle pouvait produire, c'est-à-dire des types provisoires tout à fait artificiels, qui ne peuvent servir qu'en attendant la découverte d'autres types vraiment naturels.

Que faut-il donc faire pour arriver à la découverte de ces types nouveaux que nous entrevoyons dans un avenir plus ou moins prochain?

Nous allons répondre à cette question, mais d'une manière dogmatique et aussi brièvement que possible, parce que les développements donnés à l'exposé critique des procédés d'observation généralement employés nous permettent d'abréger sans être trop incomplet. Le cours clinique presque tout entier aura d'ailleurs pour but de vous donner la démonstration pratique des principes que je vais aujourd'hui me borner à énoncer.

Nous avons donc en ce moment deux choses distinctes à vous indiquer : d'une part, les procédés qui doivent conduire à la découverte de ces nouveaux types, et, d'autre part, la nature de ces types, autant que nous pouvons les entrevoir dans l'avenir de la science. Si nous nous bornions à vous dire

qu'il ne faut pas se contenter de noter ce qui est saillant, mais qu'il faut examiner le fond des choses; qu'il ne suffit pas de constater les manifestations du délire, mais qu'il convient de remonter des effets aux causes, des résultats aux mobiles, certainement ces préceptes généraux auraient déjà leur importance, mais il serait inutile d'y insister plus longtemps, puisqu'ils sont contenus implicitement dans la réfutation des autres procédés à laquelle nous venons de nous livrer.

Notre but actuel ne peut pas être simplement d'énoncer ces principes; il est surtout de vous indiquer les moyens de les mettre en pratique. Nous vous disons donc : Si vous voulez arriver à connaître les états généraux sur lesquels germent et se développent les idées délirantes, si vous voulez arriver à connaître les tendances, les directions d'esprit et les dispositions de sentiments qui sont la source de toutes les manifestations, ne réduisez pas votre rôle d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades, de sténographe de leurs paroles ou de narrateur de leurs actions; soyez convaincus que, si vous n'intervenez pas activement, si vous prenez en quelque sorte vos observations sous la dictée des malades, tout l'état intérieur se trouve défiguré en passant à travers le prisme de leurs illusions et de leur délire.

Les aliénés, en effet, sont bien plus habiles qu'on ne le pense à colorer et à transformer leur situation mentale, pour s'en rendre compte, l'expliquer aux autres, ou pour donner le change sur leurs véritables intentions; soit illusion, soit dissimulation, les aliénés rentrent très souvent à cet égard dans les lois de l'homme à l'état normal : conserver aux divers faits qu'ils racontent les rapports d'importance et de subordination qu'ils ont eux-mêmes établis, c'est donc absolument comme si l'on croyait avoir dépeint exactement le caractère d'un individu raisonnable en racontant textuellement, au milieu des faits qu'il nous raconterait sur lui-même, les jugements qu'il aurait portés sur ses pensées et sur ses actes.

L'homme ne se connaît jamais lui-même, dit-on souvent avec vérité, et cet axiome est aussi applicable aux aliénés qu'aux hommes sains d'esprit. Comment voulez-vous, par exemple, qu'un aliéné plongé dans la tristesse parce qu'il croit avoir commis les plus grands crimes, ou parce qu'il croit avoir perdu toute sa fortune, n'attribue pas sa tristesse à ces maux imaginaires, au lieu de subordonner ces préoccupations pénibles au sentiment général de tristesse qui existait chez lui à l'état vague avant d'avoir revêtu cette forme particulière d'idées de ruine ou de culpabilité?

Le premier principe à suivre pour arriver à la connaissance des faits généraux qui doivent primer les faits de détail est donc de changer son rôle d'observateur passif des paroles et des actes des malades en rôle actif, et de chercher souvent à provoquer et à faire jaillir des manifestations qui ne surgiraient jamais spontanément, à cause de la direction d'esprit spéciale dans laquelle le malade se trouve engagé.

Un second principe également bien important dans l'état actuel de la science, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à déterminer des espèces morbides bien naturelles, est de s'attacher à étudier et à caractériser l'individualité maladive.

Puisque les types aujourd'hui existants dans la science sont tout à fait imparfaits et insuffisants, comment arriver à la création de types nouveaux, si l'on ne fait pas abstraction des caractères généraux qui servent aujourd'hui à rapprocher artificiellement les faits pour étudier avec soin, dans tous ses détails, chaque individualité maladive? Autant ce procédé est défectueux en lui-même lorsqu'une science est arrivée à un haut degré de perfectionnement, puisqu'il tend à fixer l'attention sur des différences individuelles et à l'éloigner de la recherche des caractères communs, autant il est indispensable lorsqu'une science est encore à son début. C'est alors un moyen précieux pour se soustraire aux influences dangereuses de classifications arbitraires, et pour conduire à la découverte des caractères vraiment importants.

Que fait-on au contraire aujourd'hui dans la plupart des cas?

On croit, par exemple, faire la description d'un maniaque qu'on a sous les yeux, et on ne fait en réalité que la description d'un maniaque en général; il en est de même d'un mélancolique et de la plupart des aliénés atteints de délire partiel. Leur histoire présente les plus grandes ressemblances; ils ne diffèrent que par quelques variantes individuelles relatives à la nature de l'idée prédominante, et c'est précisément la seule différence qui pourrait être négligée sans inconvénients, puisqu'elle est tout à fait insignifiante.

On se laisse ainsi guider dans l'observation par les types préalablement connus que fournit l'état actuel de la science; et comme l'homme n'aperçoit en général que les faits sur lesquels il a le dessein de fixer son attention, ces caractères communs, que l'on devrait précisément tâcher d'oublier pour arriver à la connaissance exacte du malade, sont les seuls qui soient remarqués.

Étudier l'aliéné qu'on a sous les yeux dans ce qui le caractérise individuellement, et non dans les caractères qui lui sont communs avec d'autres aliénés, d'après les classifications existantes, tel est donc le second principe qu'il importe d'avoir sans cesse présent à l'esprit à l'époque actuelle de la science pour observer avec fruit les aliénés.

Un troisième principe également très important, et qui en renferme une foule d'autres, est celui-ci : Ne jamais séparer un fait de son entourage et de toutes les conditions au milieu desquelles il a pris naissance, du sol sur lequel il a germé et s'est développé, et de toutes les circonstances qui le précèdent, l'accompagnent ou le suivent. Sans cette précaution importante il est impossible d'arriver à la connaissance exacte du plus simple fait; on ne voit que le résultat brut, et on n'en comprend ni l'origine, ni la portée, ni les conséquences.

Que diriez-vous du philosophe qui prétendrait juger du caractère d'un individu en ne connaissant de lui qu'un acte dégagé de tout ce qui serait de nature à l'expliquer, à le motiver et à faire apprécier sa valeur?

N'est-il pas évident qu'un acte, quoique identique, n'est en quelque sorte plus comparable à lui-même, selon la diversité des circonstances où il s'est produit, et par conséquent ne serait-il pas insensé de vouloir en saisir la signification et le caractère sur son simple énoncé? C'est cependant de la sorte qu'on agit chaque jour dans l'observation des aliénés lorsqu'on se borne à constater qu'un malade est en proie à une agitation violente sans chercher avec soin quelle est la cause de cette agitation; si elle est automatique et musculaire ou motivée par une idée, dans quelles conditions elle s'est produite et quelles sont les circonstances qui contribuent à modifier sa marche.

Il en est de même pour les aliénés à délire partiel lorsque, préoccupé de l'observation de l'idée fixe en elle-même, on néglige d'examiner sur quel fond maladif elle repose; si elle a surgi spontanément et tout à coup, ou bien, au contraire, si elle n'a été que le résultat d'un développement graduel et successif.

Le médecin en agissant ainsi ressemble à l'historien qui, voulant peindre un événement historique, ne décrirait qu'un épisode, au lieu de rechercher les causes qui l'ont préparé, celles qui lui ont donné naissance, les divers faits accomplis à la même époque et qui ont pu le modifier, le dénoûment et enfin les conséquences.

La maladie, en effet, n'est qu'une série d'événements plus ou moins complexes que l'observateur doit présenter sous leur véritable jour, dans leur ordre de succession et de filiation, et entouré de toutes les circonstances au milieu desquelles ils se sont produits.

Les trois principes que nous venons d'exposer résument assez bien, selon nous, la direction qu'il convient d'imprimer à l'observation des aliénés, mais ils ne suffisent pas encore complétement pour exprimer toute notre pensée : ils montrent la voie à suivre sans préciser les choses que l'on doit observer. Nous vous avons sans doute déjà indiqué ces objets de l'observation d'une manière générale en vous disant qu'il fallait étudier les tendances et non les résultats, les mobiles et non leurs effets; les situations anormales de l'esprit, les dispositions maladives, la sensibilité et non les idées et les sentiments qui en procèdent; mais cet énoncé est trop général pour être compris de prime abord : le seul moyen de donner à un sujet de cette nature la précision qu'il exige consisterait à vous indiquer quelques-uns des types auxquels aurait conduit l'observation dirigée dans cette voie; comme ces types naturels n'existent pas dans l'état actuel de la science, nous sommes contraint de choisir quelques exemples analogues pour vous donner une idée de la nature du but vers lequel doivent tendre nos efforts.

Plusieurs fois déjà pendant le cours de cette leçon nous vous avons signalé quelques dispositions générales de l'esprit ou du cœur offrant des analogies avec des types naturels. Nous avons montré, par exemple, le sentiment de crainte et de défiance persistant avec des caractères généraux toujours les mêmes à travers les siècles et malgré la mobilité des idées délirantes.

Mais il est un autre caractère de ce genre qui nous paraît bien plus propre à faire comprendre nettement les différences générales que l'on doit chercher à établir parmi les aliénés indépendamment des différences de leurs idées délirantes : nous voulons parler de l'état général d'exaltation ou de dépression dans les maladies mentales.

Un malade se présente à vous avec une lenteur extrême dans la succession des idées, une grande anxiété, une absence complète d'énergie dans la volonté; il n'a qu'un nombre d'idées très restreint et le plus souvent même il passe des heures entières sans qu'aucune idée nouvelle vienne sillonner son intelligence; indifférent ou inattentif à tout ce qui l'entoure, privé de tout sentiment d'affection pour les personnes anciennement aimées, incapable de prendre la plus simple décision et n'ayant même pas la force de porter atteinte à une vie qui lui est à charge; tout dans la nature et autour de lui lui semble pâle et décoloré, et c'est à peine si dans les cas extrêmes il a la force de pourvoir aux nécessités les plus urgentes de la vie.

Eh bien! je le demande, quelle que soit la nature des idées prédominantes qui préoccupent un tel malade, les phénomènes que nous venons d'indiquer ne sont-ils pas l'expression d'un état général très intéressant à étudier et pouvant servir de base à la formation d'un type vraiment naturel?

Nous pouvons en dire autant du type caractérisé par le phénomène général de l'exaltation qui présente des phénomènes précisément inverses : rapidité très grande de succession des pensées, vivacité et mobilité extrêmes de sentiments et énergie correspondante de la volonté; tout semble facile à de pareils malades, et, pleins de confiance dans leurs forces, ils conçoivent et entreprennent les projets les plus hardis et les plus téméraires; tout leur apparaît sous un aspect de bonheur, et le monde entier ne leur apporte que des sensations vives et agréables; un tel état général n'offre-t-il pas pour l'étude un véritable intérêt et n'est-il pas naturel de rapprocher les uns des autres des aliénés qui le présentent avec les mêmes caractères, quelle que soit d'ailleurs la différence de leurs idées délirantes? Nous ne voulons pas dire que cette base de classification soit à l'abri de tout reproche et que la division des aliénations mentales, d'après les phénomènes d'exaltation ou de dépression, soit définitive; non certainement; nous n'avons voulu la mentionner ici que comme un exemple facilement saisissable de ces états généraux qui doivent être l'objet des observations ultérieures de la science. C'est en effet vers l'étude d'états analogues et indépendant des idées délirantes que doivent tendre désormais tous les efforts de l'observateur. Il faut, par l'observation attentive des faits individuels et en suivant les principes signalés précédemment, s'efforcer de découvrir un grand nombre de ces états généraux qui ouvriront de nouvelles perspectives à la science et permettront plus tard d'arriver à une classification plus naturelle des diverses formes de la folie.

Il nous resterait à vous indiquer maintenant les conséquences nombreuses que doit entraîner une semblable direction dans l'étude de l'aliénation mentale sous le triple rapport de la description, du pronostic et du traitement; mais ce sujet nous conduirait beaucoup trop loin, et nous devons nous borner aujourd'hui à insister sur un dernier principe de direction dans l'observation des aliénés qui est assez important pour mériter un examen particulier.

Ce principe consiste à soumettre les malades à une véritable expérimentation en les interrogeant dans le but de signaler les lacunes qu'ils montrent dans leurs réponses, par comparaison avec l'action de l'intelligence saine dans les mêmes circonstances.

C'est ce que nous appelons l'observation des faits négatifs, c'est-à-dire qu'au lieu de constater directement les faits qui se présentent on constate l'absence de certains faits dans des conditions où ils devraient nécessairement se produire dans une intelligence régulière.

. . . .

Après quelques nouveaux développements sur la nécessité d'étudier avec le plus grand soin les divers caractères qui constituent la maladie de l'aliéné qu'un médecin veut guérir, M. Falret termine ainsi :

Nous aurons atteint notre but si vous emportez de cette leçon la conviction que, pour observer utilement un aliéné, il ne suffit pas de noter les paroles bizarres et extraordinaires qu'il prononce, les actes excentriques et désordonnés auxquels il se livre, mais qu'il faut surtout s'efforcer d'apprécier et d'analyser avec soin l'état psychique intérieur qui donne naissance à ces paroles et à ces actes.

Nous aurons atteint notre but si nous vous avons prouvé qu'il ne suffit pas de faire l'histoire des idées délirantes, qu'il faut faire l'histoire des individus délirants, qu'il ne suffit pas de faire connaître les résultats du travail morbide de l'intelligence, qu'il faut étudier ce travail lui-même; qu'il ne suffit pas de noter les idées et les actes produits, qu'il faut étudier leur génération, leur filiation, leur ordre de succession, leurs rapports mutuels, qu'il faut, en un mot, arriver à connaître la maladie dans son ensemble et non dans quelques-uns de ses aspects, dans son fond et non dans l'un de ses reliefs.

Tant que l'observation ne sera pas ainsi dirigée, on pourra sans doute recueillir des faits intéressants à certains points de vue, propres à attirer l'attention par la singularité des détails, quelquefois aussi attrayants que les productions fantastiques des littérateurs et des romanciers; mais certainement de tels faits seront dépourvus des éléments nécessaires pour arriver à la description vraiment scientifique de la maladie, et pour ouvrir des voies plus larges et plus sûres à son traitement rationnel.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 mai 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie :

1° Des rapports sur les eaux minérales de Sylvanès (Aveyron), de Cransac (même département), de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), d'Encausse (*idem*), de Vic (Cantal), de Luxeuil (Haute-Saône), de Lamalou et de Balarue (Hérault);

2° Des états des vaccinations pratiquées en 1849 dans les départements des Vosges, de l'Aveyron, de la Haute-Loire et de la Haute-Garonne.

— Le préfet de police envoie la table des décès dans la ville de Paris pendant le mois d'avril 1850.

Correspondance manuscrite.

M. Bonnafont communique de nouvelles observations d'hydrocèles guéries par l'injection de gaz ammoniaque.

Candidatures.

MM. Hutin et Larrey se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Responsabilité médicale.

M. Mêlier, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Adelon, Fouquier, Gibourg et Nacquart, lit un rapport sur une lettre dans laquelle M. Boulay, médecin à Gambais (Seine-et-Oise), a consulté l'Académie pour une affaire qui lui est personnelle et qu'il a considérée comme un cas de responsabilité médicale.

La commission a l'honneur de vous proposer de répondre à M. Boulay que l'affaire portée par lui devant l'Académie, n'ayant rien de scientifique, ni rien de ce qui constitue, à proprement parler, une question de responsabilité médicale, l'Académie, corps savant exclusivement voué à la science, ne croit pas devoir s'en occuper.

Une lettre d'intérêt et de sympathique considération accompagnerait cette réponse. (Adopté.)

Communication historique.

M. Fréd. Dubois communique à l'Académie une note écrite par M. Duval, membre de l'Académie, à la date du 5 juillet 1792, dans laquelle ce vénérable académicien énumère ses titres pour obtenir sa nomination de membre de l'Académie royale de chirurgie. M. Dubois a encadré ce monument trouvé dans les archives de l'Académie dans des remarques curieuses sur les usages de l'ancienne Académie. Nous ferons connaître dans un de nos plus prochains numéros la note tout entière de M. Dubois.

Discussion sur la nature et le traitement du rhumatisme.

M. Bouillaud. J'ai beaucoup à me plaindre de la méthode employée par mes contradicteurs, et par M. Grisolle en particulier, pour combattre mes opinions; car je n'ai jamais dit que le rhumatisme fût une inflammation locale; personne, au contraire, n'a, je crois, insisté plus que moi sur la généralisation de la maladie. Ce que j'ai dit, c'est que, lorsqu'on examine les symptômes, la marche, les lésions anatomiques, on est conduit inévitablement à admettre la nature inflammatoire de la maladie. Que trouve-t-on, en effet?

Autour des articulations : rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction ;

Comme symptômes généraux : l'appareil fébrile, type de la fièvre dite inflammatoire par les anciens auteurs ;

Dans le sang, l'augmentation au suprême degré de la fibrine, considérée tout récemment comme le caractère le plus important de l'inflammation ;

Enfin, à l'autopsie, des épanchements séreux, floconneux, qu'on peut même constamment sentir pendant la vie, et injection des tissus environnant les surfaces articulaires.

Quels sont maintenant les accompagnements du rhumatisme articulaire aigu qui se développent sous l'influence de la même cause, et qui par conséquent sont de même nature, qui sont en quelque sorte, ainsi que je l'ai dit, des *rhumatismes internes*. Ce sont :

La péricardite et l'endocardite ;

La pneumonie ;

La pleurésie ;

En un mot, presque tous les types des maladies inflammatoires.

Ce qu'on m'a fait dire sur le siége du rhumatisme n'est pas moins contraire à la vérité. J'ai dit, non pas que c'était exclusivement le tissu séro-synovial qui était enflammé, mais principalement ce tissu et accessoirement tous les tissus environnants.

Cependant, tout en généralisant le rhumatisme dans la majorité des cas, il ne faut pas tomber dans un excès contraire ; il y a des rhumatismes partiels ; il y a une mono-arthrite bien différente de la poly-arthrite, et que tous les chirurgiens connaissent bien, car elle se termine le plus souvent par une tumeur blanche quand on ne la traite pas énergiquement dès le début.

La cause du rhumatisme est encore celle de la plupart des phlegmasies franches, c'est-à-dire le refroidissement.

Voyons maintenant la question du traitement : les difficultés que soulèvent les questions de traitement ne peuvent se résoudre qu'au lit du malade. C'est donc à l'aide des faits seuls que j'ai cherché à résoudre celle de la thérapeutique du rhumatisme ; ces faits, je les ai publiés en partie, et tout le monde peut maintenant les juger ; mais pour cela il ne faut pas les tronquer comme on l'a toujours fait : il ne faut pas se borner à dire que je saigne toujours et à tout propos coup sur coup ; j'ai au contraire spécifié les cas avec le plus grand soin et j'ai rigoureusement déterminé la quantité de sang qu'il fallait tirer dans chaque cas donné. J'ai dit, en outre, que dans les cas légers la saignée était inutile, ce qui prouve que je ne suis tombé dans aucune exagération, comme le répètent sans cesse ceux qui, avec la prétention d'être modérés, sont beaucoup plus exagérés que moi. Je mets au défi qui que ce soit de me citer un seul cas dans lequel j'ai abusé de la saignée, dans lequel je l'ai employée sans nécessité, dans lequel j'ai déterminé le plus léger accident.

C'est en catégorisant ainsi les faits que j'ai pu arriver à formuler cette vérité qu'à l'aide de la formule que j'emploie, pratiquée dans toute sa sévérité, on parvient à arrêter en quatre jours presque tous les cas graves de phlegmasies articulaires pneumoniques, endocardiques, etc., et rendre la mort une exception presque sans exemple. Cette assertion est basée aujourd'hui sur 3,000 faits rigoureusement observés.

M. Bouillaud entre ici dans quelques considérations historiques pour démontrer que Sydenham n'avait pas du tout renoncé aux évacuations sanguines à la fin de sa carrière et qu'il ne les avait d'ailleurs jamais employées comme lui.

M. Grisolle reproduit toutes les considérations qu'il a présentées dans la dernière séance (voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 15 courant), et qui prouvent, suivant lui, que l'inflammation n'est pas l'élément principal du rhumatisme, mais seulement un accident de la maladie.

Sur les 22 cas de suppuration, dit-il, rapportés par M. Bouillaud dans son ouvrage, il n'y en a pas un seul que je ne conteste et qu'on ne doive contester.

M. Bouillaud. Ces cas ne m'appartiennent pas.

M. Grisolle. Mais vous en avez pris la responsabilité. Et d'ailleurs, si vous les abandonnez, sur quoi vous baserez-vous pour admettre la suppuration ?

Quant à la question des saignées coup sur coup, j'ai dit et je répète qu'elle est jugée par l'expérience aussi bien que par la théorie. On peut avancer qu'en thérapeutique tout ou à peu près a été tenté, et que, quelque exagéré qu'on soit, on trouve dans l'histoire de l'art des hommes qui ont été plus exagérés encore. Tout le monde se rappelle l'histoire de cet homme (car je ne puis me résoudre à lui donner le nom de médecin) qui conseillait de tirer aux malades vingt litres de sang en deux jours et en cinq saignées de quatre livres chacune ; cet homme, qui conseillait l'impossible, a pourtant eu ses partisans, que dis-je ! ses admirateurs ! seulement l'admiration n'a pas duré longtemps, et la méthode des saignées à outrance a été assez bien jugée pour devoir dispenser d'une nouvelle expérimentation.

Cependant, si l'on veut absolument juger la question par des faits nouveaux, je prétends que ces faits sont tout à fait contraires à la méthode des saignées coup sur coup. Seulement je tiens beaucoup aussi à ce qu'on leur donne leur véritable interprétation. Ainsi on doit commencer par mettre de côté toute question de mortalité. Dans le rhumatisme articulaire, aucune méthode n'a de mortalité, parce que cette affection n'est pas une maladie mortelle. On ne peut donc apprécier l'efficacité des méthodes que par la durée de la maladie. Or, à ce sujet, il est une remarque importante à faire.

Il y a des personnes qui font dater le début de la maladie à partir du premier jour du traitement, et qui la font finir à une époque fort indéterminée. Je conçois qu'en procédant ainsi on puisse être conduit à des résultats en quelque sorte fabuleux ; mais je ne pense pas qu'on doive procéder de la sorte. Il faut fixer le début de la maladie au moment où elle a commencé réellement, c'est-à-dire au début des premiers phénomènes morbides ; il faut fixer la convalescence au moment où toute douleur, tout mouvement fébrile ont cessé, et où les malades commencent à prendre des aliments. Eh bien, en comptant ainsi la durée de la maladie dans les cas que M. Bouillaud prétend avoir guéris en moins d'un septenaire, c'est une durée moyenne de vingt-huit jours qu'on trouve ! c'est-à-dire une durée pour le moins aussi longue que celle qu'on obtient par les saignées modérées et par une autre méthode usitée quelconque.

Or je prétends, que si les saignées à outrance ne sont pas utiles, si elles n'abrègent pas la durée de la maladie, elles sont par cela même nuisibles, qu'on en abuse par conséquent dès qu'on les pratique ; car il n'entrera jamais dans l'esprit d'un médecin qu'il soit indifférent de pratiquer sans utilité à un malade 4, 5 ou 6 saignées copieuses en deux ou trois jours.

J'ajoute maintenant que les faits viennent encore confirmer ces craintes si rationnelles. Ainsi sur 74 cas de rhumatisme articulaire aigu, M. Bouillaud a trouvé 64 cas de complication d'endocardite. Il n'y a pas un seul médecin qui ait jamais observé des complications aussi nombreuses.

M. Bouillaud. Elles existaient avant les saignées.

En résumé, soit que l'on consulte les autorités, soit que l'on consulte la raison tirée des doctrines pathologiques, soit que l'on consulte les faits, la formule des saignées abondantes et réitérées se trouve condamnée, et je crois qu'on fait bien d'y renoncer. C'est ce que font d'ailleurs tous les médecins, même les élèves de M. Bouillaud, qui ont d'abord été tentés de l'appliquer.

M. Martin-Solon reproduit les arguments qu'il a exposés dans la dernière séance, et fait observer, en outre, que, la discussion n'ayant nullement porté sur les conclusions du rapport, il prie l'Académie de les adopter.

M. Piorry. Depuis près de vingt-cinq à trente ans je m'occupe du sujet en litige ; j'ai donc quelque expérience à ce sujet.

De tout temps on a saigné dans le rhumatisme ; car les médecins ne peuvent guère sortir, pour la pratique générale, des évacuations sanguines, des purgatifs, des vésicatoires, des boissons aqueuses, de l'abstinence, etc. Seulement, autrefois, on déterminait mal les cas, on saignait sans préciser nettement les circonstances où il convenait de le faire ; on traitait la maladie et non les organes malades. Le véritable progrès a consisté dans la mesure puisée dans l'état organique, et c'est ce que les modernes ont cherché à faire.

Parmi les auteurs qui ont élucidé l'histoire de l'hémi-arthrite, il est à regretter que dans la discussion on ait oublié de citer le nom de Sarcône. Peu de travaux ont été aussi utiles que les siens. Pour lui, la matière rhumatismale est la fibrine en suspension dans le sérum ; c'est la couenne du sang. Or celle-ci se retrouve dans l'hémi-arthrite, la pleurite, la pneumonite, l'érysipèle aigu, etc. ; et jusqu'à présent, la chimie n'a fait en rien voir qu'il y eût de la différence entre la fibrine recueillie dans ces cas divers.

Cependant, des médecins regardent l'état du sang dans le rhumatisme aigu comme le fait du rhumatisme, tandis que d'autres l'attribuent à l'inflammation, tant il est vrai que la nomenclature vulgaire est un affreux chaos dont il était temps de sortir. Il est pénible de parler en public de ses propres travaux ; mais puisqu'on ne m'a point cité, permettez-moi de revendiquer la priorité de certaines recherches.

Quand j'ai vu, en 1823 et 1824, pratiquer des saignées si abondantes, j'ai voulu expérimenter par la pondération comparée sur un très grand nombre d'animaux les limites du possibles. J'ai recueilli des observations sur l'homme, et j'ai lu, devant l'Académie, un mémoire dans lequel j'établissais que l'on pouvait faire perdre dans une première saignée et sans provoquer actuellement la mort jusqu'à la 24ᵉ partie du poids du corps d'un chien, et que les saignées abondantes ultérieures étaient dangereuses. J'ai prouvé, contre les assertions de Broussais, que le pouls, sous l'influence des pertes de sang, s'accélérait, ce qui m'éclaira sur plusieurs des opinions qui régnaient. On pouvait saigner un assez grand nombre de fois en un jour sans inconvénients, pourvu que la perte ne fût pas très abondante. Il arriva même qu'un chien perdit, en un mois, un poids total de sang égal à celui de son corps, et cela sans aucun accident. Des observations sur l'homme conduisent aux mêmes résultats. Ceci explique comment on a pu tirer vingt livres de sang dans le traitement du rhumatisme ; mais certes il ne convient pas, et il n'est pas utile d'en tirer à beaucoup près autant.

C'est de ce mémoire, Messieurs, que datent mes principales recherches sur le traitement de l'hémi-arthrite, de la pneumonite, de la pleurite, etc. Mes premiers résultats sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu furent publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*. Plus tard, à la demande de M. Trousseau, je fis paraître dans le 1ᵉʳ numéro du *Journal des Connaissances Médico-Chirurgicales*, un mémoire dans lequel je fis voir qu'une ou deux saignées pratiquées par jour, que des sangsues sur les genoux, appliquées plusieurs jours de suite, déterminaient en moins de huit jours la disparition des symptômes aigus et des accidents.

La priorité de cette méthode des saignées *réitérées*, que M. Bouillaud a dénommées saignées *coup sur coup*, m'appartient donc. Il est vrai que j'ajoutais les boissons à hautes doses, les cataplasmes sur les jointures malades, l'élévation des membres phlegmasiés, ce que M. Gerdy appliqua plus tard au traitement des autres arthrites sans me citer.

Il n'y a entre la méthode M. Bouillaud et la mienne que cette différence, qu'il suit une formule tracée *à priori* ; tandis que, dans ma pratique, c'est l'état des organes, des qualités et des quantités de sang et de la circulation, l'intensité des accidents qui doivent donner la mesure des saignées et de leur réitération. Ce n'est que cinq mois plus tard que M. Bouillaud fit paraître dans le *Journal hebdomadaire* son travail sur le rhumatisme.

Cette question de date éclaircie, ajoutons que c'est non-seulement dans le volume du pouls, mais encore dans la plénitude des veines, dans la coloration des tissus, dans le volume augmenté du cœur, dans un certain degré de matité du poumon en rapport avec les quantités de sang qu'il contient, que l'on doit chercher, dans le rhumatisme articulaire aigu, si l'on peut sans inconvénient tirer encore du sang.

Une longue pratique m'a appris que, sous l'influence des saignées convenablement répétées, tous les accidents se dessinent en très peu de jours (trois jours et demi pour la moyenne).

Je reviendrai sur les détails de ce traitement dans la première séance. Voici seulement ce que je désire encore ajouter aujourd'hui.

Suivant moi, il n'y a aucune différence fondamentale entre la pleurite, la pneumonite et le rhumatisme articulaire aigu. Dans tous les cas il y a hémite, dans tous les cas les désordres sont les mêmes. M. Piorry entre ici dans quelques détails anatomiques, symptomatiques et étiologiques, qui prouvent, suivant lui, que le rhumatisme est une inflammation comme la pneumonie.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 mai 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Mémoire sur la staphyloraphie.

M. Roux. Un travail qui a trait à la staphyloraphie, c'est-à-dire à la restauration du voile du palais par la suture, a été adressé dernièrement à l'Académie par M. Sédillot (de Strasbourg), l'un de nos membres correspondants. Dans ce travail, principalement destiné à exposer quelques modifications au procédé que j'avais créé en instituant cette opération, procédé que j'ai appliqué presque constamment de la même manière depuis trente ans, M. Sédillot exprime le regret que je n'aie pas fait connaître autrement que dans des leçons les résultats de mon expérience ; il me convie en quelque sorte à présenter le tableau général de mes observations relativement à l'opération dont il s'agit, et ce tableau, en effet, peut offrir d'autant plus d'intérêt que j'ai recueilli un bien plus grand nombre de faits que ne le pense M. Sédillot. Au lieu de 110 seulement dont il me croit en possession, j'ai dépassé le nombre de 130. Ma dernière staphyloraphie est toute récente ; j'en ai dit deux mots à l'Académie le jour même où la note de M. Sédillot nous a été communiquée : c'était ma 131ᵉ. Je l'ai faite pour une division congéniale du voile du palais sur une jeune personne de seize ans, qui avait opérée une première fois déjà sans succès, il y a sept ou huit mois ; et bien qu'il doive en être question bientôt plus particulièrement, je suis heureux de pouvoir dire tout d'abord que l'opération nouvelle a parfaitement réussi.

Le désir, si obligeant pour moi, qu'exprime M. Sédillot, j'y ai satisfait depuis longtemps, à la vérité sans que mon travail ait eu encore aucune publicité. Destiné primitivement à faire partie d'une grande publication pour laquelle j'attends des circonstances favorables, ce travail a dû prendre et a pris, en effet, sous ma plume un très grand développement ; c'est un long mémoire qui doit faire suite à mon premier mémoire sur la staphyloraphie. Il est trop étendu pour que je puisse et que je doive le communiquer tout entier à l'Académie ; mais je puis l'analyser, le réduire à sa partie la plus curieuse et la plus substantielle, et le présenter sous une forme qui ne m'oblige pas à absorber une trop grande partie des moments dont l'Académie peut disposer. C'est de cette manière que je veux remplir l'espèce d'engagement que j'ai pris à propos des réflexions adressées par M. Sédillot. Dès longtemps, au reste, j'avais la pensée d'une telle communication à l'Académie. Après trente ans écoulés depuis qu'elle a eu connaissance du premier fait de staphyloraphie par l'organe même du jeune médecin du Canada qui avait été le sujet de l'expérimentation, c'était un devoir pour moi d'exposer dans cette enceinte les résultats auxquels je suis parvenu, et quels avantages on a retirés d'une opération qui, destinée dans le principe à faire disparaître un simple vice originel de conformation, a pu être appliquée à d'autres défectuosités du voile du palais et de la voûte palatine. Il faut même ajouter qu'elle a comme donné l'impulsion à tout ce qui a été fait depuis son apparition dans le but de restaurer, de refaire, de reconstituer tant d'autres parties du corps de l'homme, ou mutilées accidentellement, ou mal conformées naturellement.

Mais d'abord je dois m'expliquer sur l'objet même de la communication adressée à l'Académie par M. Sédillot, et dire ce que je pense des modifications qu'il a cru devoir faire subir au manuel même de la staphyloraphie, tel que je l'ai décrit dès le principe, tel que je le recommande encore et que je le mets chaque jour en pratique ; car M. Sédillot ne conteste pas l'utilité, l'importance de l'opération fondamentale ; il agrée la suture du voile du palais, comme elle a été agréée par tous les chirurgiens : c'est une chose remarquable, en effet, qu'au contraire de tant d'autres innovations vraiment utiles dans les sciences, dans les arts, dont on n'a pas compris tout d'abord les avantages, et qui n'ont été consacrées par l'assentiment général qu'après avoir excité de longs débats, la staphyloraphie a été accueillie sans hésitation, avec la plus grande faveur, et généralement considérée comme une heureuse application des ressources de la chirurgie.

Tout en ayant conçu pour cette opération un procédé, c'est-à-dire un mode d'exécution composé de manœuvres minutieuses sans doute, mais simple en soi, qui m'a constamment suffi jusqu'à présent, au moins pour les cas de simple bifidité du voile du palais, et que presque tous les chirurgiens ont adopté, je n'ai jamais eu la prétention de croire que j'avais imprimé à ce procédé un caractère ineffaçable, et qu'il ne serait jamais ni modifié, ni perfectionné, ni remplacé par quelque autre. Il est presque sans exemple en chirurgie qu'une opération ait conservé, qu'on me passe l'expression, sa physionomie première, qu'elle soit restée telle qu'elle avait été créée. Toutes les grandes innovations en pratique chirurgicale ont eu à subir d'heureux changements ; elles ont eu leur enfance, et n'ont atteint que par degrés leur apogée ou leur complet développement.

Cependant, après plus de trente années écoulées depuis ma

première suture du voile du palais, je n'ai point éprouvé le besoin de changer quoi que ce soit au procédé qui m'avait si bien réussi cette première fois, à l'aide duquel j'avais obtenu le premier succès qui a décidé du sort de la staphylorapbie. C'est en m'y attachant scrupuleusement, en le suivant de point en point, que j'ai pratiqué cette opération plus de cent vingt fois dans des circonstances ou tout à fait semblables, ou à très peu de chose près analogues; et, comme on le verra bientôt, j'ai réussi beaucoup plus souvent que M. Sédillot ne paraît le croire. Ce que je crois savoir aussi, c'est que ce procédé a été suivi dans presque toutes les opérations, probablement bien nombreuses qui, ont été pratiquées par d'autres chirurgiens que par moi, tant en France que dans les autres parties de l'Europe et aux Etats-Unis. Je le sais toutefois, on a déjà tenté d'y apporter quelques modifications. Aucune n'a satisfait généralement et n'est entrée jusqu'à présent dans la pratique. Pour qu'on les comprenne, et qu'on comprenne bien aussi le caractère de celles que propose M. Sédillot, j'ai besoin de rappeler que la staphylorapbie, opération comparable à celle qu'on pratique si souvent sur la lèvre supérieure pour le bec-de-lièvre, si souvent compliqué lui-même de diastématostophylie ou de division congéniale du voile du palais, j'ai besoin de rappeler, dis-je, que la staphylorapbie, quant à l'exécution, et sans parler des soins ultérieurs qui peuvent tant concourir au succès, se compose de trois choses ou trois manœuvres distinctes : 1° le placement de deux ou trois fils destinés à faire ce qu'on nomme la suture simple ou entrecoupée; 2° l'excision de chacun des bords de la division pour amener ces bords à l'état de cruentation, comme sont ceux d'une plaie récente; 3° le rapprochement et la coaptation des deux parties du voile du palais au moyen des fils qui, une fois noués par leurs bouts respectifs, forment autant de petits anneaux qu'on laisse en place pendant les quelques jours que la nature doit mettre à opérer l'adhésion des surfaces.

Dans le procédé que j'ai institué, les bords de la division ne sont avivés ou rafraîchis, comme on dit, qu'après que les deux parties du voile du palais ont été transpercées par les fils; cet avivement est fait de bas en haut avec des ciseaux d'abord, puis avec un bistouri boutonné; chaque fil doit être engagé par chacune de ses extrémités dans chacune des deux parties du voile du palais, d'arrière en avant, au moyen d'une petite aiguille courbe qu'on fait agir avec un porte-aiguille; et, quand tout est fini sous ces deux premiers rapports, on fait agir chaque fil, et les extrémités en sont assujetties par deux nœuds simples pratiqués l'un sur l'autre.

Eh bien! chacun de ces temps peut subir telle ou telle autre modification, et l'opération dans son ensemble se prête à être exécutée de bien des manières différentes, sans compter qu'on peut ajouter à ce qui la constitue essentiellement la section de tous les muscles moteurs du voile du palais, comme l'a déjà conseillé M. Fergusson et comme le propose de nouveau M. Sédillot. On peut faire l'excision des bords de la division avant de placer les fils : mais n'est-il pas à craindre que, les différentes couches de cette cloison musculo-membraneuse venant à glisser les unes sur les autres, les parties mises à l'état de cruentation ne présentent plus une conformation régulière? M. Sédillot ne dit pas dans quel ordre il fait succéder ces deux premiers temps de l'opération.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Instruments de gutta-perka. — Rétrécissements.

M. Civiale lit un rapport sur des instruments de chirurgie, et en particulier de sondes et bougies fabriquées avec le *gutta-perka*.

Voici en quels termes M. Civiale résume son rapport :

Les sondes et les bougies en gutta-perka fournissent de nouveaux et utiles moyens à la thérapeutique chirurgicale; mais ils ne sauraient remplacer dans tous les cas ceux qui sont depuis longtemps en usage dans la pratique.

1° Les bougies de cire molle, dont on obtient chaque jour les plus heureux résultats dans le traitement des coarctations urétrales, conservent des avantages qui leur sont propres. Elles suffisent pour la guérison du plus grand nombre de rétrécissements; leur introduction facile, peu douloureuse, n'est que très rarement suivie de réaction et de fièvre. Quand on les retire, elles rapportent l'image en relief de la partie malade. Ces empreintes, qu'on obtient par la marche ordinaire de la dilatation, et sans qu'il soit nécessaire de recourir à des explorations spéciales, servent de guide au praticien pour la direction du traitement.

2° Dans quelques cas de dureté considérable des parois urétrales avec lésion de la prostate, on ne réussit à introduire les sondes flexibles dans la vessie qu'après des tentatives répétées et des manœuvres prolongées. Souvent alors les sondes en gutta-perka, qui se ramollissent plus promptement que les autres, se recourbent, se tortillent, se déforment de différentes manières et ne pénètrent pas, tandis que le chirurgien et même les malades réussissent très bien par l'emploi des sondes flexibles ordinaires.

3° Il peut être indiqué dans la pratique d'introduire un mandrin rigide, droit, ou à faible courbure, dans une bougie creuse préalablement placée dans l'urètre, afin d'exercer une compression sur la face inférieure du col vésical. Il y aurait danger de recourir à cette manœuvre avec les bougies nouvelles. Leurs parois ramollies par la chaleur ne conservent pas une résistance suffisante. Le mandrin, au lieu de cheminer dans le tube en redressant le canal, pourrait percer la paroi de la bougie et blesser l'urètre; ce qui est arrivé.

Si les résultats que nous venons d'indiquer sont de nature à encourager la fabrication des sondes et des bougies en gutta-perka, ils stimuleront aussi le zèle et l'activité des anciens fabricants de bougies molles et de sondes flexibles ordinaires.

Les nouveaux instruments, en effet, n'ont pas encore de supériorité absolue sur les anciens. La préférence qu'on doit accorder à chacun d'eux est restreinte à des séries particulières de cas. Mais ce qu'on doit espérer, c'est que les instruments anciens, se voyant dépossédés du monopole dont ils se croient assurés, deviendront plus parfaits.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Cabisal pour son intéressante communication. (Adopté.)

Influence de l'iode administré pendant la grossesse sur le développement du fœtus.

M. Delfrayssé (de Cahors) soumet à l'Académie quelques observations relatives à l'influence de l'iode sur les développements de l'enfant pendant les deux derniers mois de la gestation. M. Depaul a proposé, comme on sait, dans ces derniers temps, de soumettre à des saignées répétées et à la diète les femmes enceintes affectées de rétrécissement ou vice de conformation du bassin, dans le but de modérer la croissance du fœtus et de l'empêcher d'acquérir un volume capable de s'opposer à son passage à travers les détroits. M. Delfrayssé propose de substituer à cette méthode, qui lui paraît passible de plus d'une objection, l'usage de l'iode au sixième ou septième mois de la grossesse. On prescrira à la femme mal conformée le moyen suivant :

Iode pur	1	gramme.
Iodure de potassium	2	id.
Eau distillée	30	id.

Faites une solution qui sera prise pendant les deux derniers mois de la gestation à la dose de six à huit gouttes par jour dans 30 grammes d'eau sucrée, une heure au moins avant le repas.

L'iode, en vertu de ses propriétés fondantes, diminue et affaiblit la nutrition de l'utérus, et par suite celle du fœtus qu'il renferme.

Du septième au neuvième mois, la croissance de l'enfant s'arrête sous l'influence de l'iode, sans qu'on ait rien à redouter pour sa vie ni pour sa santé.

M. Delfrayssé, après avoir essayé l'emploi de ce moyen chez quelques animaux, l'a expérimenté sur la femme.

Voici les deux observations qu'il rapporte.

Obs. I. — Une dame C., un peu goîtreuse, avait eu trois enfants morts-nés dans l'espace de cinq années; la naissance des deux premiers fut des plus laborieuses, et l'art fut obligé d'intervenir à l'aide du forceps. L'expulsion du troisième enfant fut provoquée au septième mois de la grossesse, et la délivrance s'opéra sans difficultés, parce qu'il était moins gros que les deux autres. Néanmoins il mourut quelques instants après l'accouchement. Le bassin de cette dame offrait un rétrécissement remarquable dans son diamètre antéro-postérieur, qui n'avait pas 8 centimètres d'étendue.

L'expulsion d'un fœtus à terme et d'une grosseur ordinaire ne pouvait donc s'effectuer sans un très grand danger pour sa vie, et M. Delfrayssé résolut de soumettre cette dame à l'usage de l'iode pendant les deux derniers mois de la gestation. Dans ses grossesses subséquentes, qui furent au nombre de deux, elle prit chaque matin six et plus tard huit gouttes de la solution formulée plus haut; et des deux enfants qu'elle mit au monde, l'un pesait 728 grammes de moins que les premiers, et l'autre, qui était une fille, 734. Ils offraient, du reste, le volume et le poids de celui qui fut expulsé au septième mois de la grossesse; leur naissance fut spontanée, comme celle de ce dernier. Mais plus heureux que lui, ils naquirent vigoureux et bien portants; leur mère n'en éprouva non plus aucune espèce de dérangement, si ce n'est que les mamelles se développèrent moins que dans les grossesses précédentes, et que son embonpoint parut diminuer un peu.

Obs. II. — La dame V... accoucha quatre fois avec de très grandes difficultés dans l'espace de quelques années, et aucun de ses enfants ne put être amené vivant. A un cinquième accouchement, tout aussi malheureux, M. Delfrayssé s'assura de l'existence d'un rétrécissement du bassin. Une sixième grossesse étant survenue, M. Delfrayssé prescrivit, du septième au neuvième mois, 6 gouttes de la solution d'iode; l'accouchement eut lieu au terme ordinaire, et donna un enfant robuste et bien constitué, quoiqu'il pesât 1,250 grammes de moins que ses aînés. Il vint au monde sans le moindre accident, et jouit aujourd'hui d'une santé et d'une constitution vigoureuses.

Physiologie.

M. Bardenat, médecin à Duglan (Dordogne), envoie un travail sur la physiologie, subdivisé en six petits mémoires dont voici les titres :

1° Des périodes de la vie, considérées dans leurs rapports avec les mouvements périodiques de l'univers.

2° Qu'est-ce que la vie?

3° Que faut-il entendre par propriétés vitales et de tissus?

4° Que les propriétés des tissus sont les propriétés vitales.

5° Que faut-il entendre par phénomènes chimiques de la respiration?

6° Sur la sensibilité et la contractilité sensibles et insensibles de Bichat.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 25 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 62.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 24 MAI 1850.

Responsabilité médicale.

Nous avons promis de revenir avec détails sur l'affaire qui a fait le sujet du rapport si bien pensé de M. Mélier dans la dernière séance de l'Académie de Médecine. Cette affaire, en effet, quoique ne présentant aucun point scientifique, et par conséquent aucune question dont la science puisse être appelée à donner la solution, cette affaire n'en touche pas moins aux intérêts les plus chers de la profession médicale, à la réputation du médecin et à la confiance qu'il doit inspirer pour exercer son art avec succès. Par cela même que la question soumise à l'Académie n'avait rien de scientifique, cette Compagnie a sagement agi en refusant de l'examiner à fond; elle a en même temps fait acte de bonne confraternité en décidant qu'une lettre de sympathique considération serait adressée au confrère honorable qui se trouvait inculpé, mais qui n'avait en rien failli aux lois de l'honneur, aux règles de l'art, aux loyales habitudes de la profession. La presse, plus indépendante, est, par sa position même, obligée à moins de circonspection ; partout où la profession est injustement attaquée, elle doit la défendre; partout où les lois de l'équité sont enfreintes, elle doit s'efforcer de les faire respecter. Nous croyons donc qu'il est de notre devoir d'examiner à fond l'affaire portée devant l'Académie, et d'éclairer complètement nos lecteurs sur une question qui, d'un jour à l'autre, peut les intéresser chacun personnellement. Voici en quoi consiste cette affaire très simple, ainsi qu'on va le voir.

M. le docteur Boulay, médecin à Gambais (Seine-et-Oise), appelé auprès d'une femme nommée Remy Neveu, ordonna à cette femme une potion purgative, que l'on convint d'envoyer chercher à Houdan, petite ville située à six kilomètres de Gambais. Le fils de la malade, âgé de quatorze ans, fut chargé de la commission; et comme M. Boulay avait besoin de bandages et d'extrait de belladone pour d'autres malades, il voulut profiter de l'occasion qui se présentait pour se les faire envoyer. Dans ce but il écrivit au pharmacien d'Houdan une lettre ainsi conçue sur un morceau de papier plié en deux.

Au *recto* du premier feuillet on lit ce qui suit :

« Monsieur,

» Ayez la complaisance de m'envoyer 2 à 3 suspensoirs à choisir, » 2 à 3 bandages *inguinaux doubles* à très petites pelottes et les » moins volumineux que vous aurez; plus :

» Extrait de belladone........ 15 grammes.
» Eau.................... 5 grammes.

» Mettez dans un flacon à large ouverture.

» J'ai l'honneur de vous saluer. BOULAY, D.-M.-P. »

La signature de M. Boulay se trouve tout à fait en bas de la page sans autre indication.

Au *verso* du même feuillet on lit ce qui suit :

« Veuillez faire du tout un paquet en y joignant la note. »

Enfin sur le *recto* du second feuillet se trouve l'ordonnance pour la femme Remy Neveu, ainsi formulée :

Séné.......................... 8 grammes.
Eau bouillante.................. 90 grammes.

Faites digérer pendant 15 à 20 minutes, passez et ajoutez :

Sulfate de magnésie.......... 15 grammes.
Manne...................... 60 grammes.

Faites dissoudre et passerez de nouveau.
A prendre en une seule fois.
Pour M. Remy Neveu,
Ferme des Bois,
à Gambais.

BOULAY, D.-M.-P.

Le pharmacien, s'étant contenté de lire le recto du premier feuillet, livra au jeune Remy Neveu un paquet de bandanges et une fiole contenant l'extrait de belladone sans aucune indication. Sur la demande du jeune commissionnaire, si la bouteille était pour Remy Neveu, le pharmacien répondit : C'est bien.

De là un funeste événement que le lecteur prévoit déjà : l'enfant porte l'extrait de belladone à sa mère, qui le délaie dans un verre d'eau tiède et le prend en une seule fois entre trois et quatre heures du soir ; le lendemain à six heures, c'est-à-dire vingt-six heures après l'ingestion du poison, la femme Remy succomba.

Le procureur de la République, informé par le maire, qui l'avait été lui-même par le médecin, de ce triste événement, poursuivit le médecin et le pharmacien comme accusés d'homicide par imprudence, et un jugement du tribunal de Mantes vient de les condamner chacun à 100 fr. d'amende et aux dépens. Voici l'unique motif sur lequel est fondée la condamnation du médecin; il est fondé uniquement sur ce que le recto du premier feuillet ne portait aucune indication qui pût engager le pharmacien à lire le verso :

« Attendu que . . . .
ce recto, dit le jugement, présentant les apparences d'une missive terminée et tout signe ayant été négligé qui révélât la nécessité de tourner le feuillet; cette forme imprudente devant empêcher le destinataire de s'apercevoir qu'au verso étaient écrits ces mots : « *Veuillez faire un paquet du tout*, » et que sur le recto du deuxième feuillet se trouvait l'ordonnance du médecin pour la formule de la potion purgative à l'intention de la femme Remy Neveu ;

» Attendu qu'en donnant la lettre à son commissionnaire le médecin ajoute cette instruction verbale qu'à la pharmacie on lui remettrait une bouteille pour sa mère et un paquet qu'il aurait à déposer chez le concierge de son habitation à lui Boulay;

» Attendu que de son côté le pharmacien, etc. »

Le seul grief articulé contre le médecin est donc, ainsi qu'on le voit, celui de n'avoir pas mis au bas du recto du premier feuillet un signe indiquant qu'il y avait encore quelque chose à lire de l'autre côté. Est-ce là un reproche fondé? Voilà toute la question. Sans doute il aurait été plus rigoureusement prudent, de la part de M. Boulay, d'écrire au-dessous de son nom, quoiqu'il y eût à peine la place nécessaire, les quatre lettres consacrées, T. S. V. P. Mais cette précaution excessive, toute désirable, toute précieuse qu'elle soit, en général, est-elle obligatoire dans quelque circonstance que ce soit? Il serait absurde de vouloir le soutenir. Une seule chose est obligatoire dans toute ordonnance médicale, comme dans tout acte sérieux, c'est qu'il n'y ait aucune équivoque dans les termes employés. Or, y en avait-il dans les lignes écrites par M. Boulay sur le recto du premier feuillet? En aucune façon. A supposer même que la sagesse humaine eût pu prévoir ce fait, que le pharmacien ne lirait qu'un des côtés de la lettre, aurait-on dû songer à la nécessité d'ajouter quelque chose à ce qui était écrit sur ce côté? Il est pour le moins permis d'en douter. En effet, étant admise cette hypothèse en question, la pire chose qui pouvait en résulter, c'est que la moitié seulement de la commission fût exécutée. M. Boulay disait catégoriquement sur le premier feuillet: Ayez la complaisance de M'ENVOYER ; c'est donc à lui personnellement qu'on devait faire remettre tous les objets énumérés à la suite de cette première phrase; il suffit, pour se pénétrer de cette vérité, de connaître la signification la plus vulgaire des mots; à plus forte raison cela devrait-il suffire à un pharmacien, et surtout à un pharmacien qui délivre une dose énorme et tout à fait inaccoutumée de substance toxique, et qui la livre à un enfant.

On pourrait ajouter beaucoup d'autres considérations en faveur de M. Boulay; nous croyons parfaitement inutile de le faire. Dans des questions aussi claires que celle que nous venons d'examiner, on risque souvent de les obscurcir en voulant trop les démontrer ; celui qui démontrerait par mille arguments que le tout est plus grand que sa partie n'ajouterait rien à la vérité qui résulte de la simple énonciation du fait ; il ne pourrait qu'en rendre l'évidence moins saisissante.

Cependant, comment se fait-il que des magistrats aient jugé la question dans un autre sens? C'est là ce qu'il ne nous appartient point d'examiner ; pas plus que nous ne pouvons sonder dans notre journal, exclusivement scientifique, toutes les causes des erreurs humaines. Mais nous tirerons de la décision des juges une conséquence que nos lecteurs devront ne point oublier : c'est qu'il est toujours prudent de prendre toutes les précautions, même en apparence les plus inutiles, qui peuvent conjurer le danger, même le plus imprévu.

Mort de M. Alard.

Hier ont eu lieu les obsèques de M. Alard, membre de l'Académie de Médecine, médecin en chef de la Maison de la Légion-d'Honneur de Saint-Denis. M. Longet a prononcé sur la tombe du savant et regrettable défunt quelques paroles qui ont vivement impressionné l'auditoire et qui n'ont pas été moins remarquables par l'élévation des sentiments qu'elles exprimaient que par la pieuse onction avec laquelle elles ont été prononcées. Tous les assistants ont pu se convaincre de ce que tous ceux qui approchent M. Longet savent déjà : c'est que le jeune académicien est plus qu'un homme de talent, c'est un homme de cœur.

Revue clinique hebdomadaire.

Cure radicale des hernies par la méthode d'invagination. — Il est une méthode proposée et employée assez fréquemment par M. Gerdy pour la cure radicale des hernies, qui se trouve décrite dans tous les auteurs classiques, et qui n'est cependant employée que rarement par les chirurgiens, soit dans la pratique civile, soit dans les hôpitaux : c'est la méthode par invagination. A quoi tient cette circonstance? Il serait difficile de le dire. La méthode de M. Gerdy ne paraît point dangereuse. Ce professeur l'a mise en usage plus de 80 fois maintenant, et une seule fois, ou deux fois peut-être, si nous sommes bien informé, il a eu à combattre des accidents graves qui ont causé la mort.

Cette méthode est-elle efficace? C'est une question qu'il est plus difficile de résoudre que la précédente. On conçoit que, pour se faire une opinion sur le résultat définitif qu'aura une opération dans un cas de hernie, il faudrait pouvoir suivre les malades pendant fort longtemps, ce qui est toujours une condition difficile à remplir. M. Gerdy a pu voir pendant plusieurs années deux malades chez qui la guérison a persisté d'une manière complète; dans un petit nombre de cas la récidive a eu lieu; la plupart ont été perdus de vue quelque temps après l'opération.

Dans cet état de choses, on doit saisir avec empressement l'occasion d'observer les cas rares d'opérations pratiquées d'après la méthode de M. Gerdy pour en suivre attentivement les effets. Ce professeur vient de faire une nouvelle application de sa méthode dans son service d'hôpital, à la Charité. Nous en ferons connaître plus tard le résultat définitif; mais nous croyons dès aujourd'hui devoir appeler l'attention de nos lecteurs sur ce nouveau fait, d'autant plus que, depuis que la méthode de M. Gerdy a été décrite par les auteurs, ce professeur y a apporté une légère modification qui peut en changer les résultats favorables ou défavorables.

M. Gerdy, ainsi qu'on le sait, après avoir réduit la hernie, refoulait la peau dans le canal inguinal, soit à l'aide du doigt, quand le canal était assez large, soit à l'aide d'une sonde quand le canal était étroit, et en la retournant comme un doigt de gand; la peau étant ainsi renversée et poussée le plus haut possible, M. Gerdy passait, à l'aide d'une aiguille, les deux chefs d'un fil à travers le fond de la peau renversée, et les faisait sortir sur la paroi abdominale au niveau du point où se trouvait le cul-de-sac cutané. Là on liait les deux chefs du fil sur un petit cylindre de bois, et l'on avait ainsi une anse qui maintenait l'invagination de la peau dans le canal et un double fil qui traversait les parois abdominales. Aujourd'hui M. Gerdy ne passe plus qu'un fil à travers les tissus; ce fil est noué plusieurs fois sur lui-même à l'une de ses extrémités, avant d'être introduit à travers les tissus, de manière à former une sorte de tête qui l'arrête à la surface de la peau renversée ; l'autre extrémité, une fois passée à travers les parois abdominales, est enroulée sur une petite cheville où il est facile de la fixer.

Le but de cette opération est facile à concevoir. En renversant ainsi la peau dans le canal herniaire, on espère faire contracter des adhérences solides à la peau et aux parois du canal, et former ainsi une sorte de bouchon qui oblitère ce dernier. C'est ce résultat que M. Gerdy paraît avoir obtenu un grand nombre de fois, à en juger par le résultat immédiat des opérations qu'il a pratiquées et qu'il a obtenu deux fois au moins d'une manière définitive, ainsi que nous l'avons déjà dit.

C'est en mettant en usage la nouvelle modification dont nous avons parlé que M. Gerdy a opéré mardi dernier un jeune homme affecté d'une hernie inguinale droite. Le renversement de la peau dans le canal a été exécuté avec la plus grande facilité, ainsi que le passage de l'aiguille et la fixation du fil sur une cheville placée sur la paroi abdominale. Le malade n'a éprouvé que très peu de douleur; et aujourd'hui, trois jours révolus après l'opération, aucun accident ne s'est encore développé; le trajet du canal n'est point douloureux; les points de la paroi abdominale sur lesquels est placée la petite

cheville sont seulement un peu douloureux à la pression; le canal cutané formé par le renversement de la peau ne fournit pas de suppuration. L'état général est excellent.

Nous rendrons compte de ce qui arrivera plus tard.

Affection singulière de la paume de la main. — Entre autres malades curieux que renferme le service de M. Jarjavay à l'hôpital des Cliniques, se trouve au n° 26 un homme de quarante et un ans, cultivateur, d'une bonne constitution et d'une excellente santé habituelle; entré le 13 mai courant pour une affection sur laquelle le malade fournit les renseignements suivants :

Il y a dix-huit mois environ, une sorte de petit bouton dur et indolore se manifesta au centre de la paume de la main gauche. Ce bouton s'accrut très lentement, au point que huit à neuf mois plus tard, c'est-à-dire il y a sept mois, il avait à peine le volume d'un petit pois. A ce moment la surface de ce bouton, qui était d'abord lisse, se fendilla dans le sens des plis de la paume de la main; puis ces sortes de crevasses, d'abord très petites, devinrent plus larges, et enfin une véritable ulcération s'établit, laquelle augmenta pendant quatre mois environ, et acquit pendant cet espace de temps un diamètre de 2 centimètres environ; depuis deux mois et demi elle reste stationnaire.

Environ un mois après l'apparition des crevasses il se manifesta le long de la partie antérieure des bras de petites tumeurs grosses comme des lentilles, terme moyen, lesquelles, suivant le malade, formaient une sorte de chaîne allant de la partie antérieure du poignet jusque dans l'aisselle, en se dirigeant le long de la partie antérieure de l'avant-bras, antérieure d'abord, puis interne du bras. Ces petites tumeurs auraient présenté ce singulier phénomène de se former et de disparaître en quelques heures; le malade les constatait, dit-il, le matin, et souvent ne les retrouvait plus le soir. Elles n'ont d'ailleurs jamais été le siége d'aucune douleur.

Lorsque le malade se présente à l'observation de M. Jarjavay, il offre en effet une ulcération de l'étendue indiquée au centre de la paume de la main; cette ulcération, irrégulièrement arrondie, n'a d'ailleurs aucun caractère spécial; seulement les tissus qui l'environnent sont indurés dans l'étendue d'un centimètre environ. Elle n'est le siége d'aucune douleur spontanée; mais la pression exercée sur la peau qui l'avoisine en détermine une assez modérée. Sur l'avant-bras on constate trois ou quatre de ces petites tumeurs signalées par le malade; elles sont situées les unes complétement sous la peau dans le tissu cellulaire, les autres dans les couches profondes de la peau dont elles suivent les mouvements; elles sont dures, arrondies, du volume d'une lentille et indolores, même à la pression. Du reste, depuis l'entrée du malade à l'hôpital, aucune d'elles n'a disparu; aucune non plus ne s'est nouvellement formée, et le malade lui-même s'est, dit-il, aperçu que depuis quelque temps ces tumeurs devenaient en effet permanentes. Trois ou quatre tumeurs analogues, du volume d'un petit haricot, existent à la partie externe de l'aisselle, très rapprochées et presque confondues entre elles. Ces tumeurs, suivant le malade, auraient été très notablement plus volumineuses.

Quelle est cette singulière affection? Quelle cause peut entretenir pendant si longtemps dans la paume de la main une ulcération si peu étendue? Nous n'essaierons pas de répondre, même par une hypothèse, à ces questions, qu'un examen plus approfondi du malade et une observation ultérieure peuvent à peine nous faire espérer de résoudre. Nous nous contenterons donc aujourd'hui de soumettre ce fait aux méditations des praticiens; nous les entretiendrons plus tard de l'issue qu'aura eue la maladie. M. Jarjavay a simplement appliqué des cataplasmes sur la paume de la main, et le malade, qui pouvait à peine remuer les doigts quand il est entré, se trouve déjà sensiblement soulagé; les mouvements des doigts sont non-seulement possibles dans de certaines limites, mais presque entièrement indolores. L'état général est d'ailleurs parfaitement normal.

Addition à la séance de l'Académie des Sciences du 20 mai.

MÉMOIRE SUR LA STAPHYLORAPHIE,

par M. le professeur Roux.

(Voir le numéro du 23 mai.)

Engager les fils d'avant en arrière; c'est-à-dire conduire l'instrument conducteur de manière à transpercer de chaque côté le voile du palais de sa surface buccale vers sa surface pharyngienne, au lieu de faire agir les aiguilles d'arrière en avant, c'est une autre modification que M. Sédillot veut introduire, ou plutôt qu'il adopte et qu'il recommande. Déjà plusieurs chirurgiens y ont pensé; elle fait la partie principale du procédé à la description duquel A. Bérard avait consacré un petit mémoire particulier sur la staphyloraphie. On la retrouve aussi dans la manière toute spéciale d'agir des petits instruments mécaniques de M. Colombat, de M. Bourgognon, de M. Foraytier, de M. Depierris, instruments divers par lesquels on a voulu remplacer le jeu si simple d'une petite aiguille ordinaire montée sur un porte-aiguille. Cette modification est-elle bien utile? Je ne le pense pas; il est bien vrai qu'en agissant sur le voile d'arrière en avant, on ne peut régler parfaitement que le point de sortie de l'aiguille sans avoir pu agir avec la même précision à l'entrée du côté de la face postérieure; mais il y a un avantage et un inconvénient contraires quand on agit d'une manière opposée : les deux procédés se compensent, ou plutôt celui dans lequel on fait pénétrer l'aiguille conductrice du fil d'avant en arrière a ce désavantage qu'il faut donner au voile du palais une sorte de point d'appui, et que besoin est de protéger la paroi postérieure du pharynx. C'est à ce double usage principalement qu'est destiné un petit instrument que M. Sédillot nomme abaisseur de la langue, lequel supporte, à l'extrémité qui pénètre dans la bouche, un disque de gomme élastique et fait partie de son appareil instrumental.

Les mêmes fils qu'on destine à une suture simple ou entrecoupée pourraient servir à pratiquer une suture enchevillée; ou, pour dire autrement, cette suture pourrait être substituée à la première : c'est ce qu'a tenté de faire M. Gerdy, sans qu'il ait eu à s'en repentir. Nul plus que moi n'est disposé à reconnaître le parti qu'on peut tirer en général de cette sorte de suture, la suture dite enchevillée ou emplumée : j'ai trop contribué à la remettre en faveur, elle m'a rendu trop de services, particulièrement pour la restauration du périnée chez la femme, pour que je ne sois pas disposé à la pratiquer partout où elle peut être de mise; mais, pour la staphyloraphie, je crains que l'application n'en soit trop minutieuse, trop vétilleuse, qu'on me passe l'expression; je crains les ébranlements que peut éprouver le voile du palais encore mal consolidé, au moment où elle doit être brisée; je craindrais aussi qu'à raison même de la manière dont elle agit, les deux surfaces qu'on veut maintenir en contact, surfaces assez étendues en hauteur, mais fort étroites, ne se touchassent pas dans toute leur largeur. A cause de tout cela, j'ai hésité jusqu'à présent à expérimenter la suture enchevillée pour la staphyloraphie. Il m'a toujours semblé, comme il me semble encore, qu'une opération aussi délicate, pratiquée sur des parties profondément situées, d'une sensibilité exquise, d'une mobilité extrême et qu'on ne peut pas toucher immédiatement, ne devait se composer que de manœuvres simples, et en aussi petit nombre que possible.

Je n'avais jamais pensé qu'on pût changer quelque chose à la manière de fermer les anneaux et de faire les nœuds avec chacun des fils de la suture simple, qu'ainsi que moi M. Sédillot reconnaît suffisante, et je n'avais pas songé à la précaution qu'on peut prendre de former ces nœuds, non sur la ligne de coaptation des deux parties du voile du palais, mais un peu en dehors et alternativement à droite et à gauche, de manière qu'ils soient en contact avec la surface même du voile du palais et non pas avec les bords de la division. Si la chose est praticable, peut-être me déciderai-je à en user dans mes prochaines opérations. Cependant, je ne me rappelle pas avoir observé de fâcheux effets de la pression légère exercée par les nœuds sur les parties fraîchement divisées; et je puis dire que, sans précaution particulière à cet égard et sans avoir jamais rien changé aux manœuvres si simples dont j'avais composé tout d'abord le manuel opératoire de la staphyloraphie, je suis toujours ou presque toujours arrivé à une exécution parfaite. On verra bientôt aussi que mes résultats définitifs ont été bien plus avantageux que ne paraît le croire M. Sédillot, et sont probablement tout ce qu'il est possible d'attendre d'une œuvre de cette sorte.

Pour moi, une staphyloraphie ou l'opération est terminée quand les nœuds de chacun des fils sont formés, et que j'ai eu retranché la partie excédante et maintenant inutile des fils eux-mêmes. Puis, pour que la nature puisse accomplir son œuvre, et pour prévenir toute distension, tout tiraillement du voile du palais et la déchirure ou l'ulcération des parties qui ont été mises en contact, je prescris au patient un silence absolu et une abstention complète d'aliments, voire même de boissons, jusqu'au jour où j'enlève les points de suture; c'est ce que je fais le plus ordinairement au commencement, quelquefois à la fin du cinquième jour. J'en conviens, quelques malades, les jeunes sujets surtout, supportent un peu péniblement cette diète absolue, cette privation complète de toute boisson pendant quatre ou cinq jours; et je voudrais qu'il fût vrai qu'en faisant de chaque côté la section de chacun des deux piliers du voile du palais pour diviser les muscles glosso et pharyngo-staphylins; et de chaque côté aussi une section verticale en forme de boutonnière au voile du palais lui-même pour diviser les muscles péristaphylins interne et externe, on pût permettre au patient l'exercice de la parole et tous les mouvements de la déglutition, sans compromettre en rien le succès de l'opération. C'est une dernière modification que M. Sédillot propose d'apporter à la staphyloraphie, et la plus importante incontestablement de toutes celles auxquelles il a pensé; c'est la seule à laquelle j'adhérerais volontiers, ou du moins que je me sens disposé à expérimenter avec quelque confiance. Déjà Dieffenbach avait recommandé les incisions verticales faites sur les côtés du voile du palais, mais seulement dans le but de diminuer l'état momentané de tension de cette partie, comme il en avait prescrit d'analogues au périnée pour la périnéoraphie.

Je crois savoir que cette pratique jouit de quelque faveur en Allemagne, et qu'elle est suivie particulièrement par Stromeyer. Cela fût-il, M. Sédillot, en adoptant les vues de M. Fergusson, aura contribué, avec ce dernier, à en faire mieux comprendre le principal avantage, si tant est toutefois que dans le procédé ordinaire on ait beaucoup à redouter l'effet de quelques contractions passagères des muscles qui entrent dans la composition du voile du palais et qui sont destinés à ses mouvements. Il est toujours resté dans mon esprit quelques doutes à cet égard, et ces doutes sont nés d'un fait d'observation assez singulier, et qui me paraît difficile à expliquer. Qu'on examine avec soin le fond de la bouche sur un individu qui a une division du voile du palais, et que pendant l'écartement des mâchoires on obtienne qu'il accomplisse le mouvement de déglutition, aussitôt, et contrairement à ce qui semblerait devoir être, on voit les deux parties du voile du palais se rapprocher l'une de l'autre et se toucher, en bas surtout, par leurs bords correspondants. C'est en l'observant pour la première fois, et à ma grande surprise, sur le jeune médecin du Canada, M. Stéphenson, que l'idée de la staphyloraphie prit naissance dans mon esprit. Soudain, il me sembla que, puisque par le jeu volontaire des muscles destinés aux mouvements du voile du palais, les deux parties de ce voile, actuellement séparées l'une de l'autre, pouvaient se rapprocher, il y avait possibilité de les mettre et de les maintenir dans un contact immédiat. L'obstacle principal à leur réunion ne pouvait être que dans le peu d'épaisseur de cette cloison musculo-membraneuse.

Somme toute, je ne puis qu'être heureux des tentatives faites par notre honorable confrère M. Sédillot pour imprimer à la staphyloraphie une perfection plus grande que celle qu'il m'a été possible de lui donner en la créant, tant quant à la manière d'y procéder, que sous le point de vue des chances de succès qu'elle peut offrir et des résultats qu'on peut en espérer. Mais, franchement, les modifications qu'il propose au mode d'exécution qui est le plus en usage ne me semblent pas devoir être aussi avantageuses sous ce double rapport, qu'il le prétend. Leur utilité me paraît fort secondaire, et je doute qu'elles soient acceptées généralement, parce qu'elles compliquent manifestement le procédé opératoire. Les deux cas heureux, les deux faits de réussite dont M. Sédillot a rapporté les détails dans la communication qu'il nous a adressée, et qu'il a recueillis coup sur coup, n'ont rien de concluant en faveur du procédé qu'il a suivi; il est probable que, pratiquées par lui avec les seules précautions ordinaires, ces deux opérations auraient eu le même succès, puisque tant d'autres ont réussi et réussissent tous les jours sans le concours des particularités d'exécution auxquelles M. Sédillot a songé. Aux faits nombreux que je possédais déjà, j'en puis ajouter quatre nouveaux tout récents, et qui me sont également personnels.

Pendant les derniers mois qui viennent de s'écouler, et en même temps que M. Sédillot expérimentait dans les deux cas dont il a transmis les détails à l'Académie, et qu'il présente à l'appui de son procédé, j'ai eu à faire la staphyloraphie cinq fois, mais sur quatre sujets seulement; c'est assez dire que l'un des quatre a eu à la subir deux fois, et la seconde fois, six mois environ après une première opération qui n'avait pas réussi; tandis que la seconde, que j'ai faite il y a aujourd'hui quatre semaines, aura tout le succès possible. Chez les trois autres sujets, la réussite a été complète tout d'abord, et l'un d'eux présentait cependant cette circonstance assez désavantageuse, en général, qu'avec la division congéniale du voile du palais il y avait bifidité de la voûte palatine et réduction des deux parties de cette voûte dans plus de sa moitié postérieure. Et quant au sujet qui a dû subir l'opération deux fois, c'était une jeune fille de seize ans, que j'indiquai en commençant : il y avait pour la seconde opération cette autre circonstance défavorable, que par le fait de la première, chacune des deux parties du voile du palais avait perdu quelque peu de ses dimensions primitives.

Telles sont les remarques que j'avais à présenter sur l'objet principal de la communication de M. Sédillot, c'est-à-dire sur les modifications qu'il propose de faire subir au procédé ordinaire de la staphyloraphie et sur quelques autres auxquelles on avait déjà songé. Maintenant, j'ai à considérer cette opération en elle-même, mais seulement sous quelques points de vue principaux, et pour exposer sommairement les résultats d'un nombre presque immense d'observations, dont les premières datent déjà de trente années. C'est un travail presque entièrement nouveau sur la staphyloraphie que je présente à l'Académie et que je serais heureux de voir accueillir par elle avec intérêt.

C'est pour la division congéniale du voile du palais.

Avant d'entrer en matière, un sentiment de justice me porte à rappeler que, si l'on a bien voulu et si l'on veut bien encore m'attribuer le mérite d'avoir institué la suture du voile du palais et d'avoir doté la chirurgie d'une opération nouvelle qui a été comme le prélude de beaucoup d'autres, un chirurgien de Berlin, qui n'est plus, a eu aussi quelque part dans cette innovation. Je ne voudrais pas que, parce que j'ai été plus heureux ou plus favorisé par mes premiers succès, son nom fût tout à fait oublié ou éclipsé par le mien. M. Grœfe m'avait même quelque peu devancé dans la pensée de ramener le voile du palais à sa conformation normale lorsqu'il est le siége d'une bifidité congéniale et de le réhabiliter dans l'exercice de ses fonctions naturelles. Mais il avait imaginé une opération tellement compliquée qu'elle était presque inexécutable et n'était guère susceptible de réussir; mais quelques essais qu'il en fit témoignèrent de la bonne volonté du chirurgien et n'eurent aucun succès : mais M. Grœfe avait presque entièrement abandonné ses premiers projets, que personne en France n'avait pu connaître, que j'avais complétement ignorés, lorsque, par une heureuse inspiration et avec la conviction que nul ne m'avait précédé dans cette voie, je pratiquai ma première staphyloraphie. C'était dans les premiers mois de 1819. Les premiers essais de M. Grœfe sont de 1816 et de 1817. Du reste, et je crois honorer la mémoire de ce célèbre chirurgien en le disant ici, M. Grœfe ne prit aucune part à une courte polémique qui s'éleva dans le temps sur la question de savoir si chacun de nous avait pu avoir l'initiative dans l'invention de la staphyloraphie, ou si, par suite de quelque indiscrétion, j'avais pu avoir commis un acte de déloyauté scientifique : et je n'oublierai jamais comment, à Berlin même et au milieu d'une brillante réunion à laquelle il m'avait convié, M. Grœfe, satisfait des heureux résultats que j'avais obtenus, déjà en assez grand nombre, applaudit à la simplicité de mon procédé opératoire, et, de son propre mouvement, déclara que la part principale me revenait dans l'invention de la suture du voile du palais, par cela qu'ayant eu presque en même temps que lui la même pensée j'avais imaginé tout d'abord pour l'opération elle-même un mode d'exécution voisin de la perfection. Il était donc arrivé pour la staphyloraphie ce que dans l'histoire des sciences et des arts on a observé souvent pour des faits nouveaux, pour des découvertes tout aussi importantes ou plus importantes encore, qu'elles ont été faites presque en même temps deux ou plusieurs fois dans des lieux différents, par des hommes différents : comme s'il était dans la destinée que ces faits nouveaux, que ces découvertes dussent infailliblement éclore à une certaine époque et de telle manière ou de telle autre!

C'est pour la division congéniale du voile du palais que la staphyloraphie a été instituée; c'est pour faire disparaître cette conformation vicieuse qu'elle est pratiquée le plus géné-

ralement, et telle sera, pour toujours probablement, sa principale destination. Mais, dès le principe, j'avais prévu que beaucoup d'autres cas pourraient en comporter l'usage, qu'elle serait applicable à d'autres lésions du voile du palais que des difformités natives, peut-être même à des solutions de continuité de la voûte palatine : ce ne devait être toutefois qu'en lui faisant subir certaines modifications, en lui faisant perdre quelque chose de son caractère primitif. Le temps a confirmé mes prévisions, sans compter que des observations multipliées m'ont mis à même de pousser loin l'étude des vices originels de conformation tant du voile du palais que de la voûte palatine, et d'apprendre que ces vices de conformation, déjà si remarquables par leur fréquence, sont bien plus variés et plus différents les uns des autres qu'on ne pourrait le présumer. N'eussé-je eu à observer que les 120 ou 130 sujets qui ont eu à subir par mes mains la staphyloraphie telle qu'elle a été originairement ou telle qu'elle a dû être modifiée pour certains cas (et un bien grand nombre d'autres individus qui pouvaient être pareillement des sujets d'étude ont passé sous mes yeux), j'ai dû voir toutes les défectuosités du voile et de la voûte du palais qui peuvent comporter une staphyloraphie de telle sorte ou de telle autre : je dois en avoir observé, à peu de chose près, toutes les nuances, toutes les variétés ; comme il serait extraordinaire que je n'eusse pas rencontré toutes les difficultés que l'opération elle-même peut présenter, que je n'eusse pas été mis à même d'en faire tous les modes possibles d'application et d'observer toutes les éventualités dont elle est susceptible, tous les accidents dont elle peut être suivie et ses résultats assez divers.

Peut-être, en conséquence, m'est-il permis de me constituer juge de toutes les questions qui s'y rattachent.

On l'applique maintenant à quatre sortes de lésions distinctes, assez différentes entre elles par leur origine, par leur siége, par leur caractère et par leur manière d'être, c'est-à-dire par les formes sous lesquelles elles peuvent se présenter. Ces lésions sont :

1° Des divisions congéniales qui affectent ou le voile du palais seulement, ou le voile du palais et la voûte palatine dans une étendue plus ou moins considérable ;

2° Des divisions toutes récentes faites méthodiquement, et préalablement à quelque autre opération, par la main du chirurgien, lesquelles sont toujours bornées au voile du palais ; je me trompe ; car, d'après une méthode nouvellement imaginée pour entreprendre l'ablation de certains polypes fibreux des arrière-narines, on pourrait avoir à étendre la suture du voile du palais jusqu'à une partie de la voûte palatine réduite à ses seules parties molles ; et de ce qu'il y a possibilité de réunir le voile du palais après qu'on l'a eu divisé complétement de haut en bas, on a recours maintenant à cette division pour attaquer des tumeurs de l'arrière-gorge ou du pharynx, et pratiquer certaines opérations qui autrefois paraissaient inexécutables ;

3° Des plaies récentes tout à fait accidentelles ;

4° Enfin, des divisions anciennes sous la forme ou de fentes ou de simples perforations, à bords cicatrisés, et provenant ou de plaies proprement dites abandonnées à elles-mêmes, ou d'ulcérations actuellement guéries. Les perforations qui sont la suite d'anciennes ulcérations actuellement cicatrisées ont leur siége tantôt au voile du palais lui-même, tantôt à la voûte palatine ; c'est le voile du palais seul qui peut être le siége de fentes ayant la même origine ; c'est aussi seulement au voile du palais qu'on peut voir une fente à bords cicatrisés, remplaçant une solution de continuité ayant eu primitivement le caractère de plaie.

Relativement aux divisions du voile du palais ayant cette dernière origine et ce dernier caractère, un cas des plus curieux, peut-être unique en son genre, et dont je n'avais pas prévu la possibilité, s'est offert, il n'y a pas bien longtemps, à mon observation ; c'est celui d'une jeune personne de dix-sept ans, qui, lorsqu'elle en avait quatre et demi seulement, et dans un moment où elle était soustraite à toute surveillance, avait été poursuivie et atteinte par un jeune taureau ; une des cornes de l'animal, ayant pénétré dans l'intérieur de la bouche, avait déchiré le voile du palais dans toute sa hauteur et, chose étrange ! sans toucher à aucune autre partie intérieure de la bouche, comme sans autre blessure extérieure. Confiée aux seuls soins de la nature, la plaie avait guéri par la cicatrisation isolée de chacun de ses bords ; elle avait pris exactement les apparences d'une division congéniale, si ce n'était qu'elle n'occupait pas tout à fait la ligne médiane et que, partant de l'épine nasale postérieure, elle inclinait sensiblement à gauche. Au moment où je vis cette jeune fille, et où il fut question de réparer la mutilation accidentelle, mais ancienne, qu'avait éprouvée le voile du palais, elle avait un extérieur des plus gracieux, avec lequel contrastaient singulièrement le timbre désagréable de sa voix et une difficulté si grande dans l'articulation des sons qu'on avait beaucoup de peine à la comprendre quand elle parlait ; elle éprouvait au même degré toutes les autres conséquences fâcheuses ou tout au moins attristantes d'une division quelconque, ou complète ou incomplète du voile du palais, comme de toute simple perforation ou de cet organe mobile ou de la voûte palatine. Le courage lui a manqué lorsqu'il s'est agi de lui faire une opération pour laquelle elle paraissait être dans les conditions les plus favorables, qui probablement aurait réussi, et dont elle aurait retiré tant d'avantages. Je ne l'ai plus revue ; et je n'ai pas ouï dire qu'ayant eu plus de résignation elle ait été confiée plus tard à d'autres mains.

Ce que je viens de dire à propos d'un cas particulier, et en soi d'ailleurs très remarquable, des si fâcheux effets d'une division du voile du palais, et ces effets sont, à peu de chose près, les mêmes lors d'une perforation de la voûte palatine, me conduit naturellement à quelques remarques générales sur ces effets considérés en eux-mêmes et sous le rapport des conséquences qu'ils peuvent avoir. Et comment n'en pas faire une étude un peu spéciale ? Des difformités qui ont leur siége dans l'intérieur de la bouche, soustraites qu'elles sont aux yeux de nos semblables, ne sont rien par elles-mêmes ; comme difformités, peu importe qu'elles existent ou qu'elles n'existent pas, puisqu'elles n'ont rien de choquant à la vue. C'est par les dérangements fonctionnels qui en découlent qu'elles ont de l'importance ; c'est à cause de ces dérangements fonctionnels, si préjudiciables à l'individu qui les éprouve, qu'il peut être si utile de ramener le voile du palais ou la voûte palatine à leur conformation naturelle. Je voudrais pouvoir approfondir ce sujet intéressant ; mais, pour ne pas abuser de l'attention que l'Académie veut bien me prêter, je me bornerai donc sur ce point à un petit nombre de considérations, qui me semblent toutefois un préliminaire utile à la partie la plus importante de mon travail, le résumé de mes observations pratiques.

Toute division congéniale du voile du palais, comme toute division accidentelle ou simple perforation de cette partie, comme toute perforation du palais solide, est donc une source de graves incommodités. Mais ces incommodités ne sont pas les mêmes au moment de la naissance, dans la jeunesse et dans l'âge adulte ; et chez un sujet adulte, c'est chose très différente qu'elles aient toujours existé, c'est-à-dire qu'elles datent de l'enfance, ou bien qu'elles soient le résultat d'un événement imprévu, d'un accident.

Un enfant naît avec le voile du palais bifide, que peut-il résulter d'une telle difformité pendant les premiers temps de la vie ? Rien autre chose qu'un empêchement à la succion, qui, pour l'homme enfant comme pour les petits des animaux mammifères, est le mode de préhension des premiers aliments voulu par la nature. C'est beaucoup, sans doute, puisque besoin est alors de suppléer à l'allaitement naturel par l'allaitement artificiel, l'enfant ne pouvant teter ni sa mère, ni une nourrice, ni une femelle d'animal. L'empêchement, toutefois, n'est pas absolu ; on ne peut pas dire qu'il existe au même degré chez tous les sujets : certains enfants prennent le sein et parviennent à teter s'ils sont tenus dans une position verticale. M. Stephenson, ce jeune médecin du Canada, dont le nom, ainsi que je crois l'avoir déjà dit, est si étroitement lié à l'histoire de la staphyloraphie, et qui a joui le premier des bienfaits de cette opération, avait pu profiter dans les premiers temps de la vie d'une heureuse inspiration de sa mère, qui, avec cette simple précaution de le tenir debout en lui donnant le sein, était parvenue à le nourrir elle-même. J'ai vu le même expédient réussir chez quelques enfants nouveau-nés pour lesquels je l'avais conseillé, mais seulement dans des cas simples. Toute tentative de ce genre serait vaine, pour peu qu'à la bifidité du voile du palais se trouvât jointe quelque autre division congéniale ou de la lèvre supérieure ou de la voûte palatine, et à plus forte raison quand il y a concours de toutes ces difformités, et ce concours n'est que trop fréquent.

Puisque je rappelle en ce moment cette horrible difformité de la face qui a reçu le nom trivial de gueule de loup, qu'on me permette de mentionner ici en peu de mots un fait qui intéressera beaucoup, sans doute, notre honorable confrère M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Je croyais encore, il y a peu de temps, qu'un bec-de-lièvre double avec avance ou saillie des os intermaxillaires, avec fissure de la voûte palatine dans toute son étendue, et bifidité du voile du palais, était la monstruosité extrême dont la face pût être le siége ; je ne pensais pas qu'une telle monstruosité pût se compliquer d'un autre élément. Mais, tout récemment, on m'a présenté un enfant nouveau-né chez lequel, en même temps qu'il y avait division médiane et complète des parties solides et des parties molles de la mâchoire supérieure, la mâchoire inférieure était de beaucoup plus petite qu'elle ne devait l'être, et comme retirée en arrière ; la langue, plus petite pareillement, semblait avoir éprouvé aussi une sorte de rétrocession ; elle était comme engagée entre les deux parties du voile du palais, et l'on pouvait croire qu'il était heureux que cette dernière partie fût bifide : autrement il n'y aurait point eu un espace suffisant pour le passage de l'air.

En portant l'extrémité d'un biberon jusqu'au delà de l'espèce de mamelon triangulaire que la langue représentait, on était parvenu à faire prendre des aliments liquides à ce petit monstre, qui avait déjà quelques jours d'existence. Est-on parvenu à le faire vivre ? Je ne sais. J'aime mieux penser qu'il a cessé d'être.

Je reviens aux conséquences de la bifidité du voile du palais chez l'enfant nouveau-né.

(La suite au prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 mai 1850. — Présidence de M. Fouquier.

Du pronostic de la pleurésie latente et des indications de la thoracentèse.

M. Pidoux lit un mémoire sur le pronostic de la pleurésie latente et sur les indications de thoracentèse.

L'auteur, après avoir été amené à s'occuper de ce travail par suite des recherches de M. Trousseau et de la discussion qui a eu lieu dans le sein de la Société, pose en fait que la question n'est point encore vidée et que pour arriver à une conclusion il faut placer ce sujet sur le terrain de la pathologie pour pouvoir en apprécier d'une manière suffisante la nature, le pronostic et le traitement.

Selon l'auteur, l'hydrothorax primitif qui se produit sous l'influence d'une diathèse séreuse serait complétement différent de l'épanchement inflammatoire. Chez les individus très vigoureux, la pleurésie avec épanchement est très rare et ne serait autre chose qu'une inflammation adhésive. Dans d'autres affections, au contraire, pseudo-inflammatoires, on voit des quantités considérables de liquide séreux s'amasser et constituer de véritables hydropisies de poitrine caractérisées seulement par la lenteur de leur formation, par une fatigue insolite, par l'expression dyspnéique de la face, par la diminution des forces, par le décubitus sur le côté malade, par un sentiment de pesanteur à l'estomac, etc.

Après avoir présenté des considérations générales sur la paracentèse et les indications de la thoracentèse, l'auteur résume la substance de son mémoire en posant les conclusions suivantes :

I. Il résulte de l'étude des cas présentés par M. Trousseau, de ceux observés par plusieurs de nos collègues et par moi-même que la thoracentèse est spécialement applicable à l'hydrothorax primitif ou pleurésie latente, et la pathologie comparée de cette affection et de la pleurésie inflammatoire aiguë avec épanchement confirme les données de l'observation.

II. Renfermée dans cette indication, la thoracentèse est un moyen qui peut devenir indispensable ; pratiquée selon la méthode de M. Reybard et avec les précautions recommandées par M. Trousseau, elle est très généralement exempte des dangers qu'on lui impute. Ces dangers ne reposent que sur la confusion qu'on fait entre les épanchements où dominent les caractères inflammatoires et ceux où dominent les caractères hydropiques de la maladie.

III. Ces derniers caractères sont : l'absence de symptômes inflammatoires excessifs ; l'abondance extrême de l'épanchement, sa tendance à augmenter indéfiniment.

IV. Lorsque l'épanchement est assez considérable pour que, dans tous les points du côté affecté accessibles à la percussion et à l'auscultation, le son plessimétrique et les bruits respiratoires naturels ou morbides aient absolument disparu, l'indication de pratiquer la thoracentèse existe pour plusieurs raisons :

1° Parce que dans ce cas on ne peut plus guère compter sur la thérapeutique médicale ;

2° Parce que les malades sont exposés à mourir subitement ;

3° Parce que, ce mode de terminaison ne dût-il pas avoir lieu, l'épanchement fût-il susceptible, comme on le voit quelquefois, de se résoudre, cette résolution est extrêmement lente ; que, pendant qu'elle s'opère, les produits morbides de séreux peuvent devenir purulents ; qu'au fur et à mesure qu'ils disparaissent des fausses membranes s'organisent et se solidifient ; qu'alors, le poumon ne pouvant revenir complétement sur lui-même, les côtes s'affaissent, le rachis s'incurve et les malades ne guérissent qu'à travers une foule de dangers aussi graves que la thoracentèse, et finalement au prix d'une infirmité incurable qui ne peut aller qu'en augmentant avec l'âge.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX PENDANT LE MOIS DE FÉVRIER.

Corps étrangers dans les fosses nasales.

M. Deville présente, au nom de M. Vivier, une pièce qui a été prise dans les pavillons de Clamart. En faisant sur la tête une coupe médiane antéro-postérieure, on a trouvé, dans la fosse nasale gauche, une balle de pistolet solidement fixée à la partie supérieure et postérieure de cette fosse, immédiatement au-devant du sinus sphénoïdal. La balle a été coupée en deux par le trait de scie. La moitié externe de ce projectile a été perdue. Sa moitié interne n'est pas engagée dans l'épaisseur des os ; la cloison des fosses nasales sur laquelle elle repose est seulement un peu refoulée du côté opposé. Cette balle est solidement fixée par une substance blanchâtre, très dure, comme crétacée. La pituitaire autour de ce point n'est ni ramollie, ni épaissie. Il n'existe aucune plaie à la face, aucune lésion dans les parois des fosses nasales : le voile du palais, la voûte palatine sont parfaitement sains.

D'où vient cette balle ? L'intégrité des parties voisines ne permet pas de l'attribuer à une tentative de suicide. Si la balle, lancée par un pistolet, était entrée par la narine, ce qui est presque inadmissible, elle eût certainement pénétré dans les os. — Il est probable que cet homme avait introduit cette balle dans son nez par quelque fantaisie bizarre ; on sait que la manie des corps étrangers n'a pas de limites.

Nouveau procédé de réunion pour les plaies du cuir chevelu.

M. Barth fait la communication suivante :

Une dame, dit-il, portait depuis longtemps trois loupes du cuir chevelu. Je ne l'engageais pas à se faire opérer parce que ces tumeurs n'étaient ni grosses, ni gênantes, ni douloureuses. Il y a quelques semaines, cette dame, en se peignant, excoria l'une de ces loupes, et je consentis à l'opérer.

Afin d'éviter les accidents des plaies multiples du crâne, je commençai par n'enlever qu'une seule tumeur. J'écartai linéairement les cheveux sans les raser, et je pratiquai une incision simple. La tumeur s'énucléa facilement ; c'était un kyste à parois épaisses, denses, comme cartilagineuses, contenant une matière caséeuse. L'opération une fois terminée, je séparai en trois ou quatre faisceaux les cheveux qui s'implantaient sur les lèvres de la plaie ; je les entrecroisai d'un côté à l'autre, et, les tirant en sens opposé, j'obtins un rapprochement très exact. Le troisième jour, la plaie était réunie par première intention. Quelques jours après, j'enlevai les deux dernières tumeurs en une seule séance. J'eus recours au même procédé de réunion, et je fus aussi heureux que la première fois.

Pied-bot par paralysie musculaire.

M. Broca présente un pied-bot équin, légèrement varus, qu'il doit à l'obligeance de son collègue M. Demarquay :

Cette pièce a été prise sur une vieille femme dont l'autre pied n'était pas déformé. Plusieurs muscles du pied, de la jambe et de la cuisse, sont devenus graisseux. Je pense, dit M. Broca, que cette pièce est de la même nature que celle que j'ai présentée ici au mois d'août dernier ; que l'altération des muscles a précédé et non point suivi la déformation du pied ; que tous les muscles n'ont pas été atteints en même temps, et que ceux qui ont été atteints les premiers ayant perdu leur action, leurs antagonistes, encore sains, ont entraîné le pied de leur côté. En effet, les muscles postérieurs possèdent encore un très grand nombre de fibres musculaires ; les antérieurs sont au contraire complétement graisseux ; voilà pourquoi le pied-bot est équin. De plus, une masse graisseuse a entièrement pris la place des muscles péroniers, tandis que le jambier antérieur conserve encore quelques fibres et que le jambier postérieur est à peu près sain ; voilà pourquoi le bord interne du pied est légèrement relevé. C'est donc là un pied-bot par action musculaire ; mais la déviation n'est pas due à l'exagération de l'action de certains muscles, elle est due au contraire à l'abolition de la puissance contractile des muscles opposés.

M. Deville. L'état graisseux des muscles se manifeste tôt ou tard dans les cas de pieds-bots. Loin d'être la cause, il est la consé-

quence de la déviation ; il n'existe pas, au moment de la naissance, dans les pieds-bots congéniaux. Ceux-ci sont presque toujours dus à des rétractions musculaires. C'est ce qui a lieu sans doute dans le cas actuel.

M. Broca. Je ne nie nullement les pieds-bots par rétraction active ; je crois seulement qu'il y en a d'autres, et que celui-ci est du nombre ; je pense que ce pied-bot n'est pas congénial. Il a été la conséquence de l'altération de certains muscles qui sont devenus graisseux, et ont perdu leur activité. La déformation n'est pas considérable, elle ne pouvait en aucune façon empêcher la marche, et cependant plusieurs muscles de la cuisse sont graisseux ; cela prouve déjà que l'état graisseux n'est pas le résultat du pied-bot. En outre, les muscles élévateurs du talon et les adducteurs du pied ne sont fibreux dans aucun point de leur longueur ; ils ne présentent aucun des caractères qu'on assigne aux muscles rétractés ; le pied-bot n'est donc pas dû à leur rétraction active. Enfin, ces muscles ont conservé leur structure, tandis que leurs antagonistes sont complétement graisseux. Il me semble que cela suffit pour rendre compte de la déviation du pied.

M. Jules Guérin a émis une proposition trop générale. Toujours, suivant lui, les muscles rétractés sont la cause du pied-bot, et cette rétraction est reconnaissable à toutes les époques, parce que les muscles rétractés deviennent fibreux. — Or, je viens de disséquer successivement sept pieds-bots, et sur aucun d'eux je n'ai trouvé le moindre muscle devenu fibreux.

Placenta d'une grossesse triple.

M. Decaille présente le placenta d'une grossesse triple. — Une femme de trente et un ans entra, pour accoucher, à l'hôpital Beaujon ; elle était à terme ; son ventre était énorme. Elle était tourmentée depuis deux mois environ par des vomissements continuels. Le 5 février 1850, le travail commença. Bientôt après, un enfant se présenta par le pelvis et vint au monde sans difficulté. Il était vivant et pesait 1,875 grammes. Le ventre ne s'affaissa pas ; on ne fit aucun effort pour extraire le placenta parce qu'il était clair que la grossesse était multiple.

Vingt-trois heures après, un deuxième enfant se présenta par la tête. Il était vivant et pesait 2,265 grammes. Enfin, au bout d'une demi-heure, un troisième enfant se présenta par la tête. Il était mort et pesait 2,325 grammes.

Les trois placentas sont unis par leurs bords et constituent un gâteau unique. Trois cordons bien normaux s'y insèrent isolément. Les trois cavités amniotiques sont entièrement distinctes les unes des autres ; seulement les parois de ces cavités sont accolées par leurs faces correspondantes dans une étendue de trois à quatre centimètres à partir du placenta. Une traction légère a permis de séparer un placenta de ses voisins ; mais au niveau de la séparation la substance de ce placenta est un peu déchirée, ce qui indique qu'il y avait entre lui et les autres continuité de tissu.

M. Broca. Il arrive fréquemment dans les cas de grossesse multiple que les vaisseaux des placentas communiquent par des anastomoses plus ou moins volumineuses ; les faits rassemblés dans la thèse inaugurale de M. Lallemand en font foi. Cette communication peut exister quoique les membranes soient complétement distinctes ; cela résulte de quelques expériences que j'ai faites en province au mois de septembre dernier. J'ai soumis à l'incubation des œufs de poule à deux jaunes. On sait que ces œufs sont faciles à reconnaître à leur forme et à leur volume. J'espérais obtenir des monstres doubles ; je n'y ai pas encore réussi, mais voici ce que j'ai observé deux fois sur les membranes :

Les deux poulets s'étaient développés dans des cavités amniotiques distinctes ; une seule allantoïde les enveloppait, et les vaisseaux allantoïdiens s'anastomosaient très large ment par inosculation. Or, l'allantoïde est l'origine du placenta des mammifères, et l'analogie indique que les placentas d'une grossesse multiple doivent communiquer souvent par des anastomoses vasculaires.

On ne saurait donc s'écarter du précepte suivant donné par M. Lallemand : Dans les cas de grossesse multiple, il faut lier le bout placentaire du cordon après la sortie du premier enfant ; sans cela, on s'exposerait à voir les autres fœtus mourir d'hémorrhagie avant la fin de l'accouchement.

M. Degaille montre que les deux premiers cordons ont effectivement été liés du côté du placenta.

M. Juteau. J'ai porté à M. Dubois un placenta double sur lequel il y avait communication entre les vaisseaux. Les deux placentas n'étaient pas en contact ; ils étaient distants de trois à quatre centimètres, et unis seulement par une membrane dans l'épaisseur de laquelle se faisaient les anastomoses vasculaires.

NOUVELLE FORME DE DYSTOCIE,

consistant dans la position de l'avant-bras de l'enfant en arrière du cou.

Par M. le professeur SIMPSON.

M. le professeur Simpson a présenté à la Société obstétricale d'Edimbourg un cas de dystocie qu'il considère comme non décrit par les auteurs, et dont nous ne connaissons en effet aucune description. M. le professeur P. Dubois, que nous avons consulté à cet égard, n'en a rencontré qu'un seul cas dans sa longue et savante pratique. Son père, le professeur Ant. Dubois, n'en avait lui-même rencontré qu'un seul cas ; c'est assez dire combien ce cas est rare.



Cette espèce de dystocie, dit M. Simpson, consiste dans le déplacement d'un des bras de l'enfant, qui est porté derrière le cou ou la région occipitale. Pour parler plus exactement, c'est l'avant-bras qui est ainsi porté derrière la tête et le cou, et le bras se continue en ligne droite avec le reste du corps. Dans cette position anormale, le coude et l'avant-bras déplacés de l'enfant augmentent en premier lieu de beaucoup les dimensions de la base de la tête, et secondement ces parties forment un obstacle saillant qui peut s'enclaver dans le bassin et empêcher la descente de la tête. Mais les conséquences de cette disposition seront mieux jugées par les détails du cas lui-même.

La patiente était une femme qui déjà avait eu neuf enfants. Toutes les couches avaient été faciles et tellement promptes, que la délivrance avait été opérée avant l'arrivée du médecin. Dans le dernier et dixième accouchement, les douleurs commencèrent à quatre heures de l'après-midi ; la dilatation du col ne fut complète qu'à dix heures du soir ; la poche des eaux s'était rompue environ une heure avant. A près de six heures du matin, M. Simpson reçut de son confrère M. Carmichaele un mot, dans lequel ce praticien le priait de venir voir la malade et l'informait que la tête restait immobile depuis plusieurs heures au détroit supérieur, que les contractions utérines s'affaiblissaient et que la malade perdait ses forces. M. Simpson, ayant soumis la malade à l'influence du chloroforme, s'assura que tous les passages du bassin étaient suffisamment ouverts et que la tête de l'enfant n'était point d'un volume exagéré et ne remplissait pas entièrement le bassin ; le reste se présentait, et la face était tournée vers la symphise sacro-iliaque gauche ; position assez rare, mais qui ne pouvait cependant pas rendre compte du ralentissement du travail. En portant le doigt un peu plus haut, M. Simpson reconnut, au delà de l'oreille gauche de l'enfant, un corps saillant, le coude, et en portant le doigt au delà, il reconnut l'avant-bras gauche de l'enfant, qui était placé horizontalement derrière la tête. Il saisit alors la main, la porta en bas et en avant, pour convertir la position céphalique en une présentation de la tête et du bras. Son espérance fut déçue ; le travail ne marcha pas plus vite, et comme les battements du cœur étaient descendus à 78 par minute, ce qui indiquait un grand danger, il n'hésita pas à chloroformiser de nouveau la malade, et à la délivrer à l'aide de la version podalique.

La mère se rétablit promptement. L'enfant cria fortement aussitôt sa sortie, et se porta parfaitement. Son bras gauche put être facilement amené pendant un ou deux jours dans la position qu'il occupait avant l'accouchement. Cet enfant pesait sept livres et quart ; la circonférence de ses épaules mesurait 13 pouces 1/3 ; la circonférence de la tête était de 14 pouces 1/4 ; et lorsqu'on mettait le bras dans la position anormale déjà décrite, la même circonférence mesurait 15 pouces 1/2.

Le traitement le plus rationnel de cette cause de dystocie, si elle était reconnue d'avance, serait probablement, dit M. Simpson, d'entraîner la main en avant et en bas, sur le côté de la tête, afin d'avoir une présentation simple de la tête et du bras. Peut-être aussi pourrait-on essayer d'entraîner le coude en avant dans la direction de l'extrémité inférieure du sternum, et de ramener le bras dans sa position normale, au-devant de la poitrine.

Si ces manœuvres étaient impossibles ou ne réussissaient pas, il faudrait se hâter d'en venir à la version podalique.

Le point le plus difficile dans les cas de ce genre, c'est le diagnostic. Dans ces cas comme dans plusieurs autres, tels que la présence dans l'utérus d'une tête hydrocéphale, etc., le secours des anesthésiques est très précieux, en ce qu'il permet de faire des manœuvres que la malade ne pourrait supporter, ou au moins sans de grandes douleurs, dans l'état de sensibilité habituel.

Toutes les fois que, malgré des contractions utérines continues et énergiques, le travail se prolonge chez une femme qui a déjà eu des accouchements faciles, on est en droit de supposer que l'obstacle provient en grande partie de l'enfant. Parmi les causes qui peuvent mettre obstacle à la terminaison du travail, il faudra placer maintenant la mauvaise position du membre supérieur du fœtus ; et si cette cause n'a pas été signalée plus souvent, cela tient peut-être, et c'est ce que pense M. Simpson, à ce que l'examen n'a pas toujours été aussi complet qu'il devait l'être. Ainsi, dit-il, il a été présenté il y a longtemps à la Société obstétricale d'Edimbourg, par le docteur Ziégler, deux cas d'accouchements laborieux, dans lesquels la tête ne fut que très difficilement au détroit inférieur sans pouvoir le traverser ; cependant, le volume de la tête et les dimensions du bassin ne furent point trouvés disproportionnés. Dans ces deux cas, l'extrémité du doigt était parvenue à sentir en quelques points l'épaule de l'enfant. Peut-être que si l'on avait fait ou pu faire, à l'aide du chloroforme, des recherches plus approfondies, on se serait convaincu que ces deux cas rentraient dans la catégorie de celui que je viens de décrire.

Beaucoup de cas analogues à celui du docteur Ziégler existent dans la science, qui pourront peut-être recevoir la même interprétation. Je suis fortement porté à le croire.

(*Monthly journ.*)

Remèdes nouveaux.

On se rappelle qu'il y a quelques mois, à la suite d'un excellent rapport sur une question de propriété pharmaceutique soumise à l'Académie par M. Rogé, M. Robinet proposa un projet d'avis au ministre d'après lequel la vente d'un médicament nouveau et reconnu utile par l'Académie, et dont la formule aurait été insérée dans le Bulletin de cette Compagnie, pourrait avoir lieu en attendant qu'une nouvelle édition du *Codex* permît la publication légale de ce médicament. Cet avis, favorablement accueilli par le ministre, se trouve sanctionné par le décret suivant, que tous les travailleurs honnêtes et sérieux accueilleront avec reconnaissance. C'est un service éminent qui leur a été rendu par l'Académie.

Le président de la République,

Sur le rapport du ministre de l'agriculture et du commerce,

Vu les articles 32 et 36 de la loi du 21 germinal an XI ;

Vu le décret du 18 août 1810 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine ;

Considérant que, dans l'état actuel de la législation et de la jurisprudence, tout remède non formulé au *Codex* pharmaceutique, ou dont la recette n'a pas été publiée par le gouvernement, est considéré comme remède secret ;

Considérant qu'aux termes de la loi du 21 germinal an XI, toute vente de remèdes secrets est prohibée ;

Considérant qu'il importe à la thérapeutique de faciliter l'usage des remèdes nouveaux dont l'utilité aurait été régulièrement reconnue ;

Décrète :

Art. 1er. Les remèdes qui auront été reconnus nouveaux et utiles par l'Académie nationale de médecine, et dont les formules, approuvées par le ministre de l'agriculture et du commerce, conformément à l'avis de cette compagnie savante, auront été publiées dans son Bulletin, avec l'assentiment des inventeurs ou possesseurs, cesseront d'être considérés comme remèdes secrets.

Ils pourront être, en conséquence, vendus librement par les pharmaciens, en attendant que la recette en soit insérée dans une nouvelle édition du *Codex*.

Art. 2. Le ministre de l'agriculture et du commerce est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 3 mai 1850.

Louis-Napoléon Bonaparte.

Le ministre de l'agriculture et du commerce,

Dumas.

— Nous avons reçu de notre savant confrère M. Bouillaud une lettre que le défaut d'espace nous oblige de renvoyer au prochain numéro.

AVIS AUX MÉDECINS.

On désire acheter une clientèle médicale ou bien la clientèle d'un praticien dans une ville ou bourg.

Répondre *franco* à M. Auguste Crenet, directeur-gérant de la Caisse centrale des médecins, rue Quincampoix, 69.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 28 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 63.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements. . . .	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger.	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 27 MAI 1850.

Nous publions aujourd'hui la lettre que notre honorable et savant confrère M. Bouillaud nous a fait l'honneur de nous écrire. Nous croyons inutile de répondre aux reproches qu'il nous adresse de n'avoir point lu ce qu'il a écrit sur les rhumatismes articulaires aigus depuis ses *Nouvelles recherches.* Nous espérons lui prouver le contraire en nous livrant à une rigoureuse analyse des faits qu'il a rapportés dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*, le *seul ouvrage*, de ceux que mentionne M. Bouillaud, qui renferme de nouvelles observations en nombre suffisant pour qu'on en puisse tirer des résultats positifs.

Nous ne nous proposions point de nous livrer à ce travail, parce que notre rôle est de suivre les discussions académiques plus encore que de les devancer ou de les étendre. Mais dès que M. Bouillaud nous y engage, nous ne saurions nous y refuser, d'autant plus que nous espérons que notre peine ne sera pas tout à fait perdue pour la science pratique. Si nous nous étions borné, dans nos précédents articles, à parler des observations consignées dans les *Nouvelles recherches*, c'est que ces observations avaient déjà été analysées et chiffrées. M. Bouillaud n'ignore point que ce n'est pas en vingt-quatre ni en quarante-huit heures, comme l'exigeraient les nécessités de nos articles sur l'Académie, qu'on peut analyser *numériquement* soixante-dix ou quatre-vingts observations nouvelles.

Voilà pourquoi nous nous étions contenté d'exprimer le regret que M. Bouillaud ne se fût pas lui-même chargé de ce travail, au lieu d'évoquer trois mille observations sur lesquelles l'Académie n'a aucune donnée, et sur la valeur desquelles, par conséquent, elle ne peut en aucune façon se prononcer. M. Bouillaud aurait parfaitement pu présenter à l'Académie le tableau analytique de ses observations sans abuser de la patience de personne, nous en sommes profondément convaincu.

Il y a une question sur laquelle nous nous prononcerons dès aujourd'hui, et à propos de laquelle nous serons toujours prêt à donner notre faible appui à M. Bouillaud, c'est celle de l'enquête. Notre conviction intime est que ces enquêtes, sévèrement exécutées, doivent conduire à des résultats éminemment utiles pour la pratique, et notre conviction est aussi, nous n'hésitons pas à le dire, que, si des enquêtes de cette nature ne sont point acceptées, c'est par suite d'une apathie scientifique des plus regrettables ou par des raisons que nous ne croyons pas utile d'exposer ici.

Voici maintenant la lettre de notre savant confrère :

Paris, 23 mai 1850.

Monsieur le rédacteur,

Dans les deux derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, vous avez bien voulu vous occuper de moi à l'occasion de la discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie nationale de médecine sur le rhumatisme articulaire aigu. L'auteur des deux articles que vous avez consacrés à cette discussion paraît ignorer complétement les travaux que j'ai publiés sur le rhumatisme articulaire depuis mes *Nouvelles recherches* sur cette maladie, qui parurent en 1835. Or, depuis cette époque, j'ai fait connaître les résultats de mes recherches ultérieures sur l'importante affection dont il s'agit :

1° Dans le tome II de ma *Clinique Médicale*, publiée en 1837;

2° Dans mon *Traité Clinique du rhumatisme articulaire*, publié en 1840;

3° Dans la seconde édition de mon *Traité Clinique des maladies du cœur*, publié en 1841;

4° Et enfin, dans mon *Traité de Nosographie médicale*, publié en 1846 (1).

Eh bien, l'auteur des deux articles de la *Gazette des Hôpitaux* trouvera là, en détail, les preuves, c'est-à-dire les faits particuliers et les résumés statistiques sur lesquels j'ai établi toutes les assertions, toutes les propositions que j'ai énoncées devant l'Académie de Médecine. C'est également par des faits particuliers exactement recueillis, et par une statistique clinique non moins exacte, que j'ai répondu aux objections qui m'ont été faites. Si j'avais voulu développer toutes ces preuves devant l'Académie, plusieurs séances uniquement consacrées à ce développement complet ne m'auraient pas suffi. Or, il ne faut *abuser* de rien dans ce monde, pas même du temps et de la patience d'une académie.

Si le très habile auteur auquel la *Gazette des Hôpitaux* doit les deux articles dont j'ai parlé voulait et pouvait se donner la peine de lire les travaux auxquels je le renvoie, et employer son talent à la défense des nouvelles vérités (*vérités bien vraies*) qui s'y trouvent, il rendrait un grand service à la science et à l'humanité. Assurément il réussirait mieux que moi dans une œuvre si méritoire.

Les journaux de médecine, ce pouvoir auquel rien ne résiste à la longue quand il se constitue le défenseur de la vérité; les journaux de médecine, dis-je, auraient aussi une bien belle et bien utile mission à remplir; ce serait de réclamer *sans cesse* la formation de commissions d'enquête clinique, puisque, en définitive, ce n'est qu'au lit des malades qu'il faut chercher la *démonstration* de toutes les questions de médecine en général, et de thérapeutique en particulier.

Veuillez agréer, etc. BOUILLAUD.

(1) Permettez-moi d'ajouter, monsieur le Rédacteur, que pendant de longues années vous avez eu l'obligeance de publier dans votre journal un grand nombre de comptes-rendus de ma clinique où se trouvaient résumées mes recherches sur le rhumatisme articulaire.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques. — Introduction. Suite de l'exposition de l'organicisme.

(*Voir* le numéro du 21 mai.)

Objections que l'on adresse à l'organicisme.

1° Si la vie n'est que le résultat de l'arrangement moléculaire, d'où vient qu'on ne trouve pas de différence entre un cadavre et un corps vivant ?

D'où vient qu'un œuf, qui n'est doué d'aucun mouvement, est cependant doué de la vie? D'où vient qu'on ne voit aucune différence entre un œuf fécondé et celui qui ne l'est pas ?

D'où vient qu'un grain de blé bon à germer, bien doué de la vie, quoique sans mouvement, ne diffère en rien du grain de blé qui n'est pas propre à germer ?

2° Pourquoi existe-t-il des lésions fonctionnelles sans lésions organiques ?

3° Pourquoi existe-t-il des lésions organiques sans lésions fonctionnelles ?

4° Pourquoi des symptômes peu prononcés et des lésions anatomiques profondes ?

5° Pourquoi des symptômes très prononcés et des lésions anatomiques légères ?

6° Pourquoi les mêmes symptômes avec des lésions anatomiques différentes ?

7° Et pourquoi les mêmes lésions avec des symptômes différents ?

Ces anomalies ne forcent-elles pas à reconnaître l'existence d'un principe différent de l'organisation qui en modifie profondément les autres? N'y a-t-il pas évidemment là autre chose que l'arrangement moléculaire, que la disposition organique ?

Nous avons présenté ces objections dans toute leur force et de la manière la plus complète. Pour ne laisser aucun doute sur notre bonne foi, on peut voir leur réfutation dans notre *Traité sur l'organicisme.* Mais nous devons dire ici que toutes ces anomalies ne prouvent autre chose que notre insuffisance. L'art n'est point assez avancé pour s'en rendre compte; voilà tout. Nos moyens d'investigation ne sont pas assez parfaits pour expliquer ces défauts apparents de rapports; mais jamais ces anomalies ne pourront faire admettre qu'il y a dans l'organisme autre chose que l'organisation.

Il n'est pas vrai qu'il n'y ait pas de différence entre un cadavre et un être vivant. Si vous n'en voyez pas, vous en verrez un jour; aujourd'hui vous n'y savez pas voir. Cherchez et vous trouverez.

Un œuf, un grain de blé, sont doués de la vie, quoique sans mouvement; mais ils ne se meuvent pas parce qu'ils ne sont pas organisés pour se mouvoir.

L'œuf ou le grain de blé morts sont disposés, organisés autrement que le grain de blé ou l'œuf vivants.

Les irrégularités apparentes de rapports entre les symptômes et les lésions organiques dérivent de la même ignorance. Nos moyens de recherches sont encore trop imparfaits, nos sens trop peu exercés, nos interprétations trop fausses, pour être autorisés à considérer ces discordances comme des objections fondamentales et irréfutables à notre système.

L'admission ou le rejet des propriétés vitales ne seraient qu'un vain jeu d'esprit si les conséquences pratiques de la plus haute importance n'en dérivaient.

L'admission de ces propriétés comme cause de tous les phénomènes vitaux conduit fatalement Bichat et ses adhérents à les considérer comme causes des maladies. « L'histoire » des phénomènes dans lesquels les forces vitales ont leur » type naturel, dit-il (*Anatomie générale*, page 52), nous » mène comme conséquence à celle des phénomènes où ces » forces sont altérées. »

Toutes les maladies dépendent de l'altération des propriétés vitales. Si les propriétés vitales président aux actes physiologiques, il est de toute nécessité qu'elles président aux actes pathologiques. L'auteur énumère tous les troubles fonction-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La patente médicale dans le budget. — Le budget et la Faculté. — Nouveau conflit entre la pharmacie et la médecine.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Gloria tibi, Domine !

Voilà donc, mon cher confrère, la patente ressuscitée ! Nous voilà bien et dûment tarifés et valant aux yeux du fisc, qui 7 fr., qui 50 fr. de plus qu'il y a huit jours. Quand je dis bien et dûment, j'entends qu'il faudra trouver, bon gré mal gré, 50 fr. de plus au fond de notre bourse pour les verser ès mains de M. le bailli, mais je ne prétends point que ce soit de par la loi et justice que cette nouvelle dîme nous est imposée; il paraît même que le fisc a senti toute l'iniquité de sa tentative, car, après avoir annoncé pompeusement une loi sur les patentes, par un de ces revirements qui sont de mise, à ce qu'il paraît, au Palais-Bourbon, il glisse honteusement dans un chapitre du budget l'impôt en question, et obtient ainsi sans discussion une sorte de vote par surprise. Cette manière de procéder a été même pour moi l'objet de quelques réflexions assez tristes, car elles m'ont prouvé une fois de plus combien il est difficile de faire triompher ce qui est juste et vrai, et combien au contraire il est facile de perdre les fruits d'un pareil triomphe quand une fois on l'a obtenu à grand'peine. La loi qui avait aboli la patente médicale avait été mûrement élaborée par une commission spéciale; un homme d'une haute impartialité, d'un mérite éminent avait été choisi pour rapporteur; le rapport portait l'empreinte d'une étude sérieuse de la matière et d'un remarquable esprit de logique et d'équité; plusieurs séances furent consacrées à la discussion, qui mit en évidence la justesse des réclamations que le corps médical faisait entendre depuis si longtemps; c'est après cette discussion approfondie que la Chambre des députés fit droit à ces réclamations. Son vote fut sanctionné sans aucune difficulté par la Chambre des pairs, qu'on n'accuse pas sans doute de tendresse exagérée pour le corps médical.

Voilà cependant ce que l'Assemblée vient d'annuler d'un coup de scrutin en votant simplement un des plus minces chapitres du budget des recettes. C'est expéditif, mais ce n'est guère modeste, et j'avoue franchement que dans un temps où l'on paraît vouloir revenir à un peu de circonspection pour démolir ce que le temps a péniblement édifié, je m'attendais à plus de réserve de la part des hommes du Palais-Bourbon. Le dirai-je aussi, je ne m'attendais pas moins à un peu plus de résistance de la part de nos confrères de la Législative. Ont-ils laissé passer sans s'en apercevoir le chapitre en question, perdu modestement, pour ne pas dire honteusement, dans la foule des autres chapitres? ont-ils éprouvé de la répugnance à élever leur voix en faveur d'intérêts qui les regardaient directement? Nous ne savons; nous penchons néanmoins pour la première alternative; car les avocats, qui cette fois sont tarifés par le fisc, n'ont pas fait entendre la moindre plainte, et l'on sait qu'ils ont rarement de ces scrupules auxquels les médecins ont trop souvent la simplicité d'obéir. Il est donc probable que l'Assemblée aura voté le chapitre comme un chapitre ordinaire, et sans se douter qu'elle rétablissait un impôt inique et condamné par deux votes solennels il y a huit ans à peine. Ce n'est pas là une trop grande illusion, il nous sera permis de conserver quelque espoir pour l'avenir; le budget ne fait loi que pour un an; avec de la ténacité et de l'ensemble, il sera peut-être possible de faire rayer sur un autre budget ce qu'on a sournoisement écrit dans celui-ci. Tout bien considéré, il vaut mieux probablement que la patente ait été rétablie d'une manière indirecte que par une loi spéciale. Il est toujours fort difficile de faire rapporter une loi, tandis qu'il l'est beaucoup moins de faire supprimer un chapitre du budget. En attendant cet heureux jour, apprêtez-vous, mon cher confrère, à régler vos comptes avec le percepteur, car c'est l'homme du monde qui entend le moins raison sur le chapitre des recettes, et bien moins qu'avec le ciel il est avec lui des accommodements.

— Pendant que le percepteur remplit ses coffres, la Faculté vide les siens. Vous savez déjà que nos professeurs ont 83 fr. 33 c. de moins à toucher par mois, ce qui donne une économie assez rondelette de 26,000 fr. par an; cela n'a pas suffi pour satisfaire les appétits économiques de la commission du budget; elle a jugé à propos d'y ajouter trois autres mille francs que la Faculté prendrait où elle voudrait; c'est la commission qui a dit le mot voudrait, mais le mot pourrait vaudrait peut-être mieux; la difficulté, en effet, est de savoir où l'on prendra ces trois malheureux mille francs. Les professeurs ne sont guère disposés à accroître le sacrifice forcé qu'on leur a fait subir, et de cela je n'ai nulle intention de les blâmer. D'un autre côté, les employés ne sont pas assez grassement payés pour qu'on puisse songer à diminuer leurs émoluments; pour plusieurs, ce serait les priver de pain. Dans cette triste position, le doyen, à qui il appartenait de trancher despotiquement la difficulté

nels et *organiques* que l'on observe dans les maladies, et les attribue à des lésions des propriétés vitales. « Les convul-
» sions, les spasmes, les paralysies, etc., sont dus à des aug-
» mentations ou à des diminutions de la *contractilité animale.*
» Examinez tous les phénomènes physiologiques, tous ceux
» des maladies, vous verrez qu'il n'en est aucun qui ne puisse,
» en dernier résultat, se rapporter à une des propriétés dont
» je viens de parler.

» La vérité INCONTESTABLE de cette assertion nous mène à
» une conséquence non moins certaine *pour le traitement des*
» *maladies*, savoir : que tout moyen curatif n'a pour but *que*
» *de ramener les propriétés vitales altérées au type qui leur est*
» *naturel.* Tout moyen qui, dans l'inflammation locale, ne
» diminue pas la *sensibilité organique augmentée;* qui, dans
» les œdématies, les infiltrations, n'augmente pas cette pro-
» priété totalement diminuée ; qui, dans les convulsions, ne
» ramène pas à un degré plus bas la contractilité animale,
» *qui ne l'élève pas à un degré plus haut dans la paralysie*, etc.,
» manque essentiellement son but, et est contre-indiqué. »

Eh bien ! comprend-on maintenant les conséquences pratiques de cette manière de voir ? Croit-on encore que ces doctrines sont sans influence sur l'exercice de l'art ?

Diminuer ou augmenter les propriétés vitales, voilà toute la thérapeutique.

« Les substances médicamenteuses ont aussi leur influence
» sur la contractilité animale. *Tout ce qui produit une vive*
» *excitation à l'extérieur, comme les vésicatoires, les frotte-*
» *ments divers, l'urtication, ranime cette propriété assoupie*
» *dans la paralysie.... !* »

Eh bien ! voilà la médecine où conduit l'admission des propriétés vitales.

Elle conduit à administrer dans la *paralysie*, qui est une diminution de la *contractilité animale*, tout ce qui peut augmenter cette propriété ; ainsi, les alcooliques, les aromatiques, les toniques, l'arnica, la mélisse, les vulnéraires, la noix vomique, le muriate d'ammoniaque ; enfin, toutes les substances incendiaires que les formulaires indiquent comme propres à augmenter la contractilité animale. Ce n'est là qu'un exemple, et toute la médecine de Bichat est faite sur ce modèle. Quant aux vitalistes modernes, s'ils ne se conduisent pas ainsi, c'est qu'ils sont inconséquents et illogiques, modifiés qu'ils sont à leur insu par les doctrines de l'organicisme. On ne trouvera pas sans doute maintenant qu'il soit inutile de détruire de semblables erreurs.

Voyons maintenant les avantages qui résultent de la philosophie opposée. Quelle est la conséquence que l'on doit tirer de la doctrine qui fait dépendre les actes vitaux de l'état de l'organisation ? N'est-ce pas que ces actes doivent être réguliers ou irréguliers, suivant que les organes ou les instruments chargés de les produire sont dans un état normal ou anormal ? N'est-il pas vrai que, lorsqu'un acte vital sera irrégulier, on en cherchera sur-le-champ la cause dans l'état anormal de l'organe, et non dans l'altération d'une prétendue propriété vitale ? Quoi de plus simple, de plus clair que ces propositions ? Ainsi, tout dérangement fonctionnel conduira à rechercher quel est l'organe altéré ; en second lieu, de quelle manière il est altéré ; quel est le siége, la nature, l'étendue de l'altération ; c'est-à-dire, à rechercher le *diagnostic* précis de la maladie que l'on a à combattre, et par conséquent à n'administrer que des moyens rationnels.

Il est bien exact de dire que c'est au rejet des propriétés vitales que l'on doit le progrès qu'a fait dans ces derniers temps la pathologie du cerveau. Nous avons vu que jusqu'ici la paralysie n'avait été considérée que comme une diminution ou une abolition de la contractilité et de la sensibilité ; que l'on ne s'inquiétait nullement des altérations organiques qui la produisent, et nous avons vu à quelle thérapeutique on était conduit, c'est-à-dire à administrer les excitants dans toutes les paralysies, quelle que fût la cause organique qui la produisît : la congestion, l'hémorrhagie, l'inflammation, la suffusion séreuse, le ramollissement sénile, le cancer, le fongus, le tubercule, les tumeurs de toute espèce, tout était traité par les mêmes moyens, parce que toutes ces maladies produisent la paralysie. Mais dès que la paralysie n'a plus été seulement une fonction altérée, une lésion des propriétés vitales, nous avons cherché dans les organes du mouvement et du sentiment quelle était l'altération matérielle qui la produisait, sa nature, son siége, son étendue ; nous vîmes alors qu'elle pouvait dépendre de toutes les lésions que nous venons de citer. Nous cherchâmes à les reconnaître pendant la vie, et à leur appliquer à chacune le traitement qui pouvait lui convenir. On cessa de frictionner, de galvaniser, de tonifier les pauvres malades, etc., dans l'intention d'augmenter les propriétés vitales, diminuées ou abolies.

D'après ces résultats, qu'on nous dise de quel côté se trouve la vérité, et partant l'utilité !

Ces principes, appliqués à toute la médecine, ont fait obtenir les mêmes résultats.

Dans l'aliénation mentale, ils conduisent à la connaissance de l'altération locale.

Dans la paralysie générale, dans les hydropisies, les hémorrhagies, l'ictère, l'asthme, etc., etc.,

Leur application a déjà jeté les plus vives lumières.

Et tout cela découle de cette loi fondamentale que, lorsqu'il existe une lésion fonctionnelle, il doit exister aussi une lésion d'organe.

Cette proposition porte dans son sein tous les progrès à venir de la médecine.

Quoique la négation des propriétés vitales forme le point capital de l'organicisme, nous avons dû, pour combattre certaines erreurs accréditées, formuler quelques autres propositions qu'il n'est plus aujourd'hui besoin de chercher à démontrer, mais qu'il fallait absolument établir à l'époque où nous commençâmes à professer notre philosophie médicale. C'est ainsi que nous avons cru devoir énoncer en proposition :

« Que tous les organes peuvent être primitivement ma-
» lades ;

» Que les fluides, qui sont des éléments d'organes ou des
» effets d'organes, peuvent être malades ;

» Que les organes peuvent être malades de plusieurs ma-
» nières ;

» Qu'il existe des maladies spécifiques ou spéciales ;

» Que les forces étaient si différentes chez les divers indi-
» vidus qu'elles doivent imprimer aux maladies un caractère
» différent et à la thérapeutique une direction différente. »

Tels sont les principes qui nous dirigent dans nos études cliniques. On en a fait honneur à Broussais en disant qu'il avait *localisé* les maladies. Mais l'auteur de l'irritation, en fondant la *gastrite universelle*, était loin de cette philosophie. On peut voir dans notre livre sur l'*organicisme* l'énorme différence qui sépare ces deux systèmes.

Un jour viendra sans doute où ces principes, acceptés généralement et sans contestation, serviront de guide aux médecins qui reculeront les limites de la science.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 15 mai 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Plaies multiples par suicide.

M. HUGUIER rend compte du résultat de la communication qu'il a faite à la dernière séance. Il veut parler du malheureux qui, après ses diverses tentatives de suicide, a encore cherché à se tuer par strangulation, dans la nuit du mercredi au jeudi. Il n'y a pas réussi, mais il a succombé à ses autres blessures le lendemain matin. Voici les lésions que l'autopsie a fait reconnaître :

La plaie de la face par arme à feu avait seulement dénudé l'os maxillaire inférieur, sans qu'aucune autre lésion plus profonde ait été produite.

Pour la plaie de poitrine, située dans la région précordiale, l'instrument tranchant avait traversé les cartilages des fausses côtes, et s'était arrêté à l'une des insertions du diaphragme, près du péricarde, sans le perforer.

Des deux plaies de l'abdomen, l'une, correspondant aussi à l'hypochondre gauche, pénétrait jusque dans l'arrière-cavité des épiploons, sans lésions graves ; l'autre, placée à l'épigastre, avait donné issue à l'épiploon, et offrait des complications profondes. Le couteau avait traversé le lobe gauche du foie, lésé l'épiploon gastro-épiploïque, les artères gastro-épiploïque et pylorique, et ouvert le duodénum immédiatement au-dessous de la valvule pylorique. L'épiploon réduit était libre de toute adhérence avec la plaie. Un vaste épanchement de sang attestait que la mort était due à l'hémorrhagie.

Correspondance.

M. GIRALDÈS, obligé de s'absenter pour quelque temps, demande un congé de deux mois qui lui est accordé.

— La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* pour le mois de mai. Ce numéro contient les articles suivants de chirurgie :

1° Des injections potassiques pour prévenir l'infection purulente dans le traitement des abcès froids ;

2° Traitement de l'hygroma par l'acétate de plomb, la compression, l'incision sous-cutanée multiple et le sel ammoniac ;

3° Taille périnéale pour extraire un porte-plume et une tige de jonc introduits par l'urètre dans la vessie ;

4° Clinique de la Charité, etc.

Traitement de l'ascite par les injections iodées.

M. MOREL-LAVALLÉE, au nom d'une commission composée, avec lui, de MM. Michon et Deguise fils, fait un rapport sur un mémoire de M. Boinet, intitulé : *Du traitement de l'ascite par les injections iodées.*

« Les injections iodées dans le traitement des hydropisies addominales, dit M. le rapporteur en commençant, prennent chaque jour de l'importance par les nouveaux faits et les nouveaux travaux qui se produisent. »

Il fait mention tout aussitôt du mémoire de M. Boinet et de celui de M. Leriche, et d'une opération heureuse faite par M. Moissenet.

Pour apprécier la valeur des injections iodées, M. Morel croit utile de jeter un coup d'œil sur toutes celles de natures diverses qui ont été tentées dans le péritoine. Il renvoie la partie historique du sujet au livre de M. Velpeau, qui a pressenti l'importance de ce moyen, et il aborde immédiatement les faits pour juger la question. Ces faits portent sur des injections d'air, de protoxyde d'azote, de vapeur vineuse, d'eau, de décoction de quinquina, d'alcool et d'iode.

Pour les injections iodées, qui font l'objet spécial du mémoire, M. le rapporteur fait observer que, la plupart des faits ayant été réunis par M. Boinet, il n'en présente qu'une analyse très succincte. Ces faits sont au nombre de huit.

« En résumé, dit-il, nous avons passé en revue seize cas d'injections dans le péritoine ; nous allons les récapituler brièvement sous leurs principaux rapports pour en faire ressortir la signification.

» Quoique le diagnostic n'ait pas été porté avec la précision à laquelle l'ont élevé les travaux de MM. Rostan et Piorry, il paraît cependant incontestable dans la plupart des cas. Nous en avons d'ailleurs signalé, chemin faisant, les éléments et les lacunes.

» L'ascite a été de nature très diverse : liée à la suppression des règles, à la suppression de la transpiration, à un engorgement de la rate ou du foie, à la suite de fièvres intermittentes, à la cyrrhose, à une affection du cœur, à une péritonite, qui parfois était purulente, sans que l'origine de l'hydropisie ait exercé d'influence sensible sur les résultats du traitement.

» Quant à l'injection, on a employé :

1 fois l'air.	sans effet ;
4 fois le protoxyde d'azote.	3 guér., 1 amélior. ;
4 fois la vapeur vineuse.	3 guér., 1 insuccès ;
1 fois de l'eau de la décoction de quinq.	1 guérison ;
1 fois de l'alcool étendu.	1 guérison ;
8 fois des préparations d'iode.	6 guér., 2 insuccès.

» En tout 18 opérations (je ne compte pas l'air), 15 guérisons, 1 amélioration, 2 insuccès, et aucun accident imputable aux injections.

» ..... Une seule injection iodée a toujours réussi, excepté dans un cas où trois sont devenues nécessaires, et dans un autre où deux ont échoué..... Sur les 6 guérisons, on a noté trois fois des symptômes d'adhérences dans l'abdomen. Nous nous appesantissons davantage sur les injections iodées, parce qu'il est probable que ce seront elles qui entreront dans la pratique, malgré le résultat si séduisant des injections de protoxyde d'azote. »

M. Morel examine ensuite une question qui, dit-il, domine toutes les autres, et qui n'a été jusqu'ici touchée que par Broussais, c'est celle des indications ; et il conclut de cet examen qu'il est très difficile, sinon impossible, de fixer *à priori*, sur de simples vues spéculatives, les espèces d'ascites qui repousseraient les injections. « Il n'y a, continue-t-il, qu'une expérience clinique, conduite dans les limites de la prudence, qui puisse résoudre de telles questions. »

Voilà, dit M. le rapporteur, une partie des points dans l'examen desquels nous aurions voulu que M. Boinet fût entré, et qui ne pouvaient être que signalés dans un rapport

---

en supprimant telle ou telle partie du service, a cru devoir décliner la responsabilité d'une mesure aussi grave et il a constitutionnellement porté l'affaire devant le conseil. Si je suis bien informé, plusieurs propositions doivent être faites, et parmi elles il en est quelques-uns que je regretterais profondément de voir non-seulement adopter, mais seulement se produire. En voici une entre autres : un des honorables professeurs serait d'avis de supprimer la place de conservateur du musée Orfila qui rapporte à son titulaire la modeste somme de 2,400 fr. Je le dis en toute sincérité, je ne puis comprendre comment l'idée pourrait venir à qui que ce soit, encore moins à un homme de science, à un professeur, de supprimer un fonctionnaire dont l'action est absolument indispensable pour conserver à la Faculté un musée qui est dans son genre le plus beau monument scientifique du monde, qui a tiré la France de l'état d'infériorité dans lequel elle se trouvait vis-à-vis de l'Angleterre et qui la met sous ce rapport au niveau général auquel elle s'est élevée par rapport aux nations voisines. Supprimer la place de conservateur, c'est sacrifier le musée ; j'aime à croire qu'il ne se trouvera pas dans la Faculté ni ailleurs un homme capable de s'arrêter sérieusement à une telle pensée. Puisque par le temps qui court tout le monde fait des propositions, je vous demande aussi la permission d'en faire une.

Il y a à la Faculté, si je suis bien renseigné, un bibliothécaire qui est en congé pour le moins depuis quatre ou cinq ans, soit en province, soit à Paris ; cet honorable fonctionnaire, qui joue au professeur en Sorbonne ou en Collége de France, où vous savez que les titulaires ne font jamais leurs cours, croit remplir sans doute très scrupuleusement ses fonctions en allant étudier dans le Périgord la culture des truffes et la science des assolements. Certes, l'étude est assez belle et assez honorable pour remplir une noble ambition ; Cincinnatus et Fabius l'ont suffisamment ennoblie, sans compter les empereurs du Céleste-Empire. Mais voici ce que je ne comprends guère : quel besoin y a-t-il d'être bibliothécaire d'une Faculté pour étudier, depuis la circoncision jusqu'à la Saint-Sylvestre, l'irrigation des prairies et l'engraissement des troupeaux ? Pour moi, je n'en vois aucune. Si donc la Faculté a des économies forcées à réaliser, pourquoi n'engagerait-elle pas poliment son bibliothécaire à borner le cours de ses...... excursions scientifiques dans le champ de Cérès, et ne supprimerait-elle pas un emploi en réalité vacant depuis une demi-douzaine d'années au moins, et dont le nouveau Fabius a peut-être oublié qu'il est le titulaire ? Je soumets cette proposition à l'appréciation du savant conseil, en me réservant de la développer ou de lui en substituer quelques autres si celle-ci ne lui paraît pas acceptable.

— Encore une nouvelle querelle entre la médecine et la pharmacie ? En vérité, messieurs les pharmaciens (je veux dire quelques pharmaciens) ignorent-ils dans quel siècle nous vivons, et veulent-ils servir de texte aux inspirations de quelque nouveau Molière ? N'ai-je pas entendu de mes propres oreilles un de ces messieurs, heureusement exceptionnels, soutenir, l'autre jour, que toute la responsabilité de l'empoisonnement par la belladone devait incomber au médecin, parce qu'il avait omis d'avertir le pharmacien qu'il y avait encore quelque chose à lire sur le verso de la première page !

Avec un pareil système on ne pourrait guère écrire que sur la quatrième page ; car on remplirait la première pour avertir qu'il faut lire la seconde, celle-ci pour recommander de lire la troisième, et ainsi de suite. Je soupçonne le pharmacien auquel je fais allusion d'être de connivence avec quelque marchand de papier. Un de nos confrères, à qui il faisait les observations précédentes, lui a d'ailleurs répondu avec assez d'à-propos : Monsieur, puisque vous aimez qu'on pousse les précautions jusqu'à ce point, voici une recommandation que je ne manquerai pas de vous faire toutes les fois que je vous adresserai une ordonnance.

P. S. Si cette ordonnance vous arrive pendant la nuit, ne manquez pas d'allumer une chandelle pour l'exécuter. X...

Concours. — Le jury pour le concours qui doit s'ouvrir prochainement à l'administration des hôpitaux pour quatre places de médecins du bureau central est constitué de la manière suivante :

MM. Trousseau, Bricheteau, Bonneau, Béhier, Sandras, Honoré, Robert, Richet, Michon, titulaires ; Baron et Marjolin fils, suppléants.

Les candidats inscrits pour prendre part aux épreuves sont au nombre de vingt-neuf. Ce sont : MM. Aran, Bell, Bergeron, Bernard (Paul), Bernutz, Boucher de la Villa, Jossy, Chammartin, Champeaux, Chayet, Davasse, Delpech, Fleury, Foucaud, Fournet, Frémy, Gabalda, Gubler, Hérard, Hillairet, Homolle, Lasègue, Matice, Milcent, Moulard-Martin, Oulmont, Poterin du Motel, Racle, Richard, Sanson (Alphonse).

On sait qu'aux termes du nouveau règlement il ne peut être admis aux épreuves définitives que trois candidats pour chaque place vacante. Ce sera donc une élimination de dix-sept candidats qu'on devra faire après les épreuves éliminatoires.

mais, en somme, la conclusion à laquelle il est arrivé nous paraît justifiée par les faits qui lui servent de base, et par ceux que nous en avons rapprochés. Les injections iodées dans le péritoine, qu'il a contribué à mettre à l'ordre du jour, nous semblent mériter toute l'attention des chirurgiens.

Quant à la composition du travail, on pourrait désirer un cadre plus large, plus de développements, une discussion plus approfondie des divers éléments du sujet; mais l'auteur, se proposant de revenir plus tard sur les injections iodées avec de nouveaux faits, s'est borné à rapporter ceux que possédait la science, et à en tirer des déductions favorables à cette opération.

M. Morel rappelle que M. Boinet, à l'appui de sa candidature, a publié plusieurs travaux intéressants, et entre autres, un Mémoire sur les causes et le mécanisme de l'abaissement de la hanche dans la coxalgie et autres affections des membres inférieurs; un Traité du strabisme et de la myotomie oculaire, et un Mémoire sur l'extraction des corps étrangers aigus du canal de l'urètre. Il ajoute que l'auteur a pris une part honorable aux concours de l'Ecole et des hôpitaux.

« En conséquence, la commission propose :

1° De renvoyer le travail de M. Boinet au comité de publication, et d'engager l'auteur à poursuivre ses recherches sur les injections iodées;

2° D'admettre M. Boinet au nombre des membres titulaires de la Société de Chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT avant de mettre ces conclusions aux voix, annonce que la discussion est ouverte sur le rapport.

M. DEBOUT la commence ainsi :

« Lorsqu'une médication nouvelle se produit, elle est enregistrée par la presse. Les expérimentations se répètent; les cas se multiplient. Vient alors un des auteurs qui groupe autour de son fait particulier toutes les observations publiées; et comme il n'a sous les yeux que des exemples de succès, il arrive à en tirer des conclusions erronées. Dans cette marche habituelle des choses il n'y a pas grand péril, si ces conclusions restent l'œuvre d'un seul; mais qu'elles reçoivent la consécration d'une Société, telle que la Société de Chirurgie, il y a danger pour elle et pour la pratique médicale.

» Tant que la médication n'a pas été formulée, dit M. Debout, les médecins qui ont été témoins des insuccès ne les publient pas; mais aussitôt qu'ils voient la responsabilité de leurs confrères entraînée trop loin par l'interprétation incomplète des faits, ils publient leurs propres observations. On voit alors se produire une nouvelle série de faits qui montrent combien l'on s'était trop avancé.

» N'en serait-il pas de même pour les injections iodées comme traitement de l'ascite, et peut-on conclure à une semblable innocuité que celle dont il s'agit à présent? Je ne le crois pas.

» Je connais, ajoute M. Debout, un fait d'injection pratiquée par un médecin instruit de nos hôpitaux et suivie promptement d'un funeste résultat, malgré toutes les précautions dont ce savant confrère s'était entouré. Nul doute que la discussion qui se produit aujourd'hui n'engage M. Bazin à publier cette intéressante observation et à nous fournir un élément de plus pour juger la question qui est soulevée ici, car, avec les restrictions qu'elle impose, on ne présentera pas les injections iodées dans la cavité péritonéale comme jouissant d'une innocuité presque semblable à celles que l'on pratique dans la tunique vaginale. »

M. VIDAL (de Cassis) considère la question soumise à la Société de Chirurgie comme fort grave, parce qu'elle engage sérieusement sa responsabilité. Le premier point, qui à son sens domine tous les autres dans cette question, serait de savoir s'il convient de traiter l'ascite par les injections iodées. Or, les éléments nécessaires à l'appréciation de ce moyen lui paraissent insuffisants pour en juger la valeur et surtout pour en accepter l'emploi. Il faudrait préciser, spécifier la nature des lésions qui, empêchant les rapports proportionnels de l'exhalation et de l'absorption de la sérosité péritonéale, provoquent la formation de l'hydropisie ascite; il faudrait indiquer les diverses circonstances qui précèdent, accompagnent ou compliquent l'épanchement; il faudrait, enfin, tenir compte de la valeur ou de l'insuffisance des médications relatives à chacun des cas, et pondérer autant que compter les guérisons obtenues par la simple ponction pour établir quelques règles positives à l'égard des injections d'iode.

Il y a en effet, dit M. Vidal, des cas de ponctions successives et multiples sans succès d'abord, tandis que plus tard le résultat d'une dernière ponction a été favorable. Il cite à ce sujet l'observation d'un ancien député, qui supporta vingt ponctions inutilement et qui guérit enfin après la vingt et unième. Or, ces exemples ne sont pas rares, et il faudrait, ajoute M. Vidal, signaler les insuccès, comme on s'empresse de signaler les réussites par les injections iodées; il faudrait, en un mot, comparer les résultats des ponctions simples ou sans injection à ceux des ponctions composées ou avec injection.

M. GIRALDÈS fait remarquer que M. Morel lui-même a signalé le défaut ou l'oubli des indications dans les observations de M. Boinet. Elles manquent en effet des données étiologiques nécessaires à l'appréciation de la thérapeutique. C'est à tâtons pour ainsi dire que l'on a fait les injections, tandis que l'on aurait dû tenir compte des autres méthodes de traitement. La compression, par exemple, a procuré aussi des guérisons, et d'autres moyens accessoires ont réussi encore.

M. Giraldès combat la conclusion de renvoyer le mémoire au comité de publication, à moins que des expériences ne soient faites à l'appui de l'opinion soutenue par l'auteur; mais, à en juger par la lecture de ce mémoire et d'après le rapport de M. Morel, l'œuvre de M. Boinet se réduirait à la proposition d'employer les injections d'iode dans l'ascite sans une démonstration suffisante des faits à l'appui de cette proposition.

M. GOSSELIN voudrait aussi que M. le rapporteur donnât des détails plus circonstanciés sur la substance du mémoire, afin que l'on pût savoir ce qui appartient en propre à M. Boinet.

M. ROBERT se joint à ses collègues en regrettant le défaut d'analyse du travail qu'il ne connaît nullement.

Il a entendu M. Morel dire que l'air était la source de graves accidents, et il reconnaît cette assertion comme vraie sous quelques rapports, mais il la croit contestable à d'autres égards.

Il s'étonne que l'on ait relaté autant de cas de guérison, à moins que ces résultats ne soient incomplets ou que les insuccès ne soient restés cachés.

M. Robert dit que M. Bonnafond, chirurgien-major de l'hôpital militaire d'Arras, ayant envoyé à l'Académie de Médecine un mémoire sur le traitement de l'hydrocèle par la vapeur d'ammoniaque, il a voulu lui-même, comme rapporteur du mémoire, essayer le moyen proposé par l'auteur; or il n'a obtenu qu'un succès provisoire qui s'est démenti, et, d'après le résultat définitif, M. Robert a donc sagement différé de faire son rapport.

M. MOREL répond aux objections qui viennent de lui être adressées qu'il a précisément fait les mêmes critiques, émis les mêmes doutes. Regrettant que M. Boinet n'ait pas exposé dans son mémoire les autres modes d'injection, il a cru, lui, devoir le faire dans son rapport.

Une seule objection lui semble sérieuse, c'est celle de M. Debout : il y a des insuccès inconnus, sans doute, par les injections iodées, mais il en est ainsi de bien d'autres injections.

Quant au reproche que lui a adressé M. Vidal, de n'avoir pas indiqué les altérations productrices de l'hydropisie, M. Morel les a énoncées. Il fait remarquer d'ailleurs que, d'après le mémoire, toutes les ascites, quelle qu'en soit la cause, sont susceptibles de guérison par les injections iodées. Ce serait donc, selon lui, une très heureuse méthode que celle-là.

Quant à la guérison obtenue par de simples ponctions, elle ne lui semble admissible que dans des cas rares.

Enfin, dit M. Morel, c'est là sans doute un problème à résoudre, mais il est basé déjà sur des faits authentiques.

M. FORGET ne conteste aucunement les guérisons obtenues par les injections iodées; il doit en croire l'appréciation faite par M. le rapporteur. Mais il n'est pas bien fixé sur ce que M. Morel entend ici par guérison; et il lui demande ce que sont devenues les lésions causes de l'hydropisie? Les observations le disent-elles? Les malades ont-ils été revus? Quels ont été enfin les résultats ultérieurs? C'est là ce qu'il serait bon de savoir.

M. GIRALDÈS fait remarquer que M. Morel a insisté sur les 16 cas de guérison, mais qu'il ne semble pas avoir fait attention à la différence des périodes. Certains cas, par exemple, se sont offerts à vingt ans d'intervalle; et on se contente de dire : le malade est guéri, sans qu'on l'ait revu. Cela ne suffit pas.

Les observations restent donc incomplètes, et peuvent servir tout au plus de pierre d'attente avant d'établir une conclusion définitive.

M. MARJOLIN, sans critiquer le travail de M. Boinet, s'étonne que M. Morel ait généralisé la guérison de l'ascite. En effet, le plus ordinairement l'ascite est, comme on le sait, symptomatique d'une affection incurable; tels sont les cas de cyrrhose et d'autres encore. Il ne suffit donc pas de guérir un symptôme. Toutes les lésions d'ailleurs intéressant le péritoine sont sérieuses. L'hydrocèle même ne serait pas à l'abri d'accidents. Il y a à craindre une inflammation que l'on ne peut modérer; et rien, dans le mémoire dont il s'agit, ne fait connaître les symptômes qui ont suivi l'injection. Or, dit M. Marjolin, comme c'est un travail médico-chirurgical, on doit prendre garde d'aller trop loin dans les conclusions pratiques.

M. MOREL ne peut accepter les reproches adressés par plusieurs de ses collègues au travail de M. Boinet, de fournir des faits incomplets. Il en a recherché les détails avec soin, en remontant aux sources de chaque observation; il en a signalé le côté défectueux et présenté un résumé exact. Quant à l'effet indirect de l'injection, ce moyen ne peut, de toute évidence, guérir la cause de l'ascite.

La comparaison qui vient d'être faite entre cette hydropisie et l'hydrocèle lui semble enfin tout à fait inexacte.

Reconnaissant, toutefois, que M. Boinet n'a pas fini son travail, M. Morel vient de convenir avec ses collègues de la commission qu'il n'y avait pas encore lieu de renvoyer le mémoire au comité de publication avant que l'auteur ne l'ait complété par de nouvelles recherches; mais, d'accord aussi avec eux, il soutient la proposition d'admettre M. Boinet parmi les membres de la Société de Chirurgie.

MM. GIRALDÈS, VIDAL, ROBERT, GOSSELIN, LENOIR et LARREY ont, à l'égard de cette distinction, quelques remarques inutiles à reproduire au procès-verbal.

M. LE PRÉSIDENT, pour clore enfin la discussion, met aux voix la première conclusion du rapport, à savoir : d'encourager M. Boinet à continuer ses recherches sur le *traitement de l'ascite par les injections iodées*. Cette conclusion est adoptée.

La seconde conclusion, étant relative à l'admission de M. Boinet, sera votée à la prochaine séance, à laquelle sont convoqués tous les membres de la Société.

Quant au rapport de M. Morel-Lavallée, il sera renvoyé au comité de publication.

Lipome du bras.

M. MARJOLIN présente un énorme lipome qu'il a enlevé le matin même à la face interne du bras, chez un malade de l'hôpital de Bon-Secours. Ce lipome pèse 2 kilog. 700 grammes. M. Marjolin en donnera l'observation dans une prochaine séance.

Emploi des serres-fines après l'ablation d'un kyste du cou.

M. LARREY communique un nouveau résultat de l'application des serres-fines de M. Vidal. Il s'agissait d'un kyste graisseux siégeant à la région cervicale postérieure chez un officier malade au Gros-Caillou. Ce kyste, ouvert et extirpé par une incision perpendiculaire de la base à la surface libre de la tumeur, offrait les caractères assignés au stéotome. La réunion immédiate des téguments divisés a été faite à l'aide de deux serres-fines de moyenne grandeur, sans autre pansement, et le lendemain matin l'adhésion était complète.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOTE COMMUNIQUÉE PAR LE Dr BOULAY

sur les effets de la belladone, observés chez la femme Remy Neveu.

Le triste événement dont nous avons entretenu nos lecteurs dans notre dernier numéro ne doit pas être perdu pour la science. Les empoisonnements par la belladone sont assez rares pour qu'on doive lire avec intérêt la note suivante rédigée par l'honorable médecin qui a été si injustement puni d'une faute qu'il n'avait point commise.

Le poison consistait, comme on le sait, en 15 grammes d'extrait de belladone primitivement mélangé dans 5 grammes d'eau, et plus tard étendu dans un verre d'eau tiède.

Il avait été pris entre trois et quatre heures de l'après-midi. Le docteur fut mandé vers sept heures et demie, et arriva à huit heures un quart du soir dans la chambre de la malade.

Les symptômes extérieurs consistaient en une stupeur profonde, aphonie, immobilité complète, insensibilité de toutes les parties du corps, coloration de la face, paupières entièrement fermées, dilatation énorme de la pupille, teinte violacée au-dessous des paupières inférieures; mâchoires serrées, — contraction dans les traits, quelques mouvements dans les lèvres, dus aux hallucinations que devait éprouver la malade. Déglutition impossible sans suffocation effrayante; respiration extrêmement difficile et bruyante. Pouls plein pendant deux à trois minutes, puis filiforme; tantôt accéléré, tantôt d'une lenteur extrême; absence de nausées; constipation opiniâtre; émission d'urine nulle.

Quoique désespérant de sauver cette malheureuse femme, le docteur courut chercher chez lui : émétique, purgatifs, farine de moutarde, etc., etc. Vers neuf heures, on chercha à administrer l'émétique, mais on dut renoncer à ce moyen tant les mâchoires étaient serrées et la déglutition difficile. Des lavements purgatifs furent essayés : ils ne furent pas rendus. De larges vésicatoires furent promenés sur les extrémités inférieures et appliqués à la nuque, sur la région du cœur, à la partie externe des cuisses; mais tous ces moyens ne purent faire cesser un instant l'état de stupeur de la malade; seulement, elle remuait quelquefois les lèvres comme si elle eût voulu parler et faisait quelques mouvements avec la main. Vers le matin, on put cependant lui faire avaler quelques cuillerées d'une infusion de café, et vers sept heures quelques gorgées d'un purgatif et de l'eau iodurée, qui, attendus une partie de la nuit, arrivèrent chez la malade.

Malgré tous les soins qui lui furent prodigués par le médecin, qui ne la quitta pas, vers deux heures du soir la pâleur violacée de la face apparut, la chaleur générale commença à s'abaisser assez rapidement et la malheureuse femme s'éteignit vers six heures, c'est-à-dire vingt-six heures environ après l'ingestion de la belladone.

Si l'autorité a eu connaissance de cet événement, c'est le docteur qui l'en a informée; deux déclarations successives furent faites par lui, l'une à cinq heures du matin avant la mort, l'autre immédiatement après. La famille, le mari ne voulaient pas qu'on parlât de ce malheur, et sans la loyauté du docteur, qui, quelles que soient les conséquences fâcheuses que cette affaire a eues pour lui, ne se repent pas d'avoir rempli son devoir, il serait certainement arrivé que le fait serait resté inaperçu, tant à cause de l'isolement du lieu où il se passait, que par l'ignorance des assistants, qui ne se doutaient pas de l'empoisonnement et ne le surent que par le docteur, qu'ils suppliaient de garder le silence.

CORRESPONDANCE.

Eclampsie.—Terminaison de l'accouchement par le forceps. Deux enfants vivants.

Monsieur le rédacteur,

L'empressement que vous mettez chaque jour à consigner dans votre excellent journal les observations de nos confrères de province, toutes les fois qu'elles peuvent être utiles à la science, me fait espérer que vous honorerez de même accueil celle que je prends la liberté de vous adresser.

L'éclampsie n'est pas une affection si commune qu'on doive laisser passer inaperçus les cas qui se rencontrent dans la pratique, et celle-ci me paraît mériter un double intérêt, tant à cause de sa rareté que de sa terminaison, qui a été heureuse pour la mère et les enfants. Je dis que la terminaison a été heureuse pour la mère, puisqu'en effet ce n'est qu'un mois après être accouchée qu'elle a succombé, comme nous le dirons, à une double pneumonie.

Le 4 avril 1850, à dix heures du soir, je suis appelé aux Essarts, petit village situé à 8 kilomètres de Sézanne, pour y voir Mme Chev..., que l'on dit fort mal, sans qu'on puisse me rien dire sur la nature de la maladie. Ce n'est qu'à mon arrivée dans la maison que j'apprends que cette dame est enceinte et à terme.

Mme Chev... est âgée de vingt-cinq ans, d'une assez bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, habitant la campagne, et se livrant à des travaux assez pénibles. Elle jouit habituellement d'une assez bonne santé, et n'a jamais éprouvé d'accidents nerveux. Il y a deux ans qu'elle fit une fausse couche à cinq mois. Pendant sa dernière grossesse elle n'a éprouvé rien de particulier, si ce n'est quelques vomissements dans les premiers mois. Sur la fin de sa grossesse elle avait eu aussi un œdème considérable des membres inférieurs. Dans la journée du 4 avril elle se livra comme d'habitude à ses travaux, seulement elle se plaignit de maux d'estomac, de gêne dans la respiration; elle eut des nausées, des vomissements, des vertiges, des éblouissements. Vers le soir la vue commença à se

troubler. Aussi elle se coucha à six heures, sans prendre aucune nourriture.

A peine est-elle dans son lit que tout à coup son mari la voit pâlir et perdre connaissance. Les muscles du tronc et des membres sont dans de violentes convulsions. C'était un premier accès d'éclampsie; il dura environ deux minutes. C'est alors que je fus appelé. J'arrive à onze heures; quatre accès avaient déjà eu lieu, et dans l'intervalle la malade n'avait pas recouvré la connaissance.

Voici l'état dans lequel je la trouve à mon arrivée :

Les muscles du tronc et des membres sont dans de violentes convulsions; la malade est couchée sur le côté droit et se plaint beaucoup, sans qu'il soit possible d'obtenir d'elle aucune réponse. L'utérus est le siége de contractions énergiques et incessantes, et ces contractions arrachent des cris à la malade, sans cependant qu'elle paraisse en avoir conscience. Je pratique le toucher, et constate la dilatation presque complète du col. La tête est fortement engagée dans l'excavation du bassin, et se trouve en première position.

Peu à peu les mouvements convulsifs diminuent et deviennent moins violents. La respiration est profonde; puis survient un état comateux avec tous les caractères d'une congestion cérébrale. L'assoupissement est profond, la face injectée, la respiration stertoreuse; mais bientôt les contractions de l'utérus se réveillent de nouveau; la malade est prise d'un tremblement, et alors pour la cinquième fois survient un accès d'éclampsie. Tout à coup les mouvements convulsifs cessent, les membres se roidissent, les muscles de la face se contractent, les traits s'altèrent, toute la figure est d'un bleue violacé; les paupières s'agitent, et laissent voir le globe de l'œil, qui tantôt roule dans son orbite, tantôt devient fixe. Les pupilles sont dilatées; la bouche s'entr'ouvre, et laisse passer la langue, que l'on voit déchirée en plusieurs endroits. Il en sort une grande quantité d'écume colorée par du sang provenant de la morsure de la langue. Les bras sont fortement étendus sur les côtés; les membres inférieurs sont dans la même position, parfois agités par de petites secousses convulsives.

La respiration, un moment suspendue, devient bientôt irrégulière; le pouls est fréquent, petit et presque insensible. Une sueur abondante couvre toute la figure. Dans ce moment, je remarquai que l'utérus était violemment contracté. Deux ou trois minutes se passent dans cet état, et la femme est prise de convulsions si fortes que quatre personnes ont peine à la tenir. La respiration devient bruyante et stertoreuse. Elle se plaint beaucoup, mais sans répondre aux questions qu'on lui fait, sans avoir conscience de ce qui se passe autour d'elle; puis elle retombe dans le coma. Elle reste une heure dans cet état, après quoi survient un nouvel accès.

En présence de cette affection, une seule indication se présentait à moi : terminer l'accouchement le plus tôt possible. D'ailleurs, comme je l'ai dit plus haut, la femme était dans de bonnes conditions; la dilatation du col était presque complète, les membranes rompues, la tête en première position; le mouvement de rotation s'était accompli pendant l'accès dont j'avais été témoin.

J'envoie immédiatement à Sézanne chercher mon forceps, et prier mon confrère et ami M. le docteur Tourlé de venir m'éclairer de ses lumières. Sa longue pratique dans les accouchements me faisait un devoir d'en référer à ses connaissances; d'ailleurs, il s'agissait d'une de ses clientes. En attendant, je pratique une saignée du bras qui me paraissait indiquée par la congestion cérébrale. A une heure du matin, M. Tourlé arrive, et reconnaît comme moi la nécessité de terminer l'accouchement au plus tôt. La femme est mise dans une position convenable, et maintenue solidement par quatre aides vigoureux. M. Tourlé fait l'application du forceps, qui n'offre aucune difficulté, et amène un enfant vivant. Le cordon s'était rompu; une hémorrhagie assez abondante ayant lieu, et le ventre paraissant encore dur et volumineux, je touchai la femme afin de m'assurer s'il ne s'agissait pas d'une grossesse double. Je trouvai, en effet, la tête de l'enfant dans le petit bassin. Je tentai aussitôt de faire la version, et j'allai chercher les pieds; mais la tête s'étant engagée dans le détroit inférieur, l'évolution du fœtus devenant impossible, il fallut de nouveau appliquer le forceps, application d'ailleurs qui n'offrit aucune difficulté, et nous fûmes assez heureux pour amener le deuxième enfant vivant. J'opère immédiatement après la délivrance; il n'y avait qu'un seul placenta donnant insertion à deux cordons. L'hémorrhagie cessa aussitôt, l'utérus revenant sur lui-même. Un nouvel accès d'éclampsie avait eu lieu pendant la première application du forceps. La femme est placée dans son lit sans avoir le moindre sentiment de ce qui s'est passé, et bientôt tombe dans le coma. Nous prescrivons une potion antispasmodique avec la teinture de musc. Après notre départ, huit accès d'éclampsie avaient encore eu lieu, aussi forts que les premiers, mais à des intervalles plus rapprochés.

Le lendemain, nous retrouvons notre malade toujours dans le même état, tantôt prise de mouvements convulsifs, tantôt plongée dans le coma. Le pouls est peu fréquent. Nous prescrivons une infusion de tilleul et la même potion que la veille; en même temps on fait promener des sinapismes le long des jambes, et de larges vésicatoires volants sont appliqués aux cuisses.

Le samedi matin 6, trente-six heures après le premier accès, la malade prononce quelques mots, et ses yeux, en s'entr'ouvrant, semblent fixer les objets qui l'entourent; elle ouvre facilement la bouche, ce qui lui permet de prendre quelques boissons, et dès ce moment aussi les contractions des membres ont cessé.

Le 7, la malade a tout à fait recouvré sa connaissance; elle reconnaît les personnes qui l'entourent, mais n'a nullement conscience de ce qui s'est passé. On lui a montré à différentes reprises ses enfants, et cependant elle ne veut pas croire qu'elle soit accouchée. Le pouls est très fréquent, la peau chaude. Elle ne se plaint pas du tout, elle accuse seulement des cuissons aux parties génitales. Aucune douleur n'existe du côté du ventre. Nous la faisons changer de lit et de linge. — Diète absolue.

Le 9, son état est aussi satisfaisant que possible, la fièvre presque nulle; l'intelligence est redevenue aussi nette qu'avant l'apparition de ces accidents. Mme Chev... a retrouvé son cœur de mère, et manifeste le désir de nourrir elle-même ses deux enfants.

Le 11 avril, on vient me prier de voir Mme Chev.... Les parents, malgré les recommandations que je lui avais faites, l'avaient levée dans la journée du 10 et lui avaient donné des aliments au delà de la quantité que nous avions prescrite. Nous la trouvons avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde : pouls très fréquent, chaleur à la peau, langue saburrale, toux très fréquente, céphalalgie intense, surdité très prononcée, gargouillement dans la région iléo-cœcale, un peu de diarrhée, brisure des membres; la malade ne peut dormir à cause des rêves qui l'assiégent; les suites de couches sont supprimées, ainsi que la sécrétion du lait. La percussion nous donne un peu de matité au sommet des poumons; l'auscultation nous fait reconnaître des râles muqueux très abondants dans toute leur étendue.

Nous prescrivons boissons émollientes, bouillon de veau, un verre d'eau de Sedlitz. Défense à la mère de présenter le sein à ses enfants. Comme la toux est très intense, un large vésicatoire volant est appliqué entre les épaules.

Le 13 et les jours suivants, nous retrouvons la malade dans le même état. Nous continuons les mêmes moyens, sauf le vésicatoire, et au bout de quinze jours la convalescence arrive, la fièvre typhoïde ayant suivi sa marche très régulièrement, ce qui nous permet de donner un peu d'aliments à notre malade. Deux jours se passent encore dans cette amélioration, et nous croyons notre malade hors de danger, lorsqu'on vient me chercher en disant que la toux est très intense, que la malade a beaucoup de peine à respirer. En effet, je constate une double pneumonie hypostatique. La malade peut à peine respirer. Un large vésicatoire est appliqué entre les épaules; je prescris en même temps une potion avec 1 gramme de kermès. La malade succombe deux heures après mon départ. N'ayant pu en faire l'autopsie, il ne nous a pas été possible de constater quelque autre lésion qui pût nous rendre compte d'une mort aussi instantanée vingt-cinq jours après l'accouchement.

Je ne terminerai pas ce sujet sans dire un mot d'une question qui mérite une grande importance au point de vue de la pratique. C'est à six heures du soir, le 4 avril, qu'a dû commencer le travail chez Mme Chev..., puisque de cette heure seulement date le premier accès d'éclampsie, probablement sous l'influence des contractions utérines, et que dans le courant de la journée la malade n'avait accusé aucune douleur dans le ventre. A onze heures, je la touche et trouve la dilatation du col presque complète, la tête en première position, l'occiput répondant à l'éminence iléo-pectinée. A deux heures, la dilatation du col est complète, l'occiput s'est placé derrière la symphise du pubis. Ne serait-il donc pas possible que, sous l'influence des contractions énergiques, l'accouchement se fût terminé seul, et dans ce cas ne valait-il pas mieux attendre que d'appliquer le forceps? Oui, je crois que sous l'influence des contractions utérines l'accouchement se serait terminé sans le secours de l'art (en supposant, bien entendu, qu'il s'agît d'une grossesse simple); mais deux ou trois heures et même plus pouvaient s'écouler avant cette terminaison naturelle, et alors la vie de la mère et surtout celle de l'enfant se trouvait bien compromise, le trouble apporté dans la circulation entre la mère et celle de l'enfant l'exposant à une mort presque certaine. C'est dans cette pensée que nous nous sommes décidé à provoquer l'accouchement, et la présence d'un deuxième enfant est encore venue prouver, je crois, que nous avions eu raison d'agir de la sorte. Ainsi, j'établirai donc comme principe général : dans un cas d'éclampsie, quand les accès durent depuis quatre à cinq heures, que le col est suffisamment dilaté ou susceptible de le devenir, il convient toujours de terminer l'accouchement.

Un de vos abonnés, D. Gilson,

Docteur en médecine à Sézanne (Marne).

9 mai 1850.

Fluctuation sous les ongles d'un phthisique.

(Extrait des procès-verbaux de la Société anatomique de Paris.)

M. Maillot fait voir un malade atteint de tubercules pulmonaires; chez cet homme, les ongles des doigts et des orteils présentent une particularité remarquable.

La phthisie a débuté il y a plusieurs années. Il y a eu des signes très graves, des hémoptisies fréquentes, un épuisement rapide. Depuis plusieurs mois, une amélioration notable s'est manifestée, mais on constate toujours, au sommet des deux poumons, l'existence de tubercules manifestes.

La déformation des ongles a commencé sur les doigts en même temps que la phthisie; elle ne s'est montrée que plus tard sur les orteils. Tous les ongles, sans exception, sont recourbés, disposés en massue; ils présentent l'exagération de la disposition qu'on désigne sous le nom d'ongles hippocratiques. Sous chacun d'eux, surtout à leur racine, et dans toute l'étendue de la face postérieure de la phalange onguéale, on perçoit une fluctuation très nette. La pression n'est pas douloureuse. Le malade n'a jamais souffert autour des ongles. La peau correspondante est un peu rouge et comme amincie, mais la structure des ongles ne paraît pas altérée.

M. Maillot rappelle qu'il a présenté à la Société, il y a deux ans, une lésion absolument semblable, chez un autre phthisique qui, par parenthèse, est aujourd'hui parfaitement guéri.

M. Gubler se demande si la fluctuation qu'on perçoit à la racine des ongles est bien due à une collection de liquide, ou si elle n'indiquerait pas plutôt un engorgement simplement œdémateux.

— M. Brette, chirurgien de la marine de 2e classe, à la Guadeloupe, est nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Hollard, chargé de continuer, à la Faculté des sciences, le cours de zoologie interrompu par la mort de M. de Blainville, fera sa première leçon aujourd'hui, 28 mai, à midi, à la Sorbonne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 30 MAI 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 64.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 29 MAI 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Quelques observations sur le procès-verbal, une communication de M. Bégin au nom de la commission du prix d'Argenteuil, un rapport substantiel de l'honorable M. Barthélemy sur un cas intéressant de médecine vétérinaire communiqué à l'Académie par M. Leblanc, voilà ce qui a rempli le commencement de la dernière séance.

Il était près de quatre heures lorsqu'on a repris la discussion pendante sur le rhumatisme articulaire aigu, et à quatre heures et demie l'Académie devait se former en comité secret. Aussi n'a-t-on pu entendre que deux orateurs, M. Piorry et M. Malgaigne : encore M. Malgaigne a-t-il été obligé de renvoyer à la prochaine séance la fin de son discours.

Les remarques de M. Piorry, qu'il avait écrites pour ménager le temps de l'Académie, sont consignées textuellement dans notre compte-rendu de la séance, et nos lecteurs pourront les apprécier par eux-mêmes.

L'honorable membre s'est placé à deux points de vue, celui de la pathogénie et celui de la thérapeutique. De ces deux points de vue, l'un, le point de vue pathogénique, domine l'autre, et le subordonne.

Envisagé pathogéniquement, pour M. Piorry le rhumatisme articulaire est une double inflammation comprenant un état inflammatoire du sang (hémite) et une ou plusieurs inflammations articulaires (arthrite). De la coexistence de ces deux états phlegmasiques, l'auteur déduit le nom de la maladie qu'il appelle *hémitarthrite*.

Dans les considérations pathogéniques, d'un ordre fort élevé du reste, auxquelles il s'est livré, l'honorable professeur a mentionné l'inflammation, considérée en général, comme un phénomène qu'il serait embarrassé de définir tant dans les solides que dans les liquides. Ce point de sa discussion a fixé d'une manière particulière l'attention d'un de nos confrères honorables, M. Marchal (de Calvi), qui nous a adressé à ce sujet une lettre que nous nous empressons de publier, et qui sera suivie au plus tôt de l'insertion d'un résumé dogmatique sur l'inflammation par le même auteur.

La question, dans la lettre de M. Marchal, est posée très nettement. On dit : le rhumatisme est une inflammation, mais il y a dans cette maladie quelque chose qui n'est pas l'inflammation, quelque chose de plus, quelque chose de supérieur. Sans doute, répond M. Marchal, il y a là une inflammation et quelque chose de plus : l'inflammation c'est le phénomène extérieur, la manifestation, l'enseigne; et le *quid*, le quelque chose de plus, c'est la diathèse. Le rhumatisme est une inflammation diathésique, comme les pustules de la variole, les plaques de la fièvre typhoïde, les tubercules ulcérés de la syphilis, etc., sont des inflammations diathésiques. Et il part de là pour annoncer toute une doctrine qui ne nous était pas inconnue, car nous l'avons entendu l'exposer, mais qui n'a pas eu de retentissement hors du Val-de-Grâce et qu'il appelle la doctrine *organo-diathésique*. Nous n'hésitons pas à déclarer que, si ces idées sont suivies avec persévérance et mûrement développées, elles peuvent atteindre aux proportions d'une grande construction nosologique.

Revenons à l'honorable M. Piorry. Au point de vue de la thérapeutique, il se prononce pour les saignées et les boissons à haute dose, sans répudier absolument le sulfate de quinine, qui peut être utile dans certains cas exceptionnels, et les vésicatoires, auxquels on a lieu de recourir lorsque l'inflammation s'est fixée définitivement sur une articulation.

M. Malgaigne, comme nous l'avons dit, n'a point terminé son discours. Après diverses remarques, dont le sens général et la coordination n'ont pas été bien saisis, il était arrivé à une critique vive et intéresssante des faits allégués par M. Martin-Solon et par l'auteur du mémoire; critique dont l'effet serait de prouver que beaucoup de rhumatisants traités dans les *salles hautes* des hôpitaux, et regardés comme guéris, entrent souvent dans les salles basses (les salles de chirurgie), pour se faire *guérir de leur guérison*. On peut avoir une idée, par ces quelques mots, de la verve avec laquelle l'honorable membre était en train d'analyser les observations du rapport et du mémoire, lorsque l'heure l'a arrêté. Nous espérons que, dans la prochaine séance, M. Malgaigne pourra, en quelques mots, préciser le but qu'il s'est proposé, l'idée générale qui lui a inspiré ses remarques. Cela est absolument nécessaire, nous devons le dire, et pour M. Malgaigne, et dans l'intérêt de la discussion.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

De la péritonite partielle. — Abcès iliaque et tumeur stercorale. — Diagnostic différentiel.

La péritonite partielle est une affection assez fréquente, plus fréquente même que la péritonite générale, du moins au point de vue de notre expérience, soit qu'elle existe primitivement, soit qu'elle survienne consécutivement; division essentielle sur laquelle nous aurons besoin de nous expliquer tout à l'heure, et qui modifie singulièrement le pronostic.

C'est avec plaisir que nous avons vu M. le professeur Rostan émettre une opinion que nous avions nous-même depuis longtemps, savoir : qu'on prend souvent pour des abcès de la fosse iliaque des phlegmasies partielles du péritoine. Dans celles-ci, la résolution est une terminaison fréquente; tandis que nous la croyons fort rare, au contraire, dans les premiers.

Qu'un professeur de l'Hôtel-Dieu regarde la résolution comme la terminaison la plus ordinaire des abcès iliaques, c'est là une proposition d'autant plus surprenante que son talent de diagnostic ne saurait être mis hors de doute; et pourtant, malgré l'autorité du nom, on ne peut récuser celle des faits. C'est ainsi qu'en cinq années de pratique d'hôpital et de clientèle nous avons pu, sur 22 cas par nous observés et pouvant offrir de prime abord quelque incertitude sur le diagnostic, caractériser une seule fois un abcès iliaque, tandis que dix-neuf autres fois il s'agissait de péritonite partielle, et deux fois de tumeur stercorale. Aussi, la péritonite partielle n'est pas, à notre sens, la seule affection qui puisse donner lieu à la méprise, et nous ne craignons pas d'y joindre l'amas de matières fécales durcifiées dans une portion d'intestin, surtout quand cet amas suscite, par des circonstances que nous développerons plus tard, une inflammation bornée à une portion de la séreuse du péritoine.

Et d'abord, essayons de faire avec autant de précision que de brièveté l'histoire de ces trois maladies différentes; nous ferons ressortir ensuite le diagnostic différentiel.

La péritonite partielle peut être primitive, c'est-à-dire le résultat immédiat d'une cause occasionnelle externe ou interne favorisée ou non par une cause prédisposante, mais sans être liée à une altération de quelque portion de l'organisme plus ou moins près située, ou bien consécutive, c'est-à-dire survenant à la suite d'une lésion organique voisine.

La péritonite partielle consécutive s'est présentée à nous beaucoup plus fréquemment que la primitive; c'est ainsi que, sur 19 cas bien tranchés, nous avons eu à noter onze fois la première et huit fois seulement la seconde.

Nous n'avons pas à établir l'étiologie de la péritonite partielle primitive, puisqu'elle reconnaît les mêmes causes que la péritonite générale; mais nous devons signaler plus particulièrement les violences extérieures, coups, chutes, efforts, etc. Et de fait, on comprend très bien ici que la cause agissant localement suscite une inflammation bornée à la portion correspondante de la séreuse en souffrance.

C'est sans doute aussi à ce genre de causes qu'on doit rapporter la plus grande fréquence à droite de la péritonite partielle primitive. En effet, sur nos huit cas de cette espèce, cinq ont siégé dans la fosse iliaque droite et trois dans la fosse iliaque gauche; et il est à remarquer que, dans ces huit cas, la cause, toujours bien appréciée, a été quatre fois des coups reçus dans les fosses iliaques, une fois une chute, et deux fois des violences exercées sur le côté droit par des efforts en soulevant un fardeau. Ne voit-on pas là la prépondérance de la portion droite du corps marquée par son plus haut degré de force?

Si nous consultons les âges, nous trouvons que, sur nos huit cas de péritonite partielle primitive, cette affection se montre six fois sur des adultes ou hommes mûrs et deux fois sur de jeunes enfants.

Nous ne voulons pas trop attacher d'importance à ces circonstances, en raison de notre position de médecin militaire dont la pratique dans les hôpitaux ne roule guère que sur des adultes.

Cependant on est frappé ici de la corrélation de cause à effet; c'est l'âge adulte ou mûr qui est le plus exposé aux efforts, aux violences extérieures, soit qu'à ces âges l'homme abusant de son énergie veuille souvent tenter au-dessus de sa puissance musculaire, soit que le genre de travaux auxquels il se livre l'expose plus particulièrement. Et ce qui corrobore encore notre manière de voir, c'est qu'en dehors des adultes ou hommes mûrs, les deux autres cas portent sur des enfants de trois à cinq ans. N'est-ce pas à cette époque que les chutes sont plus fréquentes, et que, par manque d'expérience, le corps, en tombant, est rarement garanti par les mains qui, dans un âge plus avancé et à mesure qu'à l'instinct s'unit la réflexion, sont toujours mises en avant pour parer à la violence du choc que celui-ci aurait à subir?

Dans les deux enfants, nous trouvons une petite fille et un petit garçon (le sexe, en effet, ne saurait établir ici une faveur dans des causes aussi indépendantes de la volonté); tandis que pour l'adulte ou âge mûr nous ne trouvons que des hommes.

Cependant, tout en notant ces circonstances, nous ne devons pas oublier que la parturition chez les femmes doit être une cause assez fréquente de péritonite partielle.

La péritonite partielle consécutive dépend, dans la majorité des cas, d'une perforation intestinale, quelle qu'en soit la cause, et on en comprend alors parfaitement le mécanisme; bien plus rarement elle est due à une tumeur qui, par sa présence, gêne et enflamme la portion voisine du péritoine; elle peut aussi se lier à une perforaton de la vessie qui laisse épancher une plus ou moins grande quantité de liquide urinaire. Les perforations intestinales peuvent être le résultat d'ulcérations des glandes de Peyer ou des follicules de Brünner dans la fièvre typhoïde. C'est le cas le plus fréquent. Elles peuvent dépendre d'une ulcération tuberculeuse; et parfois, a-t-on dit, elles sont causées par les ascarides lombricoïdes qui perforeraient l'intestin d'outre en outre. Cette cause est beaucoup plus douteuse, et, pour notre compte, nous pensons que les vers trouvent toujours une route toute frayée quand ils s'échappent des intestins dans la cavité abdominale.

Dirons-nous maintenant que ces deux variétés de péritonite partielle peuvent revêtir les formes de suraiguë, aiguë, subaiguë, chronique? Il faut convenir cependant que la forme aiguë est de toutes la plus fréquente, et que, si la cause est pour beaucoup dans l'apparition de la forme, le degré de sensibilité du sujet, l'état de ses organes plus ou moins habitués à des lésions morbides, et dont la vitalité est plus ou moins émoussée, ne contribuent pas peu à sa manifestation.

Passons maintenant aux tumeurs stercorales. C'est le nom que l'on donne à une accumulation de matières fécales durcifiées dans une certaine portion d'intestin, et apportant un obstacle mécanique au libre cours des évacuations. M. Rostan, dans son Traité de médecine clinique, regarde ces sortes de tumeurs comme l'apanage presque exclusif de la vieillesse, et les décrit parfaitement bien. Les parties liquides excrémentitielles se fraient d'habitude un passage entre les parois intestinales et les matières solidifiées, et alors le médecin peut être d'autant mieux induit en erreur qu'en apparence le vieillard a la diarrhée.

Il est bien vrai que ces tumeurs sont plus fréquentes chez le vieillard, mais les adultes et les autres âges n'en sont pas exempts. La cause des tumeurs stercorales est sans doute bien différente suivant qu'on la considère chez le vieillard, l'adulte ou l'enfant.

L'atonie des intestins est fréquemment la cause unique chez les premiers; on peut regarder la phlegmasie de la muqueuse comme cause plus saillante chez l'adulte; et dans le jeune âge, la même cause jointe à celle d'une agglomération de lombrics. Toutefois, quelle que soit la cause dans ces trois âges de la vie, l'effet ultérieur est le même quand on n'évacue pas promptement l'intestin.

En effet, inflammation de la muqueuse par la présence de matières faisant fonction de corps étranger; distension souvent outre mesure de la portion d'intestin qui les renferme; possibilité de la rupture de cette portion d'intestin et possibilité de phlegmasie des portions voisines du péritoine par la gêne qu'elles éprouvent, tels sont ces effets.

La valvule iléo-cœcale, destinée à empêcher la rétrocession des excréments versés dans le commencement du gros intestin, forme pour ainsi dire un cul-de-sac où ces matières ont la plus grande facilité à s'accumuler. C'est presque toujours en cet endroit aussi que s'observent les tumeurs stercorales. et, pour notre compte, sur deux cas, nous ne les avons jamais observées ailleurs.

L'abcès iliaque siége dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse de ce nom. Variable dans la forme et en étendue, il reste toujours assez profondément situé, à moins qu'il ne soit localisé vers le rebord de l'os à côté de l'épine iliaque antérieure et supérieure, auquel cas il est de la dernière évidence.

Cet abcès peut être suscité par une violence extrême: un coup, une chute, etc., la cause provocatrice coïncidant ou non avec une prédisposition plus ou moins prononcée. Il peut surgir aussi, sans qu'une cause externe manifeste se soit fait sentir, et par le seul fait d'une disposition individuelle morbide mise en jeu par quelque agent ayant son siége dans l'organisme. Nous ne voulons pas chercher ici à établir au sujet de cet abcès toutes les distinctions qu'on émet au sujet des

autres; mais il devient bien évident pour tout le monde que, quelle que soit la situation du phlegmon du tissu cellulaire, ce phlegmon est susceptible de revêtir partout les mêmes caractères et les mêmes formes.

Abordons maintenant le diagnostic différentiel de ces trois maladies diverses.

Survient-il chez une personne bien portante auparavant une douleur dans la fosse iliaque, il y aura eu ou non un frisson initial. Si ce signe a existé, il peut tout aussi bien appartenir à la péritonite partielle qu'à l'abcès iliaque. Il en est de même pour la douleur; mais ici apparaît déjà une différence. La douleur péritonéale est plus superficielle, sous-musculaire, et se ravive à la plus légère pression; celle appartenant à l'abcès iliaque, au contraire, est plus profonde, et il faut une pression plus forte pour la surexciter.

Dans l'une et l'autre maladie il y a tumeur; mais cette tumeur varie singulièrement suivant qu'elle appartient à la première ou à la seconde. Dans la péritonite partielle il y a tumeur diffuse des parois causée par la rétraction de la couche musculaire sous l'influence de l'endolorissement de la séreuse qui la recouvre en dedans. C'est plutôt une tension, une résistance des parois en cet endroit en opposition avec le relâchement qui existe dans les autres portions. Il est vrai qu'en cas de tympanite concomitante la tumeur peut offrir plus de saillie; mais alors la percussion éclaire. Dans le cas d'abcès iliaque il y a bien tumeur, mais c'est à une époque déjà assez avancée; tandis que dans la péritonite ce signe suit de très près l'invasion de la maladie. La tumeur de l'abcès iliaque est profonde, les parois abdominales n'offrant plus la contraction de la péritonite. Il faut appuyer assez fortement pour distinguer cette tumeur par la palpation, à moins que l'abcès ne se complique lui-même de péritonite; ce qui peut fort bien arriver. Cette tumeur, dans le fond du bassin, est plus ou moins circonscrite.

Nous arrivons à un symptôme d'une importance majeure, en supposant que les autres puissent laisser place au doute. Dans la péritonite partielle il n'y a aucune gêne, aucune irradiation de la douleur dans le membre pelvien correspondant; et cela se conçoit, puisque aucun organe locomoteur partant de l'abdomen pour aller aboutir à ce membre n'est intéressé, et qu'il n'y a ni nerf, ni vaisseau important de communication qui puisse être lésé. Dans l'abcès iliaque, au contraire, les mouvements du membre inférieur du même côté deviennent tellement gênés, la douleur se fait tellement sentir dans la partie supérieure du membre, qu'on serait presque tenté de supposer cette portion comme siége du mal. Et comment en serait-il autrement, en effet, quand l'inflammation sévit sur le tissu cellulaire sous-péritonéal qui recouvre les muscles psoas et iliaque qui peuvent être atteints aussi, et que les nerfs et vaisseaux les plus importants qui se rendent à la cuisse sont enveloppés d'une gaine celluleuse qui fait continuité avec le tissu envahi. Si ces signes n'étaient pas suffisants, et ils le sont pour établir le diagnostic entre ces deux maladies, il resterait encore les phénomènes lymphatiques. La péritonite partielle donne à la physionomie une partie des caractères que lui imprime la péritonite générale, la face grippée. La circulation générale subit la même influence: petitesse et vivacité du pouls, tels sont les caractères dans la péritonite partielle; dans l'abcès iliaque par contre, ou au moins dans les plus intenses, le pouls varie suivant les périodes de l'abcès, fort, vibrant, avec plus ou moins de fréquence. Dans le principe il devient plus fréquent, dépressible, quelquefois irrégulier quand la suppuration s'effectue.

Le froid général de la péritonite contraste avec l'élévation de la température de la peau dans l'abcès iliaque. Ajoutons enfin que le vomissement de matières porracées, verdâtres, se présente encore fréquemment dans la péritonite partielle, tandis qu'il fait défaut dans l'abcès iliaque, à moins qu'il ne se complique de péritonite ou que la tumeur ne comprime une anse intestinale de façon à intercepter le cours des matières. Tels sont à peu près les signes qui servent à nous éclairer dans le doute entre ces deux maladies.

Citons des faits.

1° *Abcès iliaque*. — Un jeune homme de vingt-sept ans, vigoureusement constitué, sans antécédent morbide, ouvrier dans une fonderie de cuivre, avait fait un effort dans le courant de mai 1845, en soulevant par la queue une grande cuiller remplie de cuivre fondu, et ne pesant pas moins de 90 à 100 livres.

Cet effort, par la position du sujet qui avait la jambe droite tendue en avant, tandis que les deux mains saisissant la queue de la cuiller cherchaient à lui faire perdre terre, cet effort, disons-nous, avait porté sur le côté droit de l'abdomen, et Poucet avait senti au même moment un craquement dans la fosse iliaque du même côté. Avec ce craquement survint une douleur profonde et lourde, mais persistante. Le médecin de la fabrique fut d'abord appelé à lui donner ses soins. Presque au même moment avait apparu une gêne dans le membre droit. Ce n'est que le quatrième jour de l'accident que je vis le malade. Le confrère qui m'avait devancé avait eu largement recours aux émissions sanguines sans qu'une amélioration s'en fût suivie.

Au premier examen, les parois abdominales se laissaient assez facilement déprimer, et dans le fond de la fosse iliaque existait une tumeur mal circonscrite, à large base, mais se continuant vers le rebord externe de l'os des îles, près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, avec une saillie dure du volume d'un œuf de poule. La défécation s'exécutait librement, et, chose surprenante, c'est dans la partie supérieure interne de la cuisse que le malade accusait le plus de douleur. La gêne des mouvements de ce membre s'était encore accrue depuis l'accident, et, au moment où je le voyais, il avait déjà quelques frissons irréguliers alternant avec une chaleur anormale de la peau. Il pouvait bien y avoir eu rupture du psoas au moment de l'effort; mais dans tous les cas il existait une tumeur qui, soit qu'elle fût hématique, soit qu'elle fût le résultat d'une inflammation consécutive, devait tourner à la suppuration. Je recours encore à quelques déplétions sanguines locales en les mesurant aux forces du malade, aux bains prolongés, aux onctions mercurielles sans bénéfice. La portion saillante de cette tumeur ne laissait percevoir aucune fluctuation, et cependant dès le septième jour le membre pelvien droit commençait à s'œdématier. Un cautère fut appliqué sur cette saillie externe dans l'intention de provoquer une adhérence péritonéale et de ponctionner plus tard au centre de la plaie si la fluctuation devenait un peu superficielle. Quelques jours après, la fièvre était continue et le malade maigrissait considérablement. La décoction de quinquina fut administrée et son usage dut être prolongé.

Au quinzième jour de l'accident, la cuisse de ce côté avait un volume considérable avec empâtement dans une grande partie de son étendue. Une fluctuation douteuse et profonde existait vers le triangle inguinal. Je pratiquai dans cette portion une incision en disséquant les tissus avec précaution et ne ponctionnant l'aponévrose que quand j'eus la certitude de l'existence d'un liquide sous-jacent. A peine cette membrane incisée, un flot de pus bien lié et de bonne nature s'échappa; de nombreuses contr'ouvertures devinrent nécessaires sur ce membre à cause des vastes décollements et de l'abondance de la suppuration.

Quelques jours plus tard, la peau devenue tendue, luisante, violacée autour du cautère, je pratiquai une ponction au centre de la plaie et une nouvelle voie fut ouverte à la suppuration, qui s'échappa aussi par cette issue.

Il y avait huit jours que cette dernière ouverture était pratiquée, quand il en sortit un ver lombric, puis des matières fécales, preuve évidente de la perforation de l'intestin baignant dans le pus. Peu à peu, les excréments passèrent en plus grande quantité par cette nouvelle route, et définitivement nous eûmes un véritable anus contre nature.

Au deuxième mois de l'accident, quand le malade était dans un commencement de marasme, il se manifesta deux nouvelles tumeurs à la région rénale droite et chacune de ces tumeurs dut être ouverte pour livrer passage au pus qu'elles contenaient. La suppuration de la fosse iliaque, quoique ayant de nombreuses issues pour se faire jour au dehors, avait évidemment gagné de bas en haut. Enfin, Poucet fut pris de toux avec expectoration purulente et signes non douteux de lésions graves dans les poumons. Ces derniers désordres nous parurent le résultat d'une infection purulente contre laquelle le malade lutta encore quelques jours, pour succomber dans le dernier degré de marasme au cinquième mois de l'invasion.

Voilà bien l'abcès iliaque déterminé par une violence extérieure; c'est le seul que nous ayons eu l'occasion d'observer, et on voit quelles en ont été les terribles conséquences.

Il se peut certainement qu'un abcès dans la même partie se développe sans cause bien appréciable, comme on voit survenir des abcès partout ailleurs où existe du tissu cellulaire. Mais dans tous les cas, par les motifs que nous en avons donnés, on ne saurait le confondre avec la péritonite partielle.

Voici un exemple tout récent de cette dernière affection.

2° Dupuy, soldat au 7e d'artillerie, vingt-six ans, constitution au-dessus de la moyenne, tempérament sanguin-nerveux, entrait au Val-de-Grâce le 25 novembre 1849, le lendemain de l'invasion de la maladie.

Ce militaire accusait une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et entrecoupant la respiration. Il avait eu dans les vingt-quatre heures deux vomissements de matières liquides verdâtres. Horizontalement couché dans son lit, on s'apercoit à l'examen que les parois du ventre présentent une tumeur diffuse superficielle à l'endroit où le malade indique la douleur. La main appliquée dessus perçoit une résistance insolite des parois en cet endroit: la plus légère pression devient insupportable; mais les mouvements de la cuisse du même côté ne sont nullement gênés. Le malade est constipé depuis vingt-quatre heures seulement. La face est semi-grippée et exprime la souffrance. Le pouls, petit, concentré, bat 83 et offre de la vivacité. La température du corps semble au-dessous de l'état normal, et le froid éprouvé par le malade est remarquable aux extrémités. Il y a des nausées habituelles; la soif est vive, Dupuy n'ose la satisfaire dans la crainte de vomir. Il y a une céphalalgie obtuse, et le décubitus a lieu de préférence sur le côté droit, les membres inférieurs fléchis.

Interrogé sur le commémoratif, le malade déclare avoir toujours joui d'une excellente santé. Deux jours avant, dans une manœuvre du canon, il a glissé et est tombé sur l'affût de la pièce qu'il manœuvrait. Le coup a porté précisément sur la partie qui est en souffrance aujourd'hui, et dès ce moment ont surgi la douleur et tous les phénomènes consécutifs. Les parois du ventre n'offrent aucune trace de contusion ni d'ecchymose. Ce ne sont pas seulement les muscles qui sont douloureux, et tous les signes révèlent bien une péritonite partielle qu'on doit rapporter naturellement à la cause que révèle le malade.

Cinq applications successives de dix et huit sangsues, des bains répétés, des fomentations chaudes, des onctions mercurielles, puis une purgation de 45 grammes d'huile de ricin dissipent en sept jours cette phlegmasie bornée du péritoine, qui se termine par la résolution, ce dont on peut s'assurer le 2 décembre en pressant les parois abdominales, qui ne présentent plus aucune résistance ni aucune douleur et laissent percevoir les organes situés au-dessous dans l'état de glissement naturel, ce qui dénote que la sécrétion séreuse propre à les lubrifier s'est rétablie sans qu'il se soit formé aucune adhérence.

Il reste à se demander en pareille circonstance comment les parois abdominales ne sont pas contusionnées par le coup qu'elles reçoivent? Il est probable que chez ce militaire, tombant sans s'y attendre, il n'y aura pas eu au moment de la chute contraction des parois abdominales, comme cela a lieu instinctivement quand on voit venir le coup qui doit atteindre, et alors ces parois, étant dans le relâchement et n'offrant aucune résistance, auront cédé à la pression, qui aura été supportée tout entière par le péritoine et qui aura été violemment froissé comme dans une extension forte.

Voici du reste l'exemple d'un jeune enfant où les choses se sont passées à peu près de la même manière.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 mai 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie une description de la marche du choléra en Amérique, par M. le docteur Duchassaing, de Panama, et un état de vaccinations pour les Hautes-Alpes.

Correspondance manuscrite.

M. Giusti, de Tripoli de Syrie, envoie un mémoire sur la *contagionabilité* de la peste. (Commission des épidémies.)

Choléra.

M. Dagron, médecin de l'Asile des aliénés de Fontenay (Vendée), envoie une relation des cas de choléra qui ont eu lieu dans son établissement. (Commission du choléra.)

Tumeur du rectum.

M. Mascarel, chirurgien de l'hôpital de Châtellerault, envoie une observation de tumeur fongueuse du rectum opérée par la ligature. (Commissaire, M. Ricord.)

Paralysie.

M. Burq envoie la relation d'un cas de paralysie guérie par les armatures métalliques.

Polypes et corps fibreux de l'utérus.

M. Reynaud, de Montauban, correspondant de l'Académie, adresse plusieurs observations suivies de réflexions sur les polypes et les corps fibreux de l'utérus; il préconise l'excision comme méthode générale.

Constatation des naissances.

M. Royer-Collard demande que l'Académie discute prochainement le rapport qui lui a été lu sur la constatation des naissances à domicile. — Cette discussion aura lieu dans la séance suivante, si le temps le permet.

Prix d'Argenteuil.

M. Bégin croit devoir informer l'Académie d'une décision prise par la commission du prix d'Argenteuil, qui arrête qu'elle n'admettrait au concours, pour le prix à décerner actuellement, que les travaux publiés de 1844 à 1850, ou des travaux antérieurs auxquels, pendant les six dernières années, on aurait imprimé un perfectionnement quelconque.

Médecine vétérinaire.

M. Barthélemy fait un rapport très bien rédigé sur une observation présentée par M. Leblanc, et qui, suivant M. le rapporteur, serait extrêmement curieuse; elle a trait à un point de pathologie tout à fait spécial.

Discussion sur le rhumatisme.

M. PIORRY. Avant de parler du traitement le mieux adapté à l'ensemble des accidents dits rhumatisme articulaire aigu, il faut bien s'élever à la pathogénie de cet ensemble. Dire qu'il s'agit ici d'un rhumatisme est peu de chose; car cela supposerait qu'il existe une identité de nature entre les phénomènes dont il s'agit et les ruptures musculaires, les névralgies, les douleurs survenues dans le tissu fibreux, etc., et cela serait entièrement faux. Sous le nom même de rhumatisme articulaire aigu, on a réuni les choses les plus dissemblables, et qui ne comportent en rien le même traitement. Ainsi, la fièvre et la maladie aiguë des jointures, qui souvent se déclarent à la suite des couches, ne sont pas soulagées par les évacuations sanguines, même abondantes, et qui réclament des purgatifs et des boissons à hautes doses. Ainsi, les arthrites fébriles qui, ayant lieu chez les gens atteints d'urétrites virulentes, ne cèdent pas davantage aux pertes de sang, ne sont pas, à coup sûr, des phénomènes analogues à ceux qui ont lieu chez la généralité des gens atteints de ce que l'on dit être le rhumatisme articulaire aigu. D'après tous ces faits observés, il y a dans cette dernière collection de symptômes deux éléments appréciables. L'un de ces éléments est l'état couenneux du sang, dans lequel la fibrine, souvent augmentée de quantité relative, est tenue en suspension dans le sérum; c'est ce que nous avons appelé *hémite*; et nous avons suivi en ceci la pensée des anciens et de beaucoup de modernes, qui donnent à un tel sang le nom d'inflammatoire et le regardent comme l'un des caractères des affections phlegmatiques. Nous ne voulons en rien dire ici que le sang soit lui-même enflammé; car nous serions fort embarrassé de dire en quoi consiste l'inflammation, soit pour les solides, soit pour les liquides. Ce que nous voulons dire encore une fois ici, c'est que l'hémite est, pour nous, l'état du sang constaté dans les maladies et dans la fièvre dite inflammatoire. Quand nous voulons être plus positif, cette disposition du sang est dénommée par nous *hyperplastémie* (c'est-à-dire augmentation de la fibrine dans le sang), ou *hydroplastémie* (c'est-à-dire fibrine contenue dans le sérum).

L'autre élément est l'arthrite, qui, bien que ne parvenant qu'assez rarement à la suppuration, est une des affections les plus phlegmatiques possibles, et qui affecte en général et souvent d'une manière successive une ou plusieurs articulations.

C'est d'après la coïncidence de ces deux éléments pathologiques que ce mal a reçu dans la nomenclature le nom d'hémi-arthrite, tandis que les deux variétés dont il a été parlé

d'abord ont été autrement désignées. Tout ceci me paraît très logique et beaucoup plus raisonnable que ne l'est la colère de certains membres de l'Académie lorsqu'ils entendent prononcer le mot *hémite*.

Or, voici, d'après une expérience et une étude de près de vingt-cinq ans sur ce sujet, ce qu'il convient de faire dans de tels cas, et les principes qui doivent guider dans leur traitement, qui parfois comporte l'application de vésicatoires.

Dans les premiers jours des accidents, alors que les symptômes de l'hémite sont très marqués, presque toujours l'examen matériel du cœur, des artères, des veines, des capillaires, du foie, du poumon, etc., démontre qu'il y a beaucoup de sang, et alors aussi on trouve tout avantage à saigner abondamment une, deux, même trois fois par jour, en ayant le soin cependant de se baser, relativement aux proportions de liquide à tirer et à la réitération des saignées, soit sur cet état matériel des saignées dont il vient d'être parlé, soit sur les qualités du sang évacué; rarement a-t-on besoin de continuer ces évacuations plus de trois jours. Dans une moyenne de 58 cas pris au hasard parmi nos nombreuses observations d'hémitarthrite, il est arrivé qu'en 80 heures à peu près tous les accidents aigus ont été dissipés. Remarquez que le temps de la durée a été compté à partir du commencement du traitement, ce qui répond à certaines objections faites par M. Grisolle.

Depuis 1836 ou 1838 que ce relevé a été fait, nous avons vu peut-être un millier de cas pareils. Le traitement a été le même, et, sauf les cas de coïncidence d'états organopathiques graves du côté du cœur, des plèvres ou des poumons, nous avons *toujours* obtenu les mêmes résultats. Sans doute, chez quelques individus, le mal a duré huit ou dix jours; mais chez d'autres, il a été dissipé en vingt-quatre heures. C'est ce qui a eu lieu encore, il y a trois jours, sur l'un de nos malades de l'hôpital et sur le fils d'un des honorables membres de cette Compagnie. Ce jeune homme, qui avait déjà été saigné deux fois par nous dans le premier début d'une hémitarthrite et dans laquelle, à coup sûr, l'état général avait précédé l'état local, était au moins en apparence rétabli le lendemain. Presque jamais nous n'avons vu survenir des accidents à la suite de ces saignées. Une fois cependant, une femme de cinquante ans, qui n'avait perdu que 24 onces de sang, resta plusieurs mois dans un état d'hypémie (anémie des auteurs) assez marquée, et ce n'est qu'avec une peine extrême qu'elle se rétablit. Dans tous les autres cas, à part quelques rechutes, un peu de pâleur et une hydrémie momentanée, le rétablissement fut très prompt.

De tels faits sont complétement en rapport, non-seulement avec les expériences que nous avions faites sur les animaux, mais encore avec les observations non moins nombreuses recueillies sur l'homme sain et malade, et que nous avons citées dans la dernière séance.

Que deviennent donc alors tous les reproches adressés à l'emploi des saignées réitérées dans l'hémitarthrite? Il faut le dire, beaucoup de praticiens évitent, par divers motifs que nous ne dirons pas, de pratiquer la phlébotomie. Le public n'aime pas cette opération, tout innocente d'ailleurs quand elle est faite avec une lancette propre, en tenant compte de l'état organique et de la pathogénie des symptômes observés. Elle effraie les timides; les maladroits la redoutent, et voilà le secret des déclamations que l'on fait contre elle et des médications empiriques par lesquelles on cherche à la remplacer.

Mais, dit-on, pourquoi traiter ainsi un mal qui en quelques septenaires guérit de lui-même; pourquoi ne pas s'en rapporter à la bonne nature médicatrice ou aux inoffensifs globules homœopathiques? Pourquoi? Parce qu'il est toujours utile de faire dissiper d'atroces douleurs, de donner du calme à ceux qui n'en ont pas, de rendre les mouvements à des gens qui en sont privés, d'abréger de quelques semaines des souffrances qui éloignent les malades de leurs travaux, et surtout parce que l'on prévient ainsi le développement d'accidents graves du côté du cœur et des vaisseaux. En vérité, un médecin d'expérience ne comprend pas comment on a pu accuser les saignées d'avoir produit la péricardite ou l'endocardite, alors que depuis vingt ans il a vu ces états pathologiques et leurs conséquences développés surtout chez des gens qui, ayant eu des hémitarthrites, avaient été à peine saignés dans les premiers jours de la durée de celles-ci, ou même ne l'avaient pas été. Pour mon compte, « je n'ai pas » pu accuser une seule fois les évacuations sanguines d'avoir » donné lieu dans le rhumatisme articulaire aigu à rien qui » ressemble à l'endocardite. » L'erreur de ceux qui adressent ces reproches aux saignées vient de ce qu'en effet le bruit de souffle se déclare souvent à la suite des pertes de sang; mais ce bruit de souffle n'est pas, à beaucoup près, un signe constant de phlegmasie, ni même de rétrécissement du cœur ou de ses orifices.

Quand le mal est devenu plus chronique, quand il date de plusieurs jours, alors, en tenant toujours compte de l'état des organes et des quantités de sang, il ne faut plus autant insister sur les saignées générales; on doit y recourir cependant si les symptômes de l'hémite persistent; et, dans les cas contraires, avoir recours aux applications de sangsues et de ventouses.

Dans les rechutes, le traitement de l'état aigu convient, pourvu que les états organiques soient les mêmes.

Bien entendu que, dans toutes ces circonstances, il faut toujours dans nos idées, et pour combattre l'hémite, pour prévenir l'endocardite, avoir recours aux boissons aqueuses données à doses très fréquemment réitérées, aux applications émollientes sur les jointures et surtout à l'*élévation des membres malades*, comme nous l'avons proposé dans plusieurs mémoires publiés en 1826, 1834, 1840 et 1848; du reste, le beau travail de M. Is. Bourdon, antérieur aux miens, conduisait aussi à le faire.

Dans tous les symptômes précédents, on ne peut pas voir l'utilité du sulfate de quinine, qui n'est en général utile que dans les cas où existent des accidents périodiques et surtout alors qu'ils sont liés à quelque splénopathie que l'on ne rencontre pas ordinairement dans l'hémitarthrite. Bien plus, il paraît que plusieurs des malades atteints de cette dernière affection, et auxquels on avait administré du sulfate de quinine, ont succombé, et il n'est pas impossible que l'acide sulfurique en excès qu'il est indispensable d'ajouter pour dissoudre la quinine ait les plus grands inconvénients dans les cas où le sérum contient de la fibrine en suspension. Maintes fois, j'ai prescrit 1 gramme et plus de sulfate de quinine à des gens atteints d'hémitarthrite, et je ne lui ai vu produire ni bien ni mal. Il a réussi, au contraire, lorsque les accidents aigus étant calmés, il existait des névralgies en rapport avec les arthropathies et se manifestant avec quelque périodicité. Dans certains cas coexistait une splénopathie, et alors la quinine faisait cesser les phénomènes fébriles périodiques qui y étaient liés.

L'emploi du tartre stibié a causé des évacuations; le sérum qu'il provoque agit utilement dans l'hémitarthrite; mais ses effets sont moins évidents que ceux de la saignée; il est plus pénible qu'elle et offre plus de dangers dans son administration.

Les vésicatoires ou plutôt les évacuations séreuses abondantes autour des jointures malades sont recommandées et employées par tous les praticiens. Ce n'est pas là une médication nouvelle: le nouveau est d'en faire une méthode exclusive et *applicable à tous les cas*. Ce nouveau-là serait mauvais. Sans doute, dans les premiers temps, si les vésicatoires étaient très larges, s'ils déterminaient un flux de sérum et de fibrine en suspension très abondant, ils pourraient contribuer à faire dissiper la phlogose articulaire; car, d'après les faits que nous avons vus, nous ne pouvons douter que la fibrine du sang déposée dans les membranes synoviales ne soit le point de départ de la phlegmasie. Ces résultats seraient analogues à ceux que l'on obtient quand on applique un large vésicatoire sur la peau qui recouvre la plèvre enflammée; mais une telle méthode ajoute le mal dermite produite par le vésicatoire au mal arthrite; c'est la source de douleurs et d'autres accidents qui ont beaucoup plus d'inconvénients que les saignées. Du reste, les vésicatoires sont souvent utiles alors que l'affection est devenue locale et est fixée dans quelques articulations.

Donner de l'opium à de hautes doses dans l'hémitarthrite est faire une thérapeutique empirique dirigée contre le symptôme douleur et alors que ce phénomène est le résultat de lésions organiques qu'il s'agit de combattre. Comme au lit du malade, on doit quelquefois se tenir en garde contre ses propres opinions, même les mieux établies; j'ai employé fréquemment des narcotiques divers pour calmer les vives douleurs que cause l'hémitarthrite, et je déclare n'avoir obtenu de cette méthode aucune espèce de succès. J'en dirai autant de l'azotate de potasse et de quelques autres médicaments prônés comme des spécifiques contre le rhumatisme.

Il résulte de tout ce qui vient d'être dit que dans l'état actuel de la science, et pour ceux qui, n'obéissant à aucune opinion préconçue, à aucune doctrine exclusive, cherchent la vérité de bonne foi dans l'expérience et l'observation :

1° Que les évacuations sanguines, dont la réitération et la proportion sont en rapport avec l'état matériel des organes, les qualités et les quantités du sang, évacuations jointes, du reste, à l'emploi des boissons à doses réitérées, du repos, de l'élévation des membres malades recouverts d'applications émollientes, le tout combiné avec un régime approprié aux degrés de l'hypérémie, l'hypémie, l'hydrémie, lit du malade, constituent la médication qui convient le mieux dans la collection toujours plus ou moins aiguë des deux états pathologiques hémite et arthrite;

2° Que les autres médications ont dans certains cas de l'utilité;

3° Que l'emploi des vésicatoires doit être surtout réservé aux cas dans lesquels le mal persiste à un degré plus ou moins intense dans une ou plusieurs jointures, et cela après que l'on a combattu les symptômes de l'hémite;

4° Que le sulfate de quinine est utile pour combattre les accidents périodiques et les splénopathies qui compliquent l'hémitarthrite ou qui en sont les suites.

En somme, Messieurs, le rhumatisme articulaire aigu n'est pas une maladie simple exigeant toujours un même traitement. Il est un composé de divers éléments organopathiques, dont les degrés sont loin d'être toujours identiques sur divers malades et qui comportent chacun des indications particulières. Dans les doctrines que je défends, il ne s'agit pas de suivre pour le combattre une formule indiquée *à priori*, mais de diriger contre les accidents qu'il présente des moyens mesurés par l'état des organes existants chez les gens qui en sont atteints.

M. Malgaigne. La question que l'on discute en ce moment est en même temps médicale et chirurgicale; il ne sera donc pas tout à fait inutile peut-être qu'un chirurgien apporte son contingent dans la discussion. On a confondu sous le nom de rhumatisme l'inflammation de plusieurs articulations et la mono-arthrite, ou tumeur blanche.

Les rhumatismes généraux sont ordinairement placés dans les salles de médecine, et les rhumatismes locaux dans les salles de chirurgie. Les médecins ont donc été plus spécialement frappés des phénomènes généraux, et les chirurgiens des phénomènes locaux.

Lesquels ont vu le mieux?

Quand on veut étudier une question quelconque, la logique est d'aller du simple au composé. Or, les médecins ont vu les cas les plus compliqués, d'où cette foule de théories incohérentes que nous avons entendu émettre ici, ou que nous avons lues dans les auteurs.

Ici M. Malgaigne analyse les théories sur la nature du rhumatisme qui ont été exposées par MM. Bouillaud, Piorry, Martin-Solon, Dechilly, Grisolle et Chomel; puis il continue:

Beaucoup de malades descendent des salles de médecine dans les salles de chirurgie avec des tumeurs blanches, et les médecins cessent de les observer. Les chirurgiens, de leur côté, ne voient qu'une phase de la maladie, et par conséquent qu'un côté de la question.

Il y a sur les confins du rhumatisme général et de la tumeur blanche des inflammations qui affectent deux articulations et qui sont prises pour des rhumatismes par les médecins, et pour des arthrites par les chirurgiens.

Boyer a dit que la coxalgie s'accompagne de douleur au genou; c'est là une erreur que l'observation de chaque jour démontre de la manière la plus évidente, et qui a encore été exagérée par Blandin lorsqu'il a dit, en la généralisant, que, dans l'inflammation d'une articulation, la douleur se faisait sentir dans l'articulation correspondante. Boyer et Blandin et beaucoup d'autres ont méconnu que dans les cas en question il y avait deux articulations affectées au lieu d'une.

Comment donc se diriger à travers toutes ces contradictions, toutes ces erreurs dans la recherche de la vérité? Pendant longtemps, les médecins ont dicté des lois pathologiques, et ils étaient en droit de le faire; car les chirurgiens étaient dans un état d'infériorité et d'ignorance qu'on ne saurait nier. Cependant les médecins n'ont fait que des théories qui n'ont pas survécu à l'époque où elles sont nées; il a fallu qu'un chirurgien, un homme de génie, que Hunter, vînt pour nous apprendre ce qu'était véritablement l'inflammation. Or, Hunter avait étudié d'abord dans les cas les plus simples; c'est donc par l'étude de la tumeur blanche qu'il faut commencer pour se faire des idées exactes sur la question pendante.

La tumeur blanche a été considérée comme extrêmement rebelle; mais c'est parce qu'on a mal dirigé le traitement. Je me suis assuré qu'en maintenant dans l'immobilité complète l'articulation malade, on guérissait radicalement et en peu de temps cette maladie, soit que la cause en fût traumatique, soit qu'elle fût de nature rhumatismale, comme, par exemple, le froid.

Mais quand j'ai essayé l'immobilité dans les cas où deux articulations étaient affectées, j'ai complétement échoué. Ainsi, dans les coxalgies et les scapulalgies simples, on réussit admirablement; tandis qu'on échoue toujours dans les cas où il y a en même temps douleur dans le genou et le coude.

Donc ce fait d'une arthrite double indique la présence d'un nouvel élément dans la maladie, et c'est cet élément que j'appellerai rhumatisme. Plus il y a d'articulations prises, plus cet élément est prédominant, plus l'immobilité devient impuissante pour guérir.

M. Grisolle a dit qu'il n'y avait pas inflammation dans le rhumatisme; cette assertion paraîtra étrange à tous ceux qui attacheront au mot inflammation le sens qu'il a généralement; il est évident que le rhumatisme est, au contraire, une véritable inflammation qui se complique seulement d'un autre élément.

On dit que le rhumatisme ne se termine pas par gangrène; mais jamais je n'ai observé la gangrène dans des cas d'inflammation traumatique. Quant à la suppuration, elle a souvent lieu; mais elle a lieu à une époque où les malades ne sont plus dans les salles de médecine: voilà pourquoi la plupart des médecins ne l'ont pas observée. C'est quand le rhumatisme est une tumeur blanche qu'on voit la suppuration.

Enfin, on s'est fait de singulières illusions touchant les guérisons prétendues du rhumatisme, ce qui explique comment toutes les méthodes trouvent des faits en leur faveur.

M. Malgaigne commence ici la critique des observations contenues dans le rapport de M. Martin-Solon. M. le président l'engage à renvoyer la fin de son discours à la prochaine séance, et annonce que l'Académie va se former en comité secret pour entendre le rapport de la section de médecine vétérinaire.

Hypertrophie énorme de la rate.

M. Grisolle présente une énorme rate. Nous publierons dans notre prochain numéro l'observation de ce fait extrêmement intéressant.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 mai 1850. — Présidence de M. Duperrey.

MM. Landouzy et Maumené adressent l'exposé de quelques faits d'intoxication zincale qu'ils viennent d'observer à Reims chez les ouvriers tordeurs de fils galvanisés.

La note de M. le docteur Flandin sur l'innocuité des composés de zinc pouvant donner lieu à une sécurité dangereuse, nous croyons devoir faire connaître à l'Académie une affection que nous avons signalée il y a deux mois à l'Académie de Reims, et que nous proposons d'appeler intoxication zincale, par analogie avec l'intoxication mercurielle, saturnine, etc.

Voici l'historique de cette affection:

Le fil de fer employé au ficelage des vins de Champagne est envoyé, en couronnes de 1 à 10 kilogrammes, à des ouvriers dits *tordeurs*, qui, à l'aide d'un métier particulier, coupent et tordent à la fois 10 à 20 brins de fils de fer. Ces fils sont mis ensuite en paquets de 1 kilogramme, et battus avec un marteau de bois pour être redressés et serrés en faisceaux.

Chaque ouvrier fait ainsi quarante à cinquante paquets de fils de fer par jour.

Quoique ce travail fût fait par les mêmes ouvriers depuis huit et quinze ans dans de très mauvaises conditions hygiéniques, il n'avait cependant jamais eu d'inconvénients appréciables, lorsque vers les premiers jours de janvier 1850 le fil de fer ordinaire ayant été remplacé par des fils de fer zincés, les mêmes ouvriers se plaignirent bientôt d'un goût de poussière sucrée à la gorge, d'un besoin incessant de tousser et de cracher, de frissons, de malaise général, etc.

En effet, ces fils galvanisés, fabriqués précipitamment et sans tous les soins nécessaires, étaient recouverts d'une couche épaisse de poussière de zinc, d'oxyde et de carbonate de zinc, qui s'échappait abondamment pendant la manutention des couronnes, pendant le tordage des fils, et surtout pendant le battage des paquets.

Sur six ouvriers employés à cette fabrication, trois éprouvèrent une angine et une stomatite violente, avec ulcération

des amygdales, pellicules blanchâtres sur les gencives, salivation, fétidité de l'haleine, coliques et diarrhée.

Trois présentèrent ces symptômes à un très faible degré ; chez l'uu les coliques et la diarrhée furent les seuls accidents observés; chez un autre les coliques furent accompagnées de nausées, de ténesme et d'une constipation opiniâtre.

Chez trois d'entre eux les accidents débutèrent au bout de six à huit jours de travail; chez un autre au bout de quinze jours; chez deux autres au bout de trois semaines ou un mois.

A l'exception de l'ouvrière qui travaillait dans l'atelier n° 1, et chez laquelle les accidents fébriles durèrent plus de quinze jours, les autres ne furent pas plus de trois à six jours sans reprendre leurs occupations.

Ajoutons enfin qu'un petit garçon de trois ans qui couchait dans l'atelier n° 1 fut atteint d'angine avec toux, salivation, etc.; tandis que son frère aîné, âgée de neuf ans, qui se bornait à y prendre ses repas, n'eut aucune indisposition.

Quinze jours après ces accidents, les mêmes ouvriers, dans les mêmes conditions hygiéniques, recommençaient le même travail avec le même fil galvanisé, exempt de toute poussière, et il ne se manifesta aucun des phénomènes qu'ils avaient observés la première fois.

Au point de vue pathologique, l'intoxication produite par les composés de zinc constitue une affection spécifique qui peut être inscrite dans la nosologie sous le nom d'intoxication zincale, par analogie avec l'intoxication mercurielle, saturnine, etc.

Cette analogie, jointe à la cessation de la cause, avant qu'elle ait produit tous ses effets, peut faire penser que l'intoxication zincale prolongée amènerait les mêmes résultats que l'intoxication du mercure et du plomb, et doit par conséquent éveiller toute la sollicitude des observateurs sur les affections des ouvriers en zinc.

Au point de vue hygiénique général, cette affection doit engager l'autorité à exercer une surveillance active sur les ateliers où se fabriquent le zinc et ses composés, et à exiger des procédés propres à mettre les ouvriers à l'abri des poussières qui s'en dégagent.

Au point de vue hygiénique local, c'est-à-dire au point de vue des ouvriers en vins de Champagne, on peut déduire des faits précédents les conclusions suivantes :

1° Les couronnes de fils galvaniques doivent être livrées aux ouvriers tordeurs exemptes de toute poussière ;

2° Les fils galvanisés peuvent être employés sans aucun inconvénient par les ouvriers tonneliers ;

3° Les vins de casse et de dégorgeage, pouvant contenir une certaine quantité de sels de zinc, devront être examinés avant d'être livrés au commerce. (Commissaires : MM. Andral, Rayer et Pelouze.)

— M. Fock (d'Utrecht) envoie un mémoire, dans lequel il s'est proposé d'étudier la mesure des proportions du corps humain. L'auteur s'est occupé d'étudier et de comparer les recherches qui ont été faites jusqu'ici dans le but de savoir à quoi s'en tenir sur les divergences qui existent à cet égard dans les différents auteurs.

L'auteur s'est aperçu, d'après le dessin et la figure de l'Apollon du Belvédère, que l'unité qui sert de mesure au corps humain est la onzième partie de sa hauteur. Cette onzième partie il la nomme partie type. Si l'on commence, dit-il, à compter par en bas, les extrémités inférieures ont leur point de rotation à la sixième partie de la hauteur totale, et ces extrémités à leur tour sont articulées dans leur milieu, c'est-à-dire à la troisième partie. A cause de l'inclinaison du bassin, la symphise se trouve au-dessous de la sixième partie, mais au-dessus du milieu de la hauteur totale, et la colonne vertébrale s'appuie par la même cause sur le sacrum au-dessus de la sixième partie. Les quatre vertèbres se prolongent jusqu'à la sixième partie où commence la tête, qui, à son tour, a la hauteur d'une partie sans y compter la mâchoire inférieure.

Tout cela s'accorde complétement avec les dimensions de l'Apollon antique, dont l'auteur a mesuré les différentes parties sur une figure que l'on trouve dans un ouvrage de M. Van Bree, qui en avait donné les dimensions avec une exactitude rigoureuse prise sur l'antique. (Commissaires : MM. Magendie, Flourens et Serres.)

CORRESPONDANCE.

Sur l'inflammation.

Notre très distingué confrère, M. le docteur Marchal (de Calvi), nous adresse un résumé de ses idées sur l'inflammation, que nous serons heureux de faire connaître et que nos lecteurs liront certainement avec un vif intérêt. Mais en attendant que nous puissions donner place dans nos colonnes à ce travail plein d'originalité, nous croyons devoir publier la lettre suivante, qui contient déjà en germe les vérités dont M. Marchal a entrepris la démonstration.

Mon cher confrère,

J'ai entendu hier, à l'Académie, un honorable et savant membre, pour lequel j'ai la plus grande estime et avec lequel je suis lié par une amitié déjà ancienne, M. le professeur Piorry, dire que l'on ne sait pas bien en quoi consiste l'inflammation soit dans les solides, soit dans les liquides. Cette opinion que l'inflammation est un phénoméne vague, indéterminé, est assez répandue parmi les meilleurs esprits, et l'appui d'un maître aussi éminent que M. Piorry ne peut que lui donner plus de force. Or je prétends qu'il n'y a pas, en pathologie, de phénomène plus nettement déterminé que l'inflammation, et je prétends aussi que l'on peut donner de cette proposition si formelle une démonstration mathématique.

Que l'inflammation dans les liquides soit un phénomène indéterminé, je l'admets très volontiers. Je vais plus loin, et je dis que c'est là une vaine hypothèse. Il n'y a pas d'inflammation dans les liquides, ou, pour parler plus précisément, dans le sang. Il y a un état du sang qui se lie à l'inflammation; c'est l'excès de fibrine. Mais cet excès de fibrine n'est point l'inflammation. C'est un effet ou une cause possible de l'inflammation : un effet dans la plupart des cas, lorsque, par exemple, à la suite d'une brûlure d'une certaine étendue, on trouve dans le sang un excès absolu de son élément spontanément coagulable; une cause possible, dans les trois derniers mois de la grossesse, et surtout au moment de la parturition, alors que le sang de la femme réunit les deux excès de fibrine, l'excès absolu, puisque sur une quantité donnée de sang il y a absolument plus de fibrine, et l'excès relatif, puisque à ce moment la somme des globules est notablement diminuée; une cause possible aussi chez les cachectiques, qui montrent souvent des œdèmes consécutifs à des phlébites oblitérantes spontanées, et chez lesquels se rencontre l'excès relatif de la fibrine par suite de l'énorme déchet des globules (anémie consécutive).

Ainsi, il n'y a pas lieu de s'occuper sérieusement de l'inflammation dans les liquides, et l'on peut bien dire qu'il n'y a là rien de déterminé, le néant, en effet, ne pouvant pas être déterminé.

Mais quant à l'inflammation dans les solides, à l'inflammation proprement dite, je répète que rien, ni en pathologie, ni, plus généralement, en biologie, n'est mieux déterminé. Je vous adresse, mon cher confrère, un travail destiné à le prouver. Ce travail est le résumé des leçons que j'ai faites cette année sur l'inflammation, dans mon cours de physiologie pathologique, à cette école du Val-de-Grâce qui fut illustre, et que l'on vient d'anéantir d'un trait de plume.

Lisez ce résumé, mon cher confrère, et voyez s'il peut être utile de le publier. Je m'en rapporte à vous, et ne m'offenserai pas d'un refus.

Je n'ai encore rien dit, dans cette lettre, sur le sujet en litige qui fixe en ce moment l'attention du public médical ; le rhumatisme articulaire aigu. Est-ce une inflammation ? N'est-ce pas une inflammation ? Hé ! sans doute, c'est une inflammation; mais, comme dans la variole, comme dans la fièvre typhoïde, comme dans la morve, comme dans la goutte, etc., l'inflammation n'est ici que le phénomène extérieur, la manifestation d'un principe, d'une *diathèse*. Voilà le grand mot. Les arthropathies dans le rhumatisme sont des inflammations, mais des inflammations *diathésiques*. Vous avez bien voulu prendre quelque intérêt à mon enseignement depuis deux ans, et vous savez avec quelle insistance je me suis attaché à distinguer les maladies en organopathiques et en diathésiques. C'est une doctrine nouvelle qui n'est à personne, pas plus que les révolutions ne sont le fait de ceux qui les réalisent immédiatement; c'est la *doctrine organo-diathésique*, dont j'ai été le faible organe dans ma chaire du Val-de-Grâce, qui peut seule donner la solution du problème qui occupe aujourd'hui notre premier corps médical.

Agréez, etc. Marchal (de Calvi)

Concrétion ossiforme du fond de l'œil.

(Extrait des procès-verbaux de la Société anatomique de Paris.)

M. Mailliot présente une pièce envoyée par M. Boulland, membre correspondant de la Société, à Limoges.

C'est un œil affecté de ce que les auteurs désignent sous le nom d'ossification de la rétine. Cette prétendue ossification est une concrétion calcaire, criblée de trous fort petits ; elle a la forme d'une cupule, et occupe le fond de l'œil. Tout en arrière, la cupule est interrompue pour laisser passer le nerf optique. M. Boulland pense que cette production ossiforme a pour siége exclusif le feuillet le plus externe de la rétine, c'est-à-dire la membrane de Jacob.

Il n'y avait dans cet œil aucune trace de cristallin.

M. Barth. J'ai présenté, il y a quelque temps, le cristallin d'une vieille femme dont l'œil était atrophié. Ce cristallin était pierreux à sa surface; de plus, il y avait au fond de l'œil une concrétion blanchâtre, irréguliére, craquant sous les doigts. Il m'a semblé que cette concrétion avait pour siége la choroïde; elle était trouée, comme ici, par le passage du nerf optique.

M. Cruveilhier Le siége des concrétions de l'œil varie ; tantôt elles sont placées entre la choroïde et la rétine, et tantôt en dedans de la rétine ; il est probable que, dans ce dernier cas, elles se font dans l'épaisseur de la membrane hyaloïde. — Je crois qu'elles ne se font jamais dans l'épaisseur même de la rétine, ni dans celle de la choroïde.

M. Lebert. J'ai examiné au microscope une concrétion de la face externe de la rétine; je n'y ai trouvé que des matières minérales, et aucune trace d'organisation. C'étaient de petites lamelles vitrées, pas assez régulières cependant pour mériter le nom de cristaux.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 1er JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 65.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Hypertrophie énorme de la rate sans aucun symptôme d'intermittence. — Fièvre intermittente légère il y a seize ans. — Hémorrhagie gastro-intestinale intense. — Mort. — Nous avons promis de revenir en détail sur le fait si intéressant dont M. Grisolle a entrenu mardi dernier l'Académie, et qui aurait bien mérité de devenir l'objet d'une courte discussion. Faisons d'abord connaître ce fait dans ses principaux détails.

Un homme de quarante-quatre ans, garde champêtre, d'une très bonne constitution et d'une bonne santé habituelle, avait été affecté en 1834, étant au service militaire, d'une fièvre intermittente quotidienne; cette fièvre dura quatre semaines; il ignore si sa rate était grosse à cette époque. Aucun accident ne suivit sa convalescence, et sa santé revint aussi florissante qu'auparavant. Sorti du service, cet homme devint garde champêtre dans un pays non marécageux, et jusqu'au commencement de 1847 il continua à jouir d'une excellente santé. A cette époque, son embonpoint commença à diminuer; ses forces s'affaiblirent un peu, et bientôt il s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans l'hypochondre gauche. Ces phénomènes augmentèrent graduellement pendant plus d'un an, et restèrent ensuite dans un état stationnaire qui date de vingt mois maintenant. Il fut obligé d'interrompre son état vers cette époque, parce qu'il ne pouvait plus marcher beaucoup et encore moins courir sans s'essouffler considérablement. Du reste, il se sentait seulement *gêné* dans sa respiration et dans ses mouvements; mais il n'éprouvait aucune douleur dans la région où siégeait la tumeur. C'est pour cette gêne seulement qu'il se décida à venir réclamer à Paris son entrée dans un hôpital, où il fut admis le 5 mai courant.

Il ne fut pas difficile de constater, dès son entrée, que la tumeur située dans l'hypochondre gauche et descendant vers l'ombilic était formée par un développement considérable de la rate, laquelle n'était douloureuse ni spontanément, ni à une pression médiocre. Le malade n'avait point de fièvre, et ne présentait aucun phénomène d'intermittence soit dans la circulation, soit dans l'innervation. Le sommeil était assez bon, un peu troublé seulement par la dyspnée.

Malgré l'absence bien positive de tout symptôme périodique, on prescrivit un gramme d'abord, puis deux grammes de sulfate de quinine; on détermina, à plusieurs reprises, des accidents toxiques qui persistèrent pendant cinq à six jours; mais aucun changement appréciable ne put être obtenu dans l'état de la rate.

On eut alors recours à des applications de ventouses scarifiées sur la tumeur; les incisions de ces ventouses s'ulcérèrent à la manière de certaines piqûres de sangsues, et ne se cicatrisèrent que difficilement. On n'obtint par ce nouveau moyen aucun bon résultat.

On se disposait à tenter une autre médication, lorsque, dans la matinée de dimanche dernier, le malade fut pris subitement d'une hématémèse violente qui fournit, par le vomissement, près de *deux* kilogrammes de sang; il y eut en même temps quelques selles sanguinolentes. La figure s'altéra profondément; le pouls se maintint toutefois assez développé, à 84. — On prescrivit des boissons acidulées, de la glace, le repos absolu.

Dans la journée, sans aucune cause appréciable qui eût pu les favoriser, deux nouvelles hématémèses eurent lieu, l'une à midi, l'autre à cinq heures du soir, qui fournirent ensemble 2 kilogr. 140 grammes de sang. Comme les précédentes, elles furent accompagnées de quelques selles sanguinolentes. L'altération des traits devint excessive; les forces s'abolirent graduellement, et le malade succomba dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva une quantité considérable de sang dans l'estomac et dans les intestins; mais l'examen le plus attentif ne permit pas de découvrir la moindre ulcération de la membrane muqueuse, la moindre fissure ou rupture de vaisseau. Tous les organes étaient d'ailleurs dans l'état normal, complétement exsangues, comme on le conçoit bien, à l'exception de la rate, qui offrait un développement remarquable.

Cet organe était adhérent dans toute sa surface aux parties environnantes par un tissu cellulo-fibreux médiocrement serré. Il pesait 4 kilogr. 100 gram.; son épaisseur dans la partie moyenne était à peu près, en tous sens, de 13 centim.; sa longueur était de 31 centim.; sa consistance était très notablement plus dure que dans l'état normal, et se rapprochait beaucoup de celle d'un foie normal; sa couleur était aussi moins foncée; son tissu était plus sec à la coupe, ne laissait échapper par la pression que peu ou point de boue splénique; mais, du reste, il était parfaitement friable; malgré ces altérations, le tissu de la rate, son aspect cellulo-spongieux, ses cloisons, celluleuses, s'entrecroisaient en tous les sens. En quelques points seulement, ces cloisons sont très développées, et l'on trouve dans le milieu du tissu splénique comme de fausses membranes déposées. Il y avait induration et un peu de décoloration, mais nullement dégénérescence. Les vaisseaux et nerfs spléniques n'offraient rien de particulier.

Aucun épanchement de sérosité n'existait dans le péritoine ni ailleurs. Le malade n'avait jamais eu d'œdème aux jambes.

Il serait difficile de trouver un fait plus intéressant, sous plusieurs rapports, que celui dont nous venons d'exposer brièvement l'histoire. Ce qui d'abord frappera sans doute l'attention du lecteur, c'est l'absence, au moins apparente, de toute coïncidence entre une hypersplénotrophie aussi prononcée et tout symptôme non-seulement de fièvre intermittente, mais même d'intermittence quelconque. Nous savons que notre savant confrère M. le professeur Piorry a expliqué les quelques faits analogues que possède la science par un état de dégénérescence, de transformation, qui ne permettait plus à la rate de provoquer la réaction qu'elle produit habituellement, surtout quand elle jouit encore de sa vitalité propre. Mais cette explication ingénieuse ne nous paraît guère admissible dans le cas observé par M. Grisolle. Dans ce cas, en effet, la rate n'offrait nullement de transformation, son tissu était parfaitement reconnaissable; et un anatomiste exercé, M. le docteur Sappez, a retrouvé dans ce tissu tous les caractères fondamentaux que l'organe offre habituellement. Quelques brides celluleuses, sortes de fausses membranes qu'on ne peut rapporter qu'à un état phlegmasique, de même que celles qui entouraient la rate tout entière, troublaient seules l'uniformité d'aspect qu'offrait une coupe de la rate dans toute son étendue et en diverses directions. Mais la probabilité de cette phlegmasie est elle-même un embarras et un fait remarquable de plus.

Il est impossible évidemment d'admettre que l'état de la rate, tel qu'il a été constaté, se soit produit pendant les quatre semaines de fièvre quotidienne légère qu'a éprouvée le malade; cela est impossible, parce que jamais une fièvre aussi courte ne produit un tel désordre; cela est impossible surtout, parce qu'avec une telle lésion, le malade n'aurait pu jouir pendant treize ans d'un état de santé florissant. Ainsi, cette phlegmasie extrêmement probable, et dans tous les cas ce mouvement fluxionnaire de nature quelconque, mais fort actif, a dû commencer lorsque la santé du malade a commencé elle-même à s'altérer, c'est-à-dire il y a trois ans. Eh bien! non-seulement aucun phénomène d'intermittence n'a eu lieu lorsque la rate a été arrivée à cet état si avancé, mais stationnaire, de développement; mais aucun phénomène de ce genre n'a eu lieu non plus pendant que le mouvement fluxionnaire s'exécutait, pendant qu'il y avait dans l'organe splénique un mouvement pathologique des plus actifs. Ce fait nous semble donc, sous tous les rapports, des plus précieux pour l'histoire des fièvres intermittentes.

Il est un autre point de vue sous lequel il n'a guère moins d'intérêt, c'est le point de vue thérapeutique. On sait que M. Piorry, par une série de recherches d'un grand intérêt, a été conduit à admettre que le sulfate agissait directement sur la rate, et que ce n'était qu'en diminuant le volume de cet organe qu'il guérissait la fièvre intermittente. Mais une doctrine opposée a expliqué la diminution du volume de la rate sous l'influence du quinquina par l'action de ce médicament sur la cause même de la fièvre, c'est-à-dire sur le miasme qui est à la fois l'agent productif de la fièvre et du gonflement splénique. Aussi, d'après cette doctrine, le sulfate de quinine serait-il impuissant contre toute hypersplénotrophie qui ne reconnaîtrait pas pour cause une intoxication paludéenne. Le fait précédent vient apporter à cette doctrine une preuve importante. Chez le malade de M. Grisolle, la dose de sulfate de quinine a été portée aussi loin que possible, jusqu'à produire des phénomènes toxiques qui ont duré cinq ou six jours, et cependant aucun effet appréciable n'a eu lieu sur la rate; le volume de cet organe n'a pas éprouvé la moindre diminution.

Une autre circonstance que nous nous bornerons à mentionner, mais qui mérite également d'appeler l'attention des médecins observateurs, c'est l'absence de toute hydropisie, même du plus léger œdème, en présence d'une obstruction aussi considérable de la rate. Ce fait vient fournir une nouvelle preuve que l'histoire des hydropisies, malgré les progrès qu'elle a faits dans ces derniers temps, demande cependant encore de nombreuses recherches pour arriver au degré de perfection qu'on peut raisonnablement espérer.

Enfin, nous ne terminerons pas nos remarques sur ce fait important sans mentionner cette hémorrhagie gastro-intestinale foudroyante qui a mis fin d'une manière si soudaine et si inattendue aux jours du malade. Les recherches modernes ont prouvé que, dans les cas analogues, c'est presque constamment à une rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux d'un certain calibre que l'hémorrhagie devait être rapportée; pour

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Essai de pharmacologie thérapeutique générale; par le docteur JAUMES, professcur-agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de potassium et de l'éther iodhydrique, par le docteur Ch. HUETTE.

Trois sciences, suivant l'auteur, se partagent l'étude des modifications dynamiques provoquées en nous par les agents extérieurs. L'hygiène recherche le mode d'action du milieu normal, indispensable au maintien de la vie. La pathologie s'occupe des causes nuisibles. L'objet spécial de la pharmacologie est l'influence exercée par les médicaments. La pharmacologie, à laquelle il voudrait que l'on donnât le nom de physiologie de l'homme médicamenté, éclaire une face distincte de l'existence humaine.

Tout acte physiologique produit à la suite d'une sollicitation externe présente à l'examen trois choses : 1° l'agent provocateur; 2° la modification du système; 3° les conséquences qui en résultent pour l'individu. La pharmacologie satisfait à ces conditions en traitant successivement des médicaments, de leurs effets, de leurs avantages et de leurs inconvénients. Les observations de physiologie pharmacologique sont innombrables; mais en réunissant les analogues, on les ramène à des faits généraux, dans lesquels les caractères essentiels sont mis en saillie et les qualités de moindre importance sont négligées. L'établissement et l'exposition méthodique de ces faits constituent la pharmacologie générale, laquelle est, en un mot, la substance, l'esprit de la science des médicaments.

On voit, par ce court exposé, quelle est l'étendue du plan que l'auteur s'est tracé.

Il divise la pharmacologie en deux parties bien distinctes. La première renferme les notions qui ont pour objet le médicament lui-même : c'est la pharmacographie; la seconde, celles qui ont pour objet le corps vivant qu'il modifie : c'est la pharmacodynamie. Se livrer à l'étude de l'une ou de l'autre de ces parties de la science, c'est être incomplet et ne pas remplir le but que l'on doit se proposer. La véritable pharmacologie doit travailler en vue du traitement des maladies. C'est dans ce sens qu'elle doit être exposée et étudiée; mais elle se dispense de traiter les questions thérapeutiques. Les indications sont supposées connues du pharmacologiste. Sa mission est d'enseigner, de perfectionner l'art de les remplir à l'aide des médicaments. Le fait saillant et vraiment utile est le fait pharmacodynamique. Sans lui, l'histoire naturelle et chimique du médicament serait une étude vaine. C'est par lui que la pharmacologie aboutit à la thérapeutique et peut rationnellement servir les intérêts de cette dernière.

La pharmacodynamie nécessite la connaissance préalable de la pharmacographie; c'est un des aspects de la physiologie anthropologique; elle dit comment l'homme est modifié quand il est sous l'influence de certains agents choisis dans le milieu ambiant. Ces modifications ont des qualités communes à toutes les autres et des qualités spéciales. Le médicament est incapable de produire par lui-même les effets qu'on lui attribue; il y concourt seulement en qualité de cause occasionnelle, prédisposante, déterminante. Ces effets ont leur véritable raison d'être dans la capacité virtuelle dont jouit le corps vivant, de sentir et d'agir d'une certaine manière après certaines provocations.

L'opération provoquée par le médicament présente un changement de la sensibilité des parties qui sont en rapport direct ou indirect avec le stimulus; puis l'économie acquiert les qualités nécessaires pour fonctionner autrement qu'elle ne faisait auparavant, enfin elle témoigne par des actes que cette capacité a produit son effet. Il y a donc : 1° une impression subie; 2° un état d'*affection* dans lequel le système est capable de donner une direction nouvelle à l'exercice de ses facultés; 3° une manifestation de cette affection.

L'affection médicamenteuse, et par ce mot *affection*, M. Jaumes désigne la cause prochaine, efficiente, de l'effet local ou général, occupe une place à part pour les sciences diverses de la biologie humaine, et suffit à elle seule pour constituer une science; elle offre quelque chose de spécial à considérer dans la cause extérieure : ses phénomènes constitutifs, ses qualités thérapeutiques.

Le livre dont nous parlons ici a pour objet d'exposer d'une manière abstraite ce que présente de plus imposant cette affection médicamenteuse envisagée sous les trois aspects que nous venons d'indiquer.

« De cette manière, ajoute l'auteur, j'étudierai toutes les faces du phénomène, et je m'efforcerai d'arriver à sa compréhension la plus élevée. Il me sera facile d'exposer les faits généraux, d'établir des préceptes applicables à une multitude de circonstances. De cette façon, j'embrasserai l'universalité de la pharmacologie, et je réduirai ses infinies variétés de détail en un petit nombre de groupes, jusqu'à ce que la synthèse, devenant aussi large que possible, les parties éparses soient ramenées à l'unité. Cette entreprise est actuellement exécutable; j'espère le prouver. Dans tous les cas, elle est raisonnable et possible. Sans cela, la pharmacologie devrait abdiquer toute présention à exister comme science. »

Nous bornons à ces considérations générales, où se trouve exposé le plan de l'auteur, le compte-rendu de son livre. Nous en recommandons la lecture à ceux qui voudront se familiariser avec les doc-

les hémorrhagies gastro-intestinales en particulier, celle qui a eu lieu chez le malade de M. Grisolle est peut-être la première aussi brusque et aussi abondante, et où des recherches minutieuses faites par des observateurs instruits et habiles n'aient pas conduit à la découverte de quelque lésion vasculaire. Sous ce rapport encore, le fait précédent est digne de toutes nos méditations. Quelle a été la cause de cette hémorrhagie si promptement fatale? Quels rapports existaient entre cette hémorrhagie et l'état général du malade, ou l'état de la rate en particulier? Questions importantes, mais bien difficiles à résoudre d'une manière satisfaisante.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

De la péritonite partielle. — Abcès iliaque et tumeur stercorale. — Diagnostic différentiel.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

3° L. Tas....., de Givet, jeune enfant de trois ans, faisait, en 1847 (avril), une chute en descendant les marches d'un escalier en pierre situé sur le seuil de sa porte. Dans sa chute, l'enfant frappa du côté droit du ventre contre l'angle saillant de la dernière marche. Il fut relevé par un voisin qui avait été témoin de l'accident.

Le jeune enfant pleura longtemps en se plaignant d'une douleur dans la fosse iliaque droite, et les parents, ne voyant pas la moindre égratignure à la peau, pensèrent que ce ne serait rien; mais toute la nuit se passa dans les plaintes et les pleurs.

Je fus appelé le matin, et trouvai cet enfant dans les plus vives souffrances, ne voulant pas même se laisser approcher. Il y avait eu déjà quelques envies de vomir, les parents avaient été obligés de mettre des cruchons d'eau chaude aux pieds à cause du froid que ressentait le jeune malade. Sa face était contractée et offrait une légère teinte violette, la fosse iliaque droite présentait une légère saillie diffuse, les parois abdominales étaient tendues dans cette portion, et fort douloureuses à la pression la plus légère, tandis qu'elles étaient dépressibles et indolores dans le reste de l'abdomen. La pression, exercée faiblement sur la fosse iliaque droite, donnait une résonance claire, indice d'un peu de tympanite. Pendant le cours de l'examen, et au moment où je percutais, il y eut un vomissement de matières verdâtres liquides.

Le pouls, concentré et vif, n'offrait que peu de fréquence. La toux dénotait une péritonite partielle, et le traitement fut institué en conséquence. Les sangsues et les bains en firent tous les frais.

Dès le troisième jour, les douleurs étaient diminuées; elles étaient nulles le cinquième. A cette date, une garde-robe copieuse fut suscitée par un lavement purgatif, puis l'usage du petit-lait rétablit complétement la liberté du ventre. Enfin, le onzième jour, la cure paraissait bien décidée, et le petit malade commençait à jouer.

Voilà bien deux cas de péritonite partielle primitive qu'on ne saurait confondre avec l'abcès iliaque, le diagnostic ne pouvant être longtemps douteux. La résolution en a été la terminaison, et nous doutons fortement qu'une pareille issue puisse être fréquemment attendue dans l'abcès iliaque.

Du reste, le même résultat a été obtenu dans nos six autres cas de péritonite partielle primitive, et cela du cinquième au quatorzième jour, ce qui nous fait dire que la phlegmasie localisée du péritoine, dans des circonstances pareilles, n'offre pas une fort grande gravité, à la condition cependant qu'elle ne soit pas méconnue. Mais il n'en est pas de même pour la péritonite consécutive, où la mort est la terminaison la plus fréquente, parce que, sur un organisme déjà aux trois quarts détérioré, vient s'ajouter un état morbide dont le retentissement doit éteindre les derniers rayons de l'innervation, et qui, dans tous les cas, aurait la chance de survivre aux traitements à cause de la persistance de la cause qui lui a donné naissance.

Est-il plus facile de confondre avec l'abcès iliaque la péritonite partielle consécutive? Nous pensons que l'erreur est encore plus difficile; d'abord, parce que, quelle que soit la forme qui révèle l'affection, il y a toujours les signes principaux dont nous avons parlé, qui serviront à établir le diagnostic; et puis, à cause des antécédents du malade qui aura été sujet à une iléo-colite folliculeuse, une entérite tuberculeuse, etc. Ce point du commémoratif doit certainement ramener immédiatement le praticien sur la nature de l'affection nouvellement déclarée.

Quelquefois cependant une péritonite partielle tout à fait chronique atteint les malades placés dans les conditions dont nous venons de parler. Cette phlegmasie suscite, avec le péritoine et la portion voisine d'intestin, des adhérences qui acquièrent une certaine solidité et qui, se continuant d'un point du cœcum jusqu'à la branche du pubis, forment entre l'intestin et la paroi externe de la fosse iliaque une véritable cavité cloisonnée de toutes parts. Si une nouvelle perforation se fait alors sur la portion d'intestin qui correspond à cette cavité, un épanchement de matières fécales a lieu dans cette chambre entourée de tous côtés de fausses membranes. Cette accumulation d'excréments forme tumeur, et peut donner le change sur un abcès iliaque. Mais ici encore le commémoratif éclaire puissamment.

Nous nous rappelons à ce sujet un malade qui, dans l'épidémie de fièvre typhoïde qui régna sur la garnison de Givet en 1847, eut tous ces accidents sans que des signes bien notables les eussent signalés à notre attention. Ce malade sortit de l'hôpital en voie de rétablissement. Il rentrait, deux mois après, porteur d'un vaste épanchement pleural à gauche avec tubercules pulmonaires, et succombait le vingt-septième jour de la deuxième entrée.

L'autopsie, qui mit à découvert les désordres de la cavité thoracique, nous révéla un phénomène curieux. Une portion du cœcum et des intestins grêles, adhérant au péritoine pariétal par de solides adhérences, formait en dedans les parois d'une cavité limitée en dehors par le rebord de l'os iliaque et les parois du ventre, et, supérieurement, par des adhérences pseudo-membraneuses qui avaient fait incurver en dehors le colon transverse. Du reste, des pseudo-membranes semi-cartilagineuses formaient en dedans, de tous les points, un véritable kyste dans lequel se trouvaient contenues des matières fécales liquéfiées et mélangées à un pus semi-concret. On ne put découvrir l'orifice intestinal par où toutes ces matières s'étaient échappées; les pseudo-membranes adhérentes à la séreuse intestinale empêchaient toute recherche directe. Mais en ouvrant l'intestin à un pouce de la valvule iléo-cœcale, sur la terminaison de l'intestin grêle, se trouvait une tache violacée à tissu mollasse et rayonné. Au centre de cette tache était un pertuis infiniment petit, pouvant à peine permettre l'introduction d'une pointe d'épingle. Ce pertuis correspondait de dedans en dehors à une échancrure un peu plus grande de la tunique musculeuse, et puis à un orifice de la séreuse, orifice aussi petit que l'orifice interne, et obturé entièrement par la pseudo-membrane d'enveloppe qu'il était très difficile de détacher de la surface séreuse intestinale.

Voilà donc un cas qui aurait simulé au dernier point l'abcès iliaque si des désordres notables avaient donné l'éveil sur son existence; encore est-il vrai que le commémoratif eût pu empêcher l'erreur.

La péritonite partielle consécutive ne peut donc être confondue avec l'abcès iliaque sous aucun rapport. Nous pourrions rapporter nos onze observations de ce genre de péritonite si les bornes que nous nous sommes imposées ne nous en empêchaient. Toutefois, nous ne pouvons passer sous silence le plus récent de ces onze faits; le voici:

4° Froidefont, grenadier au 61e de ligne, entrait le 11 mars dernier au Val-de-Grâce. Ce militaire, de taille élevée, mais d'une grande maigreur, avait pu continuer son service malgré la gravité des lésions dont il était atteint. Une matité absolue de la moitié inférieure droite du thorax, avec absence complète de bruit respiratoire, de la submatité depuis cette limite jusqu'à l'épine de l'omoplate du même côté, avec respiration bronchique dans la fosse sous-épineuse et quelques grosses bulles de râle crépitant, enfin un bruit de craquement humide, distinct, dans la fosse sus-épineuse, annonçaient chez ce malade des lésions multiples dans la poitrine. Un épanchement pleural et des tubercules pulmonaires en voie de fonte, tels furent les désordres présumés. Froidefont éprouvait, en outre, une dyspnée prononcée, de la toux quelquefois sèche, d'autres fois quinteuse et suivie d'expectoration, une douleur sourde dans tout le côté; il était sujet à des sueurs nocturnes abondantes: c'était, en un mot, un phthisique au troisième degré.

Peu de jours après l'entrée à l'hôpital apparut, au sommet postérieur droit, du souffle amphorique et souffle perçu sous forme de retentissement métallique dans tout le côté malade du thorax; ce côté se trouva augmenté de 3 centimètres en sept jours. Il y avait hydropneumothorax, augmentation de la dyspnée et douleur poignante sur le côté droit.

Le 11 avril, surgit une douleur très aiguë dans la fosse iliaque droite. Le même soir, tuméfaction non équivoque de cette portion qui ne peut supporter le poids des couvertures; le pouls devient profond et petit, fuyant; froid général. Quelques ventouses légèrement scarifiées, des fomentations chaudes, l'opium apaisent un peu la douleur.

Mort du malade le 12, à neuf heures du matin.

L'autopsie révèle l'hydropneumothorax; des cavernes multiples du poumon, dont l'une au sommet communique avec la cavité pleurale toute tapissée de fausses membranes dans la fosse iliaque droite. Le péritoine est rouge, accollé à une portion d'intestins soudés entre eux par des exsudations plastiques de fraîche date; les mêmes exsudations tapissent toute la portion du péritoine de la fosse de ce côté jusqu'à l'ombilic. Une ulcération intestinale a légèrement perforé la tunique séreuse d'une portion d'intestin grêle sans qu'il se soit fait d'épanchement stercoral.

Après avoir établi le diagnostic diagnostic différentiel de la péritonite partielle primitive et consécutive et de l'abcès iliaque, voyons s'il est possible de confondre davantage la tumeur stercorale avec cet abcès.

La tumeur stercorale, avons-nous dit, se présente presque toujours à droite; la valvule iléo-cœcale en donne la raison. Cette tumeur, peu douloureuse, à moins qu'il n'y ait complication de péritonite, s'accompagne toujours d'une constipation opiniâtre, bien qu'il puisse s'échapper quelquefois quelques matières liquides. Dans l'abcès iliaque, au contraire, il n'y a pas constipation, ou, si elle existe, elle peut être vaincue facilement par des lavements. L'interception des matières ne saurait jamais être complète; au toucher on reconnaît dans la tumeur stercorale une saillie bien distincte, bien isolée, dure, pouvant être parfaitement circonscrite par le palper, et soulevant quelquefois les parois abdominales. Dans l'abcès iliaque, la tumeur est au contraire mal circonscrite, profonde, et si elle pouvait acquérir l'élévation de la précédente, ce serait à une période avancée où la fluctuation pourrait être perçue, ou bien dans le cas où elle aurait pour siége la portion tout à fait externe, et alors le diagnostic n'en serait que plus certain.

La tumeur stercorale se manifeste, surtout dans le principe et quand elle est exempte encore de complication, sans phénomènes généraux saillants; ces phénomènes proéminent, au contraire, dès le début de l'abcès iliaque. Celui-ci a un retentissement forcé dans tout l'organisme qui participe à un travail morbide considérable; dans la seconde, il n'y a d'abord fréquemment qu'obstacle mécanique et lésion de fonction sans lésion d'organe.

Voici le plus remarquable des deux cas de tumeur stercorale par nous observés.

M. Precl..., hôtelier à Givet, homme de cinquante ans, de moyenne constitution, à tempérament nerveux-sanguin, éprouvait depuis quelques jours une constipation rebelle.

Le 15 mars 1848, une douleur un peu vive apparat dans la fosse iliaque droite, et cette douleur éveilla l'attention du malade, qui remarqua une saillie sur cette région et se crut atteint d'un étranglement interne. Il y avait tension des parois abdominales; la pression sur ce point faisait froncer le sourcil au malade. Cependant en surmontant sa pusillanimité et palpant profondément, il était facile de reconnaître une tumeur dure, résistante, oblongue, cylindrique, et correspondant au commencement du cœur. Les intestins grêles étaient passablement distendus par du gaz. Le malade était sujet à des éructations; nul gaz ne s'échappait inférieurement depuis trois jours; aucun phénomène général n'avait présidé au début de la maladie, et le 15, au moment de ma visite, le pouls, plutôt concentré et un peu vif, n'offrait pas de fréquence. Le malade éprouvait quelques nausées et par moments de la soif. L'anxiété à laquelle il était soumis était plutôt le résultat de ses craintes sur une maladie supposée que la conséquence de son état morbide. En lui annonçant qu'il était at-

---

trines de la Faculté de Montpellier, dont l'auteur est un des professeurs agrégés les plus actifs et les plus distingués.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du bromure de potassium et de l'éther iodhydrique, par le docteur Ch. HUETTE.

Nous exprimions, il y a quelques jours à peine, le regret de ne pas compter parmi les dissertations inaugurales qui sont soutenues chaque année devant la Faculté un plus grand nombre de travaux originaux et dignes d'intérêt, et voilà qu'aujourd'hui, comme pour répondre à nos désirs, nous recevons plusieurs thèses récemment présentées à l'Ecole où se trouvent traités divers points nouveaux de physiologie et de thérapeutique. Celle dont nous voulons nous occuper ici est relative aux effets obtenus sur l'homme en santé et en maladie par l'administration de deux nouveaux médicaments, le bromure de potassium et l'éther iodhydrique.

L'élévation toujours croissante du prix de l'iodure de potassium, si précieux dans le traitement des accidents tertiaires de la syphilis, avait engagé, il y a quelques années, plusieurs médecins à essayer si le bromure ne pourrait lui être substitué et n'amènerait pas les mêmes résultats. L'analogie si grande qui existe entre l'iode et le brome semblait en réalité promettre à ces expérimentations une issue heureuse. Mais bientôt les faits recueillis en grand nombre dans les hôpitaux spéciaux démontrèrent cette triste chose, à savoir: que le bromure de potassium est complétement inefficace comme antisyphilitique. Interne dans le service de M. Puche, l'un des auteurs de ces expérimentations sur une grande échelle, M. Huette a recueilli une série d'observations particulières qui lui ont permis d'établir en parfaite connaissance de cause le mode d'action physiologique et thérapeutique de cette substance.

Administré à un homme en santé, le bromure donne lieu d'abord à une céphalalgie intense bien différente de celle que l'on observe chez les sujets qui prennent de l'iodure. Pas de larmoiement, d'élancements, ni de coryza; la tête est lourde, comme comprimée au niveau du front et des tempes; étourdissements; le regard est morne, éteint; l'intelligence s'affaisse; il existe un état général de stupéfaction semblable à celui du premier degré des affections typhoïdes; en même temps, abaissement notable du pouls, qui tombe à 40 ou 48. — Après la céphalalgie, vient l'assoupissement, accompagné de rêvasseries, de *subdelirium*, quelquefois d'hallucination; il survient une perturbation caractérisée par des lésions du mouvement et de la sensibilité générale; prostration des forces musculaires, démarche vacillante; la sensibilité générale s'émousse; un fait curieux, c'est l'anesthésie très prompte que produit le bromure sur le voile du palais, le pharynx, la base de la langue, anesthésie caractéristique et que nous ne sachions pas être déterminée par aucune autre médication. L'affaiblissement de la vue, la dureté de l'ouïe sont deux accidents presque constants également, et dont l'intensité est proportionnelle à l'impressionnabilité des sujets et à l'élévation des doses du médicament.

Tandis qu'assez souvent l'iodure de potassium détermine chez ceux qui le prennent des érections faciles, le bromure semble au contraire frapper d'atonie le système générateur. Si quelques malades ont eu lieu de se féliciter de ce résultat, il n'en a pas été toujours ainsi, et souvent l'auteur a vu des individus se plaindre amèrement de l'impuissance momentanée à laquelle ils se trouvaient réduits. En résumé, dit-il, la prostration des forces, l'engourdissement des mouvements, la sensibilité générale plus ou moins abolie, les sensations spéciales émoussées, l'intelligence affaiblie, le sens génital amorti: tels sont les effets qui m'ont engagé à classer le bromure de potassium parmi les remèdes les plus énergiques et les plus spéciaux de la médication stupéfiante.

Cette histoire physiologique très curieuse du bromure de potassium est suivie d'un relevé d'observations relatives à son action thérapeutique et non suivies de succès. Si, comme il est permis de l'espérer, le bromure de potassium parvient à trouver ses indications thérapeutiques, on peut dès aujourd'hui affirmer que ce ne sera pas dans le traitement des affections syphilitiques constitutionnelles.

La deuxième partie de la thèse est relative à l'*éther iodhydrique*. Bien que la médecine emploie déjà un grand nombre de préparations d'iode, l'auteur a cru devoir étudier expérimentalement celle-ci; d'abord, parce que, très riche en iode, elle présente ce métalloïde complétement neutralisé, dans ses effets irritants, par des éléments dont les propriétés ne sont pas capables de compliquer ou de dénaturer son action altérante; ensuite, parce que sa volatilité et sa diffusibilité à la température ordinaire lui firent espérer qu'à l'aide de précautions convenables il ne serait pas impossible d'obtenir le résultat qu'avaient vainement cherché Laënnec, Berton, Baudelocque, Scudamore, etc., c'est-à-dire de faire prendre l'iode en inhalations.

Il a vérifié expérimentalement cette conjecture, et il est arrivé à ceci, que, dans les cas nombreux où l'extrême susceptibilité de l'estomac s'oppose au traitement interne par les iodiques, il est possible de faire pénétrer, sans le moindre inconvénient, l'iode au moyen des voies respiratoires.

Les applications thérapeutiques basées sur cette possibilité seront-elles réalisables? Il est encore permis d'en douter; mais ces recherches n'en sont pas moins du plus haut intérêt et dignes d'attirer l'attention des praticiens.

N'en louons pas moins M. Huette d'avoir tenté une voie nouvelle, et de nous avoir montré un esprit vraiment philosophique. C'est de la bonne et saine philosophie que celle qui a fait écrire à M. Huette la phrase suivante, par laquelle il termine son travail: « Si la thérapeutique enregistrait avec un empressement égal ses échecs et ses succès, elle éviterait peut-être à la pratique de l'art une persévérance déplorable dans bien des erreurs, dont le point de départ fut l'induction. »

Dr A. F.

teint d'une tumeur stercorale et non d'un étranglement, la face s'épanouit un peu et le courage revint.

Quatre applications préalables de quinze à vingt sangsues furent faites pour combattre l'entérite consécutive. Trois fois en quarante-trois heures le malade fut plongé dans un grand bain.

Le 18, il fut prescrit une purgation saline qui ne détermina que quelques envies de garde-robe sans résultat réel. Une couche de pommade composée d'onguent napolitain et d'extrait de belladone fut étendue sur toute la surface abdominale correspondante.

Le 19, 45 grammes d'huile de ricin déterminèrent beaucoup de coliques, l'expulsion de quelques gaz et d'un peu de matières fécales liquéfiées. Deux nouveaux bains furent administrés.

Le 20, le malade prit de la crème de tartre dans du petit lait. Huit heures s'écoulèrent sans qu'il éprouvât autre chose que quelques oscillations intestinales; enfin sur le soir survint une forte colique avec envie d'aller à la selle.

Des efforts nombreux et prolongés pendant dix minutes le tinrent sur la chaise percée; enfin dans un suprême effort pour expulser quelque chose qui pesait fortement sur le rectum, M. Precl... poussa quelques cris et rendit un bouchon considérable qui déchira le sphincter au moment du passage.

Plusieurs selles copieuses eurent lieu successivement, et un repos parfait s'ensuivit ensuite toute la nuit.

Dès ce moment la convalescence fut tranchée; elle fut de courte durée, et le malade était complétement rétablie le 27.

Pronostic et terminaison dans ces trois espèces de tumeurs. — Le pronostic, d'après tout ce que nous venons de voir, doit nécessairement être différent, suivant qu'on a affaire à une tumeur due à un abcès iliaque, à une péritonite partielle ou à un amas d'excréments dans une portion d'intestin. Outre les conditions inhérentes au sujet, c'est-à-dire d'âge, de constitution, d'habitude morbide, etc., qui doivent faire varier le jugement que l'on portera sur l'issue de chacune de ces trois maladies, il est des conditions bien autrement essentielles pour différencier le pronostic. Ainsi, prenant des sujets à conditions égales, l'abcès iliaque importe avec lui une bien plus grande gravité que la péritonite partielle primitive, et à plus forte raison que la tumeur stercorale. Cette plus grande gravité de l'abcès iliaque résulte de la profondeur des parties affectées, du peu de facilité qu'on a atteindre le mal par une médication directe, partant du résultat inférieur qu'on obtiendra à l'aide des divers moyens mis en usage pour le combattre.

En effet, la péritonite partielle siége sur une membrane assez superficiellement placée, facilement accessible par les déplétions sanguines directes en raison des nombreux vaisseaux de communication entre elle et la surface cutanée, et en supposant que la suppuration doive s'effectuer, elle aura lieu ici sur des surfaces aptes à contracter facilement des adhérences, et bornée qu'elle sera à une petite étendue, la guérison pourra encore être facilement obtenue au moyen des adhérences mêmes.

La tumeur stercorale, pour être plus profondément située, existe dans une portion du tube digestif facile à atteindre, et une fois son existence bien reconnue, l'élimination des excréments au dehors deviendra aisée au moyen des purgatifs employés à propos.

Mais l'abcès iliaque, situé plus profondément que les deux autres, siége en outre sur le tissu le plus enclin à la suppuration, et cette suppuration devra être dans la plupart des cas l'aboutissant de cette tumeur, en raison de sa position inaccessible et de la nature du tissu affecté. Or une fois la suppuration effectuée au sein de ce tissu cellulaire sous-péritonéal, le pus ne pouvant être évacué que très tard par une opération chirurgicale, gagnera de proche en proche en tous sens, et produira nécessairement des ravages rapidement redoutables, en supposant qu'une phlébite par infection ne vienne terminer promptement les jours du malade. Aussi pour l'abcès iliaque nous établissons les deux points capitaux suivants, qui en mesurent toute la gravité: 1° Difficulté très grande pour obtenir la résolution du phlegmon et empêcher la suppuration; 2° une fois la suppuration établie, conséquences incalculables.

Mais si l'abcès iliaque présente un pronostic plus grave que la péritonite partielle primitive, il n'en est pas de même pour la péritonite partielle consécutive: celle-ci, dans les onze cas par nous observés, s'est terminée dix fois d'une manière funeste. Il est juste d'ajouter que cette gravité ne dépend réellement ici que de la position des malades et de la nature de la lésion qui a donné naissance à la péritonite, lésion qui tend à persister ou à fournir continuellement à la séreuse péritonéale des matières propres à entretenir la phlogose.

Les malades affectés de péritonite consécutive sont ordinairement des sujets épuisés par des maladies anciennes ou graves et ne peuvent offrir qu'une bien faible résistance à la nouvelle explosion qui les frappe.

Nous croyons donc pouvoir admettre, d'après le raisonnement et d'après les faits, que la tumeur stercorale, une fois reconnue, est facile à dissiper et ne présente par conséquent que peu de dangers; que la péritonite partielle, quand elle est primitive, arrive presque toujours à la résolution avec promptitude, soit en raison de la facilité avec laquelle on peut la combattre, soit en raison de la nature du tissu lésé; que la péritonite partielle consécutive est fréquemment mortelle pour les motifs que nous avons donnés, mais ne saurait en aucun cas être confondue avec le phlegmon iliaque; enfin que celui-ci, par sa tendance très grande à la suppuration et sa position respective, nous paraît bien plus redoutable que la péritonite partielle primitive, et que la résolution doit en être la terminaison la plus rare, ce qui nous porte à croire qu'on a dû souvent confondre dans la pratique le phlegmon iliaque avec la péritonite partielle.

Et, si nous calculons d'après nos faits la fréquence relative, nous trouvons les proportions suivantes :

L'abcès iliaque est à la péritonite partielle comme 1 à 19 et à la tumeur stercorale comme 1 à 2.

Nous devons dire en terminant que nos données ne préjugent rien, car notre expérimentation n'est pas assez généralisée sous le rapport du sexe, des âges, professions, etc.; mais qu'en tout cas il nous a semblé que les résultats fort satisfaisants qu'annoncent certains médecins au sujet des abcès iliaques laissent supposer une erreur dans le diagnostic.

Addition à la séance de l'Académie des Sciences du 20 mai.

MÉMOIRE SUR LA STAPHYLORAPHIE,

par M. le professeur Roux.

(Voir le numéro du 25 mai.)

Ainsi donc, nécessité d'un allaitement artificiel; c'est la seule conséquence remarquable de la bifidité du voile du palais dans les premiers temps qui suivent la naissance. Comme rien ne met obstacle à la déglutition, il y a, pour l'enfant, toutes les chances possibles de vie. Ses premiers cris sont exactement ce qu'ils auraient été sans cette mauvaise conformation; plus tard, on ne remarque non plus aucune modification dans les simples cris que l'homme peut faire entendre à toutes les époques de la vie. Mais toujours de grands changements ont lieu dans le timbre de la voix parlée, dans les modulations du chant et dans l'articulation de certains sons. On voit cela dès l'époque à laquelle l'enfant commence à parler; et plus il avance dans le genre de communication avec ses semblables, et plus l'imperfection de son langage devient choquante et désagréable; la voix est nasonnée, peut-être serait-il mieux de dire qu'elle est trop buccale; car elle paraît emprunter son caratère, chez les sujets qui ont le voile du palais divisé ou perforé, comme chez ceux qui ont la voûte palatine trouée, de ce que la colonne d'air mise en vibration dans le larynx ne se partage pas dans des proportions convenables entre la bouche et les narines; de ce que l'isthme du gosier en laisse passer une quantité trop considérable, et aussi de ce que la très petite partie qui franchit les narines n'y subit qu'une faible résonance; peut-être enfin, et dans quelques cas, particulièrement de ce que ces deux colonnes d'air, d'abord isolées, se heurtent ensuite et s'entre-choquent, comme cela doit être dans les perforations de la voûte palatine.

A cette altération étrange du timbre de la voix, se joint une difficulté plus ou moins grande dans la production de certaines consonances, et dès lors une grande imperfection dans l'exercice de la parole. Ce sont les consonances gutturales qui sont le plus mal articulées, à cause de l'inaction à laquelle est condamné le voile du palais, l'organe qui, dans l'état normal, concourt le plus à leur production par ses mouvements et par les configurations diverses qu'il peut prendre.

Cette imperfection si grande du langage par une division du voile du palais est déjà chose fâcheuse chez une jeune personne, chez une femme : chez celle-là même qui n'est pas dépourvue d'agréments physiques, l'éclat en est terni, le charme disparaît, et beaucoup de positions parmi celles qui sont accessibles aux femmes lui seront interdites si la difformité ne doit pas disparaître. Mais combien plus fâcheuse encore la destinée d'un homme dans la même circonstance! Que d'embarras, que de contrariétés l'attendent dans ses relations sociales! Que de carrières, parmi les plus nobles, les plus belles, les plus honorables, lui sont interdites! Heureux encore si dans sa jeunesse il a pu triompher de l'obstacle que la difficulté de parler et de se faire comprendre a pu faire naître à l'exercice de ses facultés, à la culture de son esprit! Assez généralement, les jeunes sujets qui parlent mal parce qu'ils ont le voile du palais divisé étudient mal, travaillent mal et se découragent facilement. Rarement parviennent-ils à compléter leur éducation. Chose notable, toutefois, avec quelques efforts d'intelligence et du bon vouloir quelques-uns arrivent cependant à corriger tant soit peu le vice de leur prononciation. J'ai même remarqué que généralement l'articulation des sons est moins défectueuse chez les sujets qui, malgré leur infirmité naturelle, ont pu jouir des bienfaits de l'éducation et recevoir une instruction plus ou moins complète, chez ceux qui ont dû aussi et voulu jouir des agréments de la société, que chez ceux qui n'ont eu ni un tel avantage, ni de tels désirs. On le conçoit, pour l'homme dont la destinée est d'être incessamment livré à des travaux matériels et d'avoir peu de communications intellectuelles avec ses semblables, un timbre de voix tel quel, une manière de parler si défectueuse qu'elle soit suffit rigoureusement à ses besoins : que lui servirait d'avoir un langage plus parfait? Aussi fait-il bien rarement de lui-même des efforts pour atténuer les résultats de sa difformité, et l'on a quelque peine à faire naître en lui le désir d'en être délivré. Aussi ne sont-ce pas des individus appartenant aux dernières classes de la société qui ont le plus profité des bienfaits de la staphyloraphie. Il faut dire aussi, pour excuser jusqu'à un certain point leur indifférence, qu'assez généralement les personnes qui ont le palais bifide, habituées qu'elles sont dès leur enfance à leur manière de parler, ne se la représentent pas ce qu'elle est réellement; la plupart, j'en suis à peu près certain, n'en ont qu'imparfaitement la conscience; elles savent que leur langage est défectueux et pénible à entendre autant au moins d'après ce qui leur en a été dit que d'après ce qu'elles sentent elles-mêmes. Il en est de ces personnes, et par rapport à ce qu'il y a chez elles d'insolite et de contre nature, comme de chaque individu bien conformé qui ne connaît parfaitement, je le crois du moins, ni le timbre, ni les intonations propres de sa voix, ni même telle ou telle autre défectuosité plus ou moins grande dans sa manière d'articuler les sons. Non, très certainement, notre voix, telle que chacun de nous l'entend, n'est pas exactement celle que nous faisons entendre aux autres.

Même avec des ressources dans l'esprit et bien qu'ils aient pu profiter d'une certaine éducation, quelques sujets jeunes encore, mais capables de réflexions, se laissent dominer par la pensée qu'un des beaux priviléges de l'homme leur manque en partie; affligés du timbre désagréable de leur voix et du vice de leur prononciation, ils deviennent réservés, timides d'abord, puis moroses, taciturnes et tombent dans une sorte de mélancolie. Entre plusieurs cas de ce genre que j'ai observés, le plus remarquable est celui d'un jeune homme de l'Auvergne qui a maintenant vingt-deux ou vingt-trois ans, et chez lequel, lorsqu'il n'en avait encore que sept ou huit, j'avais obtenu une restauration parfaite de la lèvre dans un cas de bec-de-lièvre double ou bilatérale. Il était né avec cette double division de la lèvre supérieure compliquée de bifidité complète de la voûte palatine et du voile du palais.

Plus tard, il avait alors seize ans, j'eus à lui pratiquer la staphyloraphie : il fut le sujet de ma 99e opération; et, bien qu'appliquée au cas toujours défavorable d'une bifidité du voile du palais avec déduction des deux moitiés de la voûte palatine (mais cette déduction n'existait plus que dans la moitié postérieure), cette nouvelle opération eut tout le succès désirable. Le même rapprochement des os qui s'était fait en avant après la reconstitution de la lèvre pouvait s'opérer en arrière sous l'influence de l'action incessante du voile du palais lui-même reconstitué. C'est à quoi il faut s'attendre, et ce qui arrive en effet, à tel degré ou à tel autre, après toute staphyloraphie pratiquée dans les cas du genre de celui dont il s'était agi, surtout quand les sujets sont jeunes encore et que les os conservent encore une certaine flexibilité. Malheureusement l'occlusion de l'ouverture à peu près ovalaire qui subsistait encore à la voûte palatine n'a pas été complète; cette ouverture s'est seulement resserrée d'une manière remarquable. Après un an, la nature a suspendu complétement le travail de réparation, qui s'était opéré rapidement dans le principe, et une petite fente, qui se trouve immédiatement en deçà de la base du voile du palais, fait encore communiquer la bouche avec les narines. C'est la seule chose qui reste de toute la difformité primitive. Mais elle suffit pour entretenir une profonde altération de la voix. Bien d'autres individus dans le même cas se seraient consolés sans doute en pensant que cette petite fente de la voûte palatine peut être hermétiquement fermée par un moyen artificiel et auraient déjà consenti à tenter l'usage d'un obturateur mécanique: bien d'autres aussi auraient accueilli avec empressement l'espérance que j'avais donnée d'obtenir cette occlusion d'une manière définitive par une dernière opération au moyen d'une palatoplastie: mais non; naturellement enclin peut-être à une certaine bizarrerie de caractère, le jeune homme dont je parle s'est refusé obstinément à l'une comme à l'autre de ces deux choses. Il est tombé dans une tristesse profonde dès que la nature a eu cessé son travail réparateur, et l'on aurait peine à deviner quelle étrange volonté a fait naître en lui le chagrin qu'il éprouve de ne pouvoir faire entendre qu'une voix nasonnée et de ne pas jouir de toute la liberté du langage. Depuis six ans, il s'est condamné au silence le plus absolu : il y a six ans qu'il n'a eu de communication par la parole non-seulement avec des étrangers, mais encore avec ses plus proches parents. Ce jeune homme n'est dépourvu ni d'intelligence, ni d'agréments physiques : il tiendrait convenablement sa place dans la société s'il le voulait; il travaille continuellement et s'efforce de réparer par lui-même ce que son éducation peut avoir eu d'imparfait; mais ses sensations, ses besoins, ses désirs, il les exprime par des gestes : il s'est constitué muet; et, dans une dernière visite qu'il m'a faite il y a deux ans environ, c'est en vain que je l'ai prié de me donner verbalement quelques renseignements que je désirais avoir sur sa position présente. Tout récemment, j'ai vu un autre sujet, un jeune homme de dix-sept à dix-huit ans, auquel je dois pratiquer bientôt la staphyloraphie, après l'avoir opéré dans son enfance pour un bec-de-lièvre double, chez lequel une timidité extraordinaire et une taciturnité habituelle ont jusqu'à présent résisté à toutes les espérances qu'on a pu lui faire concevoir et à tous les témoignages d'affection qu'on lui prodigue.

Encore quelques remarques sur les effets de toute solution de continuité du voile du palais ou de la voûte palatine. Jamais encore ces effets n'ont été convenablement étudiés ni décrits, ni suffisamment analysés. Leur étude fait mieux ressortir cependant toute l'importance et l'utilité de la staphyloraphie et de quelques autres opérations qui en dérivent. Toujours chez un jeune sujet ou chez un individu adulte, d'autres incommodités se joignent à l'altération du timbre de la voix et à la difficulté de la prononciation. Quelques-unes, quoique réelles, n'ont pas de gravité; à peine devrait-on en faire mention si elles étaient les seules dont pût se plaindre l'individu chez lequel existe le vice de conformation qui les produit. Qu'importe, en effet, qu'ayant une fois franchi la première période de la vie, cet individu ne puisse humer l'eau au bord d'une fontaine; que la succion, comme mode de préhension des liquides lui soit interdite; qu'il siffle mal, ou ne puisse pas siffler du tout; que s'il vomit, une partie des matières chassées par l'estomac et l'œsophage s'échappe par les narines; qu'il soit plus que d'autres personnes disposé à une déviation analogue des liquides ou des aliments dans l'acte de la déglutition; qu'il n'ait jamais pu, je ne dis pas qu'il ne puisse plus emboucher un bautbois, une trompette ou tout autre instrument à vent, et que ces instruments soient en quelque sorte muets pour lui! Ce sont-là de bien faibles inconvénients pour la vie ordinaire. En effet, ces incommodités ou ces inconvénients sont d'ailleurs occultes, comme l'est la difformité qui les produit; ils n'ont de réalité que pour l'individu même qui les éprouve; surtout ils n'ont et ne peuvent avoir aucune influence sur sa destinée, si, comme je le suppose, ils datent de son enfance. Mais une conséquence plus fâcheuse de toute division du voile du palais ou même d'une simple perforation de cette partie de la voûte palatine, c'est l'altération plus ou moins grande des modulations de la voix qui constituent le chant; c'est l'impossibilité du chant lui-même, d'un chant régulier au moins. Et toutefois le dommage n'est grand que pour l'individu qui avait connu cette faculté, qui l'avait cultivée, qui l'avait exercée, et qui vient à la perdre après en avoir joui. Celui à qui elle est refusée à cause d'une mauvaise conformation primordiale du voile du palais dont il ne devrait jamais être délivré se fait à cette privation; il y conforme ses goûts, ses habitudes, ses

occupations. Je devrais plutôt dire : il les y conformait autrefois, il pourrait les y conformer encore si la staphylorapbie n'était pas née.

Ce qui est vrai pour les altérations du chant l'est pareillement pour les autres graves incommodités dont j'ai parlé, telles que le timbre désagréable de la voix, l'embarras de la prononciation, l'articulation défectueuse de certaines consonances, et aussi la difficulté qui va quelquefois jusqu'à l'impossibilité de tirer des sons d'un instrument à vent. L'influence qu'elles peuvent exercer sur la destinée de l'homme est bien différete selon qu'elles datent de l'enfance et que la cause en est originelle, ou bien qu'elles sont le résultat d'un désordre accidentel qui menace d'être permanent. Elles sont plus fâcheuses, je crois, quand elles ont ce dernier caractère, quand elles ont cette dernière origine. Voyez, jusqu'au moment où s'est établie accidentellement une division permanente du palais mou ou du palais solide, l'individu avail joui de toute la plénitude de ses facultés vocales; elles lui sont maintenant enlevées en totalité ou en parlie; leur exercice facile et régulier était pour lui hesoin, habitude, jouissancc, comme l'est l'accomplissement de tous les actes dont notre vie se compose. Maintenant ce besoin, cette habitude, il ne peut les satisfaire qu'à demi; cette jouissance, il ne l'éprouve plus qu'imparfaitement; de là aussi quelques embarras dans ses relations sociales, et de plus l'apprébension bien naturelle que l'altération de sa voix ne trabisse à la fois et la difformité dont il est atteint, et le genre de la maladie à laquelle celle difformité est due; car presque toutes les divisions ou perforations accidentelles de la voûte palatine et du voile du palais sont d'origine syphilitique.

Et ne sera-t-il pas plus malbeureux encore s'il appartient à cette classe d'bommes si nombreuse dans la société, dont l'état, la profession exige ou l'exercice fréquent de la parole, ou celui du chant, ou bien encore celui de quelque instrument; si, en possession d'un talent reconnu et d'une renommée légitime, il lui faut ou bien abandonner momentanément ou quitter pour toujours une carrière qui lui procurait aisance et bonheur? C'est la triste nécessité où se trouverait un artiste dramatique, acteur seulement ou cbanteur, un joueur habile de cor, de hautbois, de flûte, de clarinette. Ce serait le sort aussi d'un homme que sa posilion sociale destinait à parler en public, un homme livré à la carrière de l'enseignement, du barreau, etc. Je ne crois point exagérer, si les divisions accidentelles et permanentes du palais solide et du palais mobile étaient aussi fréquentes que le sont les divisions congéniales de ce dernier, si, parmi les individus sur lesquels on peut avoir à les observer il s'en trouvait beaucoup à l'existence desquels elles fissent un grand tort, on pourrait dire que les opérations de la stapbyloraphie proprement dite, et par lesquelles on peut faire disparaître les mutilations accidentelles du voile du palais ou de la voûte palatine, sont d'une utilité plus grande que la slapbyloraphie telle qu'elle a été instiluée pour la bifidité congéniale du voile du palais. Il est bien vrai que par celle-ci, quand elle réussit, l'bomme acquierl, pour certaines fonctions, pour certains actes, une aptitude dont il n'avait pas joui, une perfeclion qu'il ne connaissait pas. Mais par la même opération ou par quelqu'une de celles qui en dérivent, appliquée à des désordres accidentels, l'homme recouvre des facultés dont il était habitué à faire usage. C'est comme un bien perdu dont la jouissance lui est rendue.

Je laisse à déduire des considérations que je viens de présenter le genre, le degré d'importance dcs services que peut rendre la staphylorapbie et le rang qu'elle doit occuper parmi les opérations vraiment utiles de la chirurgie, après celles qui ont pour but la conservation de la vie.

Sans perdre de vue un moment le but que je me suis proposé, j'ai donné, malgré moi, à ces considérations, un peu plus d'étendue que je ne l'avais d'abord projeté. Cela m'oblige à m'arrêler ici aujourd'bui, et je demande à l'Académie la permission de réserver la suite et la fin de mon travail pour une autre séance. Ce sera la parlie essentiellement pratique.

OBSERVATION

d'un cas de prolapsus du col pendant l'accouchement;

Par M. SÉGUIN.

Les cas de prolapsus de l'utérus, avec sortie au dehors de la vulve de tout le col pendant l'accouchement, sont assez rares pour que je me décide à rapporter l'observation suivante, qui ne sera pas sans intérêt pour les accoucbeurs.

Mme M..., âgée de vingt-sept ans, eut une première grossesse à vingt-trois ans, pendant les premiers mois de laquelle le col se présenta à la vulve, disparut dans les mois suivants, et ne gêna nullement l'accouchement, qui eut lieu à terme. Deux ans après elle redevint enceinte; la sortie du col se fit de nouveau, causa de la gêne, et une sage-femme, après avoir fait rentrer le col dans le vagin, plaça pour l'y maintenir un pessaire qui ne fut supporté que deux jours, et fut suivi d'avorlement à trois mois et demi, huit jours après son application. Elle resta sujette à des cbutes de matrice qui la fatiguaient beaucoup lorsqu'elle faisait une course un peu longue; enfin elle contracta une troisième grossesse, pendant laquelle le col se présenta d'abord à la vulve jusqu'au quatrième mois, puis sortit peu à peu jusqu'à sept mois et demi. Jusqu'alors le prolapsus du col avait eu lieu pendant la station debout, et avait disparu par le repos horizonlal; mais à partir de la dernière quinzaine du huitième mois il cessa de rentrer, et il offrait les particularités suivantes, le 20 octobre 1849, époque à laquelle elle fut admise à la Clinique d'accouchements, à huit mois et demi de son terme.

Une tumeur cylindrique longue de $0^m,05$ et de $0^m,13$ de circonférence apparaît hors de la vulve. Sa surface externe est formée dans ses deux tiers supérieurs par la muqueuse unie et rosée du vagin, renversée de baut en bas, et dans son tiers inférieur par la surface interne du col utérin, renversé de bas en haut, dont l'étendue est de $0^m,015$. Cette dernière partie est d'un rouge plus foncé, et présente des rides ou plis dirigés de haut en bas et de dedans en debors, et séparés sur la parlie médiane par des fibres d'apparence longitudinale; on reconnait l'arbre de vie qui a suivie le renversement du col. L'extrémité inférieure est percée d'une ouverture froncée, par laquelle le doigt pénètre à travers un canal long de $0^m,07$ sur les membranes et sur la tête du fœtus, qui se prolonge dans l'excavation pelvienne et qui ne semble retenue que par l'arcade du pubis. L'orifice interne est dilaté comme une pièce de 1 franc. En contournant l'extrémité supérieure pour pénétrer dans le vagin, on est bientôt arrêlé par un cul-de-sac de $0^m,07$ à $0^m,08$ de profondeur, lequel est formé par le vagin renversé. On peut sentir que la tête du fœtus appuie sur le plancber du bassin et contre l'urètre; constipation et difficulté d'uriner.

Ainsi on voit donc que ce cas présente :

1° Une descente de matrice;

2° Un prolapsus du col hors de la vulve et un renversement de sa face interne, qui devient surface externe.

M. Cazeaux, qui était chargé du service, pensa que l'accouchemcnt ne devait souffrir aucune difficullé, et jugea à propos de ne faire aucune tcntative de réduclion. Le col s'allongea et se tuméfia un peu par le fait de l'œdème des parties prolabées.

Le 3 novembre, les eaux se sont écoulées sans douleurs pendant les efforts pour aller à la selle; de midi, beure à laquelle les membranes se sont rompues, jusqu'à dix heures du soir, les douleurs ont été pour ainsi dire nulles. Ce n'est qu'à parlir de dix beures, lorsqu'il n'y avait encore rien de changé dans la longueur ni dans la dilatation du col, que les douleurs ont à proprement parler commencé, et sont devenues francbes et énergiques. Au commencemcnt de l'accoucbcment, le col resta au dehors absolument comme il se trouvait avant le travail, et, quand vint l'expulsion de la tête, il se dilata à la vue et fut le dernier obslacle que cette partie eut à vaincre. Aucune résistance ne fut apportée à la vulve, qui fut dépassée avant l'orifice externe du col utérin. Le fœtus, né vivant, pesail 2,290 grammes; l'accoucbement fut terminé le 4 novembre à trois heures du matin et à terme.

Le lendemain, le col était resté au dehors de la vulve et était plus mou, l'engorgement œdémateux s'étant dissipé en partie. On le fit rentrer dans le vagin; la malade garda le repos horizontal, et un mois après elle sortit sans que le col se fût présenté à l'orifice vulvaire. Il fallait pour l'atleindre dans le vagin introduire au moins les deux premières phalanges de l'indicateur.

Je crois que cette observation offre assez d'intérêl sans qu'il soit besoin de commentaires. Aussi je ne rappellerai que les trois particularités suivantes, qui méritent toute l'atlention de l'accoucheur en pareil cas :

1° Les tentatives de réduclion du col et l'application d'un pessaire ont élé suivies d'avortement dans une grossesse antécédente;

2° Dans cette dernière grossesse, l'accouchement n'a présenté aucune difficulté, quoique le col n'eût point été réduit; il n'a duré que cinq heures et n'a pour ainsi dire délerminé aucune douleur;

3° Le repos horizontal prolongé, après le temps des couches, a été assez efficace pour guérir la malade, au moins momentanément, de sa cbute de matrice.

(*Thèses* de Paris, 1850, n° 16.)

NOUVELLES.

Concours pour une place de chirurgien du Bureau central des hôpitaux de Paris. — Le jury du concours pour une place de chirurgien du Bureau central est ainsi composé :

Juges : MM. P. Duhois, Després, Velpeau, Malgaigne, Laugier, Vidal (de Cassis), Cazenave, Pelletan de Kinkelin;

Suppléants : MM. Delarroque et Voillemier.

Cette liste peut encore être modifiée par le refus de quelque juge, mais cela nous paraît peu probable.

Les candidats au nombre de 15, qui devront être réduits à 5 par les épreuves éliminatoires, ce sont :

MM. Blot, Boinet, L. Boyer, Broca, Demarquay, Depaul, Dequevauviller, Deville, Follin, Guérin, Houël, Jamain, Laborie, Richard, Sappey.

— Par arrêté en date du 30 mai, un prix de 10,000 fr. est fondé en faveur de l'auteur de la découverte d'un procédé reconnu comme efficace pour combattre l'affection dite *péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes*.

En conséquence, une commission composée de MM. Magendie, membre de l'Institut, *président*; Loyset, Cesbron-Lavau et Rodat, représentants du peuple; Rayer, membre de l'Institut; Yvart, inspecteur général des Ecoles vétérinaires et des hergeries nationales; Renault, directeur de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort; Delafond et Lassaigne, professeurs à la même Ecole; Baudement et Doyère, professeurs à l'Institut national agronomique de Versailles; de Kergorlay, propriétaire, et Bernard, docteur médecin, est instituée près le ministère de l'agriculture et du commerce.

Elle est chargée de recueillir, de centraliser et d'examiner tous les documents qui ont été ou qui seront transmis à l'administration sur cette affection; enfin elle étudiera et indiquera les meilleures mesures à prendre pour arrêter les ravages de cette maladie.

— Le 24 mai, le président du conseil de santé a remis, au nom du conseil municipal de Douarnenez, à M. Pommier (Charles-Laurent-François), chirurgien de troisième classe de la marine, une trousse de chirurgie comme souvenir de son dévouement pendant l'épidémie cholérique de cette ville. Sur le portefeuille sont gravés ces mots : Choléra. — 1849. — Zèle et dévouement. — La ville de Douarnenez à M. Pommier, chirurgien de la marine. Les deux populations maritimes de Douarnenez et de l'Ile-de-Sein avaient déjà délivré récemment une épée d'honneur à cet honorable confrère.

— Depuis quelque temps on s'adresse fréquemment au ministre du commerce pour réclamer les médailles décernées à l'occasion du choléra.

Ces médailles ont été envoyées aux préfets des départements, à qui revient le soin de les distribuer aux personnes à qui elles sont destinées.

L'administration, mettant à profit un procédé ingénieux et nouveau, a fait graver en relief, sur chaque médaille, une inscription indiquant le nom de la personne à laquelle elle est décernée. Ce travail considérable, qui exigeait un coin spécial pour chaque inscription, a retardé nécessairement l'exécution des médailles, mais il en a certainement augmenté l'intérêt et le prix. (*Moniteur.*)

Électricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace, pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés: mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses handages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 4 JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 66.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 3 JUIN 1850.

Des résultats obtenus DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

par la nouvelle formule des saignées coup sur coup.

Nous avons pris l'engagement envers nos lecteurs et envers M. Bouillaud de nous livrer à l'analyse impartiale des observations de rhumatisme articulaire traité par ce savant professeur suivant la nouvelle méthode des saignées coup sur coup; nous tenons aujourd'hui cet engagement. Mais avant d'entrer en matière, nous devons adresser une prière à nos lecteurs; c'est de nous accorder un peu de patience et d'indulgence. Notre critique a été beaucoup plus étendue que nous ne l'aurions désiré; mais la question était assez importante pour être complétement élucidée, et on ne pouvait la rendre claire qu'à la condition de ne laisser dans l'ombre aucune particularité importante; nous étions extrêmement désireux d'ailleurs de ne point paraître nous prononcer légèrement dans une question aussi grave, et, pour cela, nous avons dû citer des faits autant qu'il nous a été possible.

Nous avons aussi une faveur à réclamer de M. Bouillaud : nous le prions instamment de ne chercher à notre critique aucun autre mobile que le pur amour de la science. Grâce à Dieu, nous n'avons de parti pris contre rien ni contre personne; nous ne combattons que pour ce qui nous paraît être la vérité et contre ce qui nous semble être l'erreur. De notre côté, nous sommes convaincu que M. Bouillaud obéit à une conviction profonde en soutenant avec tant de force et de persévérance son opinion; nous sommes convaincu que, s'il cherche à faire triompher sa doctrine, c'est uniquement dans le désir ardent d'être utile à ses semblables, qu'il agit par une sorte de passion du bien; nous ne combattons pas l'objet de cette passion, mais ses illusions.

Cela posé, nous commençons.

Depuis la publication (1835) de ses *Nouvelles recherches*, M. Bouillaud a donné, dans le tome II de sa *Clinique médicale*, l'analyse de 12 observations nouvelles; dans son *Traité clinique du rhumatisme articulaire* (1840), il a publié 44 cas de rhumatisme articulaire aigu divisés ainsi qu'il suit :

39 cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, dont :

- 6 graves,
- 22 moyens,
- 11 légers.

Depuis la publication de ces faits, comme auparavant, M. Bouillaud professe qu'à l'aide de sa formule on arrête toujours le rhumatisme articulaire aigu dans l'espace de 5 à 6 jours (*Traité clinique du rhum. art.*, p. 372); il a même dit à l'Académie dans l'espace de 4 jours. Avant de présenter nos réflexions sur les faits de M. Bouillaud, voyons d'abord ces faits eux-mêmes. Voici ceux qui se trouvent dans le tome II de la *Clinique médicale*, que nous rapportons textuellement vu leur brièveté, et en suppliant nos lecteurs de vouloir bien les lire d'un bout à l'autre.

PREMIER CAS. — *Homme de 19 ans, d'une forte constitution. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé (un peu d'endocardite) datant de 10 jours au moment de l'entrée.*

1er jour. — Saign. 3 pal.
2e jour. — Saign. 4 pal. matin et soir; vent. scar. aux poignets, 4 pal.
3e jour. — Saign 3 pal. matin et soir.
4e jour. — Saign. 3 pal.; vent. scar. région précord. 3 pal.
5e jour. — Convalescence commençante.

Durée à dater du début jusqu'à la convalescence commençante, 15 jours.

Total du nombre et de la dose des saignées générales et locales, 8 saign. 27 pal. = 6 livr. 12 onces.

DEUXIÈME CAS. — *Homme de 21 ans, d'une assez forte constitution. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec coïncidence d'endocardite, datant de 8 jours à l'entrée.*

1er jour. — Saign. 3 pal. (la veille de l'entrée, une saignée avait été déjà pratiquée).
2e jour. — Saign. 3 pal. 1/2 matin et soir; vent. scar. rég. précord. 3 pal.
3e jour. — Saign. 3 pal. matin et soir.
4e jour. — Saign. 3 pal.
6e jour. — Membres complétement dégagés, mais persistance d'un bruit de soufflet dans la région du cœur, sans souffle dans les carotides.
9e jour. — Rechute. — Saign. 3 pal.
11e jour. — Nouvelle convalescence.

A la sortie, il existe encore un bruit de souffle du cœur.

Durée à dater du début jusqu'à la première conval. com. 14 jours.

Total des saignées générales et locales, 8 saignées (1), 25 palettes = 6 livres 4 onces.

TROISIÈME CAS. — *Homme de 26 ans, d'une bonne constitution. — Rhumatisme aigu des deux genoux et du pied gauche avec coïncidence d'endopéricardite et de légère pleurésie, datant de deux jours à l'entrée.*

1er jour. — Saign. 3 pal.; vent. scarif. 4 pal. rég. précord. et genou gauche.
2e jour. — Saign. 3 pal.; vent. scarif. rég. précord. 3 pal.
3e jour. — Saign. 3 pal.
4e jour. — Saign. 2 pal.
6e jour. — Convalescence commençante.

Légère rechute qui n'a pas réclamé de nouvelles saignées.

Durée depuis le début jusqu'à la conval. commençante, 8 jours.

Total des saign. génér. et loc., 6 saign. 18 pal. = 4 liv. 8 onc.

QUATRIÈME CAS. — *Homme de 33 ans, d'une constitution assez forte, mais peu sanguine. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec coïncidence d'une légère endocardite, datant de 8 jours à l'entrée.*

1er jour. — 20 sangs. sur chaque genou.
2e jour. — Saign. 3 pal.; vent. scarif. 3 pal.
3e jour. — Saign. 3 pal.; vent. scarif. 3 pal.
4e jour. — Saign. 2 pal.; vent. scarif. 2 pal.
6e jour. — Convalescence commençante.

Légère rechute qui n'a pas nécessité de nouvelles émissions sanguines.

Durée depuis le début jusqu'à la convales. commenç., 14 jours.

Total des saign. génér. et loc., 7 saign. 20 pal. = 5 livr.

(1) Plus, une saignée faite la veille de l'entrée.

CINQUIÈME CAS. — *Femme de 25 ans, d'une constitution plutôt faible que forte. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite très légère, datant de 15 jours à l'entrée.*

Avant l'entrée, 1 saignée et 10 sangsues n'avaient procuré aucun soulagement notable.

1er jour du traitement (le lendemain matin). — Saign. 2 pal.; vent. scarif. rég. précord. 2 pal.
2e jour. — Saign. 3 pal.; 20 sangs. rég. précord.
4e jour. — Convalescence commençante.

Quelques jours après la main gauche se prend de nouveau, et 15 sangsues dissipent cette recrudescence.

Durée depuis le début jusqu'à la convalesc. commenç., 19 jours.

Total des saign. génér. et loc. (non compris celles avant l'entrée), 5 saign. 10 pal. 1/2 = 2 livr. 10 onces.

SIXIÈME CAS. — *Femme de 37 ans, d'une assez bonne constitution. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite légère, datant de 21 jours à l'entrée.*

1er jour de traitement (le lendemain de l'entrée). — Saign. 3 pal. matin et soir, vent. scarif. 2 pal. rég. préc.
2e jour. — Saign. 3 pal. matin et soir.
3e jour. — Saign. 3 pal.
6e jour. — Convalescence commencante.

Durée depuis le début jusqu'à la convalesc. comm., 27 jours.

Total des saign. génér. et locales (non compris celles avant l'entrée), 6 saign. 17 pal. = 4 liv. 4 onc.

SEPTIÈME CAS. — *Homme de 42 ans, d'une forte constitution. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec très légère endocardite, datant de 8 jours.*

1er jour. — Saign. 3 pal.; 30 sangs. aux genoux.
2e jour. — Saign. matin et soir (7 pal.); vent. scarif. aux genoux et aux pieds, 4 pal.
3e jour. — Saign. 4 pal.; vent. scarif. genou et pied, 3 pal.
6e jour. — Convalescence commençante.

Durée depuis le début jusqu'à la convalesc. commenç., 14 jours.

Total des saign. génér. et loc., 7 saign. 24 pal. = 6 livres.

HUITIÈME CAS. — *Homme de 24 ans, d'une assez forte constitution. Rhumatisme articulaire aigu, avec légère endocardite, datant de 6 jours à l'entrée. — Eruption morbilloso-scarlatineuse 15 jours après l'entrée.*

1er jour. — 40 sangsues autour des malléoles.
2e jour. — Saign. 3 pal.; 40 sangsues aux malléoles.
3e jour. — Saign. 3 pal.; 24 sangsues aux pieds.
4e jour. — On ne prescrit pas de nouvelles émissions sanguines; mais on annonce qu'une recrudescence est probable.
5e jour. — Saign. 3 pal.; 20 sangsues au poignet.
6e jour. — Saign. 3 pal.
19e jour. — Convalescence commençante.

Durée depuis le début jusqu'à la convalescence commençante, 25 jours (1).

Total des saignées générales et locales, 8 saign. 22 pal. = 5 livres 8 onces.

NEUVIÈME CAS. — *Homme de 39 ans, d'une constitution assez délicate. — Rhumatisme articulaire subaigu généralisé, avec une légère endocardite, datant de 10 jours à l'entrée.*

Avant l'entrée, une saignée, application de 39 sangsues en deux fois, sans amélioration bien notable.

1er jour. — Saign. 3 pal.
2e jour. — Saign. 3 pal.
3e jour. — Saign. 3 pal.
5e jour. — Saign. 3 pal. 1/2.
15e jour. — Convalescence commençante.

(1) La formule n'a pas été appliquée aussi exactement qu'elle aurait dû l'être, et la convalescence s'est fait plus lontemps attendre.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Bonheur des bêtes à cornes. — Susceptibilité d'un pharmacien. — La patente et l'ancienne Faculté de Paris. — Guillotin.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Heureux vétérinaires! heureuses bêtes à cornes! Ce n'est pas pour guérir le choléra, la fièvre jaune ou la méningite cérébro-spinale qu'il viendrait à la tête d'un ministre d'instituer un prix de 10,000 francs! Le croup, grand tueur de petits garçons, a pu seul faire naître un pareil mouvement de générosité ou peut-être de vengeance dans la tête d'un tueur d'hommes illustres. Il y avait entre ces deux êtres jalousie de métier. Le prix sur le croup fut un météore brillant pour la médecine, dont celui d'Argenteuil n'a été qu'un pâle reflet. Aujourd'hui, lorsqu'un médecin peut orner une couronne académique de 300, 600 ou 1,200 fr., c'est beaucoup; combien de fois n'est-il pas obligé de se contenter d'une couronne gratis! Ce n'est pas cependant que je sois jaloux des vétérinaires et de la *pneumonie contagieuse* des bêtes à cornes! Loin de là, mon cher confrère; je trouve, au contraire, que le ministre de l'agriculture a été heureusement inspiré en fondant un prix de 10,000 fr. en faveur des bêtes à cornes; mais je me demande si son collègue de l'instruction publique ne serait pas tout aussi bien inspiré en fondant un même prix pour la médecine humaine, où certes les sujets dignes de quelque intérêt et favorables à l'étude ne font pas défaut. Le crétinisme, la pellagre, l'antagonisme de la phthisie et des affections marécageuses, etc., voilà certes des sujets qui peuvent bien le disputer à la pneumonie contagieuse des bêtes à cornes, soit par l'importance, soit par les chances qu'ils auraient d'être éclairés par une étude sérieuse. Que M. le ministre de l'instruction publique y réfléchisse, il sera, nous n'en doutons point, de notre avis, et il s'arrangera pour que le médecin n'ait rien à envier au vétérinaire, ni l'homme aux bêtes à cornes.

— Il faut que nous vivions dans un temps bien bizarre, et vraiment si l'on m'apprenait aujourd'hui qu'un loup est venu se plaindre d'avoir été poursuivi par un mouton, je n'en serais que médiocrement étonné : voici un fait qui m'y aurait suffisamment préparé. M. B..., pharmacien, écrit à un journal de pharmacie :

« Vous n'avez pas d'idée de la manière dont se fait la médecine dans le ..... Les médecins en sont arrivés, par rivalité, à ne plus exiger le prix de leurs visites, mais à rançonner le client sur les médicaments.

» Dans ma localité, chaque médecin a une pharmacie; mais les médicaments sont singulièrement confectionnés. Voici un exemple dans la préparation qui a été vendue comme sirop de groseilles : on avait délayé de la gelée de groseilles dans un litre d'eau, on avait agité, et l'on avait livré ce magma au client, au prix de six francs le litre. »

Nous ne voulons certes pas justifier les confrères dont se plaint M. B... si ses plaintes sont fondées; mais qu'il me soit permis de rappeler à M. B... que la contravention contre laquelle il récrimine à bon droit est une rare exception chez les médecins, tandis que la contravention contraire est presque une habitude chez beaucoup de pharmaciens. Il serait donc bien à désirer que ces messieurs, ainsi que nos confrères, se conformassent aux règles fort sages tracées dans les lignes suivantes par le rédacteur en chef du journal auquel s'est adressé M. B... :

« Il est fâcheux de voir la médecine exercée comme nous l'indique notre collègue et de voir la concurrence faire d'un état libéral un état mercantile. Nous voudrions qu'une loi organique vînt enfin créer des conseils de discipline, et qu'on en arrivât à ce que le médecin fit de la médecine et le pharmacien de la pharmacie. Dans l'état actuel, dans beaucoup de localités, on voit des médecins exercer la pharmacie et des pharmaciens faire tout à la fois la pharmacie et la médecine. Tous trouvent une excuse et se rejettent sur la nécessité. Nous le répétons, le pharmacien doit exercer sa profession; il doit demander que lui seul soit appelé à l'exercer; mais il doit aussi ne jamais se livrer à l'exercice de l'art médical : la nature de ses études lui a indiqué l'art de préparer un médicament, mais il n'a pas les connaissances nécessaires pour savoir quand et comment ce médicament doit être appliqué; le saurait-il, qu'il n'a pas le droit de le faire. »

— Vous m'avez envoyé une lettre intéressante d'un de nos distingués confrères de Paris. Je n'ai rien à ajouter aux curieux détails qu'elle renferme, et, ce que je puis faire de mieux, c'est de lui céder la place.

Monsieur le Rédacteur,

Aujourd'hui que la question de la patente des médecins acquiert un triste à propos, permettez que j'en entretienne un instant vos lecteurs.

L'Union Médicale a donné dans une série de feuilletons un mé-

Depuis le début jusqu'à la convalescence commençante (1), 25 jours.

Total des saignées (non compris celles avant l'entrée), 4 saign. 12 pal. 1/2. = 3 livres 2 onces.

DIXIÈME CAS. — *Homme de 27 ans, pâle, anémique, offrant le bruit de diable dans la carotide gauche, et du souffle au premier bruit du cœur. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, datant de 5 jours à l'entrée.*

1er, 2e et 3e jours. — On ne pratique aucune saignée, l'iudividu étant anémique et le rbumatisme étant asscz léger. Cependant celui-ci s'exaspére, et nous nous décidons à pratiquer des saignées formulées comme il suit :

- 1er jour. — 1 saign., 3 pal.
- 2e jour. — Saign. 2 pal.
- 3e jour. — Saign. 2 pal.
- 4e jour. — Saign. 2 pal.
- 7e jour. — Convalescence décidée.

Durée depuis le début jusqu'à la convalescence, 15 jours.

Total des saignées du bras, 4 saignées, 9 pal. = 2 livres 4 onces.

ONZIÈME CAS. — *Homme de 42 ans, d'une assez forte constitution. Rhumatisme articulaire très aigu généralisé avec très belle endocardite, datant de 8 jours à l'entrée.*

Avant l'entrée, uoe saignée avait été pratiquée sans succès.

Jour de l'entrée, point de saignée.

- 1er jour. — Saign. 3 pal.; vent. scarif. aux genoux, 3 pal.
- 2e jour. — Pas de saign.; vésic. région précord.
- 3e jour. — Saign. 3 pal.; 44 sangs. sur les articulations.
- 4e jour. — Pas de saignée.
- 5e jour. — 1 saign. 3 pal. matin et soir (2).
- 6e jonr. — Saigo. 2 pal.
- 7e et 8e jours. — Commencement d'une convalescence imparfaite.

Durée depuis le début jusqu'à la convalescence commençante, 17 jours (3).

Total des émissions sanguines (non compris celle avant l'entrée), 7 saign. 21 pal. = 5 livres 4 onces.

DOUZIÈME CAS. — *Femme de 50 ans, d'une constitution forte et pléthorique. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, sans coïncidence de péricardite ou d'endocardite, datant de 4 jours à l'entrée.*

- 1er jour. — Saign. 4 pal.; 18 sangs. au genou droit.
- 2e jour. — Saign. 3 à 4 pal. matin et soir; vent. scarif. genou droit.
- 3e jour. — Saign. 3 pal. matin et soir.
- 4e jour. — Pas de saigoée.
- 5e jour. — 15 sangs. (5 senlement ont pris).
- 6e jour. — Vent. scarif., 2 pal.
- 9e jour. — Convalescence commençante.

Durée depuis le début jusqu'à la convalescence commençante, 13 jours (4).

Total des saignées générales et locales, 6 saign. 24 pal. = 6 livres.

De ces 12 faits, M. Bouillaud conclut que la durée de la maladie a été de 8 jours (et non de 4) à partir du 1er jour du traitement jusqu'au commencement de la convalescence, et de 17 jours et demi à partir du 1er jour de la maladie elle-même. Dans cette appréciation numérique, il y a un terme très fixe et très facile à déterminer, c'est le 1er jour du traitement; il y a au contraire deux termes moins nettement dessinés et qui demandent quelques explications, c'est le *début de la maladie* et le *commencement* de la convalescence. Quant au début de la maladie, M. Bouillaud ne dit rien sur la manière dont il l'a fixé, et nous verrons en parlant des observations détaillées qu'il ne paraît pas l'avoir recherché avec beaucoup d'exactitude et qu'il a laissé ce soin important à des observateurs subalternes, auxquels il a confié aussi la rédaction de quelques-unes au moins de ses observations dont la négligence de style et le vague des expressions trahissent évidemment une autre plume que la plume élégante et à la fois exacte de M. Bouillaud. Nous accepterons néanmoins comme exacte la fixation du début de la maladie telle que l'a faite M. Bouillaud.

Quant à la fixation de la convalescence, un grave dissentiment existe entre nous et M. Bouillaud. Voici comment ce savant professeur la définit :

« La convalescence commence pour nous à l'époque où les *articulations et le cœur sont dégagés de tout état inflammatoire, la réaction fébrile tombée.* »

Nous acceptons cette proposition à la condition qu'on y ajoutera ces mots : D'UNE MANIÈRE PERMANENTE. On conçoit en effet, et nous avons déjà appelé l'attention sur cette *grave* cause d'erreur dans un de nos derniers articles, que si l'on appelle convalescence une rémission de 24 ou 48 heures ou même plus, comme il n'est pas rare d'en observer dans le rhumatisme abandonné à lui-même, on pourra guérir cinq ou six fois en 4 ou 5 jours un rhumatisme qui en définitive aura duré 30 ou 40 jours.

Or, non-seulement M. Bouillaud n'a pas évité cette cause grave d'erreur, mais il n'a pas toujours, ainsi que nous le montrerons plus loin, respecté la règle qu'il s'est imposée lui-même, et il a *souvent* fixé la convalescence à une époque où la fièvre n'était pas encore tombée, où il y avait encore des phénomènes morbides au cœur; où, enfin, il y avait un reste de douleur dans les articulations.

Si nous apprécions d'après nos principes, et nous soutenons qu'on ne peut s'en écarter sans sortir de la bonne voie, si nous apprécions la durée du rhumatisme dans les 12 cas dont on vient de lire l'analyse faite par M. Bouillaud lui-même, voici ce que nous trouvons :

1er fait.	Depuis le début jusqu'an *commencement* de la *première* convalescence,			15 jours.
2e fait.	—	*seconde*	—	25 jours (au lieu de 14).
3e fait.	—	*seconde*	—	inconnue.
4e fait.	—	*seconde*	—	inconnue.
5e fait.	—	*seconde*	—	inconnue.
6e fait.	—	1re	—	26 jours (chiffre de M. Bouillaud).
7e fait.	—	1re	—	14 jours (*id.*).
8e fait.	—	1re	—	25 jours (*id.*).
9e fait.	—	1re	—	25 jours (*id.*).
10e fait.	—	1re	—	15 jours (*id.*).
11e fait.	—	1re	conv. imparfaite (1).	17 jours.
12e fait.	—	2e	—	inconnue.

En résumé, sur ces 12 cas il y en a 4 qui ont eu des récidives qui ne sont autre chose que la continuation de la maladie, et dans lesquels la durée de celle-ci est inconnue; on peut seulement présumer qu'elle a été fort longue, car c'est surtout lorsque ces récidives se déclarent que le rhumatisme se prolonge.

Quant aux 8 autres cas dans lesquels il est possible, *approximativement*, d'apprécier la durée de la maladie jusqu'à la *convalescence vraie* et non jusqu'à la première convalescence qui n'est qu'une véritable rémission, nous trouvons que cette durée a été pour les 8 cas de 163 jours, ou en moyenne de 20 jours et un tiers.

Maintenant, ce résultat peut-il être considéré comme l'expression de la vérité? La lecture seule des observations *détaillées* pourrait nous l'apprendre; malheureusement M. Bouillaud ne nous en a donné que les analyses. Nous ne pourrions donc juger cette question que par analogie; or, nous sommes forcé de le reconnaître, l'analogie n'est pas en faveur de l'affirmative.

Dans le *Traité du rhumatisme articulaire* où M. Bouillaud nous a donné des observations détaillées, les résultats *réels* s'éloignent bien plus de ceux qu'il annonce que dans le tome II de la *Clinique*. Voyons, en effet, ces résultats.

Ainsi que nous l'avons dit, M. Bouillaud a divisé les cas en graves, moyens et légers. Bornons-nous d'abord à ceux de la première catégorie, qui d'ailleurs ne sont pas aussi graves qu'on pourrait le supposer au premier abord, qui le sont même beaucoup moins que quelques-uns de la deuxième catégorie.

Pour durée moyenne des cas graves, M. Bouillaud admet, règle générale, *six* jours, à partir du traitement. Citons textuellement, comme exemple, une observation de M. Bouillaud; c'est la seconde de la catégorie que nous examinons.

OBSERVATION LXXVI. — *Rhumatisme articulaire généralisé avec endocardite bien caractérisée. — Cas grave. — Deux récidives par refroidissement. — En quatre jours 7 saignées générales et locales, qui ont fourni 25 palettes et demie ou 6 livres 6 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après l'entrée. — Une nouvelle saignée générale à la première récidive, ce qui porte à 7 livres 2 onces la dose totale du sang retiré. — Une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire, traitée à l'hôpital Saint-Louis par les bains de vapeur, a laissé à sa suite une légère affection organique du cœur.*

Salle des bommes, n° 22. — Lablougisse, âgé de trente-cinq ans, cocher de fiacre, fanbourg Saint-Denis, n° 49, malade depuis cinq à six jours, entré le 12 août 1835, sorti le 1er octobre suivant.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament sanguin; les cheveux châtains, la peau assez fine; habituellement très bien portant.

Cinq à six jours avant son entrée, après s'être levé la nuit et s'être mis à la fenêtre ayant chaud, il fut pris presque immédiatement de frissons, de fièvre, et puis de douleurs occupant principalement les articulations des pieds, des genoux et des poignets.

Il fit appeler le second jour un médecin, qui prescrivit six sangsues sur le poignet droit. Quelques potions purgatives furent administrées sans succès les jours suivants.

12 août, jour de l'entrée. Presque toutes les articulations, mais particulièrement celles des genoux, des coudes et des poignets, sont tuméfiées, douloureuses, avec teinte rosée de la peau; le moindre mouvement est impossible en raison de la douleur; pouls plein, développé, à 108-112, intermittent; bruit de frottement léger au premier temps des battements du cœur, qui sont tumulleux; respiration normale; peau cbaude et moite.

Saignée de 4 palettes.

13. Le malade dit se sentir un pen mieux : les poignets peuvent exercer quelques mouvements; mais les genoux et les coude-pieds sont tendus, gonflés, rouges par plaques, et le moindre mouvement, le moindre contact, la simple impression du froid augmentent les douleurs de ces parties (la circonférence des deux genoux est de treize pouces); les veines sous cutanées, surtout dans le voisinage des articulations malades, sont saillantes, tendues, gonflées.

Pas de voussure notable dans la région précordiale, dont la matité est de trois pouces verticalement et transversalement; les battements du cœur sont très peu sensibles à la main, précipités, avec intermittence, après trois ou quatre pulsations; les deux bruits du cœur sont obscurs, bien que assez superficiels; le premier est accompagné d'un tintement argentin et d'un léger bruit de frottement vers la pointe du cœur; le malade n'éprouve aucune douleur dans la région précordiale, ni le sentimeot de palpitations.

La respiration est tout à fait normale.

Difficulté à uriner et sueurs abondantes la nuit dernière; insomnie.

Teinte jauoe de la face et de la sclérotique, inappétence, soif, salive acide.

Le caillot de la saignée est retroussé sur ses bords, ferme et recouvert d'une couenne d'un jaune-serin, dense, épaisse, analogue à une peau de chamois.

Saignée de 4 palettes matin et soir; ventouses scarifiées, trois palettes; cataplasmes; infusion de guimauve et limonade, cinq pots; lavement builcux; diète.

14. Joiotures moins douloureuses, cependant les épaules et les poignets sont encore bien pris; peau moins chaude; pouls à 104, irrégulier et intermittent.

Les battements du cœur sont encore peu sensibles à la main; la matité de la région précordiale n'est plus que de deux pouces neuf lignes transversalement et de deux pouces six lignes verticalement; bruits du cœur comme la veille.

Belle couenne sur les caillots des deux saignées, ainsi que sur les rondelles des ventouses.

Une saignée de 3 palettes et demie; ventouses scarifiées sur la région précordiale, 3 palettes; le reste *idem*.

15. Grand amendement : le malade remue bien les poignets, les coudes et les épaules; peau moite et éruption miliaire; pouls régu-

(1) Dans ce cas, la constitution délicate du sujet, les saignées pratiquées avant l'entrée, l'état subaigu du rbumatisme, nous décidèrent à ne pas employer la formule des saignées coup sur coup dans toute sa rigueur, et c'est pour cela que la maladie s'est prolongée au delà du terme indiqué dans le premier cas.

(2) Je vis ce jour là le malade pour la première fois. Le rhumatisme articulaire et l'endo-péricardite n'avaient point cédé à des saignées trop peu nombreuses et faites à des intervalles trop éloignés.

(3) A la sortie, les articulations étaient bien dégagées; mais il existait encore un double bruit de soufflet du cœur, sans souffle dans les artères, et la matité de la région précordiale n'était pas encore rentrée complétement dans ses limites normales. La respiration était d'aillenrs libre, et tont (à l'état du cœur près) annonçait une santé complète.

(4) Chez la femme il survint plus tard une nouvelle attaque, mais légère, et qui céda à des émissions sanguines modérées.

(1) Expression de M. Bouillaud.

---

moire contre l'impôt de la patente présenté à l'Assemblée nationale par l'ancienne Facnlté de Médecine de Paris.

Je n'ai rien à dire contre un travail dont j'approuve la forme et le fond, ni contre sa publication, mais j'ai pensé qu'il était utile de rectifier quelques allégations qui l'accompagnaient. La vérité en toute chose est bonne à connaître, et, lorsqu'il s'agit des écrits, les bibliographes sont ses apôtres.

L'*Union Médicale* annonce qu'un *hasard heureux* a fait tomber ce mémoire entre ses mains; ce *hasard*, c'est tout simplement la mort de M. Villenave; et quant à l'bépithète d'*heureux*, elle ne sera point acceptée par ceux qui connaissaient cet excellent homme. Ce manuscrit figurait au catalogue de vente sous le n° 914, et il a été adjugé le 31 janvier dernier. Mais l'*Union Médicale* ajoute qu'elle croit ce mémoire *inédit et inconnu;* et dans cette supposition, elle en offre une copie à M. le doyen de la Faculté, ce qui était au moins superflu, puisqu'en ce moment même elle le livrait à l'impression.

C'est ici qu'est l'erreur, et c'est à la bibliographie de le rectifier.

Cette pièce a été imprimée sous le titre de : MÉMOIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE EN L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — *Paris; Quillau, imprimeur de la Faculté*, 1792, in-4°, de 4 et 34 pages. J'en possède un exemplaire dans les pièces nombreuses que j'ai rassemblées sur l'histoire et l'enseignement de la Faculté de Paris, sur l'avenir de la médecioe et de la cbirurgie, etc. En tête se trouve une adresse d'un ton très ferme à l'Assemblée nationale. Je crois que le manuscrit de Villenave ne la possédait pas. L'*Union* ne l'a pas donnée.

A la fin se lisent les signatures des commissaires, et après une note celles de la Faculté. Au nombre des premieres, figure en effet celle de Guillotin; et j'ajouterai à son sujet quelques mots pour éviter des mécomptes à ceux de nos confrères qui rencontreraient des antographes de ce médecin, et qui pourraient croire, sur la foi de l'*Union Médicale*, qu'*une signature seule serait fort recherchée par les amateurs d'autographes.* D'abord celle-ci a été en évidence à la vente, où les *amateurs* se pressaient, et elle n'y a pas fait sensation. Ensuite, les signatures de Guillotin ne sont pas rares, et on ne se les dispute pas. Ce médecin avait l'habitude de signer les volumes qui lui appartenaient; j'en ai rencontré un grand nombre portant écrit de sa main, JOSEPHUS IGNATIUS GUILLOTIN, avec un petit parapbe et la date de l'acquisition. J'en possède plusieurs, et j'ai vu vendre à 2 fr. des lettres autographes de Guillotin (1).

Si vous croyez, Monsieur le rédacteur, que cette rectification puisse offrir quelque intérêt à vos lecteurs, j'espère que vous trouverez une petite place pour l'insérer dans votre feuilleton.

Agréez, etc. Dr J.-F. PAYEN.

Paris, 27 mai 1850.

(1) Puisque j'ai nommé Guillotin, je voudrais relever une expression, certainement inoffensive sous la plume du rédacteur, mais qui pourrait être interprétée défavorablement, lorsqu'il dit que le nom de ce médecin est *tristement celebre.*

Sans doute la nature de notoriété qui se rattache an nom de Guillotin est profondément regrettable; mais c'est une raison pour que les médecins profitent de toutes les occasions pour protester contre l'*injustice de cette célébrité.*

Quelle que soit l'opioion qu'on adopte sur un bomme qui dans un but louable inventerait une machine de destruction, cette opinion n'est point applicable à Guillotin, qui dans ce cas n'a rien inventé; il avait seulement été chargé avec Louis, secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie, de juger et de perfectiooner l'instrument de décapitation qu'on avait proposé à l'Assemblée constituante, en exécution de son décret du 25 septembre 1791, et la preuve, c'est qu'à l'origine la machine fut appelé indifféremment *Louisette* ou *Guillotine.* C'est ainsi que me l'a raconté souvent M Petit, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, qui avait été fort lié avec Guillotin.

Mais l'appareil existait depuis près de quatre cents ans en Allemagne, eo Ecosse, en Espagne, et ailleurs. En Ecosse, il servait à décapiter les nobles dès avaot le seizième siècle, et par une plaisanterie peu plaisante et dont je ne comprends pas le sel, on l'y appelait *The Maiden* (la Jeune Fille); en Italie, une machine en tout semblable fonctionnait dans le même temps sous le nom de *Mannaia*, *Mannaja* ou *Mannara* (voyez le *Voyage de Labat*); en France même, le maréchal de Montmorency fut décapité à Toulouse dans le dix-septième siècle, par un instrument de ce genre. Eofin Pentz, Aldegrever, Lucas de Cronach en Allemagne, en Italie Jules Bonasone, dans les *Symbolicæ questiones* de Bocchi, et d'autres artistes ont gravé dès le commencement du seizième siècle des cuivres qui représentent exactement notre appareil de décapitation.

Ainsi donc Guillotin ne mérite ni l'hoonenr d'une invention dont il n'aurait pas eu à rougir, ni l'indignité qu'on a fait subir à son nom, et les médecins doivent prendre à tâche de rectifier les idées du public à cet égard.

C'est déjà trop qu'une appellation inconvenante ait certainement abrégé les jours de cet homme estimable et fait oublier ses véritables titres à l'estime de ses compatriotes; sa réputation d'habile praticien à Paris, ses travaux dans la commissioo royale de magnétisme avec Franklin et Bailly, sa participation au plan de réorganisation de la médecine dans l'Assemblée nationale, la fondation d'une importante société médicale, qui prit alors le nom d'*Académie de médecine*, etc.; etc.

lier, souple, à 84-88 ; battements et bruits du cœur revenus à l'état normal ; matité de deux pouces verticalement et de deux pouces et demi transversalement.

Caillot très ferme, recouvert de quelques fragments de couenne ; couenne sur les rondelles des ventouses.

Même prescription, moins les saignées.

15 au soir. Retour des douleurs dans les articulations des deux bras ; le malade pousse des cris et le moindre mouvement cause les plus vives souffrances ; pouls à 96.

Saignée de 4 palettes.

16. Pouls retombé à 84-88 ; le cœur est complétement dégagé ; peau chaude et sudorale ; les douleurs ont beaucoup diminué.

Caillot très ferme, glutineux, recouvert d'une couenne mince.

Même prescription, moins la saignée.

17. Pouls à 84-88, bien régulier, encore plein et fort ; bruits du cœur clairs et nets ; les genoux n'ont plus que douze pouces et demi de circonférence ; le malade remue bien toutes les articulations ; bon sommeil ; langue humide et molle.

Commencement de convalescence.

Bandage compressif sur les poignets ; une tasse de bouillon ; le reste *idem*.

18. Il ne se plaint d'aucune douleur ; le pouls reste à 84, plein, vibrant, régulier ; état normal des bruits du cœur.

Deux bouillons, quelques cerises, un bain.

19. Le malade est très indocile et se découvre sans cesse ; les doigts et les poignets se sont pris de nouveau ; ils sont douloureux, chauds et gonflés ; moiteur et chaleur de la peau ; le pouls toujours à 84, tendu, fort et plein.

Cataplasmes ; deux pilules d'extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune ; diète.

20. La circonférence des deux genoux est de douze pouces et demi ; à peu près même état des poignets ; le pouls est redevenu irrégulier, intermittent, à 120 ; légère saillie dans la région précordiale ; bruits du cœur redevenus sourds, étouffés ; impulsion du cœur très forte, accompagnée d'un tintement métallique très clair.

Une saignée de trois palettes ; un vésicatoire sur la région précordiale ; cataplasmes laudanisés ; diète.

21. Articulations moins douloureuses ; cessation des irrégularités et des intermittences du pouls, qui est vibrant, à 76-80 ; les bruits du cœur beaucoup plus clairs et plus distincts ; état sudoral.

Caillot ferme, recouvert d'une couenne dense, élastique.

Sécher le vésicatoire ; bandage compressif sur les articulations ; une tasse de bouillon de poulet.

22. Aucune articulation n'est douloureuse ni gonflée ; premier bruit du cœur plus clair que le second ; pouls à 80-84, toujours fort, régulier et vibrant.

Deux pilules d'extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune ; deux bouillons.

23. Même état.

24. Cette nuit, comme les précédentes, le malade, toujours très indocile, s'est souvent découvert étant en sueur. Ce matin, la fièvre est revenue ; pouls à 124-128, avec retour des intermittences et des irrégularités ; les battements du cœur très forts, le second bruit plus obscur encore et plus sourd que précédemment ; sudamina nombreux sur diverses parties du corps ; le malade urinant très difficilement, on est obligé de le sonder.

Continuer l'opium ; diète.

25. Pouls à 112-116, toujours irrégulier et intermittent ; le second bruit du cœur presque imperceptible, le premier lui-même très obscur ; les articulations sont en bon état.

26. Pouls à 124, toujours irrégulier et intermittent ; premier bruit du cœur plus clair ; le second toujours à peine distinct dans la région des cavités gauches, tandis que dans celles des cavités droites, et spécialement vers l'extrémité inférieure du sternum, il se fait entendre assez distinctement ; voussure moins marquée que dans les premiers jours ; la main sent bien les battements irréguliers du cœur.

Un vésicatoire à la région du cœur, avec dix grains de poudre de digitale pour pansement.

27. Retour de la régularité du pouls et des battements du cœur.

28. Pouls à 64-68, vibrant, avec quelques irrégularités et intermittences.

Deux tasses de bouillon, quelques cerises.

29. Pouls à 72 ; les deux bruits du cœur redevenus assez clairs ; les articulations ne sont point douloureuses.

30, 31. Le malade se trouve de mieux en mieux.

Deux bouillons, un potage, une tasse de lait ; continuation de la digitale.

Les jours suivants, on augmente graduellement la dose des aliments, on prescrit quelques bains, et le malade, bien rétabli, respirant librement, n'éprouvant point de palpitations, demande sa sortie le 1er octobre.

A cette époque, les bruits du cœur étaient clairs, mais un peu secs et parcheminés ; dans la région précordiale on entendait aussi une sorte de râpement, qui nous parut dépendre d'un glissement péricardique s'opérant sur des surfaces inégales. (1)

Si l'on veut bien réfléchir un instant sur cette observation, on voit :

1° Que M. Bouillaud a fixé la convalescence au 17 août (6e jour de traitement), *le pouls étant encore à* 88 ;

2° Que, le 19, le pouls était à 84, et que, *sous prétexte d'indocilité du malade, au milieu d'août*, les poignets et les doigts se sont pris *de nouveau* ;

3° Que, le 22, les articulations ne sont plus douloureuses, mais que le pouls est encore à 80-84 ;

4° Que, le 24, le pouls est à 128, intermittent ;

5° Que, le 29, il est encore à 72 ;

6° Que, le 31 seulement, il semble reprendre sa fréquence normale ;

7° Enfin, que le malade ne sort que le 1er octobre, pour retomber malade au bout de 15 jours, et pendant 3 mois !

Nous le demandons, en conscience, est-il un seul médecin froidement impartial qui puisse voir dans un pareil fait un rhumatisme *guéri* en 6 jours ? Il n'y a évidemment que l'amour d'une méthode, amour honorable, mais aveugle comme tous les amours, qui puisse permettre de telles illusions.

Eh bien ! sur les 6 cas de la première catégorie, il y en a *quatre* dans lesquels il y a eu des *récidives* plus ou moins analogues aux précédentes, et deux dans lesquels la durée de la maladie n'est pas rigoureusement fixée ; cependant, en l'acceptant telle que la donne M. Bouillaud, et en évaluant les 4 autres d'après les règles que nous avons tracées précédemment, voici la durée que nous trouvons à partir du traitement :

1er cas,	21 jours.	durée moyenne 24 jours au lieu de 6.
2e —	20 — (1).	
3e —	34 — (2) ;	
4e —	13 —	
5e —	inconnu (3).	
6e —	33 — (4).	

Ainsi, la même durée qu'à l'aide d'une interprétation défectueuse on avait évaluée à 6 jours est en réalité de 24 jours. Si l'on y ajoute la durée moyenne avant le traitement, qui, dans les 5 cas, est de 5 jours, autant qu'on en peut juger par la manière vague dont est fixé le début de la maladie, on obtient une durée moyenne de 29 jours, ce qui est exactement la durée qu'on avait obtenue par l'analyse des faits publiés dans les *Nouvelles recherches* de M. Bouillaud.

L'étendue déjà bien considérable de cet article nous interdit d'exposer l'analyse des cas de la seconde catégorie ; mais nous pouvons affirmer, par l'examen rigoureux que nous en avons fait, que cette analyse conduit exactement aux mêmes résultats que la précédente. Quant à la troisième catégorie, ou aux cas légers, M. Bouillaud n'ayant pas, dans ce cas, employé sa formule, qu'il ne juge pas alors nécessaire, il serait inutile d'y insister.

Voilà où nous a conduit l'étude attentive et impartiale des faits publiés par M. Bouillaud. Si nous avions l'honneur de siéger parmi les collègues du savant professeur, nous aurions développé plus longuement que nous ne pouvons le faire ici les preuves qui démontrent la vérité de notre appréciation. Nous espérons cependant que tous ceux qui liront attentivement notre article seront suffisamment édifiés ; nous espérons surtout qu'ils ne verront dans notre discussion que respect pour les personnes et amour pour la vérité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 22 mai 1850. — Présidence de M. DEGUISE père.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté, après quelques réflexions faites par MM. Huguier, Morel-Lavallée, Maisonneuve et Larrey sur la discussion relative à la candidature de M. Boinet.

Injection iodée dans le péritoine.

M. DEBOUT, à l'occasion du procès-verbal, communique une note de M. Bazin sur l'observation citée par lui dans la dernière séance. Il s'agissait d'une injection iodée faite chez une femme dans la cavité péritonéale pour une hydropisie ascite, et suivie d'un funeste résultat. L'épanchement était symptomatique d'une affection du foie. Quatre ponctions furent faites à peu d'intervalle les unes des autres ; la première le 14 février, la seconde le 13 mars, la troisième le 31 mars, et la quatrième le 19 avril. L'injection iodée fut employée après cette dernière ponction ; la douleur occasionnée immédiatement fut peu vive ; mais les symptômes d'une péritonite intense se déclarèrent le lendemain, et le 24 la malade succomba. On reconnut, à l'autopsie, les altérations caractéristiques de l'inflammation du péritoine.

M. Debout ajoute quelques mots à cette note sur l'insuffisance des renseignements qu'elle contient ; mais il obtiendra de M. Follin, interne du service, l'observation complète.

M. Debout s'est reporté au travail lu à l'Institut par M. Velpeau sur les injections iodées dans les cavités closes, et il rappelle le résultat de ses expériences sur les animaux. Ainsi, l'iode mêlé au liquide de l'injection péritonéale déterminait promptement la mort s'il entrait pour plus d'un septième ou un tiers dans la composition du liquide, de telle sorte qu'il suffisait d'un cinquième d'iode pour que la mort fût inévitable. C'est pourquoi il est essentiel de préciser, dans les observations, à quelle dose l'iode est employé.

Correspondance.

MM. ROBERT, MICHON et MARJOLIN, étant membres du jury de concours dont les séances ont lieu le mercredi au Bureau central, demandent un congé pour toute la durée de ce concours. (Accordé.)

M. MONOD s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, à cause de ses occupations comme membre du conseil des hospices et comme membre d'un jury d'examen à la Maison d'accouchement.

Election.

La Société, après avoir entendu quelques remarques de M. le président et de quelques-uns des membres touchant l'opportunité d'un vote immédiat sur la candidature de M. Boinet, se trouve en nombre suffisant, et procède à l'élection. Le résultat du scrutin donne au candidat la majorité des voix. En conséquence, M. Boinet est nommé membre de la Société de Chirurgie. M. le secrétaire est chargé de lui annoncer sa nomination.

Rapports verbaux.

M. GOSSELIN fait un rapport verbal sur une thèse offerte à la Société par M. M. Macquet, ayant pour titre : *Recherches cliniques sur l'inflammation des membranes séreuses et synoviales*.

Cette thèse a le mérite de résumer avec exactitude l'état actuel de la science sur le sujet. Elle démontre l'analogie qui existe entre l'inflammation des séreuses et celle des synoviales, ainsi que le mode de propagation inflammatoire des membranes synoviales aux nerfs et à leur névrilème. M. Macquet a eu occasion de vérifier qu'il en était ainsi au genou pour le nerf poplité interne.

M. le rapporteur propose, comme conclusions : 1° de déposer cette thèse dans les archives de la Société ; 2° d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. LARREY fait aussi un rapport verbal sur une brochure adressée à la Société, sous le titre de *Revue du progrès de l'Algérie*. Cette Revue comprend le bulletin officiel des travaux de la Société de Médecine d'Alger, et de quelques autres sociétés scientifiques.

« Les faits de chirurgie, les seuls, dit M. le rapporteur, qui doivent nous préoccuper, sont extraits des séances de la Société de Médecine d'Alger. Ils se réduisent aux indications suivantes :

1° Relation d'une névralgie oculaire épidémique, observée à Teniet-el-Haad, fin de 1847, par M. Bertherand.

(M. Larrey fait remarquer à ce sujet que M. Bertherand a adressé cette relation manuscrite à la Société de Chirurgie, qui en attend le rapport.)

2° Note sur l'emploi avantageux de l'ergotine contre le prolapsus du rectum, par M. Trollier.

3° Observations d'hypérémie des sinus frontaux, par M. Bertherand.

4° Effets symptomatiques d'un calcul rénal remarquable par sa forme et certaines dispositions exceptionnelles. Observation de M. Négrin. (Cette observation seule est rapportée avec quelques détails.)

5° Considérations sur l'emploi du chloroforme dans divers cas d'accouchement, par M. Trollier.

M. Larrey fait remarquer, après l'énoncé de ces quelques travaux, que la position des médecins en Afrique les met souvent à même de rencontrer des cas de chirurgie dignes d'intérêt, soit aux ambulances et aux hôpitaux, soit parmi les Arabes, et il exprime le vœu que quelques-uns de ses confrères de l'armée veuillent bien faire connaître leurs observations à la Société de Chirurgie.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser une lettre de remercîments au directeur de la *Revue du progrès de l'Algérie*. Cette proposition est adoptée.

Trachéotomie dans le croup. Accidents après l'ablation de la canule.

M. DEMARQUAY rappelle une communication de M. Guersant, relative à la trachéotomie dans un cas de croup ; opération qui fut suivie du passage des aliments à travers la plaie, lorsque la canule eut été retirée. Il a observé lui-même un cas récent de ce genre ; voici dans quelles conditions : M. Demarquay fut appelé, il y a peu de jours, par un confrère pour pratiquer la trachéotomie chez un enfant atteint du croup. L'angine couenneuse avait affecté d'abord les amygdales, et s'était propagée ensuite aux voies aériennes. Un traitement assez énergique fut sans résultat, et le petit malade allait périr lorsque l'opération fut faite. Les suites immédiates en furent heureuses, et pendant quatre jours aucun accident ne survint, tant que la canule resta en place ; elle fut ôtée le cinquième jour, à cause d'un gonflement assez prononcé aux lèvres de la plaie du cou ; mais elle ne put être réintroduite, lorsqu'on s'aperçut que les aliments passaient en partie à travers l'ouverture de la trachée. On essaya en vain de nourrir l'enfant, qui succomba le neuvième jour.

A l'autopsie, on trouva peu de chose vers les poumons ; la trachée n'offrait non plus aucune altération dans toute son étendue, mais au niveau de sa bifurcation existait un petit dépôt pseudomembraneux ; le larynx était rempli de fausses membranes qui avaient sans doute empêché les cordes vocales de se contracter ; l'épiglotte ne présentait rien de notable, non plus que l'œsophage.

M. Demarquay a conclu de ces lésions que la mort devait être attribuée sans doute à l'occlusion de la glotte.

(1) Quinze jours après sa sortie, il fut repris de douleurs qui l'obligèrent d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il resta pendant trois mois : il fut traité par les bains de vapeur principalement, et n'était pas complétement guéri à sa sortie.

Il est rentré à la clinique le 12 novembre 1839, c'est-à-dire plus de quatre ans après sa première entrée, et nous avons noté, le lendemain, ce qui suit. Point de voussure notable dans la région du cœur ; l'étendue de la matité est de deux pouces dix lignes verticalement et transversalement. — Le premier bruit est accompagné d'un souffle un peu rude, ayant son maximum d'intensité vers l'orifice aortique, où il tend à imiter de temps en temps une sorte de piaulement étouffé qui n'absorbe pas complétement le premier claquement valvulaire ; le second bruit est sec, fort, parcheminé ; les battements du cœur offrent des intermittences après six ou huit battements réguliers ; pouls tendu, développé, vibrant, intermittent comme les battements du cœur.

Dans l'état de repos, le malade n'éprouve ni oppression, ni palpitations, mais il en ressent lorsqu'il marche vite ou qu'il monte ; point d'infiltration, visage bon, embonpoint conservé.

Le malade est venu à l'hôpital pour une légère affection catarrhale dont il a été pris depuis quelques jours.

On lui a administré quelques pilules de digitale qui ont régularisé le pouls, et il est sorti quinze jours après son entrée, dans un état satisfaisant.

Les signes indiqués plus haut nous avaient fait porter le diagnostic suivant : hypertrophie médiocre du cœur, épaississement et induration des valvules gauches, sans rétrécissement notable des orifices correspondants, le tout suite d'une endocardite rhumatismale.

(1) Nous fixons la convalescence au 31 août ; le lecteur a déjà jugé si cette appréciation est ou non la seule exacte.

(2) Au moins, car nous fixons la convalescence au 30 juin (au lieu du 3), quoique l'on note encore ce jour-là : « Douleur à l'épaule droite. »

(3) Le 30 juin il est noté : « Cessation des douleurs » ; puis, on écrit : « 2, 3 et 4 juillet. Dégagement complet de toutes les articulations ; pouls à 72. » Que conclure de propositions aussi contradictoires ?

(4) La 6e observation est curieuse, en ce que M. Bouillaud, après avoir fixé à 6 jours la convalescence *commençante*, emploie de nouveau sa formule et fixe encore à 6 jours la *seconde* convalescence. On voit que nous n'exagérions rien en disant qu'on guérissait plusieurs fois la même maladie.

Quelle conduite devait-il tenir en pareille occurrence? Il avait songé à l'emploi de la sonde œsophagienne pour injecter des substances nutritives dans l'estomac; mais il y a renoncé, dans la crainte de déterminer des accidents par le contact de l'instrument sur les parois enflammées du conduit alimentaire. Il avait opiné enfin pour la réintroduction de la canule dans la trachée; mais il a dû y renoncer aussi pour des raisons contraires à sa volonté.

M. Demarquay demande en un mot ce qu'il conviendrait de faire dans un cas semblable.

M. Maisonneuve croit que M. Demarquay s'est trop préoccupé des inconvénients de l'introduction d'une sonde dans l'œsophage. C'est une opération qui lui semble fort simple, si surtout on se sert de sondes en gutta-perka, dont la souplesse se prête au degré de ramollissement voulu. Le cathétérisme œsophagien serait donc, selon lui, la première chose à faire en pareil cas. Il l'a employé, dit-il, un grand nombre de fois chez les enfants, qui supportent facilement cette petite opération.

M. Demarquay ne pensait pas qu'elle fût aussi facile que l'annonce M. Maisonneuve.

M. Guersant considère les accidents survenus dans le cas dont il s'agit comme ayant pu dépendre des fausses membranes qui recouvraient les cordes vocales, et il suppose qu'en laissant la canule plus longtemps en place on en aurait obtenu plus d'avantages. Il rappelle que sur 48 opérations faites en ville par lui pour le croup, il a obtenu 7 guérisons, et que dans chacun de ces sept cas, la canule est restée en place au moins une huitaine de jours.

Il pense en définitive que chez l'opéré de M. Demarquay la canule a été retirée de trop bonne heure.

M. Demarquay fait observer qu'il a cru devoir ôter la canule, d'après le conseil même des auteurs classiques. Elle lui semblait d'ailleurs inutile, d'après les bonnes conditions où se trouvait le malade, et il répète que, lorsqu'il a songé à la réintroduire, il en a été empêché.

M. Deguise fils remarque que le fait rapporté par M. Demarquay vient à l'appui de l'opinion qu'il a émise il y a quelque temps au sujet du passage des liquides à travers la trachée. « Ce passage, nous dit M. Demarquay, ne s'est effectué que » lorsque la canule fut retirée. C'est effectivement alors que » ce phénomène se manifeste, et il est regrettable que M. De- » marquay n'ait pu mettre à exécution l'idée qu'il a eue de » réintroduire la canule, parce que très probablement les li- » quides ne se fussent plus écoulés par la plaie. »

M. Maisonneuve a souvent employé, comme il l'a dit, la sonde œsophagienne, et n'en a jamais vu d'inconvénients, si ce n'est dans un cas ou deux de rétrécissement de l'œsophage, qui se compliquèrent d'une inflammation vive par le contact de la sonde à demeure. Mais à part ces cas-là, et à moins de sondes trop peu flexibles, il n'a pas constaté un seul accident.

M. Deguise fils ne conteste point ce que M. Maisonneuve vient de dire de l'innocuité du cathétérisme œsophagien chez les enfants, il n'a aucune expérience personnelle à lui opposer à cet égard; mais quant à cette opération pratiquée chez les adultes, il affirme qu'elle présente souvent des difficultés réelles lorsqu'elle est faite surtout dans des conditions défavorables, comme chez les aliénés par exemple.

C'est même pour éviter des accidents d'érosion par l'emploi de la sonde ordinaire que M. Baillarger a imaginé une sonde un peu différente et plus facile à introduire dans l'œsophage, en la faisant pénétrer par les fosses nasales.

M. Maisonneuve ajoute, à ce qu'il a dit précédemment, que dans des affections du pylore il a eu recours à la sonde œsophagienne pour vider l'estomac. Il l'a employée ainsi jusqu'à deux fois par jour chez quelques malades.

M. Deguise fait observer à M. Maisonneuve que ces faits-là ne sont pas en rapport avec celui dont M. Demarquay vient d'entretenir la Société.

M. Lenoir, rappelant aussi l'objet de la discussion, ne pense pas que l'observation de M. Demarquay soit le cas le plus ordinaire. Il a vu des malades éprouver de la difficulté dans la déglutition, non pas comme ici lorsque la canule avait été retirée, mais au contraire tant qu'elle restait en place.

« Quand on fait, dit M. Lenoir, la laryngo-trachéotomie, on divise, on écarte l'anneau cricoïdien, et on s'oppose aux mouvements que les différentes parties du larynx exécutent les unes sur les autres. La gêne augmente si l'inflammation s'accroît et persiste, la canule restant à demeure. Mais à la vérité il y a aussi des cas dans lesquels l'accident s'est prolongé après l'ablation de la canule.

Quant à la difficulté du cathétérisme œsophagien, M. Lenoir l'a éprouvée quelquefois, notamment dans un cas de brûlure du pharynx et du larynx chez un teinturier qui, par mégarde, avait avalé de l'acide sulfurique. Il lui fut impossible de faire pénétrer dans l'œsophage la sonde ordinaire, qui déterminait une contraction spasmodique assez forte pour en oblitérer le conduit. Le malade a fini par mourir d'inanition. A l'autopsie, on fut étonné de trouver seulement les traces d'une brûlure superficielle, et on dut bien admettre que la contracture spasmodique de l'orifice œsophagien avait été l'unique obstacle au cathétérisme.

M. Larrey a rencontré la même difficulté chez une jeune femme qui lui avait été adressée à l'hôpital de la Clinique en 1840, alors qu'il y suppléait M. le professeur Cloquet. Cette malade avait voulu, disait-on, s'empoisonner en buvant une certaine quantité d'acide sulfurique. Les accidents primitifs d'une brûlure, avec rétrécissement inflammatoire de l'œsophage, avaient fait place aux symptômes d'un rétrécissement à la fois organique et spasmodique, à tel point que le cathétérisme, s'il n'était absolument impossible, offrait chaque fois de grandes difficultés. La persistance de cet état sans amélioration sensible décida la malade à sortir de l'hôpital.

M. Maisonneuve comprend la difficulté du cathétérisme dans le cas que vient de citer M. Larrey, mais il s'en rend moins compte dans celui de M. Lenoir. Il a remarqué que le cathétérisme œsophagien fait à la légère ne réussissait pas, et il rappelle à cet égard les règles classiques que l'on doit suivre. Il ne conçoit pas, enfin, comment le spasme de l'œsophage peut être assez fort à lui seul pour s'opposer au passage de la sonde, et il demande à M. Lenoir s'il avait pris toutes les précautions désirables pour réussir.

M. Lenoir répond qu'il n'avait rien négligé à cet effet, et qu'il avait même eu recours au cathétérisme par les fosses nasales, moyen meilleur, selon lui, que par la cavité buccale; mais il avait une sonde trop grosse.

Quant au rétrécissement spasmodique en lui-même, M. Lenoir démontre que, les fibres longitudinales et les fibres transversales de l'œsophage étant en continuation avec le pharynx, le rétrécissement spasmodique de ce canal est aussi admissible que celui de l'urètre. C'est même pour ce motif qu'il a cité l'observation, dont le résultat d'ailleurs a prouvé l'exactitude.

M. Forget se souvient que M. Blanche fils a soutenu sur le cathétérisme de l'œsophage une thèse intéressante, dans laquelle il est question d'une sonde modifiée d'après celle de M. Baillarger pour les aliénés, ayant pour but de diminuer les chances d'accidents et de faciliter l'opération.

M. Larrey fait observer que, chez les aliénés, le cathétérisme offre d'autres difficultés que les difficultés inhérentes à l'opération elle-même ou à l'état de l'œsophage. Il devient impraticable quelquefois par le refus absolu et invincible des malades, et la sonde même ingénieusement modifiée par MM. Blanche et Baillarger reste inapplicable. Il y a nécessité alors d'y renoncer ou d'essayer l'écartement forcé des mâchoires par quelque moyen mécanique, comme le bâillon imaginé tout récemment par M. Belhomme.

M. Larrey en appelle, du reste, à l'avis de MM. Deguise, tous deux si compétents en pareille matière.

M. Guersant revient au point de départ de la discussion, et pense que, dans un cas analogue à celui de M. Demarquay, on devrait introduire la canule, et que si, malgré sa présence, les accidents persistaient, il faudrait donner au malade peu de liquides et plutôt des aliments semi-solides (tels, particulièrement, que du macaroni, dont l'ingestion dans l'estomac lui a paru se faire avec plus de facilité que celle d'autres substances). Mais dès lors aussi on ne laisserait plus la sonde à demeure.

M. Demarquay termine cette discussion en reproduisant les principales circonstances du fait qu'il a communiqué.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOUVELLES.

M. Gaillard, sous-intendant militaire, chef du service des subsistances et des hôpitaux au ministère de la guerre, vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur.

Ont été nommés chevaliers du même ordre :

MM. Finot, médecin de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort;
Bonnet de Bonnefoi, chirurgien-major du 5e régiment de chasseurs à cheval;
Duplan, chirurgien principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Barèges;
Pillement, chirurgien-major du 8e régiment d'infanterie légère,
Brochard, chirurgien-major du 7e régiment de hussards;
Pagès, chirurgien aide-major au fort de La Hougue;
Herpin, pharmacien-major à la pharmacie centrale de Paris;
Lucciani, sergent infirmier-major.

— On écrit de Prague (Bohême), le 26 mai :

« Le choléra, qui s'était presque éteint dans notre capitale, a éprouvé depuis le 16 de ce mois une recrudescence, et actuellement nous comptons par jour environ vingt nouveaux cas de cette maladie et dix décès.

» Le choléra a acquis une intensité encore plus grande dans les campagnes voisines de Prague, dans les villages situés sur les bords du Molden, et surtout à Radeweis, où plusieurs familles entières y ont succombé.

» Ce qui augmente les victimes du choléra dans les campagnes, c'est que les malades, mus par l'absurde crainte d'être empoisonnés, refusent obstinément tous les secours des médecins, et même ceux que leur offrent les prêtres. »

— Nous avons reçu de notre savant confrère M. Piorry une lettre que nous sommes obligé de renvoyer à un prochain numéro.



Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 6 JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 67.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 JUIN 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après l'élection prévue et d'avance sanctionnée de l'honorable M. Delafond, l'Académie a repris la discussion sur le rhumatisme.

M. Malgaigne, comme nous en avions exprimé l'espoir, a essayé de préciser en quelques propositions écrites le sens de ses précédentes remarques, et il a terminé en peu de mots. Ses considérations sur les vices de la méthode d'observation employée généralement en médecine, ont frappé juste. Il a été moins heureux, et il a excité de nombreux murmures, d'ironiques dénégations, lorsqu'il a accusé les médecins de ne pas prendre les précautions nécessaires pour empêcher les rhumatisants, avides de fraîcheur, de se refroidir, et de prolonger ainsi leur état morbide par la reproduction volontaire de la cause morbifique occasionnelle. Mais il a retrouvé sa verve et sa puissance, il s'est retrouvé lui-même lorsque, se mettant en face de l'observation hippocratique, qu'il a glorifiée, il a reproché aux médecins de ne pas connaître l'histoire naturelle, la marche naturelle des maladies, du rhumatisme en particulier, de telle sorte qu'ils ne sont point fondés à préconiser une méthode thérapeutique quelconque, dans l'impossibilité où ils se trouvent d'en comparer les résultats avec ceux que la nature, abandonnée à elle-même, aurait produits. Cette thèse peut être défendue. Mais, nous le demandons, quel médecin aurait le courage de s'abstenir en présence d'un malheureux livré à d'atroces douleurs, perclus de ses membres, brûlé par la fièvre, privé de sommeil, et pardessus tout, menacé d'endocardite si le mouvement rhumatique n'est pas entravé? Le médecin qui se croiserait les bras devant une pareille scène pour faire une étude d'histoire naturelle serait-il à l'abri de ses propres reproches quand il se jugerait lui-même? Serait-il considéré comme un médecin? Et son malade serait-il bien flatté d'être traité sans plus de façon et de pitié qu'un coléoptère?

Rivière, cité par un autre orateur (M. Parchappe), fixe à 20 ou 40 jours la durée naturelle du rhumatisme, ce qui prouve que la science ne serait pas aussi dénuée qu'on pourrait le croire, de notions sur la marche du rhumatisme articulaire aigu abandonné à lui-même. N'est-ce donc rien d'abréger de moitié ou des deux tiers cette longue durée? Et, pour finir par un argument *ad hominem*, l'éloquent orateur dont nous analysons les opinions serait-il d'humeur à se livrer pieds et poings liés, sans réserve, à l'arbitraire de la maladie, si, ce qu'à Dieu ne plaise, le rhumatisme reconnaissant venait à visiter ses articulations?

M. Rochoux a succédé à M. Malgaigne. Le spirituel et savant académicien a lu quelques pages, d'une voix qui ne manque pas de charme, mais qui manque de force, ce que nous regrettons vivement, car nous n'avons pu saisir que quelques éclaircies dans ce petit horizon qu'il a ouvert à nos regards. Sauf erreur, il nous a paru que M. Rochoux expliquait très sensément la mobilité du rhumatisme. Si, en effet, le rhumatisme affecte une articulation après une autre, ce n'est pas qu'il se transporte de l'articulation primitivement affectée à la seconde. C'est là une façon grossière de comprendre le phénomène. L'articulation affectée en second lieu a été prise en vertu du même principe, de la même diathèse qui s'est manifestée dans le premier article, et alors le second travail morbide, plus intense étant plus récent, a arrêté et dissipé le premier : *Duobus laboribus simul obortis, vehementior tollit alterum.* C'est une diversion, une révulsion naturelle.

M. Parchappe, membre correspondant de l'Académie, est monté à la tribune après la lecture de M. Rochoux. M. Parchappe est un esprit philosophique, un de ces hommes qui se plaisent dans la recherche des principes, qui aiment à gravir l'échelle étiologique, si vacillante, si périlleuse, et dont les degrés supérieurs se perdent dans les brumes du ciel. Sa parole est facile, correcte, froide, distinguée. Il sait beaucoup et bien. Malheureusement, la chaire professorale, qui se prête mieux aux larges développements, convient plus que la tribune académique, à ces esprits généralisateurs. La discussion tient de l'action, du drame. Il faut frapper vite et fort. Toutefois, les considérations de M. Parchappe ont été écoutées constamment avec une attention sympathique. Sa conclusion est que le rhumatisme est une maladie générale qui veut avoir son cours, et que par conséquent le médecin, moins préoccupé de l'état local que de la diathèse, doit surveiller la marche de l'affection en avisant à ses écarts, mais sans prétendre à la juguler.

C'est la doctrine qui prévaut dans le traitement des pyrexies. Nous ne pouvons nous arrêter comme il le faudrait à ce point important. Mais quelle différence entre la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., et le rhumatisme articulaire! Dans celles-là, tendance à l'hypoplasticémie! Dans celui-ci, hyperplasticémie constante! Ce sont des diathèses, mais combien le génie de la diathèse pyrétique diffère de celui de la diathèse rhumatismale!...

L'honorable rapporteur, M. Martin-Solon, a résumé la discussion en s'attachant surtout à répondre à M. Malgaigne. Il a terminé par une profession de foi thérapeutique où l'éclectisme de ce bon esprit s'est donné carrière. Tout le monde devait être content, et il ne restait plus qu'à..... voter. Mais ce n'était pas l'affaire de M. Bouillaud. L'honorable professeur n'a pas vidé son portefeuille. Tant mieux pour l'Académie et pour le public! Le président voulait lui donner la parole, mais il y avait trop à dire et trop peu de personnes pour écouter, car il ne restait plus qu'une quinzaine de fidèles. L'Académie a décidé qu'elle tiendrait samedi une séance extraordinaire. A samedi donc la clôture de ce tournoi.

Il était cinq heures et demie lorsque M. le président a donné la parole à M. Marchal (de Calvi), pour la communication d'un fait qui offre beaucoup d'analogie avec celui de M. Grisolle, communiqué dans la séance précédente, et que nous avons publié. L'importance et l'étendue de la communication de M. Marchal nous obligent à en renvoyer la publication à notre numéro de samedi prochain.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Premier article.)

Le rhumatisme articulaire est une maladie générale qui a pour caractère spécial la manifestation d'un état fébrile d'une intensité variable constamment suivi de phlogose plus ou moins fugace sur des surfaces fibreuses du corps.

C'est un état pathologique général avec fièvre intense dans les cas aigus, avec fièvre erratique, et moins intense dans les cas chroniques et dans tous les cas avec manifestation de phlogose sur les surfaces fibreuses du corps, soit qu'elles constituent des lames comme les aponévroses, soit qu'elles constituent des gouttières, comme les coulisses des tendons, et ces accidents sont plus ou moins fugaces.

Le rhumatisme articulaire n'est pas une maladie locale, mais une maladie générale qui manifeste sa présence par un ensemble de phénomènes répandus dans tout l'organisme, soit sous forme d'état fébrile simple, soit sous forme cachectique mélangée de fièvre, et les inflammations qui se développent localement ne sont que des phénomènes secondaires placés sous l'influence de l'état pathologique général dont les symptômes que nous allons énumérer sont les marques certaines.

Nous nous éloignons par cette manière de voir des écoles modernes, dans lesquelles on regarde le rhumatisme articulaire comme une affection locale, sans s'inquiéter de l'impossibilité où l'on est par là d'expliquer la migration rapide des accidents de phlogose dont il est la cause déterminante.

On rencontre le rhumatisme articulaire sous deux formes qui sont connexes, car elles se transforment facilement l'une dans l'autre : ce sont la forme aiguë et la forme chronique.

Le rhumatisme articulaire aigu commence toujours par un état fébrile qui s'établit progressivement dans l'organisme, et presque généralement sans frisson initial. Le pouls s'élève, la chaleur s'élève parallèlement, la coloration des téguments externes ne se modifie guère; la chaleur devient assez vive à la peau; le malade éprouve de l'accablement, une douleur céphalalgique obtuse, et en même temps, dès le début de cet état fébrile, une douleur plus ou moins obtuse sur une ou plusieurs articulations, ou bien sur le trajet de la longueur des muscles, augmentant bientôt peu à peu, que les moindres mouvements exaspèrent, et qui devient continue. L'état fébrile devient plus intense et les douleurs plus intenses aussi, soit sur des parties déjà atteintes, soit sur d'autres, les premières étant déjà débarrassées; enfin la fièvre rhumatismale est complètement développée en quinze heures ou vingt-quatre heures environ.

Le malade éprouve une fièvre continue manifestée par une grande fréquence du pouls, une chaleur assez vive à la peau qui n'a pas le caractère d'humidité qu'elle présente dans les fièvres typhoïdes; la couleur des téguments n'est pas modifiée, la céphalalgie est presque nulle, les facultés intellectuelles sont bien conservées; pas de douleur du côté de l'abdomen; le sujet conserve encore un certain appétit; pas de coliques, pas d'accidents morbides du côté du tube digestif; les urines sont peu abondantes, rouges et irritent l'urètre lorsqu'elles passent. Avec cet état fébrile, constamment une ou plusieurs articulations deviennent le siége de douleurs, surtout quand elles exécutent des mouvements ou qu'on presse dessus; fréquemment ces douleurs s'établissent sur le trajet d'un ou de plusieurs membres, et c'est surtout sur le trajet des lames aponévrotiques que la pression est douloureuse, ou bien elle se réveille quand le malade exécute des mouvements un peu étendus, quelquefois même elle arrive par les simples mouvements comme automatiques qui s'établissent dans ses membres quand il fait attention à autre chose. Ces lésions locales vers les articulations se déplacent d'un membre à un autre plusieurs fois dans la même journée, ou après vingt quatre heures ou même après deux jours; il y a des alternatives d'augmentation et de diminution dans l'intensité des douleurs locales. Pendant le premier septenaire la douleur se promène avec intensité, la fièvre est violente, et souvent, pendant le second, il n'y a pas encore de diminution sensible. Dans les cas les plus rapides, c'est vers le milieu du deuxième septenaire que les douleurs deviennent moins vives et que la fièvre commence à tomber; en huit jours à peu près la fièvre diminue et cesse, et cependant les douleurs persistent encore, mais en perdant chaque jour de leur violence; si elles passent d'une articulation à l'autre, ce sera avec moins d'intensité, et elles survivent peut-être une semaine à la fièvre, mais pour disparaître ensuite.

Relativement à l'état fébrile, il peut durer plus longtemps; il est des rhumatismes articulaires qui, tout aigus qu'ils sont, persistent de six à sept semaines. Pendant cette longue durée de la fièvre, elle se présente sous forme continue avec des exacerbations, sans frissons intercurrents; la peau est tantôt sèche et tantôt humide, et souvent il survient des sueurs très abondantes, quelquefois colliquatives, qui ne modifient pas l'état fébrile, excepté en lui ôtant le caractère sec et chaud qu'il revêt habituellement.

Les fonctions digestives ne sont altérées qu'accidentellement, la langue reste humide, la salive mouille la bouche; le malade n'éprouve pas de douleurs épigastriques et digère assez facilement quand il prend peu de nourriture, mais les excrétions alvines sont rares; les évacuations urinaires sont faciles, mais les urines sont âcres et font éprouver un sentiment de brûlure sur le trajet du canal; dans quelques circonstances, quand il n'arrive pas de sueurs, les urines deviennent abondantes, et il se produit une diurèse. On ne voit pas habituellement survenir d'éruptions ou d'inflammation à la peau, non plus que des apostèmes consécutifs, et si on en a décrit, c'est qu'on a pris pour des affections rhumatismales cette maladie des femmes en couches qui, par la résorption purulente, occasionne des diathèses pyogéniques s'établissant sur les articulations; mais on ne voit jamais d'apostème se produire ni dans le tissu cellulaire, ni dans les articulations, comme épiphénomène ou comme crise de la maladie rhumatismale.

Les sueurs abondantes sont quelquefois critiques, et arrivent quand la fièvre rhumatismale décroît; elles produisent souvent de très bons effets, et le malade en éprouve un bien-être marqué. Ces sueurs odorantes (parce qu'elles contiennent beaucoup de principes ammoniacaux) et visqueuses se montrent assez abondantes surtout sur les parties supérieures du corps, et avec teinte prononcée de la peau. Cependant ces sueurs critiques ne sont souvent pas aussi abondantes qu'on serait tenté de le croire, surtout quand on réfléchit que la maladie rhumatismale est due, la plupart du temps, à des perturbations fonctionnelles de la peau.

Les symptômes locaux qui surviennent pendant le cours de la maladie rhumatismale s'établissent sur les appareils fibreux; il faut diviser ces appareils fibreux en plusieurs classes, qui comprendront les appareils fibreux articulaires, ceux des tendons, les viscéraux et les circulatoires.

1° L'articulation affectée de rhumatisme est d'abord douloureuse sous l'influence des mouvements exécutés par le malade, mouvements qui tiraillent le capsule articulaire en différents sens; puis les douleurs se produisent par la simple pression exercée sur l'articulation malade, soit volontairement, soit accidentellement. L'articulation se tuméfie, et la chaleur commence à s'élever sur les téguments qui l'entourent; cette chaleur, qui s'élève à un haut degré, se transmet au sensorium du malade sous la forme de chaleur vive et

brûlante, d'autres fois sous la forme de refroidissement. L'articulation tuméfiée devient sphérique, il y a du liquide épanché dans son intérieur, et on peut y reconnaître de la fluctuation ; si c'est au genou, la tumeur articulaire se montre sur les côtés du ligament rotulien, surtout à la flexion du membre qui occasionne sur le liquide une pression et le pousse en dehors. L'articulation tuméfiée, chaude au toucher, s'injecte à sa surface par l'augmentation de circulation capillaire des téguments qui répond à l'inflammation articulaire rhumatismale. Ces tuméfactions douloureuses, rouges, chaudes, tantôt persistent pendant plusieurs jours, pendant une semaine; tantôt la résolution de l'affection locale articulaire s'opère en quelques heures, mais le plus souvent c'est en deux ou trois jours: alors l'articulation perd la forme insolite sphérique qu'elle avait prise et s'affaisse, la douleur devient moins vive, on ne perçoit plus de fluctuation, l'injection des téguments s'évanouit, et la résolution vient faire disparaître la lésion locale. Mais cette disparition de l'affection sur une articulation est souvent suivie d'inflammation sur une autre, ou bien elle se porte sur cette autre avant que la première ne soit terminée; d'autres fois, il y a un ou deux jours d'intervalle avant que l'inflammation locale ne se montre sur d'autres articulations, celles qui étaient précédemment prises étant presque guéries. Ces variétés dans la rapidité de la migration inflammatoire constituent toutes les irrégularités qui se présentent dans la marche de cette maladie.

Il n'est pas d'articulation qui ne puisse être atteinte dans le courant de cette maladie, depuis celles des phalanges jusqu'à celle de l'os maxillaire inférieur; cependant les grandes sont plus fréquemment prises que les petites, celles des membres inférieurs plus fréquemment aussi que celles des membres supérieurs, et en général la phlogose articulaire persiste plus longtemps sur les articulations des membres inférieurs que sur celles des membres supérieurs.

2° Un très grand nombre de rhumatismes articulaires aigus ne consistent que dans les phénomènes généraux avec addition des phénomènes du côté des articulations; mais il en est aussi qui présentent quelquefois des accidents du côté des surfaces aponévrotiques, et quelquefois même du côté des surfaces aponévrotiques seulement. Le malade ressent alors de la douleur avec engourdissement sur le trajet d'un membre; cette sensation d'engourdissement douloureux augmente par le mouvement et donne lieu à une douleur vive et intense sur le contour du membre, la pression sur le trajet et sur l'insertion des aponévroses surtout est très douloureuse; l'étui aponévrotique présente de la chaleur insolite exagérée; la peau est injectée, etc. Ces phlogoses persistent en général cinq ou six jours ou sur une seule partie du corps ou sur plusieurs parties à la fois, ou bien elle se transporte d'un point dans un autre, de sorte que, eu égard à la migration des affections locales, on a les mêmes variétés que dans les affections rhumatismales articulaires.

3° L'affection rhumatismale de la coulisse des tendons se manifeste par une douleur sur le trajet de la coulisse du tendon, surtout par le mouvement ou par la pression; on observe une tuméfaction sur cette coulisse et même quelquefois de la fluctuation, car il s'y produit une sécrétion de sérosité comme dans les articulations.

Il est des affections rhumatismales dans lesquelles on verra des lésions locales porter d'abord sur les articulations, puis sur les aponévroses, et disparaître pour revenir sur les articulations; d'autres fois il n'y aura que les aponévroses et les coulisses tendineuses qui seront affectées, et il n'y aura rien du côté des articulations; il y a donc subordination manifeste de ces divers accidents à l'état pathologique général. Ces douleurs locales ont donné lieu à diverses dénominations, suivant le siége qu'elles occupent. Si elles portent sur l'aponévrose lombaire, on les appellera lombago; si c'est sur la poitrine, pleurodynie rhumatismale; si c'est dans le cou, torticolis, etc.

4° Pendant le cours des affections rhumatismales on voit se manifester une douleur profonde sur une région interne du corps; cette douleur reste permanente pendant deux, trois, quatre jours, et disparaît quand il s'en manifeste d'autres à d'autres régions. Ces affections rhumatismales qu'on voit prendre le rein, le foie, etc., ont leur siége sur les capsules fibreuses de ces organes. Ces douleurs persistent plus ou moins longtemps, et peuvent alterner avec celles qui s'établissent sur les autres appareils fibreux. C'est surtout dans les dernières périodes des affections rhumatismales, et quand elles tendent à devenir chroniques qu'on observe ces accidents.

Il est une affection rhumatismale qui se montre à l'extérieur et qui se porte sur l'œil, c'est celle de la sclérotique, que l'on peut observer au déclin de quelques rhumatismes. Le malade éprouve de vives douleurs, surtout à la fin du jour, la conjective s'injecte légèrement, et la pression à la base des paupières devient extrêmement douloureuse. Il perçoit une sensation profonde de constriction, comme si l'œil était trop serré dans l'orbite; c'est l'affection inflammatoire de la sclérotique qu'on a appelée ophthalmie rhumatismale. Quand la maladie est très intense, elle peut aller jusque sur l'iris et la rétine; il se produit alors de la photophobie, du larmoiement, et ces accidents se montrent pendant plusieurs heures par jour, s'exaspèrent pendant la nuit; dans ces cas l'affection inflammatoire a gagné profondément, comme elle s'était établie à l'intérieur. C'est heureusement une forme rare de rhumatisme, et on verra des malades pousser des cris violents que leur arrache la douleur, s'enfoncer les poings dans les yeux et ne pouvoir pas supporter la moindre lumière. Ce seront des affections rhumatismales locales portant sur les appareils fibreux de l'œil et présentant les mêmes caractères que les autres.

Ces affections rhumatismales peuvent se terminer par un décroissement des accidents et le rétablissement des malades. Pendant ce décroissement il peut se manifester des crises par les sueurs ou par les urines: mais telle n'est pas toujours la terminaison des rhumatismes articulaires; ils peuvent devenir chroniques, ou bien même l'affection rhumatismale chronique peut apparaître d'emblée.

Quand l'affection rhumatismale aiguë passe à l'état chronique, l'état fébrile perd sa continuité et devient erratique, se manifeste surtout pendant la nuit avec un certain malaise, avec sécheresse à la peau, puis les articulations des membres se prennent, les douleurs rhumatismales restent obtuses, se promènent aussi, mais plus lentement, et présentent des accidents moins aigus.

Quand l'affection rhumatismale chronique se manifeste d'emblée, le malade est pris aussi d'un état général antécédent, mais pas avec une fièvre intense, comme dans la forme aiguë; il éprouve du malaise, des crampes erratiques dans les membres, des frissons qui courent sous la peau, une aptitude plus grande à ressentir le froid. Il se manifeste des douleurs obtuses vers les lames aponévrotiques, ou bien vers une ou plusieurs articulations; le pouls s'élève, mais assez peu pour que le malade n'en ait souvent pas conscience. Ces symptômes, qui participent autant de la cachexie que des fièvres, peuvent persister longtemps, dans l'intervalle des douleurs ou avec des douleurs obtuses, limitées, n'occupant quelquefois qu'une articulation, d'autrefois plusieurs articulations ou plusieurs aponévroses en même temps, absolument comme dans l'affection rhumatismale aiguë, qui en diffère essentiellement par l'intensité de l'état fébrile. Si on admet que cette forme de maladie peut persister plusieurs semaines et même plusieurs mois avec continuité, ou intermission ou exacerbations des accidents; si ces diminutions ou ces augmentations des accidents sont subordonnées à l'influence des variations atmosphériques ou des circonstances hygiéniques, on aura le rhumatisme articulaire chronique semblable au rhumatisme aigu, excepté que les accidents seront moins intenses et moins rapides dans leur marche; mais les lésions sont les mêmes, et le siége de ces lésions ne diffère nullement; aussi les voit-on s'établir de même sur les articulations, sur les aponévroses, dans les coulisses tendineuses, sur l'œil, dans les capsules fibreuses qui entourent les viscères.

L'affection rhumatismale chronique peut se terminer aussi par des crises qui consistent en des manifestations de sueurs actives jointes à une vive injection de la peau; ces sueurs, très imprégnées de matières ammoniacales, seront très odorantes, persisteront pendant un temps assez long et apparaîtront surtout le matin: ou bien la crise consistera dans des évacuations abondantes d'urines laissant déposer des matières muqueuses et une substance pulvérulente d'un rouge-briqueté; elles seront chaudes, brûlantes au canal et se produiront surtout pendant la nuit. Le malade sera débarrassé de son affection rhumatismale après que ces évacuations d'urines auront duré pendant deux ou trois semaines, c'est-à-dire que, pour éliminer une maladie chronique, l'organisme fait usage aussi de crises chroniques.

Parmi les épiphénomènes de la maladie rhumatismale, on a noté surtout les lésions qui surviennent vers l'appareil circulatoire central; ce sont des accidents inflammatoires qui se développent sur le péricarde, les gros vaisseaux ou l'endocarde. Elles peuvent se développer ou dès le début de la maladie, ou pendant son cours, ou même à sa terminaison.

Si l'inflammation s'établit sur le péricarde, le malade ressentira une douleur à la région précordiale, surtout vers la pointe du cœur et s'exaspérant à la pression, un sentiment d'oppression qui le fera se relever pour respirer plus facilement, souvent de l'inégalité dans les battements; on trouvera de la matité vers la pointe du cœur d'abord, puis en remontant vers la base, mais selon une ligne parallèle à l'horizon, comme dans la pleurésie; mais ces phénomènes de la péricardite peuvent se montrer ou avec rapidité ou avec lenteur.

D'autres fois, le malade éprouve une douleur obtuse vers la région du cœur, comme lancinante; la pression est douloureuse, mais pas à un haut degré; une demi-oppression pour ainsi dire se montre; c'est l'affection rhumatismale de la capsule fibreuse du cœur, et elle est plus rare que la péricardite.

D'autres fois, on perçoit des battements insolites du cœur avec état fébrile concomitant; les battements du cœur sont assez violents pour soulever assez notablement la région précordiale, et ils deviennent faibles dans la diastole; c'est l'endocardite qu'on perçoit par un bruit de frottement systolique limité à la région précordiale. Quelquefois ces symptômes sont peu intenses, mais le pouls présente une dureté coïncidant avec un bruit de frottement dans les gros vaisseaux. Dans ce cas, on a lésion de la membrane interne et un bruit présystolique dans les grosses artères, bruit déterminé par le frottement de la colonne sanguine sur la surface interne déjà dépolie de ces canaux.

Anatomie pathologique. — Ces affections rhumatismales causent rarement la mort des malades; mais, dans les cas qu'il a été donné d'observer, on a trouvé sur les capsules fibreuses articulaires et sur le trajet des aponévroses les vaisseaux capillaires insolitement injectés de manière à donner des marbrures produites par des lascis de ces vaisseaux montrant la modification de la circulation capillaire. Dans quelques cas, sur la capsule muqueuse à travers la synoviale, on trouve des taches ponctuées qui montreront de la suffusion sanguine inflammatoire. Enfin, on trouvera des capillaires disposés parallèlement les uns aux autres, fortement injectés et logés entre la capsule fibreuse et la synoviale au bord des cartilages, et se perdant quand ils arrivent sur les bords de ces cartilages articulaires, qui semblent servir comme de base à des barbes parallèles s'en éloignant comme d'un centre commun. Les mêmes lésions se retrouvent dans tous les tissus qui ont été pris par l'inflammation: ce sont des traces de phlogose, mais ne présentant pas la même intensité que dans les affections inflammatoires franches.

Dans les rhumatismes chroniques qui ont été prolongés longtemps, on rencontre des épaississements de ces lames qui les rendent mates et dans ces épaississements des vaisseaux capillaires disséminés; ce sont les altérations que présentent la capsule fibreuse du péricarde ou celle des viscères, les aponévroses, comme l'aponévrose *fascia lata*, l'aponévrose lombaire après des lombago prolongés: telles sont les lésions locales qu'on rencontre après les affections rhumatismales, soit aiguës, soit chroniques.

Quant aux lésions de la capsule synoviale, on trouve une augmentation de la synovie, qui est toujours visqueuse: dans aucun cas, on ne rencontrera de pus dans les articulations affectées de rhumatisme, jamais de suffusion purulente sur les surfaces fibreuses, et les exemples cités dans les auteurs montrent toute autre chose que des affections rhumatismales; certains auteurs ont prétendu avoir trouvé des gouttelettes purulentes disséminées dans l'intérieur des muscles; mais leur présence se rapporte évidemment à une affection nerveuse qu'on connaissait fort bien autrefois, quoiqu'on l'ait découverte dans les temps modernes. On a cité des femmes ayant succombé après des états inflammatoires coïncidant avec des tumeurs articulaires et qui présentaient du pus dans les articulations; mais, en regardant de près, on trouve que c'est une des formes que peut revêtir la fièvre puerpérale, et dans ce cas on a pris les accidents articulaires de la fièvre puerpérale pour des rhumatismes articulaires, comme on les a encore confondus avec des affections arthritiques ou syphilitiques, ou idiopathiques inflammatoires, ou avec des tumeurs blanches, ou avec des maladies du périoste de l'extrémité des os.

Je pose en fait qu'on ne trouvera jamais aucune maladie rhumatismale se terminant par suppuration, quoiqu'il y ait une phlogose réelle: on ne trouve que des injections capillaires, tout au plus quelques traces de suffusion sanguine, et de plus, dans les cas de rhumatismes chroniques, un certain épaississement des membranes affectées.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 juin 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre transmet l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Danyau dans la section d'accouchement.

Correspondance manuscrite. — Étranglement herniaire. Chloroforme.

M. Michel Guyton envoie un volumineux mémoire sur le mécanisme de l'étranglement dans les hernies, et sur les avantages du chloroforme pour la réduction de cet étranglement. (Commissaires: MM. Gerdy et Malgaigne.)

Affections intestinales. — Hémorrhoïdes.

M. le docteur Gumprecht, de Hambourg, adresse un mémoire sur l'efficacité de la racine de hourgène dans le traitement des affections intestinales et hémorrhoïdaires. (Commissaires: MM. Martin-Solon et Mérat.)

Anus accidentel.

M. Desfray, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Blois, adresse plusieurs observations d'anus accidentels, suite de hernies, qu'il a traités par l'entérotome, instrument auquel il a fait subir quelques modifications. (M. Jobert (de Lamballe) est chargé de faire un rapport verbal sur ce mémoire.)

Influence des plaques métalliques.

M. Burq envoie l'observation sommaire de deux malades anesthésiques, dont l'un devient sensible au contact de l'argent à un certain titre, et l'autre seulement au contact de l'acier. (Commissaires: MM. Bérard, Cloquet, Guérin.)

Remèdes nouveaux.

MM. Blaud (de Beaucaire), et Baré, pharmacien, soumettent à l'académie, pour obtenir le bénéfice du nouveau décret, le premier, la formule de ses pilules, composées, comme on sait, de parties égales de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse (16 grammes de chaque pour 48 pilules); le second, la formule d'un purgatif ainsi composé:

Gomme-gutte.	gr.	4,50
Résine.		1,80
Scamonée d'Alep.		1,80
Calomel à la vapeur.		4,""
Extrait hydro-alcoolique de coloquinte. . .		1,80
Huile de croton-tiglium récente.	gout.	XVIII

Pour 60 purgatifs.

Candidatures.

MM. Nélaton, Maisonneuve, Gosselin et Hutin, se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Eaux minérales.

M. Guibourt lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une nouvelle source d'eau minérale située à Roche-Cardon, commune de Saint-Didier, du Mont-d'Or.

D'après l'analyse de la commission, cette eau est ainsi composée:

Sur 1,000 grammes d'eau, on trouve 0gr,489 parties salines, et 100 grammes de ces parties du dépôt se composent des matières dont suivent l'énumération et les proportions:

Quartz, mica, argile.	23,06
Sesquioxyde de fer.	57,66
Oxyde mangano-manganique.	5,02
Carbonate de chaux.	14,24
Arsenic métal (approximativement). . .	0,02
	100

Ce dépôt ne forme d'ailleurs, ainsi que nous l'avons dit, que 0gr,489 pour 1000 parties d'eau, c'est-à-dire que, sur 1,000 grammes d'eau, on trouve, par exemple, du bicarbonate de manganèse 0gr,021, et ainsi proportionnellement pour les autres principes minéralisateurs. On voit donc que la proportion des matières salines est extrêmement faible.

Cependant, d'après cette composition et quelques observations médicales, M. le rapporteur conclut à l'autorisation de la source de la Roche-Cardon. Cette conclusion est adoptée sans discussion.

Nominations.

M. le président ouvre le scrutin pour la nomination d'un membre dans la section de médecine vétérinaire. Le premier tour de scrutin donne le résultat suivant :

MM. Delafond.	55
Leblanc.	31
Bouley fils.	5
	91

M. Delafond, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie, sauf approbation du pouvoir exécutif.

Discussion sur le rhumatisme articulaire.

M. Malgaigne cherche à résumer les propositions qu'il avait voulu développer dans la dernière séance ; puis, arrivant à la question du rhumatisme articulaire aigu, il dit que, si tous les traitements paraissent donner des résultats également avantageux, c'est parce que les observations à l'aide desquelles on apprécie ces traitements sont incomplètes. Nous l'avons déjà vu pour celles du rapport, et on l'a fait remarquer avec beaucoup de raison ailleurs pour celles publiées par les auteurs.

Un des vices principaux des appréciations thérapeutiques médicales touchant le rhumatisme et aussi touchant beaucoup d'autres maladies, c'est de ne tenir aucun compte de la marche de la maladie abandonnée à elle-même, de son histoire naturelle, si l'on peut ainsi dire. Si, en effet, la maladie guérit naturellement, quelle nécessité y a-t-il d'employer un traitement énergique? Quel honneur surtout peut-on faire à ce traitement de la cure obtenue ?

Les médecins n'essaient donc pas assez de l'expectation, et, quand ils en font, ils ne la font pas avec toutes les précautions convenables ; ainsi, une des premières, c'est de soustraire les malades à l'influence des causes qui ont produit la maladie, et c'est ce qu'on ne fait pas pour les rhumatisants, qu'on laisse souvent s'exposer à l'air frais qu'ils sont naturellement portés à rechercher à cause de la chaleur qu'ils éprouvent.

M. Malgaigne termine en disant qu'il préfère la méthode d'Hippocrate, qui basait le traitement sur le *pronostic*, à la méthode de nos médecins, qui le fondent sur le *diagnostic* et l'*autopsie*. On a accusé la méthode d'Hippocrate d'être une méditation devant la mort; j'aime encore mieux cela que la méthode actuelle, qui est une méditation *après* la mort.

M. Rochoux. Messieurs, l'histoire des phlegmasies forme la partie la mieux connue, ou si vous voulez la moins obscure de la pathologie. Pour quiconque les a étudiées avec un peu de soin, ce sont, à tous égards, des maladies nettement définies. La discussion actuelle achèvera, j'espère, d'en fournir la preuve. Mais il faut pour cela continuer à prendre d'un peu haut la question débattue devant vous. C'est aussi le meilleur moyen de bien juger le mémoire de M. Dechilly, et le rapport de notre savant collègue. A cet effet je crois devoir revenir sur quelques-uns des principaux points concernant l'histoire du rhumatisme qui ont déjà attiré mon attention.

Le caractère franchement inflammatoire de ses symptômes ne saurait être l'objet du moindre doute. En voici la preuve. Dans certains cas de variolet, quand des symptômes phlegmasiques se montrent d'une façon très prononcée, les saignées, sans guérir le mal principal, produisent le plus grand bien. Certains accidents primitifs de la syphilis, compliqués d'un état inflammatoire local intense, sont singulièrement atténués par les antiphlogistiques. Or si dans des maladies non inflammatoires le langage des symptômes d'inflammation est vrai, pourrait-il être faux dans le rhumatisme? Assurément non. La facilité à changer de place est un fait incontestable; mais on le voit dans d'autres phlegmasies, et sa fréquence pourrait bien avoir été exagérée. En effet, on a souvent pris pour un déplacement réel de la douleur son augmentation ou sa diminution dans des parties déjà affectées, c'est-à-dire le phénomène signalé par Hippocrate en ces termes : *Duobus doloribus simul obortis, non eodem in loco, vehementior obscurat alterum* (1). Au reste, la facilité du rhumatisme à se déplacer serait aussi grande qu'on le dit, qu'elle ne l'empêcherait pas d'être une phlegmasie, et trouverait son explication bien naturelle dans la texture différente des parties affectées. Si cette importante circonstance, à laquelle personne ne paraît songer, ne permet pas d'établir une identité complète entre le rhumatisme, par exemple, et la pleurésie, elle ne va pas jusqu'à détruire l'analogie fondamentale des deux affections; elle ne saurait non plus empêcher les caractères inflammatoires de la dernière de se montrer à l'autopsie; car depuis 1814, époque où j'ai soutenu contre M. Chomel (2) l'existence de l'inflammation des synoviales dans le rhumatisme articulaire (3), plus de trente faits confirmatifs de mon opinion ont été publiés. Enfin dans aucune autre maladie la couenne du sang dite inflammatoire n'est, suivant la remarque chaque jour confirmée de Sydenham, aussi marquée que dans le rhumatisme (4).

Ses causes, d'où dépend sa nature, sont celles des phlegmasies, c'est-à-dire, pour les 19/20 au moins, l'action des *agents physiques*, action générale par essence et se faisant sentir sur toute l'économie. On a froid, dit-on, jusque dans la moelle des os. Il y a au fond de cette exagération beaucoup de vérité. En réalité, le froid pénètre profondément l'économie, et je ne vois pas trop pourquoi la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux échapperait plutôt à son influence que la plèvre ou le péricarde. En général l'étude des causes des maladies nous montre bien plus leur action directe, qu'elle ne permet de constater ces métastases, ces rétrocessions, ces sympathies, auxquelles on continue encore à faire jouer un si grand rôle pathogénique. Il faut aussi le dire très haut et le répéter souvent, l'action des agents physiques n'amène pas toujours dans nos tissus des désordres matériels appréciables. Un très grand nombre de mouvements pyrétiques produits par cette cause sont sous ce rapport vraiment essentiels, et pourraient par conséquent s'observer très souvent dans le rhumatisme, sans fournir le moindre argument contre sa nature inflammatoire, dont la dernière preuve se trouve dans les résultats de la thérapeutique.

Les faits particuliers propres à éclairer dans ses détails le traitement du rhumatisme manquent à la science, voulût-on y ajouter les observations parfaitement insignifiantes du mémoire, qui ont eu la chance d'obtenir les éloges de M. Bouchardat. En pareil état de choses, l'accord à peu près unanime des sommités médicales pour recommander les antiphlogistiques doit être pris en sérieuse considération. M. Legroux, autrefois partisan très prononcé de leur emploi, aurait, dit-on, changé d'opinion. Pourquoi pas? Mais il n'en a pas été de même de Sydenham. A la vérité il a reconnu, comme l'a fait depuis Bosquillon, que les saignées portées trop loin avaient pour effet d'affaiblir les malades, de retarder leur convalescence et de les exposer aux rechutes. Il a cherché à les suppléer par l'usage du petit lait et d'une diète sévère, c'est-à-dire par d'autres antiphlogistiques; et malgré tout cela il déclare, à la page suivante, qu'il y a des cas où l'on ne peut pas se dispenser de faire deux ou trois saignées (1). Hoffman est du même avis, et s'appuie de l'autorité de Baillon, Ch. Lepoit, Rivière, Rotal, etc. (2). Aujourd'hui même personne dans cette enceinte n'oserait absolument proscrire les saignées. M. Grisolles, tout le premier, s'en garderait bien. Espérons donc que les efforts pour combattre la nature inflammatoire du rhumatisme dont nous sommes témoins seront les derniers, aussi bien que la discussion du rapport sur la peste a enterré le système fracastorien des médecins marseillais.

En attendant, Messieurs, et pour clore en ce qui me concerne la discussion conformément au désir de M. Martin-Solon, qui demande que l'on adopte ou que l'on combatte ses conclusions, je vais conclure à ma manière en tirant hardiment d'une vérité démontrée toutes les conséquences qui en découlent. Mais avant, je dois dire que la *monarthrite*, plus ou moins susceptible de dégénérer en tumeur blanche, différant, suivant M. Malgaigne, du rhumatisme articulaire, se trouve par cela même en dehors de la discussion, et que, si la *duarthrite* est, comme l'assure en outre notre savant collègue, une affection vraiment rhumatismale, il n'y a pas de motif pour s'en occuper particulièrement. Pour dernière remarque, il me faut aussi appeler votre attention sur une pensée qu'on ne doit jamais perdre de vue quand il s'agit de thérapeutique, c'est que beaucoup de malades guérissent malgré l'intensité de leur mal, malgré l'inopportunité des remèdes, malgré les fautes du médecin. Il y a plus, on lui fait souvent honneur en pareil cas d'avoir tiré le pauvre patient des dangers dans lesquels il l'a plongé. Cette réflexion faite, je dirai que, puisque le rhumatisme articulaire aigu simple est une phlegmasie, le traitement par les vésicatoires est souverainement irrationnel. Le nitre à haute dose, qui paraît agir comme antiphlogistique, est un remède insuffisant dans les cas intenses. A plus forte raison doit-il en être de même du sulfate de quinine, à moins qu'il ne possède une vertu spécifique dont la preuve est à donner. L'opium, si justement proscrit par Sydenham, est funeste au début du mal, et je pourrais citer plus d'un exemple où il a contribué à la mort de malades qui, mieux traités, eussent très assurément guéri. Enfin, si l'on me demandait dans quels cas la décoction concentrée de gaïac, qui a reçu autrefois un accueil très favorable de votre part, peut être utile, ma réponse serait : Je n'en sais rien. En conséquence, je propose tout simplement pour le mémoire de M. Dechilly le dépôt aux archives et des remerciments à l'auteur.

M. Parchappe. C'est à bon droit qu'une question, qui à son origine semblait devoir se borner à l'appréciation d'une médication, est devenue une grave question de doctrine. En effet, M. Dechilly n'a pas présenté sa méthode de traitement du rhumatisme aigu par les vésicatoires comme une médication purement empirique, il lui a attribué une portée rationnelle. Il a dit que les vésicatoires ont pour effet d'expulser la matière rhumatismale qui n'est pas éliminée par les saignées L'honorable auteur du rapport sur le mémoire de M. de Chilly a motivé sa préférence pour l'emploi du nitrate de potasse, par l'action de ce sel sur le sang, dont il liquéfie la fibrine. Enfin, les partisans anciens et modernes de la méthode de traitement par les saignées s'appuient pour le préconiser sur des doctrines médicales et invoquent les uns la nature inflammatoire de la maladie, les autres l'état du sang.

C'est donc véritablement de la nature du rhumatisme qu'il s'agit, et cette question importante ne pouvait pas être effleurée par l'Académie de Médecine.

Cette question touche à toute la médecine. Elle a d'étroites connexions avec les questions les plus fondamentales et les plus controversées de la science, l'essentialité des fièvres et les diathèses. Elle implique l'appréciation des doctrines de Frank, de MM. Bouillaud et Piorry sur la nature de la fièvre inflammatoire, et des opinions de M. Bouillaud sur les caractères et la fréquence de l'endocardite.

Ainsi s'expliquent le développement donné dans le sein de l'Académie à la question du rhumatisme et la possibilité de vous demander avec convenance quelques instants d'attention après une longue discussion. Je sens toutefois la nécessité de me restreindre. Je supprimerai autant que possible les détails, me contentant de toucher sommairement aux points essentiels.

Il est avant tout d'importance première de fixer bien nettement le sujet de la question.

Le nom de rhumatisme a eu pendant longtemps une acception fort vague, et, malgré les efforts persévéramment tentés depuis Baillon, il n'est pas encore aujourd'hui suffisamment précisé dans sa signification et dans ses applications.

Les médecins anciens, aussi bien que les médecins modernes peut-être, avaient compris l'importance de distinguer nettement des maladies qui ont de l'analogie dans leurs causes, leur siége, leur nature et qui pourtant sont essentiellement différentes.

Permettez-moi, Messieurs, pour vous prouver combien peu sont nouvelles les questions qui nous occupent, de vous citer ce fragment :

« Le vulgaire des médecins qui ignore la nature du rhumatisme l'appelle habituellement arthrite générale.

» Il y a en effet dans les deux maladies douleur des articulations; mais les deux maladies diffèrent, en ce que dans l'arthrite les articulations seules sont douloureuses; tandis que dans le rhumatisme, non-seulement les articulations, mais le corps tout entier souffre; savoir : l'espace intermédiaire aux articulations, notamment les muscles et leurs membranes, et surtout le périoste et toute l'habitude du corps ; bien plus, les parties internes du corps éprouvent quelquefois l'affection rhumatismale, l'estomac, les intestins, l'utérus, le poumon.

» Cette maladie n'est pas nouvelle; mais elle a été insuffisamment décrite par les anciens.

» La cause prochaine et immédiate de cette affection est une humeur séreuse qui, à cause de sa ténuité, ne détermine pas de tumeur dans les parties, et à cause de sa nature ne produit pas de suppuration, mais seulement une disposition inflammatoire provenant de l'échauffement du sérum.

» Le siége de la douleur, dans les muscles, leurs membranes et le périoste.

» Le séjour au lit et l'immobilité, imposés aux malades par leurs souffrances, servent à établir le diagnostic différentiel, que viennent puissamment aider les symptômes qui accompagnent cette affection.

» Il y a chaleur âcre dans les parties douloureuses. Il y a presque toujours une fièvre, peu violente, qui manque quelquefois.

» Le sang qu'on retire est tout à fait corrompu, épais et glutineux; après plusieurs saignées il contient une grande quantité de sérum. Il est si changé, qu'il a perdu l'aspect du sang.

» Après la cessation ou dans les rémissions de la douleur, il ne demeure aucune faiblesse dans la partie, au contraire de ce qui arrive dans l'arthrite.

» Cette maladie compromet rarement ou même jamais la vie, mais emprunte à sa longueur une fâcheuse gravité. Si elle est sans fièvre, elle dure deux ou trois mois, et peut se prolonger, surtout si elle est mal traitée, pendant une ou plusieurs années.

» Si le rhumatisme s'accompagne de fièvre au début, sa durée est plus courte, mais les douleurs qu'il cause sont atroces. Il guérit ou perd au moins sa plus grande intensité dans une période de 20 ou de 40 jours.

» Les indications du traitement sont de révulser, adoucir et évacuer la matière morbifique, de corriger l'intempérie des viscères et de conserver les forces dans toutes les parties, tant celles qui envoient que celles qui reçoivent cette matière.

» *Moyens de traitement.* — De la veine ouverte indifféremment à l'un ou l'autre bras, on retirera 8 à 9 onces de sang.

» Au commencement de la maladie, il faut retirer du sang tous les jours, jusqu'à ce qu'il y ait rémission de la maladie et diminution des douleurs. Il importe peu si l'on retire du sang pendant 10, 12 jours ou même davantage; car cette maladie a ceci de particulier, que les fréquentes saignées ne dépriment pas les forces comme dans les autres maladies. Aussi, ai-je pour habitude, dans les affections de ce genre, pour ne pas effrayer les malades ou les assistants par une répétition si fréquente de la saignée, d'apporter à une prescription cette restriction, de continuer les saignées de chaque jour jusqu'à ce que les douleurs soient diminuées ou les forces notablement débilitées. Comme tout en continuant l'usage de ces évacuations quotidiennes la diminution des forces n'apparaît pas, les malades les supportent bien, et consentent volontiers à l'emploi réitéré des saignées. Cette tolérance est rendue facile par la condition du sang, qui, dans cette maladie, se montre toujours très corrompu tant qu'on en retire.

» L'expérience prouve l'utilité de ces abondantes évacuations de sang. En les continuant avec soin, il n'est pas rare de triompher en un temps assez court d'une maladie qui est ordinairement longue.

» Les purgations au début, dans l'augment et dans l'état de cette maladie, ne sont d'aucun secours, et sont même nuisibles en irritant la fluxion et la douleur, comme dans toutes les dispositions inflammatoires. Elles sont nécessaires au déclin.

» On doit en dire autant des sudorifiques. »

(*Praxeos medicæ*, l. XV, c. 3, 1re éd. 1653, éd. 1664.)

Ce fragment est extrait du *Traité de Pratique médicale* publié par Rivière en 1653. A entendre ce médecin français, antérieur à Sydenham, ne semblerait-il pas, sauf quelques nuances de langage appartenant aux doctrines du temps, qu'il s'agit de l'un de nous intervenant aujourd'hui même dans cette discussion?

Il est donc, avant tout, indispensable de bien fixer le sujet de la discussion. C'est du rhumatisme articulaire aigu, pyrétique, de la fièvre rhumatismale qu'il s'agit, et non du rhumatisme musculaire, ni de l'arthrite goutteuse, ni de l'arthrite proprement dite de cause quelconque, ni par conséquent et surtout de l'arthrite chronique et des tumeurs blanches.

La question de la nature du rhumatisme articulaire aigu, envisagée surtout au point de vue thérapeutique, me paraît devoir se résoudre par l'une ou l'autre de ces propositions : ou le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, une fièvre rhumatismale, comprenant dans son développement, comme symptôme essentiel, les lésions articulaires ; ou il est une maladie locale, ou plutôt le développement simul-

(1) *Aphor.* 46, sect. 11.

(2) *Essai sur le rhumatisme*; juin 1813.

(3) *Recherches sur l'Apoplexie*, 1re édition, p. 102; et 2e édition, p. 172.

(4) *Opera medica.* Tome Ier, cap. V. *Rhumatismus*, p. 171.

(1) *Opera medica*, tome Ier; *Epist. responsoria*, p. 200.

(2) *Opera omnia*, tome II; *Med. syst. ration.*, pars 2, p. 321.

tané et successif de plusieurs maladies locales ayant leur siége à l'intérieur et à la périphérie des articulations.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale, on doit considérer sa nature comme encore inconnue, ou au moins imparfaitement connue; car tel est l'état de la science en ce qui concerne les maladies générales.

Et comme ces maladies représentent incontestablement, d'après tous les enseignements de l'expérience depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, un développement morbide qui a des phases définies, une durée déterminée et en quelque sorte fatale, c'est le cas pour le médecin de ne pas aspirer à un rôle impossible, celui qui consisterait à faire avorter, à juguler une telle maladie. C'est le cas d'adopter pour principe cette maxime *sequere naturam*, qui est la formule la plus élevée de cette méthode expectante que beaucoup de médecins de nos jours, soit à Paris, soit en province, savent aussi bien qu'à toute autre époque comprendre et appliquer.

Si le rhumatisme articulaire aigu est une maladie locale, grâce aux progrès de la science, sa nature ne peut demeurer inconnue; car s'il est vrai de dire qu'au point de vue philosophique il nous échappe toujours quelque chose de la nature des maladies, de la nature même de l'inflammation, sujet de tant d'études et de tant de travaux, néanmoins les maladies locales sont, au point de vue médical, suffisamment connues. C'est alors le cas de prendre pour principe de la thérapeutique cette autre maxime non moins féconde en heureux résultats, malgré ses abus : *Principiis obsta*.

Or, le rhumatisme articulaire aigu dans lequel une fièvre forte ou légère précède, accompagne, suit des lésions qui, comme affections locales, se propagent dans tout le corps, est une maladie générale. Le temps ne me permet pas d'insister sur les motifs de cette conviction, qui est au reste celle de la plupart des médecins. Le rhumatisme articulaire aigu et pyrétique n'est donc pas une de ces maladies qu'on puisse espérer de faire avorter, de juguler par un traitement quelconque. Il est une de ces maladies dans lesquelles on doit recourir à cette médecine expectante, qui n'est pas l'*expectatio mortis* si souvent reprochée à ceux qui ont conservé des doctrines hippocratiques, ce qu'a confirmé l'observation de tous les siècles, et qui, tout en profitant, pour mieux connaître les maladies, des immenses ressources créées par les progrès du diagnostic et de l'anatomie pathologique, se gardent bien de négliger l'appréciation des causes et de la marche, ces éléments essentiels de la nature des maladies.

Cette méthode expectante comporte, outre la connaissance aussi complète que possible de la nature de la maladie, l'emploi de tous les moyens propres à satisfaire les indications qu'elle présente, propres notamment à abréger la durée de la maladie, à diminuer les accidents, à prévenir les complications et le passage à l'état chronique.

Mais si le temps ne me permet pas de développer les motifs qui doivent faire considérer le rhumatisme articulaire pyrétique comme une maladie générale, au moins dois-je discuter sommairement l'opinion contraire, qui le considère comme une maladie locale de nature inflammatoire.

On invoque à l'appui de cette opinion la nature inflammatoire des phénomènes locaux, la nature de la fièvre concomitante, qui est une synoque inflammatoire; l'état du sang, qui donne constamment naissance à la couenne inflammatoire; la nature des complications, qui sont des inflammations; enfin, l'utilité du traitement antiphlogistique.

Je dois d'abord écarter ce dernier ordre de preuves. Je n'accepte pas l'autorité de l'axiome : *Naturam morborum ostendit curatio*. Toutes les doctrines invoquent à l'appui de leurs théories les bons effets du traitement que ces théories conduisent à préférer. Cette formule implique presque nécessairement un cercle vicieux.

La nature inflammatoire des lésions articulaires, lors même qu'elle ne serait pas contestée, ne prouve pas la nature inflammatoire de la maladie elle-même. Il y a des maladies qui ne sont pas de nature inflammatoire et qui comprennent dans leurs manifestations des lésions locales qui vont jusqu'à la suppuration, la variole. On peut dire la même chose des complications.

Quant à l'état du sang, il n'a pas toute l'importance qu'on lui a attribuée. Je suis loin de contester que la prédominance de la fibrine dans le sang, qui est la principale condition de la formation de la couenne au moment de la coagulation, ne soit, par sa coïncidence avec les phlegmasies, un fait considérable, qui puisse être légitimement considéré comme un des indices de la diathèse inflammatoire. Et je consens très volontiers à l'application qui peut et qui doit être faite de ce point de doctrine au rhumatisme articulaire aigu. Néanmoins, je suis certain que le rôle de la prédominance de la fibrine a été exagéré.

Je n'abuserai pas de l'attention qui m'est si bienveillamment prêtée pour exposer ici les résultats de longues recherches depuis longtemps entreprises sur le sang dans l'état physiologique et pathologique. Je crois utile pourtant de faire remarquer que les méthodes d'analyse quantitative sur lesquelles on s'est appuyé dans des travaux dont je suis loin de contester l'immense valeur laissent beaucoup à désirer pour l'exactitude des résultats. Ainsi, dans la détermination de la quantité des globules du sang, on n'a pas fait attention que les globules, dans le sang, sont constitués de manière à contenir une quantité considérable d'eau d'organisation qu'ils perdent par la dessiccation, et dont on ne tient aucun compte dans les calculs à l'aide desquels on répartit dans le sang les proportions des divers éléments constituants.

Ainsi, dans la détermination de la quantité de la fibrine, on rapporte cette quantité à la totalité du sang; tandis qu'on devrait, pour appréoier exactement l'état du sang, rapporter la quantité de la fibrine à la quantité du plasma, source unique de la fibrine. On s'expose ainsi à conclure de l'analyse, suivant que la proportion des globules varie, des variations de proportion de fibrine dans des cas où cette proportion est restée la même, sinon par rapport à la masse du sang, au moins par rapport au plasma.

Ces imperfections d'analyse ont, sur les résultats obtenus, une influence considérable dont j'ai signalé la portée dans des études que je me propose de communiquer à l'Académie.

La prédominance de la fibrine dans le sang est donc loin d'avoir, à mon avis, l'importance qui lui est assignée. Pour s'en convaincre, ne suffirait-il pas de savoir que le sang de cheval dans son état physiologique, en raison de la proportion des globules au plasma, présente les conditions de prédominance de fibrine et de formation de couenne qui dans le sang humain sont considérées comme l'indice absolu d'un état morbide ?

En résumé, je crois devoir conclure :

Que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie pyrétique générale ;

Que le traitement de cette affection ne doit pas avoir pour but de la supprimer dans son développement;

Que la méthode antiphlogistique me paraît préférable aux autres, en raison de la diathèse inflammatoire à laquelle se rattache cette maladie ;

Que les vésicatoires, ressource utile, ne peuvent être approuvés comme méthode générale de traitement.

M. Martin-Solon résume les objections qu'on lui a adressées, et n'y trouve rien qui s'oppose aux conclusions de son rapport.

M. Bouillaud demandant la parole, la discussion est renvoyée à une séance supplémentaire qui aura lieu samedi prochain à trois heures.

Hypertrophie de la rate.

Malgré l'heure avancée, M. Marchal (de Calvi) fait une communication extrêmement intéressante et écoutée avec un vif intérêt sur un cas d'hypertrophie de la rate.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES.

Choléra. — On signale de nouveau quelques cas de choléra dans la province saxonne de la Prusse, district de Magdebourg. On annonce aussi l'existence d'affections cholériformes en Belgique et même quelques exemples de choléra bien dessiné. Tout nous fait espérer que ces cas isolés n'auront pas plus de conséquences que ceux que nous avons observés il y a quelques mois à Paris, et qu'ils ne seront nullement le prélude d'une épidémie.

—Une lettre de Montpellier, qui nous arrive à l'instant, nous apprend que le concours ouvert à la Faculté de cette ville pour la chaire de clinique chirurgicale vacante par la mort du professeur Serre est terminé.

Le jury a proclamé M. Alquié, ancien agrégé et chef des travaux anatomiques.

— M. le docteur Levrat aîné a été réélu, par la Société nationale de médecine de Lyon, membre de la commission permanente de vaccine.

— On lit dans l'*Akbar*, d'Alger :

« Le service de santé de l'armée vient de faire une perte cruelle. M. le docteur Renaut, chirurgien-major et chirurgien en chef des ambulances de l'armée, est mort le 25 mai. Le docteur Renaut comptait vingt-cinq années de services et autant de campagnes que d'années de services.

» Il n'avait pas encore atteint l'âge de quarante-sept ans, étant né le 26 décembre 1803, aux Verreries-Sainte-Anne, département de la Meurthe. »

Malgré le vif désir que nous en aurions, nous ne pouvons insérer aujourd'hui une nouvelle lettre que nous avons reçue de M. Bouillaud. Notre savant confrère verra lui-même par la disposition des matières du journal que cela nous a été impossible. Ce sera donc pour le prochain numéro.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 8 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 68.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Rhumatisme articulaire. Affection du foie. Maladie de la moelle? — Nous avons observé au n° 9 de la salle St-Joseph de l'hôpital de la Charité, service de M. Cruveilhier, une malade dont l'affection, déjà fort intéressante par elle-même, acquiert encore un nouvel intérêt dans les circonstances où nous nous trouvons.

Cette femme, âgée de trente-six ans, boulangère, d'une excellente santé habituelle, parfaitement réglée, n'ayant jamais eu de douleurs dans les articulations ni ailleurs avant la maladie dont elle est actuellement atteinte, fut prise, il y a six mois environ d'une douleur dans l'hypochondre droit, accompagnée bientôt d'une teinte jaunâtre de la peau de la face et d'une céphalalgie par moments assez vive, mais habituellement modérée et permanente. Des frictions furent d'abord faites sur l'hypochondre douloureux; puis, deux cautères y furent appliqués à 12 centimètres environ l'un de l'autre; ces cautères furent cicatrisés au bout de quinze jours, et la malade, voyant son état rester à peu près le même, quitta la Bourgogne, qu'elle a toujours habitée, pour venir chez ses enfants se faire soigner à Paris.

Il y a trois mois, l'état de la malade étant toujours à peu près le même, c'est-à-dire fort peu grave, elle mit ses pieds à l'eau ayant ses règles; celles-ci se supprimèrent subitement, et dès le même jour ou le lendemain, les souvenirs un peu vagues de la malade ne permettent pas une affirmation précise à cet égard, des douleurs suivies d'une fièvre assez intense se déclarèrent sur les genoux et aux coudes-pieds; la fièvre fut par instants assez vive les jours suivants pour provoquer du délire. La teinte jaune de la face augmenta considérablement, mais la douleur de l'hypochondre resta à peu près la même. 15 sangsues furent néanmoins appliquées sur cette région, et des tisanes prescrites à la malade. Au bout d'un mois, les douleurs des articulations avaient notablement diminué; celle de l'hypochondre était devenue moindre encore; mais de nouvelles douleurs s'étaient fait sentir le long de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Dans cet état, la malade entra à l'hôpital le 18 avril dernier.

A son entrée, tous les symptômes que nous avons énumérés existaient encore, et de plus il sembla que les membres inférieurs étaient affaiblis, que la motilité y était diminuée; la sensibilité elle-même y parut un peu moindre; la malade dit y avoir éprouvé et y éprouver encore de temps en temps des fourmillements. La teinte jaune de la face était assez prononcée, mais ne s'étendait pas néanmoins aux sclérotiques.

Des fomentations avec un liniment calmant furent faites sur les articulations malades, qu'on entoura de flanelle imbibée du même liniment; une tisane calmante et de l'eau de Vichy furent prescrites.

Aujourd'hui, la malade se trouve à peu près dans le même état que lorsqu'elle est entrée, si ce n'est que les mouvements des genoux et des coudes-pieds sont moins douloureux, quoique toujours difficiles.

L'examen permet de constater l'état suivant :

Teinte jaune peu prononcée de la face, mais non des sclérotiques; rebord du foie descendant à 5 centimètres environ au-dessous des fausses côtes; douleur légère à l'hypochondre droit, augmentant par la pression; douleur très légère vers la partie inférieure de la colonne vertébrale et aux lombes; douleurs et tuméfaction peu prononcées aux deux genoux et aux coudes-pieds, où les mouvements sont difficiles et douloureux; la malade ne peut se tenir sur ses jambes; les mouvements des membres inférieurs sont néanmoins faciles dans le lit; la sensibilité de la peau n'y paraît pas moindre qu'ailleurs; point de fièvre; cœur normal; appétit peu développé.

Dans les symptômes divers que nous offre cette malade, il y en a quelques-uns dont la signification est parfaitement claire; il en est d'autres, au contraire, qui doivent laisser plus de doute dans l'esprit. Ainsi, il est bien évident que le foie est développé anormalement, qu'il est douloureux, qu'il y a là une congestion hépatique, sinon une hépatite bien caractérisée. Il n'est pas moins évident que les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes ont été atteintes par l'inflammation, et qu'elles en conservent encore quelques symptômes. Mais y a-t-il à cette double lésion anatomique l'hépatite et l'arthrite une cause commune? Les douleurs de la colonne vertébrale sont-elles de même nature que celles des articulations? La difficulté des mouvements des membres inférieurs tient-elle exclusivement aux douleurs articulaires, où bien ont-elles leur origine dans une altération de la moelle? Voilà autant de questions qu'il serait intéressant de pouvoir résoudre et sur lesquelles il ne sera pas inutile de nous arrêter un instant.

Celle qui nous paraît dominer les deux autres, c'est d'abord celle de savoir si les diverses lésions éprouvées par la malade sont dues à une même cause? Or la réponse affirmative à cette question nous paraît infiniment probable. La simultanéité du développement des diverses douleurs, l'analogie de leur caractère ne peuvent guère laisser de doute à cet égard. D'un autre côté, il n'est guère possible de méconnaître que ces douleurs, par leur siége sur les articulations, par leur mode de développement, se présentent avec tous les caractères des douleurs rhumatismales.

Or, si telle est réellement leur nature, il n'est pas indifférent de le savoir non-seulement sous le rapport pathogénique, puisqu'il résulte de ce fait une vérité encore controversée dans la discussion pendante devant l'Académie, à savoir: que l'état local dans le rhumatisme est un état accessoire, et seulement l'indice d'un état général qui doit surtout appeler l'attention des praticiens; mais il en résulte encore une autre conséquence importante au point de vue du pronostic, c'est que ces affections rhumatismales, celle de la moelle surtout, dans le cas où la moelle serait atteinte, doivent laisser beaucoup plus d'espoir pour la guérison que des affections d'une autre nature qui se seraient prolongées aussi longtemps. Il en est presque des anesthésies ou des paralysies rhumatismales comme des anesthésies hystériques : après avoir duré des mois et même des années, on les voit cesser tout à coup au moment où l'on aurait pu désespérer de leur guérison, si l'on n'avait point eu égard à leur véritable nature, ce qui arrive trop souvent dans la pratique et ce qui fait la fortune des charlatans ou des nouvelles méthodes. Nous avons donc le plus grand espoir de voir la malade dont nous venons de tracer succinctement l'histoire revenir à un état complet de santé, soit que la moelle se trouve intéressée, soit qu'elle soit entièrement saine, ce qu'il est assez difficile de décider.

Cautérisation transcurrente dans la sciatique. — Quoique l'attention des médecins ait été plusieurs fois déjà appelée sur la cautérisation transcurrente dans le cas de névralgie, ce moyen n'est peut-être pas aussi généralement employé qu'il le mérite. Aux faits que nous avons déjà publiés, et qui prouvent son utilité, nous croyons devoir ajouter le suivant, qui nous est communiqué par M. Dollé, pharmacien à Wallincourt (Nord), ancien pharmacien des hospices de Reims.

Adolphe Colény, tisseur à Clary (Nord), âgé de trente ans, après avoir été exposé, le 2 février dernier, toute la journée à une pluie continuelle, fut atteint de névralgie sciatique intense ne dépassant pas le creux du jarret.

L'officier de santé de la commune eut recours à tous les moyens thérapeutiques usités en pareil cas : liniments calmants, vésicatoires pansés avec les sels de morphine, etc.; rien ne put calmer les douleurs du malade, douleurs qui étaient intolérables, surtout pendant les nuits, qui se passaient complétement sans sommeil.

La femme du malade, désespérée, vint à ma pharmacie et me pria de tâcher de procurer du soulagement à son mari. Guidé par le désir d'être utile au pauvre malade, je décidai cette femme à employer la cautérisation par le feu. Privé d'un cautère olivaire, je prescrivis de faire passer un tisonnier chauffé à blanc depuis le haut de la cuisse en arrière jusqu'à son quart inférieur. La cautérisation fut faite par la femme du patient le jour même, 19 avril, à minuit, au moment où les douleurs étaient toujours au paroxisme de la violence. J'obtins le succès le plus complet, comme me l'annonça toute joyeuse la femme le lendemain. Le malade, qui depuis le 2 février n'avait pas dormi, dormit profondément toute la nuit. La cicatrisation de la brûlure mit un mois à s'opérer; le malade marche très librement, et n'a depuis ce temps ressenti aucune douleur.

ENGORGEMENT ÉNORME DE LA RATE,

Suite de fièvre intermittente paludéenne. Engorgement du foie. Hémorrhagie cérébrale à foyers innombrables. — Mort.

Par M. MARCHAL (de Calvi).

La communication faite à l'Académie dans l'avant-dernière séance par l'honorable M. Grisolle me fournit l'occasion de communiquer à mon tour à cette Compagnie un cas analogue qui, peut-être, paraîtra encore plus extraordinaire.

Un homme d'une trentaine d'années, ayant fait un long séjour en Afrique, où il avait été, à diverses reprises, atteint des fièvres du pays, revint en France avec un engorgement considérable du foie, et surtout de la rate. Il avait le ventre très volumineux et empâté. Il était pâle, comme bouffi de tout le corps, et présentait, en un mot, les caractères de l'anémie consécutive aux fièvres intermittentes. Il n'avait plus d'accès.

Ayant constaté le volume énorme de la rate, je prescrivis, conformément aux idées de M. le professeur Piorry, le sulfate de quinine, dont je donnai une dose modérée (4 décigr.).

Le même jour, dans l'après-midi, le malade tomba tout à coup sans connaissance. On le coucha. Le coma était profond, la résolution des membres complète, l'insensibilité absolue, la pupille dilatée et immobile, la respiration stertoreuse. La mort eut lieu dans la nuit.

Je dois dire que cet homme, quoique relativement très affaibli, conservait encore assez de forces pour aller à la promenade dans les cours de l'hôpital, et assez d'appétit pour manger le quart de la portion. Il revenait de Vichy, dont les eaux n'avaient point modifié son état.

Je veux surtout faire entendre que rien ne pouvait présager une issue si promptement malheureuse.

L'autopsie nous fit reconnaître des lésions vraiment extraordinaires, non sans exemple, mais très rares, dont je vais mettre sous les yeux de l'Académie l'exacte représentation.

Ces lésions avaient pour siége l'encéphale, le foie et la rate. Les organes thoraciques n'offraient rien de particulier.

Le foie était plus volumineux que dans l'état normal décoloré, assez ferme. Je regrette d'avoir perdu l'indication de son poids et de ses dimensions. Quoi qu'il en soit, son volume était très sensiblement augmenté. Il n'y avait pas précisément d'ascite, mais les viscères abdominaux étaient plus humectés qu'ils ne le sont d'ordinaire, ce qu'il est aisé d'expliquer par la gêne que le sang de la veine porte devait éprouver à traverser les ramifications hépatiques de ce tronc veineux.

La rate était énorme. Frappé de ses dimensions, je la fis mouler immédiatement, et voici ce moule. Il mesure 40 centimètres dans son diamètre longitudinal, en suivant la convexité de l'organe, 22 centimètres dans son diamètre transversal, en suivant également la convexité de la rate, et enfin 87 centimètres de tour. Comme dans le cas de M. Grisolle, le tissu de la rate était ferme, sans trace de boue splénique.

J'arrive à l'encéphale, qui nous présenta des altérations telles, que jamais, pour mon compte, je n'avais rien vu de pareil. Il était criblé d'une multitude innombrable de foyers hémorrhagiques. Il y en avait dans les lobes, dans les couches optiques, dans la protubérance annulaire, dans le cervelet. Ces foyers, pour les dimensions, variaient du volume d'une grosse tête d'épingle à celui d'une grosse noix. Un seul des foyers offrait ces dernières dimensions.

J'ai fait dessiner quatre coupes de l'encéphale. Il en aurait fallu bien davantage pour donner une idée complète de l'ensemble des lésions. C'était, pour bien dire, à n'en pas croire ses yeux, surtout quand on réfléchissait que la vie organique avait pu, au milieu d'une telle immensité de profondes altérations encéphaliques, se maintenir pendant plusieurs heures.

Je mets sous les yeux de l'Académie les figures qui représentent les quatre coupes encéphaliques.

La première de ces figures offre une coupe transversale des deux hémisphères, au dessus des ventricules. On y voit plus de vingt foyers nettement circonscrits. L'un d'eux, le plus étendu, a près de 4 centimètres de longueur sur 2 de largeur. Entre les foyers de quelque étendue, règne un *sablé* hémorrhagique très fin, coupé çà et là de stries et de points rouges.

Toutes ces lésions affectent la substance blanche, à l'exception du plus gros foyer, qui s'étend un peu dans la substance grise.

La seconde coupe est inférieure à la précédente; elle montre à nu les ganglions strié et optique. On y compte aussi plus de vingt foyers, dont deux empiètent sur la substance grise, et dont le plus étendu, non-seulement de cette coupe, mais de tout l'encéphale, a 5 centimètres de longueur sur près de 4 centimètres dans sa plus grande largeur. Cet énorme foyer renfermait un caillot que j'ai fait dessiner en regard de la coupe, et qui offre une longueur de 3 centimètres sur plus de 2 centimètres en travers.

La figure 3 représente une coupe verticale des lobes. On y voit encore, mais en moindre nombre, des foyers hémorrhagiques, dont plusieurs sont très étendus. Il n'y en a que deux très petits dans la substance corticale.

Enfin, la quatrième figure représente une coupe verticale complète de l'encéphale, et montre, par conséquent, la coupe d'un lobe cérébral, des ganglions strié et optique correspondants, de la protubérance annulaire et d'un lobe cérébelleux. Malheureusement cette figure n'est pas aussi nette que les autres, à raison surtout de la multitude des détails et du peu de temps que le dessinateur pouvait consacrer à ce travail. Ce qu'il y aurait de mieux à faire pour représenter de telles pièces anatomiques serait d'y employer le daguerréotype. On voit dans cette quatrième figure un grand nombre de foyers, dont plusieurs, un notamment, sont d'une grande étendue. Il y en a une douzaine, dont un égale en étendue le volume d'une moyenne fraise, dans la seule coupe du lobe cérébelleux. Les ganglions strié et optique ont été très ménagés. Le ganglion strié, en particulier, n'offre qu'un faible semis de stries sanguines. La coupe de la protubérance montre plusieurs petits foyers.

Il est essentiel de faire observer que partout, dans les in-

tervalles des foyers hémorrhagiques, la substance cérébrale était saine.

J'ai fait de mon mieux pour décrire ces altérations; mais, quoique j'aie pu faire, je n'aurai certainement pas réussi à en donner une image aussi saisissante que celle dont nous fûmes frappés en contemplant la pièce anatomique.

Je ne terminerai pas sans exprimer toute ma gratitude envers l'auteur des figures que je viens de soumettre à l'examen de l'Académie, M. Prat, alors élève et mon aide préparateur à l'école du Val-de-Grâce, aujourd'hui chirurgien sous-aide-major, qui mit le zèle le plus empressé à faire ces dessins, au milieu d'un grand nombre d'obligations; et je tiens à honneur d'ajouter que jamais je n'ai rencontré dans nos élèves d'autres sentiments que ceux de l'affection la plus dévouée envers leurs maîtres.

Quelle est la pathogénie des hémorrhagies consécutives à des engorgements de la rate? Le sulfate de quinine prend-il part à la production de ces hémorrhagies? J'examinerai ces deux questions dans un mémoire que j'aurai l'honneur d'adresser prochainement à l'Académie.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert.

Atrésie presque complète de la vulve par une cicatrice vicieuse. — Opération autoplastique par la méthode de renversement de M. Jobert. Guérison.

Les cas d'atrésie de la vulve, sans être excessivement rares, ne sont cependant point assez fréquents pour que tous les praticiens aient pu apprécier la valeur relative des différentes méthodes proposées pour y remédier. On ne lira donc pas sans un vif intérêt la relation du fait suivant qui s'est présenté récemment dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, ainsi que les principes chirurgicaux qui ont été exposés à cette occasion par l'habile chirurgien.

Faisons d'abord connaître en quelques mots l'histoire et l'état de la malade.

Le 14 mars 1850, il entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert, salle Saint-Roch, n° 10, une petite fille nommée Marie Jensenn, âgée de sept ans. Cette enfant se porte bien habituellement; elle est forte; elle a de l'embonpoint; mais elle offre en divers points du corps un gonflement des extrémités articulaires avec incurvation des os, qui sont évidemment de nature rachitique.

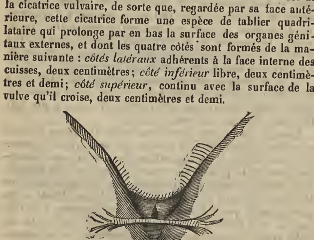
Il y a trois ans, pendant qu'elle était en nourrice, elle tomba dans un grand vase rempli de soupe bouillante, au milieu de laquelle, à ce qu'il paraît, elle demeura quelques secondes. Une vaste brûlure couvrit le siége et les reins de l'enfant, ainsi que la face interne des cuisses. Une abondante suppuration s'établit.

L'enfant fut laissée sans soins, les brûlures guérirent, mais en laissant après elles une difformité considérable pour laquelle elle entre aujourd'hui à l'hôpital.

Cette difformité est produite par une cicatrice qui offre les caractères suivants:



Examinée par sa face antérieure (*fig.* 1), la cicatrice forme une bride, sur laquelle viennent tomber les deux plis de l'aine. Cette bride a une étendue transversale de deux centimètres et demi; son bord est distant de deux centimètres de la cicatrice vulvaire, de sorte que, regardée par sa face antérieure, cette cicatrice forme une espèce de tablier quadrilataire qui prolonge par en bas la surface des organes génitaux externes, et dont les quatre côtés sont formés de la manière suivante: *côtés latéraux* adhérents à la face interne des cuisses, deux centimètres; *côté inférieur* libre, deux centimètres et demi; *côté supérieur*, continu avec la surface de la vulve qu'il croise, deux centimètres et demi.



Si, la malade étant placée sur le dos, on relève fortement les cuisses, on voit que la bride cicatricielle a une plus grande étendue en arrière qu'en avant; elle forme là un bord saillant d'une étendue de cinq centimètres, qui au delà se perd dans les cicatrices qui existent à la face postérieure des cuisses. Examinée dans cette position, la bride, ou bord libre de la cicatrice, se trouve distante de deux centimètres de la marge de l'anus. Ce bord libre a une épaisseur de trois millimètres.

A quels moyens fallait-il avoir recours pour remédier d'une manière efficace à cette cicatrice vicieuse si solide qui pouvait avoir plus tard de si graves inconvénients, non-seulement au point de vue du coït, mais encore au point de vue de la régularité de la fonction menstruelle? Plusieurs procédés, dit M. Jobert, ont été proposés pour atteindre ce but.

En première ligne se placent d'abord ceux de Dieffenbach et de Serre (de Montpellier), qui ont conseillé, par analogie avec l'opération qu'on pratique pour l'atrésie de la bouche, de déplacer la membrane muqueuse.

Le procédé de Dieffenbach, qui, ainsi que l'a établi M. Rigaud, appartient réellement à Werneck, consiste à exciser une portion de la commissure labiale en ayant soin de respecter la muqueuse. Cette portion de la lèvre ou plutôt de la joue enlevée, il incise la membrane muqueuse respectée; l'incision pratiquée d'avant en arrière est horizontale, et divise la membrane muqueuse en deux lambeaux qui sont rabattus en haut et en bas pour recouvrir les surfaces saignantes, puis ces deux lambeaux sont maintenus par un nombre suffisant de points de suture.

Comme on le voit, ce procédé offre beaucoup de difficultés, et peut facilement échouer. Il a cependant réussi plusieurs fois.

M. Velpeau a proposé de passer une double rangée de fils avant de couper la membrane muqueuse. Cette modification, peu importante d'ailleurs, doit offrir quelques avantages sous le point de vue de la rapidité, et surtout de la régularité de l'opération.

Le procédé de M. Serre consiste à disséquer la membrane muqueuse dans une assez grande étendue pour ourler le bord libre de la nouvelle lèvre; mais, comme il est facile de le comprendre, ce procédé, outre qu'il n'est pas toujours applicable, par la raison que souvent la membrane muqueuse est elle-même altérée; ce procédé, dis-je, doit-être douloureux.

La science chirurgicale en était là lorsque j'imaginai un nouveau procédé autoplastique par renversement. Beaucoup plus simple que les précédents, il est plus facilement et surtout plus promptement exécuté sans rien perdre de sa sûreté dans le résultat.

Dans cette opération, que j'ai décrite dans mon *Traité de chirurgie plastique*, dit M. Jobert, on distingue deux temps:

1° Le ravivement;

2° La réunion.

Premier temps. — Lorsque les lèvres de la plaie ou de l'ouverture accidentellement rétrécie ont été élargies, il faut tailler les surfaces de la manière suivante pour pouvoir les mettre en contact et les maintenir en rapport par la suture.

On doit toujours tailler en biseau un point ou toute la circonférence d'une ouverture naturelle aux dépens de la surface cutanée sans toucher aux parties molles qui soutiennent la membrane muqueuse. Ce premier temps peut se faire avec le bistouri ou des ciseaux. Il résulte de là une saillie correspondant à l'ouverture naturelle et une dépression excentrique plus ou moins profonde.

Deuxième temps. — Cette perte de substance étant opérée et l'ouverture naturelle agrandie, il suffit pour maintenir les parties en cet état de renverser en dehors le bord saillant et de le fixer sur le bord concave, c'est-à-dire surface saignante contre surface saignante. Ce temps de l'opération s'exécute avec les doigts, avec une épingle ou avec une aiguille armée d'un fil. Cela veut dire que le tout est maintenu en place par la suture entortillée ou entrecoupée.

La suture étant terminée, on a un rebord arrondi formé par le roulement de l'ouverture que l'on veut dilater. Par ce mode opératoire, la muqueuse devient apparente et d'interne externe, et seule elle forme la circonférence d'une ouverture par son renversement.

Les fils doivent être coupés au bout de trois ou quatre jours.

On n'est jamais exposé par cette méthode, ajoute M. Jobert, à la gangrène ou à des insuccès, puisque la réunion s'obtient sans difficulté, un excès d'inflammation n'étant pas à craindre, des fusées de pus ne pouvant avoir lieu et toutes les conditions de vitalité se rencontrant au plus haut degré dans les surfaces saignantes.

Quant à l'inflammation, on parvient presque toujours, sinon toujours, à la maintenir dans de justes limites en ayant la sage précaution de prescrire l'emploi de la glace.

Après avoir exposé ces principes de médecine opératoire, M. Jobert procède à l'opération de la manière suivante, après avoir laissé pendant quelques jours la malade s'acclimater dans l'hôpital.

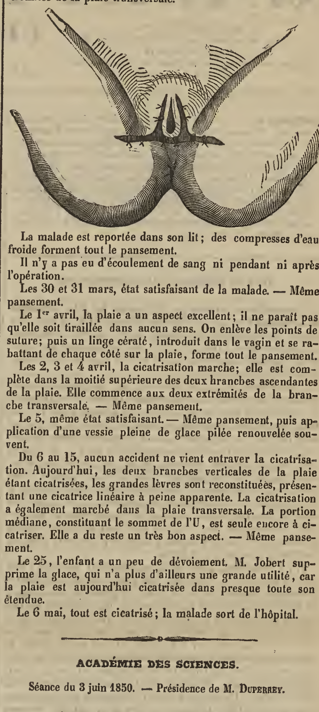
La malade étant soumise à l'influence du chloroforme et plongée dans une anesthésie complète, elle est placée comme pour l'opération de la taille.

Une sonde cannelée est introduite dans le petit orifice qui existe en haut de la vulve et appuyée contre la face profonde de la cicatrice en passant par l'ouverture. La cicatrice est alors incisée sur sa partie médiane directement d'avant en arrière et de haut en bas, et la lame du bistouri arrive dans la cannelure de la sonde. Quelques sections faites avec précaution du côté de l'anus permettent aux cuisses un écartement normal. On voit alors clairement que du côté de la vulve la cicatrice était superficielle; le canal vaginal est conservé. Il résulte de cette section médiane de la cicatrice et du retrait considérable des tissus qui la suit une plaie en forme d'U reposant sur une branche transversale. Les deux branches de l'U remontent dans la direction des grandes lèvres. La branche transversale s'étend de la partie interne d'une cuisse à la partie interne de l'autre.

De chaque côté, le chirurgien enlève avec les ciseaux coudés le bord externe de la plaie, qui était constituée par un tissu de cicatrice comme corné; puis il procède à la réunion en attirant la muqueuse vaginale et la fixant:

1° Par deux points de suture de chaque côté aux bords externes des branches de l'U;

2° Par deux points de suture au bord inférieur de la branche transversale dans sa portion médiane; enfin, par deux points de suture de chaque côté affrontant les bords des extrémités de la plaie transversale.



La malade est reportée dans son lit; des compresses d'eau froide forment tout le pansement.

Il n'y a pas eu d'écoulement de sang ni pendant ni après l'opération.

Les 30 et 31 mars, état satisfaisant de la malade. — Même pansement.

Le 1er avril, la plaie a un aspect excellent; il ne paraît pas qu'elle soit tiraillée dans aucun sens. On enlève les points de suture; puis un linge cératé, introduit dans le vagin et se rabattant de chaque côté sur la plaie, forme tout le pansement.

Les 2, 3 et 4 avril, la cicatrisation marche; elle est complète dans la moitié supérieure des deux branches ascendantes de la plaie. Elle commence aux deux extrémités de la branche transversale. — Même pansement.

Le 5, même état satisfaisant. — Même pansement, puis application d'une vessie pleine de glace pilée renouvelée souvent.

Du 6 au 15, aucun accident ne vient entraver la cicatrisation. Aujourd'hui, les deux branches verticales de la plaie étant cicatrisées, les grandes lèvres sont reconstituées, présentant une cicatrice linéaire à peine apparente. La cicatrisation a également marché dans la plaie transversale. La portion médiane, constituant le sommet de l'U, est seule encore à cicatriser. Elle a du reste un très bon aspect. — Même pansement.

Le 25, l'enfant a un peu de dévoiement. M. Jobert supprime la glace, qui n'a plus d'ailleurs une grande utilité, car la plaie est aujourd'hui cicatrisée dans presque toute son étendue.

Le 6 mai, tout est cicatrisé; la malade sort de l'hôpital.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 juin 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Races nègres de l'Afrique orientale.

M. Serres, au nom d'une commission composée de MM. Flourens, Duperrey et Serres, rapporteur, lit un rapport demandé par le ministre sur un mémoire de M. de Froberville relatif aux races nègres de l'Afrique orientale au sud de l'équateur.

L'objet spécial du mémoire de M. de Froberville est l'étude des caractères physiques et ethnologiques des nègres qui habitent dans la région orientale de l'Afrique située entre l'équateur et les environs de la baie Delagoa, pays que la barbarie rend encore inaccessible aux Européens, et sur lequel on n'a par conséquent que des notions très confuses. C'est à l'île Bourbon et à l'île Maurice, au milieu d'une population presque entièrement composée d'Africains, que M. de Froberville a fait ses observations sur la race nègre en désignant sous la dénomination d'*ostro-nègres* les populations comprises dans les limites ci-dessus désignées. C'est d'après le principe des analogies que M. de Froberville s'est plus particulièrement dirigé dans la distinction qu'il a établie parmi les ostro-nègres de l'Afrique orientale, en prenant son terme de comparaison dans les populations limitrophes aux ostro-nègres.

Ainsi, il établit un premier groupe qui offre de l'analogie avec la race guinéenne limitrophe des ostro-nègres à l'ouest;

Un second dont les caractères se lient aux Cafres-Béchuanes limitrophes au sud;

Et un troisième groupe dont les caractères rappellent ceux de la race nègre de l'Océanie, lequel, comme on le voit, rompt complètement les rapports géographiques des deux premiers.

Ces distinctions et ces rapports sont justifiés par des bustes moulés par M. de Froberville et déposés sur le bureau de l'Académie.

M. de Froberville s'est servi, pour établir les coupes des ostro-nègres, du caractère, du prognatisme de la face, dont l'harmonie commande les dispositions principales du crâne et de l'encéphale, caractère dont M. Serres a déjà fait sentir dans d'autres circonstances toute l'importance. Cette importance a sa source dans le mécanisme même par lequel se produit ce prognatisme dans l'ostéologie comparée du crâne de l'homme.

En comparant les bustes moulés par M. de Froberville aux crânes qui leur correspondent dans la galerie anthropologique du Muséum, nous avons pu constater la concordance de ce rapport et ajouter un terme de plus aux observations physiologiques intéressantes faites par l'auteur sur les ostro-nègres.

Ce qui précède confirme l'opinion déjà acquise que les races nègres de l'Afrique orientale sont d'une origine mélangée, de même que celles qui habitent la région occidentale; mais, de plus, M. de Froberville trouve chez les ostro-nègres une race à nez saillant et recourbé, à lèvres peu épaisses, à face peu prognate, et qu'il nomme métis-sémitique.

M. de Froberville a été conduit, par ses observations, à une conclusion générale qu'il exprime ainsi qu'il suit :

Plus on étudie sous un point de vue d'ensemble les races congo-guinéennes, cafro-héchouanes et ostro-nègres, et plus l'unité d'origine de l'homme s'y dégage et s'y constitue scientifiquement.

Tel est l'ensemble des vues contenues dans le travail ethnologique et anthropologique de M. de Froberville. En nous renfermant dans celles qui concernent l'anthropologie et que justifie la collection des bustes des nègres de l'Afrique orientale soumise à notre examen, nous ferons remarquer :

1° Que la gradation ou la dégradation des caractères physiques des *ostro-nègres* justifie en tous points les coupes que l'auteur a établies;

2° Que, parmi ces caractères, le prognatisme de la face, l'épaisseur et la saillie des lèvres, la disposition laineuse ou crépue des cheveux, les nuances de la coloration de la peau sont ceux qui l'ont particulièrement et heureusement dirigé dans ses divisions;

3° Qu'en ce qui concerne le prognatisme des maxillaires et la disposition des lèvres en forme de boudin, on les voit graduellement diminuer des *congo-guinéens* aux *nègres océaniens*, de ceux-ci aux *cafres-béchouanes*, et enfin rentrer, chez les métis-sémitiques, dans les conditions physiques où on les observe dans certains rameaux de la race caucasique;

4° Que le balancement de ces caractères, si importants dans l'étude des races humaines, se détache nettement de la comparaison des bustes exécutés par M. de Froberville et, mieux encore, des figures qui en ont été prises au daguerréotype par M. le docteur Jacquart.

5° Que la présence d'un type uniformément disséminé parmi les tribus nègres répandues du sud de l'équateur au golfe Mozambique, ayant de très grands rapports avec le type sémitique, est un fait anthropologique du plus haut intérêt;

6° Que cet intérêt est indépendant de l'origine phénicienne que lui attribue M. de Froberville; nous ajoutons même que, malgré les raisons puisées par l'auteur dans l'ethnologie, la géographie et l'histoire ancienne, cette opinion n'est encore, selon nous, qu'une hypothèse;

7° Que la répétition d'un type nègre océanien par un des groupes de l'Afrique orientale est également un résultat des plus curieux pour la filiation des races, malgré le désaccord qui existe à ce sujet entre l'ethnologie et l'anthropologie;

8° Enfin que, de l'analyse et de la comparaison des caractères physiques des groupes des ostro-nègres, se détache nettement la conclusion définitive de l'auteur.

D'après toutes ces considérations, la commission propose à l'Académie de donner son approbation à la partie anthropologique des travaux de M. de Froberville, en émettant le vœu que la collection des bustes qu'il a si heureusement exécutés soit conservée à la France. — Ces conclusions sont adoptées.

Détermination précise du lieu où s'opère la fécondation chez les vertébrés supérieurs.

M. Coste lit sur ce sujet la note suivante:

Tous les physiologistes professent aujourd'hui sur cette question les opinions les plus erronées; ils croient, en se basant sur les données fournies par les recherches modernes sur l'ovulation spontanée, que le fluide séminal pouvant rencontrer les œufs dans un point quelconque du canal vecteur ou dans la matrice, ces œufs doivent être fécondés par ce fluide partout où cette rencontre a lieu.

Cette manière d'aborder et de résoudre le problème leur a paru tellement décisive, qu'ils n'ont pas craint d'affirmer que, chez l'espèce humaine, non-seulement la fécondation des œufs était possible dans tous les points de la longueur des trompes de Fallope, mais encore dans la cavité de la matrice, huit, dix et même douze jours après que ces œufs se sont détachés des ovaires.

Ils n'ont point réfléchi que, pour que cette détermination rationnelle eût le degré de rigueur qu'ils lui ont attribué, et qu'elle semble avoir quand on n'examine pas les choses au fond, il y avait une question préalable à résoudre. Dans leur confiance en l'infaillibilité de ce nouveau moyen de solution, ils n'ont pas même prêté attention à certains signes qui auraient pu leur faire soupçonner les erreurs dans lesquelles une application trop exclusive de la théorie de l'ovulation spontanée les faisait tomber.

Frappé comme eux et avant eux des conséquences qu'on pourrait déduire de l'ovulation spontanée pour déterminer le lieu où s'opérait la fécondation, j'avais déjà, en 1837, dans mon *Embryogénie comparée*, exprimé l'idée de la possibilité que les œufs rencontrés dans le canal vecteur ou dans la matrice pussent y être avivés par le fluide séminal au-devant duquel ils marchent. Mais en exprimant cette idée, je n'avais point oublié que cette impossibilité était subordonnée à un fait supérieur, à celui de la conservation des œufs à un état d'intégrité qui les rendît capables de recevoir l'influence que la fécondation devait leur communiquer. Or c'est précisément là ce qui n'a pas lieu, et en voici la preuve.

J'ai ouvert des femelles d'oiseaux et de mammifères qui vivaient séparées des mâles, je les ai ouvertes dix ou douze heures seulement après que leurs œufs, tombés spontanément des ovaires, étaient entrés dans le canal vecteur, et déjà ces œufs, que la fécondation n'avait point influencés, présentaient des signes si évidents de décomposition, que la cicatricule ou le vitellus en étaient sensiblement déformés.

Si donc après un séjour aussi peu prolongé dans l'oviducte, et quand ils n'ont pas encore parcouru la première moitié de ce canal, les œufs commencent à se décomposer, il est évident qu'ils ne sont plus alors susceptibles d'être avivés par le contact du fluide séminal et que la fécondation ne peut, par conséquent, s'opérer qu'au-dessus du lieu qu'ils occupent, c'est-à-dire dans l'ovaire, dans le pavillon et peut-être aussi dans le tiers supérieur de l'oviducte; mais partout ailleurs, dans les trompes ou dans la matrice, leur décomposition étant plus avancée, le phénomène ne saurait s'accomplir.

— M. Claude Bernard lit une note sur une nouvelle espèce d'anastomoses vasculaires.

L'auteur décrit un mode spécial de communication anastomotique existant entre la veine-porte et la veine-cave inférieure au moment où ces deux gros troncs vasculaires pénètrent dans le foie.

Dans le foie du cheval, où M. Bernard a étudié cette disposition, le tronc de la veine-porte et celui de la veine-cave au moment de leur pénétration dans le foie ne sont séparés que par un espace de 3 ou 4 centimètres. La substance hépatique qui remplit cet intervalle et qui représente le lobe de Spigel est souvent considérablement refoulée et atrophiée par le fait de la dilatation quelquefois énorme du tronc de la veine-cave inférieure.

C'est dans cet espace de séparation, existant entre le tronc de la veine-cave et celui de la veine-porte, que se trouvent placés les vaisseaux anastomotiques que M. Bernard s'est proposé de décrire et qui ont pour usage de faire communiquer directement le système veineux abdominal de la veine-porte avec le système veineux général. Ces vaisseaux procèdent du tronc de la veine-porte pour se diriger vers la veine-cave en affectant une disposition anatomique toute spéciale. Aussitôt que le tronc de la veine-porte a pénétré dans le foie et souvent même un peu avant, il s'en détache un certain nombre de branches qui, placées les unes superficiellement, les autres plus profondément, se subdivisent en rempant dans l'épaisseur de la substance du foie et en se portant à droite du côté de la veine-cave inférieure. Ces branches vasculaires fournissent quelques rameaux qui s'épuisent en traversant la substance hépatique, mais un très grand nombre passent directement sur la face extérieure de la veine-cave inférieure, où ils se distribuent d'une façon singulière et tout à fait insolite. En effet, ces ramifications épanouies sur la face externe de la veine-cave inférieure présentent au premier abord l'aspect d'un riche réseau de *vasa vasorum*; mais, en y regardant de plus près, on constate que beaucoup de ces rameaux, au lieu de se subdiviser en capillaires, s'enfoncent brusquement pour communiquer avec la cavité de la veine-cave inférieure. Le fait de la communication directe entre les rameaux de la veine-porte et le tronc de la veine-cave inférieure le démontre sur l'animal vivant par la seule présence du sang, ou bien la preuve s'en établit chez l'animal mort, de la manière la plus nette et la plus simple, par le moyen des injections anatomiques. Tantôt ces rameaux vasculaires s'ouvrent isolément, tantôt, et cette disposition est assez fréquente, plusieurs rameaux se réunissent préalablement de manière à former une ampoule ou réservoir commun, qui communique lui-même directement avec la veine-cave inférieure. Ces vaisseaux anastomotiques n'ont présenté de valvules en aucun point de leur trajet. Leurs parois sont peu résistantes et offrent la texture des autres ramifications de la veine-porte; tandis que les branches des veines sus-hépathiques, au contraire, partagent d'une manière très évidente la structure musculaire qui caractérise la portion hépathique de la veine-cave inférieure.

Cette différence empêchera, dans tous les cas, de confondre ces deux ordres de vaisseaux à leur abouchement dans la veine-cave. De plus, les orifices d'abouchement des rameaux de la veine-porte se différencient des orifices des petites veines sus-hépatiques par leur grande régularité et leur direction longitudinale dans le sens des fibres musculaires de la veine-cave inférieure. Il est facile, en effet, de constater que chaque vaisseau anastomotique s'insinue directement ou un peu obliquement entre les fibres musculaires longitudinales de la veine-cave pour venir se continuer sans aucune ligne de démarcation appréciable avec sa membrane interne. On remarque encore que ces espèces de fentes ou de boutonnières longitudinales produites par les orifices d'abouchement dans la veine-cave des rameaux de la veine-porte, sont limitées en haut et en bas par deux sortes de petits replis ou brides transversales, ce qui donne à beaucoup de ces ouvertures, quand elles sont un peu volumineuses, une forme de quadrilatère allongé.

Ce système de communication directe de la veine-porte hépatique avec la veine-cave inférieure, qui n'existe pas seulement à l'entrée du foie, mais que l'on voit également dans la profondeur de cet organe et sur tous les gros troncs des veines sus-hépatiques, et spécialement au voisinage de leur insertion dans le tronc de la veine-cave inférieure, est établi d'une manière extrêmement large et de façon à constituer une véritable circulation hépatique collatérale.

Quant à la liquification physiologique de ces vaisseaux anastomotiques entre la veine-porte hépatique et la veine-cave inférieure, M. Bernard se propose d'en faire l'objet d'une nouvelle communication.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 avril 1850. — Présidence de M. Fouquier.

Après une courte discussion à laquelle prennent part divers membres, sur le nouvel impôt qu'il est question de faire peser sur le corps médical, la Société décide à la majorité qu'une pétition sera adressée à M. le ministre contre le rétablissement de la patente.

— M. Pédelaborde lit un rapport sur un mémoire intitulé : *De l'infection purulente*, que M. le docteur Carron adresse à la Société pour obtenir le titre de membre résidant. L'auteur de ce mémoire, après avoir rappelé les diverses théories qui, depuis des siècles, se sont disputé l'honneur d'avoir démontré la succession des phénomènes qui constituent la maladie tour à tour appelée *résorption purulente*, *phlébite*, *infection purulente*, *diathèse purulente*, *pyoémie*, et signalé les causes qui, suivant lui, ont rendu toutes ces théories plus ou moins hypothétiques, aussi impuissantes qu'éphémères, expose les bases sur lesquelles il fait reposer sa nouvelle doctrine. Ces bases sont : l'analogie et l'induction; la similitude que les anatomistes ont reconnu exister entre la tunique interne des artères et des veines et les séreuses, et par suite entre les sécrétions physiologiques de ces tissus; la concordance entre les fonctions physiologiques et les fonctions pathologiques.

Ces principes posés, voici comment M. le docteur Carron expose le mécanisme de l'infection purulente :

« Une irritation provoque une suractivité fonctionnelle d'une portion de veine; sous l'influence de ce stimulus, la sécrétion physiologique est momentanément augmentée, pervertie, dénaturée. Mais né dans un vaisseau hermétiquement fermé, soustrait au contact immédiat de l'air atmosphérique, ce produit de sécrétion est primitivement insignifiant, sans action sensible sur le sang qui, en remontant au cœur, l'entraîne, le balaie, parce que ce n'est pas du pus, mais une sérosité, produit d'un travail morbide, sans acidité, sans réaction physique ni physiologique; elle se mélange donc impunément avec lui. Mais bientôt ce produit nouveau, susceptible de décomposition à l'air sous l'influence d'un degré plus ou moins élevé de température, vient avec le sang dans le poumon, subit comme ce dernier l'influence de l'hématose; l'action acidifiante de l'oxygène réagit sur lui comme sur le sang pour le vivifier, tandis qu'elle décompose le premier, qu'elle le dénature et lui communique les propriétés purulentes d'où naîtra la succession des phénomènes caractéristiques de l'infection purulente proprement dite.

» C'est ici que cette matière, venant d'un point plus ou moins éloigné du corps, acquiert la septicité et donne naissance aux altérations secondaires dont nous allons étudier la succession. Au moment où cette sérosité sanguinolente se métamorphose par l'action de l'air avec lequel elle est en contact dans le poumon, elle acquiert des qualités nouvelles qui ne lui permettent plus de sympathiser avec lui; elle tend, par conséquent, à s'en séparer. C'est précisément par le fait de cette dissociation qu'elle devient, pour la vésicule pulmonaire où elle s'accomplit, le point de départ d'une irritation nouvelle qui provoque, dans le parenchyme pulmonaire, une fluxion congestionnelle, une véritable pneumonie lobulaire et centrale. Supposez alors par la pensée, ce qui doit, en effet, arriver, que des quantités variables de sérosité inflammatoire viennent ainsi subir l'influence modificatrice de l'air, et vous trouverez la raison de ces pneumonies multiples lobulaires, comme les appelait Dance. »

Quant à la formation des abcès dans les autres parties du corps, l'auteur de ce mémoire s'en rend compte de la manière suivante :

« En nous appuyant sur les considérations physiologico-pathologiques qui ont présidé à l'édification de cette théorie, en nous renforçant des idées émises par MM. Ribes et Breschet, à savoir, l'existence démontrée de cette sérosité sanguinolente résultant de l'inflammation d'une portion quelconque de la membrane interne des veines, sa mixtion immédiate et inoffensive avec le sang en circulation, nous arriverons à déterminer comment cette sérosité, modifiée par le phénomène de l'hématose, peut bien immédiatement se diviser en deux parties bien distinctes : l'une extérieure, périphérique, qui reçoit d'une manière plus directe le contact de l'air, qui, par conséquent, se putréfie plus complétement, et qui, par le fait de sa fermentation putride, détermine aussitôt un changement particulier anatomo-physiologique dans la vésicule pulmonaire où le contact s'est opéré. Cette portion périphérique du globule séro-purulent contaminé se dépose sur la paroi de la vésicule pulmonaire, parce que, devenu hétérogène au sang, il ne peut plus continuer à circuler avec lui, tandis que la portion centrale de cette goutte séro-purulente, encore imparfaitement modifiée, non fermentée, mais cependant hématosée, pourra encore être reprise par les veines pulmonaires, qui la reportent au cœur, d'où elle peut ensuite être distribuée à tous les organes de l'économie indépendamment de leur volume ou de leur place, mais de préférence incontestablement dans ceux dont la structure et les fonctions sont d'agir physiologiquement sur le liquide circulatoire.

» On comprendra dès lors comment, venant ultérieurement se déposer dans le tissu cellulaire ou dans le parenchyme même des organes, ces globules séro-sanguins modifiés pourront devenir l'aiguillon, le point de départ d'un travail inflammatoire en tout semblable à celui que nous avons étudié dans le poumon.

» Cette élimination, que nous appelerons secondaire, de la sérosité sanguinolente contaminée par l'action de l'air du poumon se fera d'autant plus facilement dans les autres organes que ceux-ci auront plus à travailler le liquide circulatoire lui-même : ainsi, quoi de plus rationnel maintenant que de voir le foie, les reins, la rate, qui sont appelés à modifier le sang de tant de façons, qui doivent en quelque sorte le débarrasser de certains principes dont il s'est chargé en traversant les différents organes et principalement ceux de la digestion, quoi de plus facile à comprendre que ces organes soient le siége des abcès métastatiques? Aussitôt déposée, ici encore cette matière fermentescible devient la source des accidents qui constituent l'infection purulente générale et dont nous avons tracé le tableau.

» En dernière analyse, ce sera par le passage du sang à travers les mailles du tissu cellulaire que la dernière portion du produit de sécrétion contaminé se déposera et donnera lieu à l'apparition d'une quantité plus ou moins considérable d'abcès plus ou moins superficiels. »

M. Coursserant croit que la théorie de M. Carron, malgré tout ce qu'elle a de spécieux, renferme encore bien des hypothèses dont la vérité aurait besoin d'être démontrée.

M. Tanchou pense qu'en médecine l'important n'est pas tant dans l'explication plus ou moins subtile des faits pathologiques que dans la recherche des agents les plus propres à en prévenir le développement; c'est dans cette idée qu'il va signaler quelques moyens qui lui paraissent devoir être suivis de bons résultats contre la résorption purulente. D'abord, le praticien doit craindre ce terrible accident toutes les fois qu'il existe une plaie ou un foyer purulent. La diète trop sévère favorisant le développement de cette redoutable complication des plaies, il faut soutenir les malades par des aliments convenables et en rapport avec leurs besoins. Quant aux agents thérapeutiques proprement dits, on a conseillé l'aconit, des lotions ou des applications froides, le nitrate d'argent; ce dernier agit par sa température et aussi par sa composition chimique; c'est un excellent moyen qui agit sur les plaies comme antiphlogistique. Il produit sur la surface en suppuration une cautérisation superficielle qui empêche la résorption; peut-être aussi quelques parcelles sont-elles absorbées et vont agir dans le torrent circulatoire pour détruire le principe toxique.

M. Pertus, revenant sur les abcès consécutifs à l'infection purulente, se rappelle avoir vu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin, un malade qui, à la suite d'une blessure reçue dans une rixe, fut atteint d'une phlébite, à laquelle il succomba sept à huit jours après. A l'autopsie on trouva des collections de pus, non pas dans les organes parenchymateux, mais dans les articulations des membres inférieurs seulement.

M. Masson croit que la science est loin d'avoir dit son dernier mot sur la résorption purulente dans les diverses parties du corps. Il ne croit pas à l'absorption réelle du pus. En effet, l'infection purulente survient dans des cas de plaies les plus régulières, très proprement pensées, et à la surface desquelles aucune trace de pus ne stagne, tandis que rien de semblable ne s'observe dans d'autres cas où il existe au sein de l'économie d'énormes collections de pus. Quant à l'idée de préserver les malades en leur donnant une plus

grande quantité d'aliments, il ne voit pas qu'autrefois, où l'on mettait plus à la diète, la pyoémie fut plus fréquente. Il pense donc que l'on n'a pas encore reconnu la véritable cause de cette terrible maladie.

Dr G. PICARD, *secrétaire annuel.*

CORRESPONDANCE.

Traitement du rhumatisme.

Nous insérons aujourd'hui la lettre de notre savant confrère M. Bouillaud. Nous n'y ajouterons qu'une seule réflexion, ce sera, relativement à la supposition de M. Bouillaud, que nos lecteurs auront été très surpris en lisant la critique d'une méthode dont nous avons souvent publié les succès. M. Bouillaud a confondu dans le journal deux choses fort distinctes ; ce qui appartient à la rédaction et ce qui lui est étranger.

La *Gazette des Hôpitaux* croit devoir être fidèle avant tout à l'esprit de la presse en servant de tribune à toutes les opinions consciencieuses, à toutes les idées, à toutes les doctrines ; elle a donc dû se trouver heureuse de répandre la connaissance de la nouvelle méthode formulée par M. Bouillaud; mais il ne s'ensuit pas de là que la rédaction du journal ne puisse pas avoir une opinion différente de celle qui se trouve publiée dans ses colonnes, et dont la responsabilité tout entière appartient à l'auteur de cette opinion. Il est même absolument indispensable qu'il en soit ainsi; car le journal renfermant souvent l'exposition de doctrines différentes ou tout à fait opposées, il est par trop évident que la rédaction ne peut avoir à la fois deux convictions contraires. Nous continuerons donc à publier à la fois et nos opinions et celles de nos savants confrères, sans en excepter M. Bouillaud, sans craindre que nos lecteurs en soient surpris. Nous espérons au contraire qu'ils ne verront là qu'une preuve de notre impartialité et du soin que nous mettons à remplir consciencieusement notre mission.

Quant aux commissions d'enquête que réclame M. Bouillaud, nous avons déjà dit, et nous répétons, qu'en cela nous sommes entièrement de son avis, et que nous lui prêterons à cet égard notre faible appui toutes les fois que l'occasion s'en présentera.

Paris, 4 juin 1850.

Monsieur le rédacteur,

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui, tant de fois, a bien voulu publier avec éloges les résultats obtenus dans mon service sous l'influence de la nouvelle formule des émissions sanguines appliquées au traitement des maladies inflammatoires en général, et à celui du rhumatisme articulaire aigu en particulier, les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, dis-je, seront peut-être un peu surpris d'y trouver l'article publié dans le numéro de ce jour (4 juin). Pour moi, que rien désormais ne peut surprendre, je vous avouerai que je m'y attendais. Permettez-moi de me féliciter d'avoir été aussi heureux dans mon *pronostic*.

J'ajoute maintenant que cet article, bien interprété par quiconque aura lu mes différents ouvrages sur le rhumatisme articulaire aigu, et aura pendant quelque temps assisté à ma clinique, cet article sera considéré comme une éclatante preuve en faveur de tout ce que j'ai écrit au sujet de la maladie que je viens de nommer. Ma réponse devrait se terminer là, si je n'avais encore à faire part à vos lecteurs d'une nouvelle conviction que vous pourrez ajouter, si vous le voulez, à la liste des *illusions* dont la *Gazette* a la générosité de me gratifier, à une époque de ma vie où il serait en effet si doux de conserver quelques illusions. Cette conviction, la voici : C'est que pour l'auteur de l'article qui est l'objet de cette lettre rien n'est mieux démontré que les résultats signalés par moi dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu au moyen de la *nouvelle formule des émissions sanguines*.

Je ne saurais mieux terminer qu'en rappelant ici ce passage de la précédente lettre que j'ai adressée à M. le rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux* :

« Si le très habile auteur auquel la *Gazette des Hôpitaux* doit les articles dont j'ai parlé voulait et pouvait employer son talent à la défense des nouvelles vérités (*vérités bien vraies*) qui se trouvent dans les ouvrages auxquels je le renvoie, il rendrait un grand service à la science et à l'humanité. Assurément il réussirait mieux que moi dans une œuvre si méritoire.

» Les journaux de médecine, ce pouvoir auquel rien ne résiste à la longue quand il se constitue le défenseur de la vérité, les journaux de médecine, dis-je, auraient aussi une bien belle et bien utile mission à remplir; ce serait de réclamer sans cesse la formation de commissions d'enquête clinique, puisque, en définitive, *ce n'est qu'au lit des malades qu'il faut chercher la démonstration de toutes les questions de médecine en général et de thérapeutique en particulier.* »

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer cette lettre dans votre prochain numéro, et d'agréer, etc.

J. BOUILLAUD.

A propos de la lettre précédente que nous avons nécessairement dû communiquer à l'auteur de l'article auquel répond M. Bouillaud, nous recevons de notre rédacteur principal les lignes suivantes :

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans la lettre que vous a adressée M. Bouillaud, je lis la phrase suivante : « Pour l'auteur de l'article, rien n'est mieux démontré......., » etc.

Il résulterait de ces expressions, qui, j'aime à le croire, rendent mal la pensée de M. Bouillaud, que j'aurais dans l'article auquel il fait allusion, et dont je prends volontiers la responsabilité, combattu comme une erreur ou une illusion ce qui, dans mon opinion intime, serait une vérité. J'espère que le savant professeur s'empressera de reconnaître que je n'ai jamais donné à personne le droit de faire de semblables suppositions, et que jusqu'à ce jour je n'ai pas encore mis de contradiction entre mes pensées, mes actes et mes écrits.

Veuillez agréer, etc. H. DE CASTELNAU.

Sur l'Administration des Hôpitaux.

Nous recevons de notre digne confrère M. le docteur Thierry la lettre suivante, dans laquelle il répond à des accusations lancées contre lui par un ancien employé de l'Administration des Hôpitaux dans un article de cet employé sur le projet de loi relatif aux enfants trouvés.

Nous aurons nous-même à dire quelques mots de cet article, en examinant prochainement ce projet.

Monsieur le Rédacteur,

Je croirais manquer à mon honneur si je ne répondais à quelques assertions que je lis dans une brochure sur les enfants trouvés et orphelins publiée par M. Boicervoise, ancien chef de division des hospices de Paris, à l'occasion du nouveau projet de loi.

Afin qu'on puisse juger ma réponse, je cite les passages auxquels je fais allusion :

« Il existait avant février 1848 une administration qui, pendant quarante-huit années, eut à sa tête un Conseil composé d'hommes éminents dont la reconnaissance publique a consacré la mémoire. On aurait peine à croire, si nous n'avions pas été habitués depuis deux ans aux plus graves inconséquences, qu'un gouvernement, au milieu de circonstances aussi difficiles, se soit privé, par une révocation aussi illégale qu'inconvenante dans sa forme, du concours de ces hommes utiles qui auraient pu lui épargner et à la ville de Paris *bien des fautes* et *bien des millions*, et l'aider de leurs vives lumières et de leur haute expérience dans la grande tâche de l'organisation de l'assistance publique. »

Et plus loin sous forme de note :

« Une loi du 28 juin 1793, rendue par la Convention nationale, voulant relever les enfants trouvés de l'espèce de flétrissure qu'une prévention injuste imprimait à leur origine, décida que ces enfants seraient désormais désignés sous la dénomination d'orphelins et prohiba toutes autres qualifications; mais les idées patriotiques l'emportèrent, et une loi du 4 juillet 1793, postérieure seulement de huit jours à celle que je viens de citer, donna à ces enfants le nom d'enfants de la patrie. Une loi du 5 juillet 1793 décida que ceux qui étaient élevés dans les maisons nationales porteraient l'habit national.

» Par une réminiscence de ces heureux temps, les délégués du gouvernement provisoire, chargés de l'administration des hospices de Paris en 1848, prirent un arrêté pour rendre aux enfants trouvés et orphelins le nom d'enfants de la patrie; mais cette dénomination ne dura pas plus longtemps que le nom de drap bleu national donné par les mêmes délégués au drap bleu de roi lors de l'adjudication des étoffes. » (*Revue municipale.*)

Monsieur, les réflexions qui précèdent, dont un journal s'est fait l'écho, contiennent des louanges et des regrets tardifs, une grosse calomnie et une plaisanterie d'un atticisme plus qu'équivoque.

La faute principale, sans doute, c'est la révocation du Conseil général des hospices, dont j'assume ici toute la responsabilité Cette institution était tellement vicieuse, que, même sous le régime précédent, elle n'eût pas survécu longtemps. MM. Duchâtel, Passy, et la majorité de l'ancien Conseil municipal, dont j'avais l'honneur de faire partie, étaient de cet avis.

Quant aux autres fautes qui auraient pu être commises, ce ne serait pas à moi qu'il faudrait s'en prendre, mais à ceux qui ne m'ont pas mis à même de les prévenir. Vous avez servi assez de temps sous mes ordres pour savoir qu'il vous était parfaitement permis de penser et de parler. Ma conscience ne me reproche rien, mes actes répondront. Je dédaigne l'injure.

Mais ce que je ne saurais passer sous silence, c'est l'inculpation qu'un ancien employé m'adresse de n'avoir pas épargné les millions de l'Etat, de la ville et des hospices. Avez-vous, Monsieur, calculé la portée de vos paroles? Vous êtes-vous rendu compte de leur gravité? Quant à moi, mon parti est pris. Je ne recule devant aucune réticence; je demande la lumière; je veux confondre le calomniateur pièces en main. Parlez, prouvez, n'omettez aucune circonstance; je suis en droit d'exiger la preuve de votre accusation.

J'ai voulu supprimer pour les vieillards et les enfants orphelins cet horrible drap gris, livrée de misère, et y substituer du drap bleu. Est-ce une faute? J'ai fait revivre une loi de la Convention, qui avait pour but de relever ces pauvres enfants aux yeux du monde. La République française ne peut-elle pas faire pour eux autant que l'empire russe, où les enfants trouvés s'appellent les pupilles de l'empereur?

Ce que j'ai fait, je le ferais encore.

Je ne m'arrêterai pas à cette plaisanterie que vous lancez à propos de la substitution du nom de bleu national au bleu de roi; je n'en ai pas le courage. Je vous en laisse toute la responsabilité.

Agréez,

A. THIERRY,
Délégué du gouvernement provisoire,
chargé de la direction des secours
publics pendant l'année 1848.

NOUVELLES.

Le service médical de l'Hôtel-Dieu de Lyon est ainsi composé pour l'année qui a commencé le 1er juin :

MM. Fouilhoux, Candy, Imbert, Roy, Peyraud, Dime et Bouchet, médecins titulaires; Pointe et Brachet, professeurs de clinique médicale; MM. Socquet, Devay, Gromier, Teissier, Colrat, Clerc, Girin et Vernay, médecins suppléants.

— *Les frères siamois.* — On se rappelle les deux frères siamois qu'on a vus à Paris il y a une vingtaine d'années. D'après le *Medical-Times*, les deux frères sont morts dernièrement épuisés par le marasme. L'autopsie a confirmé les prévisions des hommes qui, ainsi qu'on se le rappelle, avaient annoncé d'avance, pendant la vie, que les deux cavités du péritoine communiquaient largement ensemble, c'est-à-dire du ventre, n'en formaient qu'une, et que les deux foies se trouvaient réunis par une bride d'un demi-pouce environ d'épaisseur.

C'était la seule adhérence qui existât entre les viscères de l'abdomen, mais elle suffisait bien pour faire rejeter l'idée d'une opération qui aurait pour but de séparer l'un de l'autre les deux jumeaux.

— *Mutations dans le personnel de santé militaire.* — M. Piétri, chirurgien aide-major de 1re classe au parc de construction du train des équipages, à Vernon, passe au 1er bataillon de gendarmerie mobile.

M. Warmé, chirurgien-major de 1re classe à l'hospice de Popincourt, passe à l'hospice du Roule, à Paris.

M. Auberge, chirurgien-major au bataillon de sapeurs-pompiers de Paris, passe au dépôt de recrutement de la Seine.

M. Maquin, chirurgien-major de 1re classe au 51e de ligne, passe au 4e escadron du train du parc d'artillerie.

M. Mestre, chirurgien-major de 1re classe au 3e de ligne, passe au bataillon des sapeurs-pompiers de Paris.

M. Rossignol, chirurgien aide-major de 1re classe au bataillon de sapeurs-pompiers de Paris, est maintenu à ce poste.

M. Besseron, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire de Sedan, passe à celui d'Ajaccio.

M. Loyer, médecin ordinaire de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, passe à celui de Sedan.

M. Mouchet, médecin adjoint à l'hôpital d'Ajaccio, passe aux ambulances de l'Algérie.

M. Gaudineau, médecin ordinaire de 1re classe, détaché à l'hôpital de Guagno, rentre à celui de Marseille.

M. Theuilier, chirurgien aide-major à l'hôpital de Guagno, rentre à celui de Marseille.

M. Mercier, médecin-adjoint à l'hôpital de Marseille, est détaché à celui de Guagno.

M. Lapeyre, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Marseille, est détaché à celui de Guagno.

M. Aché, chirurgien-major de 1re classe au 7e d'artillerie, passe au 3e escadron du train des parcs.

M. Guérin, chirurgien-major de 1re classe au 3e escadron du train des parcs, passe au 7e d'artillerie.

M. Desjardins, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, passe à l'hôpital de Bayonne.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 11 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 69.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 10 JUIN 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

On sait que les séances extraordinaires ont été inventées pour enterrer sans tambour ni trompettes les discussions qui, au gré de l'Académie et un peu du bureau, se prolongent au delà des limites raisonnables. La discussion a donc été terminée aujourd'hui, mais non pas enterrée; car avant de se séparer chacun a pu dire ce qui lui restait sur le cœur, et chacun a bien profité du temps qui lui a été accordé, sans en abuser. Cependant, comme le discours de chaque membre a consisté pour la plus grande partie en répétitions ou en explications de ce qu'il avait dit auparavant, une appréciation analytique de cette intéressante séance suffira pour en donner une idée exacte.

M. Bouchardat a ouvert la discussion par un discours ou plutôt par un mémoire très convenablement écrit sur la *pathogénie* et la *thérapeutique* du rhumatisme articulaire aigu. Nous pouvons d'abord élaguer dans notre analyse la seconde partie de ce travail, consacrée à la comparaison des méthodes de traitement, et qui, bien que rédigée dans un esprit de saine critique, ne contient cependant aucune observation nouvelle ni aucune nouvelle analyse d'observations connues. L'orateur s'est contenté d'exposer avec une sage réserve son sentiment sur les principales méthodes thérapeutiques du rhumatisme. Mais comme en fait de traitement une opinion pure et simple ne peut avoir de valeur que par l'autorité, c'est-à-dire par l'expérience de celui qui la professe, et que sous ce point de vue l'autorité de M. Bouchardat n'est pas encore établie, cette seconde partie du discours de l'honorable orateur perd évidemment la plus grande partie de sa valeur.

Dans la première partie, au contraire, M. Bouchardat a soulevé les plus hautes questions de pathogénie médicale, et sur ce terrain il lui était permis de disserter comme à tous ses collègues, beaucoup mieux même qu'à plusieurs d'entre eux. Nous avons regretté toutefois que des questions d'un ordre aussi élevé eussent été agitées incidemment et au moment où une longue discussion touchait évidemment à son terme. Les questions soulevées par M. Bouchardat auraient mérité une discussion spéciale, et elles ont été à peine exposées. Nous ne nous sentons ni la force, ni le temps nécessaires pour suppléer au silence de l'Académie. Toutefois, nous présenterons quelques réflexions à propos de la doctrine qu'a exposée M. Bouchardat sur les *éléments morbides*.

M. Bouchardat a adopté cette opinion de la majorité des orateurs qui ont pris part à la discussion, que le rhumatisme articulaire aigu est une phlegmasie d'une nature spéciale; mais il a voulu pénétrer plus avant que ses confrères dans le cœur de la question, et il a cherché à déterminer en quoi consistait l'élément morbide *phlegmasique*, en quoi consistait l'autre élément qui n'est pas phlegmasique, et qu'on peut appeler, avec M. Bouchardat et d'autres pathologistes, élément *rhumatique*.

Pour la détermination du premier élément, M. Bouchardat n'a éprouvé aucune difficulté. Des expériences physico chimiques l'ont parfaitement édifié à ce sujet; ces expériences sont assez peu connues et ont assez d'intérêt pour être rappelées ici.

Outre la tumeur, la douleur des parties malades et la fièvre, l'élément phlegmasique se révèle encore, suivant M. Bouchardat, par la couenne du sang, couenne qui n'est point de la fibrine, comme on le croit assez généralement, et qui contient d'après cet observateur les trois principes suivants :

1° Un principe identique à l'albumine pure, qui se dissout dans l'eau acidulée à un millième, et que M. Bouchardat a nommée albuminose;

2° Une substance insoluble dans cette eau acidulée, ayant de grandes analogies avec l'épiderme et les productions épidermiques;

3° Enfin la matière qui par son ébullition dans l'eau produit la gélatine.

C'est cette matière qui, suivant M. Bouchardat, différencie la couenne inflammatoire de la fibrine, et c'est elle qui « est le caractère physique de l'élément phlegmasique. » Et dans aucune maladie, dit M. Bouchardat, il ne se révèle avec plus de netteté que dans le rhumatisme articulaire.

Quant au second élément morbide, qui a paru, à M. Bouchardat, non moins certain que le premier dans le rhumatisme, mais seulement moins palpable, l'honorable académicien le trouve, non pas dans un état particulier des organes ou des matières contenues ou circulant dans ces organes, mais bien dans ces « dispositions qui font qu'un refroidissement détermine, chez un individu, un rhumatisme articulaire » plutôt qu'une pneumonie, qu'une pleurésie, etc. M. Bouchardat ne s'est pas contenté d'exposer ainsi ses principes touchant les *éléments morbides* du rhumatisme, mais il a encore cherché à se rendre compte du mode d'action de la suppression d'une ou plusieurs sécrétions par le refroidissement, et n'a pas été éloigné de trouver un rapport entre cette suppression, spécialement celle de la partie acide des sécrétions, et le rhumatisme articulaire.

Nous avons analysé aussi fidèlement que possible la partie pathogénique du travail de M. Bouchardat, non-seulement parce qu'elle a été écoutée avec une grande faveur par l'Académie, mais aussi parce qu'elle représente assez bien les tendances actuelles des esprits qui cherchent à imprimer à la pathologie non pas seulement un progrès nouveau, mais une impulsion, une direction nouvelle. Ces esprits sont ceux qui voient l'inflammation dans l'augmentation du chiffre de la fibrine, la chlorose dans la diminution des globules, la maladie de Bright dans la diminution des matériaux solides, du sérum, etc. C'est là un premier tort qu'a partagé M. Bouchardat dans le travail remarquable dont nous nous plaisons cependant à proclamer le mérite. Que ce soit dans l'augmentation de la fibrine ou dans la présence d'une matière particulière qu'on place l'*élément* inflammatoire, on en tombe pas moins dans une série d'idées qui nous semblent contraires aux sains principes nosologiques. C'est quelque chose sans doute que d'avoir démontré toutes les altérations physico-chimiques du sang qui existent dans diverses maladies; c'est un véritable progrès imprimé à la science; mais ce serait perdre plus que le bénéfice d'un tel progrès, que de faire jouer à ces altérations un rôle que rien ne démontre leur appartenir, que d'y trouver l'alpha et l'oméga de toutes les maladies. L'augmentation de la fibrine du sang ou la présence dans ce liquide de la matière indiquée par M. Bouchardat est sans doute un des caractères de la maladie, comme la forme ou la disposition des feuilles ou des fleurs est un des caractères de la plante. Vouloir donner à ce caractère unique une prédominance sur tous les autres réunis, c'est abandonner la méthode naturelle (qui n'est pas moins applicable à la pathologie qu'à la botanique et à la zoologie) pour se jeter dans tout l'arbitraire des systèmes artificiels. Voulez-vous une preuve entre mille que cette augmentation ou cette diminution de fibrine n'est qu'un des nombreux caractères de la maladie; c'est que vous l'observez dans deux états morbides aussi opposés que le rhumatisme articulaire aigu et la phthisie pulmonaire, ou dans deux maladies aussi différentes que la scarlatine et la fièvre typhoïde. La chimie pathologique, comme le microscope, peut rendre quelques services à la médecine en cherchant à l'éclairer; elle lui serait très nuisible en voulant la dominer. M. Bouchardat semble un peu trop disposé à se laisser entraîner dans cette dernière pente.

Nous avons encore un autre reproche à adresser au savant académicien, c'est d'avoir confondu sous une même dénomination des choses très différentes, et d'avoir semblé donner un sens précis à des choses fort obscures. Ainsi, lorsque M. Bouchardat dit que l'*élément phlegmasique peut être séparé, pesé* dans le sang, il indique manifestement que, pour lui, le mot élément désigne la présence dans le sang d'une matière chimique particulière. Quand l'honorable académicien dit ailleurs que l'élément rhumatique est constitué par les *conditions spéciales* qui font qu'un refroidissement détermine, chez un individu donné, un *rhumatisme articulaire* plutôt que telle autre maladie, il désigne par ce même mot une condition ou un ensemble de conditions parfaitement déterminées, mais qui, suivant toutes les probabilités, n'ont aucune similitude avec la matière particulière découverte par M. Bouchardat. Enfin, quand il dit, après avoir posé ces sortes de définitions, que *l'élément phlegmasique et l'élément rhumatique sont parfaitement distincts du rhumatisme articulaire aigu*, M. Bouchardat compare, oppose l'une à l'autre deux choses qui ne sont ni opposables, ni comparables, et dont la comparaison ne peut, par conséquent, conduire qu'à la confusion. Si nous insistons sur ces principes de logique générale, c'est que l'habitude que nous avons prise avec l'école anatomique (dont l'école chimique et l'école microscopique ne sont que des ramifications) de nous tenir dans les descriptions de forme et de couleur, nous les a un tant soit peu fait perdre de vue, et que, plus que toute autre, la science médicale a besoin qu'on se les rappelle; car plus un sujet est obscur ou seulement profond, plus il importe de ne l'aborder qu'en s'entourant de toutes les précautions, en suivant scrupuleusement toutes les règles tracées par les maîtres de l'art, ou plutôt par la raison elle-même, et qui seules peuvent nous empêcher de nous égarer.

Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, après avoir montré les points sur lesquels M. Bouchardat a passé légèrement, nous n'essaierons pas de suppléer à ce qu'il a laissé d'incomplet ou de défectueux, non plus qu'au silence de l'Académie; mais si ce corps savant se décidait, maintenant ou plus tard, à engager une discussion sur ce terrain, nous serions heureux de l'y suivre. Le temps est même venu d'une discussion semblable. Une réaction déjà puissante se forme à Paris même contre les écarts de la doctrine localisatrice, non pas seulement telle que l'entendait Broussais, mais telle que la professent, sans trop y songer, ceux qui croient lui être le plus opposés, contre cette doctrine, dont, quoi qu'en dise M. Rochoux, la nomenclature de M. Piorry est ainsi la seule expression logique.

A M. Bouchardat, a succédé M. Bouillaud. L'honorable académicien, qui a bien voulu nous donner l'assurence qu'il n'y avait dans la dernière lettre qu'il nous a adressée rien qui, dans son intention, pût attaquer la loyauté de l'auteur de l'article auquel il répondait, a cherché à prouver par une nouvelle analyse des faits qu'il a publiés, par une comparaison de ces faits avec ceux annoncés par les auteurs les plus accrédités, c'est-à-dire par Stoll, Sydenham, Pinel, etc., que la durée du rhumatisme traité par les saignées coup sur coup était beaucoup plus courte que lorsqu'il est combattu par un autre traitement, et que tout l'avantage, sous ce rapport, est du côté de la nouvelle formule. Dans cette argumentation, M. Bouillaud n'a pas contesté très sérieusement les interprétations que d'autres que lui ont donné à ses faits, et il a cherché à démontrer que, même en acceptant comme vraie cette interprétation, sa méthode conservait encore une supériorité marquée sur toutes les autres. Mais M. Bouillaud a basé sa démonstration sur un fait qui ne nous semble nullement certain, et c'est en cela seulement que sa nouvelle argumentation nous a donné le moyen d'expliquer l'opinion du savant professeur. M. Bouillaud, tout en proclamant lui-même que les observations de nos devanciers ne peuvent plus servir, faute d'une précision suffisante, pour déterminer l'influence des diverses méthodes de traitement, accepte cependant comme vraies ces assertions de Sydenham, qui firent la durée du rhumatisme à des mois, ou même des années, ou encore celle de Pinel, qui fait varier cette durée entre *sept* et *soixante* jours! De pareilles limites se jugent d'elles-mêmes, et si quelque chose a pu nous étonner, c'est qu'un esprit aussi précis que celui de M. Bouillaud ait pu accorder, nous ne disons pas une valeur, mais une considération suffisante seulement pour les mentionner. D'ailleurs, entre une durée de 7 à 60 jours, pourquoi choisir 30, 40 ou 50, plutôt que 10 ou 15? Evidemment l'illusion de M. Bouillaud (qu'il veuille bien nous pardonner ce mot, nous n'en connaissons pas de plus convenable pour caractériser une erreur consciencieuse) vient de ce qu'il croit que la durée habituelle du rhumatisme est de 40 ou de 50 jours, si ce n'est plus. Eh bien! cette croyance n'est point exacte. Le petit nombre de faits que M. Bouillaud a emprunté à M. Martin-Solon, et qui, nous le reconnaissons, laissent beaucoup à désirer, mais qui sont cependant les premiers offrant quelques garanties d'exactitude, ces faits donnent au rhumatisme une durée moyenne de 21 jours,

c'est-à-dire un peu moins que la durée obtenue par M. Bouillaud dans les cas soumis à sa méthode de traitement. Voici donc l'erreur expliquée : M. Bouillaud a pensé que la durée de 20 à 25 jours était une exception, tandis qu'au contraire cette durée est la règle. Cela ne nous empêchera pas de chercher à mettre plus de précision encore dans les observations, et à appuyer toutes les propositions d'enquête que pourra faire dans ce but le savant professeur, et auxquelles l'honorable et savant M. Martin Solon semble prêt à donner son approbation.

Après M. Bouillaud, M. Grisolle a présenté aussi un essai d'analyse des observations de ce savant professeur et est arrivé à peu près aux mêmes résultats que nous-même. Si M. Grisolle avait été moins bienveillant pour nous, nous pourrions une seconde fois le féliciter de son discours; mais son extrême indulgence pour notre article, qu'il a bien voulu citer plusieurs fois, nous défend nécessairement toute appréciation qui ne serait pas une critique ou au moins une simple analyse.

La discussion paraissait épuisée quand M. Michel Lévy, revenant aux conclusions qu'on avait un peu perdues de vue, s'est livré avec un sens rare et un grand bonheur d'expressions à la critique des observations invoquées par le rapport en faveur d'une méthode nouvelle. L'argumentation de M. Michel Lévy mériterait d'être reproduite ici tout entière; nous allons en donner un résumé aussi fidèle que possible.

Mon intention, a-t-il dit, n'est point de rentrer dans la discussion générale et d'en prendre prétexte de digression ; tout au contraire, je désire rappeler l'attention de l'Académie sur le sujet même de cette discussion et qui n'est autre, ce me semble, qu'une méthode nouvelle de traitement du rhumatisme articulaire.

Cette méthode, que M. Dechilly soumet à notre appréciation, consiste pratiquement dans l'application de larges vésicatoires sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë de l'arthritis (je me sers ici, comme dans le reste de cette discussion, des expressions mêmes du rapport);

Théoriquement, elle a pour but d'attaquer par l'emploi des vésicatoires « *la cause morbide qui existe dans l'économie et dont les phlegmasies articulaires ne sont que la manifestation symptomatique.* »

A l'appui de l'efficacité de sa méthode, M. Dechilly a produit 14 observations.

Dans la première, plusieurs émissions sanguines et l'usage du nitrate de potasse précèdent l'application des vésicatoires, laquelle n'a lieu que le douzième jour; la durée de la maladie n'est pas indiquée par l'honorable rapporteur.

Dans la deuxième observation, on débute encore par les phlogistiques; vésicatoire le huitième jour; rechute; puis nouveaux vésicatoires; l'issue de ce cas n'est pas clairement indiquée dans le rapport; sa durée ne l'est pas du tout.

Dans la troisième observation, les vésicatoires ont *presque* entièrement défrayé le traitement; la maladie s'est terminée au quatorzième jour de l'invasion.

Les 11 autres observations, formant le contingent total de 14, n'ont pas été analysées par M. le rapporteur, qui se contente d'ajouter qu'elles ont la plus grande analogie avec les précédentes; quant à la durée de ces 11 cas, elle a été de cinq à six jours dans un seul, de dix-huit en quelques-uns, et beaucoup plus longue dans d'autres : le rapport n'est pas plus explicite.

Puis, résumant la méthode de M. Dechilly, l'honorable rapporteur nous apprend que cet habile confrère procède, chez les sujets vigoureux, par une saignée générale et, en cas d'imminence congestionnelle vers un organe interne (cerveau, péricarde), par des applications locales de sangsues; viennent ensuite les vésicatoires pour les articulations malades et douloureuses. D'où il résulte, contrairement à la définition de la méthode de M. Dechilly, qu'elle est dirigée, non contre la cause morbide générale, mais contre les phénomènes d'inflammation articulaire, contre le mal local. — Autrement, pourquoi ces saignées générales et locales, si les cantharides s'adressent au principe même des manifestations articulaires et corrigent la diathèse rhumatismale qui suscite l'imminence des accidents internes splanchniques?

Ce qui prouve bien que l'action du vésicatoire est purement locale, c'est qu'il faut le multiplier comme les manifestations locales du rhumatisme, c'est qu'il faut pourchasser celui-ci de jointure en jointure, à mesure qu'il s'y présente. De plus, M. Martin-Solon le déclare lui-même, la méthode vésicante ne prévient pas les recrudescences.

Avec ces conditions et ces résultats, la méthode de traitement que M. Dechilly applique au rhumatisme articulaire perd le caractère d'une méthode nouvelle, spéciale, et ne répond ni à son principe théorique, ni aux considérations contro-stimulistes qu'elle a suggérées à l'honorable M. Martin-Solon.

M. Dechilly s'est écarté de la règle fondamentale de toute expérimentation thérapeutique en joignant à l'emploi des vésicatoires celui d'autres moyens non moins efficaces. Les résultats qu'il a obtenus ne jugent donc pas d'une manière rigoureuse la valeur de la médication vésicante dans le rhumatisme, et ils ne diffèrent pas de ceux que nous obtenons tous les jours par d'autres méthodes de traitement, telles que sulfate de quinine, saignées, etc.

L'honorable rapporteur n'a point paru lui-même entièrement convaincu par les faits que M. Dechilly a bien voulu nous communiquer, car il a jugé nécessaire d'expérimenter sa méthode, et nous lui devons trois bonnes observations consignées au rapport. Sont-elles plus probantes que celles de M. Dechilly? C'est ce que je demande la permission d'examiner très rapidement.

Première observation de M. Martin-Solon. — Expectation de sept jours; puis *saignée*, petite il est vrai, et successivement huit vésicatoires. Néanmoins, recrudescence au vingt-deuxième jour avec fièvre et douleur *dans une des articulations précédemment soumises à l'action du vésicatoire ;* sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et demi pendant six jours. Puis encore deux vésicatoires, et enfin guérison le trente-septième jour de la maladie, trentième jour du traitement.

Deuxième observation du même. — Vésicatoire au huitième jour de la maladie, et, successivement jusqu'au quatorzième jour, on pose sept vésicatoires. Néanmoins, le vingt-unième jour recrudescence fébrile et douloureuse; on donna le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme et demi; l'auteur ajoute : « L'état rhumatismal se dissipe avec lenteur. » Une variole survient pendant la convalescence, et la malade ne quitte l'hôpital que deux mois et dix-sept jours après l'invasion de l'arthritis, dont la durée n'est point précisée.

Troisième observation du même. — C'est la plus satisfaisante des trois; elle a une signification réellement favorable à la méthode vésicante, qui a été exclusivement employée dans ce cas; le soulagement a été rapide, l'issue prompte (au dix-septième jour de la maladie); mais on doit regretter que le malade ait obtenu sa sortie alors qu'il conservait encore de la roideur dans plusieurs articulations et que l'on pouvait encore, comme dans les cas précédents, redouter une recrudescence du vingtième au vingt deuxième jour.

Ainsi, des trois faits qui sont dus à M. le rapporteur deux ne prêtent aucun appui à la méthode de M. Dechilly, car ils ont duré trente-sept jours et plus, et ils ont nécessité l'emploi du sulfate de quinine et l'un d'eux en plus une petite saignée; le troisième est incomplet dans son résultat peut-être non terminé; au moins eût-il comporté une observation plus suivie pour qu'il fût possible d'affirmer la guérison.

L'expérimentation de l'honorable rapporteur n'est donc pas plus concluante que celle de M. Dechilly : elle ne l'est pas moins; elle confirme ce que nous savions, le secours précieux du vésicatoire dans certaines conditions du rhumatisme articulaire; elle ne l'érige pas en méthode spéciale; tout au plus la troisième observation de M. Martin-Solon peut-elle établir une présomption de cette portée, et nous l'admettons volontiers comme le point de départ d'une série statistique destinée à juger la valeur du vésicatoire multiple comme moyen de traitement du rhumatisme.

Cette imperfection des données expérimentales qui ont été produites par M. Dechilly et par le savant rapporteur de son mémoire doit nous engager à quelque réserve. M. Dechilly a le mérite d'avoir posé une intéressante question de thérapeutique; M. Martin-Solon a celui de l'avoir parfaitement saisie et d'en avoir commencé la solution; mais celle-ci exige de nouvelles recherches, des faits plus rigoureux, plus épurés, plus complets, plus nombreux, et je crois sauvegarder la responsabilité du jugement académique en proposant de substituer à la deuxième conclusion du rapporteur, qui revendique dès aujourd'hui pour les essais de M. Dechilly la sanction de notre publicité, cette autre conclusion : « D'engager M. Dechilly à poursuivre et à préciser ses recherches sur l'emploi exclusif des vésicatoires dans le rhumatisme articulaire. »

Après une courte réplique de M. Martin-Solon, cette sage conclusion a été adoptée, et a mis fin à une discussion et à une séance pleines d'intérêt.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

(*Voir* le numéro du 28 mai.)

Les considérations auxquelles nous nous sommes livré sur l'organicisme nous conduisent naturellement à nos études sur les maladies de l'encéphale. Nous avons démontré que les dérangements fonctionnels de cet organe reconnaissaient nécessairement une altération dans l'organe lui-même; qu'il était impossible que les maladies de l'âme fussent autre chose que l'effet du dérangement de l'instrument qui manifeste l'intelligence. Nous allons faire aujourd'hui l'application de ce principe fondamental au sujet dont nous allons nous occuper.

Dans les affections cérébrales, l'intelligence joue un grand rôle; au milieu de toutes les fonctions du cerveau, elle est souvent dérangée seule. Cette circonstance doit faire admettre d'abord cette proposition : *que les fonctions du cerveau étant multiples, l'organe lui-même doit être multiple.*

En effet, le cerveau sert non-seulement à l'intelligence, mais aussi aux mouvements, à la sensibilité, aux sensations, à la voix, à la parole, au sommeil.

Il est facile de prouver qu'un organe spécial ou, si l'on veut, une partie spéciale de l'organe, ce qui est la même chose, est affecté à chacune de ces fonctions.

Et d'abord, dans l'état physiologique, chacune de ces fonctions s'exerce séparément. Si elles avaient un seul et même organe, elles ne pourraient pas s'exercer isolément quand ce seul organe fonctionnerait; il exécuterait *à la fois, simultanément,* toutes les fonctions qui lui seraient attribuées. La seule séparation de fonctions prouve que le même organe ne peut en être chargé.

Mais encore, de ce que plusieurs fonctions cérébrales s'exercent simultanément, on doit aussi conclure qu'il existe plusieurs organes; car comment un seul organe pourrait-il exercer plusieurs fonctions à la fois? Il en faut nécessairement plusieurs.

Or, on exerce à chaque instant l'intelligence sans le mouvement; les sens, les sensations sans le mouvement.

Dans l'état pathologique, nous voyons tous les jours des paralytiques très intelligents, et des maniaques doués d'une force et d'une agilité supérieures à l'état de santé. Donc ce sont là des choses différentes et qui reconnaissent des organes différents.

Nous pourrions en dire tout autant des fonctions des sens, et faire voir que des sourds sont très agiles, très intelligents, etc., bien que la cause de leur surdité soit dans le centre de perception.

Donc, lorsqu'une fonction est multiple, l'organe est nécessairement multiple; le cerveau exerce plusieurs fonctions, donc le cerveau est un organe multiple. Il existe logiquement, fatalement dans l'encéphale une partie affectée à l'intelligence, une partie affectée au mouvement, une partie au sentiment, aux sensations, etc; de là la nécessité de chercher à découvrir quelles sont ces parties.

La plupart des médecins distingués qui ont écrit sur ce sujet ont été nos élèves particuliers, et c'est d'après la conviction que ces principes leur avaient inspirée, qu'ils se sont livrés à leurs intéressants travaux. Nous citerons parmi eux MM. Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp, Calmeil, Bouchet, Cavauvieilh, Georget, Etoc, Demazy, qui tous ont produit des écrits remarquables faits d'après ces principes, et qui ont avancé l'art sur un grand nombre de points. Lorsque des principes ont de pareils résultats, il n'est pas permis (sous peine de ridicule) de les traiter légèrement.

Mais si le cerveau a plusieurs parties auxquelles sont attribués l'intelligence, le mouvement, etc., ces fonctions elles-mêmes multiples ont-elles plusieurs parties dans le cerveau? Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative. Oui, le cerveau est multiple pour le mouvement, ce n'est pas la même partie qui fait mouvoir le côté droit du corps et le côté gauche; ce n'est pas la même partie qui fait mouvoir le membre thoracique et qui fait mouvoir le membre pelvien, etc.

L'intelligence a-t-elle un organe multiple? Oui, sans contredit, et c'est la base fondamentale de la doctrine de Gall. Sans doute, il y a dans le cerveau un organe destiné à telle manifestation et non à telle autre. Voyez ces individus qui ne délirent que sur un point, tels autres qui n'ont de capacité que pour un sujet, etc. Tous ces défauts partiels, toutes ces prédominances isolées n'indiquent-elles pas des organes spéciaux?

La base du système de Gall est donc fondée. Il est évident que le cerveau sert à quelque chose, qu'il est l'instrument des fonctions sensoriales, intellectuelles et morales, et que l'intelligence a des organes multiples.

Le volume du cerveau est-il en rapport avec le développement intellectuel? Plus le cerveau est développé, plus les fonctions le sont-elles? On peut encore répondre; *Oui*, avec l'au eur que nous venons de citer. Mais Gall a trop oublié un point essentiel et qui infirme jusqu'à un certain point cette proposition : c'est que la disposition moléculaire du cerveau doit être comptée pour beaucoup. Il est évident que, si la pulpe cérébrale est malade ou seulement un peu moins bien disposée que dans l'état normal, l'organe fonctionnera d'une manière moins parfaite. Pour que le volume du cerveau soit une cause de supériorité, il faut encore (que l'on me pardonne cette expression triviale) que la *qualité* soit égale ou supérieure; la *quantité* ne suffit plus lorsque la première est inférieure. Mais Gall n'avait garde d'insister sur une circonstance qui n'allait à rien moins qu'à détruire ou du moins à affaiblir beaucoup la valeur de son système.

Et maintenant les organes auxquels Gall a attribué certaines dispositions particulières en sont ils véritablement doués et peuvent ils servir à localiser les affections de l'encéphale? Nous ne le pensons en aucune manière.

Les anciens métaphysiciens, et surtout Loke, Condillac, etc., admettaient comme facultés de l'intelligence la perception, la comparaison, le jugement, la mémoire, l'imagination, la volonté, etc. Suivant les auteurs, Gall n'admet pas que ce soit là des facultés, mais bien de simples conditions d'intensité dans certaines dispositions cérébrales, qui, selon lui, méritent seules le nom de facultés; il admet vingt-sept de ces facultés; et ses élèves, Spurzheim entre autres, les élevèrent à un nombre plus considérable.

Chaque aptitude intellectuelle est pour ces auteurs une faculté; chaque disposition affective est aussi une faculté. Ainsi, par exemple, un individu est calculateur, musicien, etc., il a l'organe de ces facultés, et, suivant que cet organe est plus ou moins développé, actif, énergique, il est doué d'une faculté plus grande de perception, de comparaison, de jugement, de mémoire, d'imagination dans la spécialité de la musique ou des nombres, etc.

Pour rattacher ces dispositions à des régions cérébrales particulières, Gall et ses sectateurs ont eu recours à deux ordres de preuves : celles prises de l'observation directe des individus doués de certaines aptitudes à un certain degré, chez lesquels doit exister une certaine prédominance organique, et de l'anatomie comparative qui fait découvrir chez les animaux enclins à de certains penchants certains points du cerveau plus développés.

C'est ici, suivant nous, le côté faible du système, car il est évident que ces preuves sont insuffisantes.

Il y a déjà bien longtemps qu'en rendant compte d'un ouvrage de Spurzheim sur la folie, je lui répondis qu'on ne pourrait avoir la certitude que telle partie du cerveau était affectée à telle forme intellectuelle que lorsque l'anatomie pathologique aurait prouvé un assez grand nombre de fois que telle faculté était abolie ou pervertie lorsque telle partie du cerveau était malade. Ce que je considérais comme impossible, car, le cerveau étant un organe double, il serait nécessaire que la lésion fût double, occupât les deux mêmes points des deux hémisphères, ce qui ne s'était pas encore vu et ne se verrait peut-être jamais. En effet, l'hémisphère sain pouvant remplacer l'hémisphère malade dans les fonctions intellectuelles, il est impossible de juger jusqu'à quel point la partie affectée dans un seul hémisphère influence la faculté intellectuelle qui lui correspondrait.

Mais, quoique le siége des diverses facultés ne soit pas encore déterminé, on ne doit pas moins admettre le principe de la multiplicité des organes.

De tout ceci, il résulte que le cerveau est un organe multiple;

Que l'intelligence se manifeste par une portion spéciale;

Que le mouvement est exécuté par une autre partie, etc.;

Et qu'enfin l'intelligence étant multiple, elle-même doit avoir plusieurs organes;

Et que le mouvement, étant aussi multiple, a certainement aussi plusieurs organes. Le mouvement du côté droit du corps n'étant pas sous la même direction que le mouvement du côté gauche.

Et maintenant, quels sont les signes fournis par l'intelligence dans les maladies du cerveau?

L'intelligence participe à la plupart des affections cérébrales aiguës ou chroniques. Elle peut être, ainsi que les autres fonctions, augmentée, diminuée, abolie ou pervertie.

Jetons un coup d'œil rapide sur chacune de ces modifications intellectuelles.

Dans quelques cas rares avec surexcitation cérébrale, on a remarqué un état plus parfait de l'intelligence. La conception est plus rapide, la repartie plus prompte, la mémoire plus fidèle, l'imagination plus vive ou plus riche. On cite à ce sujet des exemples curieux et qui tiennent du merveilleux; mais comme ce ne sont là que des cas exceptionnels et qu'ils n'indiquent pas des modifications sensibles de l'encéphale, nous ne nous y arrêterons pas.

L'intelligence est diminuée dans le typhus. Je ne doute pas que le cerveau ne soit dans ce cas-là le siége d'une lésion plus ou moins prononcée. J'ai souvent fait voir dans mes cours de clinique ces lésions allant jusqu'à la suppuration. Elle est aussi diminuée dans le ramollissement du cerveau, où les malades répondent aux questions avec une extrême lenteur. Dans la deuxième période des maladies de l'encéphale, où il existe une suffusion séreuse: dans la congestion, la commotion, la contusion du cerveau.

L'intelligence peut même être abolie complétement dans un degré plus avancé de ces maladies; et dans l'ivresse, le narcotisme, la syncope, l'asphyxie, le coma, le carus, l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite dans certaines périodes des maladies chroniques du système nerveux, etc.

Nous distinguons trois formes, trois degrés, trois variétés dans la perte de connaissance:

1° La perte complète avec suspension de l'action des agents externes sur les sens;

2 La perte de connaissance avec impossibilité de communiquer avec les personnes environnantes, mais avec conservation des impressions. C'est la perte de connaissance qui caractérise l'hystérie normale;

3° Enfin la perte de l'intelligence qui a lieu dans la démence, l'idiotisme, etc; la perception continue, ainsi que la communication avec les personnes environnantes; mais le jugement, la conscience, l'intelligence, sont complétement perdus. Mais c'est particulièrement la perversion de l'intelligence, c'est-à-dire le délire, qui doit nous intéresser davantage.

Une question préalable s'élève. Quel est le siége du délire? Ce siége doit être le même que celui de l'intelligence.

On a avancé que le délire était le signe pathognomonique de la méningite; mais il y a des méningites sans délire, et des délires sans méningites; ce ne sont pas les méninges qui pensent.

MM. Deloye et Foville ayant ouvert un grand nombre d'individus qui avaient présenté du délire pendant la vie, et ayant toujours rencontré des altérations dans la substance corticale, conclurent que c'était dans cette substance que le siége du délire devait se trouver. L'expérience journalière parait confirmer cette assertion.

Mais le délire est-il toujours le résultat d'une altération matérielle du cerveau? Sans contredit, *toujours*, et il est impossible qu'il en soit autrement. On a objecté le délire des ivrognes, des délires sympathiques, des délires chroniques, dits nerveux, etc. Mais croit-on que les molécules alcooliques qui pénètrent le cerveau dans l'ivresse, et que l'on sent si bien aux ouvertures des corps, ne sont *rien*?

Sans doute toutes les modifications qui produisent le délire ne sont pas susceptibles de tomber toujours sous nos sens; mais la logique veut que cette modification existe.

Nous acceptons qu'il existe un délire purement nerveux, c'est-à-dire dont l'altération fugitive n'est nullement appréciable après la mort; mais cela n'empêche pas que l'altération ne doive exister pendant la vie. La lésion qui produit le délire doit quelquefois être très légère; lorsqu'on pense qu'un peu de vin de Champagne ou de café suffit pour le produire, où peut être la prétention de la trouver toujours après la mort?

Telle est sans doute la modification du délire sympathique des maladies éloignées du cerveau.

Telle est encore la lésion du délire idiopathique *nerveux*.

Mais telle n'est pas la lésion qui le produit dans les inflammations du cerveau et dans d'autres maladies de cet organe.

On doit donc s'attacher à distinguer quelle est l'espèce de délire à laquelle on a affaire; mais il ne faut jamais oublier que, quelle que soit cette espèce, *il existe toujours une modification dans l'encéphale*, sensible ou insensible à nos moyens d'investigation.

Les auteurs ont distingué de nombreuses variétés de délire: un délire extérieur, intérieur, marmottement, conversation avec des absents; complet, général, exclusif, constant, passager, doux, tranquille, furieux, léger, profond, court, prolongé, aigu, chronique, continu, intermittent; changement d'humeur, de caractère, etc. Nous ne pouvons entrer dans tous ces détails.

Il n'entre pas non plus dans notre plan de parler ici de la folie, dont le délire et ses innombrables variétés forment le domaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 29 mai 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Cathétérisme de l'œsophage.

M. Chassaignac, après la lecture du procès-verbal, et à propos du cathétérisme de l'œsophage, appelle l'attention de la Société sur un fait anatomique auquel il attache quelque intérêt. Il a remarqué à la limite postérieure des deux arcades dentaires, même chez les sujets pourvus de toutes leurs dents aux deux mâchoires, un espace libre ou un vide suffisant pour permettre le passage d'une sonde élastique et son introduction dans la cavité pharyngienne. Cet orifice, un peu plus étroit chez certains individus que chez d'autres, n'empêche pas cependant la pénétration d'une sonde urétrale de moindre grosseur. Il suffit, pour engager la sonde, de la faire glisser le long de l'arcade dentaire jusqu'au delà de la dernière dent molaire.

M. Deguise fils ne sait pas si cette disposition est aussi générale que l'indique M. Chassaignac; mais il est bien certain qu'il y aurait impossibilité d'agir ainsi chez quelques sujets. Le cathétérisme œsophagien lui paraissant d'ailleurs beaucoup plus facile lorsqu'il est pratiqué par les fosses nasales, rend moins admissible l'introduction de la sonde par la cavité buccale, alors même que les arcades dentaires sont maintenues rapprochées l'une contre l'autre.

M. Deguise profite de ce qui vient d'être dit sur le cathétérisme œsophagien pour réparer un oubli dans la discussion de la séance dernière. On a fait mention de la sonde de M. Baillarger, ainsi que de la modification apportée au mandrin par M. Blanche fils; mais on a omis de parler d'un procédé fort ingénieux imaginé par un ancien interne de la maison de Charenton, M. le docteur Marchand.

Ce procédé consiste à introduire par l'une des narines une algalie en argent légèrement recourbée à l'une de ses extrémités, et un peu plus longue que le plancher des fosses nasales. Cet instrument étant maintenu en place, on fait glisser sur lui une sonde en gomme élastique à parois simples, terminée, d'un côté, par une extrémité en forme d'entonnoir, et de l'autre par un seul orifice à bords arrondis. La courbure de l'algalie a pour but de s'opposer aux deux principaux obstacles de l'introduction de la sonde œsophagienne:

1° Elle empêche l'extrémité de la sonde de venir s'arcbouter contre la paroi postérieure du pharynx, et d'y déterminer des pressions douloureuses, ou même des érosions, des déchirures, des inflammations mortelles, lorsqu'on a besoin de recourir pendant longtemps à l'alimentation forcée.

2° Elle empêche encore la sonde de se dévier en avant et de pénétrer dans le larynx, comme cela arrive quelquefois quand on n'emploie pas de conducteur, et qu'il n'y a pas possibilité de faire ouvrir la bouche pour s'assurer de la direction de l'instrument.

M. Larrey rappelle que l'on a tenu compte depuis longtemps de la disposition signalée par M. Chassaignac comme fait général, à savoir, l'existence d'une ouverture située derrière les arcades dentaires, et la possibilité d'y faire pénétrer une sonde élastique. C'est surtout dans les cas de renversement extrême des mâchoires, comme dans le trismus, que l'on a conseillé, pour alimenter ou médicamenter les malades, d'introduire ainsi une sonde dans le pharynx, en lui faisant parcourir d'abord la courbure des arcades dentaires, pour l'engager ensuite, soit en arrière, dans l'espace libre qui s'y trouve, soit même avant, à travers l'échancrure formée par la perte de quelque dent.

MM. Vidal (de Cassis) et Huguier appuient la remarque faite par M. Larrey, en rappelant que Boyer, M. Velpeau et d'autres ont mentionné ce mode d'introduction de la sonde œsophagienne.

M. Morel-Lavallée a employé depuis longtemps un procédé qui lui paraît plus simple encore que celui de M. Marchand. C'était pour remplacer la sonde de Bellocq; mais l'idée est également applicable à la sonde œsophagienne. Ce procédé consiste à introduire par la fosse nasale une sonde de gomme élastique courbe, redressée par un mandrin droit. Une fois l'extrémité de la sonde arrivée contre la paroi postérieure du pharynx, on retire le mandrin, et la sonde, dont la concavité est tournée en avant, obéissant à son élasticité, s'abaisse et s'engage comme d'elle-même dans le pharynx.

M. Chassaignac fait observer que le point important pour le fait général qu'il a constaté par des expériences sur le cadavre, c'est l'existence constante de l'ouverture, lors même que les arcades dentaires sont complètes.

M. Vidal revient sur la remarque precédemment faite, et se rappelle avoir lu dans l'ouvrage d'anatomie chirurgicale de M. Velpeau que si, dans le trismus, il y a impossibilité d'écarter les mâchoires pour faire boire le malade, on engage une sonde dans le pharynx en la faisant passer derrière les arcades dentaires.

M. Vidal ajoute que ce conseil a d'ailleurs été donné par d'autres, et se trouve reproduit dans divers ouvrages classiques.

M. Huguier, comme MM. Larrey et Vidal, ne pense pas que ce soit là une indication nouvelle. Il a entendu Marjolin donner le même conseil, lorsque la difficulté était trop grande pour passer la sonde autrement. On peut en effet agir ainsi chez les sujets qui ont toutes leurs dents, et on y réussit plus aisément chez ceux dont la dernière fausse molaire n'est pas poussée; mais on peut éprouver quelquefois des difficultés. M. Huguier se souvient encore que Marjolin conseillait d'arracher une mauvaise dent pour frayer un passage à la sonde. C'est là, du reste, une disposition très variable.

M. Lenoir fait observer que le procédé de cathétérisme œsophagien cité par M. Deguise fils, d'après M. Marchand, n'est que l'application d'un procédé de cathétérisme urétral bien connu et imaginé par M. Amussat.

M. Deguise fils ne croit pas que l'on puisse comparer exactement deux opérations faites sur des parties et dans des conditions aussi distinctes les unes des autres. Il rappelle que M. Marchand n'agit comme il le fait que pour recourber la sonde droite.

M. Lenoir insiste sur la comparaison qu'il a faite, et soutient que le temps le plus difficile de l'opération, ce n'est pas de diriger la sonde vers l'œsophage, mais de l'y introduire.

La discussion n'est pas poussée plus loin sur ce sujet.

Correspondance.

M. Monod, retenu encore à une commission du Conseil des hospices, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Aymard, secrétaire de la Société académique du Puy, adresse le quatorzième volume des Annales de cette compagnie savante, sous le couvert du ministre de l'instruction publique.

M. Maisonneuve, chargé d'examiner ce livre, en rend compte aussitôt, en disant qu'il ne contient aucun travail, ni aucun fait à signaler sous le point de vue chirurgical.

M. Vidal, à peine convalescent d'une laryngite, demande l'ajournement du rapport qu'il devait faire sur une communication de M. Désormeaux.

Élections.

M. le Président, eu égard au concours du Bureau central qui va s'ouvrir, en éloignant de la Société quelques-uns de ses membres, propose de procéder dans la prochaine séance à l'élection annuelle des membres du bureau. On n'attendrait pas ainsi jusqu'à la troisième semaine de juin fixée par le règlement, et le vote serait plus complet.

Cette proposition étant appuyée, M. le secrétaire écrira aux membres absents pour les convoquer à la séance du 5 juin.

Résection du coude.

M. Chassaignac fait successivement trois communications. La première est relative à une résection des extrémités osseuses de l'articulation du coude. Il a pratiqué cette opération le 2 mai, pour une tumeur blanche, chez un ancien militaire âgé d'une quarantaine d'années. Le procédé suivi par M. Chassaignac fut tel qu'il a été décrit dans le premier volume des *Mémoires de la Société de Chirurgie*. Une seule incision, faite sur le côté externe du membre, permit de réséquer d'abord l'extrémité du radius, ensuite celle du cubitus, et enfin celle de l'humérus, à l'aide de la scie à chaînette et du tire-fond. Le nerf cubital fut ménagé. L'opération assez laborieuse a évité un écueil fâcheux, la stagnation du pus dans le foyer de la plaie. Aucune ligature n'a été nécessaire, et il n'est point survenu d'accident; le membre se trouve dans de bonnes conditions, et après avoir fait craindre l'existence du cancer dans la tumeur blanche, il offre toutes les chances d'une guérison certaine. Les extrémités articulaires ainsi enlevées sont toutes les trois affectées de carie, et présentent des végétations stalactiformes; les cartilages sont presque entièrement détruits.

M. Chassaignac a l'espoir de présenter plus tard à la Société le malade tout à fait guéri.

M. Demarquay lui demande comment il s'assure, par ce procédé, que le bistouri ne lèse pas le nerf cubital.

M. Chassaignac répond qu'il n'y a pour cela d'autre précaution à prendre que de raser les os de très près et de faire saillir l'extrémité inférieure de l'humérus.

Fistules alvéolo-dentaires.

La seconde communication de M. Chassaignac se rapporte à une fistule ancienne de la joue. Il a amené deux fois, avant et après sa guérison, un malade âgé de vingt-quatre ans, chez lequel une fistule s'est établie à la joue, secondairement à un abcès qui lui-même était la conséquence de l'avulsion d'une dent et de l'altération de l'os maxillaire. Cette fistule datait déjà de dix-huit mois sans avoir pu être guérie, et le malade désirait vivement en être débarrassé par une opération. A cet effet, M. Chassaignac se servit d'un ténotome pour couper le trajet de la fistule perpendiculairement à sa longueur, en décollant la joue de ses adhérences à l'os maxillaire, et en l'isolant ainsi des parties profondes; puis il introduisit un fil à travers la paroi buccale par l'ouverture de la fistule, fixa à l'extrémité de ce fil un bourdonnet de charpie qu'il entraîna entre les lèvres de la division pour oblitérer l'ouverture de la perforation de la joue; de telle sorte que la fistule externe fut convertie en une fistule interne. Ce résultat s'est heureusement effectué.

M. Huguier fait observer que ces fistules sont assez fréquentes et variables; elles aboutissent ordinairement: d'une part, à la joue; d'autre part, aux arcades dentaires; elles ont été bien décrites par M. Duval sous le nom de *fistules alvéolo-dentaires*, qui exprime exactement leur origine et leur nature. L'indication, le remède, c'est d'arracher la dent malade.

M. Huguier a vu chez un jeune homme du monde une carie dentaire occasionner ainsi une fistule, qui avait été opérée sans succès une première fois par Lisfranc, et deux fois ensuite par M. Lenoir, d'après le conseil de Marjolin.

Le malade, après ces récidives, vint consulter M. Huguier, qui commença par diviser l'extrémité interne du trajet fistuleux en détachant de l'os maxillaire la face postérieure de la lèvre inférieure. Cette incision amena la cicatrisation de l'orifice externe de la fistule, mais n'empêcha pas le pus de s'écouler par l'orifice interne entre les gencives et la dent malade. L'avulsion de cette dent fut faite ensuite par M. Oudet, qui assura ainsi la guérison définitive de la fistule.

M. Maisonneuve a fait une opération analogue à celle de M. Chassaignac. Une fistule provenant de l'arcade dentaire supérieure était entretenue par la racine d'une dent cariée, et l'avulsion de cette dent avait été tentée plusieurs fois sans succès par des dentistes. M. Maisonneuve, sachant que l'on n'avait pu agir par l'alvéole, fait une incision à la joue, et, ayant mis à découvert l'orifice de la fistule, il saisit et enleva la racine de la dent avec un ostéotome. Le succès fut ainsi complet par le décollement de la peau et par l'extraction du corps étranger.

M. Debout élève des doutes sur la valeur de cette incision, qui ne lui semble pas indispensable, tandis que l'extraction complète de la partie malade qui occasionne et entretient la fistule doit suffire à sa guérison radicale. Il a vu, entre autres exemples à l'appui de cette opinion, un jeune enfant qui avait au menton une fistule d'apparence scrofuleuse aboutissant à

une dent gâtée. Cette dent fut extraite, et la guérison s'effectua complétement sans que la peau eût été entamée.

M. GUERSANT pourrait citer trois ou quatre faits à l'appui de l'opinion soutenue par M. Debout. Il rapporte seulement l'observation d'une jeune personne considérée comme scrofuleuse en raison d'une fistule qu'elle avait depuis longtemps sous la mâchoire. L'exploration du trajet fistuleux, faite avec un stylet par M. Guersant, lui fit constater une perforation de l'os maxillaire et la carie de l'une des dents incisives. L'avulsion de cette dent fut faite par M. Toirac, et, en assurant la guérison de la jeune fille, elle lui permit de se marier.

M. MOREL-LAVALLÉE, en admettant que l'extraction de la partie malade soit le procédé le meilleur pour guérir ces fistules, trouve que, s'il était insuffisant, il devrait être remplacé par le procédé dont M. Chassaignac s'est servi, comme offrant les plus grandes chances de succès.

M. DEMARQUAY, à l'appui de cette opinion, cite ce qu'il a vu chez une cliente de Blandin : c'était une fistule siégeant au menton et occasionnée par l'altération de la deuxième incisive. Plusieurs chirurgiens furent appelés, entre autres M. Cloquet, qui conseilla l'avulsion de la dent gâtée; cette opération fut faite, mais la guérison ne fut que provisoire, et la fistule se reproduisit.

M. LARREY a donné des soins, il y a deux ans, à un jeune homme que lui avait adressé M. Vaillant, membre du Conseil de santé, pour une fistule de la joue déjà ancienne, et que l'on avait essayé vainement de guérir par divers moyens, tels que les injections, la cautérisation, la compression et différents modes de pansement : une dent cariée avait même été extraite sans résultat pour cette fistule. L'exploration profonde de son trajet fit reconnaître enfin qu'elle était entretenue par la présence d'un fragment d'os éliminé de la mâchoire; l'extraction de ce petit séquestre fut facilitée par un débridement sous-cutané de la fistule, et la cicatrisation se fit promptement.

Quant aux fistules exclusivement dentaires, M. Larrey ajoute que, tous les chirurgiens ayant été à même d'en observer des exemples, il lui semble inutile de prolonger davantage cette discussion.

Traitement des abcès.

La troisième communication de M. Chassaignac est la lecture des conclusions d'un travail sur le traitement des abcès. En voici l'exposé très succinct :

Les parois d'un abcès chaud ou froid que l'on vient d'ouvrir peuvent être assimilées, selon M. Chassaignac, aux surfaces d'une plaie récente, et sont, comme celles-ci, susceptibles de se réunir par première intention, si, bien entendu, il n'existe point de cause permanente à la formation du pus, telle que la présence d'un corps étranger ou une altération des os. Il importe aussi que le foyer purulent soit circonscrit et que ses parois soient assez en rapport avec les tissus circonvoisins pour pouvoir s'adosser à elles-mêmes. Quant au mode de faire, M. Chassaignac pratique seulement une petite ouverture à l'abcès, et c'est par là qu'il fait sortir la totalité du pus; il s'assure que le foyer est vide en y injectant de l'eau jusqu'à ce que le liquide ressorte sans aucun mélange de pus. Cela fait, le foyer purulent se trouve entièrement détergé, ses parois se rapprochent, s'unissent, se cicatrisent et la guérison est complète en deux ou trois jours ordinairement.

M. VIDAL ne voit, dans le procédé de M. Chassaignac pour le traitement des abcès, qu'une modification de la pratique habituelle des chirurgiens; car les différents moyens qui constituent ce procédé sont usités depuis longtemps, et se composent de trois éléments distincts et bien connus.

Ainsi, pour son compte, et depuis plus de dix ans, M. Vidal n'a peut-être pas fait une seule ouverture d'abcès avec le bistouri; c'est de la lancette qu'il se sert, en ne faisant que de petites ponctions.

On a également employé les injections aqueuses dans les foyers purulents pour favoriser leur détersion et le recollement de leurs parois.

Dans le même but, enfin, on a recours journellement à la compression, qui a été conseillée par les anciens.

Ainsi, selon M. Vidal, le mode de traitement que propose M. Chassaignac n'offre rien de nouveau, comme on pourra le démontrer si la discussion est réservée à ce sujet.

M. CHASSAIGNAC ne peut laisser sans réponse ce que vient de dire M. Vidal. Il lui reproche de défigurer la communication qu'il a faite, et de décomposer les trois éléments de son procédé pour les réduire à une valeur isolée qui en dénature l'ensemble. Le point essentiel de ce mode de traitement, celui auquel M. Chassaignac attache toute l'importance de sa communication, c'est d'obtenir l'adhésion immédiate d'un abcès ouvert ou sa réunion par première intention.

M. VIDAL insiste sur la triple objection qu'il a faite aux trois éléments de cette proposition; et il n'admet pas, comme le prétend M. Chassaignac, que l'on puisse assimiler la surface interne d'un abcès à une surface traumatique.

M. HUGUIER, enfin, demande une liste ou un tableau des cas dans lesquels M. Chassaignac a employé ce mode de traitement des abcès; et en raison de l'importance du sujet, il demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

Cette proposition est adoptée.

Bec-de-lièvre compliqué.

M. GUERSANT présente à la Société deux enfants opérés de bec-de-lièvre compliqué, l'un depuis un an, l'autre depuis trois semaines. Les succès dans les cas de bec-de-lièvre simple sont nombreux; mais dans les cas compliqués, il n'en est pas ainsi.

Le premier enfant, aujourd'hui âgé de sept ans, avait une division très large de la lèvre; la voûte palatine et le voile du palais étaient divisés; le vomer s'étendait en avant entre l'écartement de la lèvre, il chassait au-devant de lui l'os incisif jusqu'au bout du nez; un lobule de peau partait de ce point et adhérait à l'os. M. Guersant, après avoir décollé ce lobule, excisa l'os vomer et enleva l'os incisif; le lobule lui servit à faire la sous-cloison du nez, et après avoir largement disséqué de chaque côté les tissus qui font adhérer les lèvres et les joues aux os, il raviva les bords de la solution de continuité de la lèvre. Il traversa la base du nez avec une forte épingle qu'il recourba à ses extrémités; il fit la réunion de la lèvre en faisant passer la première épingle sur l'extrémité du lobule de peau qui servit à faire la sous-cloison. Le cinquième jour les trois épingles étaient retirées, la réunion parfaite, et, malgré une rougeole qui se développa, les cicatrices ne se rompirent pas. Aujourd'hui l'enfant présente une physionomie très convenable; seulement la sous-cloison du nez est fort large. M. Guersant dit qu'il aurait pu la rendre plus étroite lorsqu'il a opéré son malade; mais il aime mieux la rétrécir, maintenant que tout est consolidé. Il n'y a pas à craindre aujourd'hui que ce petit lambeau de peau, qui a très bien repris, vienne à se sphacéler, ce qui aurait pu arriver il y a un an, lors de l'opération compliquée qu'on fut obligé de faire.

Le second enfant, âgé de deux ans, est opéré depuis trois semaines; il avait un écartement considérable de la solution de continuité de la lèvre; la base du nez était très large, écartée, de plus la voûte palatine et le voile du palais divisés. M. Guersant fit encore une large dissection des lèvres et des ailes du nez, de manière à le rendre très mobile; il rapprocha les parties largement disséquées en pinçant le nez avec une forte serre-fine, puis, ayant rafraîchi les lèvres de la solution de continuité labiale, il fit deux points de suture; la serre-fine fut enlevée au bout de quarante-huit heures, les autres points de suture étaient enlevés le quatrième jour. Aujourd'hui l'enfant est guéri : il y a trois semaines que l'opération a été pratiquée.

Ces deux faits et d'autres de la pratique de M. Guersant lui font dire qu'en détachant largement les ailes du nez et en disséquant les adhérences des lèvres, qu'on rapprochera ensuite fortement, soit avec une forte épingle, soit avec une forte serre fine, tous les becs-de-lièvre peuvent être opérés avec chances de succès, quel que soit l'âge du sujet et même les complications de la difformité. Ce procédé a été préconisé avec juste raison, dans ces derniers temps, par M. le docteur Phillips.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

PLAIE PAR UNE LAME DE FAUX

ayant percé la poitrine de part en part, suivie de guérison;

Par M. Sewell.

Un jeune homme de dix-huit ans marchait en tenant dans les mains la lame de sa faux, lorsque, son pied ayant heurté contre un tronc d'arbre, il tomba de telle manière que la pointe pénétra dans l'aisselle droite entre la troisième et la quatrième côte, traversa horizontalement la poitrine, et sortit vers les côtes correspondantes à gauche. La plaie d'entrée avait de deux pouces et demi à trois pouces de longueur, celle de sortie un pouce seulement.

Son frère, qui était présent à l'accident, parvint avec une admirable présence d'esprit à extraire la lame, en tenant compte dans cette manœuvre de la courbure. L'hémorrhagie fut moins considérable qu'on n'aurait pu s'y attendre. Le blessé put, en se faisant soutenir, regagner son domicile à quelque centaine de pas.

A l'arrivée du médecin la plaie ne saignait plus. Il n'y eut non plus aucun crachement de sang.

Le récit (que M. Sewell n'a fait que transcrire) se borne ensuite à énoncer que la guérison eut lieu sans qu'aucune médication active fût devenue nécessaire.

(*The British. Americ. journ. of med. scienc.*)

NOUVELLES.

C'est dans les premiers jours de juillet que sera inauguré le monument en l'honneur du baron Larrey, qui doit prendre place dans la cour d'honneur du Val-de-Grâce. Il se compose d'une statue en bronze, élevée sur un piédestal de marbre blanc, avec quatre bas-reliefs du même métal que la statue.

Les bas-reliefs représentent quatre des principaux épisodes où Larrey s'est particulièrement distingué; ce sont : la Béresina, les Pyramides, Austerlitz, Somo-Sierra (Espagne).

La statue, qui a trois mètres de haut, représente le chirurgien en chef des armées impériales debout, drapé dans son manteau, et appuyé contre un obusier dont l'embouchure est surmontée par quelques volumes de ses œuvres.

On voit à terre un sabre brisé et un énorme boulet qui est venu mourir à ses pieds en labourant le sol. Sur ses œuvres sont déposés divers instruments de chirurgie que de la main gauche l'illustre praticien semble prêt à saisir, tandis que de la droite il tient le testament de Napoléon, ouvert à l'endroit où sont écrits ces mots : « Je lègue cent mille francs au chirurgien en chef Larrey, l'homme le plus vertueux que je connaisse. »

L'auteur de cette œuvre d'art est M. David (d'Angers).

— Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro le *Courrier du Monde Medical*.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 13 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 70.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 12 JUIN 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

La question depuis si longtemps mise à l'ordre du jour de la science par M. le docteur Loir est arrivée aujourd'hui à l'ordre du jour de l'Académie et a occupé toute la séance, avec quelques rapports lus par M. Gaultier de Claubry sur des remèdes secrets.

On sait que M. Loir poursuit depuis longues années avec une louable persévérance l'abrogation de l'article 55 du Code civil, ainsi conçu :

Les déclarations de naissance seront faites dans les trois jours de l'accouchement à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté.

M. Loir se fonde, pour réclamer cette modification légale, sur les dangers auxquels est exposé l'enfant, surtout pendant la saison rigoureuse, dans le trajet, souvent fort long, qu'on est obligé de lui faire parcourir, et sur l'augmentation de mortalité parmi les nouveau-nés qui en est la conséquence.

La question soulevée par M. Loir et soumise à l'examen de l'Académie était donc complexe, ainsi que l'ont reconnu tous les orateurs : elle offrait un côté purement médical ou hygiénique, et un côté purement administratif.

A ce dernier point de vue, M. Adelon a élevé des difficultés, comme il lui arrive à la vérité d'en soulever quelquefois, et que, nous l'avouons, nous n'avons pas bien comprises. Plus que personne, autant que personne au moins, nous sommes convaincu qu'il y a un grand intérêt général d'ordre public à ce que chaque individu, chaque corps reste dans la sphère de ses attributions ; mais, autant que personne aussi, nous demandons que ces attributions soient comprises dans leur véritable esprit, dans leur véritable portée, et jamais à des points de vue étroits et stériles. Nous avons donc été entièrement de l'avis de M. Bouvier quand il a dit qu'entre le fait et la conséquence il n'y avait souvent point de division possible, et il nous paraîtrait étrange, pour ne rien dire de plus, de la part d'un corps savant comme de la part d'un individu, de dire à quelqu'un qui vous consulte : « Le chemin que vous suivez conduit inévitablement à la mort ; mais je ne vous conseille pas d'en prendre un autre. » Ce n'est pas ainsi qu'on peut sérieusement procéder. Si l'Académie était profondément convaincue que la présentation des nouveau-nés à la mairie est une cause d'accroissement de la mortalité, il était dans son droit et même dans son devoir de conseiller les mesures propres à faire disparaître cette cause. Ce conseil n'aurait pas été un ordre, et l'autorité compétente aurait apprécié si l'inconvénient signalé par l'Académie était assez grave pour contre-balancer les considérations d'un autre genre qui ont déterminé le législateur à adopter l'article 55 du Code civil ; et quelle qu'eût pu être la solution de cette question, nous sommes parfaitement certain que l'autorité, ni la considération de l'Académie n'y auraient rien perdu. Il n'y a qu'une chose, à notre avis, qui puisse diminuer la considération d'un corps comme d'un individu ; c'est d'affirmer des faits dont on n'est pas parfaitement certain, et nous craignons bien que ce ne soit là la position de l'Académie dans la question qui nous occupe. Comme tous les orateurs qui ont pris part à la discussion, nous sommes certainement très porté à croire *à priori* que l'exposition à l'air froid des nouveau-nés peut avoir des inconvénients sérieux et même mortels ; cependant, nous devons le déclarer, notre croyance à cet égard n'est nullement fondée sur une démonstration positive ; M. Loir n'a lui même rassemblé que des faits insuffisants pour convaincre, et s'il y a quelque chose à regretter dans son travail, c'est certainement l'absence de ce premier élément indispensable pour résoudre scientifiquement la question. Nous nous étonnons même que M. Loir ait poursuivi pendant si longtemps l'étude d'un sujet de cette importance sans chercher à rassembler des documents qu'il serait assurément parvenu à réunir avec un peu de peine et d'activité, et qui auraient frappé les yeux même des personnes les plus étrangères à la médecine.

Notre estimable confrère M. Rigal (de Gaillac) a cherché à combler la lacune importante laissée dans le travail de M. Loir par de premières recherches statistiques sur l'exécution de l'article 55. Il est résulté de ses investigations qu'une grande partie de nos départements n'exécutaient nullement la loi ; à quoi M. Morean a répondu assez spirituellement qu'il était inutile d'abolir une disposition légale qu'on n'exécutait pas. Mais au point de vue hygiénique, la statistique imparfaite de M. Rigal demandait un complément dont l'esprit judicieux de M. Paul Dubois a immédiatement senti l'indispensable nécessité; ce complément, c'était de savoir si dans les départements où l'article 55 n'est pas exécuté la mortalité des nouveau-nés était moindre que dans les autres : mais cette statistique complémentaire ni M. Rigal ni la commission ne la possédait. Nous avons espéré un moment pouvoir répondre au désir de M. P. Dubois; malheureusement la statistique présentée par M. Rigal, tout intéressante qu'elle est, n'est complète que pour un petit nombre de départements, ou bien, lorsqu'elle est complète, une partie du département exécute la loi, tandis que l'autre partie ne l'exécute pas, en sorte qu'il est impossible de conclure de la mortalité de tel département à l'influence nuisible ou non nuisible de l'article 55.

Ces recherches statistiques si importantes et qui seules donneraient une solution scientifique de la question soulevée par M. Loir restent donc entièrement à faire; nous croyons que, s'il veut rendre un véritable service à l'hygiène publique, notre confrère doit s'y livrer avec ardeur.

RÉFORMES PROJETÉES

A l'égard des officiers de santé militaires.

La suppression récente et un peu brusque des hôpitaux d'instruction militaire, le renvoi des jeunes gens qui se destinaient au service de santé et qui avaient été admis au concours comme élèves, l'exigence du titre de docteur pour être désormais accepté comme chirurgien militaire nécessitent absolument des modifications dans les règlements et la position de cette classe si intéressante du corps médical.

Depuis quelque temps, il était fortement question de l'assimilation des grades des officiers de santé à ceux de l'armée active; parmi les officiers de santé cette mesure, que l'on croyait définitivement adoptée, trouvait des approbateurs nombreux et des adversaires. Les arguments présentés avec chaleur et talent par un des officiers de santé les plus distingués en présence de M. le ministre de la guerre paraissaient avoir décidé ce haut fonctionnaire, qui, dit-on, s'était engagé à faire entrer cette modification dans le projet de loi que l'on élaborait pour le soumettre au conseil d'Etat. Depuis lors, l'opinion de M. le ministre s'est modifiée à la suite d'observations qui lui auraient été présentées sur la crainte de déplaire aux officiers de l'armée active et sur les objections que trouvaient eux-mêmes à l'exécution de ce projet quelques officiers de santé bien posés.

Quoi qu'il en soit, voici (si, comme nous le pensons, les renseignements que nous recevons d'une personne très bien placée sont exacts) les dispositions principales du nouveau projet de loi adopté par le conseil d'Etat et qui doit être présenté sous peu à l'Assemblée nationale.

Le service de santé de l'armée se composerait de docteurs en médecine et de maîtres en pharmacie.

Le corps des médecins militaires se composerait d'inspecteurs généraux et de quatre classes, savoir :

5	inspecteurs généraux,
30	inspecteurs divisionnaires,
240	médecins d'état-major,
285	médecins de régiment,
530	médecins adjoints de régiment.
1,090	

Les chirurgiens aides-majors ou sous-aides qui ne sont pas aujourd'hui docteurs recevraient des congés de six mois pour acquérir ce grade dans les Facultés.

Passé ce délai, ceux de ces officiers de santé qui n'auraient pas acquis leurs grades universitaires seraient mis en non-activité.

Des suppléments de traitement progressifs seraient accordés après cinq et dix ans d'exercice dans la même classe.

Cinq années de service à titre d'études préliminaires seraient accordées aux docteurs admis dans le service militaire.

Maintien des Ecoles de pharmacie.

Nous avons annoncé, il y a quelques semaines, la formation d'une commission chargée par le ministre de l'instruction publique d'examiner « si l'organisation actuelle des écoles de pharmacie ne serait pas susceptible de quelques modifications, et notamment s'il n'y aurait pas lieu de réduire le nombre des chaires dont ces écoles sont dotées. »

Nous avons fait valoir à cette époque, et dans d'autres circonstances, les raisons puissantes qui militent en faveur du maintien de ces écoles. La commission nommée par le ministre, après une étude attentive de la question, expose dans un long rapport les mêmes raisons, et termine son travail par les conclusions suivantes qui mettront pour longtemps, on doit l'espérer, les écoles de pharmacie à l'abri des rogneurs budgétaires.

En résumé, la commission a été d'avis :

1° Que les écoles supérieures de pharmacie sont des institutions d'une grande utilité, et qu'il serait contraire aux intérêts de la société et de la science de les détruire ou de les réunir soit aux écoles de médecine, soit aux facultés des sciences;

2° Que les cours ayant pour objet une même science ne doivent avoir ni le même caractère, ni le même but dans les écoles de pharmacie, les facultés de médecine et les facultés des sciences, et que, par conséquent, l'enseignement professionnel des écoles de pharmacie souffrirait de la suppression de l'une quelconque des chaires dont elle sont actuellement pourvues, même de celles de physique ;

3° Que l'état de souffrance qui s'est manifesté depuis quelque temps dans les écoles de pharmacie dépend en majeure partie, soit des circonstances exceptionnelles et temporaires créées par le changement de régime effectué en 1845, mais prévu depuis 1840, soit des facilités accordées pour l'admission des candidats devant les jurys locaux ;

4° Que, pour ne pas détourner davantage les élèves en pharmacie de ces écoles, il faudrait, avant tout, exécuter d'une manière régulière l'article 13 de l'ordonnance de 1840 et l'article 13 de la loi de l'an XI. ;

5° Que, pour établir une juste distinction entre les hommes qui ont fait des études régulières dans une école supérieure et ceux qui ne sont arrivés à la maîtrise que par l'apprentissage ou par quelque autre voie, il serait à désirer qu'ils ne fussent pas désignés sous le même nom, et que le brevet de pharmacien ne pût être conféré que par suite des examens subis devant une école spéciale;

6° Que, pour augmenter le degré d'utilité, déjà très considérable, des écoles supérieures de pharmacie, il serait bon d'y développer davantage les manipulations chimiques et toxicologiques, ainsi que les autres études pratiques.

Vente de médicaments par les médecins.

Nos lecteurs ont pu lire dans plusieurs journaux quotidiens la note suivante :

Dans sa séance du 1er juin, le Conseil d'Etat (section du contentieux) a décidé que les officiers de santé pourront fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de pharmacie ouverte au public, sans pour cela être considérés comme exerçant la profession de pharmacien; mais que, lorsque au contraire il existe déjà des officiers de pharmacie dans une commune, l'officier de santé qui y vend des remèdes, même aux malades qu'il traite, doit être soumis à la patente du pharmacien.

Nous avons eu de la peine à croire que le Conseil d'Etat eût pu d'abord être appelé à se prononcer sur une telle question, et ensuite qu'il eût pu lui donner une telle solution. Mais la chose paraît on ne peut plus positive, d'après ce que nous avons vu dans le *Moniteur* même. Elle n'en est pas moins étonnante pour cela, et par deux raisons majeures.

En ce qui concerne la vente par un médecin de médicaments dans une commune où il n'existe pas de pharmacie ouverte, cette vente est formellement autorisée, comme *exception*, par la loi du 21 germinal an XI; il était donc bien inutile au moins que le Conseil d'Etat autorisât ce que la loi permet d'une manière si explicite. Mais ce qui est tout autre qu'inutile, c'est que le Conseil d'Etat déclare permis, moyennant patente, la vente de médicaments par un médecin dans une commune où il y a une pharmacie établie, alors que la même loi de germinal an XI prohibe formellement ce commerce. Jusqu'à présent le Conseil d'Etat a eu pour mission d'interpréter et de faire exécuter la loi; mais nous ne sachons

pas encore qu'il ait reçu la mission de les changer à son gré. Nous engageons du reste nos confrères à ne pas trop tenir compte de cette décision ; car, au cas échéant, ce ne serait pas probablement au Conseil d'Etat qu'ils auraient affaire, mais bien aux tribunaux civils, qui ont beaucoup plus de respect pour les lois écrites, et qui ne manqueraient pas de condamner ce que le Conseil d'Etat permet.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Abcès par congestion de la partie interne et supérieure de la cuisse, dû à une lésion des vertèbres lombaires.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. Margerie.

La malade qui doit faire le sujet de cette leçon est âgée de trente ans; c'est une femme de la campagne venue à Paris depuis quelques mois seulement. Elle est entrée à l'hôpital pour une tumeur qu'elle porte à la partie supérieure du membre abdominal du côté droit.

Cette tumeur est volumineuse, de forme hémisphérique, sans changement de couleur à la peau; elle est située au-dessous du pli de l'aine, sur la moitié interne et antérieure de la cuisse; elle présente de la fluctuation; sa base se perd dans les tissus environnants, qui ne sont point empâtés. Elle s'est développée d'une manière insensible, en sorte que son apparition, qui date de plusieurs mois sans doute, remonte à une époque qu'il est impossible de déterminer exactement. Le seul enseignement positif que fournisse la malade, c'est que la tumeur ne s'est montrée à la suite d'aucune violence extérieure. Du reste, cette femme jouit en apparence d'une bonne santé; elle a toujours conservé un appétit régulier; jamais elle n'a fait de maladie grave; seulement à une époque assez éloignée elle a éprouvé dans la région des reins et à la partie postérieure du bassin, des douleurs qui se retrouvent aujourd'hui du côté de la hanche.

Ces quelques renseignements d'une part, et de l'autre le grand nombre des tumeurs qui peuvent avoir leur siége dans la région inguinale seraient de nature à laisser dans l'incertitude sur la nature de l'affection qui nous occupe, si le raisonnement, aidé des connaissances anatomiques, ne venait dissiper l'obscurité du diagnostic.

Il importe ici d'avoir présentes à l'esprit toutes les variétés de tumeurs qu'on peut rencontrer dans une région aussi complexe sous le rapport anatomique que la région de l'aine, et de les distinguer dès l'abord en celles qui sont situées au-dessus du pli et en celles qui sont situées au-dessous. C'est à cette dernière catégorie qu'appartient la tumeur. Ce premier point établi, nous pouvons sur-le-champ éliminer les anévrismes de l'artère fémorale, l'artère fémorale étant placée en dehors; les tumeurs ganglionaires, en raison de la situation dans un point plus élevé que la tumeur des ganglions qui existent sur le trajet du ligament de Poupart, ou au niveau de la veine. Nous pouvons également mettre de côté les tumeurs osseuses, fibreuses et cancéreuses, qui toutes sont plus ou moins concrètes, et les hernies crurales et inguinales qui ne se montrent pas dans ce point. Il s'agit donc d'une collection liquide; et comme cette collection ne saurait être une tumeur sanguine anévrismatique, il ne peut être question que d'un kyste, d'un hématocèle, ou d'un abcès.

L'idée de l'existence d'un kyste manque de vraisemblance. La tumeur s'est formée peu à peu, mais assez vite; elle a une base large et n'est pas nettement limitée; quelques accidents généraux, tels que douleurs dans les seins, l'ont précédée; enfin elle s'est beaucoup accrue dans l'espace de quelques mois.

Les hématocèles se développent souvent avec lenteur; ils constituent une tumeur parfaitement circonscrite et qui reste stationnaire pendant longtemps. Nous l'avons déjà dit, la tumeur chaque jour augmente insensiblement de volume, et sa base se perd dans les tissus voisins; nous sommes donc nécessairement conduit à admettre qu'il s'agit d'un abcès.

Mais les abcès de cette région sont de toutes les espèces : ainsi on y rencontre très souvent des abcès par congestion, des abcès froids, idiopathiques, symptomatiques; très souvent encore on y trouve des abcès dus tantôt à une lésion de l'articulation coxo-fémorale, tantôt à une lésion des os du bassin, du pubis, du petit trochanter, du corps du fémur, etc..... Il en est qui peuvent venir du petit bassin, et dépendre d'une lésion de la vessie ou de la matrice. On en voit qui ont leur origine dans une lésion plus ou moins éloignée des ganglions lymphatiques, tandis que d'autres ont leur source sous la peau ou dans le tissu intermusculaire.

Ici il ne peut en aucune manière être question d'un abcès chaud. Un abcès phlegmoneux en effet est toujours accompagné d'un cortége de symptômes très caractéristiques que nous n'avons point observés chez notre malade. S'agit-il davantage d'un abcès froid? La tumeur n'en a pas les attributs. C'est ainsi que ses limites ne sont pas nettement dessinées, qu'elle n'a pas la mollesse particulière que l'on trouve dans ces sortes d'abcès; que la peau dont elle est recouverte n'offre nullement un aspect terreux ou écailleux. Ajoutez que les abcès froids sont presque toujours superficiels, et qu'une légère douleur existe dans leur profondeur.

Nous n'avons point affaire à un abcès symptomatique d'une maladie de la tête, du col ou des trochanters du fémur, de la bourse muqueuse sus-pubienne ou du pubis, de la vessie ou de la matrice. Les signes propres aux affections de ces différentes parties ont manqué.

Il ne nous reste donc plus à examiner que l'hypothèse d'un abcès par congestion. Nous en trouvons tous les caractères, et entre autres cette double circonstance, que des douleurs assez vives se sont manifestées pendant longtemps dans la région des reins sur le trajet de la colonne vertébrale, et que la tumeur, comme on peut s'en assurer par une pression convenable, communique avec une autre tumeur, fluctuante comme elle, située au-dessus du pli de l'aine, et qui occupe une grande étendue de la fosse iliaque droite.

Nous avons maintenant à envisager la question à un point de vue qui mérite une sérieuse attention. Il est possible en effet de mieux préciser le diagnostic, de déterminer entre quelles couches anatomiques le pus s'est accumulé, et de remonter, par la connaissance du siége qu'il occupe, au siége de la lésion dans laquelle il a sa source.

Dans le cas qui nous occupe, la collection purulente est sous-aponévrotique et non sous-cutanée, la position qu'elle affecte suffit pour l'indiquer.

Les abcès qui viennent de la cavité abdominale et qui ont leur foyer sous la peau se trouvent toujours dans le pli de l'aine. En effet, ils ont dû suivre un canal qui arrive directement sous la peau par l'intermédiaire de son tissu cellulaire, et ce canal n'est autre que le canal crural; en sorte que la tumeur, presque constamment du moins, est située dans le pli de l'aine. Cette seule circonstance, que notre abcès est placé à la partie interne de la cuisse, au-dessous du pli de l'aine, nous permet donc de juger qu'il n'est pas sous-cutané et qu'il n'a pu venir par le canal crural. Ce canal est rempli d'un tissu cellulaire qui se continue avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque. Aussi peut-il livrer passage aux intestins; aussi voyons-nous les abcès du pli de l'aine former une tumeur proéminente dans un espace de temps assez court.

Les abcès par congestion de la partie interne et supérieure de la cuisse ne sauraient être sous-cutanés; ils sont dus en effet à ce que le pus a fusé sous la gaîne des muscles psoas et iliaque, et est venu s'accumuler au niveau de l'insertion de ces muscles. De là résulte que ces sortes d'abcès sont sous-aponévrotiques, qu'ils ont suivi le canal iliaque, et qu'ils doivent communiquer dans l'intérieur de l'abdomen avec une collection purulente appliquée contre la fosse iliaque. C'est ce qui existe chez notre malade.

Les abcès qui à la cuisse se montrent au-dessous de la peau ont nécessairement parcouru le trajet du canal crural; le pus a glissé entre le péritoine et les aponévroses profondes; mais pour glisser ainsi il a dû partir d'un point plus ou moins éloigné, de la région lombaire, par exemple; car s'il avait eu sa source dans un lieu plus rapproché, comme dans l'os coxal, il aurait fusé entre l'os et l'aponévrose. Ces abcès indiquent donc une maladie des vertèbres plus que de toute autre partie osseuse, mais une maladie de la portion antéro-latérale des vertèbres qu'un tissu cellulaire très abondant sépare du péritoine.

Quand les vertèbres sont malades dans la partie postérieure de leur corps et de leurs lames, le pus s'infiltre dans les muscles psoas, arrive sous le *fascia iliaca*, et, dans le plus grand nombre des cas, continue son trajet primitif pour former à l'extérieur un abcès sous-aponévrotique. Le contraire peut avoir lieu quelquefois ; ainsi, certains abcès, de profonds qu'ils étaient d'abord, deviennent superficiels après avoir éraillé les fibres aponévrotiques. C'est là une exception assez rare.

Nous ne devons pas omettre de dire que les abcès sous-aponévrotiques ont aussi leur source dans une affection de la fosse iliaque.

Il est facile d'appliquer ces données à notre malade, après l'exposé que nous avons fait des symptômes qu'elle présente; il y a tout lieu de croire qu'elle est atteinte d'une lésion de la partie postérieure des dernières vertèbres lombaires.

Le pronostic de cette affection est grave : à part un nombre très restreint, les malades finissent par succomber; ainsi, les calculs statistiques ont appris que, sur vingt-cinq individus, vingt meurent au bout d'un laps de temps plus ou moins long, dont la durée ne dépasse pas trois ans, quel que soit d'ailleurs le traitement que l'on mette en usage. Aussi n'attribuons-nous qu'une efficacité douteuse aux médications qu'on a coutume d'employer.

Il y a ici deux choses distinctes à considérer : l'abcès en lui-même et la maladie des os qui en est le point de départ. Le traitement qui s'adresse à l'abcès n'est et ne saurait être qu'un traitement palliatif; nous n'avons pas besoin d'insister sur l'inutilité des emplâtres, des pommades et des résolutifs; nous arrivons immédiatement à l'examen d'un moyen qui a plus d'importance, bien qu'il ne soit pas destiné à procurer la guérison, nous voulons parler de l'ouverture de l'abcès. On devra la pratiquer toutes les fois que, par suite de l'augmentation de son volume, la tumeur menacera de s'ulcérer et de s'ouvrir, ou causera de la douleur et d'autres accidents. On aura soin d'avoir recours à la méthode sous-cutanée; on évitera ainsi de donner naissance aux phénomènes chimiques qui résultent de l'introduction de l'air dans un foyer purulent, et l'action fâcheuse, funeste quelquefois, qu'ils exercent médiatement sur l'économie en transformant les produits de la suppuration en un liquide sanieux et putride.

Le seul moyen de guérir les malades consiste à combattre l'affection des os; c'est ce que font les chirurgiens; l'expérience a montré que leurs efforts étaient presque toujours impuissants. Quoi qu'il en soit, la médication à suivre se réduit à trois ordres d'indications : appliquer au dehors des cautères et des moxas, donner à l'intérieur les préparations iodurées et l'huile de foie de morue, prescrire une nourriture saine, un régime fortifiant et des circonstances hygiéniques favorables. L'impossibilité où nous sommes de réaliser la plupart de ces conditions ne nous permettra pas de garder notre malade.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 juin 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Les deux procès-verbaux des dernières séances (ordinaire et extraordinaire) sont lus et adoptés.

Correspondance officielle. — Remèdes nouveaux.

Ampliation du décret relatif aux remèdes nouveaux (voir *Gazette des Hôpitaux* du 25 mai).

Vaccinations.

Tableaux de vaccinations de plusieurs départements.

Correspondance manuscrite. — Curabilité de la phthisie.

M. le docteur Goin, de Saint-Alban, envoie un mémoire détaillé sur le traitement de la phthisie par la respiration du gaz acide carbonique dans une certaine proportion. Suivant notre confrère, le gaz acide carbonique n'agit point chimiquement sur les tubercules; mais il détermine un certain degré d'excitation pulmonaire qui ne va pas jusqu'à l'irritation, et qui a la plus grande comme la plus heureuse action thérapeutique.

Le mémoire de M. Goin contient, en outre, des détails sur un nouveau signe de la phthisie au début. Ce signe consiste « dans la crépitation vésiculaire qui s'établit pendant le sommeil prolongé et non interrompu des *prédisposés* aux tubercules pulmonaires ou des tuberculés au premier degré. Ce bruit vésiculaire disparaît au réveil et par l'agitation. »

Enfin, M. Goin donne quelques détails sur le stéthoscope modifiés qu'il emploie pour explorer les malades.

Rhumatisme articulaire.

M. Levrat, de Lyon, adresse une formule qui lui a réussi contre cette maladie, ainsi que contre la goutte. Voici cette formule :

Pr. ext. acétique de colchique.	10 grains.
Pr. ext. alcoolique de coloquinte. . . .	
Pr. ext. aqueux de gratiole.	
F. S. en 10 pilules argentées.	

La dose de ces pilules est d'une, deux ou trois, chaque matin, selon l'âge, le tempérament et la nature récente ou ancienne de la maladie.

M. Tanchou annonce que l'emploi de l'eau froide lui a procuré de nombreux succès contre la même maladie.

Candidatures.

M. Gosselin envoie la liste de ses titres.

Modification du copahu par le camphre.

M. Renault, pharmacien à Paris, envoie une note sur une combinaison de 1 partie de camphre et de 50 parties de copahu, combinaison à l'aide de laquelle ce dernier médicament perd sa saveur et son odeur désagréables.

Remèdes secrets.

M. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports dont les conclusions sont défavorables.

Constatation des décès à domicile.

M. Adelon a la parole sur les conclusions du rapport lu dans une des dernières séances par M. Royer-Collard, relativement au mémoire de M. Loir sur la constatation des décès à domicile. L'honorable professeur croit que l'obligation de faire constater les décès à domicile est incompatible avec le secret dont la loi a voulu permettre d'entourer certaines naissances, et par d'autres considérations encore d'un ordre non moins élevé.

M. Royer-Collard. Je me suis borné, dans mon rapport, à examiner la partie médicale et hygiénique du mémoire de M. Loir; je pense que c'est la seule sur laquelle l'Académie doive se prononcer. Quant à la partie administrative, ce sera au pouvoir à décider ce qu'il jugera à propos de faire à cet égard.

M. Bouvier ne pense pas que l'on puisse se borner à traiter la question médicale sans toucher à la question administrative, car on ne peut s'empêcher de tirer une conséquence d'un fait reconnu vrai. Quant au secret dont cherchent à s'entourer certaines maternités ou certaines paternités, rien n'est plus facile que de laisser libres les parents ou les personnes qui voudraient faire les présentations à la mairie. M. le maire de Versailles a pris depuis longtemps un arrêté dans ce sens qui concilie parfaitement toutes les exigences. Il s'agit donc tout simplement, pour produire tout le bien possible, que l'exception devienne la règle et que la règle devienne l'exception. Du reste, la loi à laquelle M. Adelon croit qu'il ne faut pas toucher ne s'exécute que très imparfaitement.

M. Rigal (de Gaillac), membre correspondant, a voulu profiter de sa position de représentant pour éclairer la question soumise à l'Académie : il a questionné la plupart de ses collègues pour savoir jusqu'à quel point la législation actuelle était exécutée dans les départements et même dans les colonies, et il est arrivé à ce résultat, qui n'a pas toute la rigueur désirable, mais qui approche de la vérité, que dans un grand nombre de campagnes et même de grandes villes, entre autres Orléans, les présentations à la mairie ne se font pas. L'honorable membre dépose un tableau indiquant les départements dans lesquels la loi est ou n'est pas suivie.

Il ne pense pas d'ailleurs que la religion bien entendue exige qu'on donne le baptême dans les premiers jours de la naissance.

M. P. Dubois demande si, dans les départements où les présentations se font avec régularité, la mortalité parmi les nouveau-nés est plus grande que dans les autres départements.

M. Rigal (de Gaillac) n'a pu avoir de renseignements à cet égard.

M. Ségalas ne croit pas que l'Académie puisse se dispenser de déclarer qu'il y a des inconvénients à transporter les nouveau-nés à la mairie. Quant à la question légale, morale et même pécuniaire, on a déjà montré et l'honorable membre est d'avis qu'elles peuvent être facilement résolues.

M. Moreau ne trouve pas de plaidoyer plus éloquent contre la mesure que sollicite M. Loir que les renseignements donnés par MM. Bouvier et Rigal. Il est évident d'après ces renseignements que les autorités municipales laissent toute latitude à leurs administrés, qu'elles suivent pour guide les mœurs de la localité et que dès lors les mesures législatives qu'on propose sont parfaitement inutiles.

M. Londe d'abord et M. Villermay entrent dans des détails statistiques qu'il ne nous est pas possible de saisir. Après ces détails, un débat assez confus s'élève sur la rédaction des conclusions, et l'Académie finit par en adopter une qui offre le sens suivant :

L'Académie pense que la présentation des nouveau-nés à la mairie peut avoir des inconvénients et qu'une mesure qui dispenserait les parents de cette présentation diminuerait la mortalité dans les premiers jours de la vie.

— M. Londe communique à l'Académie une lettre de réclamation qui lui a été adressée par M. Guillon au sujet d'une note sur sa méthode pour la guérison des rétrécissements de l'urètre, insérée au dernier numéro du Bulletin de l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 juin 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Présence de l'albumine dans le sang.

M. Mialhe envoie une note sur la présence de l'albuminose dans le sang et sur les produits d'oxydation respiratoire des sucres, à l'occasion d'une communication récente de MM. Verdeil et Dollfus.

D'après M. Mialhe, MM. Verdeil et Dollfus, dans leur travail sur l'analyse anatomique du sang, auraient, dès le début, confondu l'albumine avec l'albuminose. En effet, après avoir, par la chaleur, coagulé du sang défibriné étendu d'eau, et avoir séparé par la filtration le coagulum formé, ils ont traité la partie restée liquide par l'alcool, et ont obtenu un précipité abondant qui a pu se redissoudre dans l'eau. Pour eux, ce coagulum était constitué par de l'albumine ordinaire. Or, on sait que l'albumine précipitée par l'alcool ne peut jamais se redissoudre dans l'eau. Si, dans les expériences de MM. Verdeil et Dollfus, le coagulum obtenu par l'alcool a pu se redissoudre, c'est qu'il n'était pas de l'albumine; il ne pouvait être qu'une matière albumineuse modifiée, l'albuminose, composé albuminoïde soluble, non coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, et que nous avons démontré être le résultat final de la digestion des aliments albumineux, et dont nous avons signalé l'existence dans le sang.

Dans ce coagulum obtenu par l'alcool contenant, outre l'albuminose, des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate de soude, ces chimistes ont constaté en plus la présence d'un acide organique non azoté, auquel ils ont reconnu de l'analogie avec les acides provenant de l'oxydation des sucres. Cet acide forme, avec l'oxyde de cuivre, un sel cristallisé qui, à 140° se décompose en laissant du cuivre métallique, et brûle en répandant une odeur prononcée de caramel. Bien que l'analyse de cet acide n'ait pu être faite par manque de quantité suffisante, nous sommes fondé, d'après nos propres recherches, à penser que cet acide existe réellement, et doit avoir les caractères et la composition de l'un des acides résultant de l'oxydation respiratoire des matières saccharines; car nous avons établi que les substances alimentaires, amyloïdes, saccharifiées d'abord par la diastase, étaient ensuite transformées par les alcalis du sang en des composés acides, l'acide formique, l'acide kali-glucosique et l'ulmine, produits ayant seuls sur l'oxyde de cuivre le pouvoir réducteur qu'on attribuait alors uniquement au sucre de raisin ou glucose.

Eaux minérales de Bagnères-de-Luchon.

M. Filhol, de Toulouse, adresse un mémoire sur les eaux minérales de Bagnères-de-Luchon.

Étude médicale analytique sur la variole, le typhus et sur leur combinaison.

M. Bayard, de Cirey-sur-Blaise, envoie sous ce titre une note dans laquelle il développe les propositions que nous avons fait connaître à nos lecteurs sur l'identité et l'origine commune de la variole et du typhus.

Mortalité et population de la France.

M. Carnot envoie un mémoire sur la mortalité et la population comparées de la France. Ce travail renferme le tableau général de la mortalité et de la population des deux sexes en France dans la période décennale de 1839 à 1849.

Régime alimentaire.

M. D'Abbadie envoie une note sur le régime alimentaire, à l'occasion de la communication de M. de Gasparin sur la propriété nutritive du café.

Suivant M. D'Abbadie, les Abyssins musulmans, qui font un grand usage du café, supportent le jeûne avec moins de facilité que les chrétiens de ce pays, ou les Wahabis protestants de l'islamisme, qui s'en abstiennent complétement.

M. D'Abbadie, après avoir rapporté un grand nombre de faits contradictoires relativement aux propriétés alibiles de la plupart des substances usitées dans ce pays, conclut, comme M. Magendie, que tout ce qui tient à l'histoire de la nutrition est entouré d'un voile impénétrable.

Scrofules et phthisie.

M. Lagrand appelle l'attention de l'Académie sur la prochaine édition de son livre, où il a exposé quelques vues utiles sur tubercules et les scrofules.

Sur l'innocuité des préparations de zinc.

M. Sorel écrit, à l'occasion des communications de MM. Bouvier, Landouzy et Maumené, que depuis près de quinze ans qu'il emploie dans ses établissements de galvanisation du fer plusieurs centaines d'ouvriers, dont un grand nombre a été pendant longtemps occupé à braser et à tamiser de l'oxyde gris ou sous-oxyde de zinc, jamais les ouvriers ne se sont plaints ni n'ont été malades. Il affirme que l'oxyde blanc est aussi inoffensif que l'oxyde gris.

Staphyloraphie.

M. Roux a terminé la lecture de son important mémoire. Nous en continuerons prochainement la publication.

NOTE SUR L'EMPLOI DU COLLODIUM

dans l'exomphale des nouveau-nés et les gerçures du mamelon; suivie de quelques nouvelles considérations sur le traitement du croup.

Par le docteur Berton (1).

Le docteur Berton a opposé avec succès aux sortes de petites exompbales ou dispositions à l'exomphale que l'on observe assez souvent chez les nouveau-nés, et surtout manifestes quand ils poussent des cris, l'application du collodium. On forme avec cette substance au-devant de l'ombilic, pendant le calme ou le sommeil de l'enfant, un disque de 3 ou 4 centimètres de diamètre, et à l'égard duquel très peu de minutes suffisent pour établir la dessiccation et l'adhésion. Ce moyen, qui peut être au besoin renouvelé, dispense de la gêne et de tous les inconvénients des bandes et compresses graduées ordinairement employées. M. Berton a employé pareillement avec avantage la même substance dans des cas de légères hémorrhagies ou suintements de sang consécutifs à la chute du cordon et dans les gerçures du mamelon, qui guérissent spontanément sous cette enveloppe défensive. Il nous adresse aussi quelques considérations sur le traitement du croup, destinées à compléter l'article inséré dans le numéro du 2 mars dernier. Ce praticien a eu depuis, en effet, l'occasion d'appliquer à un cas de diphthérite la méthode du docteur Miquel (d'Amboise), et l'a fait avec un égal succès.

A la suite de cette communication, M. le docteur Berton ajoute :

..... Un médecin a objecté il y a peu de temps dans ce journal qu'une observation prouvait peu relativement à l'efficacité de telle ou telle méthode, et il opposait aux résultats obtenus par celle de M. le docteur Miquel l'assertion de réussites multiples recueillies par lui à la suite de l'administration du sulfate de cuivre. Mais n'est-il pas à remarquer d'abord que le véritable croup, que la laryngo-trachéite pseudo-membraneuse est une maladie peu commune? que généralement, et sauf des circonstances épidémiques rares et exceptionnelles, on n'a pas l'occasion d'en voir et d'en soigner de nombreux cas? A l'hôpital des Enfants, pendant les années 1825, 1826 et 1827, il ne s'est présenté que trois ou quatre cas de croup par an, et sur un mouvement annuel d'environ deux mille malades! Ne doit-on pas être disposé à penser qu'en fait de cette maladie, ce que l'on voit, ce que l'on guérit, ce que l'on croit guérir *si souvent*, *si facilement*, et avec la meilleure foi du monde, n'appartient le plus ordinairement qu'aux faux croups? qu'il s'agit le plus souvent alors de l'angine de Millar, ou constriction spasmodique de la glotte, ou du pseudo-croup proprement dit (Guersant), constitué par une laryngite subaiguë ou par une sorte de gonflement fluxionnaire laryngé, tout aussi subtil et assez souvent tout aussi épbémère que l'enchifrènement avec lequel il a alors la plus complète analogie?

Parmi les moyens que l'on a opposés avec succès à ces dernières affections, le vomitif doit être en effet placé en première ligne. Ce moyen est certainement utile aussi dans le véritable croup; mais il ne saurait à lui seul être considéré comme toute la médication que réclame cette maladie. La méthode des vomitifs coup sur coup qui avait déjà été proposée par le docteur Jourdin (de Binche) n'a pas moins échoué que bien d'autres. « Quelques praticiens préfèrent, il est vrai, au » sel d'antimoine le sulfate de cuivre (disais-je dans le *For-* » *mulaire* et la *Thérapeutique*, concernant les maladies de l'en- » fance, publié par moi en 1846, page 79); mais ce dernier » n'a pas de vertu spéciale, il est purement émétique, et il est » du reste à remarquer que l'emploi répété du tartre stibié » détermine fréquemment des symptômes très intenses d'an- » gine, et parfois même avec sécrétion plastique. » M. Beringnier a publié également quelque chose sur l'emploi avantageux du sulfate de cuivre dans le croup; et M. Bouchardat, dans son *Formulaire* de 1849, dit que les praticiens auront à décider si dans le traitement de cette affection le sulfate de cuivre l'emporte sur l'émétique. On n'a donc rien dit de nouveau à l'égard du sulfate de cuivre, et rien encore bien prouvé à l'égard de sa spécificité.

Quant à la méthode attribuée à M. le docteur Miquel, sans la regarder comme infaillible, je la crois meilleure que ses devancières, non pas seulement parce que je l'ai essayée deux fois avec bonheur, mais parce que plusieurs des praticiens les plus versés dans la pathologie de l'enfance m'avaient d'ailleurs assuré qu'ils l'avaient également expérimentée avec succès.

Est-il besoin de rappeler que la méthode en question consiste dans l'administration fractionnée d'un mélange, par parties égales, de poudre d'alun et de calomel (1 décigramme de chaque, donné d'heure en heure), administration seulement interrompue toutes les six ou huit heures par celle d'un vomitif, n'agissant guère ici que comme moyen mécanique apte à achever de détacher et à expulser les pseudo-membranes. L'effet de cette médication consiste à substituer une irritation spéciale à une irritation spéciale, soit une irritation hydrargérienne à une inflammation plastique; et cette action substitutive, cette modification dans les sécrétions semblerait plus sûrement, plus promptement obtenue par le procédé du docteur Miquel que par tous ceux analogues. L'association de l'alun et du calomel paraîtrait enrayer l'effet purgatif de ce dernier, et par suite laisserait agir seule, ou exalterait même son action mercurielle sur les membranes muqueuses de la bouche et de l'arrière-gorge.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 2 mars 1850.

FRACTURE DE L'HUMÉRUS NON RÉUNIE,

Guérie par l'opération.

Par M. H. Hill.

Al. Lackie, âgé de seize ans, eut, le 28 octobre 1847, l'humérus droit fracturé à trois ou quatre pouces au-dessus du coude par la chute d'un tronc d'arbre. La peau fut contusionnée, mais il n'y avait ni plaie ni déchirure. Au bout de six heures, on appliqua l'appareil ordinaire composé de quatre attelles. Renouvelé seulement au bout de cinq semaines, il fut alors réappliqué pendant encore le même espace de temps; mais, à l'expiration de cette période, on reconnut que la consolidation n'avait pas eu lieu. On frotta les fragments l'un contre l'autre et on replaça le membre pendant trois semaines dans la même attitude que primitivement. Nouvel échec. On revint au frottement sans plus de succès. Il fut alors convenu en consultation de passer un séton, ce qui fut fait sans amener un résultat plus avantageux. Mais, d'après la place qu'occupent actuellement les cicatrices, il est très probable que le séton ne fut pas mis entre les deux fragments, mais qu'il correspondait seulement à l'un des côtés du fragment supérieur.

Rien n'avait été fait depuis lors jusqu'à la fin de novembre 1848, époque à laquelle le malade fut confié aux soins de M. Hill. A part un amaigrissement notable, le bras droit offrait à peu près la même conformation que le gauche. Au niveau de la fracture, il existait une fausse articulation ayant tous les caractères d'une énarthrose. Les bouts osseux paraissaient être arrondis et mousses; leur partie moyenne semblait être unie par une production ligamenteuse ou demi-cartilagineuse. Du reste, aucun dépôt de cal ne s'était fait, et les os à leur extrémité étaient isolés et bien circonscrits comme dans une fracture récente.

Après avoir pris en considération ce qui avait été fait jusqu'alors, on résolut d'essayer la résection des bouts osseux. En conséquence, le 1er novembre on pratiqua cette opération, le sujet ayant été préalablement soumis à la chloroformisation.

On fit d'abord une incision selon l'axe du membre de quatre pouces et demi de longueur sur le côté externe commençant justement au-dessous de l'insertion du deltoïde. Prolongée couche par couche jusqu'à l'os, elle mit à découvert les deux extrémités, qu'on isola dans une certaine étendue de leurs connexions celluleuses et musculaires. On plaça alors entre chaque extrémité et les vaisseaux brachiaux une pièce solide pour protéger ces derniers contre l'action de la scie. Avec cet instrument, on enleva une portion aussi peu étendue que possible, mais suffisante pour obtenir une surface osseuse saignante. On excisa enfin la bande demi-cartilagineuse qui maintenait les deux bouts réunis.

L'opération étant terminée, les lèvres de la plaie furent unies par la suture, le bras fléchi et placé dans un appareil de carton qu'on avait préparé d'avance.

Le second jour, il survint un gonflement inflammatoire qui força de substituer à cet appareil un bandage avec trois attelles, afin de pouvoir mettre la surface malade à découvert et y appliquer des lotions évaporantes. Malgré ce moyen, la tuméfaction persista au point d'empêcher pendant cinq semaines de serrer les attelles d'une façon suffisante. Ce contretemps fit songer à maintenir autant qu'on le put le membre immobile; on passa donc une bande sur la clavicule et sous le coude, et l'on tint l'avant-bras appliqué contre le tronc. Simultanément aussi, on fit prendre au malade trois fois par jour une cuillerée à café d'une solution concentrée de muriate de chaux, et on le mit au régime nourrissant.

Sous l'influence de ces divers soins, on remarqua un prompt changement dans sa santé générale, et dès la sixième semaine il devint évident que la consolidation commençait. On put à ce moment serrer davantage les attelles de manière à rendre le bras immobile.

Au bout de dix semaines, on trouva un cal complétement solide. Le membre ne présente aucune difformité, si ce n'est un léger raccourcissement de près d'un demi-pouce, mais qui ne gêne en rien ces fonctions. (*The british med. Journ.*)

SUBLUXATION DU FIBRO-CARTILAGE

de l'articulation du genou, saillie anormale du fibro-cartilage en dedans et en arrière de l'articulation.

Par le docteur Dequevauviller.

Les subluxations du fibro-cartilage inter-articulaire du genou ne doivent pas être aussi rares qu'on pourrait le penser d'après le petit nombre de cas décrits; beaucoup de faits semblables sont certainement perdus, car en voici un exemple que j'aurais passé sous silence, sans la note que M. Malgaigne a insérée dans ce journal (septembre 1849, p. 180).

M. D...., graveur en taille douce, de proportions athlétiques, d'une taille de 1 mètre 81, âgé de soixante-huit ans, s'est aperçu, depuis cinq ans déjà, qu'il éprouvait parfois, en s'accroupissant, la sensation bien évidente d'un dérangement dans le genou gauche; il en résultait toujours une grande difficulté à étendre la jambe, mais la réduction s'opérait avec bruit par suite d'une extension brusque du membre.

Le 5 septembre dernier, il se mettait dans la position indiquée pour aller à la selle, lorsqu'il ressentit une douleur vive dans le genou gauche, et s'aperçut qu'il lui était impossible d'étendre la jambe. Il essaya le moyen qui lui avait déjà réussi tant de fois, mais en vain: force fut à lui de m'envoyer chercher et de m'attendre. Je le trouvai assis, souffrant un peu de son genou; la jambe faisait avec la cuisse un angle de 120° environ, il était fixé dans cette position; on pouvait un peu l'étendre, mais il était absolument impossible de la fléchir davantage. Les mouvements de rotation du tibia sur le fémur étaient faciles. En palpant l'articulation malade, j'éprouvais, de chaque côté du ligament rotulien, la sensation d'une légère crépitation membraneuse, qui semblait indiquer dans cet endroit quelque altération de la membrane synoviale; cependant la pression n'était pas douloureuse. En dedans et en arrière, au niveau de l'interligne articulaire, une légère saillie existait sur tout le pourtour de ce côté de

l'extrémité du tibia; elle semblait formée par une plaque à arêtes mousses située au-dessus de cet os et l'accompagnant dans tous ses mouvements. J'essayai en vain de la faire disparaître en appuyant avec les doigts, pendant que la jambe reposait dans toute sa longueur sur un plan solide. Je saisis alors fortement le membre avec mes deux mains placées l'une au dessus, l'autre au-dessous du genou, et je profitai de la possibilité d'étendre un peu le membre pour commencer par une extension, puis par une flexion, une série de mouvements brusques, au moyen desquels je ne doutais pas de remettre en place les parties. Il n'en fut rien: le membre put être étendu un peu plus; il put être fléchi de tout l'espace gagné dans l'extension; mais la jambe resta toujours demi-fléchie et la marche douloureuse. Je conseillai au malade d'envelopper l'articulation d'une bande de flanelle, de faire un exercice modéré et de s'en remettre au temps pour obtenir une guérison complète, lui assurant qu'elle ne se ferait pas longtemps attendre; à ce traitement, il ajouta, de son chef, quelques toniques en grande réputation dans le monde, tels qu'une solution de savon dans de l'eau-de-vie; et, le 20 octobre, il marchait parfaitement bien, ne ressentant aucune douleur dans le genou, mais conservant, en dedans et en arrière de l'articulation, la saillie que j'ai indiquée. Cette saillie existe encore aujourd'hui; s'est-elle produite au moment où l'accident que je viens de décrire est arrivé? lui est-elle antérieure? C'est ce que les renseignements pris auprès du malade ne me permettent pas d'établir.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

RESPIRATION INTRA-VAGINALE

pour le cas où la vie de l'enfant est mise en danger par la compression du cordon pendant l'accouchement,

Par M. M. Culloch.

Après avoir rappelé combien la pression du cordon compromet souvent l'existence du fœtus, l'auteur dit que, dans trois cas de présentation des pieds où cette complication existait, il a pu sauver l'enfant en le faisant respirer artificiellement pendant que la tête était encore dans le bassin, les pulsations du cordon ayant déjà cessé depuis plusieurs minutes.

Le moyen qu'il a employé avec succès consiste à tenir avec le doigt la bouche de l'enfant béante, tandis que, de l'autre main, on ouvre l'orifice périnéal de manière à donner à l'air l'accès le plus large possible.

A l'avenir, ajoute-t-il, je remplirais le même but en me servant d'une sonde en gomme élastique de gros calibre et percée de plusieurs trous, qui porterait l'air directement vers la face et les narines.

Dans les cas de position vicieuse où le secours devient nécessaire, on aura davantage de chances d'établir ainsi la respiration, si l'on emploie ces moyens artificiels avant que la circulation se soit affaiblie dans les vaisseaux ombilicaux.

(*The british amer. Journ. of med. sc.*)

HYPERTROPHIE CONGÉNITALE

de la glande lacrymale et de ses canaux excréteurs,

Par le docteur Gluge, de Bruxelles.

L'hypertrophie congénitale de la glande lacrymale n'a pas, que je sache, été décrite jusqu'à ce jour. J'ai figuré son hypertrophie acquise dans mon *Atlas der pathologischen anatomie*, livr. XVII, pl. 3, fig. 20, 22.

Dans le cas dont il va être question et que j'ai pu examiner, grâce à l'obligeance de M. le docteur Cunier, une tumeur avait été remarquée dès la naissance dans la région de la glande lacrymale du côté gauche. Elle augmenta progressivement, et s'étendit en se ramifiant au front, à la tempe, à la paupière supérieure. L'œil était chassé en bas en dedans, faisait saillie de plusieurs lignes entre les paupières. M. Cunier se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur.

La masse extirpée, qui m'a été remise par morceaux, constituait un volume au moins égal à celui d'un œuf de poule.

On y distinguait deux substances, l'une, la substance de la glande, était constituée par des granulations du volume de la tête d'une épingle, granulations assez dures, d'un jaune blanchâtre, d'un diamètre de 1 à 2 millimètres. Ces granulations étaient entourées de tissu cellulaire, et formées par les vésicules glandulaires qui, réunies, constituaient un lobule de la glande.

La face interne des vésicules glandulaires était tapissée par des cellules épithéliales.

La structure de l'agglomération des vésicules, formant un lobule, de la glande était donc normale. Seulement leur volume était augmenté.

La seconde substance se composait de deux canaux se subdivisant, lisses, d'un rouge pâle, arrondis, présentant après leur coussure une ouverture centrale facilement appréciable. Ces canaux présentaient un diamètre de 2 à 6 millimètres; les plus étroits provenaient directement du lobule glandulaire et se rendaient dans les plus larges. Quelques fragments de ces derniers avaient encore 30 millimètres de longueur.

On remarquait dans ces canaux quelques dilatations en forme d'ampoules.

Ces canaux avaient deux membranes; l'une externe, formée par un tissu cellulaire très fin; l'autre interne, beaucoup plus épaisse, fibreuse, dont il n'était pas possible d'isoler les fibres.

Il existait donc une hypertrophie extraordinaire des canaux excréteurs de la glande.

Comme on s'en convaincra, du reste, c'est particulièrement sous le point de vue anatomico-pathologique que cette observation présente de l'intérêt.

(*Annales d'oculistique.*)

ACCIDENT GRAVE

Produit par l'application de l'acétate de plomb solide entre les paupières,

Par M. le docteur Gouzée.

Un soldat du 9e de ligne, bien constitué, affecté de granulations palpébrales, avait subi, au quartier, le 25 octobre, l'application de l'acétate de plomb solide.

Le 30, on trouva les paupières de l'œil droit énormément œdématiées. A son entrée à l'hôpital, le matin même, la paupière supérieure avait le volume d'un œuf de pigeon. La douleur était modérée, un écoulement séro-sanguinolent se faisait jour à travers l'écartement des paupières.

Une saignée, un purgatif, des applications d'eau froide, puis d'eau de Goulard, sur l'œil malade, des bains de pied sinapisés, furent mis en usage.

Au bout de quatre jours, le gonflement était presque entièrement dissipé; mais la cornée, terne dès le principe, était alors profondément ramollie dans sa moitié inférieure, et l'iris ne tarda pas à faire hernie à travers une large perforation de cette membrane. L'organe était perdu sans ressource.

La tuméfaction œdémateuse des paupières n'est pas rare après l'application de l'acétate de plomb sur les muqueuses palpébrales granulées, et il est remarquable que, quoique cette application soit suivie à l'instant même d'une douleur très vive, le gonflement ne se développe que plusieurs jours après l'application du médicament; mais je ne sache pas qu'aucun accident aussi grave que celui que je viens de signaler en soit fréquemment la conséquence.

(*Idem.*)

Erratum. — Dans le dernier procès-verbal de la Société de Chirurgie, à propos du cathétérisme de l'œsophage, il est dit: M. Larrey rappelle, etc..... C'est surtout dans les cas de *renversement* extrême des mâchoires..... lisez: *resserrement.*

EXTRAIT DU RAPPORT DE M. CIVIALE

Sur les instruments de chirurgie en gutta-percha.

« .... Cependant les sondes flexibles généralement usitées ont des inconvénients qui tiennent à leur composition et que n'ont pu faire disparaître d'utiles perfectionnements qu'on a successivement apportés à leur fabrication. Par leur séjour prolongé dans le canal, ou par les introductions répétées qu'on en fait, elles deviennent dures, rugueuses; les couches superficielles se fendillent, se soulèvent, s'écaillent. Leur contact avec les parois du canal devient douloureux; il faut les changer quelquefois à des intervalles très rapprochés et toujours trop souvent. C'est une dépense lourde pour quelques malades; pour tous, c'est un inconvénient, car ils supportent moins bien la sonde nouvelle jusqu'à ce qu'elle se soit courbée, façonnée aux dispositions du canal.

» Cette altération de l'enduit des sondes en gomme élastique a d'autres inconvénients encore: elle produit dans l'urètre une phlegmasie et même des lésions de tissus, d'où résultent des écoulements quelquefois très abondants. Il n'est même pas rare que l'irritation se propage à la vessie; et, sous son influence, il s'établit dans l'urine une prédominance des sels phosphatiques, qui se déposent sur l'extrémité vésicale de la sonde et peuvent donner lieu à la formation d'une pierre.

» Depuis six mois, nous avons fait un grand nombre d'expériences avec les sondes et les bougies nouvelles. Toutes les fois même que les circonstances l'ont permis, nous les avons soumises à des épreuves plus fortes que ne l'exige la pratique ordinaire. Ainsi, chez un malade qui ne pouvait pas uriner sans sonde, nous avons laissé la même dans l'urètre soixante-quatorze jours sans qu'elle ait éprouvé d'altération notable; je la mets sous les yeux de l'Académie. Elle pourrait servir encore si le malade en avait besoin; on s'est borné à la nettoyer tous les huit jours.

» Pendant trois et même quatre mois, des malades se sont servis de la même sonde, plusieurs fois par jour, sans qu'elle se soit altérée. Sous le rapport de la solidité et de l'*inaltérabilité*, les sondes et bougies en gutta-perka de M. Cabirol (1) offrent toutes les garanties désirables. Dans les nombreuses expériences auxquelles nous les avons soumises, nous n'avons rien observé qui pût faire naître un doute à ce sujet.

» On peut s'en servir avec ou sans mandrin. Dans ce dernier cas, il est nécessaire qu'elles aient une courbure appropriée à celle de l'urètre. Pour la leur donner, il suffit de les plonger dans l'eau chaude ou de les ramollir par tout autre moyen, et de les faire refroidir dans un moule ou sur un mandrin. C'est par le même procédé qu'on rétablit la courbure quand la sonde s'est déformée par l'usage.

» Ces sondes, ainsi courbées, sont celles dont les malades se servent préférablement à toute autre, et que nous tenions surtout à expérimenter. Or, leur aptitude à se ramollir par la chaleur et à s'adapter à la forme du moule dans lequel on les place mérite de fixer particulièrement l'attention du praticien. Il se rappellera surtout que, pendant l'introduction et à la température du corps, elles prennent la courbure de l'urètre, et qu'elles la conservent après qu'on les a retirées. Faisons remarquer, en passant, que cette configuration des nouvelles sondes, après qu'on s'en est servi, ressemble assez bien à celle que J.-L. Petit et même quelques chirurgiens de l'antiquité avaient donnée aux sondes métalliques. C'est là, en effet, la forme que présente le canal quand le pénis est dans l'état de relâchement.

» Les nouvelles sondes s'adaptent si bien à la courbure, à la forme de l'urètre, que, le plus communément, elles ne se déplacent pas. Presque toujours on peut se dispenser de recourir aux ligatures, dont on se sert pour fixer les sondes ordinaires, et qui contribuent pour beaucoup à aggraver la position du malade. Mais une sonde qui s'est ainsi moulée dans le canal y est retenue plus fortement que toute autre; pour l'enlever, il faut tirer à soi avec une certaine force; mais cette traction n'est ni douloureuse, ni suivie d'accidents. Le praticien ne confondra pas la résistance qu'il éprouve alors avec celle qui résulte de la sortie par le canal d'une sonde dont l'extrémité oculaire s'est incrustée dans la vessie.

» On a pensé que cette double courbure des nouvelles sondes serait un obstacle pour les replacer dans la vessie sans recourir à un mandrin, tant l'incurvation présente quelquefois d'irrégularités. Cependant la plupart de mes malades ont continué de s'en servir, même avec facilité. Il serait aisé d'ailleurs de rétablir la forme primitive de l'instrument en le plaçant sur un mandrin courbe aussitôt qu'on l'a retiré de l'urètre ou après l'avoir ramolli à la chaleur comme nous venons de le dire. »

(1) Le seul dépôt est établi rue Saint-Marc, 6.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 15 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 71.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

Revue clinique hebdomadaire.

Suture de l'humérus pour obtenir la réunion d'une fracture non consolidée. — Dans notre Revue clinique du 18 mai dernier, nous avons rendu compte d'un cas fort intéressant de suture des os pratiquée par M. Velpeau pour remédier à une fausse articulation résultant d'une fracture non consolidée. On se rappelle toutes les précautions que le savant chirurgien avait mises en usage dans ce cas pour assurer le succès de l'opération en quelque sorte nouvelle et si rationnelle qu'il venait de tenter. Mais, malgré la sagesse de ces dispositions, nous nous étions abstenu de nous prononcer sur le résultat définitif de l'opération, édifié que nous étions sur les difficultés de vaincre cette espèce de force occulte et antiphysiologique qui s'oppose chez certains individus à la consolidation des os déviés, et qui est d'autant plus étonnante qu'elle ne coïncide nullement, ainsi que l'ont prétendu tous les auteurs, avec un tempérament débile plutôt qu'avec une constitution violente, et qu'elle n'étend point son influence aux parties molles, lesquelles, au contraire, chez les sujets affectés de pseudarthroses, se réunissent aussi facilement que chez tous les individus en général. C'est là une remarque des plus curieuses et qui paraît avoir échappé aux chirurgiens.

L'événement n'a pas tardé à justifier l'opportunité de notre réserve. M. Velpeau, qui, par une prudence presque exagérée, n'avait pas voulu lever l'appareil avant la cicatrisation complète des parties molles, l'a enfin levé, et, à son grand regret, il a constaté que la réunion des fragments ne s'était nullement opérée. Le séjour à l'hôpital et l'opération subie n'ont d'ailleurs altéré en rien la santé générale du malade, et il est sorti, sur sa demande, il y a cinq jours, dans l'état où il était entré. M. Velpeau lui avait seulement appliqué un bandage dextriné pour maintenir solidement les fragments dans leur position naturelle.

Influence de la vascularisation et de la vitalité des tissus sur l'éruption des pustules varioliques. — Nous avons eu l'occasion de voir dans le service de M. Jobert un fait qui, sans avoir une extrême importance clinique, offre cependant assez d'intérêt au point de vue de la pathogénie.

Un malade, placé au n° 7 de la salle Saint-Côme, subit, le 27 mai dernier, une opération intéressante de rhinoplastie. Deux ou trois jours après, de petites taches rouges se montrèrent sur la peau, précédées d'un léger malaise. Le sixième jour de l'opération, il parut évident que ces taches, devenues des papules, puis des pustules véritables, étaient en effet des pustules de varioloïde très discrète. L'affection marcha d'ailleurs comme elle le fait d'habitude; mais elle présenta cette singularité bien curieuse que, sur les lambeaux de peau pris au dessous de chaque joue pour réparer la perte de substance qu'avait éprouvée le nez, aucune pustule variolique ne se montra, tandis qu'il s'en est développé tout autour des points où ces lambeaux avaient été enlevés.

Cette particularité, qui pourrait d'abord ne paraître qu'une simple coïncidence, est du reste, d'après les observations de M. Jobert, un fait à peu près constant dans les circonstances semblables. Mais cet habile chirurgien a constaté un autre fait qui est en quelque sorte la contre-épreuve du précédent, et qui par conséquent n'est pas moins curieux; seulement celui-ci ne se rapporte pas à une variole, mais bien à l'érysipèle, qui du reste est aussi presque toujours une maladie éruptive, et non une simple inflammation locale, comme le supposent encore beaucoup de chirurgiens. M. Jobert a vu plusieurs fois l'érysipèle se développer dans les cas où il avait pratiqué des autoplasties, et dans tous ces cas il a fait cette remarque : Lorsque les lambeaux n'étaient point adhérents ou qu'ils ne l'étaient que depuis quelques jours, qu'ils ne jouissaient par conséquent que d'une faible vitalité, l'éruption les respectait, quoiqu'elle atteignît jusqu'aux bords de la plaie résultant de l'ablation de ces lambeaux; lorsqu'au contraire les lambeaux étaient adhérents depuis longtemps, qu'ils étaient le siége d'une vascularisation abondante, et l'on sait que les lambeaux, une fois adhérents, offrent cette singulière propriété de devenir plus vasculaires qu'ils ne l'étaient primitivement dans leur position normale; lors donc, disons-nous, que ces lambeaux sont devenus très vasculaires, non-seulement l'éruption les envahit, mais encore elle se montre plus intense à leur niveau qu'ailleurs. Cette observation est d'ailleurs en rapport avec ce qui se passe sur les diverses parties de la peau dans la marche habituelle de la maladie. On sait que l'éruption des fièvres éruptives en général est d'autant plus intense que les régions sur lesquelles elle siége sont plus vasculaires; cette règle souffre quelques exceptions, mais elles sont peu nombreuses.

On ne voit guère, pour le moment, quelles conséquences thérapeutiques on pourrait tirer de ce fait intéressant; mais il n'est peut-être pas impossible que ces conséquences se produisent un jour, et, dans tous les cas, le fait présente assez d'intérêt par lui-même pour mériter d'être signalé.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

(*Voir* le numéro du 11 juin.)

Si l'intelligence joue un grand rôle dans les maladies du cerveau, la sensibilité et ses innombrables modifications n'en jouent pas un moins important.

Ici, comme pour l'intelligence, une intéressante question se présente : La sensibilité a-t-elle un organe spécial dans le cerveau, a-t-elle un siége particulier ? On conçoit de quel intérêt il serait, pour la précision du diagnostic des maladies du cerveau, de connaître d'une manière positive le siége de la sensibilité.

Les beaux travaux de MM. Magendie, Ch. Bell, Longet, etc., avaient d'abord fait espérer qu'on était sur la voie de la découverte de ce siége. Il était rationnel de penser que, puisque deux ordres de nerfs étaient affectés aux mouvements et au sentiment, il ne restait que peu de chose à faire pour découvrir le siége du centre où se rendaient et d'où émanaient ces nerfs; malheureusement nous en sommes encore à désirer la solution de cet important problème.

Mais est-il bien nécessaire que deux organes différents soient chargés à part du sentiment et du mouvement ? Ne pourrait-on pas se rendre compte de la différence apparente de la myotilité et de la sensibilité en admettant que l'innervation s'effectue par une véritable circulation ; que la *volonté*, que le *mouvement* procède de dedans au dehors, du centre à la circonférence ; que le cerveau, actif dans cette fonction, envoie au dehors l'agent nerveux par des nerfs afférents analogues aux artères ; que le sentiment procède du dehors au dedans, de la circonférence au centre, et que le cerveau, passif dans cet acte, reçoit du dehors l'agent nerveux par des nerfs afférents analogues aux veines ? Dans cette hypothèse, la différence des fonctions s'explique d'elle-même par la seule différence de la marche de l'agent nerveux, et l'on n'a pas besoin de recourir à un organe double. Ce qui paraît confirmer cette manière de voir, c'est qu'on voit les désordres de la sensibilité concorder avec les désordres du mouvement dans les mêmes circonstances.

On rencontre les désordres de la sensibilité, en particulier sa perversion, connue sous le nom de douleur, à peu près dans toutes les maladies, où elle offre des variétés importantes, suivant son siége, son intensité, sa nature, son type, sa cause, ses effets. On comprend qu'il n'entre nullement dans notre intention de vous entretenir de la sensibilité sous ses divers rapports; nous devons nous borner à vous indiquer sommairement ici les modifications de la sensibilité dans les affections cérébrales.

Ainsi que nous le faisions pressentir tout à l'heure, la sensibilité n'a guère d'autre valeur diagnostique que le mouvement. C'est donc dans la prochaine séance que cette valeur sera appréciée d'une manière plus exacte.

La *sensibilité augmente* quelquefois dans tout un côté du corps, au point de faire pousser des cris au malade. Le père d'un médecin fort distingué fut frappé, à la fin de ses jours, d'une hémorrhagie cérébrale. Depuis lors, il éprouva dans tout un côté du corps une hypéresthésie très marquée. Ses membres n'étaient pas précisément douloureux, mais le moindre contact était difficilement supporté. Il faut ajouter que les membres siéges de cette exaltation de sensibilité étaient en même temps plus rouges, plus injectés que ceux dont la sensibilité était restée normale. Ces phénomènes d'hypéresthésie se rencontrent aussi dans un seul membre ; ils sont difficiles à distinguer des névralgies.

Chez les hystériques, chez les hypochondriaques, chez les personnes faibles, chez celles où domine le système nerveux, la sensibilité est souvent en excès. Les excitants externes exercent sur ces malades une influence exagérée : la lumière, le son, les odeurs, etc., tout les importune.

La sensibilité est *diminuée* et *abolie*, comme le mouvement, dans les mêmes organes et en même temps que lui ; dans les hémorrhagies cérébrales, les ramollissements, les congestions, les inflammations, les lésions organiques, les suffusions séreuses, sans que l'on trouve de modifications organiques spéciales.

Mais on trouve bien plus souvent les lésions du mouvement que celles du sentiment.

Nous croyons pouvoir nous rendre compte de cette diffé-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaître ; par M. CHEVALLIER, professeur à l'Ecole de pharmacie.

La plupart des substances, soit simples, soit composées, qui sont employées par la médecine et la pharmacie, ou servent à l'alimentation de l'homme; beaucoup aussi de celles dont fait journellement usage l'industrie sont susceptibles d'altérations, de falsifications nombreuses qui en changent souvent complétement, en modifient toujours ou en détruisent les propriétés. Chose singulière ! il semble que plus la civilisation fait de progrès, plus aussi prennent d'extension les coupables industries dont nous venons de signaler le but, plus se perfectionnent les procédés qu'elles mettent en usage, et plus enfin deviennent difficiles à découvrir les fraudes et les sophistications.

Le nouveau dictionnaire que publie aujourd'hui un professeur distingué de l'Ecole de pharmacie, M. Chevallier, a pour but de mettre les pharmaciens à même de repousser de leurs officines les substances altérées, les médicaments sophistiqués qui leur sont trop souvent livrés par le commerce de la droguerie en gros ; de donner leur avis dans les cas nombreux où ils sont consultés par l'administration et les tribunaux sur la valeur soit des substances alimentaires, soit des substances commerciales ; de faire connaître aux négociants et à tous ceux qui achètent des substances alimentaires et commerciales les moyens de reconnaître celles qui sont sophistiquées, et de se soustraire à ces fraudes. Mieux que personne, M. Chevallier pouvait s'acquitter avec succès de la tâche immense qu'il vient d'entreprendre. Pharmacien lui-même pendant plus de vingt ans à Paris, membre du Conseil de salubrité, appelé chaque jour comme expert devant la justice pour examiner des produits douteux, M. Chevallier était l'homme éminemment pratique qu'il fallait pour ce travail, et l'on était sûr que son livre serait basé sur l'expérience des faits et non le résultat de raisonnements théoriques partis de données plus ou moins incertaines et vraisemblables.

Déjà à des époques antérieures (le plus ancien remonte à l'année 1513) des livres avaient été publiés qui traitaient des falsifications des médicaments, et depuis le commencement de ce siècle surtout une foule d'auteurs, parmi lesquels on peut citer Bouillet-Lagrange, Caventou, Bussy, Fée, Guibourt, etc., ont produit des travaux remarquables sur des points divers de cette partie de la matière médicale. La nécessité de la multiplication de ces livres est devenue d'autant plus grande, que la falsification, qui primitivement ne s'exerçait que sur un petit nombre de substances, a successivement progressé, et qu'il y a maintenant dans le commerce autant de produits fraudés qu'il y en a de purs. L'insuffisance de la législation, qui ne protége pas le consommateur contre ce que nous pouvons appeler sans crainte une véritable déprédation, le force à se tenir continuellement en garde contre des tromperies dont les conséquences ne sont pas toujours innocentes, soit que l'on ne trouve pas, par exemple, dans un médicament, l'action énergique et rapide que l'on en attend ; soit que dans une substance habituellement utile ou tout au moins innocente, on rencontre des principes dangereux, nuisibles à la santé, etc.

Dans tous les ouvrages publiés jusqu'à ce jour, on ne s'était guère occupé que des altérations des médicaments et des substances employées en médecine et en pharmacie. M. Chevallier a voulu donner plus d'extension à son cadre, embrasser un plus vaste sujet, agrandir la sphère des services qu'il espérait rendre. Aussi a-t-il, en même temps que celles qui s'exécutent sur les produits pharmaceutiques, étudié avec grand soin les fraudes auxquelles sont sujettes deux autres sortes de substances :

1° Les matières alimentaires, soit de première nécessité, comme les farines, les fécules, les graisses, les huiles, le beurre, les boissons, etc; soit de luxe, le sucre, le café, les bonbons, le chocolat, etc. ;

2° Les matières employées par certaines industries et dont l'importance n'est pas moindre, sous un autre point de vue, que celles que nous venons de signaler, le charbon, la chaux, la cire, les bougies, les métaux, les bois de teinture, les engrais, etc.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les articles qui ont trait aux substances de la première catégorie, celles qui sont du domaine de la matière médicale et de la thérapeutique. Il y a longtemps que M. Chevallier a fait ses preuves, et d'ailleurs beaucoup des falsifications qu'il signale ont été déjà décrites par des auteurs auxquels il a rendu pleine justice en les citant. C'est sur les paragraphes relatifs aux substances alimentaires et industrielles que nous voulons plus particulièrement fixer l'attention de nos lecteurs, parce qu'ils nous semblent constituer le côté le plus nouveau et le plus original de l'ouvrage de M. Chevallier.

L'article capital du livre, au point de vue des matières alimentaires, est sans contredit celui que l'habile chimiste a consacré à l'étude de la *farine de blé*. On trouve là réunies en une quarantaine de pages toutes les connaissances nécessaires pour la conservation des farines, l'appréciation de leurs qualités, la découverte et la démonstration des sophistications qu'on peut leur faire subir, les accidents que peuvent entraîner ces manœuvres coupables. On comprendra combien il est essentiel de signaler ces fraudes quand on saura de combien de manières peut être altérée ou falsifiée cette matière première qui fait la base de l'alimentation de l'homme. Pour ne citer que quelques-uns des exemples rapportés par M. Chevallier, nous dirons que l'on a trouvé des farines qui contenaient soit des subs-

rence par cette considération que, la part du cerveau *étant active* dans la production du mouvement, il faut une bien plus légère altération pour l'entraver qu'il n'en faut pour l'empêcher de percevoir les impressions extérieures, puisqu'alors son rôle est *purement passif.*

Quoi qu'il en soit, on rencontre bien plus fréquemment la diminution du mouvement que celle du sentiment.

Mais, chose singulière! on voit quelquefois des paralysies du sentiment sans paralysie du mouvement. Nous avons vu quelquefois des hémiplégies du sentiment complètes après des hémorrhagies cérébrales sans diminution du mouvement.

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps des anesthésies partielles. Rien n'est moins rare que ces abolitions partielles du sentiment chez les hystériques. Nous avons dans ce moment au n° 20 de la salle Saint-Antoine une jeune fille de vingt ans, hystérique, qui présente les phénomènes les plus singuliers d'insensibilité partielle. Nous avons vu des personnes avoir en même temps sur diverses parties du corps de l'hypéresthésie et de l'anesthésie.

La sensibilité est complètement abolie dans l'épilepsie au moment de l'attaque, dans l'éclampsie, dans quelques hystéries, dans la catalepsie, le carus, etc., et aussi dans la syncope, l'asphyxie, etc.

A quelles lésions attribuer ces singulières anomalies? Dépendent-elles d'altérations des centres nerveux ou simplement d'altérations des organes qui transmettent l'innervation, c'est-à-dire des nerfs? La science est encore muette sur ces questions.

La *perversion* de la sensibilité donne lieu à des phénomènes séméiologiques intéressants dans les maladies du cerveau.

Dans l'hypochondrie, dans l'hystérie, l'imagination la plus riche ne pourrait se figurer les innombrables formes de douleurs, d'anomalies de sensibilité, de sensations éprouvées par les malades. Il est exact de dire que chaque individu a sa manière de sentir et de souffrir. C'est perdre son temps que de chercher à les décrire.

Nous ne dirons rien non plus des douleurs qui ont leur siége dans le trajet d'un nerf, comme dans les névralgies, quoique ces douleurs touchent de si près à notre sujet; mais nous devons entrer dans quelques détails à propos de la céphalalgie, des étourdissements, des vertiges, des fourmillements, des picotements que les malades éprouvent dans les membres et qui sont susceptibles d'acquérir une grande valeur séméiologique dans les affections du cerveau.

Lorsque la *céphalalgie* est générale, qu'elle est caractérisée par une espèce de pesanteur qui occupe toute la tête, elle n'indique qu'un état général, congestionnel ou nerveux; elle peut précéder l'*hémorrhagie* comme les autres maladies de l'encéphale.

Mais lorsque la *céphalalgie* est fixe, locale, circonscrite, continue, elle annonce un travail local, circonscrit dans le cerveau et peut être le signe précurseur, diagnostic le plus certain d'un ramollissement du cerveau.

Si cette douleur dure longtemps, qu'elle soit lancinante, elle peut appartenir à un cancer du cerveau ou de ses enveloppes.

On l'observe aussi dans la méningite et l'encéphalite bornées; elle correspond assez généralement au siége du mal.

Cette douleur de tête fixe précède rarement l'hémorrhagie, et dans ce cas elle peut être une cause d'erreur.

Quant aux étourdissements, aux engourdissements, aux picotements, aux fourmillements, aux vertiges, ils constituent cette série de phénomènes précurseurs que nous avons donnés comme les signes les plus caractéristiques, les moyens diagnostiques les plus certains des affections cérébrales. En parlant de ces maladies, nous aurons occasion d'y revenir.

Nous dirons seulement ici que leur importance est telle que sans eux on ne peut avoir aucune certitude, et que, lorsqu'on croit les trouver là où ils ne doivent pas être, ils jettent la plus profonde obscurité dans le diagnostic. Expliquons-nous : s'ils existent dans l'hémorrhagie cérébrale, il est impossible de reconnaître cette maladie; s'ils n'existent pas dans le ramollissement, le diagnostic de cette affection devient tout aussi obscur.

Pour que ces phénomènes aient toute leur valeur, il ne faut pas confondre les cas où ils sont généraux, occupent tous les membres, avec ceux où ils sont locaux, bornés et fixes dans quelques-uns. C'est dans ces derniers cas qu'ils indiquent un travail local dans le cerveau ou dans les organes qui transmettent l'innervation.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ricord.

Double sarcocèle. Diagnostic différentiel.

Observation communiquée par M. J. Legrand, interne des hôpitaux.

Au milieu d'un grand nombre de faits intéressants qui se présentent journellement dans le service de M. Ricord, nous en choisissons un qui, au point de vue du diagnostic et du traitement, nous paraît digne d'attirer l'attention. Voici ce fait :

Le nommé B..., âgé de vingt-six ans, charretier, entre à l'hôpital le 21 mai 1850. Cet homme est vigoureusement constitué, d'un tempérament sanguin.

Il n'a jamais été malade qu'une seule fois, en 1843, d'un chancre de la verge non accompagné de bubon, et qui, suivant son expression, creusait les chairs. On lui fit faire, pour ce chancre, un traitement interne consistant dans l'administration d'une liqueur dont il ne se rappelle ni le nom, ni l'apparence, à la dose de trois cuillerées par jour. Ce traitement, continué environ pendant six semaines, ne détermina point de salivation. Depuis ce temps, le malade ne s'est aperçu d'aucun accident nouveau, si nous en exceptons cependant une éruption de furoncles à la partie inférieure et interne de la cuisse droite, éruption qui disparut au bout d'un temps très court et sans traitement, et un écoulement urétral qui date de trois mois et dure encore aujourd'hui.

Au mois de septembre 1849, les deux testicules ont commencé à se gonfler. Le droit surtout est parvenu aux mêmes dimensions qu'on observe actuellement des deux côtés. Au gonflement, sont venus s'ajouter une dureté prononcée, une sensibilité assez vive à la pression et quelques picotements insignifiants. Absence complète de douleurs réelles spontanées : la maladie était indolente. De plus, le malade affirme se rappeler parfaitement que l'urètre n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun écoulement, et que la tuméfaction des testicules était égale sur tous les points.

Il est entré pour cette affection à l'hôpital de Versailles; il prétend que le repos et des cataplasmes ont suffi pour amener en dix-sept jours une diminution considérable, mais pas complète cependant. Sorti à peu près guéri, il est retourné à ses travaux.

Au mois de février dernier, sans excès d'aucun genre, sans cause occasionnelle appréciable, le gonflement a reparu sans s'accompagner de plus de douleur que la première fois. Le malade s'est contenté de porter un suspensoir pour obvier au sentiment de gêne, de pesanteur, de tiraillement qu'il éprouvait; mais la maladie faisant toujours de nouveaux progrès, il s'est enfin décidé à venir réclamer des soins à l'hôpital.

Etat actuel (21 mai). — Les deux testicules ont un volume qui dépasse sensiblement celui d'un gros œuf de poule, surtout du côté droit. Leur forme est régulièrement ovoïde, mais leur surface est inégale, rugueuse, bosselée; leur consistance est très prononcée, presque cartilagineuse en certains points, offrant en même temps un peu de rénitence, d'élasticité. On n'y constate ni fluctuation, ni transparence. La pression un peu forte, exercée d'un côté à l'autre de la tumeur, est douloureuse; elle détermine, au dire du malade, la même sensation que la pression d'un testicule sain. Les cordons spermatiques sont exempts de toute altération sensible; les épididymes sont presque inappréciables. Les téguments sont sains et parfaitement mobiles sur les tumeurs.

Depuis trois mois environ les érections sont devenues assez rares, et le malade n'a eu qu'une seule pollution nocturne. Il éprouve depuis quelques jours des douleurs nocturnes siégeant dans le voisinage des articulations, et disparaissant par la marche.

Le 24 mai, on se livre à un nouvel examen des tumeurs testiculaires; on ne constate point de transparence; le doigt, introduit dans le rectum, ne permet de reconnaître aucune lésion de la prostate ni des vésicules séminales.

Après cet examen, M. Ricord expose aux personnes qui suivent sa visite quelques considérations intéressantes sur le diagnostic de ce genre d'affections. On ne peut, dit le chirurgien de l'hôpital du Midi, admettre ici une épididymite blennorrhagique à marche chronique. Les antécédents du malade, le début de l'écoulement actuel à une époque bien postérieure à celle du début de l'affection testiculaire, le siége, les autres caractères de la tumeur font repousser immédiatement cette idée.

La sarcocèle cancéreux a un début lent; il affecte communément le corps des testicules, l'épididyme plus tard; le cordon lui-même ne se prend qu'à une époque assez avancée. Mais il n'existe pas d'observation bien positive de sarcocèle cancéreux double; on peut dans cette maladie distinguer longtemps encore l'épididyme du testicule, les parties affectées sont dès le commencement le siége de douleurs lancinantes, auxquelles viennent se joindre ensuite des douleurs lombaires. Ici donc, l'indolence, la symétrie, etc., excluent la supposition d'un sarcocèle carcinomateux.

Le sarcocèle tuberculeux est celui qu'on voit le plus souvent double; mais il commence essentiellement, forcément, par l'épididyme; il n'arrive jamais à un degré aussi élevé sans que le cordon se prenne; ce dernier organe devient alors douloureux, moniliforme, en chapelet; le plus ordinairement on trouve en même temps quelque chose dans la prostate, les vésicules séminales. Or dans le cas qui nous occupe, ces organes et surtout le cordon sont sains, et on ne sent point l'épididyme. En outre, une fois le testicule pris, plus la maladie avance et plus il se mamelonne, se bosselle, mais en conservant sa dureté, le ramollissement y étant moins précoce que dans le cancer. L'affection tuberculeuse, d'abord indolente, devient douloureuse avec l'inflammation, avec la formation des abcès froids; on observe aussi des douleurs périnéales, prostatiques et du cordon.

Le sarcocèle syphilitique est celui dont l'existence nous paraît le plus probable. Les antécédents du malade, la filiation des symptômes sont favorables à cette opinion. Cet homme a eu un chancre il y a sept ans; l'infection générale a pu se produire; on l'admettra d'autant plus volontiers, qu'il n'y a pas eu de bubon suppuré; car d'après la loi que nous avons formulée, c'est le propre du chancre induré, réellement infectant, de ne donner lieu qu'à un engorgement modéré, multiple, indolent des ganglions inguinaux, qui passe souvent inaperçu.

Le malade n'a pas remarqué d'accidents consécutifs, mais ils ont pu échapper à son attention; ils ont pu, sous l'influence du traitement, être très légers ou même manquer complètement. Tous les jours nous voyons des médications de très courte durée dont l'influence se fait longtemps ressentir. Allons au-devant d'une objection qui pourrait se présenter; ajoutons que le traitement a été, sinon sûrement, au moins probablement mercuriel; que l'absence de salivation et de tout retentissement du mercure sur la muqueuse buccale ne sont pas choses très rares, et ne doivent pas faire rejeter l'opinion que nous émettons.

Nous avons enfin les caractères de la maladie actuelle. Le sarcocèle syphilitique est ordinairement double, indolent. On est allé trop loin en donnant les douleurs nocturnes comme un caractère constant de cette affection. Sans doute ces douleurs peuvent exister et venir éclairer, faciliter le diagnostic; mais ce n'est certainement pas là le cas le plus commun; le plus souvent, comme chez notre malade, la tumeur est indolente. Le sarcocèle syphilitique affecte le corps du testicule et laisse l'épididyme et le cordon intacts. S'il est douloureux, on voit la douleur diminuer au fur et à mesure que l'altération fait des progrès, jusqu'à ce qu'il y ait insensibilité complète. Il se tuberculise, se mamelonne par des noyaux intérieurs qui ne font point saillie à la surface de la tumeur comme les mamelons cancéreux, ou par des bandelettes, des zones qui se dessinent sous la tunique albuginée en l'épaississant. Enfin il n'a nulle tendance à la suppuration; arrivé à un certain degré, il se résorbe, s'atrophie. La diminution, l'absence complète d'érections et de pollutions qui peuvent coïncider avec cet état sont très graves au point de vue du pronostic. Nous devons dire néanmoins que nous avons vu ces fonctions, en apparence éteintes, se rétablir peu à peu sous l'influence du traitement.

Il ne nous reste plus maintenant à examiner que les tu-

---

tances minérales vénéneuses, des sels de cuivre, des os moulus, de la chaux, de l'alun, des carbonates de magnésie ou de soude; soit des substances minérales inertes, des cailloux blancs, du plâtre, de la craie, de l'albâtre pulvérisés; dans d'autres circonstances les farines de blé ont été mélangées de fécule de pommes de terre, de farine de riz, de maïs, d'orge, de seigle, de légumineuses, de sarrasin, d'ivraie.

Une foule de faits curieux et des plus intéressants sont consignés dans le cours de cette monographie de la farine de blé, et peuvent servir de guide aux experts appelés à donner leur avis devant les tribunaux sur les sophistications présumées ou réelles des farines saisies. M. Chevallier rapporte entre autres la confirmation par la Cour royale d'Orléans, en 1847, d'un jugement de première instance qui condamnait à quatre mois de prison un riche meunier de Cloyes, près Châteaudun, accusé d'avoir vendu quatorze sacs de farine dont la composition, révélée par l'expertise, était la suivante : amidon, 66; sable, 4; graines oléagineuses, 6; son, 12. La farine de blé n'y entrait que pour mémoire.

La description de ces fraudes conduit naturellement aux procédés employés pour les reconnaître; et c'est ici que l'on est surtout en droit d'admirer l'exactitude et la délicatesse des manipulations chimiques à l'aide desquelles l'expérimentateur parvient à constater les mélanges non-seulement de la farine avec des substances hétérogènes, mais ceux des diverses farines de blé, d'orge, de seigle, d'avoine et de légumineuses. Mentionnons également comme d'une importance extrême l'article consacré aux huiles à manger, à l'huile d'olives principalement.

Nous avons dit que bon nombre de substances employées en industrie avaient été étudiées avec soin par M. Chevallier, qui s'était efforcé de mettre constamment l'acheteur en garde contre les ruses du fabricant ou du vendeur malhonnête qui cherche à le tromper. Parmi les articles de cette catégorie, nous serions fort embarrassé de faire un choix pour nos citations; cependant, nous indiquerons celui qui a trait aux charbons de bois et de houille; à la cire, que l'on peut falsifier de mille manières, avec des résines, par exemple, les substances terreuses, le soufre en fleurs, l'amidon et les fécules; le suif, l'acide stéarique, l'ocre jaune, les os calcinés, la sciure de bois, l'eau, etc.

L'article *Bouteilles* contient une très curieuse ordonnance de Louis XV, en date du 8 mars 1735, laquelle fixait la contenance que devait avoir les bouteilles, et voulait que toutes fussent faites suivant des dimensions et une jauge légales uniformes. Certes, il est fort à regretter qu'une si sage ordonnance soit tombée en désuétude; nous doutons même qu'elle ait été jamais sérieusement mise à exécution. Mais ce n'est pas de nos jours, où l'on est si disposé à crier à l'arbitraire et à accuser l'autorité, que l'on doit conserver l'espoir de rétablir une ordonnance aussi utile.

Citons encore les articles *Cochenille*, *Garance*, *Eponges*, *Guano*, matières employées chaque jour par diverses industries, et dont il est important de connaître l'histoire au point de vue des falsifications et altérations possibles.

Dans un dictionnaire des falsifications de toute espèce, le *faux* en écritures devait occuper une place digne de son importance; c'est ce qu'il a paru convenable de faire à M. Chevallier, qui en a tracé une histoire des plus complètes et des plus intéressantes, tant au point de vue industriel qu'au point de vue médico-légal.

Les faux ne peuvent s'exécuter qu'au moyen de deux procédés : le *grattage* et le *lavage*. La science est parvenue, à force d'attention et de persévérance, à retrouver constamment les traces du crime, à le démontrer, et souvent même à faire reparaître, à la grande stupéfaction des coupables, les lettres ou les mots supprimés sous l'écriture qu'on leur avait substituée. Ici M. Chevallier indique l'emploi que l'on peut faire, dans les diverses circonstances où ils sont indiqués, des réactifs suivants sur les papiers altérés : la chaleur d'abord, l'eau distillée, l'alcool pour enlever les substances acides, alcalines ou salines; les principes résineux destinés à empêcher l'écriture de *barocher* sur le papier; les papiers de tournesol, le nitrate d'argent, les cyanures, les sulfures, etc.

Suit un appendice qui renferme l'indication des moyens propres à prévenir et à empêcher les faux; tels sont les encres indélébiles, les papiers dits papiers de sûreté, qui se subdivisent eux-mêmes en papiers réactifs, facilement altérables par le plus léger contact avec les produits chimiques destinés à enlever l'encre, et en papiers à vignettes proposés récemment par MM. Séguier et Em. Grimpé, enfin les *encres de sympathie*.

On voit, d'après tout ce que nous venons de dire, que ce n'est pas un livre limité à un public spécial, aux médecins et aux pharmaciens seulement, mais bien une encyclopédie véritable des sophistications s'adressant à toutes les industries, que le dictionnaire de M. Chevallier. Nous regrettons vivement que la nature même de ce travail et le plan sur lequel il est composé ne nous permettent pas d'extraire en entier quelques passages qui, mieux que ce que nous pourrions dire, permettraient au lecteur de juger de son importance. Mais est-il possible d'analyser un dictionnaire? Contentons-nous donc de prédire à l'ouvrage de M. Chevallier un beau et légitime succès, et souhaitons, dans l'intérêt du public plus encore que dans celui du livre, que la publication du second volume ne se fasse pas trop attendre.

Dr A. Foucart.

Les sieurs Galy, pharmacien, rue des Lombards, 54, et Saurin, rue de Bercy-St-Antoine, 14, viennent d'être traduits en police correctionnelle, le premier, pour avoir eu dans son établissement un sirop préparé contrairement au *Codex*; le second, pour avoir tenu une herboristerie sans autorisation; délits prévus par les articles 29 et 32 de la loi du 21 germinal an XI, et 2 de l'ordonnance du 8 août 1816. Le tribunal, sur les réquisitions de M. Dupré-Lassalle, substitut, a condamné le sieux Galy à 50 fr. d'amende, et le sieur Saurin à 5 fr.

meurs formées par un liquide. L'hydrocèle de la tunique vaginale offre plus d'un point de ressemblance avec l'affection de ce malade; elle est souvent double; elle peut ne pas permettre de distinguer l'épididyme; elle laisse le cordon sain, et reste indolente; mais il nous manque ici la transparence et la fluctuation.

Dans l'hématocèle avec épaississement de la tunique vaginale, la transparence peut manquer, la fluctuation être douteuse; le cordon reste sain, il y a indolence; mais il est excessivement rare que l'hématocèle soit double. Néanmoins nous croyons que dans le cas actuel il est permis d'hésiter entre cette dernière maladie et le sarcocèle syphilitique. Si l'on fait une ponction exploratrice, le trocart peut pénétrer dans une partie fibrineuse et ne pas fournir de liquide; dans le sarcocèle cancéreux, certaines parties ramollies peuvent permettre des mouvements de la canule aussi facilement que dans une poche liquide. Nous préférons avoir recours au traitement spécifique (iodure de potassium, 3 grammes), dont nous allons suivre les effets, et qui sera pour nous la pierre de touche du diagnostic.

Le malade est sorti de l'hôpital; nous le regrettons, car il eût été très intéressant de confirmer la justesse du diagnostic par le résultat du traitement. Ce fait ne reste pas moins très intéressant au point de vue du diagnostic différentiel.

HOPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS A VARSOVIE.

Service de M. le docteur Lebrun.

Anévrisme de l'artère poplitée; ligature de la fémorale. Guérison.

Par M. le docteur Bruno-Taron,

Ancien inspecteur de santé en Turquie, membre de l'ordre royal de François Ier des Deux-Siciles, etc.

A la salle 23, dans le lit 61, est couché le nommé Macieiwski, cocher de fiacre, âgé de cinquante-neuf ans, d'un tempérament lymphatico sanguin.

Le malade porte dans l'espace poplité une tumeur du volume du poing. Cette tumeur, qui existe depuis longtemps, donne des pulsations qui font reconnaître la nature de la maladie. Après l'examen du membre la ligature de la fémorale est décidée. Cette artère ne présente aucune particularité dans toute sa longueur, et comme en général l'opération offre moins de difficultés et de dangers dans sa partie supérieure, M. Lebrun se détermine à pratiquer la ligature dans le tiers supérieur du membre.

L'opération est faite d'après le procédé de Scarpa. Le chirurgien pratique une incision, qui commence à l'angle inférieur du triangle dit de Scarpa, à l'endroit où le couturier vient recouvrir l'artère; cette incision, longue de trois pouces, suit le bord interne de ce muscle. L'opérateur procède avec ménagement pour ne pas blesser la veine saphène. Après avoir isolé plusieurs ganglions lymphatiques, il passe la sonde cannelée sous l'aponévrose, qu'il incise. Enfin étant arrivé sur l'artère il divise sa gaîne, et toujours dans le but de ménager la veine, il passe la sonde cannelée de dedans en dehors sous la fémorale, dont il pratique la ligature.

La ligature a été faite avec le cordonnet de soie dont on se sert en Angleterre et en Amérique; il a été préféré avec raison, parce qu'il provoque moins de suppuration que le ruban de fil de lin ciré dont on se sert en France et en Italie.

Un point sur lequel il est également utile d'attirer l'attention des jeunes chirurgiens, c'est que dans les ligatures en général il est toujours très avantageux de bien isoler les vaisseaux, surtout quand leur calibre est un peu considérable. Il ne faut pourtant pas que cet isolement dépasse les limites que nécessite l'application de la ligature.

Les suites de cette opération ont été très heureuses. D'abord les pulsations ont disparu, et la tumeur a peu à peu diminué de volume. Aujourd'hui, trentième jour de l'opération, elle est tellement réduite, qu'elle ne dépasse pas la grosseur d'un œuf de pigeon. Le malade se trouve très bien, et demande à sortir.

Le magnifique hôpital de l'Enfant-Jésus, à Varsovie, nous a charmé par l'heureuse disposition de ses salles, et la bonne organisation de son service intérieur. Nous avons admiré la blancheur éblouissante du linge et l'état de propreté générale de ce bel établissement.

Les hommes instruits qui se dévouent à ce service méritent bien des éloges. Parmi eux nous avons remarqué le savant professeur Lebrun, l'honneur et la gloire de la chirurgie du royaume de Pologne.

Ligature de l'artère brachiale pratiquée à la suite d'une saignée. Guérison.

A la salle 23, dans le lit 60, est couché le nommé Rangut (Jean), cocher de fiacre, âgé de trente et un ans, d'un tempérament bilioso-nerveux.

Cet homme a été saigné à la veine médiane basilique. Après avoir enlevé la ligature, le chirurgien ne peut se rendre maître de l'écoulement sanguin, effrayé par l'hémorrhagie, laquelle prend un caractère alarmant, il applique provisoirement un bandage, et fait transporter le malade dans la salle n° 23.

M. le professeur Lebrun explore le bras; ensuite avec le bout du doigt il exerce sur le trajet de la veine une compression au-dessous de la plaie; mais le sang, au lieu de s'arrêter, sort avec plus de force et d'abondance; enfin il exerce de la même manière une compression au-dessus de la plaie, sur le trajet de l'artère; l'écoulement sanguin diminue et s'arrête. D'après ces signes certains, M. le professeur Lebrun ne doute plus de la blessure de l'artère. Alors il prescrit différents moyens de compression qui ne parviennent pas à arrêter l'hémorrhagie. Le bandage de M. Velpeau, consistant en de petites compresses graduées et formant une sorte de pyramide dont le sommet porte sur la blessure, que l'on maintient par une bande en huit de chiffre et que l'on fortifie par un bandage roulé partant du poignet jusqu'à l'aisselle; ce bandage, disons-nous, ayant également échoué, M. le professeur a recours à l'opération.

L'opérateur s'assure de la position de l'artère, et examine si elle ne présente aucune anomalie; puis il recommande au malade d'étendre son bras; il l'écarte un peu du tronc, se place en dehors, et fait une incision oblique d'environ trois pouces. Ensuite il va saisir l'artère, qu'il isole, pour en faire la ligature.

Aucun accident fâcheux n'est venu compliquer cette petite opération; d'ailleurs elle a été pratiquée avec beaucoup d'habileté. Rangut (Jean), qui a été opéré il y a une vingtaine de jours, est actuellement parfaitement guéri.

Parmi les cinq principales veines que l'on ouvre au pli du bras, la médiane basilique, située sur l'artère brachiale, expose à la lésion de ce vaisseau. Cependant, comme elle est très apparente et qu'elle donne beaucoup de sang, on l'ouvre assez souvent. Alors il faut avoir la précaution de la piquer en dehors ou en dedans de l'artère. On mettra le bras dans la pronation; l'artère étant ainsi enfoncée, on ouvrira la veine dans sa partie inférieure.

Parmi les autres veines, qui sont toutes plus ou moins environnées de filets nerveux, la médiane céphalique est celle que l'on doit ouvrir de préférence; car à sa partie supérieure son ouverture ne présente aucun danger.

PERSISTANCE DE L'HYMEN

chez une femme enceinte et affectée de chancres syphilitiques;

Quelques réflexions sur la valeur de cette membrane en médecine légale, et sur l'obstacle qu'elle peut présenter à l'accouchement naturel;

Par M. le docteur Ripart, de Bourges.

Mme S..., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique sanguin, grande et bien conformée, s'est mariée, il y a un an environ, à M. S..., employé dans une administration. Peu de temps après son mariage, elle était devenue enceinte, et quand je l'ai vue pour la première fois, elle était à terme et attendait chaque jour son accouchement. Sa santé avait été excellente pendant les premiers mois de sa grossesse, lorsque, il y a six semaines ou deux mois environ, elle ressentit dans les parties génitales un peu de cuisson accompagnée d'un écoulement épais tachant fortement le linge en jaune; elle se mit à l'usage de bains locaux et généraux et de tisanes émollientes. Mais la maladie, loin de céder, devenant de jour en jour plus incommode, elle finit par se décider à venir me consulter.

Elle m'avoua que son mari avait une conduite assez peu régulière, ce qui lui avait fait naître quelques soupçons sur la nature du mal qu'elle ressentait. On va voir, par la description de l'état dans lequel je trouvai ses parties génitales, que ses craintes étaient très fondées. La grande lèvre du côté droit était un peu gonflée et rouge. En entr'ouvrant la vulve, il s'écoula une petite quantité de pus jaune et épais. Il existait à la partie interne de la grande lèvre droite deux chancres à bords relevés et durs, reposant sur un fond également induré, situés, l'un à la partie moyenne et de la largeur d'une pièce de 50 centimes, l'autre quelques lignes au-dessous et un peu moins grand; il en existait un autre à la jonction de la grande et de la petite lèvre, moitié sur l'une, moitié sur l'autre. La grande lèvre gauche n'était point gonflée. Elle était le siége de deux petits chancres superficiels non indurés, et paraissant d'une date plus récente que les autres. Il existait, en outre, une petite végétation pédiculée, en forme de massue, de la grosseur d'un pois, implantée sur le prépuce du clitoris.

Voulant examiner l'état des parties profondes de la vulve et l'orifice du vagin, j'écartai fortement avec mes deux doigts index les grandes et petites lèvres de chaque côté. Par cette manœuvre, je mis à découvert une membrane qui bouchait presque complétement l'ouverture du vagin. L'écartement des deux parties latérales de la vulve la tendait fortement. Elle était située entre les deux petites lèvres, qu'elle réunissait en quelque sorte à leur bas; elle avait la forme d'un croissant, dont les cornes très allongées allaient se perdre en haut de chaque côté du méat urinaire. Son bord libre n'était pas uni, mais frangé ou mamelonné; il circonscrivait une ouverture de la grandeur d'une pièce de 10 sous. Par sa grande courbure, cette membrane se confondait en dedans avec la muqueuse du vagin, en dehors avec celles des petites lèvres et de la fosse naviculaire qui était très développée, car la fourchette était intacte. Je cherchai avec soin les caroncules myrtiformes, mais je n'en trouvai nulle trace. D'après tous ces caractères, je ne pouvais plus douter que cette membrane ne fût la membrane hymen, malgré l'étonnement où j'étais de la rencontrer dans les circonstances aussi insolites.

Mais comment la fécondation avait-elle pu avoir lieu? Comment cette femme avait-elle pu cohabiter pendant un an avec son mari sans perdre le signe physique de sa virginité? Dans le but d'éclairer cette question, je fis les expériences suivantes:

Je cessai d'écarter les lèvres de la vulve, et j'essayai de faire pénétrer mon index dans le vagin; il y parvint sans peine et sans causer aucune douleur, en suivant la paroi supérieure du vagin. La membrane hymen cédait, se déplissait, et s'affaissait sur la paroi inférieure comme une valvule, parce que son bord libre n'était pas tendu. J'essayai alors de glisser mon second doigt index à côté du premier; mais à peine son extrémité eut-elle commencé à pénétrer, que la malade se plaignit de souffrir. Je sentis que l'hymen se tendait, et je l'aurais infailliblement rompu si j'avais continué à enfoncer mon second doigt. Je conclus de cela que, si la défloration n'avait pas eu lieu, cela tenait au relâchement du bord libre de la membrane hymen, qui, en se laissant facilement abaisser, augmentait beaucoup le diamètre de l'orifice du vagin, et que M. S... avait probablement une verge peu volumineuse, puisqu'il avait pu consommer l'acte du coït sans détruire cette membrane. Une verge de grosseur moyenne l'eût certainement rompue dès la première copulation. On verra plus bas que ma conclusion était très juste.

Je prescrivis un traitement antisyphilitique, et depuis le 14 jusqu'au 21 mai, jour de l'accouchement, je revis trois fois cette dame, et j'eus ainsi l'occasion d'examiner de nouveau l'état de la vulve et de confirmer mes premières observations.

Le 21, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et l'accouchement a eu lieu sans aucune difficulté; l'hymen n'a point été incisé, et cependant n'a mis aucun obstacle à la sortie de l'enfant, qui présentait la tête en première position. On sait que, dans un cas semblable, Ruysch et Mme Lachapelle ont été obligés de fendre l'hymen, qui arrêtait la tête au passage.

L'enfant que Mme S... mit au monde était du sexe masculin. Je l'examinai avec soin, et je ne trouvai aucune trace de syphilis ni aux organes génitaux, ni sur les autres parties du corps. Mais cet enfant était grêle et chétif; ses chairs étaient flasques et sa figure toute ridée, ce qui lui donnait l'aspect d'un petit vieillard. Il ne voulait pas prendre le sein et criait presque continuellement. Il ne vécut que cinq jours. Mais revenons à la mère.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, on fut obligé de suspendre le traitement local; mais le sixième jour, Mme S... m'envoya chercher, se plaignant de souffrir beaucoup plus qu'elle n'avait fait jusqu'à présent, et me priant de l'examiner. Toutes les parties de la vulve étaient d'un rouge vif, gonflées et baignées par un liquide purulent, jaunâtre et très abondant. La fourchette avait été rompue pendant l'accouchement; la petite plaie qui en était résultée était en suppuration, et avait tous les caractères d'une ulcération syphilitique. La membrane hymen avait été divisée en plusieurs lambeaux; une fente profonde, dirigée suivant l'axe de la vulve, s'était effectuée dans sa partie moyenne, et la divisait en deux parties latérales inégales. Celle du côté gauche était la plus volumineuse et se subdivisait en deux lambeaux triangulaires; celle du côté droit formait deux petits mamelons beaucoup moins grands. Tous ces débris de la membrane hymen étaient rouges, gonflés et douloureux; leurs bords étaient couverts d'une suppuration abondante, et il était évident que le pus des chancres avait inoculé le virus vénérien sur toutes ces petites plaies.

Il est inutile de m'arrêter à décrire le traitement et la marche de la maladie de Mme S..., qui ne présenta plus rien d'insolite. Je dirai seulement que je fus obligé d'exciser la végétation du clitoris, et qu'au bout de deux mois Mme S... était complétement rétablie. Les chancres ont laissé des cicatrices peu apparentes; les lambeaux de l'hymen sont revenus sur eux-mêmes et sont moins volumineux; ils ressemblent tout à fait aux caroncules myrtiformes décrits par les anatomistes et que l'on rencontre ordinairement chez les femmes déflorées.

Pour compléter cette observation, il ne me reste plus qu'à parler des organes génitaux de M. S...; pendant longtemps, il résista aux instances de sa femme et refusa de me consulter; mais à la fin il s'y décida. C'est un homme d'une taille moyenne, d'un tempérament sanguin: son embonpoint est médiocre; ses testicules gros et bien développés; mais sa verge, quoique d'une longueur assez considérable, est d'un très petit diamètre. Dans l'état de flaccidité, elle paraissait à peine grosse comme mon doigt indicateur, et d'après cela je compris facilement qu'elle eût pu entrer dans le vagin de Mme S... sans la déflorer. En effet, même en supposant qu'elle acquît un tiers en sus de grosseur pendant l'érection, son diamètre n'était pas assez considérable pour tendre la membrane hymen et la déchirer: celle-ci alors se déplissait et s'affaissait à la manière d'une valvule, comme je l'avais remarqué en introduisant mon doigt dans le vagin. Il n'y avait qu'un seul chancre sur la couronne du gland de M. S.....

Il existe dans la science plusieurs faits analogues à celui-ci, mais cependant moins complets. Tel est le cas rapporté par Ruysch (t. I, obs. 22): il fut obligé pour délivrer une femme de couper l'hymen et une seconde membrane qui était placée derrière à un pouce de distance. Mauriceau (obs. 489) donne l'histoire d'une femme dont la membrane hymen était intacte, ce qui n'avait pas empêché la conception d'avoir lieu. Baudelocque cite un fait semblable, et Mme Lachapelle (10e Mémoire, n° 23) rapporte l'observation d'une femme qui vint accoucher à la Maternité et dont l'hymen existait encore. La tête, après avoir franchi l'orifice, s'avança vers la vulve en distendant fortement l'hymen et le périnée; en outre, dans les efforts expulsifs, l'anus se développait considérablement et menaçait de donner passage à l'enfant; on se décida donc à inciser la membrane qui mettait obstacle à l'accouchement, et l'enfant sortit peu après. Dans le fait que je viens de rapporter, l'hymen n'a présenté aucun obstacle à l'accouchement spontané, et il pourrait bien se faire que la membrane désignée sous le nom d'hymen dans les observations de Ruysch et de Mme Lachapelle fût des cloisons anormales ou des adhérences beaucoup plus épaisses et charnues que l'hymen lui-même, ce qui expliquerait leur résistance aux efforts de l'accouchement, car il est difficile de croire qu'une membrane aussi mince que l'hymen puisse être un obstacle sérieux à la sortie de l'enfant. Ce qui m'autorise à faire cette supposition, c'est que les accoucheurs ci-dessus désignés n'ont fait leur observation qu'au moment de l'accouchement, et d'ailleurs ne décrivent ni la forme ni les rapports de cette membrane, qu'ils se bornent à désigner sous le nom d'hymen.

Mais c'est au point de vue médico-légal que le fait que je viens de rapporter dans tous ses détails a une grande importance; il prouve, en effet, de la manière la plus évidente que l'acte de la copulation peut être accompli, et la fécondation avoir lieu sans que le signe principal de la virginité disparaisse. Quand il s'agit de décider si une fille a été violée, on ne doit donc pas donner à la persistance de l'hymen une valeur trop absolue; on doit, en outre, prendre en considération la forme de la membrane, sa tension, sa grandeur, et surtout les proportions relatives des organes sexuels. Ces con-

clusions ne sont pas nouvelles, mais elles avaient besoin d'être appuyées par une observation exacte; car tous les faits qui existaient antérieurement dans la science ou manquent de détails suffisants, ou ne sont pas d'une authenticité à l'abri de toute critique. (*Revue médico-chirurgicale.*)

REMARQUES CLINIQUES

Sur deux cas de tumeurs de l'utérus compliquant la parturition,

Par M. J. Bowell.

Les faits contenus dans ce travail n'ont pas, avec les principes qui y sont défendus, un rapport très direct; aussi nous contenterons-nous d'exposer en abrégé ces derniers, passant sous silence les observations, dont l'intérêt est beaucoup moindre.

D'après l'auteur, et surtout d'après M. Ashwell, dont il s'attache principalement à reproduire l'opinion, les tumeurs logées dans la paroi utérine exercent sur le travail de l'accouchement une influence dont la nature n'a pas été jusqu'ici bien déterminée. Ce n'est pas de la lésion de l'utérus que vient le danger, mais bien de la tumeur elle-même. En effet, il est d'observation que, pendant les derniers mois de la grossesse, la production morbide subit un travail de ramollissement, puis de suppuration. La mort survient alors, tantôt avant l'accouchement, par suite de l'inflammation qui s'est emparée de la tumeur, tantôt au moment du travail, par l'affaiblissement qu'occasionnent les efforts inutilement répétés et les contractions impuissantes auxquelles la femme se livre, ainsi que par la contusion que les parties molles ont à souffrir. Mais dans tout ceci, l'utérus lui-même demeure à peu près intact, et l'autopsie montre qu'il a conservé ses conditions normales de structure, ainsi que de vitalité.

Dans un des cas que M. Bowell cite, le travail s'étant déclaré à temps, l'obstacle que la présence de la tumeur apportait à la sortie de l'enfant devint la cause d'une rupture de l'utérus.

Le remède à une semblable éventualité est indiqué par les considérations précédentes. Il faut, quand la tumeur est formée par une matière solide, provoquer l'accouchement prématuré. On remplit ainsi la double indication urgente dans ces cas; car, d'une part, on prévient le travail de ramollissement inflammatoire dont nous avons montré les conséquences fâcheuses; d'un autre côté, le fœtus ayant à cette époque un volume moindre, il peut être expulsé aisément, malgré le rétrécissement que la présence de la tumeur apporte dans les diamètres du passage naturel. (*The british med. Journ.*)

Sur la glossite.

Cette maladie, du moins celle qui se développe spontanément, est assez rare pour qu'on en doive recueillir avec intérêt les exemples qui présentent, comme ceux-ci, toutes les garanties désirables de capacité et de sincérité dans l'observateur.

M. Griffin dit que, pendant une pratique de plus de trente-cinq ans, il n'a été témoin que de deux cas de glossite. Le premier avait rapport à un marin, Napolitain d'origine, qu'il vit en 1822 dans les îles Ioniennes. Appelé auprès de lui, il trouva la langue énormément tuméfiée, saillante entre les dents; respiration précipitée, anxieuse, difficile, s'exécutant entièrement par les narines; suffocation imminente, face livide, gémissements incessants, agitation continuelle.

La fièvre qui compliquait cet état était purement inflammatoire, avec chaleur vive et pulsations très fortes, surtout aux carotides et aux artères temporales.

Ne pouvant articuler, il n'exprimait sa détresse que par signes. On fit une très large saignée du bras et l'on donna un purgatif énergique. Mais on eut à peine le temps d'attendre l'effet de ces remèdes, car il devint évident que sans un prompt secours le malade allait périr. N'ayant aucun confrère auprès de lui, M. Griffin ne prit conseil que de l'urgence du cas. Il abaissa donc la langue autant que cela lui fut possible au moyen d'une cuiller et fit avec un bistouri deux incisions longitudinales sur la face dorsale de cet organe, une de chaque côté.

Le soulagement fut immédiat. Les plaies fournirent beaucoup de sang, mais pas de suppuration. Le dégorgement s'opéra avec tant de rapidité que dès le lendemain il était presque impossible de reconnaître la place où les incisions avaient été pratiquées.

Une ou deux semaines après, M. Griffin fut témoin d'un second cas de ce genre, qui lui fut également offert par un marin. Mais, averti par le premier exemple, il ne temporisa point et fit immédiatement les incisions sur la langue.

Les deux malades guérirent bien. Le traitement consécutif consista en petites doses de mercure administrées de manière à affecter la bouche. Mais à ce sujet l'auteur remarque que ces cas datent aujourd'hui de vingt-six ans et que maintenant il ne donnerait pas de mercure.

Il faut, en effet, tout le préjugé des médecins anglais en faveur de ce métal pour qu'ils ne comprennent pas à quel point la stomatite mercurielle serait à craindre dans le traitement d'une affection qui souvent accompagne la même stomatite mercurielle. En déclarant qu'il abandonnerait actuellement ces errements, M. Griffin fait preuve d'un bon sens dont la manifestation parmi ses compatriotes exige quelque courage. (*The british amer. Journ. of the med. and phys. science* et *Gaz. médic.*)

Apoplexie de la protubérance.

M. Barth présente l'encéphale d'une femme de soixante-douze ans, morte d'une apoplexie de la protubérance annulaire. Cette femme, bien portante jusque-là, tomba tout à coup en se promenant dans les cours de la Salpêtrière; elle perdit toute connaissance. On la porta à l'infirmerie; elle paraissait insensible. On pratiqua une saignée copieuse, d'abord sur les veines du bras, puis sur l'artère temporale. Il survint quelques mouvements convulsifs, et la malade mourut deux heures après l'attaque.

A l'autopsie, on trouve un foyer apoplectique du volume d'une grosse noisette dans l'épaisseur de la protubérance annulaire. Ce foyer empiète un peu plus sur la moitié gauche que sur la moitié droite de l'organe; il se prolonge dans l'épaisseur du pédoncule cérébelleux moyen gauche jusque dans le lobe correspondant du cervelet.

M. Gubler. Les hémorrhagies de la protubérance entraînent, en général, une mort rapide. Cependant j'ai vu, dans le service de M. Trousseau, un malade qui vécut sept à huit jours. Le foyer était fort petit et limité à une seule moitié du mésocéphale; il y avait eu pendant la vie une hémiplégie complète et croisée.

M. Barth. Le diagnostic de l'apoplexie de la protubérance est fort incertain; les symptômes qui l'accompagnent ne sont pas toujours les mêmes. La sensibilité générale peut être conservée; elle est toujours altérée dans les cas graves. Les sens sont le plus souvent abolis; l'intelligence reste rarement intacte. La paralysie musculaire est, sans contredit, le phénomène le plus important; elle est, en général, plus prononcée dans les membres thoraciques que dans les membres abdominaux; elle n'est double que lorsque le foyer envahit les deux moitiés de la protubérance; dans le cas contraire, il y a simple hémiplégie. Dans toutes les observations bien prises, on trouve que l'hémiplégie est croisée; dans quelques observations incomplètes, il est dit que la paralysie existait du même côté que le foyer apoplectique; mais une simple assertion, sans détails précis, ne prouve pas grand chose. — Il serait possible qu'en pareil cas un observateur imprudent commît une grave méprise; on étudie la protubérance en renversant le cerveau par sa convexité, et, dans cette situation, le côté droit de l'organe correspond à la main gauche de l'observateur. Quoi qu'il en soit, ceux qui disent que l'hémiplégie peut exister du côté de l'épanchement sanguin ne s'appuient sur aucun fait positif. — Ici, du reste, la malade était paralysée des deux côtés.

Matière encéphaloïde dans l'intérieur des veines.

M. Broca présente un utérus cancéreux qui a été pris sur le cadavre d'une femme d'environ quarante ans. Les ganglions pelviens, devenus cancéreux eux-mêmes, forment une masse volumineuse qui comprime l'urétère gauche et qui entoure de toutes parts les vaisseaux hypogastriques. La veine iliaque primitive gauche et la veine-cave inférieure renferment des masses blanches, friables, tout à fait semblables à la matière cérébrale et entourées de caillots sanguins. — L'examen microscopique a prouvé que la tumeur utérine, les masses ganglionaires du petit bassin et la substance blanche intra-veineuse étaient formées à peu près exclusivement par les cellules spécifiques et par les noyaux libres du cancer.

J'ai déjà trouvé plusieurs fois, dit M. Broca, de la matière cancéreuse dans l'intérieur des veines; c'est un fait qui n'est pas très rare et qui a été signalé surtout par MM. Velpeau, Cruveilhier, Bérard et Andral. Toujours en pareil cas, j'ai pu par une dissection attentive découvrir l'origine de cette matière intra-veineuse; une tumeur cancéreuse reposant sur une veine d'un certain calibre en désorganise les parois et fait irruption dans son intérieur. Le cours du sang continuant dans les veines collatérales peut entraîner à une distance plus ou moins grande la matière encéphaloïde qui s'est ainsi introduite dans les veines; aussi les cancers intra-veineux sont-ils toujours placés entre la tumeur extra-veineuse et le cœur.

Dans le cas actuel, les parois de la veine utérine gauche sont détruites dans une étendue de plus d'un centimètre; cette veine est pleine d'une substance encéphaloïde qui remonte jusqu'à l'embouchure de cette veine dans la veine hypogastrique. Le cours du sang continue dans cette dernière veine, et cela explique pourquoi on trouve des fragments de matière cancéreuse dans la veine iliaque primitive gauche et dans la veine-cave inférieure.

(*Extraits de la Société anatomique de Paris.*)

NOUVELLES.

Pharmacien attaché au service gratuit des pauvres et des épidémies. — Patente. — Aux termes du décret du 25 thermidor an XIII, les pharmaciens attachés au service gratuit des pauvres et des épidémies étaient exempts de patente; mais cette disposition n'ayant pas été reproduite dans la loi du 25 avril 1844, dont l'article 35 a formellement abrogé toutes les dispositions antérieures contraires à ladite loi, il s'ensuit qu'aujourd'hui tous les pharmaciens, même ceux attachés au service gratuit des pauvres et des épidémies, sont sujets à patente.

Ainsi jugé par le conseil d'État, en confirmation d'un arrêté du conseil de préfecture des Vosges, en date du 7 août 1849, qui a maintenu au rôle des patentes pour 1849 le sieur Girardin, pharmacien à Neufchâteau, qui réclamait son exemption, attendu qu'il était attaché au service gratuit des pauvres et des épidémies.

— Nous lisons les détails suivants dans une statistique hebdomadaire publiée par la Préfecture de police.

Cet état se rapporte à la semaine du 19 au 25 mai:

Dans cette semaine, l'on a compté à Paris 576 décès, 16 de plus que la semaine précédente. Ces 576 décès, 278 d'hommes et 298 de femmes, donnent une moyenne de 79 décès par jour.

Sont morts 87 enfants au-dessous de trois mois: 41 garçons, 46 filles;

23 de trois mois à un an: 11 garçons, 12 filles;
87 de 1 à 6 ans: 47 garçons, 40 filles;
6 seulement de 6 à 8 ans;
14 de 8 à 15 ans: 2 garçons, 12 filles;
24 de 15 à 20 ans: 9 garçons, 15 filles;
63 de 20 à 30 ans: 28 hommes, 35 femmes;
52 de 30 à 40 ans: 29 hommes, 23 femmes;
54 de 40 à 50 ans: 28 hommes, 26 femmes;
57 de 50 à 60 ans: 32 hommes, 25 femmes;
52 de 60 à 70 ans: 27 hommes, 25 femmes;
43 vieillards de 70 à 80 ans: 12 hommes, 31 femmes;
16 vieillards ayant au delà de 80 ans: 4 hommes, 12 femmes.

Ces décès sont, quant à l'âge, dans les mêmes proportions à peu près que ceux de la semaine précédente. Ils sont sensiblement plus nombreux, néanmoins, dans les catégories de 30 à 40, de 40 à 50, de 50 à 60, et de 70 à 80 ans.

Quant aux maladies causes des décès, on compte 14 cas de fièvre typhoïde, 2 cas de petite vérole, dont une jeune fille de 18 ans (l'on ne dit pas si elle avait été vaccinée); 11 décès de rougeole, 25 de fièvre cérébrale, 8 cas de croup, 30 de catarrhe pulmonaire, 56 de pneumonie (une dixaine de plus que la semaine précédente, plus de femmes y ayant succombé que d'hommes); 20 d'apoplexie, 89 de phthisie pulmonaire, presque autant de femmes que d'hommes; 7 de convulsions, 46 morts-nés, 8 suicides (une seule femme), 211 décès de maladies diverses.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 18 JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 72.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 17 JUIN 1850.

L'Académie de Médecine a nommé M. Delafond, et elle a bien fait de le nommer. Nous l'avons dit, sans préjudice des sympathies que l'un des candidats, réservé à une prochaine nomination, M. Leblanc, avait droit de nous inspirer. A cette occasion, le cénacle de la rue de Poitiers a reçu une visite inusitée, visite tardive, car l'urne, portant le nom de M. Delafond en majorité, se trouvait déjà depuis un moment entre les mains du président, lorsque le visiteur inattendu, ou plutôt inaccoutumé, prit place dans l'enceinte. Le visiteur, pourquoi ne le dirions-nous pas? était l'ardent chercheur, le professeur infatigable qui, dans ces derniers temps, a reconstitué l'humorisme, sans exclure pour cela le récent solidisme, dont il a seulement restreint le domaine. C'était M. Andral. Par l'effet d'un hasard étrange, l'honorable professeur arriva justement au moment où l'un des orateurs que la discussion sur le rhumatisme articulaire aigu avait appelés dans l'arène, M. Parchappe, portait une main téméraire sur l'arche sainte, en attaquant les doctrines tirées des dernières recherches sur la composition du sang. A la vue du célèbre, et justement célèbre pathologiste, une pensée nous est venue, et cette pensée n'était pas sans tristesse. Pourquoi un certain nombre de membres éminents se tiennent-ils comme systématiquement, et de propos délibéré, en dehors des discussions de l'Académie de Médecine? Le titre d'académicien n'est-il donc qu'un marche-pied, un moyen, une enseigne, une addition à la carte de visite, quelque chose comme la robe de docteur que l'on revêt une fois et que l'on rejette, après la solennité, au vieux mobilier de l'Ecole? Comment! on discute les questions de doctrine et de pratique les plus hautes, les plus importantes, et l'on cherche vainement, dans le compte-rendu de ces discussions, la pensée d'un Chomel et d'un Andral. Pourquoi?

Un débat s'élève sur la question de savoir si le transport du nouveau-né à la mairie à l'effet de faire constater la naissance peut nuire à l'enfant, et l'on voit un membre de l'Assemblée nationale législative déserter le Palais-Bourbon pour l'Académie de Médecine. Et il s'agit du rhumatisme articulaire aigu, il s'agit d'une discussion qui soulève les questions de doctrine les plus générales, et, tandis que les Grecs sont réunis, tant d'Achilles restent sous la tente! Que l'Académie y réfléchisse! Nous ne sommes pas, en général, pour les moyens répressifs; mais la noblesse scientifique, comme toute noblesse, oblige. Si des hommes, après avoir brigué les honneurs de l'académie, en désertent les devoirs, c'est à l'Académie d'aviser. Il s'agit de sa dignité et de sa gloire. Pourquoi tant de rapports sont-ils en retard? Pourquoi tant de travaux envoyés au comité de publication restent-ils dans l'oubli? Pourquoi tant de membres, parmi les plus renommés, se distinguent-ils par la régularité des absences? Encore une fois, c'est à l'Académie d'aviser.

Source minérale du Fraysse.

Nous avons reçu depuis longtemps déjà une lettre de notre confrère M. le docteur Cardonnel dans laquelle cet honorable médecin contredit les diverses assertions qui se trouvent affirmées par les pièces qui nous ont été adressées par les propriétaires des anciennes sources. Si la lettre de M. Cardonnel avait renfermé des preuves, nous n'aurions pas hésité à la publier tout entière quelque longue qu'elle fût; mais elle ne contient que des affirmations, et, entre des affirmations contraires, il nous est impossible de prendre un parti. Nous ne pouvons que nous en référer à notre précédente opinion sur la nécessité d'une enquête pour lever tous les doutes qu'on peut et qu'on doit conserver touchant la véritable composition de la source du Fraysse. Notre honorable confrère nous affirme que les membres du conseil municipal de Cransac n'ont pas demandé cette enquête et qu'ils en ont signé la demande sans savoir ce qu'ils signaient. On comprend qu'il nous est impossible d'argumenter sur de semblables bases, et que des affirmations de ce genre, loin de montrer l'inutilité de l'enquête, en font sentir au contraire l'indispensable nécessité.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE.

Détermination de l'inflammation;

Par M. MARCHAL (de Calvi).

Pour étudier l'inflammation d'une manière complète, dans ses seules généralités, il faudrait plusieurs séances, et je n'ai que quelques moments. Mais je serai complet à ma manière, comme je désire l'être, si je fais bien comprendre le mécanisme intime de ce grand phénomène, si je parviens à le déterminer rigoureusement, comme on détermine un genre, un individu en histoire naturelle, si je le montre avec des caractères tranchés, invariables à part l'intensité, qui n'appartiennent qu'à lui, partant spécifiques.

L'inflammation a quatre caractères principaux qui ressortiront de l'examen auquel nous allons nous livrer :

1° Elle est un produit de l'irritation;

2° Elle tend à une exsudation fibrino-albumineuse, qui contient les éléments du pus et des fausses membranes;

3° Elle correspond à une altération quantitative de l'un des principes essentiels du sang;

4° Elle est accompagnée de rougeur, de chaleur, de tumeur et de douleur.

1° *L'inflammation est le produit de l'irritation.* — C'est ce que je vais prouver péremptoirement. Mais, auparavant, je m'arrête pour vous donner un aperçu rapide de la doctrine de Broussais, qui est précisément ce que l'on peut appeler, avec Coutenceau, la doctrine de l'irritation. Pour compléter cet aperçu, vous lirez les trois premiers chapitres du *Traité de l'irritation et de la folie*; divers passages des *Commentaires des propositions de pathologie* dont vous trouverez l'indication dans une table des matières bien faite; les quatrième et cinquième leçons du *Cours de pathologie et de thérapeutique générales*; mais c'est surtout dans le *Traité de physiologie appliquée à la pathologie* que je vais puiser. Là Broussais, chose digne de remarque, se montre théiste et vitaliste, partant ontologiste, lui, le glorieux contempteur de l'ontologie! Je résume, en m'efforçant de rester textuel.

Une force inconnue dans son essence préside à la formation, au développement et à la conservation de l'être; opère l'assimilation des substances nutritives; en tire de la gélatine, de l'albumine, de la fibrine; donne à ces modes de la matière animale la propriété contractile; règle la forme, la consistance, le volume, la durée de nos organes; les rétablit dans les conditions nécessaires à l'état de vie et de santé lorsqu'ils en ont été écartés par une cause morbifique: c'est la force vitale. (Barthez et son continuateur, M. Lordat, ne parleraient pas autrement.) Le phénomène le plus reculé qui frappe nos sens, c'est la chimie vivante, premier instrument de la force vitale, par lequel sont produits les instruments secondaires, purement matériels, où nous découvrons la contractilité. Ainsi, la force vitale crée la fibrine, l'albumine et la gélatine par la chimie vivante, et, par elle aussi, avec ces produits, tous les organes.

Dans ces produits, dans ces organes, réside la contractilité, seule propriété apparente des tissus, qui se manifeste par le raccourcissement des fibres et la condensation de la matière qui les forme. On a attribué à la fibre vivante la sensibilité et la contractilité; mais si la sensibilité de la fibre n'est démontrée que par sa contraction, dire qu'elle est sensible, c'est dire qu'elle s'est contractée: donc la première de ces propriétés rentre dans la dernière, ou plutôt celle-ci subsiste seule. La contractilité se présente à différents degrés dans les diverses formes de la matière animale, mais c'est la fibrine qui la possède au degré le plus éminent. C'est ici, soit dit en passant, que Broussais interroge la nature « ou, pour mieux dire, son auteur. » Faute de distinguer les propriétés vitales, qu'il réduit à la contractilité, des propriétés de tissu ou propriétés physiques, Broussais voit dans la concentration de la masse encéphalique, à la suite du soulèvement que lui impriment les vaisseaux de la base du crâne, une preuve de la contractilité de l'albumine cérébro-spinale et nerveuse en général.

Je disais donc que, pour Broussais, la contractilité est l'unique propriété des tissus vivants. La contractilité est mise en jeu par l'excitation, qui est seule à entretenir la vie; en quoi Broussais se rencontre avec Brown.

L'excitation est l'action des stimulants ou excitants (modificateurs), ou le résultat de cette action. Il vaudrait peut-être mieux employer le mot stimulation pour exprimer l'action, et le mot excitation ou excitement pour exprimer l'effet de cette action. Quand la stimulation est trop vive ou la contractilité, autrement dite irritabilité, excitabilité, trop énergique, l'effet dépasse les limites de l'excitation ou excitement, et prend un autre nom: il y a *irritation*. Nous voilà pleinement dans notre sujet. En principe, l'irritation consiste donc dans l'élévation de la contractilité ou irritabilité, soit primitive, soit consécutive à un excès de stimulation. Il faut bien comprendre cet excès primitif de l'irritabilité (je préfère ce mot celui de contractilité), ce qui revient à dire qu'il y a des tissus

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une nouvelle méthode pour guérir radicalement la sciatique. — Une exécution en Belgique. — Dangers de l'enlèvement des mineures.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Depuis que j'avais fait connaissance avec le prudent Arnolphe et l'innocente Agnès, j'étais informé des liens intimes qui unissent l'oreille à l'utérus, et j'aurais été très disposé à répondre affirmativement à celle qui serait venue me demander,

> Avec une innocence à nulle autre pareille,
> Si les enfants qu'on fait se faisaient par l'oreille.

Mais j'ignorais encore les sympathies étroites qui existent entre l'oreille et le nerf sciatique. Un honorable praticien de la Corse, M. le docteur Lucciana, m'a ouvert les yeux sur ces sympathies-là, ainsi qu'à tous ses confrères, dans un curieux opuscule de *Médecine pratique*, où il démontre clairement (avec figures et observations) qu'il suffit de toucher avec une épingle rougie au feu un certain point de l'hélix pour guérir les sciatiques les plus cuisantes et les plus rebelles. Comme je craindrais d'altérer la noble simplicité de l'auteur en décrivant moi-même la curieuse méthode thérapeutique, je vais le laisser parler lui-même. Après avoir décrit un procédé fort simple déjà, il s'exprime ainsi :

« Un autre procédé encore plus simple consiste à toucher simplement avec un morceau de fer rougi quelconque l'endroit indiqué; c'est le moyen qu'emploient les maréchaux habitués. Ils graissent ensuite la brûlure avec un corps gras. La guérison a lieu progressivement, ordinairement dans l'espace de huit jours; dans quelques cas assez rares elle a lieu instantanément; mais il est plus rare encore que l'opération échoue : dans ce cas on fait une seconde cautérisation qui triomphe alors constamment du mal. »

Il y a d'autant plus de mérite à M. Lucciana à avoir initié ses confrères aux secrets de cette méthode miraculeuse, qu'il n'en est réellement point l'auteur, et qu'il en restitue l'honneur, en écrivain consciencieux, aux maréchaux-ferrants de la Corse. On sait d'ailleurs que les maréchaux-ferrants ont produit de grandes réputations médico-chirurgicales. Toutefois, dans la crainte sans doute que ces citoyens n'inspirent pas aujourd'hui une confiance suffisante aux clients et aux médecins, et que l'avenir de la nouvelle méthode n'en souffre, M. Lucciana prend la peine de démontrer que le chirurgien Cesconi, que Zacutus Lusitanus, et enfin Hippocrate lui-même, sans parler des praticiens de la Chine ou au moins du Japon, avaient déjà reconnu tous les avantages de cette méthode, et qu'ils en avaient fait part aux confrères de leur temps. Après l'appui de semblables autorités, il ne peut évidemment rien manquer aux garanties que présente la nouvelle méthode, à moins cependant qu'il ne se rencontre des esprits difficiles qui prétendent qu'on ne saurait se passer de l'assentiment dûment certifié de Mlle Prudence.

— Quand je dis exécution, entendons-nous; il y a exécution et exécution, comme il y a Racine et Racine, Corneille et Corneille, Boyer et Boyer, etc. Il ne s'agit donc point ici d'une exécution en place de Grève, pas même d'une exécution en place de *Bourse*, quoique ce soit bien quelque chose d'analogue à la signification qu'a ce mot dans la langue des boursiers. Cette exécution nouvelle que vous devez à nos confrères belges, hommes positifs avant tout, pourrait s'appeler l'*exécution de l'abonné*. Je doute qu'elle prenne de sitôt droit de cité en France, d'où un reste de mœurs polies (je ne dis pas logiques) l'éloignera longtemps; ce n'est donc point comme exemple que je vous l'offre, mais comme simple étude de mœurs. Les deux petits entrefilets suivants vous mettront suffisamment au courant de ce genre d'exécution, sans qu'il soit besoin de commentaires. Le premier est de la *Gazette Médicale belge*; il est ainsi conçu :

« M. Henroz, médecin à Marche, est prié de faire parvenir au bureau de la *Gazette Médicale* à Bruxelles les 5 francs dont il est redevable pour abonnement des six derniers mois de 1849, ou à justifier les motifs de son refus de payement. »

A ce laconique avis, la *Presse Médicale* répond :

« La *Gazette Médicale belge* n'est pas la seule à laquelle pareille chose soit arrivée. M. Henroz n'a pas davantage payé l'abonnement de la *Presse Médicale* pour le dernier semestre de 1849, bien qu'il qu'il ait continué à recevoir le journal jusqu'à la fin de l'année. »

— S'il est désagréable en Belgique de n'avoir point payé son abonnement, il n'y a guère plus de plaisir en France à détourner les mineures de la voie de roses et de cailloux qui conduit au séjour des bienheureux; ou si plaisir il y a, ce plaisir est sujet à bien des retours.

De cela est bien persuadé aujourd'hui un jeune disciple de Cujas,

très irritables, trop irritables, en sorte que, sous l'influence d'une stimulation ordinaire, ils réagissent avec une énergie disproportionnée. Un tissu, d'après cela, peut être irrité par son fait ou par le fait des stimulants. Il y a là quelque chose de très délié, de très délicat à exprimer en théorie et à discerner dans la pratique. Telle est, en soi, l'irritation. Son premier effet est d'appeler les liquides vers son siége, conformément à l'axiome hippocratique, *ubi stimulus ibi humorum affluxus*, invoqué par Broussais à l'occasion de la LXXVIIIe proposition des *Commentaires*, contradictoirement au passage du *Traité de l'irritation et de la folie*, où il est dit : « Hippocrate n'eut aucune idée de l'irritation. » Broussais donne génériquement le nom d'érection vitale à la turgescence sanguine produite par l'excitation.

Il n'est pas nécessaire d'exposer comment, suivant Broussais, l'irritation produit soit l'inflammation, soit l'hémorrhagie, soit la subinflammation (*caractérisée par l'accumulation des fluides blancs en majorité*), soit enfin la névrose. Je veux seulement examiner l'irritation dans ses rapports avec l'inflammation. La question est celle-ci : L'inflammation a-t-elle nécessairement pour principe l'irritation, en sorte que celle-ci puisse être regardée comme un de ses caractères propres et servir à la spécifier, ou, comme on dit en histoire naturelle, à la déterminer? Vous verrez que cela n'est pas douteux. M. Magendie le nie; voici ses doctrines à ce sujet : — Si vous appliquez un alcali ou tout autre agent chimique sur un point du mésentère d'une grenouille, la circulation s'arrête en ce point, et le sang reflue dans les vaisseaux voisins : d'où obstruction, et par ce fait inflammation. D'autre part, si vous percez la paroi d'un capillaire, ce qui est inévitable quand vous enfoncez une épingle, si déliée soit-elle, dans ce mésentère d'une grenouille, le sang, trouvant là moins de résistance, s'échappe par l'ouverture, et les globules les plus éloignés sont attirés vers ce point; de là, comme tout à l'heure, l'obstruction et, par suite, l'inflammation. — C'est de la médecine mécanique, du mécanicisme pur. Il faut tenir compte des phénomènes mécaniques dans la vie, tant à l'état normal qu'à l'état morbide; mais il est bien étrange que dans la vie, sous ses deux faces, on arrive à exclure la vie même! Du reste, le professeur du Collége de France traite l'irritation avec un profond mépris. C'est une supposition gratuite, et, «pour y ajouter foi, il faut une crédulité par trop innocente.»

En résumé, Broussais fait dépendre l'inflammation de l'irritation; M. Magendie ne peut pas nier l'inflammation, mais il nie l'irritation. Voilà le litige. Or, non-seulement l'irritation existe, mais il est possible et désormais facile de la démontrer avec la dernière évidence. On la prend sur le fait : on la voit.

Examinons et concluons, non d'après des vues de l'esprit, mais d'après des faits d'observation. Ces faits, nous les empruntons à un observateur exact, consciencieux, persévérant dans ses recherches, patient à voir et à dire ce qu'il a vu; à un observateur qui a écrit un très bon livre, un de ces livres qui défraient une génération d'écrivains. Le livre, c'est une série de mémoires de physiologie pathologique. L'observateur, c'est M. Lebert (de Berlin), Allemand par l'application soutenue dans l'observation et par l'exactitude des détails, Français par la clarté.

M. Lebert a fait ses expériences sur des queues de têtards, de grenouille, de crapaud ou de salamandre, en se servant tantôt d'une aiguille chauffée, tantôt d'une solution de chlorure de sodium, tantôt de parcelles métalliques, etc. « Le premier phénomène que nous vîmes survenir comme résultat de l'irritation, dit l'auteur, était une accélération de la circulation capillaire avec rétrécissement momentané du calibre de ces petits vaisseaux. »

Arrêtons-nous ici. Qu'est-ce que ce rétrécissement momentané du calibre de ces petits vaisseaux sinon, le raccourcissement des fibres de leurs parois? Qu'est-ce que ce raccourcissement sinon la contraction? Et qu'est-ce que la contraction sinon la contractilité ou irritabilité en action?

Le premier fait de l'inflammation, c'est donc l'élévation de l'irritabilité, et le produit de cette élévation ou l'irritabilité mise en action avec excès, c'est l'irritation. Il n'est pas possible de trouver une plus éclatante démonstration de la doctrine de Broussais sur le mécanisme de l'inflammation. C'est le phénomène pris sur le fait, à son point de départ.

Comme l'inflammation est le phénomène sans contredit le plus général de l'état morbide, j'affirme que la détermination de l'irritation par le microscope est un des plus grands services que ce précieux instrument ait rendus à la médecine.

L'accélération de la circulation et le rétrécissement des capillaires cessent bientôt pour faire place au ralentissement du cours du sang et à la dilatation, appréciable micrométriquement, des capillaires irrités. Il s'établit à l'entour une espèce d'oscillation, parce que le sang, qui arrive avec une certaine vitesse, rencontrant un obstacle dans les capillaires obstrués, reflue pour revenir, et ainsi de suite. Cette oscillation, qui se propage surtout aux petites artères, est également sensible pendant quelques instants dans les capillaires dilatés, où la stase tend et en effet ne tarde pas à se produire.

Si du contenant nous passons au contenu, nous voyons les globules, qui d'abord nageaient de profil et sur leur bord, nager plus lentement, indistinctement sur leur face et sur leur bord, en travers, et s'accumuler. Cimentés par un liquide fibrino-albumineux que teint l'hématosine produit de leur propre destruction, ils finissent par devenir méconnaissables.

Voilà en abrégé ce que l'on pourrait appeler la première période de l'inflammation, décomposée en rétrécissement, dilatation, oscillation, stase. Vient ensuite l'exsudation, qui commence avec la stase. Dans cette succession de la dilatation au rétrécissement, on croirait voir le *strictum* et le *laxum* de Thémison.

Tous ces faits, depuis l'exagération du mouvement manifesté par le rétrécissement du vaisseau capillaire jusqu'à l'annulation du mouvement, la stase, reconnaissent pour premier mobile l'augmentation de l'irritabilité, c'est-à-dire l'irritation. Voilà donc notre premier point éclairci, notre premier caractère spécifique trouvé; nous pouvons dire, en attendant plus : l'inflammation est un phénomène morbide produit par l'irritation.

2° *L'inflammation tend à une exsudation fibrino-albumineuse qui contient les éléments du pus et des fausses membranes.* Les vaisseaux obstrués et dilatés laissent transsuder une partie de leur contenu liquide. Les globules ne peuvent sortir par transsudation; quand il s'en trouve dans le produit exsudé, il y a eu rupture de capillaires. C'est du moins ce que l'on prétend. Mais à cet égard ma conviction n'est pas entière, attendu que, si les globules mercuriels peuvent pénétrer dans les capillaires, ce qui a lieu certainement par l'effet des frictions, on ne voit pas pourquoi les globules sanguins n'en pourraient pas sortir sans effraction. Si les globules sont en nombre considérable, l'inflammation est dite hémorrhagique. Il y a, par exemple, une péricardite hémorrhagique. Le premier élément globuleux de nouvelle formation qui paraît dans le produit d'exsudation, c'est le globule granuleux de l'inflammation décrit par M. Gluge, et formant notamment l'élément de l'hépatisation rouge du poumon. Il y a ensuite à considérer dans le produit exsudé, le pus, la fibrine.

1° *Le pus.* Il est composé de sérum et de globules. On se procure le sérum par décantation ou filtration. Les globules sont : le globule du pus et le globule pyoïde, ainsi nommé par M. Lebert. A part ces corpuscules, l'eau du pus contient des éléments graisseux, des cristaux de cholestérine, quelquefois des vibrions. Je vous renvoie pour la description de ces éléments divers à l'ouvrage de M. Lebert. Je vous recommande aussi très vivement la lecture de l'article Pus du *Dictionnaire de médecine* par M. Bérard aîné.

2° *La fibrine.* C'est la fibrine qui forme les flocons de grumeaux dans les épanchements phlegmasiques des séreuses : la fibrine, et non l'albumine, attendu que l'albumine ne se coagule pas à la température du corps. C'est la fibrine, plus ou moins imprégnée de globules purulents et pyoïdes, qui forme les stratifications pseudo-membraneuses de la pleurite, etc. C'est elle qui forme les papilles du *cor villosum*, les végétations des valvules du cœur. C'est elle encore qui, mêlée de pus, forme les parois des foyers purulents sous le nom de membrane pyogénique (*pyogénée*, dit M. Félix d'Arcet). C'est elle, enfin (lymphe plastique ou coagulable de Hunter), qui colle l'une à l'autre les lèvres des plaies dans la réunion immédiate. L'inflammation bornée à l'exsudation plastique sans formation de pus constitue l'inflammation adhésive de Hunter. Viennent ensuite l'inflammation suppurative et l'ulcérative. Les produits inflammatoires ne se forment pas dans les vaisseaux, ils se forment au dehors, par exsudation. Voilà ce qu'il faut bien entendre.

En somme, nous pouvons ajouter un terme à celui que nous possédons et qui commence la définition de l'inflammation : l'inflammation est un phénomène produit par l'irritation, tendant à une exsudation fibrino-albumineuse, qui contient les éléments du pus et des fausses membranes.

3° *L'inflammation correspond à une altération quantitative de l'un des principes essentiels du sang.* Cette altération consiste dans l'augmentation de la proportion de fibrine dans la masse du sang. Il n'y a pas de loi mieux démontrée, plus constante que celle-là, à tel point qu'elle se manifeste jusque dans les maladies avec défibrination, si une inflammation vient à se produire intercurremment; une pneumonie, par exemple, dans le cours d'une pyrexie. Nous reviendrons sur cette loi avec les détails nécessaires quand nous traiterons du sang.

En attendant, nous pouvons ajouter un troisième terme à notre définition et dire : l'inflammation est un phénomène produit par l'irritation, tendant à une exsudation fibrino-albumineuse, qui contient les éléments du pus et des fausses membranes, correspondant à une augmentation de la proportion de fibrine dans la masse du sang.

4° *Enfin, l'inflammation est accompagnée de rougeur, de chaleur, de tumeur et de douleur.* Je ne veux dire que quelques mots sur l'un de ces caractères, la chaleur. Elle s'élève en raison surtout de l'augmentation de la respiration locale. On sait, en effet, de par l'expérience de Spallanzani, faussement attribuée à Edwards, que la combustion du carbone et de l'hydrogène a lieu, non pas dans les poumons exclusivement, mais dans toute l'étendue de l'appareil circulatoire, spécialement dans les capillaires. Or, dans l'inflammation la circulation capillaire est augmentée, d'où l'augmentation de la double combustion, d'où l'élévation de chaleur. C'est du moins la manière dont je me rends compte de la production du phénomène.

Nous voilà arrivés au terme de notre démonstration. Elle nous procure une définition expérimentale et rigoureuse de l'inflammation. L'inflammation est un phénomène produit par l'irritation, tendant à une exsudation fibrino-albumineuse, qui contient les éléments du pus et des fausses membranes, correspondant à l'augmentation de la proportion de fibrine dans la masse du sang, et accompagné de rougeur, de chaleur, de tumeur et de douleur. J'ose dire en terminant, comme je l'ai avancé en commençant, qu'il n'y a pas d'après cela, en histoire naturelle, de genre mieux déterminé que le genre inflammation en pathologie.

(*La suite à un prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 5 juin 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Élection des membres du bureau.

Après l'adoption du procès-verbal, et dès l'ouverture de la séance, la Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1850-51. Voici le résultat de l'élection au scrutin secret et à la majorité des membres présents :

Président, M. Danyau;
Vice-président, M. Larrey;
Secrétaire, M. Morel-Lavallée;
Vice-secrétaire, M. Demarquay;
Trésorier, M. Marjolin (maintenu à l'unanimité).

Les membres du comité de publication, MM. Chassaignac, Cullerier et Gosselin, ont été réélus.

Demandes de congé.

M. Monod, retenu au conseil des hospices pour la commission du budget, demande un congé de six semaines. (Accordé.)

MM. Vidal (de Cassis) et Demarquay obtiennent aussi un congé pour la durée du concours ouvert au Bureau central.

— L'ordre du jour appelait la discussion sur la communication relative au *traitement des abcès*, faite à la dernière séance par M. Chassaignac; mais son absence entraîne l'ajournement de cette discussion.

Difformité de la face consécutive à une gangrène de la bouche.

M. Guersant présente une petite fille de onze ans, qui, par suite d'une affection gangréneuse de la commissure gauche de la bouche, a éprouvé une perte de substance assez considérable dà la partie correspondante des lèvres supérieure et inférieure. Une cicatrice difforme et adhérente s'est établie à la suite de cette stomatite gangréneuse, de telle sorte que le tissu inodulaire, confondu dans ce point avec la surface des os, met à découvert l'implantation vicieuse de plusieurs dents saillantes et superposées. Les adhérences sont tellement fortes, que les mâchoires, rapprochées l'une de l'autre et presque dénudées, ne permettent qu'un faible écartement. L'enfant ne peut ainsi ouvrir la bouche, et éprouve des difficultés extrêmes pour manger et pour parler.

M. Guersant ne pense pas cependant qu'il y ait là une ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire; mais il demande avis sur ce qu'il se propose de faire. Ce serait d'abord de détruire les brides du tissu cicatriciel, et de réparer ensuite la perte de substance de la bouche à l'aide de lambeaux empruntés à la joue et au menton. Il commencerait cette opération par l'avulsion des dents, et il la compléterait par les tractions nécessaires aux mouvements de la mâchoire.

M. Maisonneuve croit qu'il n'y a pas de doute à émettre sur la mobilité de l'articulation, et qu'il y a toute probabilité d'écartement après la destruction des brides. Il approuve donc le plan d'opération que M. Guersant a le projet de suivre.

M. Huguier, admettant aussi qu'il n'y ait pas d'ankylose, se demande s'il ne serait pas possible d'écarter préalablement les mâchoires, et de pratiquer ensuite l'opération, afin de se réserver ainsi plus de facilité à la faire.

M. Guersant à l'intention, dans le même but, d'employer d'abord un coin en bois.

---

qui n'avait pas sans doute assez médité encore sur l'article 356 du Code pénal, lorsqu'il lui survint l'aventure suivante, déjà honorée de la publicité, mais que je dois consigner dans nos archives pour servir d'avertissement à tous les Pottier et à tous les Paré en herbe.

Or donc, un de ces soirs, des cris étouffés et des gémissements ayant attiré l'attention des locataires d'un hôtel du quartier latin, guidés par ces cris, ils pénétrèrent chez une jeune étudiante nommée Rose D..., habitant depuis quelques jours une chambre au quatrième étage. On la trouva sur son lit en proie à des convulsions; deux médecins furent appelés et reconnurent les symptômes d'un empoisonnement. Les prompts secours prodigués à la malade améliorèrent son état, et lorsqu'elle put répondre au commissaire de police qu'on avait prévenu, Rose prétendit, dans un récit des plus circonstanciés, qu'elle avait été empoisonnée par son amant, étudiant en droit. L'enquête se poursuivit avec activité; les parents de Rose firent connaître que depuis huit jours elle avait disparu de leur domicile. L'hôtelier, interrogé, dit que cette jeune fille lui avait été amenée et recommandée par M. V..., contre lequel, en raison de ces faits, on décerna immédiatement un mandat d'amener.

Arrêté le lendemain matin, le jeune Merlin nia énergiquement l'inculpation dont il était l'objet, et pour sa justification remit au commissaire de police la lettre suivante, dont nous conservons religieusement l'orthographe, et qui n'est pas la pièce la moins intéressante du procès :

« Mocieu, après vous ete jouer de mon amoure, vous memetté dedant ma chambre garnitte aux lieux de mais meuble, vous manlevé papa cherche et depuit 4 jours vous ne vien pas. On me la assurée, après avoire obtenu ce que vous voulé, ravit lonneur d'une povre file vous la planté la. Mes cette fame a du caractère. A moi labandon, lamor!... peut-être, més à vous pire les zassisse, le bagne, forçat!... »

D'après cette lettre, il était évident que la malicieuse Rose (car la missive était d'elle) n'avait eu d'autre but que de se venger de son infidèle en faisant planer sur lui une accusation d'empoisonnement. Dans cette bonne intention, elle s'était seulement purgée avec quelques centigrammes d'émétique.

M. V... n'eut pas de peine à se disculper du crime dont il était soupçonné; mais tout n'était pas terminé là : le papa de la mineure a porté plainte contre le séducteur, et il espère bien lui faire appliquer l'article 356 déjà cité. Or, comme le Code pénal ne plaisante pas, même quand il s'agit de jeunes mineures aussi émancipées que mademoiselle Rose, je crois rendre service en mettant sous les yeux de mes jeunes confrères le texte de ce terrible article :

« Art. 356. Quand la jeune fille au-dessous de seize ans aurait consenti à son enlèvement ou suivi volontairement le ravisseur, si celui-ci était majeur de vingt et un ans ou au-dessus, il sera condamné aux *travaux forcés à temps!* »

J'en frissonne rien qu'en y songeant, et je ne comprends pas, je l'avoue, comment la simple lecture d'un tel article n'éteint pas toutes les velléités imaginables d'enlèvement!

X...

Erratum. — Dans le numéro 70, page 278, 3e colonne, au lieu de constatation des *décès* à domicile, lisez constatation des *naissances*. Du reste, c'est une rectification que nos lecteurs ont probablement faite eux-mêmes.

M. Debout propose, à cet effet, la pince à plaque de M. Delabarre.

M. Larrey, rappelant ce qu'il a eu occasion de dire dans une précédente séance sur le baillon imaginé par M. Belbomme, pense qu'en réduisant ce moyen mécanique à de petites proportions, on pourrait aussi l'appliquer au cas actuel.

M. Lenoir considère tous les essais que l'on pourrait faire dans des conditions semblables comme n'atteignant leur but que temporairement.

Il cite, pour preuve, le fait d'une jeune fille que plusieurs membres de la Société ont vue, et qui avait été traitée par M. J. Guérin pour une contracture compliquée de la mâchoire, analogue à celle que M. Guersant présente aujourd'hui. L'écartement, obtenu d'abord, a été suivi d'un resserrement aussi prononcé que celui qui existait dans le principe.

M. Lenoir ajoute que dans ces cas-là encore le résultat des opérations d'autoplastie aboutit, en définitive, à fort peu de chose.

Il s'en est assuré notamment dans deux essais qui lui sont propres, et qui ont échoué l'un et l'autre.

Il avait eu néanmoins la précaution de disséquer largement les joues et d'agrandir les lambeaux; mais le tissu inodulaire, par sa force de rétraction, détermina des adhérences qui, peu à peu, rapprochèrent complétement les mâchoires.

Ces faits et bien d'autres prouvent, selon M. Lenoir, que les résultats primitifs les plus avantageux disparaissent plus tard.

M. Huguier trouve là un argument de plus en faveur de sa proposition, à savoir: d'obtenir d'abord l'écartement mécanique des mâchoires, d'étendre leurs mouvements et de pratiquer secondairement la chéiloplastie.

M. Vidal (de Cassis) voudrait que l'opération fût faite en deux temps. Le premier temps consisterait à détruire le tissu de cicatrice, et à former un ourlet selon les procédés de Dieffenbach et de Serre; le second temps serait réservé à la réparation de la perte de substance par l'autoplastie.

Quant à la mâchoire, on agirait sur elle, pour en obtenir l'écartement, après la destruction des adhérences.

M. Guersant fait observer un détail utile à connaître, c'est que chez sa petite malade il n'existe pas de membrane muqueuse à l'endroit des cicatrices.

M. Debout demande si, en raison des difficultés ou des chances incertaines de l'opération, on ne pourrait pas agrandir la commissure des lèvres, et détacher toutes les adhérences.

M. Vidal développe, dans le même sens, l'idée de disséquer largement les tissus intéressés dans la cicatrice.

M. Deguise fils rapporte un fait qu'il a eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu il y a une dizaine d'années, et qui vient confirmer les opinions émises par M. Lenoir.

Une jeune fille de quatorze à quinze ans offrait une difformité semblable à celle qui existe chez la malade de M. Guersant. Cette difformité était survenue de même à la suite d'une gangrène de la bouche, et datait déjà d'une époque assez ancienne. M. Blandin, dans le service duquel se trouvait cette jeune fille, avait pensé aussi qu'avant de disséquer les adhérences de la cicatrice, et de rétablir par l'autoplastie les parties détruites, il fallait agir sur les arcades dentaires resserrées si fortement, que l'articulation de la mâchoire n'était plus susceptible de la moindre mobilité. M. Blandin se servit à cet effet d'un moyen fort ingénieux; c'était un cône en racine de buis façonné comme une vis. Il l'introduisit entre les mâchoires, et parvint à les écarter graduellement. Ce premier résultat obtenu lui permit de faire l'autoplastie quelques semaines après. L'opération eût un résultat immédiat des plus satisfaisants; mais bientôt après le resserrement des mâchoires se reproduisit et devint aussi complet qu'il l'avait été précédemment.

M. Demarquay, témoin également du fait cité par M. Deguise, en complète l'observation, en disant que, malgré l'incurabilité persistante de cette infirmité, l'opération autoplastique avait cependant modifié assez favorablement la difformité de la face.

Calcul vésical extrait par la taille hypogastrique.

M. Maisonneuve présente un calcul assez volumineux qu'il a extrait de la vessie par la taille hypogastrique. Ce calcul pèse 187 grammes; il a une forme ovoïde, une longueur de 8 centimètres, une largeur de 6 centimètres, et une épaisseur de 4 centimètres. Son développement semble s'être fait depuis cinq ans; mais pendant quatre ans et demi sa présence dans la vessie n'a point occasionné d'accidents. C'est depuis six mois seulement qu'il en était survenu d'assez caractéristiques.

L'appréciation faite de son volume ne permettait point, dit M. Maisonneuve, de songer aux tailles inférieures. Il résolut donc de recourir à la taille supérieure ou par le haut appareil, et employa le procédé le plus simple. Une incision sur la ligne médiane des parois hypogastriques, le décollement du péritoine avec le doigt, et la section directe de la vessie sur la pierre: tel fut le premier temps facile de cette opération. Mais le second temps, ou l'extraction du calcul, offrit des difficultés. La pierre fut d'abord saisie à plat avec un écartement des tenettes trop considérable pour lui permettre d'agir; il y eut nécessité non-seulement de retourner le corps étranger pour le placer de champ, il fallut encore agrandir l'incision pour l'extraire plus sûrement. Aucun autre calcul ne se trouvait dans la vessie, et il n'est point survenu d'accidents primitifs. Mais secondairement des douleurs se sont fait sentir dans la région lombaire, et il s'est manifesté un engourdissement des jambes.

M. Maisonneuve a présumé qu'un travail d'inflammation chronique avait pu se faire dans le petit bassin, en comprimant les nerfs sacrés. C'est la première fois, du reste, qu'il a observé cet engourdissement à la suite de la taille sus-pubienne, et il demande à M. Danyau s'il aurait rencontré quelques phénomènes analogues à ceux-là, consécutivement à la parturition.

M. Danyau répond par la négative.

M. Maisonneuve ajoute que le malade, malgré cet accident secondaire, est en voie de guérison assurée.

Traitement de l'onyxis par le collodium.

M. Larrey annonce qu'un ancien élève de son père, M. Meynier (d'Ornans), a fait une heureuse application du collodium au traitement simple de l'ongle incarné. On a seulement besoin d'affaisser les chairs et de verser entre elles et le bord unguéal, une petite quantité de cette substance, qui se dessèche, se solidifie promptement, fait cicatriser l'ulcération, et en maintenant les parties écartées assure la guérison, toutes les fois que la maladie ne dépend pas d'une déviation primitive ou anormale de l'ongle.

M. Larrey a ainsi employé le collodium dans cinq cas ordinaires, et quatre fois il l'a vu réussir. Il pense qu'un moyen aussi simple que celui-là mérite l'attention des praticiens, parce que tous savent combien l'ongle rentré dans les chairs est une infirmité pénible à supporter et difficile à guérir, témoin la multiplicité des moyens de traitement imaginés ou mis en usage, et la trop fréquente inefficacité de ceux mêmes qui sont les plus douloureux ou les plus compliqués.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 22 mai 1850. — Présidence de M. Fouquier.

Discussion sur le pronostic de la pleurésie latente et les indications de la thoracentèse.

M. Valleix. M. Pidoux prétend, dans le mémoire qu'il nous a lu, qu'il avait placé la question sur un terrain meilleur. Je trouve que M. Pidoux n'a pas déplacé la question, mais qu'il l'a compliquée. A l'époque où M. Trousseau s'était occupé de cette matière, je possédais déjà des observations sur ce sujet; et puisqu'on a fait appel à notre expérience, je viens en citer encore.

Laënnec, on le sait, avait déterminé les cas dans lesquels la thoracentèse doit être employée, et avait donné la suffocation imminente comme l'indication la plus certaine, la plus positive. Dans les premiers faits que M. Trousseau a publiés, il s'est prononcé également de la même manière; puis, après avoir dit que, si la suffocation peut faire périr le malade, il a ajouté qu'il existait des cas dans lesquels la suffocation ne le faisait pas mourir; cas dans lesquels les phénomènes morbides étaient insidieux, et qui pouvaient compléter l'indication de ce moyen thérapeutique. Maintenant, selon M. Pidoux, le pronostic serait et constituerait la base de la médecine. Je ferai observer cependant que tout a son utilité en pathologie, et que je ne vois pas trop à quoi sert le pronostic dans la syphilis constitutionnelle, et s'il sert au traitement de la fièvre intermittente. M. Pidoux prétend que dans la pleurésie fébrile l'épanchement est faible; mais M. Gendrin a présenté dix observations dans lesquelles l'épanchement a été considérable, et il n'est pas rare, dans la diathèse hydropique, de trouver des altérations qui attestent le caractère inflammatoire de la maladie.

Maintenant, envisageons la question d'une autre manière. Un médecin sera-t-il plus avancé si vous ne lui fournissez pas les moyens de reconnaître si l'épanchement a de la tendance à augmenter indéfiniment, et si vous ne dites pas quand cet épanchement s'arrêtera? M. Pidoux a ajouté que, si on ne pratiquait pas la ponction, on espérait voir le liquide devenir purulent. Cela n'est nullement démontré.

M. Pidoux. Il est facile, ce me semble, de constater l'abondance de l'épanchement et sa tendance à augmenter d'une manière indéfinie en auscultant tous les jours le malade et en suivant la marche ascendante de l'épanchement. Il est très évident que plus on attendra pour chercher à obtenir la résolution de l'épanchement, plus on aura de chances pour qu'il s'altère. Les vésicatoires sont certainement un bon moyen à employer. Avant les vésicatoires, on administrait le tartre stibié, qui a réussi dans quelques cas d'une manière admirable; mais il n'en est pas moins vrai qu'ils agissent lentement et longtemps après.

M. Beau. Je ferai à ce propos quelques remarques sur les phénomènes d'auscultation dans les épanchements pleurétiques. Dans ce cas, tantôt on entend du souffle bronchique bien caractérisé, tantôt on n'entend rien, et on constate l'absence absolue de tout bruit respiratoire. A quoi tient cette différence? Selon moi, elle tiendrait à la disposition différente des produits sécrétés dans cette affection. On sait que le liquide, dans ce cas, conduit le son aussi bien que dans la pneumonie; mais il existe des fausses membranes molles, tremblotantes, épaisses. Si l'épanchement est très considérable, je pense que ce phénomène, dans ce cas, ne peut se produire. Les faits que M. Trousseau a indiqués à propos de la thoracentèse constatent également qu'il n'a jamais trouvé de souffle bronchique dans les épanchements considérables.

Chez une jeune dame qui était affectée à gauche d'un épanchement pour lequel je pratiquai la thoracentèse, je perçus le souffle bronchique d'une manière non douteuse. Je pus faire écouler quatre litres de sérosité; immédiatement après l'opération, le murmure vésiculaire reparut; il n'y avait pas, chez elle, de fausse membrane. Dans un autre cas où je pratiquai cette opération pour un épanchement considérable, aucun bruit anormal n'était perceptible. Le liquide s'écoula avec peine, goutte à goutte; car l'instrument était engagé dans des fausses membranes spongieuses qui empêchaient évidemment la perception du souffle.

M. Martin-Solon. Il me semble qu'il y avait une distinction importante à faire entre l'hydrothorax primitif ou idiopathique, qui se manifeste sans que la plèvre présente de traces d'altération, et la pleurésie latente, dans laquelle on trouve la plèvre constamment malade, dans laquelle il existe enfin une cause vitale, physiologique, produisant cette altération, ce serait, si l'on veut, une inflammation latente.

M. Pidoux répond en soutenant que l'hydrothorax primitif est nul, que la plèvre, dans ce cas, est toujours malade; que tout, en pathologie, doit être symptomatique.

M. Requin. Les auteurs ont singulièrement confondu l'hydrothorax primitif avec la pleurésie latente, qui sont deux espèces nosographiques évidemment très distinctes. La pleurésie est l'inflammation de la plèvre; l'hydrothorax peut être idiopathique, primitif, essentiel, si l'on veut. Ces mots sont tous très mauvais, mais nous devons les maintenir pour le moment.

M. Pidoux a introduit dans son travail une confusion fâcheuse. Une pleurésie peut être latente; l'hydrothorax est une pleurésie avec tous les symptômes qui l'accompagnent, mais sans maladie de la plèvre.

Laënnec cite d'une manière bien positive des faits analogues, et les passages de son livre prouvent assez évidemment que l'existence de ces deux manières d'être des épanchements pleurétiques ne peut être mise en doute. J'ai trouvé des faits analogues dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez. Cette distinction générique est donc évidente.

M. Pidoux. Les traces de l'inflammation légère ont pu disparaître après la mort, et à l'autopsie il est bien possible que Laënnec n'ait rien trouvé; mais la maladie a pu être inflammatoire.

M. Tardieu. Les remarques qu'ont pu faire MM. Beau et Requin me paraissent extrêmement justes, et je ne veux insister dans son observation que sur un fait nouveau, qui forme dans cette question un élément important. C'est qu'il est indispensable de faire l'analyse du liquide contenu dans la plèvre, et qui peut être modifié de manière à se prendre en une sorte de gelée. M. Pidoux me semble avoir trop limité les indications de l'opération; c'est ainsi que l'absence totale du courant respiratoire est un fait entièrement rare, et que, sur quatre fois que j'ai eu occasion de pratiquer la thoracentèse, je n'ai pas vu ce phénomène se produire.

M. Hervez de Chégoin. Les flux peuvent se produire dans la cavité thoracique du cerveau; ils peuvent se manifester dans d'autres cavités, dans l'estomac particulièrement; à la peau, ils se produisent également sans altérer la santé en quoi que ce soit.

M. Lagneau. Il serait cependant important de résoudre cette question. M. Pidoux a parlé de l'innocuité de l'opération, et cependant M. Trousseau est venu nous dire que dernièrement il a perdu un malade à la suite de la thoracentèse. On a cité également deux cas de mort arrivés à la suite d'une rupture du poumon après une semblable opération. Comme question de pratique, les indications ne me paraissent pas assez nettement formulées, et rien ne vient prouver en définitive l'utilité absolue de pratiquer cette opération; tous les malades ne guérissent pas d'un épanchement pleurétique sans thoracentèse. C'est pour cela que je ne repousse pas cette opération; mais je désirerais comme point de comparaison qu'on nous apportât un plus grand nombre de faits pour résoudre cette importante question d'une manière plus satisfaisante.

NOTE SUR LA RÉFRIGÉRATION DES MEMBRES

soumis à l'appareil amidonné produite par la dessiccation de cet appareil.

Par M. Delvaux.

Ce phénomène, non encore étudié par ceux qui se sont occupés de l'appareil amidonné, constitue, selon M. Delvaux, un nouvel avantage inhérent à sa composition. C'est là, d'après ses observations, une propriété antiphlogistique qui lui appartient en propre, et que nul autre bandage ne peut réaliser.

Voici comment les choses se passent, si l'on s'en rapporte au récit de malades intelligents qui ont eu l'appareil et ont soigneusement apprécié ses effets.

Le bandage vient d'être appliqué; les extrémités laissées à découvert (les doigts, les orteils) deviennent brûlantes. Peu à peu la chaleur diminue aux extrémités; et quand la dessiccation est commencée, les malades accusent une sensation de froid dans toutes les parties du membre comprises dans l'appareil; la chaleur des doigts ou des orteils diminue de plus en plus. Voilà ce qui se passe jusqu'à dessiccation complète. Alors une douce chaleur se répand dans le membre et dans ses extrémités sans qu'il se produise d'éréthisme inflammatoire que le refroidissement avait fait tomber.

On pourrait croire que le froid est ici causé par une trop grande compression exercée sur les tissus. Mais ce qui prouve qu'il n'en est pas ainsi, c'est que dans les cas dont il s'agit le ruban *compressimètre* se mouvait librement, et que d'ailleurs la sensation du froid n'existait plus après la dessiccation, c'est-à-dire après que le membre avait cessé de fournir du calorique au liquide à évaporer.

De ces notions, M. Delvaux croit pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° Le bandage amidonné doit être soumis à une dessiccation spontanée.

2° La dessiccation provoquée hâtivement est irrationnelle, puisque, par ce fait, en communiquant au bandage du calorique extérieur, les pièces de l'appareil ne soutireront pas ce calorique au membre qu'elles recouvrent.

3° La dessiccation lente de l'amidon, loin d'être un défaut, est une vertu, que ne possède pas la dextrine, sa cadette, qui se solidifie plus vite.

Ces conclusions méritent évidemment le reproche de dépasser leurs prémisses. Si la propriété réfrigérante était l'unique ou même la principale de celles qu'on demande au bandage inamovible, nul doute que, à ce point de vue restreint, la lente dessiccation spontanée ne fût préférable. Mais il n'en est point ainsi. Le but d'un bandage de fracture est surtout de contenir. Or celui-ci ne devient réellement et efficacement contentif qu'à partir du moment où sa dessiccation est complète. C'est ce que nous pensons avoir établi (*Gaz. Méd.*, 1849, p. 134), malgré la réponse, ce nous semble volontairement un peu confuse, de la *Presse Médicale*. Si donc vous avez hâte de contenir, hâtez-vous de dessécher. La réfrigération antiphlogistique dont il s'agit ici ne serait certes point à dédaigner ; malheureusement elle ne peut s'obtenir sans la compensation fâcheuse d'une mollesse trop prolongée du bandage. D'ailleurs, les fractures traitées par le bandage de Scultet et les attelles de bois ne guérissent-elles pas également bien sans le secours de ce refroidissement. (*Presse méd. belge.*)

DE L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ

Au traitement de quelques maladies.

Par M. Stacquez.

Parmi les faits favorables à l'emploi de ce moyen que M. Stacquez a recueillis dans sa pratique, nous avons surtout remarqué le suivant, qui joint à l'exemple d'une guérison ordinairement très difficile à obtenir l'indication détaillée du mode selon lequel il conviendrait d'agir dans des cas semblables.

Un officier, âgé de trente-cinq ans, vint consulter M. Stacquez. Il était impuissant depuis plusieurs années. Les érections étaient extrêmement rares, de très courte durée et très incomplètes, au point qu'il lui était impossible de voir une femme. Cet état résultait des suites d'une injection avec la solution très concentrée de sulfate de zinc. Après avoir inutilement vu essayer et essayé lui-même divers traitements, parmi lesquels figura l'administration longtemps continuée des préparations cantharidées, M. Stacquez, considérant cette affection comme une paralysie des nerfs et des muscles qui président à l'érection de la verge, se décida à appliquer l'électricité. Des cautérisations du col de la vessie avaient ramené quelques érections, mais cette amélioration ne fut que momentanée.

Pour réveiller la contractilité des muscles, il fallait des secousses très fortes. M. Stacquez les détermina :

1° En tirant des étincelles au moyen de boules ayant de 6 à 15 lignes de diamètre;

2° Par la décharge de bouteilles de Leyde en portant une branche d'un excitateur sur l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale et en présentant l'armure interne à la partie antérieure du périnée vers la racine de la verge.

Par suite de ce traitement, les érections devinrent bientôt plus fréquentes, plus complètes. Quinze jours à peine écoulés, le malade se croyait entièrement guéri. M. Stacquez continua néanmoins la même médication. Enfin, au bout de quarante-deux séances, réparties en deux mois environ, la faculté virile perdue depuis si longtemps était tout à fait recouvrée.

M. Stacquez cite encore le cas d'une dame que l'électricité, appliquée d'*une manière révulsive* sur les extrémités inférieures, guérit d'une affection morale singulière durant depuis plus d'une année. Elle était constamment sous l'impression de terreurs profondes, qui lui rendaient la vie insupportable; effrayée du bruit, *non pas de celui qui se faisait entendre, mais de celui qui allait se faire.* Allait-on, par exemple, ouvrir une porte, déplacer un meuble, une chaise, elle se figurait que ce bruit l'affecterait péniblement, la bouleverserait, la tuerait peut-être ; elle avouait cependant que jamais ce bruit ne lui avait causé d'impression désagréable.

Un officier a encore été guéri par des décharges avec la bouteille de Leyde d'une paralysie des muscles deltoïde, sus-épineux, sous-épineux, qui le privait de l'usage du bras.

M. Stacquez n'applique pas toujours l'électricité de la même manière. Il ne la croit pas non plus appelée à réussir dans tous les cas. Les maladies dont il l'a plus particulièrement et plus rapidement vue triompher sont les paralysies, les migraines, les rhumatismes musculaires, les sciatiques.

(*Archives belges de médecine militaire.*)

Correspondance.

Nous insérons aujourd'hui la lettre que M. le professeur Piorry nous a adressée à propos du fait publié dans notre numéro du 1er juin courant.

Dans les réflexions mêmes dont nous avons fait suivre l'histoire de ce fait, nous avions prévu et combattu d'avance les objections que nous adresse M. Piorry dans sa lettre. Ces objections se réduisent, en effet, à une seule : « La rate était trop modifiée pour donner lieu à la réaction qu'elle cause habituellement quand elle offre encore sa structure normale. »

A cette objection, nous avions répondu d'avance : En admettant même, ce que nous ne faisons point, que la rate fût aujourd'hui tellement transformée qu'elle ne donne plus lieu à ses réactions habituelles, il est impossible que cette transformation ait existé après quatre semaines de fièvre intermittente légère. Or, la fièvre intermittente n'a duré que quatre semaines et elle est guérie spontanément d'une manière durable. Si donc la transformation de la rate datait de ce premier moment, il est évident que la fièvre aurait duré beaucoup plus longtemps; si, au contraire, la rate a guéri avec la fièvre et ne s'est transformée que plus tard, lorsqu'elle est devenue malade pour la seconde fois, elle aurait dû produire pendant plus ou moins longtemps une seconde fièvre. Aucune autre explication plausible ne saurait être donnée à ce fait.

Quant aux réflexions que fait M. Piorry touchant les hémorrhagies coïncidant avec les engorgements spléniques, nous leur trouvons un véritable intérêt, et cet intérêt s'accroît encore après les deux faits nouveaux publiés par MM. Grisolle et Marchal.

Monsieur le Rédacteur,

La question relative à l'influence qu'exerce la rate sur la production des fièvres d'accès est trop importante au point de vue humanitaire pour n'être pas complétement discutée à fond et élucidée autant que possible ; permettez-moi donc de répondre à toutes les objections de quelque importance qui dans votre recueil seraient faites aux doctrines que je crois être l'expression de la vérité. Voici d'abord quelques remarques sur le fait intéressant que M. le docteur Grisolle a communiqué mardi dernier à l'Académie.

Dans ce cas de splénomégalie ou macrosie, de grosse rate, comme vous voudrez l'appeler, il y avait eu à l'état aigu, et lors du début, une fièvre d'accès, ce qui est entièrement en rapport avec la théorie que j'ai émise. Plus tard, ce malade n'a pas eu de fièvre, et cela bien que l'organe se soit peu à peu développé ; c'est précisément ainsi qu'il en arrive pour la plupart des tissus qui, au moment où ils sont le siége d'accidents à marche rapide, donnent lieu à des symptômes en rapport avec les relations névriques et circulatoires qui leur sont propres. Si le mal est chronique, au contraire, on ne voit survenir des phénomènes semblables qu'à l'occasion de quelque circonstance qui ranime la circulation et qui réveille l'action nerveuse. Tout ceci ne contredit pas ma théorie, et je m'étonne qu'on revienne encore sur une telle argumentation. Certes, on ne niera pas que la pneumonite, que la dermite, que la méningen-céphalite aiguës soient les points de départ de fièvres plus ou moins vives ; or, lorsque la marche du mal est devenue lente, il n'y a plus, dans de tels cas, ni chaleur, ni accélération du pouls. Dans le fait cité par M. Grisolle, le tissu de la rate, dit-on, n'était pas altéré, et puisqu'il était conservé, il aurait dû, ajoute-t-on, causer la fièvre; mais ne doit-on pas considérer comme de graves altérations *une induration, un défaut de boue splénique, une hypertrophie telle que la rate dépasse d'un très grand nombre de fois le volume normal?* Est-ce que la vessie ne se paralyse pas quand elle est très distendue? Est-ce que l'encéphale très volumineux conserve son aptitude à donner lieu soit aux actions sensoriales et motrices, soit aux manifestations psychiques? La rate très distendue par du sang, la rate très engorgée, la rate très modifiée dans son tissu n'éveillera plus l'accès fébrile, comme elle le provoque lors de ses souffrances aiguës. En vérité, l'objection dont il s'agit ne repose en rien sur les faits et sur des analogies physiologiques et pathologiques de quelque valeur!

On ajoute que, dans le cas cité, la rate n'a pas diminué par l'emploi du sulfate de quinine, et cela parce que la cause inconnue, le *je ne sais quoi* fièvre, n'existait pas. Admettez, si vous le voulez, votre être de raison, votre entité fièvre, qui en pratique est une hypothèse inutile ; mais ne croyez pas avoir élevé en ceci la moindre difficulté contre mes doctrines. En effet, à l'état sain, la rate diminue presque immédiatement d'un centimètre et plus par l'administration de l'alcoolé de quinine ; il en arrive ainsi sur les chiens (expériences de M. Piedagnel) ; elle décroît à la suite de l'administration de ce médicament, et cela, soit dans l'intervalle des accès, soit plusieurs semaines ou plusieurs mois après que la fièvre a été suspendue, soit alors qu'il s'agit d'une splénite de cause traumatique, etc., il est donc vrai que c'est bien sur l'organe rate que la quinine agit, et non pas sur l'x algébrique fièvre. Vous dites que, dans le fait cité, la rate n'a pas diminué par le sulfate de quinine ; je le crois, puisque vous l'avez bien observé, puisque plessimétriquement vous avez sans doute bien mesuré le viscère avant et après l'administration du médicament. Si je n'avais pas autant de confiance en vous, je l'admettrais difficilement, et voici pourquoi : c'est qu'il est survenu chez votre malade une hémorrhagie mortelle, et qu'il en arrive trop fréquemment ainsi chez les gens dont la rate volumineuse diminue d'une manière rapide.

Je regrette vivement que l'auteur de l'observation intéressante que vous relatez n'ait pas eu connaissance des faits que j'ai publiés sur ce sujet dans le tome VI (nos 9088, 9942) du *Traité de Médecine pratique.* Dans ces cas, il s'agit de gens qui, portant des rates volumineuses, et ayant ou n'ayant pas pris de hautes doses de sulfate de quinine, furent atteints d'hémorrhagies par le tissu cellulaire, l'estomac, l'intestin, les fosses nasales, hémorrhagies qui, dans la plupart des cas, causèrent la mort. *Dans ces faits, aucune lésion vasculaire ne fut trouvée sur les cadavres.* Dans un de ces corps, on trouva les veines remplies d'un liquide semblable à celui qui d'ordinaire se rencontre dans la rate ; ceci rappelle l'observation de ce genre dont Bichat a parlé. Il est surtout utile de savoir qu'ayant assimilé ce cas au scorbut (hypohydrémie de la nomenclature), j'ai donné aux malades atteints de splénomégalie, et qui commençaient à être frappés d'hémorrhagies, des sucs d'herbes à de hautes doses, et que les pertes de sang se sont presque spontanément arrêtées. Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien vérifier dans mon ouvrage l'exactitude de cette annotation.

P. A. Piorry.

Le 1er juin 1850.

Société allemande des Médecins et Naturalistes à Paris (rue Hautefeuille, n° 32.)

Conformément à ses nouveaux statuts, la Société tiendra désormais ses séances les *lundis*, comme suit :

Séances scientifiques le deuxième et le quatrième lundi du mois ;
Séances de discussions et de comptes-rendus le troisième ;
Séances administratives le premier lundi de chaque mois.

Le comité :

Dr Meding, Dr Neuhofer, Ganahl.

Paris, le 9 juin 1850.

Nous rappelons à Messieurs les Médecins les Bouts de sein et Biberons en tétine de MADAME BRETON, sage-femme. Les nombreuses médailles qui lui ont été accordées sont des preuves irrécusables de la supériorité de son invention. Rue St-Sébastien, 40.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 20 JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 73.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	— 13 FR.	— 7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	— 14 FR.	— 8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	— 16 FR.	— 9 FR.

PARIS, 19 JUIN 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'agitation académique s'est calmée. Il était temps pour tout le monde: pour l'Académie, pour le public et pour ces pauvres journalistes, qui étaient menacés de diathèse rhumatismale, et même de cachexie. Donc, c'est une séance ordinaire, sans péripéties, que nous avons à retracer, à peine interrompue par quelques secousses pharmaceutiques.

M. Huguier donne lecture d'un rapport très bien rédigé sur le liquide désinfectant de MM. Raphanel et Ledoyen, inventeurs non brevetés de l'affiche pseudo-électorale. On dit que les murs entendent, ou même qu'ils écoutent; mais ces messieurs ont une façon très ingénieuse de les faire parler. Par exemple, il s'agit de nommer trois représentants: l'Union électorale et le Conclave socialiste se disputent les murailles; entre eux se glissent deux industriels qui vous arrêtent court par ces mots : *fixons notre choix !* Vous lisez, et au lieu de trois noms de candidats, vous voyez qu'il s'agit d'un produit merveilleux ainsi désigné :

DURO, CHROMO

et n'importe quoi avec. On ne saurait avoir plus d'esprit et d'à-propos. Mais l'Académie, en ces sortes de choses, est un peu comme le duc de Glocester; elle n'aime pas que les gens aient trop d'esprit.

Aussi, M. Huguier venait de lire son rapport, dont les conclusions sont favorables, et il paraissait assez content d'avoir fini sa besogne, lorsque M. Guibourt, puis M. Caventou, puis M. Bouchardat, toute la section de pharmacie, renforcée de M. Robert et de M. Gibert, ont demandé la parole. C'était bien assez de trois chimistes pharmaciens contre un chirurgien. M. Huguier a paru quelque peu troublé lorsqu'il a vu cette redoutable batterie diriger contre lui ses projectiles. Que vouliez-vous qu'il fît contre trois?... d'autant plus que ses adversaires avaient parfaitement raison de prétendre que, pour bien juger le nouveau liquide, il faut l'expérimenter comparativement aux désinfectants déjà connus, auxquels on reproche abusivement d'infecter sous prétexte de désinfection. Le chlorure de M. Labarraque, particulièrement, est en odeur de sainteté auprès de M. Gibert, qui s'en est exprimé avec chaleur. Somme toute, on a bien fait de renvoyer le rapport à la commission, à laquelle on a adjoint deux membres, sur la proposition judicieuse de l'honorable M. Bégin.

M. Gosselin, candidat à la place vacante dans la section de pathologie externe, a lu un mémoire sur les tumeurs synoviales. Ce travail, de longue baleine, offre un véritable intérêt. La partie anatomique en est très soignée. Il renferme un grand nombre d'aperçus nouveaux. C'est une œuvre classique et qui était nécessaire. Nous ne pouvons, après une simple audition, qu'exprimer un avis sur l'ensemble du mémoire. M. Gosselin a-t-il été frappé de la facilité avec laquelle les gaînes des tendons subissent la transformation fongueuse: triste prérogative qu'elles partagent avec les synoviales articulaires, et qui se présente dans la grande classe des séreuses considérées à l'état morbide, comme un attribut pathologique des membranes synoviales?... C'est là un point de quelque importance.

M. Blanquard, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, a adressé à l'Académie une note additionnelle à son mémoire sur les pilules d'iodure de fer qu'il a réussi à rendre inaltérables. Les bons résultats que quelques médecins ont obtenus de l'emploi de ces pilules nous font désirer vivement que la commission nommée pour examiner le travail et les produits de M. Blanquard ne fasse pas attendre son rapport au delà du temps nécessaire aux études cliniques qu'elle ne peut manquer d'instituer à cet effet. C'est un service à rendre à la thérapeutique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

Symblépharon et xérophthalmie.

Un malade présentant au plus haut degré ces deux intéressantes affections était entré dans le service de M. le professeur Laugier le 28 mai 1850, et vient d'en sortir le 15 juin.

L'œil gauche est seul malade. Examiné par la palpation, il paraît un peu moins volumineux et un peu plus résistant que l'œil droit. Les paupières, qui présentent des cils plus clairsemés qu'à droite, sont soudées l'une à l'autre vers leurs commissures, où se voient deux cicatrices linéaires. Celle qui existe vers l'angle interne de l'œil a de 4 à 5 millimètres d'étendue; il n'y a aucune trace ni de la caroncule lacrymale, ni des points lacrymaux.

Le bord libre des paupières est uni à la surface de l'œil par une adhérence intime et complète; il présente à peine une teinte plus rosée que le feuillet cutané de la paupière. L'adhérence de la paupière inférieure a lieu suivant une ligne tangente à la circonférence de la cornée; l'adhérence de la paupière supérieure masque, au contraire, le quart, presque le tiers de la circonférence de cette membrane. Lorsque les paupières s'écartent, il se forme des plis verticaux sur la conjonctive, immédiatement au-dessus et au-dessous des adhérences. Lorsque le malade essaye de tourner l'œil en dedans ou en dehors, les paupières elles-mêmes se plissent dans les points tiraillés par ces mouvements. La contraction des muscles est d'ailleurs très bornée.

La fente palpébrale a 2 centimètres de largeur, et à peine plus d'un centimètre de hauteur, même dans le plus grand écartement possible des paupières. Lorsque ce mouvement s'exécute, elle prend une forme ovalaire.

La conjonctive, dont on n'aperçoit que deux portions triangulaires placées sur les côtés de la cornée, est complétement sèche, comme pulvérulente, en tout semblable à la peau: elle est rosée. Plusieurs fois nous avons trouvé à sa surface une sorte de sécrétion sébacée assez analogue au smegma du gland. La cornée, d'une coloration bleue tirant un peu sur le vert, est opaque, aplatie, légèrement plissée.

Les attouchements, même les plus légers, sont ressentis par la surface de l'œil gauche, et déterminent la contraction des paupières. Cependant, la sensibilité est infiniment plus obtuse que du côté sain.

La vue n'est point abolie. Le malade distingue avec assez de netteté les objets qu'on lui présente, même ceux qui ne sont pas très vivement éclairés. L'impression de la plus forte lumière ne détermine à la surface de l'œil aucune sécrétion. Le malade est sujet à des variations notables dans la netteté de la vision, mais il ne saurait les rattacher à aucune cause appréciable.

Rien d'anormal à l'angle interne de l'œil; point de sécheresse dans la narine correspondante.

— Il existe chez ce malade une xérophthalmie qu'on pourrait appeler complète; elle est à la fois lacrymale et conjonctivale; car les conduits de la glande lacrymale et ceux des glandes meïbomiennes sont oblitérés par l'adhérence si intime des paupières au globe de l'œil; et de plus, la transformation singulière, la *cutisation* complète éprouvée par la conjonctive, a dépouillé cette membrane de tous les caractères physiques et physiologiques des muqueuses.

L'adhérence des paupières au globe oculaire (symblépharon) et l'adhérence des bords libres des paupières entre eux (ankyloblépharon partiel) sont dans l'affection complexe que présente ce malade, les seuls éléments que l'on pourrait chercher à combattre par une opération chirurgicale. Mais une semblable tentative trouverait une contre-indication formelle dans la transformation profonde et incurable qu'ont subie la conjonctive et la cornée.

Les antécédents de ce malade ne sont pas de nature à éclairer beaucoup l'étiologie, jusqu'aujourd'hui si obscure de la xérophtbalmie. C'est un individu d'une assez mauvaise constitution, ayant éprouvé des maladies strumeuses et des maladies vénériennes.

Peut-on déterminer jusqu'à quel point ces affections générales ont prédisposé à la lésion oculaire qu'il présente? On peut regarder comme causes déterminantes de l'état actuel de son œil une ophthalmie violente dont cet œil a été le siége et l'opération qu'elle a nécessitée.

Ces deux circonstances, en effet, rendent suffisamment compte, d'une part, des modifications graves éprouvées par la conjonctive et la cornée; d'une autre part, de l'adhérence qui unit les paupières au globe de l'œil. Mais, soit marche insolite des symptômes, soit confusion dans les souvenirs du malade, il reste encore bien des points obscurs dans cette observation, dont voici les principaux détails.

Corbelini (Jean-Baptiste), âgé de trente-trois ans, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, a eu, à plusieurs reprises depuis son enfance jusqu'à l'âge de vingt ans, des engorgements glandulaires au cou; mais ces tumeurs n'ont jamais suppuré. Il n'a jamais souffert de la poitrine. Quatre fois il a contracté des maladies vénériennes. En 1840, il eut plusieurs chancres à la couronne du gland, qui furent traités par la cautérisation et des pilules mercurielles, et guérirent au bout de trois mois. En 1842, chancre et gonorrhée; même traitement; guérison au bout d'un mois. En 1845, gonorrhée qui revint trois fois dans l'espace de six mois; traitement nul. Enfin, au mois d'août 1847, gonorrhée sans chancre apparent, mais accompagnée d'un double bubon qui n'a pas suppuré; traitement par les pilules et les frictions mercurielles qui donne lieu à une stomatite très violente. Les bubons et la gonorrhée guérirent complétement au bout de deux mois de traitement. Jamais d'accidents de vérole constitutionnelle; point d'engorgement actuel des ganglions cervicaux.

C'est au mois de novembre 1847, pendant son séjour à Milan, que le malade ressentit pour la première fois, et sans cause à lui connue, une douleur dans l'œil gauche. Cette douleur, qu'il compare à une piqûre d'aiguille, siégeait à la partie moyenne de l'œil et profondément; elle s'accompagnait de douleurs très intenses autour de l'orbite, au front, à la tempe gauche; elles n'augmentaient pas sensiblement pendant la nuit; photophobie. Cependant, l'œil ne présentait aucun changement dans son aspect extérieur. Cet état de l'œil s'accompagnait de malaise, de fièvre légère et d'une constipation opiniâtre avec ballonnement considérable du ventre. Un mois et demi s'écoula ainsi, et le malade ne fit aucun traitement, lorsqu'il vit tout à coup l'œil gauche rougir, sécréter d'abord des larmes en abondance, puis un liquide purulent, épais, qui agglutinait les cils. Un médecin consulté lui fit, dit-il, une incision avec une lancette, et quinze jours après l'œil était très gonflé, couvert de *chairs.* (Collyres astringents; cautérisations avec la pierre infernale; onze saignées en vingt jours; sangsues; vésicatoires répétés à la nuque; pommade dont il ignore la composition.) Ce traitement dura deux mois, et ce temps écoulé, l'œil reprit son aspect normal, et la vision redevint aussi nette qu'avant la maladie. Cependant, la douleur pongitive ressentie au milieu de l'œil gauche ne se dissipa qu'incomplétement.

Il retourna à son travail, et put, pendant un mois et demi, vaquer à ses occupations sans être incommodé, lorsque la maladie revint avec une intensité plus grande que la première fois. La surface de l'œil était très rouge, granuleuse et sécrétait du pus. Céphalalgie et fièvre. (Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; pilules de mercure.) Ce traitement n'eut aucun succès; et comme la vue devenait tous les jours plus trouble et les chairs qui couvraient l'œil de plus en plus volumineuses, il renonça à tout traitement jusqu'au mois de février 1849. A cette époque, en passant par Lyon, il fut admis dans le service de M. le professeur Bonnet. Ce chirurgien lui fit, à l'aide de ciseaux, l'excision des granulations, particulièrement de celles qui se trouvaient entre l'œil et les paupières. L'opération aurait duré une demi-heure, et se serait accompagnée d'un écoulement assez considérable de sang. (Saignée; diète; collyre au nitrate d'argent; cautère derrière l'oreille gauche.) Lorsqu'après un mois de séjour le malade quitta le service de M. Bonnet, l'œil fournissait encore une suppuration assez abondante et la vue était trouble, mais les paupières se mouvaient avec facilité. Ce n'est qu'au mois de mai que le malade s'aperçut de la difficulté qu'il avait de les écarter, puis de l'impossibilité de les détacher de l'œil. La suppuration continuant toujours, le malade raconte qu'à un certain moment la cornée commença à s'effeuiller; il en détachait lui-même les lamelles qui s'isolaient, et qui, dit-il, adhéraient surtout vers le centre de la cornée, où cet arrachement était très douloureux.

Au mois de janvier de cette année, un médecin d'Athènes lui prescrivit une pommade dont il lui a suffi de faire usage pendant quelques jours seulement pour voir la sécrétion purulente de l'œil tarir complétement et définitivement. Peu de temps après, l'œil arriva à l'état de sécheresse qu'il présente aujourd'hui. Il est impossible d'obtenir du malade des renseignements un peu précis sur l'invasion et la marche de ce phénomène, dont il ne s'est aperçu que lorsqu'il était déjà très prononcé.

Pendant son séjour à l'hôpital de la Pitié, M. le professeur Laugier soumit ce malade aux insufflations de calomel et de sucre candi. Au dire du malade, la vue serait notablement plus nette aujourd'hui qu'à l'époque où le traitement a été commencé; mais l'examen de l'œil ne permet pas d'y apercevoir le plus léger changement.

AXENFELD,
interne du service.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

De la direction à imprimer à l'observation des aliénés.

Avant de passer à l'étude des altérations particulières que présentent les diverses facultés et les divers sentiments chez les aliénés, il nous reste à vous entretenir d'un dernier principe de direction dans l'observation des aliénés, lequel consiste à interroger les malades, dans le but de signaler les lacunes qu'ils montrent dans leurs réponses, par comparaison avec l'action de l'intelligence saine dans les mêmes circonstances. C'est ce que nous appelons l'*observation des faits négatifs*, parce qu'au lieu de constater des faits qui se présentent

directement à lui, l'observateur constate l'*absence* de certains faits qui se produiraient nécessairement dans des circonstances données chez une intelligence régulière.

Afin de vous faire bien sentir l'importance de ce genre d'observation pour arriver à une connaissance complète du véritable état mental d'un aliéné, nous nous bornerons à citer ici deux exemples; ils seront suffisants, parce qu'ils se reproduisent chaque jour dans la pratique.

Un malade après bien des hésitations, et souvent des conflits fâcheux dans les familles, est conduit dans une maison de santé. Ses parents, ses amis, pleins d'inquiétude, en songeant aux difficultés de le décider à y fixer temporairement son séjour, tourmentent leur imagination pour trouver des moyens de persuasion, ou pour user de finesse et s'esquiver à son insu, croyant que jamais il ne consentira librement à une telle séparation. Ils reviennent le lendemain avec anxiété s'inquérir de tout ce qui faisait leurs craintes de la veille, et depuis si longtemps ils demandent si leur malade ne s'est pas emporté violemment, s'il n'a pas proféré des injures contre eux, s'il n'a pas attenté à ses jours, s'il n'a pas cherché à s'évader. Quel n'est pas leur étonnement, lorsque, comme cela arrive le plus souvent, ils apprennent qu'il a pris tranquillement son parti, s'est contenté de la première explication qui lui a été donnée, ou qui s'est présentée à son esprit! L'étonnement des parents est à son comble, lorsqu'on leur dit que celui qui est l'objet de tant d'alarmes s'est conformé volontiers aux règlements de la maison, a passé une nuit calme, et, ce qui est plus rare, n'a pas cherché une seule fois à se demander pour quel motif il avait été brusquement séparé de sa famille et de la société.

Eh bien, dans de telles circonstances, pouvez-vous penser que le médecin qui, au lieu de tenir compte de cette absence de manifestations si contraire à l'état normal, se bornerait à constater les phénomènes du délire révélés par les paroles et les actes du malade, aurait une idée exacte du degré de perturbation qui existe dans son intelligence, de la distance immense qui sépare son état intérieur de celui d'un homme sain d'esprit? Ne serait-il pas dans la même erreur et la même illusion que les parents et les amis du malade qui préjugent sa conduite en s'identifiant à la conduite que tiendrait dans une semblable circonstance un homme d'une intelligence régulière?

— Un autre exemple fera mieux comprendre ma pensée.

Il est dans tous les asiles d'aliénés un certain nombre de malades qui, à cause du peu d'étendue de leur délire, de leur puissance de dissimulation, et surtout à cause de la prédominance de lésion des facultés affectives sur la lésion de l'entendement, manifestent beaucoup plus leur folie par les actes que par les paroles, et qui, par cela même, paraissent parfaitement raisonnables aux yeux de tous les visiteurs et souvent même aux yeux de tous les employés. Il faut, en effet, une grande habitude de ce genre de malades, et des études psychologiques en général pour pouvoir discerner leur délire à travers les apparences de raison qu'ils montrent dans leurs leurs paroles, et fréquemment dans leur conduite. Le médecin lui-même, habitué à l'étude des aliénés, quoique profondément convaincu de l'existence de leur folie, n'éprouve-t-il pas quelquefois un grand embarras lorsqu'il est contraint de la démontrer et de la faire admettre à d'autres, en n'invoquant que des preuves positives? Eh bien, c'est dans ces cas surtout que l'observation des faits négatifs dont nous parlons devient une source de lumières pour le médecin. Engagé dans cette direction, il découvre et fait remarquer aux autres une foule de lacunes et de perturbations dans cette intelligence qui paraissait si régulière au premier abord. Presque constamment ces malades agissent d'une manière opposée à celle dont agirait une personne saine d'esprit dans des circonstances identiques. S'agit-il de leurs rapports avec le médecin, avec leurs commensaux, avec les employés, avec leurs parents, avec leurs amis; s'agit-il de la gestion de leurs intérêts, de la prévision de leur avenir, en un mot de tous les actes qui constituent la vie de l'homme, ces malades présentent une foule de lacunes et d'inconséquences; ils blessent toutes les convenances et font les choses les plus déplacées et les plus contraires à leurs anciennes habitudes. Rien de tout cela ne se montrerait chez un individu sain d'esprit, quelles que fussent d'ailleurs sa bizarrerie, son originalité, et son absence de jugement.

— Ainsi cette comparaison entre les actes de cet aliéné et ceux d'un individu raisonnable placé dans les mêmes conditions, comparaison qu'on est obligé de faire par la pensée, et qui par cela même peut être appelée observation indirecte négative, par opposition à l'observation directe des actes délirants du malade, suffit pour faire ressortir une perturbation très générale et très profonde dans un esprit où la lésion paraissait d'abord très restreinte, en ne considérant que les phénomènes produits.

Ce qui prouve encore combien cette observation contient d'exactitude et de vérité, c'est que, lorsque les malades se trouvent dans la société, le contraste entre leurs actions et celles des personnes qui les entourent devient si apparent, que l'aliénation est manifeste pour tout le monde, frappé qu'on est des différences saillantes que la comparaison actuelle fait éclater, tandis que dans l'établissement le contraste avec les aliénés ne laissait au contraire apercevoir que les analogies avec la santé, et laissait complétement dans l'ombre les différences qui deviennent tout à coup saillantes dans la société, parce que de négatives elles sont devenues positives.

Après vous avoir fait connaître les principes de direction à suivre dans l'observation des aliénés, nous abordons l'histoire symptomatique de l'aliénation mentale. Deux méthodes d'exposition principales se présentent à l'esprit: faire de la pathologie générale ou de la pathologie spéciale, exposer les caractères communs à toutes les espèces de maladies mentales ou bien décrire avec soin chaque espèce en particulier. Ces deux méthodes, qui ont été adoptées exclusivement par divers auteurs, ont l'une et l'autre des avantages et des inconvénients. La pathologie spéciale a l'avantage de mieux adapter la description à la nature, de reproduire plus exactement les faits avec leur couleur locale, leurs caractères propres dans leur ordre de succession et de coordination naturelle; mais elle a l'inconvénient d'obliger à des répétitions fastidieuses et elle peut entraîner à accorder une importance exagérée aux différences individuelles au préjudice des caractères communs. La pathologie générale, plus philosophique et plus savante, a tous les avantages et tous les défauts de la généralisation: excellente, si la généralisation est réellement l'expression de tous les faits et si la vérité individuelle n'est pas sacrifiée à un classement artificiel ou à une idée systématique; elle est erronée ou dangereuse si elle masque la vérité des détails sous les apparences d'une généralité trompeuse.

En conséquence, nous ne croyons devoir adopter ni l'une ni l'autre de ces méthodes d'exposition d'une manière exclusive: nous ne ferons ni uniquement de la pathologie générale, ni uniquement de la pathologie spéciale; nous croyons qu'il est possible de suivre une méthode mixte qui participe des avantages des deux méthodes précédentes sans présenter les inconvénients de chacune d'elles.

Afin d'éviter des répétitions, nous allons commencer par décrire d'une manière générale les symptômes communs à toutes les espèces de folie, et nous réserverons pour la pathologie spéciale l'exposé des symptômes propres à chacune des formes en particulier; nous aurons ainsi l'avantage de ne pas enfreindre la loi des analogies en séparant dans la description des phénomènes semblables et de respecter en même temps la loi des différences en décrivant isolément les phénomènes différents qui se présentent isolés dans la nature. Je sais bien que cette méthode offre dans la pratique quelques difficultés d'exécution; je sais qu'il est quelquefois difficile de décider si un fait doit trouver place de préférence dans la description générale ou dans la description spéciale; mais ces difficultés de détail ne sont rien en comparaison des avantages considérables de cette méthode d'exposition. Quant à nous, ces difficultés ne nous embarrasseront jamais beaucoup; car, toutes les fois que nous serons indécis sur la place que doit occuper un de ces phénomènes, nous en renverrons toujours la description à la pathologie spéciale, bien persuadé que la pathologie générale ne doit absolument renfermer que les faits évidemment communs à toutes les espèces d'aliénation. Aussi cette partie générale du cours sera-t-elle nécessairement abrégée et peu étendue, puisqu'elle ne sera en quelque sorte qu'un préliminaire de la description particulière des diverses formes qui contiendra tous les détails de la symptomatologie des maladies mentales.

Voici du reste les détails du plan que nous adoptons pour l'enseignement de cette année:

Dans la leçon d'aujourd'hui, nous allons fixer votre attention sur les lésions de la sensibilité, des sentiments et des penchants, c'est-à-dire de la partie affective de notre être dans l'aliénation; nous consacrerons la leçon suivante aux troubles des facultés intellectuelles; nous étudierons ensuite avec quelque développement des phénomènes que nous regardons comme une dépendance des lésions de l'intelligence, mais que d'autres auteurs ont envisagés comme le résultat d'un trouble dans les sensations; nous voulons parler des illusions et des hallucinations. Ultérieurement, nous chercherons à apprécier les lésions de la sensibilité physique, des mouvements et des fonctions organiques chez les aliénés.

Après avoir ainsi passé en revue isolément ces quatre espèces principales de symptômes, nous terminerons cette partie générale du cours par le tableau de la marche des maladies mentales, c'est-à-dire par l'exposé de ces symptômes dans leur ensemble et dans leur ordre de succession naturel. Cela fait, nous aborderons la pathologie spéciale, que nous ferons précéder néanmoins de considérations sur la classification; nous décrirons, enfin, successivement les divers genres de maladies mentales, c'est-à-dire la manie, la mélancolie sous ses différents aspects, le délire partiel expansif ou monomanie, les formes chroniques, la démence et la paralysie générale. Nous aurons ainsi examiné dans ce cours tous les phénomènes de la folie, soit d'une manière générale, soit d'une manière spéciale, et sous le double rapport de la clinique et de la théorie.

Cherchons aujourd'hui à apprécier l'état général des facultés affectives et morales et des penchants chez les aliénés.

Il n'y a point de folie sans délire, c'est-à-dire sans trouble des facultés intellectuelles; mais on sait que le délire se manifeste de plusieurs manières et que l'aberration des sentiments ne le caractérise pas moins que le désordre des idées. Aussi a-t-on agité la question de savoir dans quels rapports se trouvaient chez les aliénés l'initiative, la fréquence et la prédominance du désordre des sentiments ou des idées.

Quelques médecins ont pensé que le seul emploi des facultés intellectuelles, sans émotions, sans plaisirs, ni peines de l'âme, conduisait bien rarement à l'aliénation, et c'est une opinion que nous partageons complétement.

Les exercices intellectuels, la contention d'esprit peuvent bien donner au système nerveux un degré de développement, de tension qui ne soit pas sans influence sur l'état de la sensibilité, mais ils agissent plutôt à la manière des causes prédisposantes que des causes occasionnelles.

C'est dans les épreuves et les divers modes d'excitation du sentiment qu'il faut chercher la source la plus commune de l'aliénation mentale.

Ce n'est pas assez de dire que la plupart des folies ne commencent pas par des paroles et des actes insensés, que les premiers phénomènes dérivent des sentiments.

On peut aller un peu plus loin pour marquer l'invasion de la folie en indiquant en quoi consistent ces premiers phénomènes; ainsi ce n'est pas le sentiment de l'amour, le sentiment religieux, le sentiment paternel ou maternel, ou le sentiment d'affection pour ses amis qui témoigneront les premiers par leur altération de l'invasion de la maladie mentale: ce sont là des phénomènes ultérieurs.

Ce qu'il y a d'initial dans la folie est bien du côté affectif, mais il n'y a rien de déterminé; tout est vague à cette période; les malades accusent une anxiété, une préoccupation, une curiosité inquiète, un mécontentement général, une irascibilité, une susceptibilité sans motifs ou du moins pour les plus légers motifs, un besoin de mouvement inexprimable ou une apathie que rien ne justifie, une grande volubilité de paroles ou un silence profond; tels sont les caractères premiers de l'aliénation mentale et qui annoncent qu'un changement se fait dans le cerveau; et, comme ce changement n'a pas encore une forme arrêtée, les manifestations y correspondent par leur imprécision et par leur généralité: elles sont indéterminées.

Les sensations sont plus souvent pénibles à cette période de la maladie. Mais à quoi tient cette peine de l'âme? Ne peut-on pas dire que le malade éprouve le sentiment confus de l'absence de ses anciennes idées, de sa manière d'être, de l'impuissance de ressaisir complétement son existence morale et de la crainte enfin de voir sa volonté subjuguée par les idées et les sentiments qui surgissent dans son esprit?

Sans doute cette analyse psychologique ne se fait pas d'une manière nette, car elle entraînerait des regrets amers exprimés avec énergie; mais ce malheur est senti comme instinctivement et se trahit par un phénomène correspondant, la douleur; bientôt le mal intérieur augmente, le désordre de l'esprit s'étend, et alors apparaissent des phénomènes de réaction plus intenses et mieux déterminés.

C'est alors que les sentiments naturels présentent des altérations et que le caractère du malade offre des changements notables; il aime ce qu'il haïssait et repousse les plus chers objets de ses affections. Les malades présentent en même temps une insensibilité apparente ou une sensibilité outrée; mais l'insensibilité peut être facilement suivie d'un état opposé, comme la sensibilité excessive manifestée à l'égard d'un objet quelconque offre des contrastes bien grands, et n'entraîne pas les conséquences qu'elle entraînerait si elle n'était pas maladive.

Cet excès de susceptibilité, qui tient au défaut d'harmonie entre sa manière de sentir actuelle et les impressions du monde extérieur, fait que l'homme se replie sur lui-même; impressionné péniblement, il voit sous l'aspect le plus sombre toutes choses et dans le présent et dans l'avenir; il devient défiant, soupçonneux par cela même qu'il sent défaillir sa force de réaction, et que son état physique lui fait éprouver une grande anxiété.

Tout lui paraît changé, parce que réellement il est affecté d'une manière différente par les choses extérieures; il est déjà privé de la force et de la justesse d'esprit nécessaires pour apprécier ses impressions, et pour se rendre un compte exact de leur étrangeté et de leur altération.

Dans cette situation, le malade cherche les causes auxquelles il peut rapporter le mal qu'il ressent; il les trouve dans le monde extérieur ou en lui-même, et quelquefois dans des puissances secrètes, dans des influences mystérieuses; lorsqu'il les rapporte au monde extérieur, ce sont souvent ses meilleurs amis qu'il accuse, et lorsqu'il s'accuse lui-même, il le fait avec une sévérité qui le porte à dénaturer les pensées et les actions les plus innocentes de sa vie passée.

Lorsque l'esprit se préoccupe des influences cachées comme causes de la situation pénible dans laquelle il se trouve, le délire prend alors la teinte des idées dominantes de l'époque sociale, la sorcellerie, la magie, la physique, l'astronomie, le magnétisme, la police, par son action prépondérante à l'époque actuelle et par les formes secrètes qu'elle est forcée d'employer, exerce aussi une grande influence sur le caractère du délire.

Ces états généraux et toutes les modifications dont ils sont susceptibles, constituent les diverses espèces de mélancolies, qui toutes sont caractérisées par une concentration pénible de l'âme avec prédominance d'une série d'idées ou de sentiments, et relative à l'amour, à la religion, à l'ambition, à la crainte, sous toutes ses formes, au désespoir qui entraîne au suicide, etc.

Ajoutons que cette anxiété, cette tristesse, cette morosité n'est pas seulement un des caractères principaux des mélancolies, qu'il se manifeste souvent dès le principe de toutes les maladies mentales; ce qui fait comprendre la justesse de la pensée qui a déterminé Sauvages à ranger toutes ces affections dans la classe des *morosités*, et M. Guislain à les désigner sous le nom de *phrénopathies*.

D'où nous pouvons induire encore que les caractères de la mélancolie correspondent à des situations particulières de l'âme qu'on observe dans l'état de santé et qui sont, dans quelques cas, que l'extrême degré; tels sont l'abattement moral, la tristesse, la disposition à l'irritation, à la colère, au mécontentement de soi-même et des autres, la sympathie et l'antipathie.

Des états contraires, c'est-à-dire ceux qui tiennent à l'expansion, qui s'accompagnent de contentement, de joie, d'activité plus grande des facultés intellectuelles et physiques, ont leurs analogues dans la santé et entraînent les mêmes conséquences. Il y a en effet, dans l'état de santé, des moments où toute la nature s'anime de toute la joie intérieure qui déborde. Dans ces moments, tout est assimilé à sa propre joie; le bonheur devient communicatif, ou du moins on éprouve le besoin de le répandre sur tout ce qui vous entoure par les manifestations de la sympathie la plus vive; ce qui ajoute au bonheur même du moment, c'est que l'avenir s'offre sous les plus riants aspects.

L'analogie de ces états de santé et de maladie ne se borne pas au sentiment de bien-être et du bonheur, elle s'étend jusqu'à la situation de l'esprit; car il est certain que, pour éprouver cette exaltation de bonheur qui enchante le présent et se prolonge dans l'avenir, il faut nécessairement que la mémoire n'interpose pas ses souvenirs et que la droite raison suspende momentanément son action.

Enfin, il y a dans l'un et l'autre état besoin incessant de parler et impulsion à des mouvements rapides.

L'augmentation de force musculaire est également commune à ces deux états; la maladie ne présente qu'une plus grande intensité dans tous ces phénomènes et un plus grand désordre.

Les caractères sont fondamentaux dans toutes les formes

de l'aliénation partielle avec expansion et excitation, et se rencontrent dans plusieurs formes d'exaltation maniaque.

Est-il juste de dire, avec Guislain, que les sensations et les idées de bonheur sont secondaires dans la folie et sont précédées des souffrances de l'âme? Il semble, en effet, que la tristesse correspond à une maladie moins profonde; il semble que, lorsque des idées gaies apparaissent chez un délirant, la raison ait été opprimée et qu'il y ait cessation de l'intervention dans l'esprit des idées qui pouvaient faire apprécier partiellement la situation, et entraîner ainsi la tristesse et le découragement. Ces idées et ces motifs n'intervenant plus, l'esprit se trouve livré sans défense à toutes les illusions maladives qui surgissent; ajoutons encore que, dès le principe de l'aliénation mentale, l'esprit ne succombe pas sans combat aux suggestions qui lui arrivent du dehors et du dedans; cette lutte qui s'établit dans les profondeurs de l'âme n'est pas toujours saisissable par la conscience, et pour divers motifs; mais l'impression pénible résultat de la lutte est ressentie, tandis que, lorsque par l'augmentation du délire la lutte vient à cesser, l'effet cesse nécessairement avec sa cause, et la liberté qu'éprouve l'esprit, alors que tous les obstacles ont disparu, cause un véritable bien-être.

Quoique ce fait de l'état de souffrance dès le principe des maladies mentales soit incontestable dans beaucoup de cas (et c'est un mérite de Guislain de l'avoir mis en relief), il est loin de se produire généralement. Il ne peut pas avoir lieu lorsque la folie éclate avec rapidité; on conçoit aussi que l'orgueil de l'homme soit un obstacle à l'appréciation des idées qui surgissent; l'homme, habituellement satisfait de lui-même, juge avec complaisance les actes de son esprit à l'invasion de la maladie comme auparavant; enfin, il y a beaucoup de natures qui subissent les circonstances sans réaction aucune, et là au moins il n'y a pas l'anxiété qui résulte du combat intérieur.

A ces modifications que nous venons d'énumérer succèdent des changements de caractère, et c'est de ces changements que date l'éclat de la folie.

Nous n'insisterons pas ici sur les altérations des sentiments, nous en parlerons ailleurs; nous nous bornerons à faire remarquer ici que c'est seulement dans les folies à lente évolution que le délire des sentiments peut être observé comme l'extrême du caractère habituel, et c'est une remarque que l'on doit avoir présente à l'esprit pour ne pas imputer aux aliénés l'odieux des mauvaises qualités qui sont uniquement dues à la maladie. On ne saurait dire combien cette confusion a été préjudiciable aux malheureux aliénés, au sein même de leurs familles.

Et cependant, il est si naturel de conclure que tout ce qu'ils disent, tout ce qu'ils font est le produit de la maladie!

Il serait trop long de dire quelles sont les causes d'erreur à cet égard; la principale, c'est que les sentiments entraînent à l'action et mettent en lutte les aliénés avec les personnes qui les entourent, et que cet état d'hostilité empêche celles-ci d'apprécier les motifs, et fait attribuer à leurs paroles, à leurs actes d'autant plus d'importance qu'elles voient au service de ces mauvais sentiments la dissimulation, la ruse et un certain enchaînement d'idées pour atteindre le but.

Il est des aliénés, dit Esquirol, dont le délire est peu sensible; il n'en est point dont les passions, les affections morales ne soient désordonnées, perverties ou anéanties. Cette opinion est, selon nous, trop absolue; mais, sans doute, cet habile observateur a voulu exprimer ainsi que la perturbation des sentiments était plus constante et plus caractéristique dans la folie que les divagations de l'intelligence.

Quelque inconstantes, quelque capricieuses que soient les sympathies et les antipathies, on délire toutes les fois que, sans motif appréciable au point de vue le plus large de l'expérience, de l'humanité, on fuit les personnes qu'on recherchait, on hait ceux pour lesquels on avait de l'affection, on déteste les choses qu'on aimait; que cette répulsion éclate en invectives ou qu'elle se manifeste par un éloignement silencieux, dès l'instant que rien ne saurait le motiver, elle indique un commencement et même quelquefois un degré avancé de délire; et cependant, comme il n'est pas rare alors d'observer encore de la rectitude dans les idées, cette perversion des sentiments est souvent mal jugée, on ne la considère point comme maladive, et elle devient trop fréquemment, dans les familles, une source d'injustice et d'irritation.

Nous reviendrons sur ce sujet en traitant des diverses périodes successives de l'aliénation mentale; qu'il nous suffise ici d'avoir exprimé qu'une aberration muette et profonde des sentiments est tout aussi bien un signe de délire que les discours et les perceptions les plus insensés.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 juin 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

La correspondance comprend:

Divers envois de documents officiels et de tableaux relatifs à la vaccine;

Deux lettres de MM. Cullerier et Morel-Lavallée, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. La lettre de M. Morel-Lavallée est accompagnée de divers mémoires qu'il présente à l'appui de sa candidature.

— M. le docteur Simonin (de Nancy) envoie un résumé d'observations météorologiques recueillies par lui en 1849.

— M. Grimaud adresse un échantillon du médicament qu'il propose comme succédané du quinquina dans les fièvres intermittentes, et qui n'est autre qu'un sulfate de strychnine et de brucine. Il sera écrit à l'auteur pour le prier d'envoyer des observations authentiques.

— M. Blancard, pharmacien, envoie une note supplémentaire à un travail précédent sur les pilules d'iodure de fer inaltérable.

Nouveau sparadrapier.

M. Soubeyran lit un rapport sur un nouveau sparadrapier, au sujet duquel le ministre du commerce demande l'avis de l'Académie. Le rapporteur propose de répondre au ministre que, tout en examinant avec intérêt le nouvel instrument, l'Académie regrette de voir l'auteur appliquer son intelligence à des travaux qui n'ont pas une grande valeur pratique, et ne peuvent lui faire grand honneur. (Adopté.)

Nouvel agent désinfecteur.

M. Huguier fait un rapport sur un nouvel agent désinfecteur, l'azotate de plomb, proposé par MM. Ledoyen et Raphanel. M. le rapporteur insiste sur ceci, que le nouvel agent n'a pas l'odeur désagréable des chlorures, et qu'il suffit d'en employer une forte petite dose, une partie dans onze parties d'eau.

Voici les conclusions du rapport:

1° Le liquide nouveau nous a paru jouir au plus haut degré de la propriété désinfectante, dans les circonstances où nous l'avons employé;

2° Il paraît particulièrement utile lorsque des matières en décomposition peuvent donner lieu à des composés sulfureux;

3° Employé à dose convenable, il peut conserver des pièces susceptibles de putréfaction.

M. Guibourt croit préférables les substances employées jusqu'à présent, le sulfite de soude, le sulfate de zinc, etc. Il rappelle que MM. Raphanel et Ledoyen sont les auteurs de ce placard, qui portait, au moment des élections de trois députés dans Paris, il y a quelques mois, le nom de *Chromo-durophane*. Il craint que l'approbation de l'Académie ne soit exploitée par le charlatanisme.

M. Caventou n'est pas de l'avis de la commission quant à la supériorité du nouvel agent sur les anciens. Il aurait voulu que l'on fît des expériences comparatives. Le ministre croira, en se référant au rapport actuel, qu'il n'y a de véritable désinfectant que l'azotate de plomb; ce qui n'est pas. Il demande le renvoi du rapport à la commission.

M. Huguier fait observer que la commission n'avait qu'à répondre à la question du ministre: le désinfecteur nouveau est-il bon? Il ne s'agissait nullement de le comparer avec les autres, qui ne sont pas en question. La commission n'avait qu'à répondre oui ou non à une demande nettement posée.

M. Robert, il y a sept ou huit ans, a été prié par les auteurs de faire quelques expériences sur cet agent. Il lui a reconnu des propriétés désinfectantes incontestables; mais il est un inconvénient dont M. Huguier n'a pas fait mention, c'est que le liquide a besoin d'être renouvelé très fréquemment; et ensuite qu'il noircit les linges qui servent aux pansements. Ces deux inconvénients ont fait renoncer à son emploi à l'hôpital Beaujon. Des conclusions aussi formelles que celles de la commission auraient pour effet d'induire le ministre en erreur.

M. Gibert croit que l'on méprise et que l'on délaisse trop aujourd'hui les chlorures, qui ont rendu et rendent encore tant de services en chirurgie et en médecine. Il trouve aussi les conclusions du rapport trop absolues.

M. Bouchardat connaît plusieurs désinfectants bien supérieurs au nitrate de plomb, le chlorure de peroxyde de fer, etc. Pour faire un rapport complet il faut examiner le liquide nouveau sous le triple point de vue: de la désinfection des plaies et des salles d'hôpital; celui de la conservation des pièces anatomiques; enfin celui de la désinfection en général.

M. Caventou ne veut pas qu'une commission reste limitée dans le cercle étroit d'une question posée par le ministre.

M. Gaultier de Claubry, membre de la commission, demande le renvoi à la commission, auquel consent également M. Bussy.

Le renvoi est adopté, et MM. Robert et Caventou sont adjoints à la commission.

Place vacante.

M. Ricord, au nom de la commission nommée pour la vacance dans la section de pathologie chirurgicale, demande qu'il soit permis à la commission de présenter six candidats. (Adopté.)

— M. Marchal (de Calvi) demande, et est autorisé à retirer un travail sur la tuberculisation des ganglions bronchiques qui avait été renvoyé au comité de publication, et n'a point encore été imprimé.

— M. Gosselin lit un mémoire fort intéressant sur les *kystes synoviaux de la main*.

Ce travail est divisé en deux parties; la première est consacrée aux kystes hydropiques, la seconde aux kystes ganglionaires.

Première partie. — Les kystes hydropiques se trouvent surtout dans les gaînes des tendons fléchisseurs. Ce sont eux que Dupuytren appelait à tort *hydatides du poignet*, et que M. Velpeau appelle *tumeurs crépitantes*.

La pathologie est obscure sur ce sujet, parce que les notions anatomiques sont vagues et incomplètes.

M. Gosselin fait voir que, dans l'état régulier, les tendons fléchisseurs des doigts sont accompagnés par deux bourses synoviales, et non par une seule, comme l'ont dit beaucoup d'anatomistes. L'une de ces bourses est externe et enveloppe le tendon fléchisseur du pouce seul, en se prolongeant jusqu'à l'extrémité de ce doigt; l'autre est interne et enveloppe les quatre tendons fléchisseurs de l'annulaire et du petit doigt, en se prolongeant jusque vers l'extrémité de ce dernier. Quant aux tendons de l'index et du médius, ils ne sont pas enveloppés par ces synoviales, et n'ont que des gaînes celluleuses tout à fait distinctes.

Mais il y a des variétés qui sont dues aux frottements réitérés. Une fois, par exemple, l'auteur a trouvé que les deux synoviales habituellement faciles à séparer l'une de l'autre, formaient une cloison solide percée d'un trou qui les faisaient communiquer. Plus souvent il a rencontré une troisième synoviale *accessoire* entre les deux précédentes. Quelquefois il a constaté que la bourse interne n'allait pas jusqu'au bout du petit doigt.

Les dispositions normales et les variétés font comprendre pourquoi le liquide des kystes hydropiques, qui occupe habituellement la synoviale interne, ne se prolonge pas jusqu'à l'extrémité du pouce et du petit doigt en même temps, pourquoi même, le plus souvent, il s'arrête à la paume de la main; pourquoi ces maladies sont plus souvent suivies de la rétraction des deux derniers doigts que des autres; pourquoi enfin le liquide passe quelquefois difficilement de l'un des lobes de la tumeur dans l'autre.

Deuxième partie. — Elle est consacrée à ces kystes dits *ganglions*, que l'on trouve si souvent sur la face dorsale du poignet. M. Gosselin s'occupe seulement de leur origine. Il montre combien la science est incertaine sur ce point, les uns rapportant cette maladie aux synoviales articulaires, les autres la plaçant dans les synoviales tendineuses; les uns l'attribuant à une hernie, les autres à une rupture de ces membranes synoviales.

Les recherches anatomiques de l'auteur le conduisent à mettre en doute l'origine des ganglions aux synoviales tendineuses, et à démontrer que leur origine à la synoviale radio-carpienne ou médio-carplenne est au moins beaucoup plus fréquente. Il a rencontré souvent de ces kystes à leur début, formant ce qu'il appelle des *corpuscules sous-synoviaux*. Puis, remontant à la production de ces corpuscules, il les attribue à l'oblitération de l'ouverture de certains appendices réguliers que présentent presque toutes les membranes synoviales, et qu'il regarde comme des cryptes ou follicules synoviaux. Pour lui, en un mot, la pathogénie du ganglion est analogue à celle des loupes sébacées et des kystes muqueux. Elle s'explique par l'accumulation de la synovie dans de petites synoviales qui avaient échappé à l'attention des anatomistes, et qui avaient été signalées dans quelques articulations seulement par MM. Velpeau et Welor. Ces tumeurs ont toujours une portion profonde qui est en rapport immédiat avec l'articulation radio-carpienne ou médip-carpienne.

M. Gosselin admet la même explication pour les kystes synoviaux voisins des autres articulations.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 juin 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Fécondation.

M. Coste lit un travail sur la fécondation contenant la relation d'expériences sur le nombre de pontes fécondes chez les femelles d'oiseaux que l'on sépare du mâle après l'accouplement.

Le but de l'auteur, en faisant ces expériences, a été de rectifier une opinion fort ancienne empruntée aux croyances communes, et introduite dans la science par les naturalistes les plus illustres, savoir: qu'une poule séparée du coq immédiatement après un ou plusieurs accouplements pourrait pondre pendant un temps pour ainsi dire illimité, des œufs féconds.

D'après les résultats que M. Coste a constatés, l'influence de la fécondation s'étend beaucoup moins loin qu'on ne le suppose chez les oiseaux et chez la poule en particulier. Voici quelques-unes des conclusions auxquelles il est arrivé sur ce sujet, et qui nous paraissent de nature à intéresser l'histoire générale de la fécondation.

Les poules ou les femelles de canards que l'on sépare du mâle après l'accouplement ne pondent le plus ordinairement que 5 œufs féconds, rarement 6, et plus rarement 7.

Quelque fréquent que soit l'accouplement, le nombre d'œufs féconds qui en résulte n'est jamais augmenté; une poule séparée du mâle après un seul rapprochement a reçu une influence aussi durable qu'une autre poule qui avait été cochée onze fois dans la même journée.

PATHOLOGIE CUTANÉE.

De la nécessité de maintenir l'ordre spécial des maladies de la peau.

Par M. le docteur Duchesne-Duparc.

S'il faut en croire un honorable confrère en dermatologie, l'ordre spécial des maladies dartreuses, reconnu et admis par la plupart des pathologistes, ne repose que sur des distinctions illusoires et doit en conséquence disparaître des cadres nosologiques: de plus, la cause de ces singulières altérations, désignée sous le nom de *virus* ou *vice dartreux*, n'est qu'un produit de l'imagination, attendu que ces maladies n'ont rien de spécial que leur siége, et qu'elles dépendent, comme celles des autres organes, de causes prédisposantes et déterminantes de diverses natures.

Comme exemples à l'appui de cette nouvelle et grave appréciation, son auteur cite l'influence de l'âge sur le favus et le lichen, celle du tempérament sur la gale, qu'il croit susceptible d'un développement spontané.

Cette doctrine, si différente de nos idées sur la matière, a été émise et soutenue dans la séance du 13 février dernier de la Société médicale des hôpitaux de Paris (*Gazette des Hôpitaux*, n° 20). Parmi les opinions qu'elle réunit, les unes me semblent en contradiction formelle avec l'expérience de chaque jour; les autres, loin de faire progresser la thérapeutique des dartres, auraient pour résultat de rendre leur traitement et leur guérison plus difficiles et moins durables.

Ainsi, tout en admettant que la gale et le favus trouvent dans certaines conditions d'âge et d'organisation de la peau des éléments qui favorisent leur invasion et leurs progrès, je ne connais dans la science aucun fait qui autorise à penser que la gale ou le favus peut

se développer spontanément, c'est-à-dire se former de toutes pièces et en debors des lnis qui président à la contagion : ces deux affections sont toujours parasites; si le mycoderme, qui sert de base et de point de départ à la *végétation faveuse*, ne vient accidentellement s'implanter dans l'une ou l'autre des cellules épidermoïdes, il ne se développera pas de favus; de même qne la gale, quelle que soit sa forme ou ses complications, sera toujours due à l'introduction et au séjour sous l'épiderme dc l'insecte microscopique appelé *acarus* et dont M. le docteur Bourguignon et avant lui M. le docteur Gras ont si ingénieusement étudié les habitudes et le mode de propagation.

Maintenant serait-il rationnel de confondre dans un cadre nosologique commun aux autres maladies les affections chroniques de la pcau, les dartres proprement dites? Je me demande alors pourquoi l'bonorable M. Devergie a cru devnir réunir en 1844 les affections cutanécs dans un ordre à part et différent de ceux généralement adoptés au lieu de démontrer la complète inutilité de toutes ces classifications et la nécessité de fondre les dermatoses dans la pathologie générale? Pour moi, loin de partager les illusions de mon savant cnnfrère, je crois moins que jamais à la possibilité d'une telle fusion; et la tenter, je le répète, me paraîtrait la chose la plus illogique et la moins favorable au traitement des maladies de la peau.

Je n'ignore pas que, parmi les genres morbides cutanés, il s'en rencontre un certain nombre qu'il serait facile de faire rentrer dans la classe commune des hypérémies ou affections sténiques, autrement dit des *inflammations* : ainsi, l'érysipèle, l'érythème, le pemphyx, le phlysacia, l'urticaire, la vésiculite, le furoncle, le charbon, la pustule maligne offrent d'une manièrc tranchée les caractères communs à tout état véritablement inflammatoire : dans chacune de ces affections, les causes sont presque toujours directes et de nature irritante; pour symptômes, on trouve la douleur, l'injection et la coloration, la chaleur et le gonflement, et, comme modes de terminaison, la résolution si l'inflammation a été modérée, et, dans les cas contraires, la suppuration, la gangrène, l'induration.

Le traitement vient lui-même compléter la similitude, car il se résume dans ccs deux propositions :

1° Eloigner de la partie enflammée tout ce qui peut y entretenir ou y augmenter l'irritation;

2° Diminuer ou éteindre le travail inflammatoire soit directement, soit indirectement par une série de moyens que nous savons être presque en tous points les mêmes.

Mais, je me bâte de le dire, l'analogie disparaît avec ces gcnres morbides; car si nous passons à une autre classe, celle des *exanthèmes* ou fièvres éruptives, nous ne trouvons plus, malgré la rapidité de la marche et tous les symptômes d'affections véritablement aiguës, que la seule apparence d'une inflammation. Regarderons-nous, en effet, comme de simples dermites la variole, la vaccine, la vnricelle, la roséole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire?

Il suffit pour répondre à cette question et la résoudre négativement d'étudier la conduite du praticien mis en présence des symptômes précurseurs de toute éruption exanthémateuse ct de le suivrc alors même qu'il a positivement reconnu la nature du mal. Daus le prcmier cas, il se horne toujours à une médecine d'examen et d'expectation; dans le second, ses efforts tendront à écarter avec soin tous les obstacles capables d'enrayer le travail morbide.

Une marche si différente ne s'explique que par la diversité des caractères patbologiques.

Faut-il ajouter que l'abandon à eux-mêmes des premiers rudiments de l'éruption et la recommandation d'éviter tout ce qui pourrait ralentir ou entraver sa marche sont justifiés par l'inutilité d'une médication abortive, attendu que, s'il est possible de prévenir vers la peau un raptus trop violent, on ne peut cependant annibiler le travail fluxionnaire que tout exanthème détermine dans cette membrane?

Je dirai plus : lors même que la science posséderait les moyens d'enrayer l'efflorescence exanthémateuse, il faudrait bien se garder d'y recourir, par la raison que chaque exantbème ne devient, pour le sujet contaminé, une garantie contre une nouvelle intoxication qu'après avoir parcouru ses différentes périodes; et je reste convaincu qu'en parcil cas la plupart des rechutes sont bien moins l'effet d'une prédisposition organique que la conséquence de l'interruption dans la marche d'une première efflorescence, d'où résulte nécessairement une purification incomplète.

Certains auteurs, imités en cela par M. le docteur Gibert, ont cru devoir retrancher du cadre des dermatoses l'histoire des fièvres éruptives; je demande alors dans quelle nutre famille on peut logiquement les admettre?

Maintenant, si, par une brusque transition, nous passons aux syphilides qui revêtent bien souvent encore, surtnut à leur déhut, la fnrme aiguë ct inflammatoire, et que personne, avant l'honorable M. Devergie, n'avait songé à retrancher de la patholngie cutanée, par la raison que c'est toujours à la peau ou à l'origine des surfaces muqueuses qn'elles effectuent leur première apparition, je demande s'il serait rationnel de disperser dans les différentes divisions d'un traité de pathologie les formes multiples et si variées qu'elles peuvent offrir, et si, au contraire, toutes les espèces qui s'y rattachent ne se trouvent pas étroitement liées ensemble par l'identité du caractère morbide et la constante uniformité des indications tbérapeutiques? Jamais groupe d'affections ne fut plus harmonique et plus naturel; elles ne peuvent donc être disjointes, et aucun praticien ne songera à les étudier ailleurs que dans un traité tout à fait spécial, ou comme classe distincte et bien tranchée d'un cadre dermatologique.

J'admets qu'on ne puisse plus rigoureusement en dire autant de la carcine cutanée, ainsi que de la péliose et de la pétéchie; ces dcux derniers genres surtout appartiennent à la grande classe des hémorrhagies, et retrouvent leurs analogues partout où se rencontre une membrane vasculaire et un épithélium. Mais le cancer, quels que soient son aspect et sa forme extérieure, a pour origine et pour élément la formation d'un tissu nouveau; le siége du mal ne change rien à sa nature; la molécule qui le caractérise et que nous ont fait connaître les récentes découvertes de la chimie organique, n'existe dans aucun tissu normal; sa marche n'a d'ailleurs rien de commun avec celle des autres maladies; comment alors ne pas lui réserver une place distincte, quel que soit le cadre auquel on veuille le rattacher? Il m'a paru logique de laisser figurer la carcine et les lèpres dans une classe des dégénérescences cutanées. Quelle autre affection placer, en effet, à côté de ces affreuses lèpres qui s'attaquent aux formes bien plus qu'à l'existence, forcent l'homme, en lui conservant ses facultés morales, à rester le témoin de sa dégradation, de son agonie, et dont les premiers stigmates se montrent constamment à la peau?

Quant à la scrofule, elle peut facilement être détachée du cadre dermatologique; mais comme c'est presque toujours par la peau ou dans son voisinage qu'elle débute; comme les tuméfactions de tissu, les mamelons glanduleux, les ulcérations qui la caractérisent sont plus fréquemment observés à la peau que dans tout autre point de l'économie, je vois plus d'avantage que d'inconvénient à la maintenir comme genre morbide cutané.

Partout ailleurs, son histoire serait bien autrement disparate.

Ces considérations démontreraient à elles seules combien il est rationnel de conserver une place distincte à la pathnlogie cutanée dans tout cadre nosologique bien coordonné. Il va me suffire, pour donner à cette proposition tonte l'évidence qu'elle comporte, d'étendre mon examen aux genres morbides qui ont leur origine et leur siége dans l'un ou l'autre des éléments constitutifs du derme, et que, pour cela, certains auteurs désignent sous le titre de *maladies spéciales de la peau*. Ces parties propres du derme snnt les follicules séhacés, l'appareil sudoripare, le corps papillaire et la membrane pigmentale qu'on sait pourvue de la double fonction de sécréter les couches colorantes en même temps que les lames épidermoïdes et cornées.

Eh bien! chacune de ces parties peut devenir le siége d'nltérations vnriées qu'on rencontre journellement dans la pratique, qui sont principalement connues sous le nom de *dartres*, et dont il est véritablement impossible de nier les *caractères spéciaux*.

Pourquoi ne pas conserver ce nom si caractéristique de *dartre* que nous voyons consacré dès la plus baute antiquité, et qui ne porte l'inquiétude que dans l'esprit des ignorants?

Je rattache à la classe des affections dartreuses : 1° sous le titre générique *herpes*, le pityriasis, le psoriasis, le lepra vulgaris, l'exzema de Willanistes, l'ichtyose des auteurs; 2° sous celni de *varus*, l'acné de Willan et ses différentes variétés, comme la couperose, la mentagre, etc.; 3° sous ceux de *mélitagre* et de *lichen*, l'altération impétigineuse de l'école anglaise et les formes papuleuses du prurigo.

Je le demande à l'bonorable M. D..., quelle place donnera-t-il à ces singulières nffections qui attaquent l'homme à toutes les époques dc son existence; qu'on retrouve dans toutes les classes de la société; qui sont la conséquence de l'oubli des lois de l'hygiène et des écarts de la civilisation, lorsqu'elles ne reconnaissent pas pour cause une transmission héréditaire; qu'on voit ramper à la surface du derme et souvent envahir ln majeure partie de la peau, sans déterminer d'autres troubles que quelques phénomènes nerveux particuliers qui n'ont pour siége que la partie malade elle-même?

Les dartres compromettent rarement l'existence; mals leur durée toujours fort longuc, leurs fréquentes et subites cxaccrhations, leur extrême tendance à récidiver et, par-dessus tout peut-être, la funeste influence qu'elles exercent sur nos relations et jusque dans nos rapports les plus intimes, feront toujours de cette classe d'affections autant de lésions justement redoutées, et contre lesquelles, il faut l'avouer, n'échouent que trop souvent les efforts du thérapeutiste.

Ainsi donc, nous voyons les affections cutanées non-seulement s'unir de manière à former des groupes ou classes barmoniques, mais encore un grand nombre d'entre elles se présenter avec des caractèrcs tellement tranchés et distincts de ceux qui accompagnent les maladies des autres organes, qu'on ne peut songer à les confondre dans un cadre nosolngique commun, à moins qu'on ne veuille rompre avec les lois d'une saine analogie et du bon sens médical.

Dans cet essai, j'ai passé sous silence un certain nombre de dermatoses la plupart peu importantes et qui constituent plutôt des désagréments que des maladies, comme certaines lésions de coloration, certaines bypertrophies, etc.; et, ce qui est plus grave, je laisse sans réponse la négation exprimée du vice dartreux. Cette question reviendra en temps et lieu et sera traitée avec toute l'importance qu'elle mérite.

Je répéterai donc en terminant qu'il faut laisser à la pathologie cutanée la place distincte que lui assignent les remarquables publications de Lorry, de Plenck, de Willan, d'Alibert et de leurs successeurs : j'ai cru devoir réduire à 44 le nombre des genres morbides cutanés. Ces genres sont : l'érythème, l'érysipèle, le pemphix, le phlysacia, l'urticaire, la vésiculite, le furoncle, le charbon, la pustule maligne, la variole, la vaccine, la varicelle, la roséole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire, l'achore, la porrigine, le favus, l'herpès, le varus, la mélitagre, le licben, la carcine, la leuce, la spiloplaxie, l'éléphantiasis, la pellagre, la scrofule, l'estiomène, la péliose, la pétécbie, l'achrome, le dyscbrome, la dermatolysie, le nœvus, la tumeur érectile, la kéloïde, la verrue, lc cors, la sypbilis, le mycosis, le radesyge.

Dans cette énumération, chaque affection se trouve placée en raison de ses rapports avec celles qui la précèdent ou la suivent. Pour en faciliter l'étude, je les ai réparties dans 11 classes ou groupes différents, savoir : les dermites, les exantbèmes, les gourmes, les dartres, les dégénérescences, les scrofules, les scabies, les bémorrbagies, les lésions pigmentaires, les bypertrophies, les sypbilides. Cette classification étahlie, comme celle de mon ancien maître Alibert, d'après les analogies morbides, nous offre le double avantage d'assigner à chaque dermatose la place qu'elle doit occuper en raison de ses caractères et d'ôter par conséquent toute incertitude aux applications tbérapeutiques.

Toutes les Sociétés médicales d'arrondissement de Paris ont nommé des délégués ayant la mission de faire auprès des autorités compétentes des démarches pour obtenir dans la nouvelle loi qui se prépare sur la garde nationale la conservation du mode actuel de nomination des chirurgiens attachés tant au service actif qu'aux conseils de recensement et de révision, c'est-à-dire la nomination à ccs emplois par élection directe des médecins habitant la circonscription réunis aux officiers dc la légion.

Une réunion générale des délégués et des cbirurgiens principaux et majors des légions a eu lieu le 11 juin chez M. le professeur Piorry et sous sa présidence.

Elle a chargé une commission de *cinq* membres d'exposer les vœux du corps médical au ministre de l'intérieur et au général en chef commandant la garde nationale de Paris.

La prompte et gracieuse réponse de l'autorité à la demande d'audience qui lui est faite par la commission dnnne lieu d'espérer le succès de ses vœux, si justes en droit et si modérés dans leur expression. La commission doit se présenter le 19 juin chez M. le général Pérot; et, le 21, cbez M. le ministre de l'intérieur. M. Deguise, inspecteur général du service de santé de la garde nationale, a été invité par la commission à vouloir bien se joindre à elle.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqnés au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 22 JUIN 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 74.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38; HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

Revue clinique hebdomadaire.

Syphilis constitutionnelle grave. — Néphrite albumineuse. — Gangrène. — On se rappelle peut-être l'observation intéressante que nous avons donnée dans le numéro du 30 mars, d'une femme âgée de soixante-deux ans, qui présentait des accidents consécutifs de syphilis, parmi lesquels se trouvait une tumeur de la bosse frontale, qui communiquait avec le sinus frontal, se vidait au travers de l'infundibulum dans la fosse nasale correspondante.

Cette malade ayant succombé à une maladie intercurrente, nous allons donner aujourd'hui la suite de l'observation et décrire les lésions trouvées à l'autopsie, qui a été faite avec beaucoup de soin par M. Thouvenel, interne distingué des hôpitaux, lequel a bien voulu nous communiquer cette note. L'histoire de ce fait remarquable sera ainsi complète.

Cette malade, avons-nous dit, portait deux exostoses très douloureuses : l'une sur l'extrémité inférieure de l'humérus gauche; l'autre sur le radius du côté droit, auprès de l'articulation radio-carpienne. En outre, elle avait au niveau de la bosse frontale, du côté droit, une tumeur dont elle ne se plaignait pas. Celle-ci se ramollit sans que la peau qui la recouvrait s'enflammât; puis, sans s'être ouverte à l'extérieur, elle disparut presque complètement, se remplit de nouveau après quelques jours et disparut une seconde fois. Alors, cherchant la cause de ce phénomène singulier, nous nous aperçûmes que si, en palpant la tumeur, on exerçait sur elle quelques pressions, la malade éprouvait, dans le nez et sur la face postérieure du voile du palais, une sensation particulière qui lui donnait envie de se moucher et de cracher. En soufflant par le nez, elle faisait couler, par la narine correspondante à la tumeur, du pus épais, bien lié, jaune; elle en rendait aussi en crachant. Il était donc hors de doute que la tumeur communiquait avec le sinus frontal, et se vidait par l'infundibulum dans la fosse nasale; le passage du pus avait lieu tantôt spontanément lorsque la tumeur s'était bien remplie, d'autres fois seulement quand on pressait sur elle avec la paume de la main. La peau qui couvrait la tumeur est devenue rouge, s'est amincie à la longue, et il s'est même fait, à deux ou trois reprises, de petites perforations par lesquelles s'est écoulé du pus; mais elles ont été refermées le lendemain sans laisser aucune trace.

Dans les premiers jours du mois d'avril, il est survenu de la bouffissure à la face, un peu d'œdème des membres inférieurs et des mains; la malade se plaint d'un état de malaise, de n'avoir plus d'appétit, d'éprouver des envies de vomir; elle a du dévoiement depuis quelques jours, se plaint de frissons dans le dos, d'un endolorissement de la région rénale. La quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures est très peu considérable; on l'examine, et on trouve qu'elle renferme une grande quantité d'albumine.

L'œdème augmente toujours, s'étend aux cuisses, au tronc, aux membres supérieurs; l'urine est claire, rendue en très petite quantité, contient beaucoup d'albumine; le coagulum, précipité par l'acide nitrique, a une couleur rosée singulière.

Dans les premiers jours du mois de mai, il y a une légère amélioration; la quantité des urines est plus grande, elles contiennent moins d'albumine; mais après quelques jours la maladie reprend son cours; l'acide nitrique détermine de nouveau la formation de flocons épais qui ont toujours la même couleur rosée; la malade est plus abattue, s'affaiblit, ne mange presque plus, éprouve un peu d'oppression.

On a donné successivement sans succès les diurétiques, les excitants de la peau, les toniques, les purgatifs.

Le 17 mai, il survient un érysipèle sur la partie supérieure de la cuisse droite, dans le pli de l'aine; il s'étend rapidement; il se forme des phlyctènes noires, larges; l'érysipèle envahit les deux cuisses et le ventre, la peau se gangrène en plusieurs points; la quantité d'albumine contenue dans les urines est, pendant tout ce temps, aussi considérable qu'auparavant, et la malade meurt le 19.

AUTOPSIE. — *Tête.* — Le frontal est profondément altéré dans presque toute la largeur de la table externe, mais plus à droite qu'à gauche; il offre des crevasses profondes, anfractueuses, séparées par des portions d'os très dures, sortes de stalactites de forme irrégulière, dentelées, perforées d'une multitude de petits trous; en un mot, le tissu de l'os est détruit dans beaucoup de points, raréfié dans d'autres, ce qui lui donne une ressemblance grossière avec le tissu spongieux, mais il n'a rien perdu de sa dureté ni de sa couleur blanche; le fond des anfractuosités est tapissé par une sorte de membrane épaisse, sans consistance, rosée. Plusieurs de ces excavations se creusent dans l'épaisseur de l'os un trajet sinueux.

Le sinus frontal est largement ouvert par les crevasses dont nous parlons, et qui sont formées par la disparition de sa paroi antérieure; il n'y a pas avec les fosses nasales d'autre communication que celle établie par l'infundibulum. A la face interne ou cérébrale, rien d'appréciable; sur les parties correspondantes du cerveau, aucune altération.

Abdomen. — Epanchement séreux dans le péritoine. Foie gorgé de sang, d'un rouge brun-foncé avec un piqueté noir, présentant à la surface quelques taches plus foncées que le reste de l'organe; il a sa densité et son volume habituels. Les reins n'ont pas diminué de volume, cependant l'un est plus petit que l'autre; leur surface est injectée, on y voit de larges taches jaunâtres, quelques bosselures. La substance corticale est évidemment injectée. Plusieurs pyramides sont atrophiées, ont presque disparu; elles sont plus rouges qu'à l'état normal, et ne présentent plus leur aspect tubuleux. Celles des extrémités sont intactes; la substance corticale est jaunâtre, un peu ramollie.

L'utérus présente deux ou trois masses plus grosses que des noix, très dures, comme fibro-cartilagineuses à la coupe, arrondies, régulières, développées en dehors des parois de l'organe.

Il serait peut-être intéressant d'examiner plus attentivement les raisons de ces coïncidences de néphrite et de syphilis constitutionnelle dont M. Rayer a observé plusieurs exemples. Nous nous bornons à signaler aujourd'hui ce curieux sujet de remarques.

Suites d'une opération de cataracte. — Nous avons assisté, il y a quelques semaines, à une opération de cataracte pratiquée par M. Velpeau sur l'œil droit d'un individu couché au n° 4. La méthode employée a été l'abaissement, que M. Velpeau préfère, en général, à l'extraction, sauf indications particulières. Nous ne voulons parler ni de l'opération qui a été parfaitement régulière et n'a présenté rien de notable, ni de la préférence que, selon quelques chirurgiens, il faudrait accorder à l'une plutôt qu'à l'autre méthode opératoire dans la généralité des cas; nous voulons seulement mentionner un accident de l'opération qui se rencontre assez fréquemment, et qui peut avoir des conséquences bien différentes suivant la cause à laquelle il est dû.

Chez ce sujet, au moment de sa sortie, le 15 juin, la vue était rétablie parfaitement claire et nette dans une partie du champ de la pupille; mais dans la moitié supérieure de la pupille, il reste quelques flocons blanchâtres que nous pouvons comparer, pour leur disposition, à une jalousie à moitié soulevée. Ces flocons, mobiles, comme on le voit facilement pendant les mouvements de l'œil, sont adhérents seulement par leur partie supérieure; ils sont de telle nature qu'ils finiront par se dissoudre, et que la vue se rétablira dans son intégrité.

Souvent après les opérations de cataracte, faisait observer le professeur, il reste ainsi des flocons blancs dans le champ pupillaire. Ils peuvent être de deux sortes, et leur distinction est de la plus haute importance au point de vue du pronostic. S'ils sont concrets, ils sont formés par la substance même du cristallin, et il y a tout lieu d'espérer qu'ils seront résorbés et que la vue redeviendra nette. Dans l'immense majorité des cas, les lambeaux cristalliniens finissent par se dissoudre dans l'humeur aqueuse et disparaissent. Dans d'autres cas, ces lambeaux appartiennent à la capsule cristalline, et alors il est beaucoup plus douteux que l'on puisse en obtenir la résorption, si tant est même que cela soit arrivé quelquefois. Du reste, lorsque ces lambeaux capsulaires sont assez considérables pour empêcher le malade de jouir suffisamment du bénéfice de l'opération primitive, il y a souvent lieu, après la guérison complète, de réintroduire de nouveau l'aiguille et de détruire ces lambeaux par un broiement ordinairemeut assez peu dangereux.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, par le Dr CIVIALE. (2e partie. Maladies du col de la vessie et de la prostate, avec 5 planches.) 2e édit. Paris, 1850, J.-B. Baillière.

Les nombreux et importants travaux dont M. Civiale a depuis longtemps doté la chirurgie des organes génito-urinaires ont justement attiré l'attention des praticiens. Le livre qu'il vient de publier s'adresse particuliérement à eux. Il traite, en effet, de maladies trop peu étudiées, et qui cependant ont beaucoup d'importance : ce sont les affections du col de la vessie, de la prostate et des organes internes de la génération. Il renferme en outre des recberches et des observations nouvelles propres à élucider certains points de la science du praticien.

Le livre sc divise en deux parties. Dans la premiére, l'auteur étudie les maladies du col de la vessie et des organes internes de la génération; dans la seconde, celles de la prostate. La fréquence et la gravité de ces affections, les accidents qu'elles produisent, les suites qu'clles entraînent, justifient les détails dans lesquels l'auteur est entré. Jusqu'à présent, presque tous ceux qui ont écrit sur les maladies des voies urinaires ont confondu celles du col et du corps de cet organe; il était nécessaire d'étudier séparément ces deux ordres de maladies, et de montrer que « presque toujours les affections du corps de la vessie ne naissent que par la propagation ou par l'influence de la maladie qui a pris naissance au col. »

Mais pour procéder avec méthode, et donner aux observations toute l'exactitude désirable, il fallait recourir à des moyens d'exploration plus parfaits que ceux dont on faisait usage. Les travaux sur l'art de broyer la pierre ont conduit l'auteur à la connaissance de nouvelles ressources.

« La lithotritie, dit-il, comme opération nouvelle, avait ses exigences et ses difficultés propres. Or, pour porter dans la vessie des instruments dont le volume et surtout la forme et la direction semblaient repousser l'emploi, il fallait des connaissances spéciales en anatomie et en pathologie, etc., il fallait connaître avec exactitude la route normale que doivent parcourir les instruments, étudier avec soin tous les changements que l'état morbide peut y apporter, etc. »

Aussi, depuis la découverte de la lithotritie, cette précieuse conquéte de la cbirurgie moderne, les affections des organes génito-urinaires en général, et surtout celles du col de la vessie et de la prostate en particulier, sont-elles devenues le sujet de recherches nouvelles et de travaux importants.

Ces progrés, que nous ne pouvons qu'indiquer, se trouvent exposés dans les remarques préliminaires placées en téte de l'ouvrage de M. Civiale.

La première partie de cet ouvrage est consacrée aux maladies du col de la vessie. Après quelques considérations pleines d'intérêt sur la sensibilité du col vésical, et sur les sympathies remarquables qu'elle développe, l'auteur passe à la description des états maladifs. Considérés d'une manière générale, ils forment deux séries, comprenant, l'une les lésions purement vitales, l'autre les altérations organiques proprement dites. Ces états morbides sont susceptibles de se succéder, de se compliquer, ou d'exister simultanément; mais ils se montrent quelquefois au praticien indépendants les uns des autres. L'auteur divise les divers états névralgiques du col en deux catégories. La première comprend : 1° les cas simples, caractérisés par des phénoménes purement locaux, qui sont : fréquence des besoins d'uriner, lenteur, gêne, et méme sorte de douleur pour les satisfaire; parfois il y a quelques indices de catarrhe vésical. 2° Les cas graves, dans lesquels il y a exaspération de ces symptômes, ainsi qu'apparition de phénoménes généraux; c'est dans ces cas surtout que se montrent les sympathies dont l'auteur a parlé au commencement de ce chapitre.

La seconde catégorie comprend les cas compliqués. Les troubles fonctionnels sont alors provoqués ou entretenus par une lésion organique plus ou moins facile à reconnaître, et qui modifie essentiellement les caractéres de la névralgie.

Parmi les diverses lésions qui apparaissent le plus fréquemment avec la névralgie, nous citerons les rétrécissements organiques de l'urètre, les maladies de la prostate et fongosités au col de la vessie, avec altérations profondes des organes génitaux et des parois vésicales, l'affection calculeuse. Après avoir longuement insisté sur l'influence que ces diverses lésions exercent sur le développement anormal de la sensibilité et de la contractilité du col, et indiqué la conduite à suivre dans chacun de ces cas, l'auteur passe en revue les causes nombreuses qui peuvent produire ces affections nerveuses. Ce chapitre, ainsi que celui consacré à leur traitement, mérite toute l'attention des praticiens, qui trouveront dans l'ouvrage même tous les développements que comporte un tel sujet, et que nous ne saurions analyser.

Les affections des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs sont l'objet d'un chapitre important de l'ouvrage de M. Civiale. Toutefois l'auteur ne se dissimule ni l'obscurité profonde qui couvre encore cette partie de la pathologie, ni l'insuffisance des ressources de l'art, alors même qu'on parviendrait à déterminer d'une maniére rigoureuse la nature des désordres. Rappelant les signes indiqués par les auteurs, et en appréciant la valeur, il montre la lacune qui existe à ce sujet. L'étiologie et le traitement de ces affections doivent nécessairement se ressentir de l'incertitude de nos connaissances. Cependant il est des causes dont l'action ne saurait être contestée, ce sont la gonorrhée, les rétrécissements de l'urétre, les irritations et inflammations du prépuce et du gland, les maladies de la prostate et du col vésical, la masturbation et les excès de coït. Quant au traitement, l'auteur ne s'est pas borné seulement à indiquer les moyens qui peuvent être avantageusement employés; il en a fait deux catégories applicables aux différents cas qui peuvent se montrer avec excès ou défaut d'action des organes génitaux. Cette distinction lui a permis de préciser les indications beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. Le praticien trouvera du reste dans cette partie de l'histoire de ces affections tous les préceptes nécessaires pour instituer un traitement rationnel.

L'auteur termine la première partie de cet ouvrage par l'histoire des écoulements urétro-prostatiques, des maladies de la créte urétrale, et par quelques mots sur les varices du col de la vessie.

La deuxième partie comprend l'histoire des affections de la prostate, qui, en raison de leur fréquence et des effets qu'elles produisent, méritent d'attirer l'attention des praticiens et d'étre étudiées avec le plus grand soin.

Le premier chapitre est consacré à l'étude des valvules ou barrières urétro-vésicales, productions pathologiques tellement liées aux lésions de la prostate, que l'auteur n'a pas hésité à les placer parmi elles. La connaissance de ces valvules remonte au moins à Lieutaud et à Deschamps. On les trouve indiquées sous des noms divers par Sariard, Bonet, Morgagni, ainsi que dans les ouvrages de Home, de Bell, de Guthrie et de l'auteur. Dés 1823, en effet, les valvules ou barriéres urétro-vésicales avaient fixé son attention; depuis cette époque, il les a observées avec soin, et en a même distingué les espèces dans plusieurs de ses ouvrages. C'est donc à tort, et sans tenir compte de ces observations, que, de nos jours, on a présenté cette maladie comme récemment découverte.

De la marche de quelques phénomènes hystériques. — Des observateurs animés d'un grand zèle pour la science poursuivent aujourd'hui avec une louable persévérance des expériences sur le traitement de quelques-uns des symptômes de l'hystérie, et en particulier des paralysies et des anesthésies. C'est surtout la galvanisation sous diverses formes qui est en ce moment l'objet des expérimentations les plus actives. Ces expériences, nous le répétons, sont dirigées par des hommes instruits et animés d'un véritable esprit scientifique, et bien capables assurément de les mener à bonne fin et de tirer des conséquences rationnelles, exactes. Cependant, peut-être ne sera-t-il pas inutile de rappeler, afin de modérer l'empressement bien légitime que tous les expérimentateurs ont à conclure, les difficultés de toutes les expérimentations thérapeutiques en général et plus encore celles des expérimentations faites sur les hystériques. Les courtes réflexions que nous allons faire nous sont suggérées par plusieurs malades que nous avons observées récemment dans divers services et spécialement par celle que nous avons vue aujourd'hui encore dans le service de M. le professeur Cruveilhier. Celte malade, jeune encore, comme presque toutes les hystériques, était depuis assez longtemps affectée, entre autres symptômes, d'une extinction de voix presque complète. Cette extinction de voix avait suggéré l'idée d'exciter, à l'aide de la galvanisation, les muscles de la glotte; un honorable et savant expérimentateur, bien connu, avait bien voulu se mettre à la disposition du chef de service. Mais la malade s'est refusée à cette opération. Or, qu'est-il arrivé? C'est que l'extinction, qui semblait en quelque sorte passée à l'état chronique et devoir se prolonger indéfiniment, a disparu tout à coup depuis quelques jours. Eh bien! ce changement subit ou presque subit ne s'observe pas seulement pour les extinctions de voix, pour les anesthésies légères, elle s'observe quelquefois aussi pour les paralysies, pour les contractures hystériques les plus graves et en apparence les plus désespérées. Les faits de ce genre sont assez communs assurément pour n'être point inconnus des honorables expérimentateurs auxquels nous faisons allusion; mais enfin il est bon qu'on ne les perde jamais de vue et qu'on en tienne un compte sérieux avant de conclure définitivement d'expériences d'ailleurs pleines d'intérêt.

Pourriture d'hôpital. — Le terrible accident que l'on désigne sous le nom de pourriture d'hôpital se produit bien souvent sous l'influence de causes complétement inconnues et en dehors de toutes les conditions vulgairement reconnues comme favorables à son évolution, comme l'encombrement des salles d'hôpital, la mauvaise aération, l'humidité, la mauvaise nourriture, etc. La preuve en est que souvent dans nos hôpitaux de Paris, qui sont habituellement très bien tenus sous le rapport de la salubrité, cette complication fâcheuse se manifeste et se propage infectieusement de lit en lit chez tous les opérés d'une même salle. Nous en venons de voir un exemple dans le service de M. Jarjavay à l'hôpital des Cliniques.

On a dit et répété bien des fois que l'hôpital des Cliniques était malsain, mal distribué, mal exposé, et que les règles les plus élémentaires de l'hygiène n'avaient pas été respectées dans sa construction. On est quelque peu revenu de ces assertions trop légèrement émises. Sauf les deux petites galeries qui relient les deux grands corps de logis, l'hôpital se compose de salles vastes, hautes, où les malades ne sont pas le moins du monde entassés. Et encore les deux galeries dont nous avons parlé sont-elles aussi bien disposées, aussi vastes que certaines petites salles situées sous les combles dans d'autres hôpitaux, l'Hôtel-Dieu, par exemple, Cochin, etc. Ceci dit une fois pour justifier cet établissement de tout reproche d'insalubrité qui semblerait pouvoir rendre compte de la constitution épidémique qui y règne, examinons rapidement les quelques malades qui présentent cette fâcheuse complication de leurs plaies.

Nous trouvons d'abord au n° 24 un homme entré pour une plaie contuse peu profonde de la face dorsale de la main droite intéressant également les doigts. Soumis pendant six jours à des irrigations froides, le malade voyait les bourgeons charnus se développer de la manière la plus régulière et la plus favorable; tout faisait espérer une cicatrisation très prochaine, lorsque tout à coup les bords de ces petites plaies se renversent, le fond s'en déprime, des points violacés comme ecchymotiques se montrent çà et là, et aujourd'hui la plaie presque linéaire du dos de la main présente une perte de substance de la largeur d'une pièce de 5 francs au moins. Celles des doigts se sont également agrandies, et toutes sont couvertes d'une couche épaisse de plusieurs millimètres de matière grisâtre sanieuse appartenant évidemment à la pourriture d'hôpital. Nous ferons remarquer en passant que chez ce malade aucune de ces plaies n'a été le siége de douleurs, ce qui infirmerait l'assertion de quelques auteurs qui prétendent que la pourriture d'hôpital est constamment accompagnée de douleurs vives.

Au n° 27 de la même salle des hommes est couché un individu admis pour une ulcération cancéreuse de la lèvre supérieure, qui lui fut enlevée facilement; mais au lieu de se réunir par première intention, comme le voulait le chirurgien, la plaie, le troisième jour, se recouvrit de cette même production couenneuse, et, au moment où nous écrivons, elle est également convertie en une large surface avec perte de substance de plusieurs centimètres de diamètre. Chez ce malade, nous avons noté de la douleur et une réaction fébrile assez intense.

Au n° 3 de la salle des femmes est une jeune fille entrée pour une tumeur de la région sus-hyoïdienne, qui déformait la partie latérale du cou. Cette petite tumeur ganglionaire a été enlevée par M. Jarjavay avec une rare habileté au moyen d'une incision demi-circulaire à convexité inférieure, disposition qui, pour le dire en passant, rend la cicatrice peu apparente et facile à dissimuler.

Depuis trois jours, les lèvres de la plaie se sont écartées, le lambeau s'est boursouflé d'abord, la plaie s'est enfoncée, et maintenant là aussi nous voyons une perte de substance assez considérable, ovalaire, qui ne pourra être comblée que par la production d'un tissu nouveau et une cicatrice peu facile à dissimuler. Chez cette jeune fille, comme chez le premier malade, pas de douleurs ni de symptômes généraux.

Enfin, au n° 14 une femme a été admise qui présentait à la partie supérieure de la cuisse un abcès ossifluent sessile. Cet abcès ayant été ouvert et le pus évacué, M. Jarjavay s'est aperçu au bout de quelques jours que la poche était devenue volumineuse et qu'il se faisait à l'intérieur un travail inflammatoire anormal. Il crut d'abord à une inflammation de la membrane pyogénique; mais bientôt la gangrène de la peau lui démontra qu'une fois encore il avait affaire à une pourriture d'hôpital.

Le traitement employé par le jeune et habile praticien a été le même à peu près pour tous ces malades. Il a essayé le pansement soit avec le suc de citron pur, soit avec la charpie imbibée de ce suc. Ce moyen des plus simples a suffi dans quelques cas pour déterminer une amélioration rapide et sensible. Chez le sujet du n° 24, M. Jarjavay a dû recourir à un moyen plus énergique; après avoir râclé doucement avec une pince la couche pultacée gangréneuse, il a largement badigeonné les plaies avec le nitrate acide de mercure préconisé par Delpech, qui nommait cette forme pourriture d'hôpital *couenneuse* par opposition avec l'autre forme à laquelle il appliquait le nom d'*ulcéreuse*.

On se rappelle que Delpech conseillait, avant de pratiquer la cautérisation de la surface malade, de faire quelques incisions avec le bistouri sur la plaie même pour faciliter l'action du caustique; sans proscrire cette pratique dans les cas graves, nous avouons préférer la méthode qui consiste à râcler simplement la surface couenneuse avec un instrument à bords mousses, une spatule, les mors d'une pince, procédé moins douloureux et souvent aussi efficace. Z...

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

(*Voir* le numéro du 15 juin.)

Les modifications que les maladies apportent dans les *mouvements* donnent pour la connaissance, l'appréciation de ces maladies, pour leur siége, leur nature et leur étendue les lumières les plus positives. Il ne faut pas oublier que nous avons considéré le cerveau comme un organe multiple, fondé sur ce principe d'organicisme qu'une fonction dépendant d'un organe, plusieurs fonctions doivent dépendre de plusieurs organes. Le cerveau, avons-nous dit, étant chargé de l'intelligence, du sentiment, des mouvements, des sensations, etc., chacune de ces fonctions doit être confiée à un organe particulier. Nous avons dit quelle était notre manière de voir relativement à l'intelligence et au sentiment, nous allons aujourd'hui examiner le mouvement sous les mêmes points de vue.

Les mouvements sont sous l'influence directe du cerveau, il n'est pas douteux qu'ils n'aient encore dans le cerveau des organes séparés. Qui voudrait soutenir aujourd'hui que le côté droit du corps est mu par le même hémisphère que le côté gauche? N'est-il pas généralement admis, malgré quelques rares exceptions plus apparentes que réelles, que l'hémisphère gauche est chargé des mouvements du côté droit, et que l'hémisphère droit est chargé de ceux du côté gauche? S'il en est ainsi, la partie du cerveau qui meut le bras est-elle la même que celle qui meut la jambe? Si cela était, ces deux membres pourraient-ils se mouvoir séparément? Assurément, non. MM. les docteurs Foville et Pinel-Grandchamp, imbus de ces principes, cherchèrent quelles étaient dans l'encéphale les parties auxquelles étaient dévolus les mouvements des membres thoraciques et abdominaux; ils crurent avoir trouvé que les corps striés et leurs irradiations étaient chargés des mouvements des membres pelviens, et que les couches optiques et leurs parties adjacentes étaient attribuées aux mouvements des membres thoraciques. Il eût été à désirer que les conclusions de ces médecins distingués eussent été confirmées par l'expérience; malheureusement, nous devons l'avouer, il existe aujourd'hui un grand nombre de faits qui ne permettent pas d'adopter cette opinion. Quoi qu'il en soit, le principe étant incontestable, il est hors de doute qu'on parviendra un jour à éclairer cette question.

Un point sur lequel nous devons insister encore, c'est que les modifications du mouvement peuvent être produites non-seulement par l'organe qui *commande*, mais par les organes qui *transmettent* et par ceux qui *exécutent* le mouvement. C'est faute d'avoir suffisamment réfléchi à ces circonstances que quelques médecins ont cherché dans le cerveau des lésions qui, suivant eux, devaient s'y trouver pour rendre compte de certains phénomènes morbides, et qu'ils ne les y ont pas rencontrées, parce qu'elles ne devaient pas y être, en effet; d'où ils n'ont pas manqué de tirer cette conclusion: que les signes que nous avions donnés étaient complétement faux. Les nerfs qui *transmettent* les mouvements, les muscles, les os qui les *exécutent* peuvent être malades; il est de la dernière importance de chercher ces altérations et de les bien apprécier pendant la vie, sous peine d'éprouver aux autopsies de grandes déceptions.

Nous ne dirons rien aujourd'hui des altérations présentées par les os et les muscles; ces altérations ne se rattachent que

---

Après avoir donné une description étendue de ces brides ou valvules, l'auteur passe en revue les signes et symptômes de cette maladie. Les signes rationnels étant insuffisants pour établir un diagnostic, c'est aux moyens explorateurs que le praticien devra recourir. Quant à la forme et au volume des sondes exploratrices, à la manière de procéder aux explorations, l'auteur donne des développements que nous ne saurions analyser. Nous croyons devoir engager les praticiens à étudier attentivement cette partie de l'ouvrage de M. Civiale, car ils y trouveront des préceptes malheureusement trop méconnus, et les moyens de procéder avec avantage et sécurité à l'examen de leurs malades.

Le traitement de ces barrières urétro-vésicales est essentiellement local; il s'agit d'attaquer une lésion organique locale très circonscrite, dont les effets principaux se bornent à rendre la miction plus ou moins difficile. La dilatation, la dépression et la cautérisation ont été successivement employées; l'auteur les apprécie, et arrive à l'incision, qu'il est nécessaire de pratiquer lorsque les moyens précédemment indiqués ont échoué ou que le résultat obtenu ne se soutient pas.

La division des valvules peut être opérée: 1° d'arrière en avant, de haut en bas, ou du bord libre vers la base; 2° d'avant en arrière et de la base vers le bord libre.

Pour pratiquer ces opérations, l'auteur emploie des instruments dont il donne la description et la figure. Il fait connaître en même temps les résultats qu'il a obtenus.

Une série d'états morbides, groupés sous la dénomination d'engorgements de la prostate, fait le sujet du chapitre le plus étendu de l'ouvrage de M. Civiale. Après une description détaillée des tumeurs prostatiques, dans laquelle l'auteur a consigné les résultats de nouvelles recherches nécropsiques, il étudie avec soin les effets qu'elles produisent sur l'économie. Les plus remarquables sont relatifs à l'urètre, au col et au corps de la vessie. M. Civiale y insiste longuement, et fait connaître les changements variés que ces tumeurs apportent à la forme, à la direction et au calibre de l'urètre. Enfin, il passe en revue les troubles fonctionnels qu'on observe du côté de la vessie et des reins.

Dans ces affections, comme dans la plupart des lésions de l'appareil urinaire, les signes rationnels ont peu de valeur. Aussi est-il nécessaire de recourir immédiatement aux explorations par le rectum ou par l'urètre. Ces explorations, sur lesquelles l'auteur a longuement insisté, doivent être faites avec soin et selon certaines règles qu'il a nettement tracées dans son ouvrage. Les sondes métalliques et les bougies de cire molle fournissent des renseignements précieux dans les lésions prostatiques.

Une analyse ne permet pas de s'étendre sur les avantages de chacun de ces instruments. Les développements que l'auteur leur a consacrés peuvent seuls les faire connaître.

Parmi les causes qui ont été assignées aux lésions de la prostate, les unes ne jouent qu'un rôle contestable, tandis que les autres exercent une influence aussi évidente qu'énergique: telles sont l'affection calculeuse, les rétrécissements organiques de l'urètre, les désordres occasionnés dans la prostate par des instruments qu'on y fait pénétrer ou qu'on tente d'y introduire; les lésions des organes génitaux, enfin l'âge.

Malheureusement, il faut bien le dire, l'art est trop souvent impuissant contre ces maladies si communes, surtout chez le vieillard; cependant, il est du devoir du chirurgien de ne pas rester inactif. S'il ne lui est pas donné de guérir, du moins il peut soulager et prévenir des accidents graves qui ne manqueraient pas d'arriver.

Le traitement médical a une action fort restreinte. C'est sur le traitement chirurgical qu'il faut compter. C'est par le trouble qu'ils apportent à l'excrétion de l'urine que les engorgements de la prostate doivent surtout attirer l'attention du praticien. Il y a deux périodes distinctes dans le traitement chirurgical de ces lésions prostatiques.

Dans la première, on a pour but de faire cesser la dysurie et la strangurie que ces lésions déterminent; dans la seconde, on cherche à les combattre elles-mêmes. On se sert spécialement de bougies et de sondes. Les bougies molles ont le grand avantage de modifier heureusement la sensibilité de l'urètre, presque toujours augmentée dans ces affections, d'être supportées par certains malades chez lesquels l'introduction d'une sonde, quelle qu'en soit la nature, détermine des accidents, et de fournir, enfin, des empreintes qui font connaître l'état des parties malades. Quand les bougies molles sont insuffisantes pour faire cesser les troubles dans la miction, il faut employer la sonde. Le cathétérisme dans ces cas est une opération difficile; le chirurgien ne saurait agir avec trop de circonspection. La manière de l'introduire, quelle qu'en soit la nature, la conduite à tenir quand elle est placée dans la vessie, le choix à faire de l'instrument ont été longuement étudiés dans cet ouvrage et en constituent une des parties les plus importantes.

Le traitement propre de la tuméfaction prostatique exige des explorations préalables que M. Civiale décrit avec un soin extrême. C'est par ces explorations, généralement méconnues, que le chirurgien parvient à se tracer la route à suivre et à éviter des écueils souvent redoutables. Les moyens à mettre en usage varient selon les cas qui se présentent, et dont l'auteur a formé plusieurs séries, d'après la gravité des accidents et les complications qui peuvent survenir.

Parmi les complications dont l'auteur s'est spécialement occupé, nous devons mentionner les fausses routes au col vésical. Les faits présentés par M. Civiale contribueront à élucider une grande question de pratique chirurgicale.

Après avoir indiqué les moyens de traitement qui, dans l'état actuel de la science, donnent les résultats les plus avantageux, l'auteur parle de divers procédés qu'on a proposés dans ces derniers temps, et qui n'ont pas produit les effets qu'on en attendait.

Nous ne pouvons qu'indiquer, en terminant cette analyse, la suppuration des abcès de la prostate, les ulcérations, l'atrophie, le cancer de cet organe et les calculs prostatiques, qui forment les derniers chapitres de ce volume.

Le compte-rendu que nous venons de faire du livre de M. Civiale ne peut donner qu'un aperçu même incomplet de ce qu'il contient d'important. Mais une étude plus approfondie nous entraînerait trop loin. Il s'agit d'ailleurs d'un ouvrage essentiellement pratique, riche de faits et de détails qu'on peut indiquer, mais non réduire, sans courir le risque de ne pas être le fidèle interprète de la pensée de l'auteur.

L. Lepelletier.

Par arrêté du 12 avril 1850, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a disposé que quatre élèves en médecine seraient envoyés près de nos divers établissements thermaux pour y créer un service de clinique.

Ces élèves devaient être nommés au concours.

Etaient admis à concourir les élèves en médecine internes des hôpitaux et hospices civils de France ayant accompli au moins la troisième année de leur internat;

Les lauréats des Facultés de Médecine;

Les élèves en médecine ayant présenté à l'Académie des Sciences ou à l'Académie de Médecine un travail spécial sur les eaux minérales qui aurait donné lieu à un rapport favorable.

Les épreuves du concours étaient au nombre de trois: épreuve écrite, épreuve orale, épreuve de clinique.

Voici, dans l'ordre de mérite, les noms des quatre élèves qui ont été nommés à la suite de ce concours: MM. Bincau, pour Vichy; H. Musset, pour Plombières; Lebret, pour Néris; Hattier, pour Bourbon-l'Archambault.

de bien loin aux maladies cérébrales. Nous dirons seulement que l'énergie musculaire est augmentée dans la manie, l'hystérie, l'épilepsie, dans quelques délires aigus;

Qu'elle est diminuée à peu près dans les mêmes circonstances que la sensibilité, c'est-à-dire dans le typhus, les états adynamiques, les prodromes de quelques maladies, les congestions, compressions du cerveau, etc.

Mais nous devons nous étendre un peu plus longuement sur les *perversions* du mouvement.

Parmi ces perversions, il en est de très précieuses pour le diagnostic; nous en avons déjà parlé précédemment, mais leur importance nous force d'y revenir.

Il n'y a pas de diagnostic possible, avons-nous dit, s'il existe des phénomènes précurseurs là où régulièrement il ne doit pas y en avoir, et s'il n'en existe pas là où il doit s'en trouver.

Les engourdissements, les fourmillements, les picotements, les tiraillements, les crampes, qui sont tout autant de troubles de la contractilité que de la sensibilité, caractérisent par leur siége et par leur marche les ramollissements du cerveau et les lésions organiques de ce viscère.

Si ces phénomènes s'observent dans tous les membres à la fois, ils n'indiquent qu'un état général de l'encéphale; mais s'ils sont *locaux*, ils sont bien plus significatifs, et ils indiquent un travail local. Mais pour cela, il faut aussi qu'ils soient *persistants* et qu'ils soient *croissants*.

Le *tremblement* qui survient dans le froid fébrile, dans la vieillesse, par l'abus du vin, par le mercure, ne doit pas nous occuper ici.

Mais la *roideur*, la *contracture*, les *crampes*, dans l'un des côtés du corps principalement, méritent toute notre attention. On a dit que la *contracture* était le signe pathognomonique de l'inflammation; nous ne partageons pas cette opinion. On trouve la contracture dans les hémorrhagies cérébrales. Un état nerveux spasmodique peut les produire.

Les *soubresauts* des tendons, la *carphologie*, se rencontrent dans les méningites, dans les encéphalites, et aussi dans les typhus, etc. Mais dans ces derniers cas il y a toujours une modification dans le cerveau.

Les *convulsions cloniques* ou *toniques* générales ou même locales dépendent plus souvent d'une modification nerveuse que d'une altération matérielle, sensible et persistante; mais cette dernière les produit souvent en faisant naître la lésion nerveuse qui les détermine.

Nous voici parvenu à la plus significative de toutes les modification du mouvement; nous voulons parler de la paralysie.

On entend par *paralysie* la diminution ou l'abolition du mouvement et du sentiment dans quelques parties du corps, particulièrement dans les organes de relation; souvent du mouvement seul, très rarement du sentiment seul.

La paralysie est le phénomène qui indique avec le plus de précision le siége, la nature et l'étendue des altérations du cerveau.

Elle était regardée autrefois comme une maladie essentielle, existant par elle-même. Pinel, que l'on peut considérer comme représentant l'état de la médecine à son époque, dit que la paralysie dépend *quelquefois* d'une lésion du cerveau. Hallé et Mauduyt furent chargés par l'Académie des Sciences d'expérimenter l'électricité dans la paralysie. Preuve remarquable qu'on s'enquérait peu de sa cause organique, et qu'on la regardait comme une maladie. Et ces médecins expérimentèrent en effet l'électricité sur *cinquante-un paralytiques!* Ainsi il y a cinquante ans, quelle que fût l'altération du cerveau qui produisît la paralysie, on administrait toujours l'électricité. Vous voyez déjà quel devait être le résultat de l'emploi du même moyen dans des maladies si diverses. La congestion, l'inflammation de l'arachnoïde, de l'encéphale, le ramollissement, l'hémorrhagie, le cancer, le tubercule, l'acéphalocyste, la tumeur osseuse, fongueuse, etc., étaient tous traités de la même façon. Bichat regardait la paralysie comme une diminution, une abolition des propriétés vitales, et s'efforçait de les ramener à leur type normal par les moyens les plus excitants. Tel était l'état de la science au commencement de ce siècle; tel il était encore lorsque nous commençâmes nos études sur les maladies du cerveau et sur l'organicisme. Vous voyez le progrès immense que la science a franchi depuis que nous avons cherché à rapprocher les symptômes de la lésion qui le produit, et à baser le traitement sur la nature de cette lésion.

Dans les divisions que l'on a établies dans la paralysie, on a admis une paralysie *idiopathique*, c'est-à-dire ayant son siége dans l'organe même qu'elle occupe. Telle est celle que produit la lésion d'un nerf, d'un vaisseau, d'un muscle, etc.

On a aussi admis des paralysies sans lésion, *sine materie*, telle que celle qui dépend d'excès vénériens, d'onanisme, d'intoxication saturnine, d'hystérie, d'épilepsie, d'électricité, de magnétisme, etc.; toutes paralysies que nous admettons parfaitement, que nous reconnaissons pour ne pas dépendre d'une altération *sensible* à nos moyens d'investigation, mais qui ne forme qu'une exception par rapport à celles dont la lésion organique est parfaitement sensible, appréciable.

N'oublions pas que la paralysie dépend de l'organe qui commande, de celui qui transmet, et enfin de celui qui exécute le mouvement. Nous avons vu quels inconvénients il y avait à ne pas s'en souvenir.

Cela dit, nous devons considérer la paralysie suivant son *siége*, son *étendue*, son *intensité*, sa *marche*, sa *durée*, sa *terminaison;* car, suivant ces diverses circonstances, elle a une signification différente relativement à la lésion anatomique qui la produit.

La paralysie considérée suivant son *siége* est *générale* ou *locale;* on la nomme *hémiplégie* lorsqu'elle frappe tout un côté du corps; *paraplégie*, lorsqu'elle atteint les deux membres pelviens; *hémiparaplégie*, lorsqu'elle se borne à un seul membre abdominal; *paralysie croisée*, lorsque le bras d'un côté et la jambe de l'autre sont le siége de la paralysie. Elle peut aussi avoir pour siége la langue, le pharynx, l'œsophage, le rectum, la vessie.

L'*hémiplégie* est occasionnée par une lésion du lobe du cerveau opposé à la paralysie; il n'existe jusqu'ici dans la science que 17 ou 18 faits de paralysie du même côté que la lésion cérébrale; encore pourrait-on peut-être les révoquer en doute.

La *paraplégie* complète est produite par une lésion de la moelle épinière; pour qu'elle dépendît d'une lésion du cerveau, il faudrait une double lésion, la même dans les deux hémisphères, ce qui est à peu près impossible.

L'*hémiparaplégie* a son siége dans un des hémisphères cérébraux; car il est aussi à peu près impossible que la moelle épinière ne soit affectée que dans une de ses moitiés, ce qui d'ailleurs ne pourrait durer longtemps. Les faits d'hémiparaplégie reconnaissant pour cause une lésion de l'une des moitiés de la moelle sont rares et exceptionnels.

La *paralysie croisée* reconnaît pour cause deux lésions, mais différentes de siége, chacune dans un hémisphère cérébral différent.

La paralysie de la langue a pour cause organique, d'après M. Bouillaud, une lésion du lobule antérieur du cerveau; d'après M. Foville, de la corne d'Ammon. On peut mettre d'accord ces deux observateurs en disant que l'un a voulu parler de l'organe *générateur* de la parole, des mots, et l'autre de l'*articulation* de ces mots.

Nous ne savons rien de précis encore sur le siége de la lésion qui entraîne la paralysie du pharynx, de l'œsophage, du larynx; mais celle du rectum et de la vessie est ordinairement produite par une maladie de la moelle épinière.

Lorsque la paralysie est *générale*, elle dépend d'une lésion *générale* de l'encéphale, ou d'une lésion d'un hémisphère, mais assez considérable pour comprimer le côté sain et l'empêcher de fonctionner. Lorsqu'un épanchement fait irruption dans les ventricules latéraux, il y a ordinairement résolution générale des membres.

Nous en étions là lorsqu'un jour, ayant annoncé à nos auditeurs que chez un malade qu'ils avaient sous les yeux il devait y avoir une lésion de cette nature, parce qu'il existait une paralysie générale, nous vîmes, à l'autopsie, que les circonvolutions n'étaient nullement effacées; et en enlevant successivement par lames très minces les deux hémisphères cérébraux, nous ne trouvâmes aucune altération. Mais en partageant en deux la protubérance annulaire pour atteindre le cervelet, nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, un épanchement sanguin qui en occupait toute l'étendue, et qui rendait parfaitement compte de la paralysie générale. Depuis, nous avons formulé la proposition suivante, c'est-à-dire que la paralysie générale reconnaît aussi pour cause une lésion centrale du cerveau.

Lorsque l'hémiplégie est complète, l'immobilité entière, la lésion est ordinairement très étendue, du volume d'un œuf de poule environ ou d'une grosse noix.

Lorsqu'elle est incomplète, la lésion est moins étendue, c'est-à-dire du volume d'une noisette, et quelquefois moins.

La *marche* de la paralysie est très précieuse pour indiquer la *nature* de la maladie. Si l'invasion est brusque, rapide, sans phénomènes précurseurs, si la paralysie parvient tout à coup à son plus haut degré d'intensité, elle dépend d'une maladie susceptible de se manifester instantanément, d'une congestion, d'une hémorrhagie, sauf exception.

Si elle est graduelle, croissante, précédée de phénomènes locaux déjà décrits, il existe un ramollissement, une encéphalite locale, un cancer, un tubercule, etc.

Suivant sa *durée* rapide, elle dépend d'une maladie aiguë de l'encéphale; lente, graduelle, durant plusieurs mois ou plusieurs années, d'une altération organique.

Décroissante, elle appartient à une lésion curable: congestion, inflammation, hémorrhagie.

Enfin, la *terminaison* par la guérison n'a guère lieu que pour les trois maladies que nous venons de citer.

Pour conclusion générale, nous dirons que la paralysie, dépendant de tant de lésions diverses, ne saurait avoir ni le même pronostic, ni surtout le même traitement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Deuxième article. — *Voir* le n° du 6 juin.)

Appréciation des phénomènes. — Dans l'exposé des lésions anatomiques, nous n'avons pas dû décrire les altérations qui se rapportent aux maladies intercurrentes, comme péricardites, méningites, etc. Ces lésions n'ont rien de spécial; ce sont celles qui dépendent de ces phénomènes arrivant par métastase; on ne pourrait donc en déduire aucune conséquence applicable à la nature et au siége de l'affection rhumatismale.

Si on considère la manière dont se comportent les maladies rhumatismales dans leurs phénomènes et leurs transformations, et de plus les lésions cadavériques que l'on rencontre, on en conclura qu'elles consistent dans un état pathologique général avec état fébrile intense constamment suivi de phlogoses plus ou moins fugaces sur les surfaces fibreuses du corps.

Nous disons que c'est un état pathologique général. En effet, les lésions locales sont constamment subordonnées à l'état général du malade; elles se manifestent sur des parties du corps sur lesquelles la cause productrice de la maladie n'a pas porté son action; elles se montrent sur certains points après s'être déplacées de ceux qu'elles occupaient sans qu'il y ait prédisposition de la part des points secondairement affectés. Les symptômes se montrent primitivement sans état inflammatoire fixe qui rende compte de l'état fébrile, sans que les inflammations des tissus fibreux en puissent rendre compte davantage. De plus, l'état fébrile précède cette localisation de la phlogose. Quand la maladie décroît, l'état fébrile décroît d'abord, et quand les lésions locales ont cessé, l'état pathologique général peut subsister, la maladie continuer et les lésions inflammatoires locales reparaître bientôt; et dans les irrégularités de sa marche, quand les lésions se déplacent pour passer d'une articulation à une autre, ou qu'elles se transportent des organes externes sur les organes internes, on voit qu'il n'existe aucune synergie entre les parties secondairement atteintes et les premières, et on ne peut expliquer alors les métastases ou les délitescences que l'on voit se produire. Ainsi, quand, par exemple, l'affection rhumatismale se transforme en méningite, il est évident que l'état inflammatoire du genou ou du poignet transporté sur les méninges ne peut être expliqué par une connexion synergique existant entre ces organes.

Les lésions inflammatoires rhumatismales se montrent sur les tissus fibreux exclusivement. Sur ce point, qui peut s'éclairer facilement par les ouvertures de cadavres, nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec certains auteurs qui ont décrit le rhumatisme articulaire comme affectant les membranes synoviales, puis secondairement le tissu fibreux, et enfin le tissu musculaire.

Quand nous avons disséqué des cadavres de sujets ayant présenté des rhumatismes articulaires intenses sur une ou plusieurs articulations, nous n'avons jamais trouvé la synoviale articulaire notablement altérée dans son tissu; la synovie pouvait être plus liquide et plus abondante qu'à l'état normal, mais elle ne présentait jamais l'apparence de sérosité trouble contenant les premiers éléments de pseudomembranes et coïncidant avec des dépôts de lymphe plastique, comme dans les arthrites idiopathiques. La rapidité du transport de l'inflammation d'un point sur un autre n'est pas, du reste, compatible avec une phlogose qui altérerait la membrane synoviale et ne permettrait pas la rapidité de la résolution, rapidité qui caractérise l'action sécrétoire de la membrane physiologique.

On sait que les lésions intenses du tour des articulations, que leur siége soit sur la tête des os, comme dans les affections syphilitiques, sur les ligaments, comme dans la goutte, sur les cartilages, comme dans la tumeur blanche, donnent lieu à une augmentation assez grande de la synovie, et ce serait une erreur d'en conclure que la synoviale est le siége primitif de la maladie. C'est constamment dans le tissu fibreux des articulations que se montre la phlogose, et toujours on trouve que la limite de la douleur inflammatoire provoquée par la pression est rigoureusement fixée par la limite de la capsule fibreuse articulaire. Quand on trouve ensuite des affections inflammatoires qui s'établissent dans la longueur des tissus fibreux intermusculaires, on ne peut conserver aucun doute sur le siége qu'elles occupent.

Nous rejetons donc l'inflammation des articulations dans les affections rhumatismales comme étant dans la synoviale; nous pourrions encore invoquer cette circonstance, que, quand elles deviennent chroniques et reviennent plusieurs fois attaquer le même point, elles déterminent des incrustations cartilagineuses plus ou moins parfaites dans les capsules fibreuses des articulations.

Nous n'admettons pas que les affections rhumatismales attaquent les muscles; jamais nous n'avons pu y saisir la moindre altération; de plus, quand on examine la disposition des douleurs sur le trajet des muscles, on voit qu'elles sont limitées non par la masse musculaire, mais bien par la surface des lames aponévrotiques qui la contournent. Si le muscle se contracte, il tiraille sur la lame aponévrotique qui l'entoure de manière à mettre en jeu sa sensibilité. Quand on trouvera des affections rhumatismales localisées sur la longueur de la cuisse, et qu'elles se circonscriront à l'insertion du *fascia-lata*, on ne pourra pas évidemment les placer dans les masses musculaires, quoique le malade se tienne en repos autant que possible, de peur de retentissement douloureux dans le membre. Nous rejetons donc le rhumatisme musculaire, puisqu'on n'a jamais observé de douleurs bien limitées aux muscles, mais toujours dans les lames aponévrotiques qui les recouvrent, soit à leur insertion, soit dans leur continuité, ou bien dans celles qui relient deux muscles ensemble, comme dans l'aponévrose que l'on rencontre entre le muscle frontal et le muscle occipital.

Rien de plus facile, ces données une fois établies, que de se rendre compte des divers accidents qui se rattachent à la présence des affections rhumatismales; d'abord ceux qui sont en rapport avec l'état général: à l'état aigu ils ont la même forme que ceux que l'on voit survenir dans l'économie quand une cause morbigène détermine des phénomènes réactionnels de la part de l'organisme, c'est-à-dire un état fébrile aigu. A l'état chronique, ces impressions arrivent lentement dans l'organisme et y occasionnent des accidents de modification des fonctions, du collapsus, des langueurs, un état fébrile erratique, et enfin des phénomènes cachectiques de la même nature que ceux qui se rattachent à toutes les causes qui, évitant de toucher un organe en particulier, amènent dans l'organisme une manière d'être insolite.

Quant aux migrations des accidents locaux qu'on peut observer dans le cours des affections rhumatismales, leur manifestation est en rapport avec l'état général, ainsi que les accidents qui leur succèdent. Quand une cause de maladie a déterminé une perturbation générale des grandes fonctions, comme un état fébrile, par exemple, et que les fonctions locales sont soumises à l'influence de l'état général, si les lésions produites ne trouvent pas une nécessité d'être sur les parties affectées, elles se déplaceront avec facilité pour se porter sur d'autres, pouvant affecter successivement des parties qui ne sont pas synergiquement liées. Aussi voit-on se succéder chez le même individu des affections rhumatismales dartreuses, goutteuses, et la maladie générale produire encore d'autres métastases.

Cependant l'affection rhumatismale détermine des accidents locaux qui peuvent avoir des suites plus ou moins prolongées, et laisser des traces plus ou moins profondes. Quand une affection rhumatismale a frappé successivement toutes les articulations, ou les unes après les autres, ou plusieurs fois de suite, avec des accidents chroniques, comme dans le rhumatisme chronique; quand le malade a été amené à garder un

repos absolu et prolongé par la douleur que le moindre mouvement lui occasionnait, il est incontestable qu'il doit en résulter un affaiblissement dans l'appareil locomoteur, affaiblissement qui s'exprime par l'amaigrissement et la diminution des masses musculaires, par la rigidité des membres, dont les articulations sont pour ainsi dire mal graissées.

C'est ainsi qu'on comprend aisément que des affections rhumatismales amènent des malades à un état de débilité et de paralysie incomplète qui durera toujours, surtout après des affections rhumatismales chroniques, et surtout quand il s'agira de sujets avancés en âge qui éprouvent une véritable difficulté organique à réparer ces désordres apportés dans leur économie, et à ramener les fonctions plastiques et nutritives à leur niveau antérieur.

Etiologie. — L'affection rhumatismale a des causes particulières, et l'étiologie des rhumatismes peut se diviser en prédisposante et en déterminante.

Parmi les causes prédisposantes, il en est une qui ne se connaît que par ses effets et qui n'en est pas moins réelle, c'est la prédisposition héréditaire. Tous les auteurs qui ont écrit sur cette maladie et qui ne l'ont pas confondue avec la goutte ont dit qu'il y avait des familles dans lesquelles elle se transmettait de père en fils, qu'il en est d'autres dans lesquelles elle arrive à un certain âge chez beaucoup de leurs membres; mais la prédisposition aux affections rhumatismales se lie fréquemment aux conditions spéciales de la constitution et du tempérament qui se transmettent héréditairement. Elles arrivent facilement chez les sujets chez qui les fonctions des émonctoires naturels, et surtout les fonctions de la peau sont irrégulières ou faciles à déranger. Ainsi les sujets dont la peau est fine et perméable et qui transpirent abondamment sont plus disposés aux dérangements des diaphorées, surtout si ces sujets sont lymphatiques, si leur peau n'est pas très vasculaire et perçoit facilement l'impression du froid, surtout du froid humide. Il pourra se faire que la prédisposition héréditaire aux affections rhumatismales se confondent avec les idiosyncrasies de tempérament appartenant à certaines familles. Cette partie de l'étiologie se pose sur des conditions générales assez peu précises, et on ne pourra les préciser davantage en lisant les auteurs, car elles ne reposent pas sur des données physiques appréciables par les sens.

Les prédispositions à ces maladies rhumatismales peuvent se déduire jusqu'à un certain point de l'âge des individus. Déjà dans des temps fort anciens, et dès Hippocrate, on avait observé qu'elles n'arrivaient guère dans la jeunesse, mais bien vers l'âge moyen de la vie. Ce praticien posait cette règle générale, puisqu'il confondit les affections rhumatismales avec la goutte, car sur ces deux points l'étiologie est la même. Ce fait clinique, que la presque totalité des rhumatismes se voit chez des individus adultes, a fait penser qu'il pouvait se trouver dans l'âge des sujets une prédisposition au développement de la maladie: il peut se faire que le développement de la maladie rhumatismale ne soit possible que quand le corps est développé, et c'est dans l'état physiologique de l'âge du sujet que gît la principale cause déterminante de cette affection.

Bichat a pensé qu'on ne voyait pas de maladie rhumatismale chez les jeunes sujets, parce que leur système fibreux n'a pas acquis son développement et n'est pas dans les conditions vasculaires nécessaires pour sa production. Il pourrait se faire que cette opinion fût fondée, et il pourrait arriver que chez les jeunes les perturbations des émonctoires fussent plus difficiles ou plus rares; cependant on voit des affections rhumatismales chez les jeunes sujets, mais c'est une exception; on en a observé sur des enfants vers l'âge de dix ou douze ans. C'est néanmoins après vingt-cinq ans en général qu'il se produit avec fréquence, et il tend à la chronicité chez les vieillards. Aussi la maladie est d'autant plus disposée à prendre une marche chronique que le sujet est plus avancé en âge ou qu'il a éprouvé des attaques plus fréquentes.

La fréquence des récidives a fait penser à quelques auteurs qu'une affection rhumatismale, une fois contractée, laissait dans l'organisme une aptitude particulière à les contracter de nouveau; mais dès l'instant qu'on admet les prédispositions héréditaires ou par tempérament ou par constitution, il n'est pas nécessaire d'avoir des affections rhumatismales antécédentes pour expliquer les attaques successives de cette maladie; il suffit que les prédispositions qui se trouvent dans l'organisme ne soient pas épuisées.

Les causes déterminantes sont mieux connues. Ainsi le passage du chaud au froid, quand les émonctoires sont plus échauffés, indique que les sujets ont des prédispositions naturelles; si la cause porte sur des parties du corps déterminées, c'est vers ces parties que se manifesteront d'abord les lésions locales ou aiguës ou chroniques. Mais cette cause déterminante est applicable à bien d'autres phlogoses. Ainsi sur dix sujets exposés au froid, quelques-uns n'en éprouveront aucun accident; d'autres auront une indisposition légère dont l'économie se débarrassera par une crise; d'autres contracteront des pleurésies, des pneumonies, des rhumatismes, de sorte que cette cause ne peut pas être regardée comme spécialement déterminante du rhumatisme.

Mais en regardant de plus près, on arrive à des données plus précises. Chez les sujets en sueur, surtout quand ces sueurs sont abondantes, la suppression de ces diaphorèses par un froid subit, surtout par le froid humide, ou par des applications extérieures, comme une immersion subite dans l'eau froide, déterminera plutôt l'apparition de maladies rhumatismales que d'autres maladies inflammatoires. Elles apparaissent souvent quand on supprime subitement un flux naturel. Ainsi on trouve dans Levret des exemples de maladies rhumatismales survenues à la suite de suppressions de leucorrhée habituelle par des injections astringentes, de diarrhée par des lavements astringents. Boërhave cite deux cas de ce genre. La conséquence de ces observations est donc que le rhumatisme serait déterminé par la suppression d'excrétions destinées à être rejetées au dehors, et certains auteurs ont dit: Dans toutes les affections rhumatismales la suppression de fonctions excrétoires amène une pléthore de ces fonctions, l'organisme fait des efforts pour se débarrasser de leurs produits et les dépose sur diverses parties du corps, où se développent consécutivement les lésions inflammatoires.

(*La suite à un prochain numéro*).

Nous croyons rendre service à nos lecteurs de Paris en les informant qu'il se trouve en ce moment au Val-de-Grâce, dans le service de M. Baudens, quatre malades atteints de fracture des extrémités inférieures et traités par la méthode de cet habile chirurgien. Deux de ces hommes ont une fracture de cuisse; les deux autres une fracture de jambe compliquée de plaie. Les appareils de M. Baudens ont été à plusieurs reprises décrits dans ce journal. C'est quelque chose de les connaître par une description exacte, mais ce genre de connaissance n'équivaut pas, tant s'en faut, à celle que donne la vue de l'appareil et de son application. Nous ne pouvons qu'engager les chirurgiens à examiner, à étudier par eux-mêmes ces remarquables appareils, persuadé que nous allons au-devant du désir de M. le chirurgien en chef du Val-de-Grâce, qui a tout à gagner à être vu à l'œuvre.

NOUVELLES.

M. le docteur Sibille, inspecteur-adjoint des eaux de Néris, vient d'être nommé médecin-inspecteur de cet établissement.

— *Mutation dans le personnel de santé militaire.* — M. Pujade, chirurgien aide-major de 2e classe au 65e de ligne, détaché au corps de la Méditerranée, est désigné pour le 5e de ligne.

M. Lachaze, chirurgien aide-major de 2e classe au 4e de ligne, est désigné pour le 65e de ligne.

M. Bourson, chirurgien-major de 1re classe au 11e d'artillerie, est désigné pour le 6e d'artillerie.

M. Leclerc, chirurgien-major de 1re classe au 1er du génie, est désigné pour le 3e du génie.

— M. Dupré, professeur-agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, le premier inscrit sur la liste de présentation de cette Faculté, vient d'être nommé par le ministre de l'instruction publique professeur de pathologie médicale à l'École préparatoire de médecine de Toulouse, à la place laissée vacante par la mort de M. Lafont-Gouzi.

— Le professeur Webster, de Philadelphie, qui a été condamné récemment à mort pour avoir assassiné et brûlé son collègue, a obtenu un sursis d'un an pour l'exécution. On suppose que la peine sera commuée en un emprisonnement perpétuel.

— Le docteur Samuel George Morton, de Philadelphie, a fondé un muséum unique sans doute dans le monde. C'est une collection scientifique qui ne comprend pas moins de 1,468 crânes, dont 867 appartiennent à l'espèce humaine et 601 à diverses races animales. On y voit figurer la race caucasienne (226 crânes), la race mongole (8), la race malaise (34), la race américaine primitive (410), la race nègre (107), les races mêlées (25), des crânes de fous, dont 2 appartiennent à des Anglo-Américains, 1 à un Anglais, 1 à un Allemand, 1 à un Irlandais, 2 à des mulâtres et 2 à des nègres; enfin des crânes d'idiots au nombre de 7 et appartenant à différentes races.

Chaque crâne de cette précieuse collection est accompagné de la mesure exacte de sa capacité, en pouces cubes.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Les tomes XII et XIV de la *Bibliothèque du Médecin-Praticien* sont en vente; les tomes XIII et XV, qui compléteront l'ouvrage, sont sous presse. (*Voir* aux Annonces.)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 25 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 75.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS: dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LÉVY.

Phlébite hépatique suite d'abcès aigus du foie,

Par le Dr THOLOZAN.

De tous les viscères parenchymateux de l'économie, le foie est sans contredit celui qui est le plus sujet au développement des collections purulentes. La fréquence des abcès hépatiques dans les pays chauds est un fait bien connu. Dans nos climats, on en observe rarement; mais aussi rien n'est moins fréquent que les abcès des autres organes splanchniques. Les poumons, que l'on peut ranger, sous ce rapport, en seconde ligne, ne présentent que dans bien peu de cas des foyers purulents circonscrits. Il y a sans doute pour cela une double raison anatomique et physiologique, relevant à la fois de la texture et du mode d'action de ces organes. On n'a peut-être pas assez réfléchi à l'influence de la structure des viscères et de la disposition physique des tissus sur les suites ou les complications des altérations pathologiques. Les deux observations dont nous allons donner les détails présentent surtout un grand intérêt sous ce rapport. A la suite d'abcès du foie développés sourdement, on voit survenir tout à coup des symptômes graves qui entraînent la mort du malade. Dans les deux cas on rencontre à l'autopsie des abcès métastatiques dans les poumons, et on trouve des traces de suppuration dans les veines hépatiques non oblitérées. C'est là un fait rare dont on ne connaît point d'exemple dans les organes où le système veineux est peu développé. Des canaux vasculaires maintenus béants par le tissu solide qui les supporte, comme dans les sinus utérins, dans les veines des os, dans la dure-mère; des troncs larges et courts, où la circulation se fait rapidement avec des anastomoses nombreuses, comme dans les veines hépatiques: voilà autant de conditions qui se trouvent réunies dans le foie, et qui rendent le développement rapide des collections purulentes d'autant plus dangereux, qu'au milieu de cette texture serrée qui se ramollit et s'infiltre de pus, se trouvent des troncs veineux dans lesquels la circulation n'est point interrompue. Dans ces cas, les parois vasculaires, envahies de proche en proche par la suppuration, versent presque directement dans le sang de la veine-cave les produits purulents. Je laisse à des faits ultérieurs à décider si les symptômes typhoïdes qui se sont quelquefois rencontrés dans les observations d'abcès du foie ne tenaient point, dans quelques cas au moins, à cette intoxication lente, à ce mélange avec le sang des éléments du pus à petite dose. Il serait, il me semble, contraire à toutes les lois physiologiques et pathologiques de penser que les collections purulentes du foie donnent lieu, plus particulièrement que celle des autres viscères, à des symptômes typhoïdes par une réaction directe de l'organe lésé sur les centres nerveux. N'est-il pas rationnel de supposer que cet état typhoïde signalé dans les abcès du foie comme à la suite des infiltrations purulentes considérables du tissu cellulaire (érysipèle phlegmoneux du poumon, infiltration grise, etc.), est produit un certain nombre de fois par l'introduction des éléments du pus dans le sang? Cette pénétration est-elle lente et graduée, le cas est susceptible de guérison si la source du pus s'oblitère; est-elle rapide et abondante, la mort s'ensuit rapidement avec son cortége de symptômes de l'infection purulente.

Voici les deux faits dans lesquels cette dernière terminaison a eu lieu. Le premier a été observé récemment à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le professeur Lévy, qui m'en a confié la publication; le second s'est passé en 1844 à l'hôpital de Marseille, et a été lu à la clinique de M. le proseur Cauvière, qui en a fait le sujet d'une savante leçon sur l'infection purulente.

Abcès hépatiques sur-aigus. Symptômes typhoïdes au début. Péritonite, phlébite purulente; abcès pulmonaires multiples avec pleurésie. — Mort prompte.

Le nommé Bedouin, du 59e de ligne, caserné au fort d'Issy, âgé de vingt-sept ans, deux ans de service, entre à l'hôpital pour la première fois, le 28 avril 1850, à la salle 29, n° 8. Quatre jours d'invasion. Il a éprouvé au début des frissons pendant la nuit, suivis de chaleur.

Le 28, au soir, céphalalgie, insomnie, prostration des forces, anorexie, gargouillement iliaque; rate augmentée; pas de toux; 80 pulsations. — Pédiluves sinapisées; deux verres d'eau de Sedlitz.

Le 29 matin, insomnie; quelques rêvasseries, face injectée, respiration un peu anxieuse; douleur péri-ombilicale et épigastrique; 90 pulsations un peu vives; respiration un peu rude sans râles. — D. Limonade gommée; potion gommeuse.

Le soir, 108 pulsations; ventre un peu tendu; une selle.

Le 30, crépitation iliaque; trois selles; rêvasseries; 85 pulsations. Douleur légère à l'épaule droite. Respiration bonne des deux côtés, jusqu'à la base. Petites taches pétéchiales sur l'abdomen. — D. Lim. gom. et pot. gom.

Le soir, deux selles; langue limoneuse; 85 pulsations molles.

Le Ier mai, sommeil fréquemment interrompu; moiteur; 80 pulsations. Deux selles. — Bouillon et pomme cuite. D. tart., pot. gom.

Le soir, 96 pulsations; météorisme. Pas de selles; langue humide. — Eau de Sedlitz.

Le 2, 96 pulsations; langue brunâtre, croûteuse. — Bouillon. Lim. tart., un verre d'eau de Sedlitz.

Le 2 au soir, 70 pulsations; météorisme avec tension du ventre. Pas de selles.

Le 3, face pâle, yeux cerclés, extrémités fraîches, corrugation du scrotum, tremblement musculaire, ballonnement du ventre; cinq selles, dont deux involontaires; 96 pulsations dépressibles. Vessie distendue.

D. ég. 12 ventouses scarifiées sur l'abdomen; cathétérisme.

Le soir, nez froid; 85 pulsations faibles; deux selles. Ventre toujours tendu, indolore; urine rendue.

Le 4, moiteur, 90 pulsations; langue limoneuse; hoquet après l'ingestion des boissons; ventre ballonné, douloureux à la palpation profonde, et dans la région iliaque droite par la palpation superficielle; frissons erratiques. — D. ég. onct. mercur. et 6 vent. scarifiées sur l'abdomen.

Le 4, à trois heures, décubitus dorsal, les cuisses dans l'abduction, hoquet, ballonnement du ventre, respiration bonne, sans râles; 96 pulsations; langue sèche, pas de soif. Douleurs contusives dans les membres. — Frict. mercur.; Ext. opium 0,1.

Le 4, à six heures, face grippée; délire loquace; algidité de la face et des extrémités; 96 pulsations; hoquet; un vomissement.

Le 5 au matin, décubitus dorsal, les cuisses écartées, ballonnement plus prononcé, langue glutineuse, fuliginosités sur les dents, point de selles, urine colorée, hoquet, gémissements et plaintes pendant la nuit, nez froid, face crispée, stupeur, 96 pulsations. — D., ég., extr. opium 0,2, onctions mercurielles.

Mort à deux heures.

M. le professeur Lévy avait remarqué, dans le cours de cette affection, plusieurs signes qui lui faisaient mettre en doute l'existence d'une fièvre typhoïde: l'absence de taches lenticulaires, la grande prostration des forces avec un mouvement fébrile et des symptômes cérébraux peu intenses, la douleur à l'épaule droite.

Les symptômes de péritonite survenus brusquement durent contribuer à rendre le diagnostic plus douteux, en reportant la pensée vers les ulcérations intestinales; mais les douleurs contusives des membres, les frissons erratiques, la stupeur et surtout la terminaison fatale si rapide et si inattendue éloignèrent plus complétement encore, le dernier jour, de l'idée d'une fièvre typhoïde, tout en laissant une grande obscurité dans le diagnostic. L'autopsie vint confirmer ces doutes et dévoiler les motifs de cette sage réserve.

AUTOPSIE 46 HEURES APRÈS LA MORT.

Abdomen. — Les anses intestinales distendues par des gaz. Rien de notable sur la muqueuse de l'estomac et des intestins, si ce n'est, à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale, une éruption discrète de follicules isolés, sans injection, ni gonflement des plaques.

Ganglions mésentériques sains.

La rate augmentée d'un tiers, à tissu un peu mou, d'un rouge brun.

Le foie augmenté d'un tiers au moins de volume, surtout dans la partie droite, qui est plus convexe et a plus de hauteur. Le péritoine diaphragmatique et celui de la convexité du foie sont revêtus d'une exsudation jaunâtre, mince, assez adhérente. Aucune trace d'exsudation, ni d'injection dans le reste de l'étendue de la séreuse.

Le lobe gauche du foie est sain, d'un aspect rougeâtre.

Dans le lobe droit, au voisinage de la partie convexe, les incisions tombent au milieu de collections purulentes. On compte de sept à huit foyers. Deux d'entre eux, du volume d'une noisette, contiennent un pus jaunâtre bien lié, et sont revêtus d'une pseudo-membrane molle; alentour la substance

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une idylle. — Les solanées, ou les plantes vénéneuses.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Nous sommes dans un moment de calme, de disette, de *far-niente*, de sieste. Je n'ai aucune nouvelle à vous mander, et sans une pièce que je reçois de l'un de nos plus estimables collaborateurs, M. Bouteille, de Rouen, j'allais être forcé de renvoyer au prochain numéro, ou peut-être à huitaine, le courrier de ce jour.

Vous qui jadis avez cultivé les muses, qui, dans vos moments de loisirs, nous avez donné une *Némésis médicale* en vingt-quatre chants, et, qui plus est, un poème, deux poèmes même, dont je ne veux pas rappeler les titres, vous ne refuserez pas, je l'espère, d'exhumer des archives de l'Académie des sciences rouennaise quelque cent vers faciles, heureusement inspirés, et qui ne pèchent que par quelques insuffisances de rimes. Péché véniel, que pardonnera aisément le Phocéen, dont chacun connaît l'indulgence et le bon vouloir, la facile confraternité. Voici ces vers; c'est une idylle composée, ou du moins imprimée à Rouen, en 1817, et dont l'auteur est un ancien professeur de botanique au jardin des plantes de cette ville.

Ces vers devaient faire partie d'un poème sur les familles végétales. Je regrette que l'auteur, à ma connaissance du moins, n'ait pas donné suite à son travail, qui aurait offert de l'intérêt et eût été bien accueilli du monde médical et du monde littéraire.

AUTOUR de ces bosquets dont Flore aime l'ombrage,
Où la rose en naissant sourit sur le feuillage,
Où, tombant du rocher, ce ruisseau transparent
Mêle au chant des oiseaux son doux gazouillement,
Quel objet, ô Cloé, vient de frapper ta vue?
Ton front s'est obscurci, ta marche est suspendue;
Tes yeux fixés sont prêts à répandre des pleurs.....
Ce tombeau, je le vois, ces couronnes de fleurs,
Ces lignes que l'amour sur la pierre a gravées,
Ont disposé ton âme à de tristes pensées.
Hélas! sur ce tombeau quel cœur ne s'attendrit?
De la beauté naïve il est le dernier lit.
Connais son infortune, elle obtiendra tes larmes;
Mais la douce pitié n'a-t-elle pas ses charmes?
Je veux t'apprendre à fuir des poisons dangereux.
Au pied du monument, sur ce terrein pierreux,
Près du Baume odorant, près des Mauves pourprées,
Vois-tu ces végétaux croître en touffes serrées,
Teintes d'un vert obscur?.. Approchons... Leur odeur
Importune tes sens, elle attriste ton cœur,
A cet aspect fâcheux, à ces sombres livrées,
Reconnais, ô Cloé! les noires Solanées.
La nature, en peignant ce feuillage, ces fleurs,
Appuya ses pinceaux, rembrunit ses couleurs.
Le coursier, la génisse, errant dans les prairies,
Redoutent de toucher ces herbes ennemies.
Près d'elles l'animal résiste à l'appétit,
Et suit en s'éloignant l'instinct qui l'avertit.
Malheur à l'imprudent, à l'enfant trop avide,
Qui, pour calmer sa soif, cueille ce fruit perfide!
Il passera bientôt, par un funeste sort,
Du délire aux douleurs, des douleurs à la mort.

On vante la fraîcheur de la rose nouvelle;
Anette était encore et plus fraîche et plus belle.
Le jeune Alain l'aimait; tous deux dès le matin,
Dans le champ paternel, la faucille à la main,
Sciaient, en fredonnant, la moisson jaunissante.
Mais, lorsque du midi la chaleur accablante,
Loin des champs embrasés chasse les moissonneurs,
Anette avec Alain sur le tapis des fleurs,
Au bord de la forêt cherchant un doux asile.
L'amour est avec eux sous l'ombrage tranquille.
La sueur en ruisseaux coulait du front d'Alain;
Pour l'essuyer, Anette a dévoilé son sein.
Que ne suis-je, dit-elle, au verger de mon père!
Je t'offrirais, Alain, quelque fruit salutaire
Qui pourrait rafraîchir ton palais altéré;
Mais rien de bon ne croît dans ce lieu retiré.
Jetant soudain les yeux sur ce qui l'environne,
Près d'elle elle aperçoit la sombre Belladone.
Déjà par le fruit noir son regard est fixé:
Elle en prend un, le presse, en tire un suc pourpré,
L'approche de sa bouche et le trouve agréable,
Recommence, et bientôt, riant d'un air aimable,
En suspend un bouquet sur les lèvres d'Alain.
L'innocente ignorait le crime de sa main!..
Je frémis, ô Cloé! de te conter le reste,
De peindre les effets d'un poison si funeste.
Anette la première en éprouva l'horreur.
Son amant interdit, pâlissant de frayeur,
Essayait d'apaiser ses tourments, son délire,
Quand lui-même il éprouve un semblable martyre.
Le soir du lendemain vit Anette expirer;
Alain, plus malheureux, vécut pour la pleurer.

Un jour, en gémissant sur leur triste aventure,
Je sentis dans mon cœur s'élever un murmure.
Un Dieu puissant et bon eût-il fait les poisons?
Eût il mis la ciguë à côté des moissons?
Dans l'ordre universel était-il nécessaire
Qu'on vît ces noirs venins s'élever de la terre?....
Me souvenant alors que du cancer rongeur
Ces poisons redoutés ont calmé la douleur,
Qu'à leur vertu souvent on vit céder l'ulcère,
J'ai reconnu partout l'attention d'un père;
Et des biens et des maux j'ai compris le lien;
J'ai béni l'Eternel, et j'ai dit: TOUT EST BIEN.

hépatique est saine à 1 millimètre de distance. Quatre autres abcès, du volume d'une noix et au delà, présentent un pus jaunâtre infiltré dans un tissu mou, pulpeux, à demi-détruit, dans lequel on reconnaît la trame organique du foie disséquée par l'infiltration et la fonte purulente.

Dans la partie centrale, le pus est réuni en foyers anfractueux et irréguliers, traversés par des brides vasculaires ou des cloisons celluleuses. Vers la circonférence, on trouve un tissu mou, friable, dans lequel les grains glanduleux peuvent encore se reconnaître. Tout à fait à la périphérie, existe une zone étroite d'un rouge vineux-foncé, et dans quelques points immédiatement le tissu sain; dans cette zone, et principalement dans les parties formées de tissus sains, au milieu des grains glanduleux normaux, on rencontre quelques granulations isolées, blanchâtres, ovalaires, du volume d'une tête d'épingle, molles et infiltrées de pus.

Deux autres abcès en communication avec ceux que nous venons de décrire, du volume d'un pois, présentent seulement l'infiltration purulente.

Après cet examen, on sent dans le foie plusieurs veines hépatiques. Dans l'une d'elles, de 5 millimètres de diamètre, on trouve un caillot fibrineux adhérent en un point. La paroi du vaisseau est tapissée d'une couche mince jaunâtre, purulente; elle est dépolie, et présente un piqueté rouge-brun; plus loin, en allant vers les capillaires, quelques arborisations fines.

Dans une autre veine hépatique, d'un fort calibre, on trouve encore des traces très marquées de phlébite. Les parois du vaisseau sont tapissées de pus jaunâtre adhérent dans une étendue de 2 centimètres; au-dessus et au-dessous de ce point, quelques petits caillots mous qui n'interceptent pas la circulation.

En disséquant ce vaisseau vers les capillaires, on le trouve, à une certaine distance, oblitéré par un caillot fibrineux revêtu d'une pseudo-membrane purulente; sa principale division va aboutir au centre de l'un des abcès les plus volumineux.

Thorax. — 200 grammes à peu près de sérosité trouble dans la plèvre droite, qui est revêtue, dans la moitié inférieure de ses deux feuillets, d'une pseudo-membrane mince, jaunâtre, purulente. Le lobe inférieur du poumon droit est comprimé dans toute la portion mince de son bord tranchant. Cinq ou six abcès lobulaires, de 1 à 3 centimètres de diamètre, se rencontrent dans cet organe; les plus volumineux, situés dans le lobe inférieur, soulèvent la plèvre enflammée et tapissée de pseudo-membranes. Ces collections, séparées du tissu sain par une ligne peu épaisse d'infiltration purulente compacte, présentent un pus liquide épanché dans le tissu pulmonaire à demi détruit. En outre de ces abcès, le tissu pulmonaire présente quelques granulations, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois; elles sont formées d'une substance assez compacte, jaunâtre ou blanchâtre et évidemment puriforme, entourée d'un cercle rouge-brun, sans densification du tissu aréolaire ambiant.

Le poumon gauche contient une dizaine de ces corps, d'apparence tuberculeux et de petit volume; aucun de ces noyaux n'est ramolli.

Cœur un peu flasque; caillots fibrineux jaunâtres et assez mous dans les deux ventricules.

Au point de vue clinique, le fait le plus intéressant de cette observation, c'est la prostration des forces et les symptômes semi-typhoïdes qui marquèrent le début de l'affection. Il y eut aussi dès les premiers jours la douleur épigastrique et péri-ombilicale, puis une douleur à l'épaule droite; nous ferons observer que celle-ci fut passagère et très modérée. Quant à la sensibilité de l'épigastre et de la région ombilicale, on sait que la fièvre typhoïde l'occasionne quelquefois. On a dû remarquer, d'ailleurs, qu'après le début des symptômes péritonitiques l'abdomen était plus douloureux dans la région iliaque droite. Ces localisations trompeuses de la douleur dans les maladies du foie ne sont point un fait rare lorsqu'elles se compliquent d'inflammation du péritoine, bien que cette inflammation reste bornée, comme dans le cas dont nous nous occupons, à une partie seulement de la séreuse. On a vu la mort survenir très rapidement, quoique le pouls n'offrît point cette grande fréquence qu'il a ordinairement dans la péritonite grave. C'est qu'il y a eu ici en même temps introduction du pus dans le sang, et que cette intoxication modifie sans aucun doute l'impressionnabilité et le mode de réaction de toute l'économie.

Au point de vue de la physiologie pathologique, c'est un nouvel exemple à ajouter à tous ceux de suppuration sans oblitération des veines. Les annales de la science contiennent un assez grand nombre de cas d'inflammation des veines du foie. Meli (*Sulle febbri biliose*, 1822) a rencontré une fois, dans la portion hépatique de la veine-porte, l'ulcération et le ramollissement des tuniques vasculaires. Le sujet de l'observation avait offert pendant la vie les symptômes d'une fièvre bilieuse. Le docteur Mohr a observé la suppuration de la veine-porte. M. Lambran (*Archives de Médecine*, 1832) a vu dans un cas d'inflammation traumatique la veine-porte remplie de pus, et quelques-unes de ses divisions hépatiques pleines d'un liquide lie-de-vin et puriforme.

Dance (*Archives de Médecine, De la phlébite utérine*) a vu à l'intérieur du foie des dépôts purulents nombreux formés par un lacis de veines remplies de matière purulente.

Schœnlein, cité par Backinski, a rencontré en 1829 la suppuration et l'oblitération de la veine-porte.

Enfin, M. Raynaud (1829, *Journal hebdomadaire*) a cité un cas d'oblitération partielle de la veine-porte hépatique avec phlébite adhésive des veines hépatiques correspondantes.

Tous ces faits diffèrent complètement de celui dont nous nous occupons ici. A la suite d'un abcès idiopathique du foie, l'inflammation s'est emparée des veines hépatiques; de même que dans les caries du rocher, elle s'étend quelquefois aux sinus veineux de la dure-mère en contact avec l'os altéré; de même que dans les abcès aigus de la prostate, elle envahit le réseau veineux périprostatique presque béant au milieu d'un appareil fibreux toujours tendu.

On va voir le même phénomène dans la seconde observation.

Abcès du foie à la suite d'une opération à la marge de l'anus — Phlébite hépatique suppurante. — Abcès multiples des poumons.

Le nommé Dumarchais était entré à l'hôpital militaire le 26 novembre 1844 pour un abcès à la marge de l'anus. L'ouverture de la tumeur restant fistuleuse, le 29 janvier on prolongea une incision du côté du rectum et on excisa une petite portion de peau décollée.

La plaie résultant de cette opération était fort peu étendue; elle suppurait à peine et se cicatrisait lentement, lorsque le 20 février, au milieu d'un état de santé satisfaisant, il survient de la fièvre et des frissons; il y a en même temps de la diarrhée, ce qui rend impossible le pansement méthodique de la plaie.

Les trois jours suivants, continuation de la fièvre et de la diarrhée; les frissons ne s'observent plus qu'à heures fixes: ils semblent périodiques et éveillent d'abord l'idée d'une fièvre intermittente.

Le 24, la face est injectée et luisante; le pouls ondulant et irrégulier; cessation de la diarrhée; chaleur vive à la peau. Il est survenu une toux pénible avec expectoration difficile et crachats blancs et spumeux. L'auscultation et la percussion, pratiquées très difficilement, ne donnent aucun résultat très positif. Respiration courte et fréquente.

Dans la nuit, frissons violents, agitation, malaise extrême.

Le 25 au matin, cet état d'anxiété dure encore. Dans la journée, le malade ressent de la chaleur; il y a une douleur à l'épigastre; la toux éveille des douleurs dans l'abdomen (20 sangsues); teinte ictérique des conjonctives. Tout le corps est endolori; lorsqu'on presse sur les parois du thorax, sur les membres, lorsqu'on touche seulement les pieds du malade, il accuse une vive douleur. A dix heures du soir, nouveaux frissons très intenses, qui se prolongent fort avant dans la nuit.

Le 26 dans la matinée, mieux apparent; le pouls, qui depuis la veille avait cessé d'être irrégulier, est moins fréquent.

A trois heures de l'après-midi, il survient encore des frissons violents; le ventre se ballonne, le pouls est petit et concentré. La teinte jaune des conjonctives se prononce davantage. Mort à six heures du soir.

Autopsie. — *Thorax.* — Pleurésie double et complète des deux côtés. Epanchement et inflammation plus prononcés à gauche. Vers le bord tranchant des poumons, cinq ou six abcès lobulaires de la grosseur d'une noisette, formés eux-mêmes par l'agglomération de très petits foyers où le pus est à l'état liquide. Par la pression de ces parties, on fait sourdre du pus des branches qui aboutissent à la surface des différentes coupes. Les vaisseaux ne laissent écouler que du sang, sang à peine fibrineux dans les cavités du cœur.

Abdomen. — Au milieu du foie, et en se rapprochant de la face concave, on rencontre un abcès du volume d'un œuf de poule, à parois irrégulières et granuleuses, revêtues d'une couche membraneuse à peine organisée et infiltrées de pus grisâtre. Autour de ce foyer, dans un rayon de 2 à 5 millimètres, teinte noire de la substance du foie, qui au delà est rougeâtre. Un des gros troncs des veines hépatiques faisait saillie dans le foyer par une portion de sa circonférence. Dans ce point (1 centimètre en longueur), les parois de la veine sont blanches et épaissies. Cette infiltration purulente ne finit pas par gradations insensibles le long du vaisseau, elle cesse brusquement.

En incisant le foie, on a incisé cette veine dans sa longueur. On trouve dans les deux moitiés séparées du tube une fausse membrane très molle et purulente à peine adhérente, et point de caillots. Au-dessus de l'espace pris d'infiltration purulente, injection très apparente de la membrane interne de la veine sans altération du poli. Il était évident que cette veine volumineuse, dont les parois adhèrent à un organe résistant, n'avait pu effacer assez son calibre; malgré la fausse membrane, le sang y circulait encore.

La muqueuse de l'estomac est brunâtre, épaissie et ramollie; injection de sa couche profonde; même injection au premier tiers du duodénum.

L'intestin grêle est distendu par des gaz et des fluides bilieux très abondants. La muqueuse du rectum est injectée et ramollie, ainsi que celle du colon.

La plaie située en dedans de la fesse gauche a trois centimètres de long; elle est d'un brun noirâtre et aboutit en haut à un cul-de-sac profond d'un centimètre tapissé par une pseudo-membrane lisse. Les veines du voisinage sont saines. On ne rencontre dans cette région aucun travail morbide. La dissection la plus minutieuse n'a rien révélé dans les veines du rectum, du bassin, ni dans la veine-porte. Les veines des membres et du tronc sont aussi saines.

Le fait qui précède pourrait offrir matière à discussion. Nous avons là, en effet, une plaie suppurante aux environs de l'anus. Or cela suffit pour donner lieu à l'infection purulente et aux abcès métastatiques. La pneumonie lobulaire pourrait donc tenir dans ce cas directement à la résorption du pus à la surface de la plaie restée fistuleuse. Cette interprétation n'est point admissible; car, en analysant les détails de l'observation pendant la vie et en les rapprochant des données fournies par l'autopsie, on remarque pendant le cours de la maladie une première période de quatre jours pendant laquelle il y a eu avec de la diarrhée un mouvement fébrile modéré avec frissons quotidiens à périodicité fixe. Le cinquième jour, la maladie change tout à coup d'aspect et prend un caractère très grave; en même temps surviennent la toux, l'anxiété et la fréquence respiratoire; le lendemain, il y a l'ictère et l'hyperesthésie de l'infection purulente; les frissons se répètent, le malade meurt quarante-huit heures après le début de ces accidents.

Suivant nous, il y a eu d'abord par un mécanisme qui nous échappe abcès aigu du foie provoqué par la plaie fistuleuse située au voisinage des veines hémorrhoïdaires. Cet abcès unique, développé plus lentement que les abcès pulmonaires, commençait déjà à s'enkyster: c'est lui qui a donné lieu à la diarrhée et au mouvement fébrile initial de type quotidien. Les symptômes graves, la toux, l'anxiété, l'irrégularité du pouls ne sont survenus que lorsque à la suite de la phlébite hépatique du pus a été versé en abondance dans le sang.

C'est ainsi du moins que nous formulons le processus étiologique et que nous expliquons la marche de ces deux maladies différentes sans doute quant à la cause première de la lésion du foie, identiques quant à la marche ultérieure des symptômes et aux phénomènes ultimes.

Oxyure vermiculaire.

Par M. le Dr Ém. Marchand.

Nous mettons avec empressement sous les yeux de nos lecteurs la description suivante, très détaillée et très fidèle, de l'oxyure vermiculaire, par M. le docteur Em. Marchand. Il serait bien à désirer que toute l'helminthologie pathologique fût traitée de cette manière en ce qui concerne la partie anatomique. C'est une tâche longue et difficile, mais dont notre savant confrère, l'auteur de la belle étude qu'on va lire, s'acquitterait certainement avec succès.

Planche Ire. — *Grandeur naturelle.*

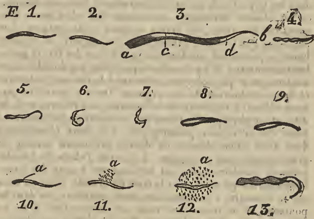


Fig. 1 et 2. Oxyure observé immédiatement après sa sortie du rectum.

Fig. 3. Le même, vu avec une loupe ordinaire. *a*, extrémité obtuse. *b*, extrémité aiguë. *c*, *d*, deux parties du corps transparentes. La partie caudale *d* est fixe. Le point transparent *c* est mobile; il s'avance tantôt vers *a*, tantôt vers *d*.

Fig. 8 et 9. Oxyure mort. C'est ainsi qu'on l'observe quand il a séjourné plusieurs heures dans de l'eau, dans de l'urine. C'est également l'apparence qu'il présente sur les matières fécales quand on a fait prendre au malade de la poudre de semen-contra. Dans ces différents cas, il est presque rectiligne, entièrement opaque, et plus volumineux que pendant sa vie.

Fig. 10, 11, 12. Oxyure vermiculaire pendant sa ponte. Si l'on place sur un corps solide un oxyure deux ou trois minutes après sa sortie du rectum, voici ce que l'on observe: il s'agite quelques instants, et vers son tiers supérieur on voit sortir une substance blanche, plus blanche que le ver, qui est jaunâtre. Cette substance sort par saccades, sous l'apparence d'un fil excessivement ténu (*fig.* 10, *a.*) Cette substance grossit peu à peu (*fig.* 11, *a*). Une demi-heure après l'apparition du phénomène, l'animal, par ses mouvements, étale cette substance, et il en est environné (*fig.* 12, *a*, *a*). Vers ce moment le phénomène cesse. L'oxyure est ridé, privé de mouvements et entièrement vide. Examinée au microscope, la substance sortie de l'oxyure paraît exclusivement composée par un très grand nombre de corps ovoïdes et transparents, signalés par tous les helminthologistes comme des œufs.

Fig. 4, 5, 6, 7. Différentes formes de l'oxyure après la sortie des œufs. Il est ridé et revenu sur lui-même. Il se présente sous cette forme soit quand il a pondu ses œufs sur une plaque solide, soit quand il les a pondus normalement dans les plis de l'anus. C'est le prétendu mâle de Bremser.

Fig. 13. Oxyure vu avec une loupe ordinaire quand la ponte est terminée.

Planche II. — *Oxyures examinés à un grossissement de 150 diamètres.*

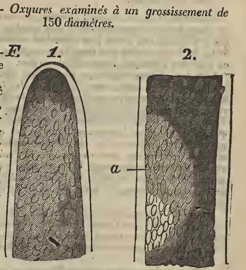


Fig. 1. Extrémité obtuse (tête des auteurs). Cette extrémité paraît très lisse, sans aucun appendice, ni ouverture, ni suçoirs, ni membranes. Il existe à la périphérie un espace incolore produit par l'enveloppe de l'animal, qui est transparente. La portion noire n'est pas entièrement opaque; on y distingue des ovoïdes (œufs des auteurs) agités de mouvements rapides.

Fig. 2. Portion du corps. On voit en *a* ces œufs, qui sont

continuellement en mouvement. Ces espaces, plus transparents, varient beaucoup en quelques secondes.

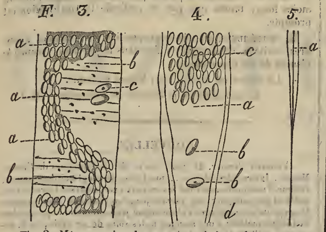


Fig. 3. Même portion du corps examinée quelques secondes après avoir dessiné la *fig.* 2. Les œufs se sont réunis en une colonne *a*, *a*, *a*. Les espaces *b*, *b* sont transparents ; on y distingue quelques points noirs et des lignes transversales. Parfois il y reste quelques œufs isolés et immobiles, comme en *c*. Ces changements s'opèrent sous l'œil de l'observateur ; ils sont très multipliés et durent tant que l'animal vit, c'est-à-dire une demi-heure environ.

Fig. 4. Commencement de la queue. *a*, point que les œufs franchissent rarement. L'extrémité inférieure *d* est transparente et ne renferme pas d'œufs. Exceptionnellement, on en voit quelquefois d'isolés en *b*, *b*. La limite *a* n'est pas fixe. Souvent on voit tous les œufs portés en *c* y rester quelques instants, et alors l'intervalle *c*, *a* est transparent.

Fig. 5. Extrémité aiguë (queue des auteurs.) Cette extrémité est transparente. On y distingue parfois une ligne noire longitudinale *a*, ce qui ferait supposer qu'elle est triangulaire. L'extrémité est si déliée, qu'elle ne paraît pas plus grosse que les traits qui divisent, sur un micromètre, un millimètre en cent parties égales.

Planche III. — *Même grossissement que dans la planche précédente.*

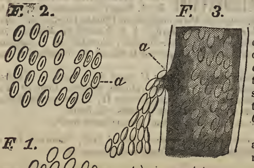




Fig. 1. Quand on considère un oxyure quelques minutes après sa sortie du rectum (voir la *Gazette des Hôpitaux*, année 1847, n° 86 et suivants), on constate vers son tiers supérieur la sortie spontanée d'une substance blanche. Cette figure représente cette substance. Elle est composée d'ovoïdes de 1/80e de millimètre de longueur. Ce sont les œufs des auteurs.

Fig. 2. OEufs sortis de l'oxyure depuis plusieurs heures. Ils sont marqués d'un trait, et parfois ils renferment un œuf plus petit, comme on le voit en *a*.

Fig. 3. Portion du corps au commencement de la sortie des œufs. On les voit sortir par saccades au point *a*, mais on ne les voit point arriver. Les autres œufs, dont le corps est rempli, sont agités de mouvements rapides.

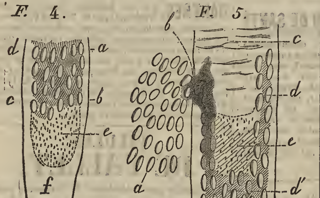


Fig. 4. Queue de l'oxyure pendant la sortie des œufs. Ils décrivent deux courbes rapides en sens contraires, *a*, *b*, *c*, *d*, *d*, *c*, *b*, *a*. Les œufs s'éloignent sans cesse de l'extrémité inférieure *f*. Il reste à leur place une substance pointillée *e*.

Fig. 5. Portion d'oxyure au moment où la sortie des œufs va être totalement accomplie. *a* œufs sortis ; *b* point par où ils sortent ; *c* plis de la peau ; *d*, *d'*, œufs qui décrivent un mouvement de va-et-vient *d*, *d'*, *b*, et *b*, *d'* *d*, en tournant autour d'une substance pointillée *e*. Les œufs sortent par saccades, et leur sortie correspond au mouvement *d*, *d'*, *b*.

Planche IV.

Fig. I. Oxyure ayant séjourné quarante-huit heures dans l'eau. Extrémité obtuse comprimée entre deux plaques de verre. *a* Linéaments amorphes ponctués ; *b* quelques œufs. On ne voit aucun organe intérieur.

Fig. 2. Oxyure ayant séjourné douze heures dans l'encre. Il a conservé sa transparence ; il renferme un pointillé noir à la place des œufs. On voit des rides transversales coupées sur les côtés par d'autres lignes à angle aigu, ce qui tend à prouver que la peau est plissée circulairement. Quelques lignes se réunissent en *a*, où existe un point opaque.

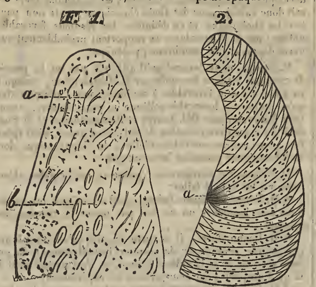




Fig. 3. Extrémité antérieure d'un oxyure privé spontanément de ses œufs. *a* Extrémité antérieure ; *b*, *b*, *b*, saillies arrondies ; *c*, *c*, *c*, diverses lignes noires transversales ; *k*, œufs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 12 juin 1850. — Présidence de M. Deguise père.

Traitement des abcès.

M. Chassaignac demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et rappelle les bases du travail dont il avait donné lecture à la séance précédente.

Le principe qui sert de point de départ à sa méthode est celui-ci. Les parois d'un abcès que l'on vient de vider, et qui n'est point entretenu par une cause de suppuration persistante, peuvent être assimilées aux surfaces d'une solution de continuité récente, et peuvent, comme ces surfaces mêmes, permettre une réunion par première intention.

Ce principe ne saurait trouver son application dans tous les cas ; et parmi les exceptions qui se présentent, il faut citer les cas où le pus est à l'état d'infiltration dans la trame de nos tissus. Il en est de même des cas où l'accumulation du pus provient d'une source continue de suppuration, comme dans la carie, la nécrose, ou par la perforation d'un réservoir de matières excrémentielles. Il est d'autres exceptions, sans doute, que la théorie fera présumer, ou que l'expérience fera connaître.

M. Forget rappelle l'objection que M. Vidal a faite à M. Chassaignac ; mais il ne la croit pas fondée ; et pour mieux expliquer sa pensée à cet égard, il donne lecture de quelques notes qu'il a rédigées :

« Non, dit-il, ce n'est pas la thérapeutique ancienne que ce confrère préconise de nouveau. A n'envisager que le point de doctrine anatomo-physiologique qu'il a soulevé et qui sert de base à sa méthode de traitement, celle-ci est neuve et originale. Quant à l'assimilation des foyers purulents à ses surfaces traumatiques récentes, M. Forget en nie la justesse ; il invoque les travaux de Serre et de Delpech sur la réunion immédiate, et il ne pense pas que M. Chassaignac puisse trouver dans les conditions indispensables suivant eux au travail de cicatrisation primitive rien qui soit rationnellement comparable à l'état anatomique d'une cavité purulente. Au surplus, il y a une division capitale à établir entre les abcès. Cette différence repose sur l'état des tissus ou siége l'abcès, sur le degré de vitalité dont ils sont doués, et sur le développement d'un phénomène bien décrit par Hunter, celui de l'inflammation adhésive.

Formé ainsi dans de bonnes conditions, un abcès peu volumineux, dû à une cause exclusivement locale, peut se cicatriser promptement, et par un travail qui n'est pas sans quelque analogie avec celui de la réunion immédiate. M. Forget lit un fait qu'il a récemment observé ; il s'agit d'un abcès circonscrit de l'aisselle. Après l'ouverture qu'il pratiqua il vit pendant les premières vingt-quatre heures suinter un liquide séro-sanguin. Au bout de trente-six heures la cicatrisation du foyer était complète. Il dit avoir observé plusieurs faits analogues ; tous les chirurgiens en ont signalé ; et si M. Chassaignac a eu seulement en vue de semblables abcès dans sa communication, il trouvera peu de contradicteurs. Hunter avait fait la même remarque *de pareils abcès*, dit-il, *guérissent très promptement, ils ont même déjà fait quelques pas vers la guérison avant d'avoir été ouverts*. M. Forget pense que ces faits seraient mal interprétés si on voulait, comme le propose M. Chassaignac, en généraliser l'assimilation aux plaies récentes.

» Vouloir soutenir cette assimilation, c'est perdre de vue le changement d'état dont la suppuration est l'indice dans les parties enflammées. La conséquence de ce fait, c'est, comme le remarque Hunter, de substituer à la sécrétion de la lymphe plastique, élément indispensable de toute réparation immédiate, celle du pus, qui est la négation de cette tendance réparatrice, et de faire naître dans les tissus une aptitude à entrer dans une *seconde voie de guérison*. C'est cette voie secondaire, quoi qu'on en dise, continue M. Forget, qui seule assure le traitement et la guérison des abcès. Aussi ne doit-on appliquer le mode de pansement dit par occlusion qu'à quelques cas peu nombreux, et rentrant par des caractères bien définis dans la catégorie des abcès dont il a été question plus haut.

» De cet exposé, M. Forget conclut : 1° que c'est au moyen de la réunion immédiate que les parois d'un foyer purulent contractent entre elles des adhérences, et que celui-ci se cicatrise ; 2° qu'une double disposition anatomique et vitale peut imprimer dans quelques cas à la guérison une marche rapide qui la rapproche de celle qui a eu lieu à la suite de la réunion par première intention ; 3° qu'enfin les données fournies par l'intuition du phénomène physiologico-pathologique ne permettent pas d'accepter l'interprétation que M. Chassaignac a donnée des faits en question, et qu'on ne pourrait par conséquent la prendre pour base de la méthode thérapeutique qu'il propose à un point de vue trop général. »

M. Chassaignac, après avoir remercié M. Forget de l'attention qu'il a donnée à son travail, lui fait observer d'abord qu'il a eu soin d'exposer les cas dans lesquels on ne devait pas tenter la réunion ; il relit ensuite ce qu'il a écrit des conditions nécessaires à cet effet, en soutenant, comme fait démontré pour lui, l'aptitude des foyers purulents à se réunir ainsi. Le principe qu'il cherche à établir d'après ce fait lui semble nouveau et non indiqué antérieurement.

M. Chassaignac n'a pas reconnu encore, il en convient, si toutes les conditions existaient à l'appui du principe, mais il répète que l'expérience lui est acquise. Tous les chirurgiens, sans doute, ont vu des abcès se résorber, surtout de petits abcès, comme ceux de l'angioleucite ; et cependant personne, qu'il sache, ne tente la réunion de ces abcès. Il l'a essayée pour la première fois avec une certaine appréhension dans la crainte d'un échec, et il a obtenu le succès le plus encourageant.

M. Huguier, considérant la communication faite par M. Chassaignac comme importante, redemande un tableau exact des cas observés par lui. Il voudrait voir figurer sur ce tableau la situation topographique des abcès, leur siége anatomique, leur nature, leurs caractères, leurs espèces groupées en nombre, ainsi que les résultats relatifs à chaque catégorie, afin d'en tirer des conclusions rationnelles. Or, le travail de M. Chassaignac, sous ce rapport, laisse à désirer ; et, de même que M. Forget a signalé des exemples de guérisons d'abcès, de même M. Huguier cite celui d'un abcès sous-mammaire qui, une fois ouvert, ne fournit plus ensuite de suppuration. En un mot, M. Huguier ne croit à la possibilité d'une discussion complète sur ce sujet qu'à l'aide des matériaux qui lui sont nécessaires.

M. Nélaton voit deux choses à considérer dans les idées émises par M. Chassaignac : en premier lieu, la constatation du travail anatomo-pathologique, d'après lequel la majorité des abcès phlegmoneux seraient susceptibles de réunion. Tous les chirurgiens ont vu sans doute cette réunion s'opérer même dans de grands abcès ; et, pour sa part, il se souvient d'avoir observé avec M. Cullerier un homme chez lequel un vaste abcès à la fesse fut ouvert et donna issue à une abondante suppuration qui fut tarie après vingt-quatre heures. Néanmoins, M. Nélaton reconnaît que M. Chassaignac a eu le mérite de généraliser ce fait anatomo-pathologique.

En second lieu se présentent, selon lui, les déductions thérapeutiques à en tirer. Pour ce qui est notamment des injections aqueuses, il ne les a pas employées, il en ignore la valeur, et il pense que pour l'apprécier on aurait besoin de comparer la méthode du lavage à la simple évacuation du foyer par des pressions convenables, comme le font tous les chirurgiens.

M. Chassaignac trouve que ces différentes réflexions tendent à prouver l'exactitude du principe qu'il a énoncé.

Ce principe lui paraissant donc établi d'une manière incontestable, reste l'application pratique. Or, il a pensé que par le lavage on obtiendrait une évacuation plus complète du pus ; il se sert de ce moyen depuis un an à l'hôpital Saint-Antoine, et dans aucun cas il n'a observé d'accidents.

M. Denonvilliers demande si, après l'injection aqueuse, M. Chassaignac ferme tout de suite les parois du foyer purulent ?

M. Chassaignac répond par l'affirmative.

M. Larrey croit que tout l'intérêt de la communication faite par M. Chassaignac repose sur la combinaison raisonnée de moyens déjà connus pour en former un tout, un ensemble, sinon une méthode nouvelle.

« Tous les chirurgiens, dit-il, ont rencontré des abcès et spécialement des abcès chauds, qui, ayant été ouverts, se sont fermés très vite, et dont l'adhésion s'est faite à peu près d'une manière immédiate. Le fait en lui-même n'est pas douteux ; mais l'interprétation qu'en donne M. Chassaignac ne paraît pas rigoureusement admissible. Il prétend obtenir la réunion immédiate des abcès qu'il vient d'ouvrir, et cependant il y fait ensuite, et à diverses reprises, des injections aqueuses ; n'est-ce pas, sans parler de la douleur, le moyen de distendre ou d'écarter les parois du foyer purulent au lieu d'en favoriser le contact ? Les injections ne contribueraient à ce résultat que si elles étaient faites aussitôt et uniquement après l'ouverture du dépôt ; elles agissent d'ailleurs comme un moyen de détersion.

» Il en est un autre, dit M. Larrey, dont je me suis servi quelquefois et qui pourrait, comme les injections, être plus souvent employé ; c'est l'*aspiration* par la ventouse sèche appliquée surtout à l'orifice des foyers profonds ou sinueux, alors que les pressions simples ne suffisent pas pour expulser le pus au dehors.

» Qu'il me soit permis, ajoute M. Larrey, d'indiquer au même titre, mais comme digression, un autre procédé dont je me sers généralement, et que j'ai emprunté à un fait particulier de la clinique de M. Cloquet. Il avait obtenu le dégorgement rapide d'un abcès profond de la mamelle, en intro-

duisant dans le foyer un bout de sonde élastique ; c'est ce moyen que j'emploie pour faciliter la sortie du pus toutes les fois qu'il ne s'écoule pas librement à la surface extérieure ; par exemple, dans les abcès sous-aponévrotiques des membres, je crois prévenir ainsi le décollement des tissus, les fusées purulentes, les abcès circonvoisins et l'érysipèle phlegmoneux, accidents qui me semblent d'autant plus à craindre par l'occlusion absolue.

» C'est même au sujet de la sonde élastique que je reviens à la question soulevée par notre honorable collègue, en ajoutant que ce moyen me paraît très apte à seconder les avantages de la compression, sans lui laisser ses inconvénients, puisqu'en ménageant une ouverture libre au foyer purulent, comme le veulent la plupart des chirurgiens, on maintient ses parois rapprochées par une compression méthodique, comme le propose M. Chassaignac.

» Joignons à cela, enfin, l'influence si utile de la position.»

M. Denonvilliers s'exprime sur cette question à peu près de la manière suivante :

« M. Nélaton a eu raison de dire qu'il s'agissait ici d'une question de principe et d'une question de fait. Ainsi, d'une part, M. Chassaignac, préoccupé de ses expériences, a été entraîné à parler de réunion immédiate et à considérer comme telle les résultats qu'il avait obtenus ; mais, d'autre part, on a dit avec raison que des abcès très vastes, comme celui qu'a signalé M. Nélaton, s'étaient réunis spontanément après vingt-quatre heures. Je n'ai pas eu l'occasion d'en voir d'aussi considérables se fermer en aussi peu de temps, mais j'en ai vu de petits s'oblitérer de cette façon ; seulement c'était après deux, trois ou quatre jours ; il ne me semble même pas qu'il puisse en être différemment. Une membrane sécrétant du pus ne peut cesser tout à coup de le sécréter, quelque part que réside l'abcès ; il en est de même de toute autre surface comparable à celle-là, soit d'une plaie qui se guérit, soit de toute autre solution de continuité. » Les amputations se rapprochent des abcès à cet égard.

Quant à l'interprétation du résultat des abcès guéris promptement, il faudrait savoir l'âge de l'abcès ou de la membrane pyogénique. C'est là une circonstance essentielle dont on devrait tenir compte, parce qu'elle peut expliquer comment il se fait que dans quelques cas l'adhésion ait lieu presque immédiatement, et les faits de ce genre sont des exceptions. On ne peut donc s'élever contre la doctrine de Hunter, qui reste vraie ; tant que du pus est fourni par un abcès ouvert, il y a danger de le fermer, et ce principe se généralise en démontrant que toute surface suppurante doit rester ouverte.

« J'ai vu, dit M. Denonvilliers, des abcès guérir assez vite, et je ne lave pas ces abcès, parce que je sais qu'il se formera nécessairement du pus. Ce n'est donc pas ainsi que j'ai cherché à favoriser l'adhésion des abcès, c'est en exerçant une compression autour de l'ouverture, que je laissais libre, et je comprends, comme l'a conseillé M. Larrey, que la présence d'une sonde élastique dans le trajet du foyer purulent soit, pour les raisons qu'il a indiquées, un moyen utile à employer.

» De même aussi que l'on voit des abcès ouverts se cicatriser vite, de même on voit des abcès fermés se résorber rapidement. Mais enfin de ce que certains abcès se résorbent doit-on conclure qu'il ne faut pas ouvrir les abcès ? Non, assurément, et la conséquence à tirer de là serait de ne pas s'exagérer la portée des faits qui nous montrent la possibilité de l'adhésion presque immédiate de quelques abcès pour la rechercher toujours et l'admettre trop souvent. »

M. Huguier a cru comprendre que, d'après M. Denonvilliers, il n'existerait pas de suppuration sans membrane pyogénique. Certains abcès, cependant, sont dépourvus de cette membrane, et dans ces cas-là il est avéré que la réunion peut se faire en douze ou quinze heures ; tels sont des abcès aigus développés promptement. L'objection de M. Denonvilliers serait donc valable pour des abcès chroniques, mais non pour tous les abcès aigus, et en définitive les résultats favorables obtenus par M. Chassaignac se rapportent probablement aux abcès dépourvus de membrane pyogénique.

M. Forget, dans l'exposé qu'il a lu, n'a pas eu la pensée de contester les faits invoqués par M. Chassaignac, puisqu'il en a cité qui sont favorables à ses idées ; mais l'interprétation qu'en donne son honorable collègue lui paraît fautive, comme l'ont fait remarquer MM. Larrey et Denonvilliers ; et il voudrait un assez grand nombre de faits, bien précis, bien spécifiés, pour assurer une valeur réelle à la thérapeutique dont M. Chassaignac préconise les avantages.

M. Chassaignac abrégera sa réponse aux principales objections qui lui ont été faites :

A M. Forget, il répète d'abord qu'il a indiqué les conditions dans lesquelles on ne doit pas tenter la réunion immédiate ;

A M. Denonvilliers, il soutient ensuite qu'une membrane pyogénique peut cesser de sécréter instantanément du pus pour sécréter de la lymphe plastique, et c'est précisément de là qu'il est parti pour entreprendre ses expériences ;

A M. Huguier, il rappelle enfin que la résorption des abcès n'est pas un phénomène fréquent ; il la croit même tellement rare qu'il serait porté à en nier la possibilité.

« M. Denonvilliers, ajoute M. Chassaignac, a dit aussi qu'il regardait comme chose mauvaise de fermer les abcès. Cette opinion, je le sais, est la croyance générale ; mais je pense avoir démontré le contraire par les observations de réunion immédiate que je suis prêt à communiquer si la Société juge à propos d'en écouter la lecture. »

M. Gosselin a entendu M. Chassaignac prononcer le mot échec, et il croit que ce mot suffit pour faire voir que la méthode suivie par lui n'a pas toujours réussi d'une manière complète. Ainsi, il y a des faits avoués par M. Chassaignac d'après lesquels la sécrétion du pus a continué, et rien ne prouve que la durée de ces abcès eût été moins longue si on eût donné une libre issue à la suppuration.

M. Gosselin ne peut s'empêcher de mettre en parallèle la méthode habituelle avec celle-là, et, puisque l'une offre la chance des mêmes avantages que l'autre sans exposer aux mêmes accidents ou aux mêmes dangers, il préfère s'en tenir, jusqu'à plus ample informé, à la méthode habituelle.

M. Lenoir se rattache à la proposition de recueillir des faits détaillés sur cette question, et il croit que M. Chassaignac a négligé de rechercher assez attentivement ce qui se passe dans l'évolution des abcès.

Il rappelle que, dans quelques-uns de ces abcès chauds avec inflammation, la possibilité de la cicatrisation ne saurait être contestée. Les cas de cicatrisation autres que ceux-là dépendent sans doute des lavages, qui détruisent ou modifient profondément la membrane pyogénique. Les incisions plutôt larges qu'étroites favorisent le même résultat.

L'observation directe peut donc seule, dit M. Lenoir, rendre compte des contradictions qui surgissent à cet égard, et c'est à elle qu'il en appelle en définitive.

M. Huguier communique à la Société, de la part de M. Cullerier (obligé de s'absenter), le fait suivant :

Depuis la communication de M. Chassaignac, M. Cullerier a eu dans son service un malade affecté d'un abcès de la mâchoire, et il l'a fait voir à un élève de M. Chassaignac, qui n'aurait pas hésité à faire dans ce cas-là des injections aqueuses. M. Cullerier s'y est refusé, et il s'est contenté d'ouvrir l'abcès, qui se trouva cicatrisé le lendemain.

M. Chassaignac réplique, enfin, qu'il considère ce fait comme exceptionnel, et il maintient que tout abcès ouvert par la méthode ordinaire suppure pendant un temps plus ou moins long, tandis que par sa méthode la cicatrisation est prompte.

M. le Président, d'après la proposition de quelques membres, invite M. Chassaignac a lire dans la prochaine séance le résumé de ses observations.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

NOUVELLES.

« Vendredi dernier, 21 juin, ont eu lieu les obsèques de Charles Masset, interne des hôpitaux, mort dans sa vingt-huitième année, victime d'une profession dont les travaux excédaient ses forces. Sa famille et ses collègues ont escorté jusqu'au cimetière Montparnasse le corps de ce malheureux et distingué jeune homme, à qui pendant sa longue maladie n'ont manqué ni les soins de ses amis, ni la généreuse sollicitude de l'administration. »

— On écrit de Venise que le choléra a éclaté dans cette ville, mais dans une rue seulement. On croit que la mauvaise qualité de l'eau où les logements malsains ont contribué à amener ce fléau. Sur huit personnes tombées malades, trois sont mortes.

— Dans toutes les parties de l'Inde, au Bengale et à Bombay, le choléra et la petite vérole ont fait cette année de très nombreuses victimes.

On annonce que la fièvre jaune étend ses ravages au Brésil dans de cruelles proportions. Deux cas de cette maladie ont eu lieu en mer sur des navires qui arrivaient à Rio-Janeiro ; elle a également éclaté à Petropolis, à 40 milles de Rio, et à 3,080 pieds au-dessus du niveau de la mer. De nouveaux cas ont paru à Montevideo.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

JEUDI 27 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 76.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

SOMMAIRE. = Paris. — Sur la séance de l'Académie de Médecine. = Hôpital Saint-Louis (M. Malgaigne). Des engorgements et des affections névralgiques de l'utérus. = *Académie de Médecine*, séance du 25 juin. = *Académie des Sciences*, séance du 24 juin. = *Revue thérapeutique*. De la caféine sous le rapport chimique, pharmaceutique et thérapeutique. = Nouvelles.

PARIS, 26 JUIN 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une lecture, quatre rapports, dont un officiel, et deux communications, voilà une séance bien remplie.

MM. Orfila, Jobert (de Lamballe), Bousquet, Bouillaud et Rochoux, se sont succédé à la tribune.

Commençons par M. Orfila, qui vient de traiter une question importante, difficile et neuve. Il s'agissait de savoir si une matière desséchée sur un vêtement ou sur un instrument contondant est ou non formée par une portion de substance cérébrale desséchée.

Il arrive souvent que le crâne est en partie vidé par une simple balle, si le coup a été tiré de près. On l'a vu encore en juin. Un garde républicain combattait sur la place de la Bastille, dans ces terribles journées, à côté d'un soldat du 48e de ligne, lorsqu'il fut atteint à l'épaule d'une balle qui le jeta à terre. Le soldat du 48e, pour le mettre à l'abri de nouveaux coups, le rangea contre la grille du monument de Juillet; et au moment où il venait de l'embrasser, prêt à recommencer le combat, frappé lui-même à la tête, il tomba roide mort sur le blessé, que l'on porta quelques heures après au Val-de-Grâce, avec une horrible incrustation de grumeaux de matière cérébrale sur tout le visage.

Ce qu'on voit par l'effet des balles ou du boulet peut avoir lieu par suite de l'*assènement* de coups redoublés sur le crâne. Cela devait arriver souvent dans les batailles de l'ancien temps, lorsque les combattants étaient munis de ces redoutables masses et haches d'armes que l'on voit dans les antiques panoplies.

Un homme est trouvé mort. Il a en la tête brisée en éclats, et le cerveau broyé par un instrument contondant. Un individu est soupçonné d'avoir commis ce crime; on l'arrête. Sa blouse porte vers l'épaule (laquelle?) une matière desséchée, *du poids de deux à trois centigrammes*. Cette matière est-elle de la substance cérébrale? Voilà le problème dont la justice demande la solution. Je fus effrayé des difficultés, dit M. Orfila. Nous n'avons pas de peine à le croire. M. Chevreul avait refusé la partie. M. Orfila, qui s'était adjoint M. Barse, se mit à l'œuvre, et il parvint à conclure, non pas positivement que la matière soumise à son examen fût formée par le cerveau, mais qu'il existait une certaine analogie entre elle et la substance cérébrale.

A cela, comme on pense bien, ne se borne pas le travail du célèbre professeur. Ce n'est que le commencement, le point de départ. A peine de retour de sa mission judiciaire, M. Orfila a entrepris un travail expérimental sur ce sujet; et, dépassant l'approximation à laquelle il était d'abord parvenu, il a obtenu des résultats positifs. Ces résultats et les conclusions de l'auteur sont consignés dans notre compte-rendu de la séance. Les expériences de l'ancien doyen seront sans doute répétées; il le faut, pour qu'elles puissent être regardées comme tout à fait décisives.

Nous reviendrons sur cette séance, que nous sommes loin d'avoir épuisée. Nous aurons peut-être un compte à régler avec l'honorable M. Bousquet, qui a tenté, dans sa prose fleurie, une restauration impérialiste, et qui, sans ménagement pour notre sensibilité, n'a pas craint d'évoquer le *Temps armé de sa faulx*.

Du rapport de M. Jobert (de Lamballe), espèce d'acquit de conscience, nous ne parlerons point, si ce n'est pour dire que l'habile académicien ne peut écrire une seule page sans qu'on y voie percer les inspirations d'une haute raison chirurgicale.

Le rapport de M. Bouillaud est une gracieuseté médico-littéraire, surtout littéraire, à l'endroit d'un jeune médecin qui, partant pour la Cappadoce, cette patrie d'Arétée, comme l'a dit et répété le savant rapporteur, a laissé sa carte à l'Académie, sous forme de mémoire, et demandé en échange le titre de membre correspondant. Puisse le jeune docteur asiatique, a dit M. Bouillaud, suivre les traces de son illustre compatriote, et puisse-t-il, ajouterons-nous, vivre en état de parfaite santé autant d'années que lui! Quatre-vingt-huit ans sont un bel âge.

Quant à M. Rochoux, au moment où il a été appelé à la tribune, il éprouvait le besoin d'aller se jeter à la Seine (pour se baigner, bien entendu); c'est lui-même qui l'a dit en quittant son banc. Un stoïcien peut se noyer, un épicurien point, du moins volontairement. D'ailleurs, ce serait grand dommage; un homme de l'esprit de M. Rochoux ne serait pas facile à remplacer

Quoi qu'il en soit, l'honorable rapporteur était pressé; il a lu vite, avec des hauts, et encore plus de bas, et nous n'avons pu le suivre.

L'illustre professeur de pathologie générale, M. Andral, assistait à la séance. Est-ce une réponse à notre adresse? En ce qui nous touche, merci, et tant mieux pour l'Académie!

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Des engorgements et des affections névralgiques de l'utérus.

Leçons cliniques recueillies par M. A.-H. Margerie.

Avant d'aborder les considérations qui doivent faire l'objet principal de cette leçon, nous dirons quelques mots d'une affection qui se rattache indirectement à notre sujet.

Cette affection consiste en une inflammation assez intense de l'œil gauche chez une jeune fille âgée de dix-neuf ans, inflammation qui se manifeste par la rougeur de la conjonctive et par la présence de deux taches à la partie inférieure de la cornée. Les parties profondes du globe oculaire participent plus ou moins à l'état morbide de la cornée et de la conjonctive; c'est ce qu'indiquent l'impossibilité de distinguer les objets et les troubles survenus depuis quelque temps du côté de la vision. L'affection locale n'est point ici une affection simple; elle se combine avec l'état général de la malade, dont la complexion actuelle, aussi bien que les antécédents, révèle au plus haut degré les attributs du tempérament dit scrofuleux.

La jeune fille, entre autres particularités, nous a appris que dans son enfance elle avait eu la maladie pour laquelle elle est venue aujourd'hui nous trouver, et qu'elle avait été guérie par l'application d'un vésicatoire au bras. Il y a trois mois le mal s'est montré de nouveau, le même remède a été employé, mais il avait sans doute perdu son efficacité primitive; la malade, fatiguée d'attendre une guérison qui n'arrivait pas, est entrée à l'hôpital Bon-Secours; 10 sangsues ont été placées au voisinage de l'angle externe de l'œil; elles n'ont eu d'autre effet que d'augmenter l'afflux du sang et d'aggraver les symptômes.

On peut voir, par cet exemple, que les sangsues ne sont pas, comme on l'a dit et comme on le pense encore, un antiphlogistique par excellence; elles ont été mises en bonneur par Broussais, dans un temps où elles servaient à combattre une affection qui n'existait pas dans la plupart des cas, et dont on a plus tard contesté l'existence, nous voulons parler de la gastrite. A cette époque, on généralisa leur emploi et on les prescrivit dans toutes les inflammations dont la gastrite était considérée comme le type, en se fondant sur les prétendus succès qu'on en obtenait dans cette dernière maladie. Pour notre part, pendant longtemps nous avons eu recours aux sangsues dans la péritonite; et, nous devons le dire, jamais elles ne nous ont donné les résultats favorables que nous pouvions nous promettre.

Quelle sera notre conduite dans le cas particulier que nous avons à traiter? Nous prescrirons d'abord, comme dans les autres inflammations, le repos de la partie malade. C'est un conseil qu'on trouve dans tous les livres, mais auquel on n'accorde nulle part l'importance qu'il mérite. Il ne suffit pas, pour le repos de l'œil, de suivre la pratique le plus généralement adoptée, et de se contenter de préserver l'œil malade contre l'action fâcheuse de l'air et de la lumière, il faut encore prévenir les mouvements qu'il exécute de concert avec l'œil sain quand celui-ci reste découvert. On se fera aisément une idée du nombre considérable de ces mouvements en fermant l'un des deux yeux et en continuant à se servir de l'autre, après avoir appliqué le doigt sur la paupière abaissée du premier.

Les cataplasmes, dont nous nous servons en pareille circonstance, devront être appliqués sur les deux yeux. De tous les moyens qui ont été imaginés pour calmer les douleurs inflammatoires, les cataplasmes sont, sans contredit, ceux qui remplissent le mieux leur objet, et il est à regretter que les ophthalmologistes les plus connus en rejettent l'emploi comme inutile ou pernicieux. Il est cependant bien démontré que dans un espace de temps très court ils procurent un soulagement marqué. Leur action cesse, à la vérité, de se faire sentir au bout d'une demi-heure environ; mais il suffit de les renouveler souvent pour remédier à cet inconvénient. Une autre précaution à prendre est d'éviter de prolonger trop longtemps leur application, autrement on s'expose à ramollir les tissus, à déterminer un gonflement œdémateux et même à amener une sorte de scorbut local.

On a beaucoup exagéré les avantages de la cautérisation; nous nous empressons de le reconnaître, elle est très utile dans un grand nombre de circonstances, et particulièrement dans les inflammations qui naissent comme dans celles qui touchent à leur fin. Ici, la présence de taches sur la cornée et le caractère spécial de l'affection doivent nous rendre très réservé sur l'emploi que nous en pourrions faire.

En quoi ce que nous venons de dire a-t-il trait aux affections de l'utérus? En ce que le repos et les cataplasmes donnent des résultats non moins satisfaisants dans le traitement des engorgements de cet organe que dans celui des affections inflammatoires de l'œil. Nous allons en rapporter un exemple.

Au n° 1 de la salle des femmes, est couchée une jeune fille entrée depuis dix jours pour un engorgement de l'utérus qui date de deux mois. L'étendue de cet engorgement, les douleurs vives et les maux de reins dont il s'accompagnait au moment où nous avons examiné la malade pour la première fois, faisaient de cette affection un des types les mieux caractérisés.

Nous avons d'abord pensé à combattre la douleur qui existait dans la région des reins; deux ventouses ont été appliquées une première fois, puis une seconde, mais sans résultat. Nous avons alors fait poser des vésicatoires, et les souffrances ont disparu. En même temps, nous prescrivions à la malade le repos au lit et les cataplasmes sur l'hypogastre; chaque jour, nous l'interrogions sur les résultats d'une médication dont le succès semblait se faire attendre d'une manière insolite; la persistance des douleurs, l'état stationnaire de la maladie, nous firent soupçonner que nos conseils n'étaient pas suivis avec exactitude; nous apprîmes, en effet, que la malade se levait dans le courant de la journée. Les douleurs de la menstruation sont venues, il y a quelques jours, se joindre à celles qui existaient déjà; nous n'avons pas craint, contrairement à la conduite suivie en pareil cas, de prescrire un bain; nous avons ainsi calmé les souffrances; les règles ont été régulières; aujourd'hui, il ne reste plus qu'une légère douleur du côté de l'utérus, douleur tellement faible que nous pouvons considérer la malade comme entièrement guérie. Dix jours seulement ont suffi à cette guérison, malgré l'infraction apportée au traitement, malgré une infraction d'un autre genre qu'il importe de signaler. Un de nos élèves a fait une application du spéculum, qui, bien que toutes les précautions convenables aient été prises, a réveillé les douleurs d'une manière assez vive; en général, on doit éviter autant que possible d'avoir recours aux moyens d'exploration, qui, par une action mécanique inséparable de leur emploi, peuvent irriter les organes qu'on examine.

Nous avons reçu hier une malade dont l'affection complexe nous servira de transition entre les maladies inflammatoires et les maladies névralgiques de l'utérus. C'est une femme de la campagne; elle est douée d'une constitution robuste et jouit habituellement d'une bonne santé. Il y a douze ans, elle a eu un enfant pour la première fois; l'accouchement a été naturel, et elle a cru pouvoir se lever immédiatement sans prendre aucune des précautions que la prudence conseille en pareil cas. Elle a bientôt été atteinte de douleurs dans tout le corps avec sensation de chaleur et de pesanteur du côté de la matrice. Ces phénomènes ont disparu sous l'influence d'une nouvelle grossesse survenue peu de temps après; cette fois, la parturition a été très pénible et la malade a été contrainte de garder le lit pendant six mois. Lorsque après ce long intervalle elle a pu se lever, elle a retrouvé les douleurs qui avaient suivi ses premières couches. Un médecin qu'elle a consulté l'a soumise à une cautérisation sous l'influence de laquelle le mal a paru plutôt augmenter que diminuer. Un autre médecin a eu recours au même moyen et est arrivé au même résultat. Il a prescrit une application de sangsues, mais sans plus de succès. Il est alors revenu à la cautérisation, qui a paru procurer un peu de soulagement; c'est à ce moment qu'il a cessé de donner ses soins à la malade.

Le doigt introduit dans le vagin ne nous a fait découvrir aucune ulcération, et cette simple exploration nous suffit pour affirmer qu'en réalité il n'en existe aucune. C'est qu'en effet nous ne trouvons pas des ulcérations avec la facilité qui est ordinaire à la plupart des médecins; qu'à la suite d'un accouchement plus ou moins laborieux le spéculum fasse découvrir une légère rougeur, une excoriation superficielle et presque imperceptible, nous ne verrons point là l'ulcération véritable, celle qu'on peut sentir avec le doigt. Le spéculum est un instrument de diagnostic qui, par sa précision même, peut conduire à une pratique vicieuse quand on n'apprécie pas à leur juste valeur les renseignements qu'il fournit. C'est ainsi, par exemple, que les granulations qu'il permet d'apercevoir, et qui dans un grand nombre de cas ne troublent en rien le jeu régulier des fonctions, ne réclament pas toujours la cautérisation qu'on a coutume de leur opposer constamment.

Ce qui frappe chez notre malade, indépendamment de l'engorgement de la matrice, indépendamment d'un commencement de rétroflexion qu'a subi cet organe, c'est l'existence

'uu élément nerveux, qui atteste à la fois une névralgie de utérus et de ses annexes, et qui s'annonce par des douleurs resque générales : ainsi, les seins sont traversés par des lancements qui ressemblent à des coups de canif, sans qu'il ait d'ailleurs aucun engorgement de la glande mammaire; il xiste des douleurs dans le ventre et dans les cuisses, et la ression en fait naître dans les fosses iliaques; celles-ci retentissent dans les membres inférieurs et sont plus vives du ôté gauche.

Nous avons des premiers étudié ces sortes de névralgies, et oici de quelle manière nous y avons été conduit.

Il s'est d'abord présenté à nous des engorgements simples e l'utérus qui ont cédé avec une merveilleuse facilité à la ouble influence du repos et des cataplasmes; plus tard, nous vons rencontré des engorgements avec douleurs générales; inefficacité du traitement qui nous avait si bien réussi en remier lieu, l'insuccès d'un grand nombre de médicaments onnés à l'intérieur, la persistance des douleurs après la disparition de l'engorgement, nous ont bientôt fait découvrir que es douleurs étaient liées à d'autres qui avaient leur siége sur col de l'utérus, particulièrement à gauche et en avant. Ces ouleurs générales, M. Valleix les avait étudiées sous les oms de névralgies intercostales, dorso-intercostales et lombo-bdominales. Nous essayâmes de les combattre par les cataplasmes et les vésicatoires saupoudrés avec l'acétate de morphine; nous parvînmes à les faire disparaître; mais les douleurs du col de l'utérus continuèrent à se montrer. Nous maginâmes alors de pratiquer la section du col de la marice; cette opération fut suivie de la suppression immédiate es douleurs générales aussi bien que des douleurs utérines, es premières étaient donc sympathiques des secondes.

Nous fûmes bientôt amené à reconnaître une nouvelle catégorie de malades; chez ces dernières la section du col néantissait, mais en partie seulement, les douleurs qui continuaient à se faire sentir dans les fosses iliaques et dans les uisses. Une observation attentive nous apprit alors que jamais les douleurs sympathiques de la névralgie du col utérin e se montrent du côté des cuisses et qu'il existe une névralgie des annexes de la matrice, névralgie facile à distinguer ar les vives douleurs que détermine la pression exercée sur es parties latérales du vagin, qui tantôt s'accompagne et tantôt ne s'accompagne pas de l'engorgement des organes dans esquels l'affection a son siége.

La malade qui nous occupe en ce moment présente à la ois, comme on peut maintenant s'en convaincre, un engorgement du col, une névralgie utérine et une névralgie des annexes.

Avant de parler des différents moyens de traitement que ous avons employés contre ces deux dernières affections, ous n'avons pas besoin de rappeler que les douleurs inflammatoires disparaissent sous l'influence de la médication antiphlogistique et que les douleurs de cause mécanique cessent vec l'usage de la ceinture hypogastrique.

Les cataplasmes, les injections narcotiques, la belladone, la oix vomique, l'alcoolature d'aconit ne nous ont donné aucun ésultat. L'opium à hautes doses apporte un soulagement léer, dont la durée est limitée à celle de l'administration du emède. Le succès que M. Beau obtenait à l'époque de nos echerches par le secours des bains sulfureux contre le retour es accès d'asthme (où il avait été conduit à découvrir un élément nerveux), nous permit un instant de croire que nous vions trouvé un moyen de traitement; les premières expéiences avaient été favorables, celles qui suivirent ne tardèrent as à nous prouver que nous n'avions trouvé qu'un moyen alliatif.

L'insuffisance de la médication ordinaire contre les névralgies intercostales et dorso-lombaires appela nos réflexions sur e parti qu'on pouvait tirer de l'instrument tranchant; une remière opération fut faite avec toutes les précautions convenables; les douleurs disparurent d'une manière complète et léfinitive, et c'est ainsi que nous arrivâmes à pratiquer la ection du col dans les névralgies utérines.

Lorsque la matrice est légèrement abaissée et que l'orifice lu museau de tanche est dilaté, le manuel opératoire ne ouffre aucune difficulté. Il n'en est pas de même lorsque l'utérus est placé très haut et que l'ouverture du col est très troite, surtout si la membrane hymen n'a pas été détruite. Il aut alors de toute nécessité attirer l'utérus vers l'orifice vulvaire, manœuvre qui ne remédie qu'à une partie des obstacles. Aussi avions-nous imaginé de remplacer la section verticale par une section transversale; deux fois nous eûmes recours à ce procédé, deux fois il fut suivi d'une hémorrhagie. Nous avons dû l'abandonner et revenir à la section verticale; nous la pratiquons au moyen de ciseaux longs qui coupent seulement à leur extrémité et dans une étendue de deux ou trois centimètres.

Nous nous empressons de le déclarer, la section du col de la matrice est loin de réussir d'une manière constante. Les cas où elle nous a paru avoir le plus de succès sont ceux où la douleur névralgique est limitée à un point situé à gauche et à la partie antérieure du col.

Nous avons maintenant à nous demander ce qu'il convient de faire dans les circonstances où elle échoue complétement? Il nous est impossible de le dire. Cependant, il est une ressource à laquelle on pourrait avoir recours, nous voulons parler de la cautérisation avec le fer rouge. L'innocuité de cette opération est aujourd'hui hors de doute, et d'un autre côté l'expérience a démontré qu'elle fait cesser immédiatement les violentes douleurs dont s'accompagnent parfois les affections cancéreuses de la matrice. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous la repoussons à l'avance pour les cas où le col utérin n'aurait pas été modifié par l'accouchement, comme pour ceux où la membrane hymen serait demeurée intacte, car alors elle entraînerait la déchirure de cette membrane, et des chances presque certaines de stérilité pour la malade qui en serait l'objet.

Les névralgies des annexes de l'utérus sont une affection contre laquelle nous sommes réduits à employer des moyens empiriques; jusqu'à présent, on n'a pas encore songé à attaquer par la cautérisation et les incisions les parties qui sont le siége du mal; peut-être cette idée mérite-t-elle de faire le sujet de sérieuses méditations.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 juin 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

Le ministre du commerce transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Raphaël, médecin à Provins, sur les divers modes de traitement dont il s'est servi contre le choléra. (Commission du choléra.)

2° Un rapport de M. le docteur Tribes, sur l'épidémie de choléra de Nîmes en 1849. (Même commission.)

3° Un mémoire de M. Marcelin Duval, médecin de la marine, à Brest, sur l'épidémie de choléra qui a régné au bagne de cette ville en 1849.

4° Un rapport de M. le docteur Ed. Laroche sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Chavagnes (Maine-et-Loire) pendant les six derniers mois de 1849. (Commission des épidémies.)

5° Un mémoire de M. le docteur Gouyon, de Clermont-Ferrand, sur l'action du nitrate d'argent dans le traitement des plaies. (Commission : MM. Robert et Ricord.)

— L'Académie reçoit en outre :

Un mémoire de M. Grimaud, d'Angers, sur l'action du sulfate de brucine et du sulfate de strychnine contre les fièvres intermittentes.

Une note de M. le docteur Liéger, de Rambervilliers, sur les accès pernicieux qui se manifestent à la suite d'une cause traumatique, et sur une question médico-légale qui s'y rattache. (Commission : MM. Mélier et Adelon.)

Une lettre de M. le docteur James Leblaye, qui informe l'Académie qu'il se rend à Buenos-Ayres pour y soigner les malades atteints de la fièvre jaune, et lui demande ses instructions, ainsi que l'autorisation de lui soumettre les observations qu'il aura occasion de recueillir.

Analyse de la substance cérébrale desséchée.

M. Orfila lit un travail expérimental sur les moyens de reconnaître par l'analyse chimique et le microscope la substance cérébrale desséchée.

Il résulte des expériences contenues dans ce travail :

1° Que, parmi les organes de l'homme, il n'en est aucun qui se comporte avec les acides sulfurique et chlorhydrique comme le fait le cerveau : ainsi les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, les testicules, les parotides, les glandes maxillaires et le corps thyroïde donnent avec ces acides des réactions tout autres que celles que l'on obtient avec la matière cérébrale.

2° Que, si le pancréas développe avec l'acide sulfurique au bout d'un jour ou deux une teinte violacée qui a quelque analogie avec celle que produit le cerveau avec le même acide, cette teinte a été précédée d'une nuance jaune-brunâtre, puis rouge-malaga, ce que ne fait pas la matière cérébrale. D'ailleurs, le pancréas colore l'acide chlorhydrique en gris-sale ardoisé sans la moindre teinte violette, ce qui n'a pas lieu avec la matière cérébrale.

3° Que, si la chair musculaire humide ou desséchée colore l'acide sulfurique concentré en violet au bout d'un jour ou deux, cette teinte a également été précédée d'une nuance rouge-malaga, et que d'une autre part l'acide chlorhydrique, qui d'abord colore la chair en violet, prend dès le troisième jour une nuance d'un gris-ardoise sale sans la moindre apparence de rouge ou de violet.

4° Que, parmi les matières organiques molles susceptibles d'adhérer aux vêtements ou aux instruments tranchants et contondants de manière à présenter un produit desséché plus ou moins saillant (1), il n'en est aucune qui puisse être confondue avec la matière cérébrale si l'on a à la fois recours aux acides sulfurique et chlorhydrique. Ces matières sont le jaune d'œuf, le beurre, certains fromages mous, entre autres celui de Brie, la gélatine, le gras de mouton et de bœuf et la graisse humaine.

5° Qu'à la vérité le blanc d'œuf et certains fromages mous donnent avec ces deux acides des résultats qui, au premier abord, semblent offrir quelque analogie avec ceux que fournissent ces mêmes acides avec la matière cérébrale, mais qu'il est possible d'établir des différences marquées entre ces réactions.

Ainsi l'albumine desséchée ou humide, tout en faisant naître avec l'acide sulfurique concentré une coloration violette semblable à celle que l'on obtient avec le cerveau, se dissout dans l'acide chlorhydrique et donne une liqueur d'un très beau bleu si elle est liquide ou coagulée par le feu et encore molle, ou bien une liqueur violette qui passe au bleu au bout de quelques jours si l'on agit avec du blanc d'œuf desséché au soleil ou par le feu. Cette coloration bleue, aussi belle que celle du sulfate de cuivre ammoniacal, reprend sa couleur violette dès qu'on chauffe la liqueur, et il suffit de la soumettre à l'action de la chaleur pendant quelques minutes pour qu'elle acquière une couleur brune analogue à celle du café à l'eau foncé. La matière cérébrale, au contraire, n'est pas complétement dissoute par l'acide chlorhydrique même après douze jours de contact, et se colore au bout de quelques jours en gris-sale tirant légèrement sur le violet, nuance qui passe au rouge-malaga sans jamais donner la moindre trace de bleu.

(1) Je dis susceptibles d'adhérer aux vêtements ou aux instruments tranchants ou contondants de manière à présenter un produit desséché plus ou moins saillant, afin qu'on ne confonde pas ce produit avec certaines taches non saillantes, comme celles qui seraient le résultat de l'application sur les étoffes de certains acides, de quelques fruits, etc.

Quant aux fromages blancs (caillés), qui sont dissous et colorés en violet par l'acide sulfurique, ce qui tend à les rapprocher de la matière cérébrale, ils peuvent en être distingués par l'eau qui précipite instantanément et abondamment en blanc la dissolution sulfurique du cerveau, tandis que ce liquide ne précipite que légèrement, et au bout de plusieurs heures, la dissolution sulfurique du caséum. J'ajouterai que celle-ci est précipitée en couleur tête-de-nègre par le chlorure de nickel, réactif qui fait naître un précipité vert-pré dans la dissolution sulfurique de matière cérébrale. On peut encore recourir à l'acide chlorhydrique pour distinguer le fromage blanc de la matière cérébrale; en effet, ce fromage desséché au soleil colore presque instantanément le liquide en rose-clair, puis en violet, et enfin en gris-ardoise; tandis que le cerveau le laisse incolore pendant un temps assez long, puis lui donne une teinte gris-sale légèrement violacée.

6° Qu'il n'est guère possible de tirer parti, pour reconnaître des traces de matière cérébrale, des moyens qui auraient pour but d'y démontrer la présence du phosphore, d'abord parce que celui-ci n'existe dans l'encéphale qu'en très petite proportion, et qu'il serait par conséquent nécessaire d'agir avec des quantités assez considérables de matière cérébrale, et ensuite parce que le blanc d'œuf et le caséum contenant des phosphates, il est évident qu'en les plaçant dans les mêmes conditions que la matière cérébrale, c'est-à-dire en les traitant par le potassium, après les avoir carbonisés, ils doivent contenir, comme le cerveau, du phosphure de potassium.

7° Que l'acide acétique ne peut être d'aucune utilité pour établir des différences tranchées entre les diverses matières desséchées dont j'ai parlé.

8° Que c'est par conséquent aux acides sulfurique et chlorhydrique qu'il faudra avoir recours pour reconnaître même une très petite quantité de matière cérébrale, puisque celle-ci donne avec ces acides des réactions bien différentes de celles que l'on obtient en traitant le blanc d'œuf, le caséum, etc., par ces mêmes acides.

Conclusions. — 1° Il est possible de reconnaître la matière cérébrale desséchée à l'aide de l'acide sulfurique et de l'acide chlorhydrique concentrés.

2° Le microscope d'un grossissement réel de 470 fois, mais surtout celui qui porte le grossissement à 580 ou 600 diamètres, fournit un moyen certain de distinguer la matière cérébrale de toutes les matières organiques connues, alors même que le poids de cette matière s'élève à peine à 1 milligr.

3° Quoique l'on soit autorisé à affirmer qu'une matière desséchée est de la matière cérébrale, à l'aide des caractères chimiques seuls ou à l'aide du microscope, il est préférable de recourir à la fois à l'action chimique des acides sulfurique et chlorhydrique et à l'observation microscopique; pour ce qui concerne celle-ci, il faudra opérer sur la matière laissée pendant quelque temps dans l'eau afin de l'humecter dans toutes ses parties.

4° En traitant par une dissolution concentrée de sulfate de soude un mélange de matière cérébrale et de sang, comme celui qui pourrait exister sur un instrument contondant avec lequel on aurait fracturé le crâne, les globules de sang sont conservés, et l'on peut, à l'aide du microscope, reconnaître et la matière cérébrale et ces globules.

De la dilatation graduelle de la cavité du col de l'utérus pour combattre la stérilité chez la femme.

M. Jobert (de Lamballe) lit un rapport sur des observations de M. le docteur Raynaud, de Montauban, pour servir à l'histoire de la dysménorrhée et de la stérilité chez la femme, ainsi qu'à celle des rétrécissements du col de l'utérus.

Aux faits connus de MM. Lisfranc, Velpeau, Robert, Oldham, Mackintosh, etc., M. Raynaud ajoute la relation de deux cas dans lesquels la stérilité a été vaincue par la dilatation graduelle de la cavité du col de l'utérus par l'emploi de bougies en cire et de forme conique, dont il augmenta graduellement le volume; six mois de soins furent nécessaires pour arriver à une guérison complète. L'auteur, après l'énoncé de ces observations, expose les motifs qui lui font préférer ce mode de dilatation à toute autre méthode curative.

M. le rapporteur, après avoir apprécié à sa juste valeur la communication intéressante de M. Raynaud, propose à l'Académie, en adressant des remercîments à l'auteur, de renvoyer son travail au comité de publication. (Adopté.)

Vaccine.

M. Bousquet lit, au nom du comité de vaccine, le rapport officiel sur les vaccinations faites en France pendant l'année 1848.

M. le rapporteur, après avoir fait l'analyse de tous les travaux communiqués à l'Académie pour cette année, termine son rapport par une dissertation sur l'influence de la vaccine sur la population, dans laquelle il réfute les objections et les attaques récemment dirigées contre la vaccine par MM. Bayard et Carnot, et cherche à établir que, si, au milieu des causes nombreuses qui influent sur le mouvement de la population, il est difficile d'apprécier la part réelle d'influence qui revient à la vaccine sur son accroissement; il est du moins à peu près incontestable qu'elle a contribué à allonger la durée moyenne de l'existence.

La lecture de la dernière partie de ce rapport, consacrée à la proposition des récompenses à décerner aux médecins vaccinateurs, est remise au comité secret qui devra avoir lieu à la fin de la séance.

M. Rochoux. On ne pourra résoudre la question soulevée par MM. Bayard et Carnot que dans trente ou quarante ans. Il est donc parfaitement inutile de s'en occuper actuellement. Quant à l'explication que M. Bousquet a cherché à donner de l'action préservatrice de la vaccine, il aurait pu également s'en abstenir, car c'est toujours *quia opium facit dormire....* Tenons-nous en au fait.

Enfin, au sujet de l'économie politique, M. Bousquet a dit qu'il fallait s'attacher à activer la consommation pour activer la production; c'est le contraire qu'il aurait dû dire.

M. Bousquet. Si M. Rochoux veut parler de l'influence directe de la vaccine sur le mouvement de la population, nous n'en saurons pas plus dans trente ans qu'aujourd'hui; car nous ne connaissons pas toutes les causes qui agissent sur la population; mais nous savons que la population s'accroît, et que la durée moyenne de la vie est allongée. Nous savons, d'un autre côté, que la vaccine diminue les chances de mort: nous sommes donc fondé à reconnaître que la vaccine n'est pas étrangère à ce résultat.

M. Gaultier de Claubry. Il y a dans le rapport une assertion trop extraordinaire pour que je ne m'élève pas contre de toutes mes forces. Il y est dit qu'à Marseille on aurait, par erreur sans doute, inoculé du virus variolique pour du vaccin et qu'il n'y aurait eu rien de changé dans le résultat. Cela ne me paraît pas possible. Personne n'ignore que l'inoculation produit autre chose qu'une éruption locale.

M. Bousquet. Le fait que j'ai rapporté est emprunté à M. le docteur Robert, de Marseille. J'ai toutes raisons de le croire authentique.

M. Rochoux. Je n'ai qu'une objection à faire contre l'identité prétendue de la variole et de la vaccine, c'est que pendant cinquante ou soixante ans on a inoculé la variole sans avoir jamais produit la vaccine.

Le vote des conclusions aura lieu en comité secret.

Doctrine d'Arétée.

M. Bouillaud lit en son nom et au nom de M. Piorry un rapport sur un mémoire de M. le docteur Roussignan, de Cappadoce, consacré au développement des doctrines médicales d'Arétée son compatriote.

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du travail de M. Roussignan, exprime le vœu que l'Académie s'associe ce médecin à titre de correspondant et conclut en proposant de lui adresser des remercîments. (Adopté.)

Constitution médicale de Nice.

M. Rochoux lit un rapport au nom de la commission de topographie médicale sur deux écrits de M. Naudot intitulés:

1° *Note sur les émanations miasmatiques des marais.*

2° *Essai sur la constitution médicale de la ville de Nice.*

Les deux écrits de M. Naudot renfermant des documents fort utiles à connaître sur le climat de Nice, M. le rapporteur propose de les déposer honorablement dans les archives et d'écrire une lettre de remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Production cornée développée sur la tempe d'une femme.

M. Grisolle met sous les yeux de l'Académie une production cornée qui s'était développée sur la région temporale moyenne gauche d'une femme âgée de soixante-dix ans. Cette corne, dont l'existence datait de trois ans, et qui n'était devenue persistante qu'après s'être successivement développée et détachée une vingtaine de fois dans l'espace d'une trentaine d'années, avait environ 15 centimètres de longueur et 1 centimètre 1/2 d'épaisseur; elle était roulée en spirale, à la manière d'une corne de bouc; son poids était de 11 grammes. une ligature appliquée à sa base en avait déterminé le détachement presque complet; il avait suffi d'un coup de ciseaux pour la séparer tout à fait. Mais quelques jours après, il survint un érysipèle qui, joint à une affection catarrhale chronique, enleva la malade.

Cette production avait la racine dans l'épaisseur même de la peau; elle reposait sur une base fibreuse autour de laquelle existaient quelques follicules sébacés développés; mais elle était entièrement indépendante du pariétal, dont la surface était restée parfaitement unie et régulière.

M. Grisolle se propose de faire examiner cette production anormale par un micrographe.

Amputation sous-astragalienne.

M. Maisonneuve présente une jeune fille sur laquelle il a pratiqué l'amputation sous-astragalienne d'après le procédé de M. Malgaigne. C'est le troisième cas, à sa connaissance, d'opération de ce genre suivie de succès.

Suture des paupières.

Le même chirurgien présente un jeune homme auquel il a pratiqué la suture des paupières du côté droit dans le but de soustraire le globe de l'œil, dont les fonctions étaient entièrement perdues, à l'action de l'air et des corps étrangers.

Il est cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport sur la vaccine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 juin 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Régime alimentaire des ouvriers mineurs. Influence du travail dans les mines sur leur santé.

M. Magendie lit une lettre qui lui a été adressée de Valenciennes par M. le docteur Charpentier, correspondant de l'Académie de Médecine, au sujet de la note de M. de Gasparin sur le régime alimentaire des mineurs de Charleroy. On se rappelle que, d'après cet académicien, le régime de l'ouvrier mineur de Charleroy se réduit à prendre deux litres de café, deux dixièmes de litres de lait, un kilogramme de pain, du beurre en quantité variable, 750 grammes de légumes verts par jour, et par semaine un demi-kilogr. de viande et deux litres de bière. Avec ce régime alimentaire il serait très énergique et bien supérieur en force aux mineurs d'Anzin, qui se nourrissent plus substantiellement.

Cette note ayant paru à M. Charpentier en pleine contradiction avec ses propres observations, il a pris des renseignements sur ce sujet auprès de M. Boisseau, directeur du Poirier, l'un des principaux charbonnages du bassin houiller de Charleroy. Voici les faits que contient la lettre de M. Charpentier sur ce sujet.

« Les mineurs ont des salaires qui varient selon l'importance de leur travail; ils sont sujets comme partout à des chômages plus ou moins prolongés, et comme tous les autres ouvriers ont des charges de familles différentes; de là des positions pécuniaires très variées qui ne leur permettent pas de suivre tous la même manière de vivre, le même régime alimentaire. En général nos ouvriers dépensent chaque jour pour dix à quinze centimes de genièvre (eau-de-vie de grain), boivent un litre de bière, mangent deux ou trois fois dans la semaine du porc qu'ils accommodent avec quelques légumes, et ordinairement le dimanche ils font trois repas à la viande de boucherie, et boivent ce jour une très grande quantité de bière.

» Ce que dit M. de Gasparin sur l'usage de café chicorée au lait est exact; c'est le seul aliment, avec le pain beurré, qu'ils prennent lorsqu'ils sont dans la fosse, parce que tout autre plus substantiel s'y digérerait avec peine à cause de la pénible position du corps qu'ils sont obligés de prendre pendant leur travail dans les galeries.

» Quant à la santé des charbonniers de Charleroy, voici ce qu'en a dit la Chambre de commerce de cette ville, dans le rapport qu'elle a fait à l'occasion de l'enquête ordonnée par le gouvernement belge, sur les conditions des classes ouvrières du pays.

» Les travaux si pénibles auxquels se livrent les ouvriers des mines occasionnent un développement très inégal des différentes parties du corps. Les organes très exercés acquièrent un énorme développement; les autres restent faibles et chétifs. La poitrine, les épaules, se fortifient aux dépens des jambes; les déformations se manifestent dans la colonne vertébrale. La taille, enfin, reste au-dessous de ce qu'elle est hors des mines. Toutefois, ce dernier inconvénient ne se manifeste guère que dans les mines dont les galeries très basses obligent les ouvriers à se tenir constamment courbés.

» Enfin le travail à l'intérieur des mines altère et détériore la constitution physique des ouvriers, dont un assez grand nombre deviennent impotents. En général, à un âge où ils pourraient encore travailler s'ils avaient exercé un autre métier, leur force musculaire diminue, et ils sont incapables de continuer le leur. Le travail souterrain est pour eux la source de souffrances et de maladies souvent mortelles, dont ils contractent les germes dès leur tendre jeunesse, maladies qui s'aggravent lentement, prennent un caractère formidable entre trente et quarante ans, et entraînent communément la mort peu après l'âge de cinquante ans.

» Ce rapport, comme on le voit, se concilie fort peu avec la note de M. de Gasparin sur la santé des mineurs de Charleroy.

» Cependant, quel que soit le fâcheux état de la santé des ouvriers employés aux mines de Charleroy, il est démontré qu'ils vivent un peu plus longtemps que ceux de Mons, de Liége, et peut-être d'Anzin; mais cela ne tient pas, comme pourrait le faire croire la note de M. de Gasparin, à la différence de régime alimentaire, qui est d'ailleurs à peu près le même chez tous les ouvriers mineurs de ce pays, mais à ce que ceux de Charleroy sont descendus dans les mines et en sont remontés sans peine pour eux dans des tonneaux appelés cuffats; tandis que les ouvriers de Liége, de Mons et d'Anzin y descendent et en remontent au moyen d'échelles séparées par intervalles par des passés dont la longueur totale varie de 150 à 800 mètres. La descente dans les puits, mais surtout l'ascension opérée de cette manière fatiguent horriblement les ouvriers et amènent chez eux, à un âge souvent peu avancé, des affections mortelles du cœur.

» J'ai pensé devoir rétablir les faits dont parle M. de Gasparin, parce que, tels qu'il les a présentés, ils seraient contraires à vos recherches, vos expériences et celles de Liebig, de Lhémann sur les principes nutritifs des substances alimentaires, et, qui plus est, à l'observation, qui démontre l'immense supériorité de force des animaux carnivores sur ceux qui ne vivent que de végétaux, mais aussi pour prévenir une erreur qui, si elle se propageait, pourrait être funeste aux classes ouvrières, surtout dans le nord et l'ouest de la France, où elles sont déjà trop soumises, principalement dans la campagne, à une nourriture lactée, végétale, qui favorise la tuberculisation et amène cette cruelle phthisie pulmonaire qui tue dans ces pays le tiers de la population laborieuse. Déjà, comme l'observe très judicieusement M. Villermé, on n'ignore que trop en France combien la viande est nécessaire aux travailleurs, et que, si les ouvriers anglais travaillent plus que les autres, c'est à la viande dont ils font une grande consommation qu'il faut l'attribuer. »

Conservation de la vie malgré la destruction de la moelle épinière.

M. Brown-Séquart adresse une note sur la conservation de la vie sans trouble apparent des fonctions organiques, après la destruction d'une portion considérable de la moelle épinière, chez les animaux à sang chaud.

M. Brown-Séquart avait déjà vu que la destruction des parties de la moelle épinière qui ne sont pas essentiellement utiles à la respiration était, en général, promptement mortelle; c'était bien plus en raison de l'hémorrhagie qu'elle occasionne que par toute autre cause. Il a fait, depuis, un grand nombre de recherches, desquelles il résulte que, chez les pigeons, la vie peut subsister pendant un temps indéfini sans paraître troublée, malgré la destruction d'une portion de la moelle épinière égalant la moitié de la longueur de ce centre nerveux.

Ses recherches l'ont conduit, en outre, à constater ce résultat général; savoir: que la circulation, la respiration, la digestion et probablement les sécrétions qui servent à la digestion, la nutrition et l'accroissement en longueur, la chaleur animale, la sécrétion urinaire et la production des plumes paraissent exister comme à l'état normal chez les pigeons qui ne possèdent plus que la partie cervicale et environ la moitié de la partie costale de leur moelle épinière. Ces résultats témoignent, suivant l'auteur, contre les opinions de Legallois, Wilson, Philip et Chossat relativement à l'influence de la moelle épinière sur le cœur, l'estomac, les poumons, la sécrétion urinaire et la chaleur animale.

— M. Maurice Mène envoie un premier mémoire sur les maladies de l'oreille. L'auteur y examine les questions suivantes:

1° Doit-on considérer le cérumen comme une matière excrémentitielle, ou bien comme un produit nécessaire à l'acte de l'audition?

2° Son état physique est-il le même dans l'oreille saine que dans l'oreille atteinte de dysécie, de bourdonnements, etc.?

Les observations qu'il a faites depuis un grand nombre d'années sur les personnes atteintes de ces affections lui paraissent de nature à éclairer cette double question. Il résulte de ces observations que l'état physique du cérumen n'est jamais le même dans l'oreille saine que dans l'oreille malade.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De la caféine sous le rapport chimique, pharmaceutique et thérapeutique.

Le fécond pharmacologue M. Van den Corput, vient de publier sur la caféine un travail d'où nous extrayons les passages suivants, les seuls à peu près que l'auteur ait pu écrire sans sortir de sa compétence.

« Différents procédés peuvent être suivis pour l'extraction de la caféine; le plus convenable consiste à traiter l'infusum de café cru par l'acétat plombique qui précipite la totalité des *acides malique et cafétanique* en même temps qu'une partie des autres matières qui accompagnent la caféine. On filtre, on évapore avec précaution la solution acide jusqu'à siccité et l'on mélange intimement le résidu avec du sable lavé ou du verre pilé, puis on chauffe la masse dans une capsule recouverte d'un cône que l'on dispose de la même manière que pour l'obtention de l'acide benzoïque. La caféine se volatilise et vient se condenser sur les parois du dôme.

» Au lieu d'isoler ce principe par sublimation, comme nous venons de l'indiquer, on peut saturer d'abord la liqueur acide par l'oxyde plombique hydraté, filtrer, éliminer l'excès de plomb que peuvent contenir les liqueurs, par l'acide sulfhydrique, filtrer de nouveau, concentrer et laisser cristalliser. On purifie la caféine ainsi obtenue par de nouvelles cristallisations.

» MM. Robiquet et Boutron recommandent comme la meilleur méthode, de précipiter la caféine du décocté par l'infusion de noix de Galles, de dissoudre le dépôt dans l'alcool, et d'ajouter à la liqueur de la magnésie ou de l'oxyde plombique qui forme un précipité abondant, et laisse la caféine seule en solution.

» On pourrait l'obtenir encore en mélangeant de la magnésie calcinée au café réduit en poudre, traitant à chaud par de l'alcool faible, et distillant la liqueur jusqu'au 1/4; la caféine cristallise par le refroidissement. »

M. Van den Corput rappelle ici les végétaux autres que le café où l'on rencontre aussi la caféine; mais l'extraction ne pouvant être faite avec avantage jusqu'à présent dans ces végétaux, il serait inutile d'insister sur cette énumération.

« La caféine se présente cristallisée en longs prismes aciculaires, flexibles, d'un blanc éclatant et soyeux, inodores, d'une saveur d'abord presque nulle, puis bientôt franchement amère. Les cristaux de caféine contiennent deux équivalents d'eau copulée qu'ils abandonnent à 100° centigr. Indépendamment de celle-ci, ils donnent à l'analyse pour composition élémentaire $C^8H^5Az^2O^2$ et renferment par conséquent environ 27 0/0 d'azote. Aussi est-ce l'un des principes végétaux les plus *animalisés*.

» La caféine entre en fusion à 177° centigr., et se *sublime sans éprouver d'altération* vers 384°. Refroidie brusquement pendant la fusion, elle se solidifie instantanément à l'état anhydre en une masse cristalline.

» Les cristaux hydratés de caféine sont solubles dans 93 parties d'eau froide, dans 158 p. d'alcool et dans 298 p. d'éther. A chaud, ces menstrues en dissolvent davantage. L'acide tannique y forme un précipité de tannate caféique insoluble.

» D'après M. Payen, la caféine existe dans le café cru combinée en majeure partie à l'*acide chloroginique* ou *cafétannique*, à l'état de sel double avec la potasse; la portion de cette alcaloïde qui s'y trouve libre peut être enlevée par l'eau froide.

» D'après Pfaff, les semences de café à l'état cru n'en contiendraient que environ 1/500e, mais cette proportion est évidemment trop faible, car en épuisant par la méthode de déplacement les nucules réduits en poudre, on peut obtenir jusque 98 — 100 grains de caféine par livre, tandis que Robiquet et Boutron n'en avaient trouvé que 52 grains, et J. Stenhouse seulement 12 — 18 gr. pour la même quantité de matière première.

» D'après les analyses de Payen, 100 parties de café Martinique vert, privé d'humidité, contiennent 2,46 d'azote, tandis que le produit de l'extraction de 100 parties des mêmes fèves torréfiées ne lui a donné que 0,72 d'azote. Or si les 2 1/2 0/0 d'azote qui existent dans le café cru se trouvent répartis également entre les deux principes azotés que renferme cette graine, savoir: la caféine et la légumine, on trouve par un calcul bien simple que les fèves non torréfiées contiennent environ 4 0/0 du premier de ces principes et 9 0/0 du second. Pour le café grillé, les 0,7 décigr. d'azote existant dans les 16 à 19 grammes d'extrait fourni par 100 grammes de nucules torréfiés, répondent à 2 1/2 environ de caféine, attendu que la légumine, rendue insoluble, reste en presque totalité dans l'apothème qui constitue le *marc*.

» On voit donc, par ce qui précède, que, si la torréfaction prive le café d'une partie de la caféine, elle lui laisse néanmoins encore, lorsque l'opération est bien conduite, une portion de ce principe assez notable pour rendre amplement compte des effets bienfaisants que nous fait éprouver cette liqueur *céphalique*. »

Il résulte des observations du docteur C. Lebmann qu'introduite dans l'économie, la caféine a pour effet d'augmenter la sécrétion de l'*urée* et celle de la *bile*.

« A haute dose, la caféine paraît agir comme émétique, par suite sans doute de l'hypersécrétion de bile qu'elle détermine.

» Quant à la manière dont cette substance se comporte en présence des réactifs, on ne l'a jusqu'ici qu'assez peu étudiée, et la plus grande obscurité règne à son égard dans les travaux du petit nombre de chimistes qui s'en sont occupés.

» Les affinités basiques de la caféine sont très faibles; elle ne manifeste guère de réaction alcaline observable, quoiqu'elle soit néanmoins susceptible de former, avec les acides, des sels qui en général peuvent cristalliser, mais dont la plupart se décomposent avec une grande facilité.

» Cette substance est également capable de contracter des combinaisons avec les bases, et même avec certains sels métalliques, tels que les chlorures aurique, mercurique, etc.

» Les combinaisons les plus *stables* que forme cette substance sont, d'après nos observations, celles qu'elle contracte avec les acides d'une polarité négative en rapport avec la basicité peu prononcée de la caféine, et qui en même temps ne sont pas volatils au-dessous de la température à laquelle l'alcaloïde lui-même entre en vapeurs. Ces conditions se rencontrent dans la plupart des acides organiques fixes. Si maintenant l'on considère que de tous les acides organiques, ceux que l'estomac assimile le mieux et qui se prêtent le plus facilement aux modifications que doit leur faire éprouver l'évolution vitale sont les *acides lactique et citrique*, ou leurs analogues, on comprendra comment, d'après les considérations que nous avons exposées, et guidé précédemment surtout par les propriétés anti-périodiques du café citré, nous avons été conduit à proposer l'emploi du citrate et de quelques autres sels de caféine.

Citrate de caféine.

« On obtient ce sel en ajoutant, jusqu'à saturation, de la caféine pure à une solution d'acide citrique et abandonnant à une température de 40°C=32°R; le sel cristallise en longues aiguilles satinées d'une blancheur éclatante, groupées concentriquement autour de points centraux.

» On peut l'obtenir encore en épuisant le café cru pulvérisé par une solution très faible d'acide citrique, agitant la liqueur avec un volume égal d'éther, décantant et laissant cristalliser après concentration la solution aqueuse.

» Ce sel est facilement soluble dans l'eau. La quantité d'acide citrique tribasique qui sature la caféine est relativement peu considérable; aussi la solution de ce citrate ne produit-elle qu'un trouble léger par l'acétate plombique.

Poudre de citrate de caféine.

Sucre pulvérisé.	1 once.
Citrate de caféine.	16 gr.

» M. Divisez les cristaux asbestiformes de citrate caféique à l'aide du sucre, et partagez le mélange en doses de 15 grains.

Citrate de fer et de caféine.

» On le prépare par la combinaison de 1 partie de citrate de caféine avec 4 parties de citrate ferrique. Le produit se présente en écailles cristallines rayonnées, de couleur rouge-jaunâtre. Il est assez soluble dans l'eau.

Lactate de caféine.

» Ce composé s'obtient par combinaison directe en dissolvant la caféine dans l'acide lactique dilué, et évaporant à une chaleur ménagée; il cristallise difficilement et forme, le plus souvent, une masse amorphe ou confusément cristalline.

» On peut l'obtenir encore en traitant à chaud l'infusion de café vert par le lactate calcique, filtrant et évaporant les liqueurs.

Tablettes de lactate de caféine.

Sucre pulvérisé.	2 onces.
Lactate de caféine.	32 gr.
Caféone (huile essent. de café torréfié).	1 goutte.
Mucilage de gomme adrag. . . .	Q. S.

» Pour faire une masse plastique que l'on divise en tablettes de 15 grains.

Malate de caféine.

» Ce sel peut se préparer d'une manière analogue au précédent. Il cristallise en étoile à rayons aciculaires. Il est très soluble.

Sirop de malate de caféine.

Malate de caféine.	1 gros.
Eau de fleurs d'oranger.	1 once.
Saccharolé simple.	1/2 livre.

» Dissolvez le malate de caféine dans l'eau de fleurs d'oranger ou dans une quantité suffisante d'eau distillée, puis ajoutez le sirop.

Solution chlorhydrique de caféine.

Caféine.	7 gr.
Eau distillée.	3 onces.
Acide chlorhydrique pur. . . .	2 gouttes.
Saccharolé de fleurs d'oranger. . . .	1/2 once.

F. S. A.

Par cuillerées à soupe.

Hémicrânies, — fièvres intermittentes.

Collyre de caféine.

Caféine pure.	1 partie.
Eau distillée.	100 parties.

» Il convient, afin de dissoudre avec plus de facilité la caféine, d'employer l'eau distillée bouillante. On laisse refroidir.

» En fomentation, comme collyre. On peut l'étendre d'une quantité double ou triple d'eau. »

Pendant que ce travail se publiait, M. Hannon, de son côté, préconisait les vertus de la caféine spécialement contre la migraine, et recommandait les préparations suivantes, ayant toutes pour base le citrate de caféine :

1° *Pilules au citrate de caféine.*

Citrate de caféine.	10 gr.
Extrait de chiendent.	20 gr.

Mêlez exactement. — F. S. A. des pilules de 3 gr.

Usage. Une pilule toutes les deux heures la veille de l'accès de migraine, ou toutes les heures à partir des premières douleurs.

2° *Sirop au citrate de caféine.*

Citrate de caféine.	1 gros.
Sirop de sucre.	4 onces.

Dissolvez et faites un sirop, que l'on prescrira par once dans une potion de cinq onces de véhicule.

A prendre par cuillerées à bouche, de deux en deux heures, la veille de l'accès, ou, d'heure en heure, le jour de l'accès.

3° *Potion contre la migraine.*

Sirop au citrate de caféine. . . .	1 once.
Infusion de thé vert.	5 onces.

Mêlez.

A prendre comme il vient d'être indiqué au n° précédent.

4° *Pastilles au citrate de caféine.*

Citrate de caféine.	1 gros.
Sucre et gomme adragante. . . .	Q. S.

F. S. A. des pastilles n° 30.

A prendre une pastille toutes les quatre heures la veille de l'accès, et toutes les deux heures le jour de l'accès de migraine.

5° *Pommade au citrate de caféine.*

Citrate de caféine.	10 gr.

Dissolvez dans un peu d'eau chaude et incorporez avec :

Axonge.	1 once.

Cette pommade rendra de grands services toutes les fois que le citrate de caféine ne sera toléré ni par l'estomac, ni par le rectum. On l'appliquera sur l'aine ou sur l'aisselle préalablement rasée, ou à la partie interne des cuisses; puis on la recouvrira d'un morceau de taffetas gommé.

6° *Lavement de citrate de caféine.*

Citrate de caféine.	5 gr.
Eau.	12 onces.

F. S. A.

La première moitié du lavement la veille, la seconde moitié le jour même de l'accès.

Les préparations par l'acide lactique et par l'acide tartrique devront être calquées sur celles par l'acide citrique.

NOUVELLES.

La commission nommée par M. le préfet de police, et qui est chargée de procéder à l'examen du service médical des filles publiques vénériennes de Saint-Lazare, a conclu qu'il n'y avait pas lieu de créer un troisième service, les médecins actuels pouvant très bien suffire à visiter les malades confiées à leurs soins.

Quant au personnel des élèves, il a paru insuffisant à la commission, qui a demandé la création d'élèves externes en médecine et d'internes en pharmacie.

Les chefs de service devront être, d'après l'avis de la commission, nommés au concours; elle a même déterminé les épreuves de ce concours.

La commission était composée de MM. les docteurs Parchappe, inspecteur général des maisons d'aliénés, Ricord, Cullerier, Denis et Pâris.

Le rapporteur était M. Cullerier.

— Dans sa dernière séance, l'Académie des Sciences a désigné M. Frémy comme candidat à la chaire de chimie vacante au Muséum d'histoire naturelle par la mort de M. Gay-Lussac.

— Par décision ministérielle du 5 juin 1850 :

M. Hanès (P.-E.), chirurgien sous-aide, a été nommé chirurgien aide-major commissionné aux tirailleurs indigènes d'Algérie et de Tittery.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

SAMEDI 29 JUIN 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — No 77.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 28 JUIN 1850.

Nous avons promis de revenir sur la dernière séance de l'Académie, et, en particulier sur le rapport de M. Bousquet.

Un mathématicien très distingué, ancien officier d'artillerie, M. Carnot, a conclu de recherches statistiques longuement méditées que le nombre des enfants a augmenté, tandis que celui des jeunes gens a diminué, depuis une époque qui coïncide avec la propagation de la vaccine dans notre pays. Il en résulte que les existences à charge à la société sont devenues plus nombreuses aux dépens des existences productives. Quand un jeune homme de vingt ans meurt, il a coûté énormément et n'a rien rapporté. C'est un arbre déraciné au moment où il allait donner des fruits. Encore l'arbre déraciné peut être utilisé; ce qui fait que la comparaison n'est pas entièrement exacte. Ainsi raisonne la statistique, qui ne se pique pas de faire du sentiment. Qu'un enfant meure, c'est un malheur; mais la société y perd moins que si l'enfant était mort jeune homme.

S'il meurt proportionnellement plus de jeunes gens que d'enfants, à quoi cela tient-il? A ce que les enfants sont préservés par la vaccine. Et sous quels coups succombent les jeunes gens dont la proportion décroissante compense déplorablement la proportion croissante des enfants? Sous les coups d'une maladie contre laquelle on n'a point de vaccin : la fièvre typhoïde. M. Carnot ne le dit pas expressément; mais il le laisse entrevoir; et, du reste, la conséquence est facile à tirer.

Ainsi la science aurait diminué la part de la mort en écartant ou en adoucissant la variole externe, et la mort se rattraperait par la variole interne.

Ainsi l'inévitable destruction retrouverait son compte...

Il faut une proie au trépas,

a dit le poète.

Il ne nous semble pas que M. Bousquet se soit posé carrément en face de la question ainsi formulée. L'honorable et disert secrétaire a fait valoir, dans un style que ne désavouerait pas l'ermite de la Chaussée-d'Antin, des considérations qui, certes, ne manquent pas d'intérêt. Mais les considérations valent peu contre les chiffres. Meurt-il moins d'enfants, meurt-il plus de jeunes gens aujourd'hui qu'avant la propagation de la vaccine? Voilà la question, question dont moins qu'à personne il ne nous est permis de méconnaître l'extrême gravité, dont l'examen exige la plus grande circonspection, et à laquelle même il ne faut pas toucher, soit pour, soit contre, si l'on n'a rien à dire de tout à fait péremptoire. La question n'est pas seulement très grave, elle est très difficile, parce qu'elle comporte une foule d'éléments. Admettons qu'il meure plus de jeunes gens qu'autrefois. Est-ce parce qu'ils ont été vaccinés? N'est-ce pas plutôt parce que l'industrie, ce minotaure des temps modernes, et l'étude des sciences dévorent, au sein de nos villes fécondes en artifices culinaires et où les jeunes gens s'empoisonnent à si bon compte sous prétexte de s'alimenter, une foule d'existences qui se développaient jadis librement à l'air et au soleil?

M. Rochoux prétend qu'il faut remettre à quarante ans la solution du problème. Mais que saura-t-on de plus dans quarante ans? Saura-t-on si la fièvre typhoïde fait plus de victimes de nos jours qu'auparavant? Et si la fièvre typhoïde est plus commune, cela dépend-il de la vaccine ou des conditions hygiéniques malfaisantes que les temps nouveaux ont créées à la jeunesse. Pour arriver à un résultat positif, il faudrait opérer sur deux populations naissantes d'un chiffre égal, dont l'une aurait subi l'influence préservatrice du vaccin, et dont l'autre aurait été abandonnée aux coups de la variole. Si cette expérience est impossible dans les conditions nécessaires, il n'y a guère de chances que la question soit jamais tranchée, et M. Carnot n'aura employé son talent incontesté qu'à élever un sphynx sur notre sable. M. Carnot pose des chiffres et ne prouve rien contre la vaccine. Mais M. Bousquet ne prouve rien contre M. Carnot.

Quand l'Académie parle officiellement, quand elle s'adresse au gouvernement, nous devenons très exigeants, parce que la dignité de ce corps illustre nous intéresse et nous importe. Aussi sommes-nous préoccupés de certaines opinions de l'honorable M. Bousquet. Il émet par exemple cette proposition : qu'on ne doit pas avoir plus d'enfants qu'on n'en peut nourrir et soigner. Qu'est-ce à dire, et comment faut-il s'y prendre? M. Bousquet paraît le savoir; heureusement il n'a rien précisé. Il est des plaies honteuses qu'il faut laisser sous le voile, et ce n'est pas à une académie qu'il convient d'enseigner l'infanticide. Entendons-nous sur ce mot. Il y a deux sortes d'infanticides, celui qui suit la fécondation et que la loi civile punit, et celui qui précède la fécondation, qui échappe à la loi civile, mais que la loi religieuse, pénétrant dans les secrets de la vie conjugale, anathématise, sauf les exceptions formulées par les casuistes. Cela n'est que trop vrai; l'époux de ce temps-ci

A l'égal d'un malheur craint la fécondité.

Aucun fait ne parle plus haut contre cette société si vieille et pourtant si peu avancée. C'est trop que de tels faits existent, sans s'y appesantir et surtout sans les sanctionner.

Revue clinique hebdomadaire.

Des injections iodées dans l'hydrocèle. — Nous avons eu souvent occasion dans nos *Revues cliniques* d'examiner comparativement les résultats obtenus dans l'opération de l'hydrocèle par la décoction vineuse de roses de Provins suivant l'ancienne méthode d'une part et de l'autre par les injections iodées. La conclusion de ces recherches comparatives a été, pour nous, que, par les deux méthodes, on obtenait des succès à peu près égaux; que les récidives, quoi qu'on en ait dit, ne paraissaient pas plus fréquentes après l'emploi de la teinture d'iode qu'après celle du vin; que, si la teinture d'iode n'exigeait pas les précautions que nécessite le vin, quant à la température, puisqu'on l'injecte froide, elle avait le désavantage d'altérer les instruments métalliques, etc.; en résumé, que les avantages et les inconvénients des deux méthodes se balançaient assez évidemment pour qu'il devînt à peu près indifférent de faire usage de l'une ou de l'autre. Un fait dont nous venons d'être témoin à l'hôpital des Cliniques et dont nous avons vu déjà trois ou quatre fois les analogues semblerait devoir faire pencher la balance du côté des injections iodées.

Au n° 22 de la salle des hommes est couché un malade qui a été opéré le 14 juin d'une hydrocèle simple. Malgré l'habileté du jeune chirurgien chargé du service, il est survenu pendant l'opération un accident qui n'est pas très rare en pareille circonstance. Une petite portion du liquide de l'injection est entrée dans le tissu cellulaire des bourses. C'était de la teinture d'iode que s'était servi M. Jarjavay. Immédiatement après l'injection, survint une forte tuméfaction du scrotum. Le soir, rougeur vive, douleur, tuméfaction se propageant le long du trajet du cordon.

Lorsqu'un accident de ce genre survient après l'emploi de la décoction vineuse de roses de Provins ou après celui de l'alcool étendu, il arrive très fréquemment que des inflammations gangréneuses surviennent, des phlegmons diffus, etc. Chez le malade dont nous parlons, rien de tout cela n'est survenu; le chirurgien a pris la précaution de faire arroser le scrotum presque continuellement avec l'eau blanche et de le faire couvrir de compresses imbibées du même liquide pendant les premières vingt-quatre heures. Le lendemain, on administra un purgatif, puis on reprit les lotions avec l'eau blanche. Dès le quatrième jour, le volume des bourses diminua, les téguments se ridèrent, la douleur devint beaucoup moins intense et tous les symptômes inquiétants disparurent.

M. Jarjavay nous fit observer que déjà deux fois, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Saint-Antoine, il avait été témoin d'accidents de cette espèce et que dans les deux cas les opérés avaient parfaitement guéri après avoir inspiré pendant quelques jours d'assez vives inquiétudes.

Comment est-il possible de distinguer les phénomènes produits par l'épanchement intra-cellulaire du liquide des phénomènes de l'inflammation médicatrice qui doit être la suite normale de l'opération? C'est, d'abord, que ces symptômes se manifestent presque instantanément, tandis que les autres ne se produisent qu'au bout de quatre à cinq jours. Puis, on s'aperçoit souvent, en laissant s'écouler le liquide de l'injection, qu'il en sort proportionnellement moins qu'il n'en devrait s'écouler. Il en est donc resté dans les mailles du tissu cellulaire, ce qui peut résulter d'une si petite déviation dans la direction de la canule ou de la seringue, que l'on ne peut en vérité qualifier cet accident de maladresse ou d'inhabileté. Ce qui à nos yeux ressort de plus important de tout ceci, c'est que dans bien des cas l'iode devra être préféré au vin dans l'opération de l'hydrocèle, non pas qu'il soit plus efficace, mais parce que, s'il arrive que par malheur un peu du liquide pénètre dans le tissu cellulaire, on n'a pas à redouter les accidents inflammatoires si graves qui résultent de l'emploi du vin ou de l'alcool.

Angioleucite, suite de plaie contuse.—Un jeune homme, couché au n° 33 de la salle des hommes de M. Velpeau, fit, il y a peu de jours, une chute dans un escalier; de là deux petites plaies peu profondes et peu étendues de la peau qui recouvre la crête du tibia, et bientôt développement d'une angioleucite générale, apparition de lignes rougeâtres le long de la cuisse gauche sur le trajet des lymphatiques et des veines; à la partie supérieure de la cuisse, une grande plaque rouge et engorgement des ganglions lymphatiques. Sur la face antérieure de la jambe gauche, plaques rouges disséminées audessus et au-dessous de la plaie. Mêmes phénomènes, mais beaucoup moins intenses, à droite. Pour l'état général, fièvre ardente, soif vive, agitation, etc.

Cette affection, l'angioleucite, est certainement chose assez fréquente et commune dans les hôpitaux pour qu'il fût peu nécessaire d'insister sur le cas actuel si M. Velpeau n'avait saisi l'occasion de présenter à propos de ce fait quelques réflexions importantes sur le diagnostic différentiel de plusieurs affections avec lesquelles on n'est que trop porté à la confondre au début, l'érysipèle, par exemple, la fièvre typhoïde, la variole. Présentons d'une manière succincte et rapide le résumé des réflexions du savant professeur.

Aucune des trois maladies auxquelles nous faisons allusion ne se manifeste au début par des phénomènes identiquement semblables à ceux de l'angioleucite. Dans l'érysipèle, par exemple, il y a généralement une fièvre intense précédée d'un frisson et accompagnée d'une soif vive. Mais, au lieu de l'agitation qui porte le malade à se remuer continuellement dans son lit, au lieu de la chaleur âcre et mordicante caractéristique de l'érysipèle, il y a plutôt dans l'angioleucite douleurs lombaires, nausées, envies de vomir; le frisson de l'érysipèle est aussi beaucoup plus tranché que celui de l'angioleucite. Les phénomènes généraux de la variole, l'ardente chaleur, l'agitation, symptômes qui ne durent pas moins de trois à quatre jours; ceux de la fièvre typhoïde, qui s'accompagnent de stupeur, d'accablement, ne peuvent jamais être pris pour ceux qui précèdent l'inflammation des lymphatiques.

La durée des accidents prodromiques mérite d'être prise en considération.

La fièvre prodromique de la variole dure trois ou quatre jours; l'érysipèle apparaît ordinairement le deuxième ou le troisième jour. Celle de la fièvre typhoïde est longue et continue, précédée de malaise, d'anorexie, de nausées; tandis que, dans l'angioleucite, au bout de quelques heures, la maladie se dessine d'une manière qui ne permet pas de la méconnaître, et les phénomènes locaux apparaissent rapidement.

Au point de vue des accidents locaux, on peut confondre l'angioleucite avec l'érysipèle, la phlébite, le phlegmon diffus et l'érythème. Par l'analyse, on arrive parfaitement à différencier ces cinq inflammations, qui ont toutes des caractères anatomiques, une marche, des terminaisons et une thérapeutique dissemblables. Voici en deux mots ces différences.

L'érythème est une phlegmasie qui se distingue par une rougeur homogène, assez profonde, comprenant toute l'épaisseur de la peau, sans gonflement notable, sans douleurs vives. La rougeur en est diffuse, mal limitée; il n'y a pas de caractère d'une inflammation intense. Pris isolément, on voit que cet érythème naît sous l'influence de toutes sortes de causes, d'un peu d'irritation, du frottement; sa durée est variable, elle peut être de deux comme de quinze jours; enfin c'est une affection toute locale.

L'érysipèle, qui est précédé, lui, d'un état fébrile évident, se montre sous forme d'une rougeur toute particulière, superficielle, qui a son siége dans les couches de la peau les plus rapprochées de l'épiderme; c'est une phlegmasie sous-épidermique sans gonflement sous-cutané. Il se complique souvent de phlyctènes. La rougeur de l'érysipèle a des limites tranchées, nettes; ses bords sont festonnés, taillés en zigzag comme une carte géographique, et font un léger relief sur la peau, assez sensible pour qu'un aveugle fût susceptible de les distinguer avec le doigt. Il s'étale de place en place, et chaque plaque nouvelle présente les mêmes caractères que les précédentes.

Nous avons dit que l'érythème a une durée vague de deux ou trois à quinze ou dix-huit jours; celle de l'érysipèle est presque fixe. La maladie entière peut durer plus ou moins longtemps; mais une plaque d'érysipèle dure trois jours, rarement plus, jamais moins. Si l'érysipèle, dans son ensemble, dure davantage, c'est qu'il se compose de plusieurs plaques qui se montrent successivement. Jamais il n'envahit tout

d'abord toute l'étendue de peau qu'il doit occuper. La durée de la maladie varie suivant la rapidité de la succession des plaques. Les traitements généraux et locaux peuvent diminuer le danger, peut-être la durée totale de la maladie, mais ils n'abrègent jamais la durée de chaque plaque.

Pour le phlegmon diffus, c'est encore plus facile. C'est une phlegmasie qui, vague, mal circonscrite, s'étale et tend à suppurer. Il diffère de l'érysipèle proprement dit, en ce sens que ses limites ne sont pas nettement tranchées comme dans ce dernier. Le phlegmon diffus a son siége dans le tissu sous-cutané; il se termine inévitablement par la suppuration et par la mortification du tissu cellulaire sous-cutané.

La phlébite, elle, est de deux sortes. Elle a son siége à l'intérieur ou à l'extérieur des veines. Dans le premier cas, il ne reste aucun doute, tant est caractéristique le cortége des accidents généraux. Mais dans la phlébite externe, il arrive souvent que l'on trouve sur le trajet des veines des plaques rouges. Or, les vaisseaux lymphatiques suivent les veines et les accompagnent; d'où il serait possible de prendre pour la rougeur de l'angioleucite celle de la phlébite. Mais le toucher sert ici le diagnostic. Dans la phlébite, on sent sous le doigt comme une corde tendue; dans l'angioleucite pure, on ne constate aucun phénomène de ce genre.

D'après tout ceci, il semblerait difficile de confondre ensemble des affections si différentes. Mais hâtons-nous de dire que souvent ces maladies se combinent deux à deux, trois à trois, et que ces complications ont pour résultat d'égarer fréquemment l'observateur et d'embrouiller le diagnostic.

Extraction d'une balle deux mois après la blessure. — Nous avions vu, il y a deux mois, dans le service de M. Jobert, un homme entré le 22 avril dernier pour se faire soigner d'un coup de feu qu'il avait reçu au côté gauche de la poitrine, à quelques centimètres des apophyses épineuses de la région dorsale, à la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs environ de cette région. Au moment de son admission, cet homme était dans un état de faiblesse, de pâleur résultant de la commotion qu'il avait éprouvée, beaucoup plus que de la petite quantité de sang qu'il avait perdu par la plaie.

La situation de la blessure attira tout d'abord l'attention du chirurgien sur l'état du poumon, dans lequel l'auscultation et la percussion ne révélèrent aucune lésion sensible; rien également dans la plèvre. La proximité de la colonne vertébrale pouvait faire craindre que cette partie importante de la charpente du squelette et, par suite, la moelle épinière ne fussent atteintes. Il n'y avait pas de paralysie, soit des membres, soit des viscères; à peine un peu d'hésitation dans la miction, hésitation qui devait être plutôt mise sur le compte de la commotion que de toute autre chose. Pour tout traitement pendant les premiers jours, on lui fit une saignée du bras, et on lui donna des boissons délayantes.

A ce propos, nous nous rappelons que le savant professeur profita de l'occasion offerte par l'admission de ce malade dans ses salles pour exposer à ses nombreux auditeurs les opinions qu'il s'était faites sur la question si importante, depuis si longtemps débattue, et encore aujourd'hui si peu définitivement jugée, de la forme des plaies d'entrée et de sortie des balles. Ce n'est pas le lieu de revenir ici sur cette discussion, à laquelle M. Jobert a pris part à l'Académie de Médecine peu de mois après les journées de juin, si fertiles, au point de vue chirurgical, en enseignements de toute nature. Qu'il nous suffise de dire que la plaie d'entrée était parfaitement ronde, présentait une eschare gangréneuse superficielle.

Il n'y avait pas de plaie de sortie; le trajet, exploré avec les plus grandes précautions, était trop profond pour que l'on pût supposer que le projectile, comme il arrive quelquefois, fût retombé au dehors, emporté par les vêtements qu'il aurait poussés devant lui en forme de doigt de gant. La balle était donc évidemment restée dans les tissus.

Tout bien examiné, M. Jobert avait pensé, avec grande raison, suivant nous, qu'il fallait se garder d'obéir au précepte posé par l'ancienne école, de courir après le projectile pour en faire l'extraction le plus promptement possible. Et d'ailleurs, où la balle avait-elle été se loger? L'engorgement des tissus produit par la contusion pouvait être assez considérable pour arrêter la sonde exploratrice ou la dévier. Si la balle avait ouvert le conduit médullaire, la sonde pouvait toucher cet organe essentiel à la vie et déterminer des accidents graves. De plus, l'expérience des faits avait prouvé bien des fois à M. Jobert que les balles finissent presque toujours par sortir après un temps plus ou moins long; que leur séjour dans les tissus est bien moins dangereux qu'on ne se l'imagine; qu'enfin, dans l'immense majorité des cas, il y a avantage incontestable à attendre que la nature vienne en aide à l'opérateur. Il n'avait donc fait aucune tentative d'extraction; après six semaines de séjour à la salle Saint-Côme, le sujet sortit complétement guéri, du moins en apparence, et la plaie cicatrisée.

Mais, quinze jours après sa sortie, il ressentit une douleur assez vive non loin de sa plaie qui se rouvrit. Le 24 juin, il rentra dans les salles présentant une légère tuméfaction, douloureuse surtout dans un point, phénomène caractéristique pour la position de la balle. Une sonde introduite avec prudence dans le trajet resté fistuleux fit bientôt sentir, à 7 ou 8 centimètres de profondeur, un corps dur, assez mobile, dans le point correspondant exactement à la douleur.

Ceci constaté, mercredi dernier M. Jobert introduisit, de haut en bas, une sonde cannelée dans le trajet fistuleux qui le conduit près du corps étranger, et en fait saillir la pointe. Il plonge la pointe d'un bistouri sur l'extrémité de la sonde, et incise les tissus qui l'en séparent de bas en haut. La balle est mise à découvert, et il suffit de la saisir avec une pince pour l'extraire. Aucune artère importante n'a été divisée, et l'on a fait un pansement simple.

La balle est cylindrique au lieu d'être ronde, et présente 2 centimètres de long sur 1 centimètre seulement de diamètre en largeur. D'où vient cette déformation? A moins que l'on ne se soit servi d'une balle dite cylindro-conique, il est difficile de croire, et cet avis était celui de plusieurs des assistants, que la simple action de charger un pistolet, fût-ce à balle forcée, eût produit une aussi notable déformation. Vu l'ancienneté du trajet fistuleux, tapissé probablement d'une fausse membrane organisée, M. Jobert a préféré un ample débridement à une simple contre-ouverture sur la balle; l'adhésion, presque impossible si l'on n'eût fait qu'une contre-ouverture, sera beaucoup plus rapide et plus certaine.

Z...

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Baudens.

Ongle incarné.

Par M. Molard, aide de clinique.

Parmi les causes prédisposantes de l'onyxis, M. Baudens cite au premier rang la convexité de l'ongle. En effet, quand cette convexité est très prononcée, les bords de l'ongle, au lieu d'être sur un plan presque horizontal, tombent pour ainsi dire perpendiculairement, et à angle droit, sur les parties molles qui les enchâssent; de là, pendant la marche, une pression douloureuse qui phlogose les tissus, les ramollit, les entame, les ulcère, et sur l'ulcère surgissent des végétations, des fongosités, etc. On sait que depuis vingt ans M. Baudens combat l'onyxis avec un succès constant par un mode opératoire qu'il a imaginé.

Sa manière d'opérer résume les trois principales indications qui, tour à tour, ont suggéré une centaine de moyens destinés à combattre l'onyxis. Ces moyens constituent trois groupes, correspondant chacun à une indication variable, selon que le chirurgien veut agir, soit seulement sur la portion de l'ongle incarné, soit uniquement sur les chairs fongueuses, soit seulement sur la matrice de l'ongle affecté.

M. Baudens agit à la fois et sur la portion d'ongle rentrée, et sur les fongosités, et sur la matrice, de sorte que, remplissant les trois indications du même coup, il évite sûrement toute récidive.

Le mode d'opérer du chirurgien en chef du Val-de-Grâce n'est pas seulement remarquable parce qu'il met sûrement à l'abri de toute récidive; il l'est surtout par la facilité et la rapidité de son exécution.

Voici en quoi il consiste:

La main droite étant armée d'un bistouri droit, à lame étroite, tenu comme un canif au moment de tailler une plume, et la main gauche fixant solidement l'extrémité libre du gros orteil entre le pouce et l'index, de façon à rendre saillante la portion incarnée, l'opérateur porte sur le bord interne ou externe de la phalange, selon le siége du mal, à égale distance de la racine de l'ongle et de l'articulation voisine, perpendiculairement, et en enfonçant jusqu'à l'os le tranchant de l'instrument, puis l'inclinant pour le ramener à lui en rasant rapidement la phalange, il enlève du même coup:

1° Parties molles dégénérées;
2° Portion de l'ongle incarné;
3° Matrice correspondante.

Cette opération dure huit à dix secondes; elle est peu douloureuse: la plaie qui en résulte se couvre de bourgeons qu'il faut réprimer avec l'azotate d'argent, et après quinze ou vingt jours, la cicatrice est complète.

L'ongle enlevé avec sa matrice est détruit à tout jamais; et, chose remarquable, la cicatrice qui le remplace devient dure, d'apparence cornée, à l'abri de toute excoriation.

M. Baudens a répété cette opération plus de deux cents fois, sans accident et toujours sans récidive.

On sait que la plupart des procédés opératoires, ceux qui laissent intacte la matrice de l'ongle, exposent à la reproduction de l'onyxis, lésion qui constitue une véritable infirmité.

Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'opération de l'ongle incarné, M. Baudens, fidèle à sa méthode de réfrigération, fait recouvrir le petit appareil à pansement d'un morceau de glace pour modérer l'inflammation traumatique.

L'un des faits les plus remarquables d'onyxis opéré par M. Baudens est le suivant:

Trufaut, soldat, âgé de vingt-trois ans, est entré au Val-de-Grâce porteur d'onyxis double, siégeant à l'un et l'autre gros orteil des pieds. Ainsi, sur le côté interne, comme sur le côté externe de l'un et l'autre orteil, existe la lésion connue sous le nom d'onyxis.

Ce jeune homme, fils d'un blanchisseur de Boulogne près Paris, a été opéré plusieurs fois avant son incorporation par les plus célèbres chirurgiens des hôpitaux de Paris. L'un a enlevé les fongosités à l'aide d'un histouri; un autre a arraché avec des pinces l'une et l'autre moitié de l'ongle préalablement divisé en deux portions par un coup de ciseaux; un autre a attaqué la matrice de l'ongle par la potasse caustique; mais ces divers traitements ont littéralement échoué, au point qu'actuellement l'ulcération du bord interne et du bord externe a gagné la matrice unguéale. De cette ulcération à bords taillés à pic surgissent des fongosités nombreuses, sanieuses et saignant facilement; l'extrémité des gros orteils est bleuâtre, très élargie, en forme de spatule. Trufaut ne peut plus marcher; il est très affecté et détérioré par une fièvre déterminée par ces altérations dont l'invasion remonte à plusieurs mois.

M. Baudens fait sans désemparer quatre opérations à ce malade, c'est-à-dire qu'il enlève, sur l'un et l'autre côté des orteils malades, matrice, ongle et fongosités. Les plaies donnent lieu à une petite hémorrhagie, qui fut salutaire en dégorgeant les parties molles. De petits sacs de toile contenant de la glace sont maintenus quatre jours durant sur les plaies simplement recouvertes d'un linge fenêtré et de quelques brins de charpie.

Quelques jours après cette opération, la suppuration est établie sans réaction inflammatoire violente; on supprime la glace, sous l'empire de laquelle le pouls, qui était à 75 pulsations avant l'opération, était tombé à 52. Huit jours plus tard, de vigoureux bourgeons sont supprimés par l'azotate d'argent, et, un mois après l'opération, la guérison était achevée. Un tissu inodulaire corné remplace les ongles.

Trufaut habite Boulogne, il est blanchisseur; son opération date de quatre ans, la guérison s'est maintenue solide et parfaite jusqu'à ce jour.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Troisième article. — Suite. — *Voir* le n° du 6 juin.)

On ne connaît pas de rapports entre les éléments de ces excrétions et les inflammations locales qui se développent sur divers points; on comprend au contraire que quand l'équilibre de l'organisme est dérangé il se fasse des efforts réactionnels dans l'économie pour établir des excrétions supplémentaires. Ainsi les sueurs abondantes qui surviennent à la suite de refroidissements subits, il n'y a là que des phénomènes appréciables de cette résistance vitale de l'organisme, qui tend à ramener l'économie à son équilibre primordial par une réaction intense qui porte sur toutes les grandes fonctions organiques. C'est la manière dont Stoll et son école comprenaient le développement des affections rhumatismales. Peu importe, du reste, ces doctrines admises sur la cause prochaine de la production de cette maladie, le principe est qu'il y a toujours primordialement une perturbation des grands appareils sécrétoires suivie des phénomènes généraux du rhumatisme, suivie aussi d'inflammation locale erratique survenant dans les articulations ou dans la continuité des membres.

Relativement au rhumatisme chronique, il est des causes internes auxquelles on ne pourrait pas assigner à juste titre les qualités de causes prédisposantes ou déterminantes, ce sont celles qui consistent dans des métaptoses de maladies habituelles. Des sujets ont été soumis pendant plusieurs années à des hémorrhagies nasales, à des sueurs abondantes, à des éruptions de furoncles, de dartres, d'eczémas, enfin à des indispositions habituelles qui deviennent des fonctions supplémentaires, ils sont tout d'un coup débarrassés de cet état comme physiologique de maladie, et deviennent prédisposés à des maladies rhumatismales; de sorte que les maladies rhumatismales habituelles, ou par continuité ou par répétition, remplacent des maladies dont l'organisme avait été longtemps affecté. Ces circonstances diverses comportent des indications thérapeutiques particulières qui se rattachent au remplacement de ces habitudes pathologiques par d'autres habitudes. Quelquefois un rhumatisant, qui pendant dix ans a été en proie à cette affection, en est tout à coup débarrassé; mais il devient dartreux; il contracte un état habituel de diarrhée ou d'autres affections diverses. En pathologie générale on s'arrête sur ces métaptoses, et on en tire pour leur terminaison des conséquences dans la considération desquelles nous n'avons pas à entrer ici.

Le rhumatisme, par la facilité qu'il a à se produire primitivement et à se renouveler pendant un long temps, devient comme une fonction supplémentaire qui tend à se perpétuer dans l'organisme. Des gens qui vivent dans de bonnes conditions hygiéniques sont pris au coin de leur feu d'une douleur rhumatismale, soit dans les reins, soit dans l'épaule, et cela plusieurs fois par an à l'apparition de certaines saisons, et sans autre cause connue qu'un état habituel de maladie.

Diagnostic. — Le diagnostic de cette maladie est important, car on confond facilement le rhumatisme articulaire avec les autres tuméfactions d'articulation. Il faut bien le distinguer de la goutte; mais pour le moment nous mettrons de côté ce point de diagnostic en le réservant pour la fin, et nous verrons que ces deux affections ne se ressemblent pas, quoiqu'elles aient été confondues par des médecins dignes de toute considération.

Il ne faut pas confondre le rhumatisme articulaire avec l'arthrite idiopathique, avec l'arthrite syphilitique, ni avec les tumeurs blanches.

Une affection articulaire surviendra sous l'influence des causes qui développent les maladies rhumatismales, et sans qu'elles aient d'action topique immédiate; l'articulation une fois prise pourra conserver longtemps sa maladie, ou bien arriver jusqu'à la désorganisation; c'est l'arthrite idiopathique.

La maladie débute par une articulation, et on est porté à la qualifier de rhumatisme articulaire; il y a pourtant des différences notables. L'arthrite idiopathique est persistante de sa nature; elle obéit aux causes qui peuvent la rendre légère ou intense, aiguë ou chronique; mais elle persiste sur l'articulation sur laquelle la cause a porté son effet, et d'autres phlogoses articulaires ne se développeront pas successivement. S'il se manifeste de l'état fébrile, ce n'est que quand la maladie est intense, et il ne se développe que secondairement. Si l'arthrite devient chronique, elle n'est jamais accompagnée primitivement de cet état de malaise semi-fébrile qui précède les affections rhumatismales chroniques, et surtout jamais les arthrites idiopathiques ne se déplacent sans causes appréciables autres que l'affection morbide interne, comme dans les maladies rhumatismales; enfin dans les rhumatismes, les articulations prises ne se sont jamais désorganisées par la phlogose, et dans aucun cas on ne verra se produire ces exfoliations, ces désorganisations qui mettent en danger la vie des malades.

Il est une lésion qui survient par cause interne, et qu'il est facile de confondre avec le rhumatisme articulaire; nous voulons parler de l'arthrite syphilitique, dont il est à peine question dans les ouvrages. Dans la pratique des hôpitaux civils on acquiert la preuve que les arthrites syphilitiques ne sont pas rares; qu'elles peuvent se montrer d'emblée, et le plus fréquemment immédiatement après les accidents primitifs. Quand pendant le cours d'une blennorrhagie l'écoulement

disparaît tout à coup sous l'influence d'un traitement perturbateur, il arrive souvent que le malade est pris de douleurs vers les articulations, surtout des membres supérieurs; l'articulation devient douloureuse, se tuméfie, les mouvements sont gênés, la pression est très sensible; une seconde articulation se prend simultanément, et il n'est pas rare de voir plusieurs articulations attaquées à la fois. Il y a donc simultanéité d'action sur plusieurs articulations à la fois, et développée par cause interne, circonstance tout à fait comparable à l'évolution des affections rhumatismales. La différence est que jamais les arthrites syphilitiques ne sont précédées d'état fébrile, et que jamais elles ne présentent autant de mobilité. La première articulation frappée reste prise et ne guérit pas quand d'autres sont attaquées; la maladie peut s'étendre, mais ne se déplace pas. Dans les rhumatismes articulaires aigus, rien de plus commun que la prolongation des douleurs dans les lames aponévrotiques; cet accident n'existe pas dans l'arthrite syphilitique, dans laquelle on rencontre des douleurs sur le trajet du périoste des os longs, accident qu'on ne retrouve pas dans les maladies rhumatismales. En explorant l'articulation syphilitique, on rencontre d'autres particularités. En général la maladie prend naissance sur le périoste de l'extrémité des os; aussi elle se circonscrit à la tête de l'os avant d'arriver dans la continuité de l'articulation, et on trouve un point ou deux sur lesquels la douleur est plus marquée, ce sont en général les plus saillants.

Enfin, il faut les distinguer des tumeurs blanches, qu'on considère souvent comme des arthrites chroniques; il est vrai que ces arthrites chroniques peuvent devenir le point de départ d'accidents aussi graves que ceux des tumeurs blanches; et même chez des sujets prédisposés, des scrofuleux, par exemple, un rhumatisme prolongé, persistant comme une arthrite idiopathique, peut entraîner la désorganisation de l'articulation. La tumeur blanche qui se manifeste par une douleur obtuse, de la tuméfaction, une forme sphérique que prend l'articulation, et une induration considérable, est toute autre chose que les maladies précédentes, c'est la maladie des extrémités articulaires des os longs. Elle commence dans les cellules des os, affecte le tissu cellulaire de ces cellules, les os se tuméfient, l'articulation s'arrondit, prend de la roideur et finit par ne plus pouvoir exécuter de mouvements; elle devient dure au toucher, le membre est pris de maigreur audessus et au-dessous de l'articulation malade; et plus tard, arrive la désorganisation des os. Même dès le début, cette douleur obtuse, cette forme arrondie, la dureté au toucher, sont des phénomènes qui ne peuvent être confondus avec ceux du rhumatisme articulaire.

Parmi les lésions rhumatismales, surtout dans les rhumatismes chroniques, il en est quelques-unes auxquelles il faut s'arrêter. La grande aponévrose lombaire bifurquée pour l'insertion des muscles abdominaux est souvent le siége de rhumatismes qui constituent le lombago et qui peuvent être confondus avec d'autres lésions. Il survient des lésions des vertèbres dorsales ou lombaires, et alors on a de la roideur des lombes, de la difficulté dans la rotation du tronc, l'impossibilité d'exécuter des mouvements avec les membres inférieurs sans douleur dans la région lombaire. La différence s'établit par la douleur à la pression des vertèbres, douleur toujours plus sensible d'un côté que de l'autre, et surtout parce que la douleur ne suit pas le trajet de l'aponévrose qui va s'insérer sur l'os iliaque.

Quant aux affections des reins qui gênent par la douleur qu'elles occasionnent les mouvements de la région lombaire, leur localisation sur un côté des lombes, la douleur à la pression sous l'hypochondre les distinguent facilement de l'affection rhumatismale lombaire.

Il est une maladie rhumatismale des aponévroses du cou appelée torticolis qu'on a confondue dans quelques circonstances avec des affections de la colonne vertébrale du cou. Dans ces deux affections, on a de la douleur du cou à la torsion, de la rigidité d'un seul côté en général, quelquefois des deux côtés; mais il n'y a pas de douleur sur le trajet des vertèbres dans le rhumatisme des aponévroses cervicales, et la douleur suit le trajet des muscles jusqu'à leur insertion à la base de l'occipital, s'étendant au delà du niveau des vertèbres cervicales et en dehors d'elles.

Ainsi, en vous rappelant le siége immédiat des affections rhumatismales, leur dépendance immédiate de l'état général, vous arriverez facilement à les distinguer des autres maladies portant sur les articulations, ou de celles qui portent sur des parties voisines du trajet des lames fibreuses.

Pronostic. — Nous dirons d'abord, à propos du pronostic, qu'il est rare qu'un sujet ayant eu déjà une maladie rhumatismale n'en soit pas repris. J'ai indiqué plus haut les causes qui favorisaient ces récidives, et elles sont si fréquentes qu'on peut affirmer qu'elles seront d'autant plus graves que la première attaque a plus fortement imprimé son passage. Si l'affection rhumatismale est grave, les malades la conserveront pendant un temps assez long, même après une médication active, en éprouvant du malaise et de la douleur dans les articulations ou dans les aponévroses voisines. Le danger pour la mort n'est pas grand, en général; et quand on meurt d'une maladie rhumatismale, c'est le plus souvent par des affections épiphénoméniques, par des métastases qui surviennent pendant son cours, comme de l'endocardite, de l'angéiocardite; de l'inflammation des méninges ou du péricarde, de la pleuropneumonie, des gastrites intenses; et cependant, même avec toutes les chances défavorables qui se rattachent à ces lésions épiphénoméniques, la mort est très rare. Mais la maladie rhumatismale peut laisser subsister de graves lésions. D'abord, une prédisposition aux attaques répétées de rhumatisme; chez les malades faibles ou avancés en âge, il conduit à des infirmités, de la roideur des membres, de la titubation dans la marche, de la sénilité anticipée, de la paralysie, de la rigidité des articulations qui va jusqu'à la semi-ankylose, tels sont les accidents auxquels exposent ces répétitions de rhumatismes.

Les affections rhumatismales en dehors de ces différentes formes d'accidents peuvent en produire par la persistance des lésions locales survenues pendant le cours de la maladie et par les dangers qui s'y rattachent. Chez des sujets strumeux, lymphatiques ou prédisposés héréditairement, craignez la continuité de la lésion, une hydarthrose chronique, une tumeur blanche ultérieure, et surtout des lésions du cœur et des grosses artères consistant dans des inflammations devenues rapidement chroniques, et produisant des indurations osseuses, crayeuses, cartilagineuses, qui entraînent des modifications physiques dans la circulation, et par suite altèrent l'organisme. Comme il est difficile d'enrayer ces lésions, qui doivent, tôt ou tard, avoir des résultats funestes, il faut bien se tenir en garde pour le pronostic que l'on sera appelé à porter. Si on a un épaississement des valvules de l'aorte, par exemple, ou des valvules mitrales même peu étendu, et qui ne devienne pas le point départ d'irradiations synergiques de la lésion, il pourra amener une inocclusion de la valvule, d'où résulteront des désordres de la circulation. On verra se produire des stases sanguines et tous les fâcheux effets des maladies du cœur. Si la lésion se produit dans l'aorte, la colonne sanguine sera plus difficilement retenue, elle empêchera l'élasticité de l'artère, entraînera des ulcérations par l'usure successive des membranes indurées, et produira des anévrismes secondaires. Enfin, les lésions locales du cœur et des artères survenues à la suite d'affections rhumatismales constituent le point de départ d'un pronostic fâcheux; il leur faut beaucoup de temps pour disparaître, et le plus souvent elles ne disparaissent pas, et donnent lieu à ces maladies organiques du cœur qui terminent fréquemment la vie des malades.

Si ensuite l'affection rhumatismale se reproduit souvent ou devient chronique, la persévérance de l'état pathologique général qui constitue le rhumatisme aura aussi pour effet de faire faire des progrès sensibles à ces lésions, et rendra plus rapide la dégénérescence des appareils circulatoires, et fera faire explosion plus rapide aux accidents qu'occasionnent ces lésions de l'appareil central de la circulation.

HOSPICE DES INCURABLES.

Remarques sur un cas d'obstruction des canaux déférents, accompagnée de douleurs testiculaires.

Par M. Duplay, médecin en chef.

Voici une lésion de l'appareil génito-urinaire qui m'a offert une circonstance remarquable. Il s'agit d'un vieillard qui, éprouvant de la difficulté à uriner, s'introduisait habituellement une sonde, et chez lequel est survenue une cystite chronique suivie d'un abcès à la paroi postérieure de la vessie, et plus tard d'une perforation de cet organe amenant une péritonite mortelle. Mais ce n'est pas sur ces circonstances que j'appellerai l'attention de la Société. Ce sera surtout sur des douleurs testiculaires qui coïncidaient, ainsi que l'autopsie l'a démontré, avec une obstruction complète des canaux déférents à 2 centimètres environ de la partie supérieure de l'épididyme.

Voici le fait, que je ferai suivre de quelques remarques sur le rétrécissement ou l'obstruction des canaux déférents.

« Le nommé Vittard, âgé de soixante-seize ans, d'une haute stature, bien conservé, et paraissant à peine avoir soixante ans, entre à l'infirmerie le 26 août 1848. Cet homme a eu une blennorrhagie à l'âge de vingt ans, et la maladie a persisté pendant six mois, malgré le traitement qu'il a suivi. Depuis plusieurs années il éprouvait de la difficulté pour uriner, et il s'introduisait lui-même des bougies dans le canal de l'urètre. L'aggravation de ces accidents le fit entrer à l'infirmerie. Je reconnus trois obstacles dans le canal de l'urètre: l'un au niveau de la fosse naviculaire, l'autre à la partie moyenne de la portion spongieuse, et enfin le troisième au niveau de la région prostatique.

» Les deux premiers obstacles disparurent sous l'influence de l'introduction de bougies successivement plus fortes. Quant au troisième, les bougies eurent toujours de la peine à le franchir. Le malade rendait des urines chargées de mucus, et il était tourmenté, surtout la nuit, par des envies excessivement fréquentes d'uriner. Il se plaignait surtout aussi d'un sentiment de pesanteur dans les deux testicules, et d'une rétraction très douloureuse de ces organes vers l'ouverture du canal inguinal, lorsque le besoin d'uriner se faisait sentir. Il croyait même, dans son ignorance complète de l'anatomie, que c'était à cette sorte d'ascension des testicules qu'était due sa difficulté d'uriner; aussi revenait-il sans cesse sur cette circonstance. Le malade resta dans cet état jusqu'au 3 février 1849, se plaignant de temps en temps de douleurs à la région hypogastrique, qui cédèrent toujours aux bains et aux applications émollientes. Mais alors il survint tout à coup des douleurs très vives dans l'abdomen, des vomissements très fréquents; et malgré tous les moyens mis en usage, le malade succomba le 4 avec tous les symptômes d'une péritonite suraiguë.

» A l'autopsie du cadavre, je constatai tous les caractères de la péritonite: rougeur, fausses membranes, liquide purulent en abondance dans la cavité péritonéale, et surtout dans l'excavation pelvienne. Les deux reins présentaient des lésions qui caractérisent la néphrite chronique. La vessie offrait une hypertrophie considérable de ses parois, et une teinte ardoisée de toute sa surface intérieure, sur laquelle on observait des colonnes saillantes qui s'entrecroisaient en tout sens. Des lacunes profondes existaient entre plusieurs de ces colonnes. Trois d'entre elles admettaient une sonde qui pénétrait à la profondeur d'un centimètre et demi. Deux de ces lacunes se terminaient en cul-de-sac; mais une troisième, située près du sommet de la vessie, allait s'ouvrir au milieu d'une masse de tissu cellulaire fortement induré qui entourait le sommet et la face postérieure de la vessie. Dans le centre de cette masse du tissu cellulaire il existait une collection purulente multiloculaire qui communiquait avec la cavité péritonéale par une ouverture à bords frangés et ramollis.

» Les vésicules séminales étaient prolongées au milieu d'un tissu adipeux très abondant, très dur, comme lardacé; elles étaient petites; leurs parois étaient très épaissies; les cavités qu'elles présentent à la coupe étaient excessivement rétrécies par suite de l'hypertrophie des cloisons qui les séparent, et elles contenaient une très petite quantité de sperme jaunâtre. Leurs cols, ainsi que les vaisseaux éjaculateurs, étaient libres et admettaient facilement une soie de sanglier, qui venait ressortir aisément par leurs orifices de chaque côté du vérumontanum.

» J'arrive au point qui m'a paru offrir quelque intérêt. Les canaux déférents, près des vésicules séminales, présentent un épaississement assez marqué de leurs parois, mais ils sont entièrement libres. Dans le reste de leur trajet, ils n'offrent rien de remarquable, si ce n'est à l'endroit où, multipliant leurs flexuosités, ils vont sortir de l'épididyme. Dans ce point, ils ont un aspect tout particulier. Ils sont blancs et remplis d'une matière à demi liquide, qui les a dilatés comme s'ils avaient été injectés par du mercure; on peut les suivre dans leurs contours les plus déliés et jusque près de leur origine. Par la pression, on peut faire avancer ou reculer dans l'intérieur des canaux ce liquide blanchâtre; mais il est impossible de lui faire franchir un certain point du canal qui se trouve à environ 2 centimètres de l'endroit où il se sépare de l'épididyme. Pensant qu'il existait là un rétrécissement et peut-être même une oblitération du canal qui s'opposait au passage du liquide, j'ai voulu m'en assurer en introduisant non-seulement une soie de cochon, mais encore une aiguille très fine audessus et au-dessous de l'obstacle, et je n'ai pu le franchir. J'ai fait plus: j'ai injecté avec force de l'eau dans ces conduits à l'aide d'une seringue d'Anel, et l'eau n'a pu pénétrer au delà de l'obstacle.

» J'ai examiné au microscope la matière blanche contenue dans les canaux déférents, et elle m'a paru tout à fait distincte du sperme ordinaire. Cette matière n'était point liquide, elle était solide comme une bouillie très épaisse. Elle n'offrait point d'animalcules spermatiques; et, à un grossissement de 350 diamètres, on n'y distinguait que deux sortes de corps: les uns étaient de très petits corpuscules ayant environ les dimensions des grains tuberculeux, mais plus transparents; les autres des cristaux de volumes variables et dont j'ignore la nature.

» J'ajoute que les parois des vaisseaux ne m'ont point paru sensiblement altérées; de sorte qu'en définitive ce cas me paraît être un exemple d'altération du sperme par suite de sa rétention, déterminée elle-même par une oblitération des canaux déférents. L'absence des spermatozaires dans cette matière blanche solide est aussi digne de remarque, car j'en ai trouvé dans le sperme des vieillards, quoiqu'ils y soient moins abondants que dans le sperme des adultes et des individus d'un âge mur. Les granules de cette matière m'ont paru aussi bien distincts de ceux de la matière tuberculeuse. J'ajoute que, chez ce vieillard, il n'existait dans aucun organe de traces de tubercules.

» La substance propre des deux testicules était saine: mais leurs tuniques vaginales offraient des adhérences entre leur face testiculaire et leur face pariétale. Ces adhérences étaient plus intimes du côté gauche, et à la coupe la tunique albuginée paraissait beaucoup plus épaisse qu'elle ne l'est ordinairement. Le poids des testicules était de 21 grammes pour le droit et de 22 grammes pour le gauche. Chez l'adulte, on sait qu'il varie entre 16 et 24 grammes. Chez ce vieillard, il approchait donc du poids le plus élevé d'un testicule d'adulte.

» J'ai cherché vainement dans les auteurs qui ont écrit sur le spermatoire ou sur la stérilité des renseignements positifs sur les altérations des canaux déférents et de l'humeur qu'ils renferment. A cet égard, l'anatomie pathologique est beaucoup moins avancée qu'en ce qui touche les vésicules séminales, qu'on a trouvées plus ou moins distendues par du pus, de la matière tuberculeuse, de petits calculs, ou plus ou moins dégénérées.

» Je rappellerai toutefois que Mathieu Baillie dit qu'il a vu une portion du canal déférent oblitérée par un rétrécissement. Ce phénomène, ajoute-t-il, avait été produit par un travail pathologique probablement semblable à celui qui détermine le rétrécissement du canal de l'urètre, où il a dû empêcher que le sperme préparé par le testicule arrivât dans les canaux éjaculateurs. M. J.-B. Durand dit aussi, à propos d'une observation relative à une affection tuberculeuse du testicule, que le canal déférent du côté gauche, par suite de cette affection, s'était transformé en un cordon friable dans plus de la moitié de sa longueur (*Bull. de la Soc. anat.*, 14e année, p. 32). M. Cruveilhier rapporte en outre, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1828, p. 196), que dans un cas de dégénérescence tuberculeuse des tubercules existaient non-seulement dans le testicule et l'épididyme, mais encore dans le canal déférent, les vésicules séminales, les canaux éjaculateurs et la prostate. Le canal contenait de la matière tuberculeuse qui n'avait pas partout la même consistance et qui adhérait plus ou moins aux parois de ce conduit.

» Le fait que je viens de rapporter et ces observations indiquent, ce me semble, que l'étude des altérations des canaux déférents, soit dans leurs rapports avec les altérations du testicule, soit comme obstacle au cours du sperme, offre un véritable intérêt; aussi je me propose de poursuivre cette étude. » (*Compte-rendu de la Société de Biologie.*)

Grenouillette spasmodique.

Observation communiquée par M. le docteur Bogros, de Château-Chinon (Nièvre).

Les cas de grenouillette spasmodique sont tellement rares qu'ils ont été niés par la plupart des auteurs. MM. Louis, Marjolin et Laugier, sous le nom de grenouillettes aiguës, ont désigné des affections qui pourraient peut-être dépendre de la coarctation de l'orifice du canal de Warthon; MM. Vidal et Nélaton semblent admettre ce mode de production, et l'observation suivante me paraît devoir confirmer l'opinion de ces auteurs.

M. X..., avoué à Château-Chinon, me fait appeler dernièrement pour examiner une tumeur qui lui est survenue presque spontanément sous la langue. Cette tumeur est molle, d'une fluctuation obscure, demi-transparente, indolore, et offre le volume d'une grosse noix. Elle est située à droite, au-dessous de la partie antérieure de la langue, à côté du frein; la région sus-hyoïdienne est tuméfiée et un peu douloureuse à la pression; la déglutition est difficile, et la parole très gênée.

M. X... ayant été affecté, il y a quelque temps, d'une tumeur sublinguale moins volumineuse, mais qui disparut sous un pression un peu forte que je lui fis subir, je crois convenable d'attendre avant de tenter une opération; seulement, mon client devant ce jour même prononcer une longue plaidoirie, je fais, pour débarrasser la parole, une ponction qui donne issue à un liquide transparent et visqueux comme du blanc d'œuf, et la tumeur s'affaisse complètement. Le lendemain, la poche s'est remplie; une nouvelle ponction est pratiquée pour la même cause, et l'opération est remise au soir même. Je me proposais de pratiquer l'excision. Le soir, j'examine M. X..., et je suis étonné, malgré l'oblitération des deux légères piqûres que j'avais faites, de trouver la tumeur disparue et de voir sourdre par l'orifice du canal de Wartbon la salive, qui ne s'écoulait avant que du méat correspondant. La tumeur ne s'est point reproduite; la guérison est parfaite depuis plusieurs jours. Il est indispensable d'ajouter que, malgré toutes mes recherches, je n'ai pu découvrir aucune trace de calculs ni aucun obstacle mécanique à l'écoulement de la salive. En outre, le méat du canal de Wartbon et la muqueuse buccale tout entière, ne présentaient pas la moindre rougeur inflammatoire.

Je crois pouvoir conclure de la rapidité de production de cette grenouillette, de sa disparition rapide et à peu près spontanée, que l'affection pouvait dépendre d'un spasme du canal de Warton, analogue aux coarctations spasmodiques de l'urètre; ce fait me semble en outre servir à combattre la généralisation de la doctrine de Dupuytren et Breschet sur le mode de production de la grenouillette.

NOTE
sur un cas d'hématurie graisseuse,

Par M. Rayer.

M. Rayer a appelé, il y a quelques années, l'attention des médecins du continent sur une espèce particulière d'hématurie très commune chez les habitants de certaines régions tropicales, et spécialement chez les habitants de l'île Maurice. Dans l'espoir de se guérir de cette maladie, les individus qui en sont atteints se rendent quelquefois en Europe. M. Rayer communique un nouvel exemple de cette hématurie, compliquée d'un rétrécissement de l'urètre.

N..., âgé de quarante ans, d'un tempérament nerveux, né à l'île Bourbon, y a toujours habité, sauf dix ans de sa jeunesse passés en France. Sans être d'une forte constitution, il a généralement joui d'une bonne santé. A l'âge de dix-huit ans, il a été atteint d'une fièvre tierce qu'il a gardée pendant plusieurs mois; à l'âge de vingt ans environ, il a eu deux gonorrhées qui ont été traitées par le baume de copahu. Depuis cette époque, il a conservé un léger suintement du canal de l'urètre, un sentiment de prurit vers le milieu du canal, accompagné d'ardeur lors de l'émission des urines et de l'éjaculation. Ces inconvénients avaient augmenté dans les dernières années; le jet de l'urine était bifurqué.

En 1846, N... fit une chute violente de voiture; revenu de la commotion, il rendit de l'urine laiteuse, mais, chose bien singulière! dans une seule émission.

En mars 1849, après quelques mois d'une vie fatigante, N... rendit de nouveau et tout à coup des urines laiteuses avec dépôt de sang au fond du vase. (Repos, bains tièdes, petit-lait.) Les urines laiteuses continuèrent avec diminution dans le dépôt sanguin. — Application de sangsues, cataplasmes émollients, bains locaux, sans amendement notable.

Un mois après, par suite d'une excessive transpiration et d'une longue station dans une fête publique, rétention d'urine occasionnée par un caillot de sang, dont l'expulsion s'opéra dans un bain.

Plus tard, un rétrécissement de l'urètre fut combattu par la cautérisation. L'opération terminée, il s'écoula un peu de sang. Dans la nuit qui suivit, vomissements, frissons, éruption d'élevures rouges, purigineuses, qui de la tête s'étendirent au bas-ventre et aux cuisses. Fièvre violente avec symptômes d'inflammation au bas-ventre et aux testicules. Les urines continuèrent d'être laiteuses, sanguinolentes.

Quelque temps après, N... se rendit à la campagne couché dans une voiture; après une demi-heure de secousses pendant la route, il rendit tout à coup de l'urine naturelle, limpide et transparente, et cet état satisfaisant dura deux mois, pendant lesquels il fit usage de la tisane de racine d'ours.

De retour en ville, il reprit ses occupations habituelles, et l'hématurie graisseuse reparut avec augmentation de caillot de sang.

N... a essayé sans succès d'un séjour de quelques mois dans les montagnes de l'île, ce qui lui avait été ordonné comme ayant réussi dans des cas semblables. S'étant déterminé à venir chercher sa guérison en France, il s'est embarqué en novembre dernier.

Après un mois de traversée et dans les latitudes tempérées du cap de Bonne-Espérance, l'hématurie s'amenda, puis disparut totalement pendant vingt jours pour se reproduire de nouveau.

Depuis son arrivée en France, N... urine huit ou dix fois dans la journée et une ou deux fois dans la nuit. Il rend plus de sang quand il est longtemps assis que lorsqu'il reste couché, et davantage de caillots après avoir marché.

M. Rayer a vu plusieurs fois, mais non toujours, un séjour prolongé en France exercer une influence salutaire sur la marche de cette singulière hématurie.

NOTE
sur les paralysies du mouvement et du sentiment,

occasionnées chez les enfants par l'irritation dentaire.

Par le docteur Fliess.

Les paralysies suites de dentition sont plus rares et de beaucoup après la première qu'après la seconde dentition. En général, dans les dentitions, ce sont les convulsions, et dans la seconde dentition les paralysies qui paraissent prédominer. Les convulsions dentaires sont d'autant plus fréquentes que l'enfant est jeune; par contre, des paralysies dentaires s'observent souvent chez des enfants déjà âgés. Le petit malade qui s'est mis au lit bien portant pour s'endormir goûte un sommeil qui, d'abord tranquille, tout à coup devient agité. L'enfant, tout en dormant, se jette de côté et d'autre, pousse des cris, grince des dents, veut se lever, accuse soif ardente, a chaud à la tête, et présente vers le matin un peu de fièvre. Alors aussi il ne peut plus remuer l'un de ses bras, ou plus ordinairement le bras et la jambe d'un côté; ces parties ne perçoivent plus que des sensations obtuses, incomplètes; la main se tuméfie, et prend une coloration d'un rouge bleuâtre. Quand l'enfant accuse de la douleur, elle est due aux tiraillements éprouvés par les muscles de l'omoplate. Il est très rare qu'un seul bras soit entrepris en même que les extrémités inférieures des deux côtés, ou que les deux bras soient affectés sans que les jambes soient intéressées. La paralysie persiste quelquefois deux ou trois semaines; d'autrefois elle se prolonge des mois entiers, voire même pendant des années, et finit par devenir incurable. Parfois aussi la paralysie est précédée par des convulsions choériques, ou bien ces deux dernières apparaissent pendant le cours de ces accidents. Sous l'influence du traitement convenable, la terminaison de ces paralysies est communément favorable; elles disparaissent en général peu à peu, et finissent par une douleur pongitive, lancinante, ou par une sensation de fourmillement dans les parties affectées. Toutefois, et ces cas ne sont pas rares, la paralysie s'enracine de plus en plus, puis il s'établit des symptômes qui annoncent une affection plus profonde de l'encéphale ou de la moëlle épinière; enfin arrive le coma et la mort. D'autrefois la paralysie prend un caractère chronique, et les parties malades s'atrophient.

Voici les conclusions auxquelles l'auteur arrive :

1° Toute paralysie survenant subitement, sans cause extérieure apparente, pendant la première ou la seconde dentition, doit être considérée comme une paralysie dentaire.

2° Un examen attentif fait voir que les dents qui vont sortir, et surtout les molaires, sont enclavées et arrêtées dans la gencive.

3° Par suite de cette irritation dentaire, il se fait une congestion sanguine vers le cerveau; de là des convulsions et d'autres phénomènes cérébraux; ou bien la congestion sanguine reste bornée aux lacis veineux extérieurs, et s'étend jusqu'aux veines situées entre les muscles, et jusqu'aux racines vertébrales, ainsi qu'à leurs ramifications les plus ténues, de telle sorte que les racines du plexus brachial sont comprimées; de là, la paralysie.

4° En faisant cesser la congestion veineuse, on voit disparaître la paralysie. Si cette congestion est très considérable, ou si elle persiste pendant longtemps, la pression qui en résulte peut amener une atrophie partielle des racines des nerfs, ce qui rend la paralysie incurable.

5° L'emploi des moyens irritants ou de l'électricité reste sans effet. Il en est autrement des applications répétées des ventouses dans le voisinage de l'origine des nerfs, des scarifications pratiquées dans le tissu gengival, des purgatifs légers, etc. (*Arch. gén. de Méd.*)

NOUVELLES.

Mutations dans le personnel de santé militaire. — M. Hestaust, chirurgien aide-major commissionné au 10e cuirassiers, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Duponchelle, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour passer en Algérie.

M. Robaglia, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Metz, est maintenu à la division d'occupation d'Italie.

M. Lange de Beaujour, chirurgien-major de 2e classe au 9e léger, est désigné pour passer au 3e de ligne.

M. Bailleux, chirurgien-major de 2e classe au 60e de ligne, est désigné pour passer au 5e de ligne.

M. Miramond, chirurgien-major au 5e de ligne, est désigné pour passer au 9e de ligne.

M. Candé, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est désigné pour passer au 2e bataillon de gendarmerie mobile.

— Quelques journaux ont parlé de l'entrée à l'hôtel des Invalides d'un militaire âgé de cent vingt-six ans, ce qui n'est pas tout à fait exact. Voici sur cet homme extraordinaire, admis effectivement aux Invalides par décision du ministre de la guerre et arrivé à l'hôtel le 21 de ce mois, quelques détails plus précis :

Jean Kolombeski, né à Ostrowa (Pologne) le 1er mars 1730, entra au service de France en 1774 à l'âge de quarante-quatre ans. Il fit toutes les campagnes de la Révolution et de l'Empire dans différents régiments d'infanterie. Blessé en 1814, il entra à l'hôpital de Poitiers et en sortit bientôt après.

Admis dans les sous-officiers sédentaires et puis dans les sous-officiers vétérans, Kolombeski a reçu une pension de retraite par décret du 17 mai 1850, et le ministre a autorisé son admission aux Invalides.

Kolombeski a donc plus de cent vingt ans; il compte soixante-quinze années et demie de service et vingt-neuf campagnes. Il jouit d'une bonne santé, est assez fort et bien constitué, et ne paraît pas avoir plus de soixante-dix à quatre-vingts ans.

C'est le plus étonnant exemple de longévité que l'on ait vu peut-être dans l'armée.

Le maréchal gouverneur a fait connaître par la voie de l'ordre qu'à l'avenir les militaires centenaires admis à l'hôtel des Invalides seraient placés parmi les officiers, afin de témoigner par cette mesure exceptionnelle tout le respect qu'on doit porter à leur grand âge, ainsi qu'aux bons et longs services rendus par eux à l'Etat.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 2 JUILLET 1850. (23e ANNÉE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 78.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 1er JUILLET 1850.

Etre, pour les individus, c'est penser, dit Descartes. Etre, pour une Académie en général, et pour l'Académie de Médecine en particulier, c'est s'emparer du mouvement des esprits et l'accélérer en le dirigeant; c'est s'approprier les intelligences productives, comme fait l'aristocratie britannique à l'égard de la bourgeoisie qu'elle écrème; c'est exciler et entretenir partout, dans le monde des travailleurs, par son exemple et par ses encouragements, l'esprit de recherche et d'observation.

Ce qui manque à l'Académie de Médecine (il faut le dire, parce qu'il y a un remède au mal), c'est l'*amour de la compagnie*, ce noble mobile qui contribua si puissamment à l'illustration de l'Académie de Chirurgie; c'est ce sentiment de solidarité académique qui fait que des hommes agrégés à un corps se regardent non plus comme des individus distincts, mais comme les membres de ce corps, liés à lui indissolublement, bénéficiaires responsables de son crédit et de sa gloire.

Ce qui lui manque aussi, peut-être, c'est d'avoir, dans son sein, un foyer plus actif d'initiative et de contrôle : à cet égard il se pourrait que le conseil de l'Académie ne fût point assez muni.

Depuis longtemps déjà le choléra a cessé ses ravages, laissant derrière lui une question dont la solution importe à la sécurité publique. Nous voulons parler de la question de la contagion. Un grand nombre de documents sont entre les mains de la commission nommée à l'effet d'élucider ce point important. Il suffirait, comme l'a dit très bien l'honorable M. Rochoux, de quelques heures pour coordonner ces documents, pour les presser et en tirer la vérité. A quand donc le rapport?

L'Académie, comme chacun sait, comprend un certain nombre de commissions permanentes. Que font ces commissions? Le comité de vaccine travaille; nous venons d'en avoir une preuve nouvelle par le rapport de l'honorable M. Bousquet, auquel nous avons cherché quelques chicanes, mais dont nous savons reconnaître le zèle et le mérite.

Mais où sont les œuvres de la commission des épidémies, espèce de gouffre où viennent s'engloutir pour ne jamais surnager une foule de communications intéressantes? Nous sommes le dernier pays du monde pour la topographie médicale, et il dépendrait de l'Académie que nous fussions le premier.

Et le comité de rédaction, à quoi passe-t-il son temps? Non-seulement il ne lit pas les travaux que la Compagnie lui renvoie, mais encore il les égare. Voilà une belle façon d'encourager les travailleurs. Dernièrement M. Marchal (de Calvi) a été obligé d'écrire à l'Académie pour réclamer un mémoire qu'elle avait renvoyé depuis trois ans au comité de publication sur un rapport très favorable de M. Piorry. Il s'agissait dans ce mémoire d'une affection qui n'avait pas encore été décrite, chez l'adulte du moins, et que tous les auteurs s'accordaient à regarder comme exclusivement propre au jeune âge : la tuberculisation des ganglions bronchiques considérée comme affection distincte. L'auteur rapportait deux cas dans lesquels les malades périrent subitement par l'effet d'une sorte de strangulation inférieure : les ganglions tuberculeux, d'un volume énorme, avaient rétréci et finalement obturé les bronches-mères. On ne retrouve pas ce mémoire. Et si l'auteur n'en a pas gardé copie, ce qui est bien possible, qu'arrivera-t-il? Qu'un travail important sera perdu, attendu qu'on ne peut pas refaire des observations de mémoire.

Allons, messieurs de l'Académie, pensez-y. En rebaussant par un zèle assidu le corps auquel vous appartenez, c'est vous-mêmes que vous rebausserez.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Etat général des sentiments et des penchants chez les aliénés. (Suite.)

(*Voir* le numéro du 20 juin.)

Après avoir exprimé l'opinion que les perturbations du sentiment ont presque toujours l'initiative et la prépondérance dans la folie, nous ne nous arrêterons pas à discuter jusqu'à quel point existe une ligne de démarcation distincte entre le moral et l'intellect, entre les sentiments et les facultés intellectuelles.

Sans doute, ces deux ordres de facultés se touchent et se confondent par quelques côtés; mais leur distinction est assez généralement admise et trop bien établie pour nous dispenser d'une discussion psychologique.

Le trouble des sentiments chez les aliénés peut revêtir des formes très diverses, et s'il est parfois ostensible pour les esprits les moins exercés, d'autres fois il exige, pour être saisi, une expérience et une sagacité peu communes.

Tantôt il s'exhale en discours passionnés et incessants; tantôt il s'accompagne d'une taciturnité opiniâtre, ne se trahissant que par le jeu varié de la physionomie, par des mouvements brusques, par la vivacité ou par l'extrême soin avec lequel le malade recherche certains objets. Il faut saisir habilement ces expressions très significatives, quoique muettes, et obtenir la confirmation des soupçons qu'elles avaient fait naître, par l'appréciation de certaines circonstances adroitement ménagées, ou des réponses faites à des questions placées à propos.

Beaucoup d'aliénés exercent de l'empire sur eux-mêmes et cachent leurs sentiments, la plupart par crainte ou par ruse, quelques-uns par convenance, par discrétion; c'est que, parmi les sentiments qu'ils éprouvent, il en est de mauvaise et de bonne nature, et, quoique obscurcie, la conscience de l'aliéné n'est pas toujours assez éteinte pour ne pas lui permettre de les démêler avec leurs caractères respectifs. Pinel en cite un exemple bien remarquable : « Quelles raisons, lui disait un aliéné, aurais-je d'égorger le surveillant de l'hospice de Bicêtre, qui nous traite avec tant d'humanité? Cependant, dans mes moments de fureur, je n'aspire qu'à me jeter sur lui et à lui plonger un stylet dans le sein. C'est ce malheureux et irrésistible penchant qui me réduit au désespoir, et m'a fait chercher à attenter à ma propre vie. » D'autres fois, les sentiments qui dominent dans la folie et lui impriment son cachet propre ne sont anormaux que par leur exagération et par le trouble dans les idées qui les accompagne, leur nature étant d'ailleurs louable, ainsi qu'on l'observe à la suite de légitimes et violents chagrins. Dans tous les cas, pour présenter le caractère maladif que nous leur cherchons, il est nécessaire que les sentiments soient égarés; car leur affaiblissement ou leur exaltation serait plutôt le propre de l'indifférence ou de la passion que les indices du délire; celui-ci se manifeste surtout par la perversion des sentiments, et que de faits en ce genre viennent témoigner du désordre des qualités affectives! On voit des aliénés montrer de l'indifférence ou de l'aversion pour les personnes et les choses qu'ils affectionnaient le plus dans l'état de santé. On a vu des parents qui chérissaient leurs enfants en devenir irrésistiblement les meurtriers, après les avoir hautement avertis de fuir leur présence, de se soustraire à leur aveugle fureur.

Ne dirait-on pas qu'alors, comme dans l'arachnitis, il y a quelque souffrance qui agit sur le cerveau, à la manière d'une provocation irritante capable d'allumer la colère? Les exemples ne sont pas rares d'aliénés qui sentent approcher les accès de fureur, et qui demandent qu'on s'éloigne d'eux ou qu'on les préserve d'eux-mêmes; mais chez le plus grand nombre de ces malades, le désordre des sentiments ne se produit pas d'une manière aussi violente et aussi ostensible, il reste plus concentré, sans cesser d'être apparent pour ceux qui savent l'observer. Tantôt ces infortunés oublient les personnes qui leur étaient les plus chères et les choses qui avaient le plus d'attrait pour eux; d'autres fois, au lieu d'une indifférence, d'un oubli que rien n'explique et ne justifie, c'est une haine véhémente, quoique muette, pour des personnes naguère aimées et toujours dignes de l'être; ces malades ne veulent pas en entendre parler, se refusent à les voir, et si elles ne s'éloignent pas à leur vue, leur contenance trahit une haineuse émotion, ou bien ils les accablent d'injures.

Nous avons dit qu'un changement rapide, profond et sans cause dans les sentiments était un indice d'aliénation mentale; en disant sans motif ou sans cause, nous avons besoin de nous expliquer. Est-ce pendant la durée des sympathies ou des antipathies que les malades constatent avec amertume les changements opérés en eux? Non, c'est dans l'imminence du mal ou pendant la rémission. Quelquefois les malades eux-mêmes ne peuvent pas se rendre compte de ces changements, ils les constatent et s'en affligent; mais ils sont irrésistiblement entraînés; ils n'aiment plus, ou ils détestent les objets que naguère ils chérissaient; ils recherchent, au contraire, ce qu'ils évitaient; les attraits ou les répulsions qu'ils éprouvent sont remplis de contradictions, et s'associent bientôt d'ailleurs à d'autres troubles des facultés mentales.

Certains aliénés croient avoir des motifs pour changer

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les princites. — Accident déplorable arrivé à l'auteur du feuilleton.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Un de nos grands hommes, un de ces hommes devant lesquels on s'incline alors même qu'on est réduit à les combattre, un de ces hommes qui peuvent être à la fois la gloire et le danger ou même le fléau d'un pays et d'une époque, un grand historien, grand orateur et grand politique en même temps, M. Guizot, puisqu'il faut l'appeler par son nom, a tracé en quelques pages de son *Histoire de la civilisation moderne* les caractères différentiels de la civilisation française et de la civilisation anglaise. Ce résumé différentiel aboutit à cette conclusion : La France est la patrie des idées, l'Angleterre est la patrie des faits. Là-bas la pratique, ici les doctrines. Pour moi, qui aime mieux la lumière que la lampe, la vapeur que la locomotive, j'aime mieux aussi, après comme avant réflexion, être Français qu'Anglais. Que signifie cet étrange préambule? allez-vous vous écrier; mon correspondant aurait-il, pour son malheur et pour le mien, subi l'influence tropicale de ces derniers jours au point d'avoir perdu le sens commun? Va-t-il faire de la politique comme M. Bousquet et m'exposer tout vif aux sévices de M. le procureur de la République? Rassurez-vous, cher confrère. J'en suis revenu, de la politique, et ce n'est pas moi qui vous ferai prendre le chemin du Palais-de-Justice. C'est un beau locat sans doute, le berceau de la monarchie, dit-on, et que je respecte infiniment. Mais, à l'heure qu'il est, il n'y fait pas bon pour les gens qui écrivent, et d'aucuns pensent qu'il vaudrait mieux y entrer pour avoir manié un *monseigneur*, sauf votre respect, que pour avoir tenu une plume.

Quand je dis que l'Angleterre est le pays de l'application, tandis que la France,

> Mamelle sans cesse inondée,
> Où, pour se nourrir de l'idée,
> Viennent les générations,

est le pays de la floraison théorique, c'est que j'ai les yeux sur un fait d'extraction et de provenance britanniques qui démontre une fois de plus cette proposition dont j'ai la faiblesse de m'enorgueillir.

Pendant que nos philosophes écrivent de très beaux livres sur les moyens de réaliser le bonheur sur la terre, les Anglais s'occupent tout doucement d'être heureux, entre quatre murs, sous de beaux ombrages, sans dépense de papier, sans accompagnement de coups de canon et de sergents de ville, uniquement à l'aide de quelques discours : car nos voisins, qui se dédommagent en public de leur taciturnité dans la vie privée, aiment beaucoup les discours, témoin celui de lord Palmerston, qui excède les dimensions de celui de Cromwell dans le drame de M. Victor Hugo. Encore Cromwell termine-t-il

> . . . . en demandant pardon
> D'avoir, un jour si chaud, fait un discours si long.

Connaissez-vous les *princites?* — Non. — Qu'est-ce que les *princites?* — Les princites, mon cher confrère, sont les adorateurs d'un dieu nouveau qui a nom M. Prince, un nom de prédestiné, comme vous voyez.

Ce bon M. Prince était tout simplement un révérend ministre, dont la métaphysique n'est pas très claire, mais qui a une idée fortement enracinée dans l'esprit, une idée dont il est fanatique : c'est que le temps est venu pour l'homme de travailler à être heureux autant que possible dans ce monde, qui doit cesser d'être une vallée de larmes. Ce principe, déjà, n'est pas très orthodoxe, attendu que le bonheur, comme le disent les saintes Ecritures, n'est pas le meilleur moyen de faire son petit salut. Job sur la paille était plus près du ciel que M. Rothschild sur un lit en or massif, soit dit sans offenser le roi des banquiers, qui est en même temps le banquier des rois, et sans parler de la circoncision, opération que M. Vidal (de Cassis) et M. Ricord ont singulièrement perfectionnée, mais qui n'est pas devenue pour cela un moyen de gagner le paradis (celui des chrétiens, bien entendu).

Pourtant, il est probable que le principe du nouveau messie aurait trouvé grâce devant les autorités spirituelles de l'endroit. Mais il y avait les commentaires, les développements, et là-dessus, quant aux moyens de réaliser le bonheur sur terre, il paraît véritablement que le révérend était trop bon Prince. Passez-moi le mot, ne fût-ce qu'à raison de l'état électrique de l'atmosphère qui fait des pauvres humains autant de bouteilles de Leyde. Je ne peux pas répondre des étincelles. Donc l'évêque s'est offusqué, puis il s'est fâché tout de bon et a révoqué M. Prince, qui a dû quitter son presbytère, et s'est fait prédicateur ambulant pour le plus grand bonheur de la pauvre humanité. Il a si bien parlé qu'au bout de quelque temps il est retourné dans sa paroisse avec une grosse somme qui lui a permis d'acheter un magnifique domaine, clos de murs de construction solide et d'une honnête élévation, et où il a convoqué le ban et l'arrière-ban de ses sectateurs, hommes et femmes (surtout des femmes). Ce qui se passe là, Dieu, M. Prince, les princites et les princitesses, le savent. Il ne fait même pas bon aller y regarder. Un curieux, qui s'était mis, à proximité des murs, en contemplation sur un arbre pour voir de ses yeux les saints exercices des nouveaux croyants, fut aperçu, ramené à terre plus vite qu'il n'aurait voulu et reçut par-dessus le marché une pieuse volée de coups de bâton. Le

d'affection, ils prétendent justifier leur conduite ; mais, quelque habiles qu'ils soient à inventer des prétextes, on acquiert bientôt la conviction que leurs raisons sont entièrement imaginaires, ou qu'ils ont donné à certains faits une signification, une interprétation opposée à toutes les notions du sens commun.

Dans quelques circonstances, les sentiments des aliénés sont plutôt exagérés que pervertis ; leur cause est juste, parfois même digne de respect et d'admiration par les éminentes qualités du cœur qu'ils font briller. Des affections violemment brisées et une foule d'autres chagrins domestiques des plus légitimes offrent de nombreux exemples de ces lésions du sentiment.

Ces lésions ne consistent que dans une exaltation de la sensibilité qu'on ne pourrait pas qualifier de délire, s'il ne s'y joignait quelque autre désordre mental, des craintes ou des espérances d'une réalisation impossible, des hallucinations et des illusions ; toutefois, un sentiment assez exclusif pour engendrer une indifférence qui s'étendrait à toute autre chose, pour entraîner la négligence et l'oubli des devoirs habituels, s'il persistait trop longtemps, constituerait une maladie mentale, alors même que le délire n'aurait pas encore éclaté par d'autres symptômes.

Dans quelques cas enfin, et ceux-ci sont très communs dans la folie chronique, au lieu d'être pervertis ou exaltés, les sentiments sont oblitérés. Il ne paraît plus y avoir ni désir, ni aversion, ni amour, ni haine ; les qualités affectives sont éteintes, et presque toujours les facultés intellectuelles ont subi le même dépérissement. De l'être sensible, intelligent, il ne reste qu'une image profondément dégradée ; un automate a remplacé l'homme.

Sans être aussi fréquent peut-être que l'aberration des qualités affectives, le désordre des penchants, le trouble des sentiments moraux ne sont pas rares chez les aliénés ; on en observe chez lesquels la dissimulation succède à la franchise, le mensonge à la véracité, le vol à la probité, la prodigalité à l'ordre, la dureté à la douceur, la méchanceté à la bienfaisance, la hardiesse à la circonspection, la témérité à la prudence, la présomption à la modestie, l'indécence à la pudeur, etc... A mesure que ces contrastes se répètent, ils méritent de fixer l'attention, et néanmoins ce sont encore des signes trop souvent méconnus de délire et d'aliénation mentale.

On tomberait dans une grave erreur si l'on ne reconnaissait de folie par initiative de désordre dans les sentiments que lorsqu'on aurait vu prédominer la haine, l'amour, l'indifférence ou la perversion des qualités morales dont nous venons de résumer quelques traits.

Il n'est pas moins conforme à l'observation de lui assigner la même origine quand elle découle directement des blessures ou des satisfactions de l'amour-propre, de la vanité, de l'orgueil et des ambitions de tous genres. Vanhelmont disait justement qu'il était très rare de rencontrer des fous sans présomption, à moins que la stupidité ne fût originaire ; en effet, les idées présomptueuses surgissent de tous côtés et sous mille formes : elles dérivent des talents, des vertus, du génie, de la science acquise, de la naissance, des richesses, de la beauté du corps, de la force, de l'audace, de l'éloquence ou de la facilité à parler ; chacun se croyant doué de quelqu'une de ces qualités, se forme des idées auxquelles il applaudit et par lesquelles de toute part nous sommes livrés à l'erreur ; aussi plus l'homme se trouve élevé par des qualités éminentes, plus près et plus profond est l'abîme dans lequel il peut tomber.

Nous ne finirons pas ces remarques sur le délire des sentiments, que nous avons dit précéder et prédominer ordinairement dans l'aliénation mentale, sans rappeler de nouveau qu'il est presque toujours plus concentré, moins apparent que le trouble des facultés intellectuelles. C'est surtout dans les actions qu'il faut l'étudier et le reconnaître, tandis que le délire des idées se révèle à chaque instant dans les discours.

Les qualités affectives et morales sont bien plus étroitement unies au sens intime que les facultés intellectuelles ; conséquemment, le désordre des premières donne plus vite et plus fréquemment l'éveil à la conscience, dont l'intervention est nécessaire pour conserver l'empire sur soi-même, qui n'est pas rare dans le délire des sentiments et qui s'oppose à leur manifestation.

Le *moi* n'étant pas également mis en jeu dans l'exercice des facultés intellectuelles, rien alors n'avertit l'aliéné de se tenir en garde contre lui-même, et le désordre de ses idées jaillit sans compression ; aussi dans la mélancolie, où il n'y a souvent de gravement malade que le sentiment, est-il beaucoup plus difficile de constater l'existence du délire que dans la manie, qui s'accompagne toujours d'un trouble plus ou moins général de l'entendement.

Terminons cette leçon par quelques considérations sur les penchants et rappelons quelques exemples de leur altération que nous vous avons montrés dans les diverses espèces d'aliénation mentale.

Je vous ai montré des exemples d'altération des penchants dans les diverses espèces d'aliénation mentale. Parmi les maniaques, vous avez vu C... et R..., qui, contrairement à leurs habitudes normales, sont incitées au vol pendant toute la durée de leur agitation ; elles volent en quelque sorte pour le plaisir de voler, sans besoin, sans utilité pour elles, et cependant elles cachent ordinairement les objets volés avec le plus grand soin.

Parmi les maniaques, vous avez encore vu B... et B..., dont le penchant érotique est très développé depuis l'invasion de leur maladie. Dans le même groupe de malades, je vous ai fait remarquer B..., D... et T..., qui manifestent pendant le délire des impulsions malfaisantes. Elles profèrent des injures contre leurs compagnes, contre les surveillantes, les provoquent et quelquefois les frappent.

Non-seulement Mme L... pendant la durée de son exaltation maniaque vole tout ce qu'elle peut recéler, mais elle est pleine d'artifices, de ruses, de dissimulation ; elle s'ingénie à rechercher tout ce qui peut blesser, irriter les personnes qui l'entourent, et mettre le désordre dans tout le quartier qu'elle occupe. Pendant la rémission de sa maladie ou l'intermittence, Mme L..., dont l'éducation a été soignée, est un modèle de douceur et de bienveillance envers tout le monde.

Mme M... est pour la deuxième fois atteinte d'aliénation partielle. Le premier accès eut lieu en juin 1839, dura sept mois et ne présenta aucune impulsion à la rapine ; la malade, hallucinée de l'ouïe et de la vue, était obsédée d'idées mystiques et de la crainte d'un jugement qui devait la faire condamner à l'échafaud : sous l'influence de ces tristes préoccupations, elle voulait se suicider, tuer sa jeune fille unique et forcer son mari à se tuer en même temps. Le deuxième accès, qui dure depuis la fin de 1840, n'offre pas tous les caractères du premier ; cependant, on observe chez Mme M... des idées mystiques, des hallucinations de l'ouïe, de la vue et parfois des impulsions à la colère qui l'entraîneraient aux actes les plus violents si elle n'était l'objet de la surveillance la plus exacte. De plus, cette malade a un penchant bien déterminé pour le vol ; elle vole avec une adresse incroyable, et, chose remarquable, elle vole surtout pour le plaisir de donner ; elle conserve les objets volés jusqu'à ce qu'elle trouve une bonne occasion de faire plaisir en les donnant. C'est principalement la veille ou le jour des visites de son mari que son penchant au vol est plus développé ; malheur alors à ses compagnes peu soigneuses qui ont oublié du sucre, des friandises. M... est toujours aux aguets, toujours là prête à s'en saisir pour avoir la satisfaction d'en faire cadeau à son mari. C'est aussi lorsque M... paraît se livrer à la prière avec le plus d'ardeur qu'on redoute le plus et avec raison ses larcins ; elle les commet avec l'expression de la plus grande humilité, en baissant les yeux et ayant l'air de regarder d'un autre côté.

Enfin, Ch..., habituellement tranquille, laborieuse et d'un caractère doux, vous a raconté elle-même les impulsions malfaisantes qu'elle éprouve. Elle vous a dit que la première fois qu'elle a senti la violence de son impulsion c'était d'une manière tout à fait soudaine et contre une de ses tantes âgée de soixante-cinq ans, qui était pour elle une seconde mère et qu'elle aimait avec tendresse. Tout à coup, sans aucune incitation extérieure, elle s'est jetée sur elle, l'a renversée violemment par terre et lui a asséné plusieurs coups de poing. Un moment après, elle était si honteuse de son action qu'elle a cherché à attenter à ses jours. A la suite de cette impulsion violente et de cette tentative de suicide, Ch... est restée trois mois et demi dans son lit, éprouvant une lassitude générale très marquée, une profonde apathie et un ennui presque continuel. A cet état se joignait habituellement une grande confusion dans les idées. Depuis plusieurs années qu'elle est dans mon service, Ch... a été fréquemment comme poussée à faire du mal, selon son expression, surtout aux époques menstruelles ; mais alors la conscience de ses mauvais desseins s'éveille vivement, elle réagit fortement, et, si elle sent que sa réaction soit impuissante, elle a assez de raison pour demander la camisole et sa translation dans le quartier des agitées. Fréquemment, deux ou trois fois par an, cette malheureuse éprouve de véritables accès de manie pendant lesquels elle se sent poussée à la rixe et à des actes violents.

Parmi les impulsions qui maîtrisent les aliénés à des degrés divers, nous devons faire remarquer celle qui fait que les aliénés crient, chantent, se remuent sans cesse, renversent tout ce qui les entoure, se déshabillent, déchirent leurs vêtements, et troublent tous ceux qui se trouvent dans la sphère de leur activité.

Nous pouvons aussi mentionner les dispositions maladives qui entraînent certains aliénés à changer de domicile, à courir, comme on dit, les champs, à réaliser les projets de voyage les plus excentriques ; il en est de même du penchant à l'imitation, si fréquemment exalté chez les aliénés, qui donne lieu quelquefois à des scènes de bon comique et souvent aboutit aux effets les plus grotesques.

Mais tous ces penchants, et bien d'autres dont il nous serait facile de multiplier les exemples, sont-ils primitivement, directement désordonnés, ou bien le sont-ils consécutivement et entraînés dans le courant des idées et des sentiments qui préoccupent les malades ? Voilà la question générale qu'il convient d'aborder maintenant, sous le triple rapport de la psychologie, du traitement moral et de la médecine légale.

L'observation clinique atteste l'existence de ces deux ordres de faits dans une mesure bien différente. Il y a des cas peu nombreux où l'exaltation des penchants est primitive, spontanée, et commande directement l'action, et alors l'entraînement est plus soudain, plus difficile à dévier, plus irrésistible que lorsqu'il est consécutif à une série d'idées ou de sentiments. C'est une satisfaction que demande impérieusement le penchant, et sa vivacité le rend aveugle dans ses exigences ; tandis que dans les cas où le penchant est consécutivement désordonné, il est beaucoup moins impérieux et son degré d'intensité varie selon le degré d'intensité du sentiment, ou de l'idée qui l'entraîne dans sa direction.

Les faits d'altération primitive des penchants sont bien plus rares que les faits d'altération des penchants consécutive au désordre de l'intelligence et du caractère. Toutefois, il ne faut pas croire que dans ce dernier cas on puisse toujours remonter à des motifs bien déterminés des actes malfaisants. En effet, souvent les malades qui se meuvent, s'agitent incessamment, qui harcèlent tous leurs compagnons d'infortune, leurs serviteurs, etc., n'ont pas le dessein prémédité ni l'intention actuelle d'être turbulents ou hostiles à qui que ce soit ; il semble qu'ils ne crient, ne chantent, ne pleurent, ne se livrent à des mouvements rapides que pour échapper à un état intérieur pénible, à une anxiété plus ou moins vive.

Cependant, plus on scrute profondément, et plus il est possible de remonter aux motifs indirects qui déterminent les actes malfaisants. Ces motifs sont très variés, quelquefois curieux et extraordinaires.

Des aliénés cassent les carreaux, parce qu'ils veulent briser tous les obstacles ; d'autres, parce qu'ils veulent faire du mal, produire du désordre, se venger ; et d'autres, enfin, parce qu'ils veulent se donner une satisfaction par le bruit même du brisement du verre.

Les motifs qui entraînent plusieurs malades à se déshabiller sont très nombreux. Souvent c'est un motif de vanité ; ils désirent de plus beaux habillements, ou bien un habillement particulier ; d'autres fois ils veulent s'en débarrasser, parce qu'ils les trouvent incommodes, remplis d'insectes, empoisonnés, dégoûtants de malpropreté, chargés d'électricité, ou bien simplement parce qu'ils leur attribuent la sensation de chaleur qu'ils éprouvent.

La connaissance des motifs déterminants donne des indications particulières pour le traitement moral ; elle permet de mettre obstacle à la violence des penchants malfaisants, en tempérant l'idée et le sentiment qui les provoquent.

On comprend aussi facilement combien la recherche des mobiles d'action est intéressante psychologiquement, et sous le rapport de la médecine légale dans les circonstances où il y a eu vol, incendie, rixe, ou meurtre ; en un mot, toutes les fois

---

proverbe italien dit *guardare* et non *toccare* (regardez si vous voulez, mais ne touchez pas). Pour les princites, à ce qu'il paraît, c'est le contraire.

Quoiqu'il s'agisse là d'un certain ordre de phénomènes intellectuels qui relèvent de la psychologie pathologique, je ne vous aurais peut-être jamais parlé de M. Prince sans un fait de médecine légale qui se rattache à l'histoire de son église. Une jeune fille, séduite par l'éloquence du maître, réalisa sa fortune pour se vouer au culte de la félicité. Elle entra dans le temple, et y vécut selon ses désirs ; on ne dit pas qu'elle y ait rempli intégralement les devoirs des antiques vestales, mais on ne dit pas non plus le contraire ; il faut être juste. Le fait est qu'on ne sait rien, absolument rien, sur les procédés employés par cet excellent M. Prince pour procurer le bonheur à ses disciples des deux sexes. Il serait possible que lui-même ne fût qu'un adepte du dieu Fourier, et alors, ma foi, il y aurait de l'agrément dans sa maison. Quoi qu'il en soit, les parents de la jeune fille, pretendant que sa foi nouvelle était le résultat d'une absence complète de jugement ou, pour mieux dire, l'effet de la folie ; la firent citer en justice et demandèrent qu'elle fût interdite. De quelles noirceurs les parents en général et ceux d'une jeune fille en particulier ne sont-ils pas capables ! Aussi furent-ils bien reçus par la Thémis britannique. Mais n'anticipons pas sur les événements. La jeune princitesse parut devant le tribunal comme jadis sainte Cécile devant le préfet de Rome, rayonnante de joie et revêtue de gloire. (A propos de sainte Cécile, demandez-moi, un de ces jours, de vous raconter son histoire, qui est très curieuse, au point de vue médico-chirurgical. Cette sainte avait la vie très dure : il y fallut le fer et le feu, sans compter la bonne volonté du sujet). Miss *** parla de M. Prince avec une conviction ardente, avec un enthousiasme qui ne se peut comparer qu'à celui de l'extatique sainte Thérèse. Les juges en conclurent qu'elle n'avait pas précisément la tête saine, et ce n'est pas cette appréciation que je veux attaquer. Mais savez-vous sur quelle considération ils s'appuyèrent pour renvoyer la princitesse et condamner les parents aux dépens ? C'est à ne pas le croire : *sur ce que la folie de la jeune fille ne pourrait nuire qu'à elle-même.* Voilà bien l'esprit anglais. Un individu, privé de raison, peut, à son gré ou plutôt au gré de la folie, se faire dépouiller par des escrocs et se casser le cou, si bon lui semble ; du moment que la société n'a rien à craindre de ses aberrations, la société ne s'occupe pas de lui. En France, la société se fait tutrice de ce malheureux ; en Angleterre, on l'abandonne à lui-même. Nous touchons ici à une différence aussi profonde, aussi radicale, entre les deux pays, que celle qui a été signalée par M. Guizot. En Angleterre, la société est tout, l'individu n'est rien que par rapport à la société : c'est un fil pris dans la trame d'une toile et n'existant que pour la toile. En France, la société est beaucoup, mais l'individu est quelque chose. Lequel vaut mieux, l'égoïsme de la toile ou celui du fil ? Ni l'un ni l'autre. *In medio virtus.* A ce point de vue encore l'avantage me paraît être du côté de la France, qui, tout en sauvegardant les intérêts de la société, s'occupe de l'individu ; qu'elle entoure de sollicitude alors même qu'elle a lieu de le craindre et de le tenir à l'écart. La morale de cette histoire est que nous n'avons pas absolument besoin de *regarder la colonne* pour être fiers d'être Français.

J'aurais bien des choses à vous dire, mon cher confrère ; mais M. Prince m'a mené plus loin que je n'aurais voulu. Et d'ailleurs, c'est un malade, un blessé qui vous écrit. Vous avez failli me perdre, mon cher ami, et je me flatte que vous m'auriez donné quelques larmes, sans compter les fleurs littéraires jetées sur ma tombe. J'ai éprouvé une rude commotion cérébrale (vous vous en êtes peut-être aperçu), et je suis presque un cas curieux. Ce n'est pas assez des instruments tranchants qui peuvent nous entamer la peau de dehors en dedans. Il faut que nous soyons exposés à avoir le tégument divisé par nos propres os, comme, par exemple, lorsque nous tombons sur le bord tranchant de la mâchoire inférieure.

La soirée est tiède ; une brise parfumée vous prodigue à la fois les caresses de l'air et de la fleur ; vous êtes à Bellevue, je suppose, au milieu de bons amis. Vous regardez Paris s'allumer, et plus près de vous des formes charmantes glisser parmi les rosiers fraternels. Malgré vous votre front s'incline ; vous rêvez. Mais voilà qu'emporté par le jeu, un jeune ami, svelte et robuste, passe sous votre tête baissée, et, redressant la sienne subitement, avec l'élasticité et a puissance d'un ressort, vous relève le menton tout à coup et vous fait reculer de trois pas, après vous avoir fendu toutes les parties molles qui recouvrent le bord inférieur de la mâchoire, et avoir centuplé, à vos yeux, pendant une seconde, le nombre des étoiles. Quand je dis *vous*, c'est *moi* que je devrais dire ; car voilà mon histoire ; et malheureusement je ne suis pas la seule victime de ce lamentable accident. Les os du nez de mon innocent agresseur ont éprouvé contre ma mâchoire, aussi solide, sans autre comparaison, que celle qui fit tant de dégâts parmi les Philistins, le sort du pot de terre contre le pot de fer. Ils se sont enfoncés, et il m'a fallu les relever avec mon petit doigt, dont ce trait fait l'éloge, puis les maintenir à l'aide d'une attelle nasale formée d'une allumette entourée de coton. Je crois m'être assez bien comporté pour un commotionné ; permettez-moi de le dire, ne fût-ce qu'à titre de consolation ; et adieu, cher confrère, jusqu'à mardi, si je suis encore au nombre des vivants. Priez Dieu et les saints en honneur chez les Phocéens, y compris Apollon et sa descendance, de m'épargner les accidents consécutifs.

X.

Le ministre de la guerre a remis depuis quelques jours, à l'Assemblée, le projet de loi portant réorganisation du service de santé militaire. Nous nous occuperons bientôt de ce sujet important.

qu'on a constaté des actes qui seraient criminels, s'ils n'avaient pour excuse la folie.

On peut alors montrer aux juges que les actes qu'un premier aperçu ou que l'inexpérience feraient attribuer à l'exaltation des penchants et qui rendraient alors responsables leurs auteurs, dépendent d'une altération maladive de l'intelligence et du caractère; que les penchants sont subjugués et entraînés dans le courant des idées et des sentiments.

Les juges peuvent ainsi saisir l'enchaînement de toutes les circonstances des faits qui leur sont exposés, c'est-à-dire la subordination de l'altération des penchants au trouble des idées et des sentiments, et la nature si souvent bizarre des motifs venant en aide, le médecin a porté la conviction dans leur esprit, et bonne justice est rendue.

Dans les cas (heureusement peu nombreux) où il n'est pas pas possible d'arriver à la connaissance des mobiles des actions malfaisantes, dans les cas où l'altération des penchants est primitive et directe, où la cause de leur altération réside en eux-mêmes, est intrinsèque, les difficultés d'éclairer les tribunaux augmentent considérablement, tant les juges sont disposés à ne voir dans la violence d'un penchant qu'une passion et non une maladie, et tant ils sont persuadés que les médecins ne sauraient dans ces cas leur apporter des lumières spéciales!

Le médecin légiste, pour vaincre ces difficultés rendues plus grandes encore par la théorie de la monomanie, doit s'efforcer de prouver que les faits de rapine, de meurtre, etc., soumis à son appréciation par le tribunal, sont du même ordre que ceux qu'il a constatés chez des aliénés qui n'avaient pas été en butte aux poursuites de la justice, et avoir le soin, que je regarde comme indispensable, de fortifier l'observation de l'état des penchants, de celle de tous les autres phénomènes psychiques qui s'y joignent, et complètent l'ensemble des caractères de la maladie. En un mot, au lieu de fragmenter l'affection mentale et de la réduire aux proportions de l'exaltation d'un penchant, il faut dérouler tout le tableau de la maladie; au lieu de l'unité du délire, il faut rechercher la pluralité des délires; mais on ne pourra faire de tableau complet que lorsqu'on se sera dégagé de l'erreur relative à l'existence de la monomanie, attendu que pour bien voir des yeux de la pensée il faut être persuadé qu'il y a quelque chose à voir, et il faut apprendre à regarder.

(*La suite à un prochain numéro*).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Névralgie sciatique du côté droit, guérie par la cautérisation de l'oreille.

Observation recueillie par M. Juteau, interne.

Martinet, âgé de quarante ans, garçon de magasin, d'une bonne constitution, muscles très développés, embonpoint ordinaire, est entré le 22 mai, salle Saint-Augustin, n° 82, dans le service de M. Malgaigne.

Il y a deux ans environ, il avait éprouvé, sans cause connue, de vives douleurs dans la région lombaire, qui l'obligèrent même de suspendre ses travaux et de garder le lit pendant trois jours. Le mouvement augmentait les souffrances. La flexion du tronc en avant était très douloureuse. Le traitement consista uniquement en frictions sur la partie douloureuse avec une pommade dont le malade ignore le nom. Au bout de huit jours, les douleurs étaient moins vives, et il avait repris ses travaux.

Dans le mois de mars dernier, une recrudescence de la maladie le força à s'arrêter de nouveau. Il entra alors à l'Hôtel-Dieu, le 20 mars 1850, dans le service de M. Husson. On lui appliqua 48 ventouses en trois fois sur la région fessière droite et à la région lombaire du même côté. On posa trois larges vésicatoires à la région trochantérienne, et un au genou. Il prit en outre dix bains simples, quinze bains de vapeur et, dans les derniers jours, quatre bains sulfureux.

Sorti de l'Hôtel-Dieu le 16 mai, il souffrait beaucoup moins qu'à son entrée, mais ressentait néanmoins toujours des douleurs dans la cuisse, le genou et quelquefois dans les reins. Ces douleurs étaient plus vives la nuit que le jour. Elles augmentaient dans la marche, qui était même devenue impossible sans béquilles.

Lorsqu'il se présenta à nous, il accusait de la douleur à la région trochantérienne, le long de la partie postérieure de la cuisse et à la partie antérieure du genou; des tiraillements dans la partie postérieure de la jambe et la partie externe du pied; enfin, quelques douleurs sourdes, intermittentes dans la région lombaire. Les mouvements sont très douloureux, la marche impossible sans béquilles; claudication très marquée; insomnie la nuit.

M. Malgaigne pratiqua immédiatement la cautérisation avec le fer rouge sur la partie antérieure de l'hélix; il ordonna ensuite au malade de se lever. A notre grande surprise, le malade n'accusait plus qu'une douleur presque nulle. Les mouvements des articulations du genou et de la hanche étaient libres, et il put marcher dans la salle sans béquilles. La claudication avait presque complètement disparu comme par enchantement. Par précaution, on conseilla au malade le repos au lit.

Le 23 mai, le malade a reposé toute la nuit. J'éprouve encore, dit il, une légère douleur dans l'intérieur de la hanche, le genou et le côté externe du pied. Mais ces douleurs ne sont plus à comparer à ce qu'elles étaient hier matin.

En conséquence, on le renvoya le jour même, vingt quatre heures après son entrée, avec l'expresse recommandation de ne faire que des exercices modérés et de revenir dans quelques jours.

Il est revenu nous voir le 27 mai. Depuis sa sortie il s'est un peu fatigué, malgré la recomandation de M. Malgaigne, et il accuse dans la marche une légère douleur en arrière du grand trochanter. Lorsqu'il est couché il ne souffre nullement. Seulement, il lui reste un peu de faiblesse dans la jambe gauche, ce qui ne l'empêche pas de marcher sans claudication.

— Depuis ce premier essai, un certain nombre de sciatiques se sont présentées à la consultation; car on ne les a pas même admis dans le service. Dans deux cas, la sciatique était simple, régulière, suivant bien le trajet du nerf; dans un autre, la douleur suivait à peu près le trajet du membre droit interne, occupait le genou, et se portait de là dans le mollet. Le résultat de la cautérisation a été constant; c'est-à-dire qu'immédiatement la douleur a disparu, soit complétement, soit en très grande partie, et que les malades ont pu marcher sans claudication et retourner chez eux, non sans une grande stupéfaction d'être si rapidement et si notablement soulagés, quand ils ne l'étaient pas d'une manière complète.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 19 juin 1850. — Présidence de M. Danyau.

M. Deguise père, obligé de se rendre auprès d'un de ses enfants qui est dangereusement malade, ne peut présider la séance. Elle est ouverte par M. Lenoir, ancien président, qui cède le fauteuil à M. Danyau.

Le procès-verbal étant lu et adopté, l'ordre du jour appelle la fin de la discussion précédente.

Traitement des abcès.

M. Huguier s'est préoccupé de la question importante soulevée par M. Chassaignac. Il a eu occasion, depuis la dernière séance, de vérifier un fait général qui n'était pas douteux pour lui, et sur lequel plusieurs de ses collègues avaient fixé aussi l'attention de la Société; il veut parler de la résorption spontanée des abcès, et en fournit la preuve par la démonstration directe.

M. Huguier cite deux cas spécialement: le premier, relatif à un abcès de la région sous-maxillaire du côté droit développé depuis quinze jours chez un homme d'une trentaine d'années, par suite de la carie d'une dent molaire. L'abcès fut ouvert; il s'en écoula une quantité assez considérable de pus; un simple cataplasme fut appliqué ensuite; la tuméfaction disparut. Il n'y avait, le lendemain, qu'un suintement séreux; et le surlendemain toute suppuration avait cessé.

Le second fait se rapporte à une femme qui avait un abcès de l'aine siégeant dans les ganglions, mais non syphilitique, et réparti en deux foyers qui furent ouverts. Le pus une fois écoulé, comme dans le cas précédent, amena la détersion prompte du foyer, dont les bords étaient rapprochés vingt-quatre heures après.

Or, dit M. Huguier, si dans ces deux circonstances les injections avaient été faites, nul doute qu'on ne leur eût attribué le résultat obtenu; et il est permis de penser que M. Chassaignac a eu affaire dans plusieurs cas à des abcès de ce genre, qui se fussent guéris promptement sans le lavage du foyer.

Il n'est pas rare, ajoute M. Huguier, que des abcès soient susceptibles de résolution; mais il ne faut admettre ce mode de terminaison qu'exceptionnellement.

M. Huguier a fait, à cet égard, quelques expériences tendant à lui donner la certitude de la présence du pus. Il s'est servi d'une petite sonde cannelée pointue, avec laquelle il a ponctionné les tumeurs présumées purulentes, d'après leur caractère de fluctuation; et après avoir ainsi reconnu la suppuration, il est arrivé à conclure que certains abcès sont susceptibles de se résorber.

M. Maisonneuve regrette de n'avoir pas assisté à la dernière séance, pour signaler certains cas à l'appui de l'opinion soutenue par M. Chassaignac, non pas qu'il admette la même interprétation des faits, mais bien l'identité des résultats. Il a vu, avec M. J. Guérin, la ponction des abcès et l'évacuation du pus à l'aide d'une seringue suivies de la cicatrisation immédiate du foyer. Ce sont là, pour lui, des faits constants, et si on les recherchait dans les ouvrages de M. Guérin, on trouverait de nombreux exemples d'abcès phlegmoneux parvenus ainsi à une guérison prompte.

« Quel est, dit M. Maisonneuve, le meilleur moyen d'obtenir ce résultat? Ce n'est pas le lavage; le point important est le contact des parois du foyer ou leur rapprochement adhésif. Un autre moyen a été proposé aussi, et semble devoir être meilleur que celui là, c'est l'aspiration, dont a parlé M Larrey. Le lavage ne viendrait ainsi qu'en troisième ligne, d'autant que les abcès réfractaires à une guérison prompte n'auront pas de tendance à se former plus vite par ce moyen. »

Telle est l'objection que voulait faire M. Maisonneuve.

M. Denonvilliers revient sur ce qu'il a dit au commencement de la discussion. Il répète qu'autant M. Chassaignac recommande de fermer l'abcès une fois ouvert, autant lui déclare cette pratique imprudente; il ne la trouve fondée que sur des cas exceptionnels; et il soutient aussi que des abcès, même considerables, comme il en a vu, peuvent se résorber spontanément.

M. Denonvilliers rappelle la pratique des maîtres à cet égard; et il pense que, si on agissait comme le veut M. Chassaignac, on serait obligé, 18 fois sur 20, de désunir les lèvres de la plaie. Il a, récemment encore, vérifié un semblable résultat chez un enfant qui avait un abcès à la tempe, et chez lequel les parois de cet abcès, d'abord rapprochées, se sont disjointes secondairement.

Ces faits, ajoute M Denonvilliers, arrivent tous les jours, et il croit, en résumé, que l'occlusion des abcès doit causer des déceptions, sans rappeler les accidents et les dangers qui ont été justement reprochés à cette méthode.

M. Cullerier s'exprime ainsi:

— « Je n'ai que deux mots à dire; ils sont tout pratiques. J'ai beaucoup essayé la méthode de traitement des bubons suppurés par le vésicatoires, méthode préconisée, comme chacun sait, par M. Malapert, chirurgien principal des hôpitaux militaires. J'ai vu qu'elle rendait quelquefois de grands services dans des cas de collection purulente même assez abondante, pourvu que la peau ne fût pas très amincie. J'ai appliqué des vésicatoires que j'ai fait panser avec une solution concentrée de sublimé ou de sulfate de cuivre. J'en ai appliqué d'autres sur lesquels on a fait des onctions avec l'onguent mercuriel; enfin, j'en ai appliqué un très grand nombre qui ont été pansés simplement, et j'ai constaté que les pansements n'avaient aucune espèce de valeur sur la résolution. Je crois donc que c'est à la vésication seule qu'est dû ce résultat.

» Mais le vésicatoire ne peut rendre des services que quand on a affaire à un bubon sympathique purement inflammatoire. Quant au bubon symptomatique, ou chancre ganglionaire, on comprend que le vésicatoire doit échouer contre lui. Ce moyen pourra sans doute amener la résolution d'un épanchement purulent dans le tissu cellulaire environnant un ganglion symptomatique; mais si la suppuration existe dans le ganglion lui-même, rien, je pense, ne saurait en amener la résorption. »

M. Chassaignac voit dans tout ce qui a été dit bien des exemples tendant à prouver la réalité du principe formulé par lui. Il convient, du reste, qu'il aurait mieux fait de rassembler un grand nombre d'observations à l'appui de ce principe; et il demande à en lire quelques-unes, en faisant remarquer un point assez important; à savoir, que dans quelques cas un indice certain des inconvénients de l'occlusion, c'est la douleur, comme il l'a constaté dernièrement encore chez un jeune homme auquel il avait ouvert d'abord, et fermé ensuite un abcès axillaire. Or, l'indication précise, en pareil cas, c'est l'élargissement de l'ouverture.

Enfin, M. Chassaignac, sur l'invitation de M. le président, donne lecture des observations qu'il a recueillies, et qui sont au nombre de quatre. En voici le résumé:

Obs. I. — Homme âgé de trente-huit ans, offrant un abcès du volume du poing à la partie inférieure et latérale gauche du cou, survenu quelques mois après la destruction ulcérative d'une partie du voile du palais. Ponction, lavage, puis occlusion de l'ouverture des parois de l'abcès au moyen de sparadrap. Cessation, à partir de ce moment, de toute trace de formation du pus, soit à l'intérieur de l'abcès, soit à la petite plaie de l'incision.

Obs. II. — Femme de soixante-dix ans; abcès considérable occupant toute la partie interne du bras, ouvert une première fois au moyen du scarificateur; pansement avec les cataplasmes, cicatrisation au bout de huit jours des petites plaies du scarificateur. Reproduction de l'abcès; ponction nouvelle avec la lancette; lavage de l'abcès; occlusion. A partir de ce moment, cessation de la formation du pus.

Obs. III. — Jeune homme de vingt-deux ans; deux abcès à la région sous-maxillaire, l'un à droite, très volumineux, l'autre à gauche, moins considérable. Celui de droite, traité le premier par le lavage suivi de l'occlusion, se reproduit dès le lendemain; traité de nouveau et sur-le-champ par les mêmes moyens, il cesse immédiatement de fournir du pus. Ce résultat est obtenu d'emblée, en vingt-quatre heures, sur l'abcès du côté gauche.

Obs. IV. — Homme de trente-huit ans; abcès du volume d'un œuf de poule situé à la partie postérieure et latérale droite du cou; ponction avec la lancette; lavage; occlusion; cessation immédiate de production purulente dans le foyer de l'abcès.

M. Chassaignac, après la lecture de ces observations, reproduit quelques-uns des arguments qu'il a fait valoir, et reconnait que, si son travail n'est pas complet, il suffit du moins, à son sens, pour inviter les chirurgiens à tenter l'occlusion des abcès.

M. Huguier, en écoutant la lecture des quatre observations, a trouvé que les choses ne s'étaient point passées rigoureusement comme M. Chassaignac l'avait avancé. Ainsi, dans le premier cas il y a eu persistance de la suppuration; dans le second, formation d'une fistule; dans le troisième, récidive de l'un des deux abcès sous-maxillaires, et dans le quatrième cas, enfin, suintement de sérosité pendant plusieurs jours.

« N'est-ce pas là, dit M. Huguier, ce que nous voyons tous dans la pratique ordinaire? On devait s'attendre à d'autres résultats, d'après l'annonce qui en avait été faite. Ce travail semble donc insuffisant, et il appelle de nouvelles observations à l'appui du principe que M. Chassaignac voudrait établir. »

M. Larrey fait quelques réflexions, qui s'ajoutent à celles de M. Cullerier, sur le traitement des bubons suppurés.

« J'ai souvent employé, dit-il, et comparé les diverses méthodes du traitement local des bubons dans les hôpitaux militaires, où se trouvent des divisions considérables de maladies syphilitiques. L'application des vésicatoires, selon la méthode de mon honorable collègue M. Malapert, m'a réussi comme résolutif, soit à l'exclusion de tout autre topique, soit conjointement avec divers moyens, mais à condition de ne négliger jamais le traitement général, mercuriel, ou ioduré.

» Il est, ajoute M. Larrey, une autre médication que j'ai essayée avec succès, et qui est habituellement suivie au Gros-Caillou par M. Lecœur (1), chargé de l'une des divisions de vénériens. La thérapeutique de certaines adénites cervicales par les préparations d'iodure de potassium à l'intérieur, à l'extérieur par les frictions avec la pommade d'iodure de plomb, et surtout par la compression, cette thérapeutique se trouve applicable à l'adénite inguinale syphilitique. Il faut dans ce dernier cas exclure les cataplasmes qui favorisent le résultat que l'on veut éviter, c'est-à-dire la sortie de la matière purulente. Si cependant, malgré les précautions prises, le pus se fait jour au dehors, l'indication reste la même, et la peau, quoique perforée dans un ou plusieurs points, semble, d'après M. Lecœur, préservée des décollements par le ressort et par la consistance que lui donnent les frictions iodérées unies à la compression.

» Sans me déclarer, dit M. Larrey en terminant, le partisan de cette médication, j'ai cru devoir l'indiquer ici, comme susceptible de se rattacher aux idées de M. Chassaignac. »

(1) M. Lecœur, chirurgien aide-major, a soutenu en 1846 une très bonne thèse sur l'*emploi de l'iodure de potassium*.

M. Forget trouve que M. Chassaignac lui-même a simplifié la question par ses réponses.

« C'est, a-t-il dit, une invitation de ma part à la Société, afin qu'elle veuille bien examiner les vues que j'ai exposées. » Mais M. Forget fait observer qu'il y a loin de cette simple invitation à une doctrine nouvelle déduite de principes généraux et tendant à se substituer à la thérapeutique suivie de tout temps par les chirurgiens.

Il pense que M. Chassaignac a exagéré les accidents consécutifs à l'ouverture des abcès, lorsqu'on les traite d'après la méthode ordinaire; et ce qui ressort le mieux, selon M. Forget, de cette discussion, c'est la justification des idées de Hunter, qui se trouvent exposées dans le passage suivant :

« Les parois des abcès chauds aigus n'ont pas d'autre enveloppe accidentelle que celle qui leur est fournie par la matière couenneuse infiltrant le tissu cellulaire qu'elle a rendu imperméable; il n'y a point encore de véritable membrane susceptible d'être isolée des parties voisines (1). »

» De pareils abcès, ajoute M. Forget, guérissent avec une grande promptitude, quel que soit le mode de pansement, pourvu que ce pansement favorise la réunion des parois de la poche purulente. C'est par cette absence de membrane pyogénique et par l'existence de l'inflammation adhésive dans les parties environnantes que s'expliquent ces cicatrisations rapides et en quelque sorte immédiates dont plusieurs membres de la Société ont rapporté des exemples. »

M. Chassaignac croit que lorsque des faits sont présentés ils doivent être pris pour ce qu'ils sont en eux-mêmes, et non pas en dehors de leur signification et de leur valeur réelles. Or il soutient que les faits prouvent l'assertion émise par lui au commencement de cette discussion, à savoir : que la guérison des abcès chauds est assimilable à la cicatrisation des plaies récentes, et pour démontrer l'exactitude de cette assertion, il a osé fermer des abcès que tous les chirurgiens recommandent de laisser ouverts.

« M. Maisonneuve, dit M. Chassaignac, a cité des cas de ponctions sous-cutanées d'abcès que l'on a maintenus fermés ensuite. Hé bien! si ces cas-là ne sont pas semblables à ceux que j'ai produits, ne s'ensuit-il pas que fermer un abcès après une ouverture sous-cutanée ne paraît point une témérité aux chirurgiens, tandis que c'en serait une après une ouverture ordinaire? Est-ce là, je le demande, un raisonnement juste, une appréciation logique? »

M. Chassaignac a la conviction que, si sa méthode était appliquée souvent, elle serait avantageuse dans beaucoup de cas. Il résume les principaux points qu'il a développés dans son argumentation, et conclut en faveur du principe d'occlusion pour le traitement des abcès.

Correspondance.

M. Debout demande un congé de trois mois pour rétablir sa santé encore faible. (Accordé.)

MM. Boinet et Demarquay obtiennent aussi un congé pour la durée du concours ouvert au Bureau central.

— M. Bertherand, chirurgien de l'armée d'Afrique, adresse à la Société une brochure sur le *Traitement des fièvres intermittentes en Algérie*.

La Société reçoit le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* (numéro de juin).

Voici l'indication sommaire des articles de chirurgie contenus dans ce numéro :

Emploi topique de l'alun dans l'amygdalite aiguë; par M. Mertens. (Extrait des *Annales de la Société de Médecine d'Anvers.*)

Luxation sus-pubienne du fémur, réduite avec le concours du chloroforme. (Clinique de M. Roux, à l'Hôtel-Dieu.)

De la périostite. Cas particulier de cette affection; amputation de la cuisse; réunion par la suture de M. Rigal (de Gaillac). (Service de M. Jobert (de Lamballe), à l'Hôtel-Dieu.)

Polypes de l'urètre chez les femmes. — Abcès résorbés sous l'influence de la peur. — Indication du traitement antivénérien dans quelques affections de nature douteuse. (Clinique de M. Velpeau, à la Charité.)

Application locale du chloroforme dans l'orchite; par M. Bouillon (de Montpellier). — Maladies simulées par l'hypertrophie de la luette; par M. Hoebeke (de Bruxelles).

Rapport.

M. Larrey fait un rapport verbal sur le *Compte-rendu des travaux de la Société de Médecine de Marseille*, par M. Pierson, secrétaire-général pendant l'année médicale 1848-1849. Voici l'extrait succinct de ce rapport :

Après un discours du docteur Seux, président, sur le *progrès en médecine*, l'exposé de M. Pierson comprend plusieurs faits intéressants de chirurgie, dont nous ne pouvons donner que l'indication :

Une observation de plaie pénétrante de l'articulation de la première phalange du médius, avec division du tendon de l'extenseur par un instrument tranchant. Refus de l'amputation de la part du blessé; réunion immédiate dans l'extension forcée; cicatrisation au quatrième jour, sans ankylose. (Cas analogues cités dans la discussion.)

Un Mémoire sur les fâcheuses conséquences du plombage des dents cariées, ayant pour but de démontrer : 1° que les dents ne sont point des corps inertes; 2° que l'art du dentiste est trop souvent livré aux empiriques.

Un rapport sur un Mémoire de M. Pelascimo, relatif à la *luxation consécutive du genou en dehors et en arrière.*

Une discussion sur les formes d'*hystérie* symptomatique des maladies de l'utérus;

Une observation d'absence du vagin, avec existence d'une matrice dans des conditions anormales de forme et de position. (Aucune opération n'a été faite.)

Un cas d'hydrocèle du volume de la tête d'un enfant traitée par l'injection iodée.

Ensuite une notice nécrologique sur le professeur Serre (de Montpellier), par M. Sicard, secrétaire adjoint, qui a consacré quelques paroles encore à la mémoire des autres membres décédés dans le courant de l'année.

Enfin un rapport médical de M. Dugaz sur la commission des prix.

« Tel est, dit M. Larrey, l'aperçu sommaire des matériaux de ce compte-rendu, qui est fait avec soin et que nous regrettons de n'avoir pu analyser plus longuement. »

» En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société de Chirurgie le dépôt de cette brochure dans les archives, et l'envoi d'une lettre de remercîments à la Société de médecine de Marseille. »

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

(1) Extrait du *Dictionnaire en XXV volumes*, art. Abcès, par A. Bérard.

GUÉRISON DES HÉMORRHOÏDES

par l'emploi de l'huile de lin,

Par le docteur Van Ryn.

Voici une médication aussi simple qu'inoffensive dont M. le docteur Van Ryn assure avoir constaté l'efficacité constante contre les hémorrhoïdes pendant une pratique de près d'un quart de siècle. Cette médication consiste dans l'emploi interne de l'huile de lin récente, administrée, que les hémorrhoïdes soient fluentes ou non, à la dose de deux onces, matin et soir. Sous l'influence de ce seul remède, dit M. Van Ryn, l'amendement des symptômes est ordinairement si rapide, que le traitement dure tout au plus une semaine. Les selles, par suite de l'administration de l'huile de lin, sont souvent un peu augmentées, mais on n'observe jamais ni vomissements, ni autres accidents; c'est à peine si les malades doivent modifier leur régime, à moins qu'une complication quelconque ne fasse surgir des indications spéciales sous ce rapport. La seule recommandation que fait M. Van Ryn, c'est d'éviter l'usage des boissons alcooliques et une alimentation trop stimulante. Aucune complication, du reste, ne contre-indique la médication même.

Si l'efficacité de ce moyen répond à sa simplicité, ce qu'on ne saurait mettre en doute d'après l'assertion du médecin honorable dont nous venons de reproduire la communication, ce serait, pour les médecins des campagnes surtout, une ressource précieuse et qu'on ne saurait trop vulgariser.

(*Annales de Roulers.*)

NOTE

sur le traitement de l'épilepsie par le sumbul,

Par M. Todd.

On ne sait pas trop encore ce que c'est que le sumbul; on ignore même à quelle famille il appartient et dans quelle contrée il croît. Toujours est-il qu'il nous vient par la Russie sous forme de petits morceaux d'un gris jaunâtre, blancs au centre, avec un épiderme mince, exhalant une odeur aromatique.

La réputation du sumbul a commencé, il y a peu d'années, en Allemagne dans le traitement des dysenteries; et plus tard, dans la dernière épidémie de choléra, il a été employé en Russie comme moyen stimulant sans qu'on sache bien à quoi s'en tenir sur son efficacité dans cette affection épidémique. Il paraît que la teinture de sumbul a été employée avec quelque succès, en Angleterre, comme antispasmodique par M. Savory; cette circonstance a engagé M. Todd à en faire usage dans l'épilepsie. Il a donné dix gouttes de teinture de sumbul trois fois par jour. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse rien affirmer; tout ce qu'on peut dire, c'est que les accès paraissent avoir été notablement retardés par cette médication. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces expériences, si elles ne deviennent pas ce que sont devenues tant d'autres expériences du même genre.

(*The Lancet.*)

NOUVELLE MÉTHODE

pour expulser les corps étrangers du larynx.

Par le docteur Hansford.

Le docteur Hansford, dans une lettre adressée au *North-Western Med. and Surg. Journal*, rapporte le cas d'une jeune négresse qui s'était introduit par mégarde une épingle dans la trachée, et présentait tous les symptômes alarmants que détermine l'obstruction des voies aériennes par un corps étranger. On la fit coucher sur un banc, la face tournée en bas, la tête dépassant l'extrémité du banc, et on lui ordonna de faire une large inspiration. Dans cette position, et quand les poumons sont ainsi remplis d'air, un ou deux coups violents appliqués sur le dos avec un coussin rendu ferme et dur par la compression ont pour effet d'expulser immédiatement l'épingle du larynx. Chez cette jeune fille, le premier coup fit avancer l'épingle d'environ un pouce, le second la chassa jusque dans la bouche.

« Depuis ce temps, écrit le docteur Hansford, j'ai eu plusieurs occasions d'essayer cette percussion avec un coussin. J'ai fait rejeter ainsi, dans trois cas différents, des graines de pastèques; dans un autre cas, un grain de blé, et enfin dans un autre une grosse perle de verre. »

La Société de Médecine de Nîmes vient de mettre concours au la question suivante :

« Quel rapport existe-t-il entre le développement des fièvres à types intermittents et l'hypertrophie de la rate? »

« L'affection générale précède-t-elle la maladie locale ou n'en est-elle qu'une manifestation? »

S'appuyer pour la démonstration sur des observations détaillées et précises, avec mensuration numérique de la rate.

Les mémoires devront être envoyés, dans la forme académique, avant le 1er août 1851, à M. le docteur Ebrard, secrétaire de la Société, rue du Chapitre, n° 4, à Nîmes.

Le prix sera de la somme de cent francs.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 4 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 79.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 3 JUILLET 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Décidément, il faudra établir un cours de déclamation à l'usage de ceux qui viennent faire des lectures à l'Académie, dans leur intérêt et dans l'intérêt des journalistes. Les académiciens peuvent ne pas écouter les communications; c'est leur droit, et ils en usent. Non seulement ils n'écoutent pas ce qui se dit à la tribune, mais ils passent leur temps à s'écouter eux-mêmes, ne se faisant pas faute de converser. Pendant la lecture de M. Devilliers fils, l'honorable M. Velpeau avait formé un club (qui l'aurait jamais cru?) dans un coin de l'enceinte, et faisait, tout debout, un discours qui paraissait impressionner vivement ses auditeurs. Quant à nous, qui avons mission d'écouter pour le public, nous sommes obligé d'ouvrir les yeux et les oreilles; et c'est pitié de nous voir, le cou tendu vers la tribune, à l'affût de quelques phrases se détachant du fond sourd et confus d'une lecture monotone et précipitée. Tant pis pour M. Devilliers fils et pour M. Cahen, les deux auteurs de nos infortunes acousiques! Notre ressentiment n'a rien d'ailleurs qui puisse les choquer; car il provient de ce que, vivement intéressé par le peu que nous avons entendu, nous aurions voulu tout entendre. A la vérité, ces messieurs en ont dit bien long, et on peut douter que tout fût de la même qualité. Ce n'est pas ainsi qu'il faut s'y prendre pour exciter et retenir l'attention. On s'effraie à voir se dérouler un si grand nombre de feuillets écrits menu. Il faut glisser rapidement sur les prémisses, et se réserver pour les conclusions. Si vous me promenez longuement dans le dédale d'une argumentation touffue, j'arrive fatigué et rechignant à la fin de la course, et je vois mal ce qu'il importe que je voie le mieux. Dans un feu d'artifice on n'attendrait pas le bouquet s'il fallait passer par deux heures de vulgaires fusées.

Nous avons une autre critique, celle-ci plus sérieuse, à adresser à M. Cahen.

L'auteur de notre dernier feuilleton se congratulait de penser que la France, au rebours de l'Angleterre, est *individualiste*. Il faut de l'individualisme, mais pas trop n'en faut. Ne justifions pas cette apostrophe du moderne Béranger :

> Chacun vit clos dans sa triste alvéole,
> Comptant son or et les grains de son blé.

C'est pour avoir vécu clos dans son alvéole, sans s'occuper de ce qui se passait chez le voisin, que M. Cahen a négligé des faits d'une importance capitale, se rattachant directement, étroitement, à son sujet. En effet, que voulait-il prouver? Trois choses : premièrement, que l'albumine et la fibrine du sang sont une seule et même substance sous deux états moléculaires différents; secondement, que l'augmentation de la fibrine dans l'inflammation est due au changement d'état moléculaire d'une partie de l'albumine, dont la proportion décroît en proportion de l'excès de l'autre principe (Becquerel et Rodier); troisièmement enfin, que l'augmentation de la fibrine aux dépens de l'albumine est due à la diminution de la soude libre du sérum.

Nous sommes loin de vouloir contester les résultats obtenus par notre jeune confrère, qui sait beaucoup, pense bien et écrit avec élégance. Mais sur ce même sujet, des faits récents se sont produits avec quelque éclat, puisque l'Académie des Sciences et la presse médicale en ont retenti. L'honorable M. Flourens, en les communiquant à l'Institut, n'a pas hésité à dire que c'étaient là des faits fondamentaux. Nous voulons parler des expériences de M. Marchal (de Calvi), au moyen desquelles notre collaborateur croit avoir démontré, conformément à une vue théorique de l'illustre Rasori, que l'augmentation de la fibrine dans les inflammations est due à l'élévation fébrile de la température. Voilà des expériences qui prouveraient bien, en effet, que la fibrine n'est autre chose que de l'albumine sous un autre état moléculaire; car quelle est, dans le sang, la substance que l'excès de calorique peut affecter en la rapprochant de la coagulation, si ce n'est l'albumine? Pas plus que nous ne voulons contester les résultats de M. Cahen, nous n'oserions affirmer ceux de M. Marchal. En pareille matière on ne saurait être trop circonspect. Mais M. Cahen devait connaître les faits dont nous venons de parler. Puisqu'ils lui ont échappé, nous les recommandons expressément aux honorables commissaires chargés d'examiner son mémoire, MM. Caventou, Lecanu et Martin-Solon, juges très compétents, comme on voit. Espérons qu'ils ne feront pas attendre leur rapport sur une question aussi importante. Il y a là matière à un beau travail et à une belle discussion.

On verra dans le compte-rendu de la séance que M. Michel Lévy est l'un des commissaires désignés pour rendre compte d'une observation intéressante adressée à l'Académie par M. Chrestien (de Montpellier). D'autre part, M. Danyau fait partie de la commission chargée du rapport sur le travail de M. Devilliers fils. Voilà donc la jeune académie en demeure de se produire. Ce sera *magno cum plausu*. Ces messieurs, pour n'être pas des Castillans, et sans qu'il y paraisse, sont pourtant de la race du Cid. Ils ne tueront pas le père de Chimène, ils ne tuent personne, du moins par le glaive; mais

> Leurs pareils à deux fois ne se font pas connaître,
> Et pour leur coup d'essai *font des rapports* de maître.

La section de chirurgie a arrêté définitivement la liste des candidats à la place vacante dans son sein. M. H. Larrey a été porté le premier à l'unanimité; viennent ensuite MM. Nélaton et Gosselin (*ex æquo*), Morel-Lavallée, Cullerier et Hutin. La chirurgie militaire ouvre et ferme la marche. M. Maisonneuve aura son tour une autre fois. Il n'en est pas du banquet académique comme des autres banquets : quand il y a place pour six il n'y a pas place pour sept.

La nomination de M. H. Larrey est assurée; nous nous en félicitons vivement pour la médecine militaire et pour l'Académie, qui s'adjoindra ainsi un solide et laborieux esprit. Seulement l'honorable chirurgien en chef du Gros-Caillou apprendra à ses dépens ce qu'il en coûte d'avoir du zèle. Ah! monsieur le secrétaire de la Société de Chirurgie, vous rédigez des procès-verbaux substantiels, consciencieux et pleins d'intérêt, qui se carrent effrontément dans nos colonnes, et nous dévorent chaque semaine une place énorme. Ou je me trompe fort, ou l'Académie vous condamnera, pour ce fait, à la place de M. Gibert, quand le moment sera venu, et vous l'aurez bien mérité.

Au moment où nous venons de faire connaître les élus de la section de chirurgie, un nom se présente naturellement à notre esprit; c'est celui d'un homme qui a rendu à la science et à l'art des services signalés; qui a écrit un grand Traité de chirurgie, œuvre classique parvenue en peu de temps à sa seconde édition; qui a créé des méthodes et des procédés opératoires réservés à un durable avenir; qui, sur divers points, a produit des travaux d'un mérite supérieur; qui a été longtemps l'un des chefs brillants de la milice du journalisme. Ce nom, c'est celui de M. Vidal (de Cassis). Déjà notre surprise a été grande de ne pas voir ce lutteur dans le dernier concours de l'Ecole. Elle est grande encore et pénible, en le voyant aujourd'hui absent de l'arène académique. Pourquoi ce renoncement, pourquoi ce volontaire ostracisme d'un homme de savoir et de talent, qui est en même temps un homme d'esprit et de cœur? Faut-il l'attribuer à un de ces chagrins qui atteignent le père de famille, auxquels on ne peut penser sans avoir le cœur serré, dont on n'ose point parler, et que l'on se borne à partager silencieusement? Faut-il l'attribuer à ce sentiment qui force un homme à se replier sur lui-même, en présence de l'oubli de ses droits, de la méconnaissance de sa valeur, et, pour tout dire, en face de l'injustice?

Quoi qu'il en soit, M. Vidal (de Cassis) est un de ces hommes auxquels le renoncement n'est point permis, qui ne peuvent se décliner eux-mêmes, et qui ne doivent manquer à aucune compétition, auxquels il est recommandé de s'imposer. Il a, dans l'École et dans l'Académie, comme dans le journalisme, des amis qui ont un devoir à remplir vis-à-vis de lui; celui de le contraindre à être et à paraître.

PROJET DE LOI

concernant les officiers de santé militaires.

Nous publions, d'après le *Moniteur*, le projet de loi concernant les médecins militaires. Nous donnerons l'exposé des motifs dans le prochain numéro. Le projet, comme on le verra, n'a pas grande signification, et réserve les points les plus importants, puisqu'il se tait su les questions de rang, de solde et de prestation, qu'il abandonne à l'arbitraire de l'administration. I

Art. 1er. Le service de santé de l'armée dans les corps de troupe, hôpitaux et ambulances, est dévolu à des docteurs en médecine et à des maîtres en pharmacie.

Art. 2. Le corps des médecins militaires se compose d'inspecteurs généraux et de quatre classes, savoir :

	5 médecins, inspecteurs généraux;
1re classe.	30 médecins, inspecteurs divisionnaires;
2e classe.	240 médecins d'état-major;
3e classe.	285 médecins de régiment;
4e classe.	530 médecins-adjoints.
Total.	1,090

Art. 3. Les médecins-adjoints sont pris exclusivement parmi les docteurs des Facultés de Médecine, préalablement soumis à des épreuves spéciales.

Ils passent dans la classe des médecins de régiment, deux tiers à l'ancienneté, un tiers au choix.

Art. 4. Les médecins de régiment passent dans la classe des médecins d'état-major, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Art. 5. La promotion aux classes de médecin de régiment et de médecin d'état-major n'aura lieu qu'à la condition de trois années au moins d'ancienneté dans la classe immédiatement inférieure.

Nul ne pourra obtenir le brevet de médecin d'état-major, si son aptitude n'a été constatée par un examen.

Art. 6. Les médecins d'état-major passent inspecteurs divisionnaires, un tiers à l'ancienneté, deux tiers au choix, sous la condition de quatre années au moins d'ancienneté de classe.

Art. 7. Les médecins divisionnaires sont nommés inspecteurs généraux au choix, et sous la condition de trois années au moins d'ancienneté de classe.

Art. 8. Le corps des pharmaciens militaires se divise en trois classes, savoir;

1re classe.	4 pharmaciens inspecteurs;
2e classe.	46 pharmaciens;
3e classe.	60 pharmaciens-adjoints.
Total...	110

Art. 9. Les pharmaciens-adjoints sont pris exclusivement parmi les maîtres en pharmacie.

Ils passent dans la classe des pharmaciens, deux tiers à l'ancienneté, un tiers au choix, sous la condition de quatre ans au moins d'ancienneté.

Art. 10. Les pharmaciens passent inspecteurs au choix, sous la condition de six ans au moins d'ancienneté de classe.

Art. 11. Il est accordé aux médecins et aux pharmaciens militaires des suppléments de traitement progressifs, après cinq ans et après dix ans d'exercice dans la même classe.

Art. 12. Il est compté cinq ans de services, à titre d'études préliminaires, aux docteurs et maîtres admis dans le service de santé militaire.

Art. 13. Les médecins et les pharmaciens, dans leur spécialité respective, prennent rang entre eux, selon la classe à laquelle ils appartiennent, les classes étant subordonnées les unes aux autres, suivant les règles de la discipline militaire.

Un règlement d'administration fixera la solde, le rang et les diverses prestations auxquelles auront droit les médecins et les pharmaciens militaires.

Dispositions transitoires.

Art. 14. Pour l'exécution de la présente loi, les diverses classes de médecins et de pharmaciens militaires seront formées en attribuant successivement les emplois aux officiers de santé actuels, dans l'ordre hiérarchique et individuel déterminé à la date de ce jour par l'*Annuaire militaire*.

Pour la première formation du corps des médecins, et en raison de la fusion des deux services *médecine* et *chirurgie*, le n° 1 des inspecteurs divisionnaires sera affecté au plus ancien des médecins principaux de 1re classe; le n° 2 sera dévolu au plus ancien des chirurgiens principaux de 1re classe, le n° 3 au deuxième médecin de 1re classe, et ainsi de suite, en alternant par grade jusqu'à épuisement du service de la médecine.

Les chirurgiens aides-majors ou sous-aides qui ne sont pas aujourd'hui docteurs recevront des congés de six mois pour acquérir ce grade dans les Facultés. Ceux des pharmaciens aides-majors qui ne sont pas maîtres en pharmacie obtiendront également des congés de six mois pour se faire recevoir maîtres.

Passé ces délais, ceux de ces officiers qui n'auraient pas acquis leurs grades universitaires seront mis en non-activité.

Art. 15. Toutes dispositions contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Velpeau.

Tumeur cancéreuse de la phalange unguéale de l'indicateur ayant débuté par la matrice de l'ongle. — Amputation. — Guérison.

Observation recueillie par M. Dionis, interne des hôpitaux.

L'observation qui suit est remarquable sous plusieurs rapports :

1° Par sa rareté;

2° Par son point de départ ;

3° Par la cause qui lui a donné naissance.

Il est très rare, en effet, d'observer des tumeurs cancéreuses à la main et limitées à une seule phalange. En outre, dans ce cas, la dégénérescence a eu son point de départ évident dans la matrice de l'ongle ; et enfin, il est à noter que l'affection n'est survenue qu'à la suite d'une irritation prolongée, de l'immersion fréquente de la main dans un liquide renfermant de l'acide sulfurique. Peut-être doit-on ranger ce cas dans cette variété de cancer décrite par M. Michon (*Du cancer cutané*, thèse de concours), dans laquelle l'ulcération précède la dégénérescence au lieu de lui succéder.

A. Dujour, agée de soixante et un ans, blanchisseuse, demeurant à Courcy, entre à l'hôpital le 6 mai 1850. Cette femme, couchée au n° 5 de la salle Sainte-Cathérine, est d'un tempérament un peu lymphatique, d'une constitution usée. Il y a un an, elle s'est fendue par accident l'ongle de l'indicateur droit dans toute sa longueur. Depuis ce temps, cette blessure l'a toujours gênée pour travailler, bien qu'elle eût soin de couper l'extrémité libre de l'ongle. Bientôt des végétations ont fait hernie à travers cette fente, qui a été en s'élargissant, ce que la malade attribue à l'action du bleu de Prusse, dont elle fait un usage continuel dans sa profession de blanchisseuse. Plus tard, et depuis plusieurs mois, l'ongle est totalement tombé, et à sa place des fongosités mollasses ont formé une petite masse rougeâtre et saignant au moindre contact; cependant, elle n'empiétait nullement sur la pulpe digitale, qui paraissait très saine. A cette époque, on proposa à la malade de lui pratiquer l'amputation du doigt; elle s'y refusa, mais consentit à se soumettre à la cautérisation; elle ne peut nous dire quel caustique a été employé.

Depuis cette époque (il y a un mois), la partie escharifiée ne paraît nullement avoir été le siége d'un travail d'élimination; et, de plus, la pulpe digitale, qui, au dire de la malade, était absolument comme celle des autres doigts, a été rapidement envahie et la phalange transformée en une sorte de boule charnue. Presque dès l'origine de ce développement de tissus des douleurs lancinantes se sont manifestées de temps à autre.

7 mai. Aujourd'hui, cette tumeur, qui occupe l'extrémité libre de la phalange, ne s'étend pas tout à fait jusqu'à l'articulation de la phalange moyenne avec l'unguéale. Elle a le volume et la forme d'un marron ; sur la face dorsale les tissus sont escharifiés, durs, irréguliers, noirâtres : c'est là que les caustiques ont été récemment appliqués. Cette plaque présente des diamètres doubles environ de ceux de l'ongle; elle se continue par un sillon irrégulièrement sinueux avec ce qui représente la face palmaire.

A la face palmaire, on voit une incision longitudinale, profonde, d'un demi-centimètre environ, qui a été pratiquée il y a quelques jours par un médecin que la malade a consulté; les lèvres en sont régulièrement écartées et laissent voir sur leur coupe un tissu mou, spongieux, comme lardacé et saignant beaucoup depuis l'incision, soit spontanément, soit au moindre attouchement.

Autour de cette incision, la peau est sensiblement blafarde; les tissus spongieux et élastiques donnent l'idée d'une fausse fluctuation. L'état général de la malade est assez satisfaisant; elle déclare n'avoir eu aucun de ses ascendants ou parents collatéraux affecté de cancer.

10 mai. M. Velpeau pratique la désarticulation de la phalange unguéale, et réunit la plaie au moyen d'une bandelette de diachylum. — La tumeur, incisée en différents sens, présente à l'œil nu l'aspect du tissu encéphaloïde, et l'examen microscopique nous permet d'y constater l'existence de la cellule cancéreuse. Au centre, l'os ayant son volume normal, paraît ne pas avoir pris part à la dégénérescence.

26 mai. La plaie s'est cicatrisée régulièrement et sans aucune complication ; la malade sort guérie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Laugier.

Ophthalmie traumatique.

Pouilly (Frédéric), âgé de quarante ans, démolisseur, est d'une constitution robuste, et n'a jamais eu d'ophthalmie ni d'autres maladies graves. Il y a vingt ans, il eut une blennorrhagie et des chancres, mais il n'a jamais éprouvé d'accidents de syphilis constitutionnelle.

Le 24 mai dernier, un éclat de pavé détaché par un vigoureux coup de marteau lui sauta dans l'œil droit. Le malade y porta vivement la main, et fit immédiatement sortir le corps étranger, qui avait la forme d'une aiguille longue, mince et très acérée. Ecoulement de quelques gouttes de sang. Point de douleur vive; mais il sembla au malade qu'il pleuvait des perles bleues devant son œil. L'illusion était si complète, qu'il tendit la main pour les recueillir.

Il continua néanmoins son travail, en se bornant à laver de temps en temps l'œil avec de l'eau fraîche. Ce n'est que le lendemain, 25 mai, qu'il entra à l'hôpital, où il fut couché au n° 1 de la salle St-Gabriel.

On constata alors sur la limite de la cornée et de la sclérotique, juste à l'extrémité interne du diamètre transversal de la cornée, l'existence d'une petite plaie. En ce point, la conjonctive est décollée et soulevée de manière à former un petit lambeau ; le reste de cette membrane est le siége d'une injection générale légère. La cornée est transparente et polie. La pupille se présente avec l'aspect d'une fente triangulaire dont l'angle interne, très allongé, correspond à la solution de continuité; elle est complétement immobile. Derrière elle, on ne découvre aucune trace d'opacité.

Pas de photophobie. La vision est abolie. Douleur gravative de l'œil, sans irradiations. — 15 sangsues à la tempe droite ; compresses imbibées d'eau fraîche; frictions avec l'extrait de belladone.

Les jours suivants, la rougeur de la conjonctive augmente d'intensité; on distingue autour de la cornée un cercle d'un rouge plus vif, mais dans lequel il est impossible de constater la disposition radiée des vaisseaux de la sclérotique.

Le 30 mai, une opacité évidente existe derrière la pupille. Cette opacité se compose d'une bande d'un blanc mat obliquement dirigée en bas et en dedans, et dont le bord supérieur et interne est inégal, festonné. Dans le reste de son étendue, le champ de la pupille est occupé par une autre opacité dont la teinte est moins terne, un peu bleuâtre, et dont l'étendue est au moins double de la première opacité. Cet aspect donne l'idée d'une cataracte partielle de la capsule antérieure superposée à une cataracte lenticulaire.

La couleur de l'iris n'est nullement changée; la pupille est moins allongée que dans les premiers jours qui ont suivi l'accident; son diamètre vertical a augmenté en même temps que l'angle interne de la fente qu'elle figurait a quitté le point correspondant à la perforation de la cornée pour se porter à une certaine distance en dehors de la plaie.

La conjonctive oculaire est fortement injectée, surtout au pourtour de la cornée; le lambeau que formait la muqueuse à l'endroit de la plaie est recollé. La cornée a conservé sa transparence. Il y a photophobie et larmoiement considérables. Le malade éprouve dans l'œil de vives douleurs qui s'irradient autour de l'orbite, dans la tempe et dans toute la moitié droite de la tête. Insomnie; peau chaude; pouls fréquent. — Saignée de 3 palettes, qui donne un caillot glutineux recouvert d'une couenne blanche assez résistante ; 15 sangsues le soir; lotions avec une décoction de pavot et de guimauve; tous les jours 2 pilules de calomel de 5 centigrammes; suppression de l'extrait de belladone, auquel le malade attribue la douleur qu'il éprouve dans l'œil.

Le 1er juin, un peu d'amélioration. — Une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4, la pupille est d'un noir parfait; tout vestige d'opacité a disparu. La flamme d'une bougie forme les trois images qui attestent l'intégrité des milieux de l'œil.

La rougeur de la conjonctive a notablement diminué; mais il existe toujours un cercle carminé autour de la cornée. Même genre de douleurs, qui sont moins vives cependant. Les gencives sont légèrement douloureuses. — Bouteille d'eau de Sedlitz; on continue l'usage des pilules de calomel.

Le 6 juin, s'étant promené au soleil dans les cours de l'hôpital, le malade a ressenti de nouveau des douleurs hémicrâniennes intenses; l'œil est de nouveau très injecté; la photophobie et le larmoiement ont augmenté. — Saignée de 3 palettes, couenneuse; eau de Sedlitz; fumigations avec une décoction de belladone.

Sous l'influence de ces moyens, auxquels on associe l'usage des lunettes bleues pour diminuer la photophobie, l'état du malade s'est amélioré graduellement. Il ne restait plus qu'un peu de rougeur autour de la cornée et une photophobie légère lorsque le malade demanda son *exeat*, le 22 juin. Quant à la vision, elle reste toujours à peu près nulle; le malade distingue seulement le jour de l'ombre.

— Le corps étranger qui a atteint l'œil de ce malade a déterminé :

1° Une commotion de la rétine, attestée au moment même de l'accident par cette sensation subjective de perles colorées que nous avons indiquée, commotion qui a été suivie d'une amaurose à peu près complète :

2° Une perforation de la cornée. De là l'écoulement de l'humeur aqueuse et déformation de l'iris, qui est venu s'appliquer contre la perforation, trop étroite sans doute, pour donner passage à une hernie de cette membrane. L'iris lui-même a été atteint par le corps vulnérant. Ce qui le prouve suffisamment, c'est qu'en l'absence d'une violente inflammation de la conjonctive ou de la cornée qui se serait étendue aux parties profondes de l'œil, on a observé tous les phénomènes de l'iritis, tels que photophobie avec larmoiement, douleur circumorbitaire, hémicrânie, rougeur carminée disposée en cercle autour de la cornée. Ce dernier phénomène est celui qu'on désigne habituellement sous le nom d'*injection radiée*, et dont on place le siége dans les vaisseaux profonds de la conjonctive. Mais quand même l'anatomie aurait démontré la disposition rayonnée et l'absence d'anastomoses de ces vaisseaux profonds, l'examen clinique, fait avec le plus grand soin, soit à l'œil nu, soit à l'aide de la loupe, n'y fait jamais découvrir autre chose qu'une disposition en réseau. M. Laugier, qui a plus d'une fois démontré ce fait à sa clinique, incline à penser que, dans la plupart des cas, cette disposition non radiée tient à ce que l'injection des vaisseaux profonds de la conjonctive est recouverte par celle des vaisseaux superficiels. Or, cette dernière injection, étant réticulaire, ne saurait se combiner avec une injection de vaisseaux parallèles sans que l'apparence qui en résulte soit encore une injection réticulaire.

Un autre signe d'ophthalmie interne observé chez ce malade est la présence de la couenne dans le sang. L'inflammation de la surface de l'œil, quelque intensité qu'on lui suppose, ne donne jamais lieu à ce phénomène.

Chez ce malade, l'extrait de belladone a été mis en usage, contrairement au précepte classique qui proscrit les midriatiques dans les cas de ce genre. Il semblerait, en effet, que ces agents, qui déterminent le relâchement de l'iris et rapprochent l'une de l'autre les deux circonférences de cette membrane, doivent être nuisibles lorsque ce rapprochement existe déjà, comme chez le malade qui nous occupe. Cependant ici, après l'usage de la belladone, l'angle interne de la fente pupillaire s'est promptement éloigné de la plaie de la cornée. On dirait qu'en se déplissant, l'iris a entraîné et dégagé la portion qui était appliquée contre la plaie ou qui y était fixée par des adhérences récentes et faciles à rompre.

Le fait le plus saillant observé chez ce malade est la disparition si rapide (en cinq jours) de l'opacité qui s'était produite dans l'appareil cristallinien. Cette guérison remarquable doit être attribuée, selon toute probabilité, à l'usage du calomel. Le médicament a-t-il agi ici comme dérivatif en produisant une irritation salutaire de la muqueuse buccale? Il est à remarquer qu'à l'époque où la pupille est redevenue complétement transparente, les gencives n'étaient que douloureuses, et que ce malade n'a jamais eu, à proprement parler, de salivation mercurielle.

L'origine traumatique de cette opacité aurait pu faire penser un moment à un mode particulier de disparition de la cataracte ; on aurait pu supposer un abaissement spontané du cristallin; mais cette hypothèse, déjà fort invraisemblable à cause de l'époque tardive de cette disparition, ne pouvait être admise dès qu'on eut constaté la formation dans l'œil des trois images d'une bougie allumée. Quelle que soit, en effet, la valeur séméiotique de ce phénomène, et M. Laugier enseigne et démontre qu'elle est plus grande qu'on ne s'est habitué à penser, il est constant que la présence de l'appareil cristallinien est une condition physique indispensable pour la formation des trois images.

Notons, en terminant, le soulagement ressenti par ce malade à la suite des fumigations de belladone et de l'usage des conserves bleues. Ces moyens, dont M. Laugier ne se servait d'abord que pour combattre la photophobie et le blépharospasme dans l'ophthalmie scrofuleuse, peuvent être appliqués avec avantage dans le traitement de toute ophthalmie où se rencontrent ces symptômes si pénibles et si difficiles à vaincre.

A. Axenfeld, interne du service.

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES

à des engorgements spléniques considérables.

Deux de nos honorables confrères, MM. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg, et Audouard, ancien médecin principal des armées, nous adressent chacun une note intéressante sur la question soulevée par les communications académiques de MM. Grisolle et Marchal (de Calvi).

Voici d'abord la note de M. Forget.

Énorme hypertrophie de la rate, rebelle à tous les moyens, résolue en grande partie par une hématémèse.

Par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

« L'intérêt des observations isolées résulte surtout de ce qu'elles peuvent servir soit à confirmer, soit à contrôler des faits analogues ou dissemblables.

» C'est à ces deux titres que je produis l'observation suivante, laquelle est du genre de celles présentées récemment par MM. Grisolles et Marchal (de Calvi), et constitue la contre-partie de celles mentionnées par M. Piorry dans son *Traité de Médecine pratique*, tome VI, page 150.

» Dans les faits des deux premiers observateurs, il s'agit de rates volumineuses, irréductibles, et d'hémorrhagies, qui sont venues compliquer cet état sans le modifier.

» Dans les faits de M. Piorry, l'astriction ou la réduction de la rate par le sulfate de quinine aurait été la cause des hémorrhagies.

» Dans le mien, il y a rate volumineuse rebelle à tous les remèdes, et qui se résout en grande partie par le fait d'une gastrorrhagie mortelle, la réduction de la rate ayant été manifestement l'effet et non la cause de l'hémorrhagie.

» Ce fait m'a paru de nature à concourir au complément de l'histoire de ces engorgements de la rate tant controversés dans ces derniers temps.

» Un homme de trente-cinq ans, habitant une contrée marécageuse, ce qui ne l'a pas empêché de devenir phthisique, entre à la Clinique de la Faculté en juin 1847. Nous constatons chez lui une tuberculisation pulmonaire au deuxième degré, à marche lente, puis une hypertrophie de la rate, laquelle, faisant saillie à la surface de l'abdomen, constituait une tumeur qui, depuis la sixième côte gauche, s'étendait jusqu'à la marge du bassin. Cette tumeur, facile à circonscrire avec les doigts dans sa portion sous-jacente aux parois abdominales, mesurait environ 30 centimètres dans le sens vertical et transversal; elle était dure, non bosselée, insensible à la pression.

» Cet homme avait eu précédemment plusieurs attaques de fièvres intermittentes, laquelle, cependant, ne s'était pas produite depuis plus d'un an. Divers traitements avaient été employés sans succès.

» Indépendamment des soins réclamés par l'affection de poitrine, nous mîmes en usage tous les moyens propres à résoudre l'hypertrophie de la rate. — Sulfate de quinine à doses variées et longtemps continuées; ventouses scarifiées; onctions mercurielles; iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur; frictions stibiées; emplâtres de ciguë, de Vigo, vésicatoires, calomel, purgatifs, etc., etc.

» La tumeur persistant au même degré malgré tous les moyens, nous pensâmes qu'il pouvait exister autre chose qu'une simple hypertrophie, des tubercules, par exemple, lesquels entretenaient l'état fluxionnaire; et, de guerre lasse, nous nous bornâmes à traiter la phthisie pulmonaire.

» Le 17 août 1849, plus de deux ans après son entrée à l'hôpital, notre malade est pris tout à coup d'évacuations sanguines abondantes, d'abord par le haut, puis par le bas. Le sang rendu par le vomissement reflue en même temps par les narines. Ce sang est pur, mais noir, diffluent, tandis que

celui rendu par les selles est mélangé de fecès, grumelé, notablement altéré. Nous ne pûmes méconnaître une gastrorrhagie, dont une partie du produit passait par les selles.

» Les astringents, les révulsifs, les sédatifs, les réfrigérants, furent vainement mis en usage, et le malade succomba le troisième jour de l'hémorrhagie dans un état très anémique.

» Pendant la durée de ces accidents ultimes, nous avions été frappé de la rapidité avec laquelle la tumeur splénique, jusque-là si rebelle, avait diminué de volume. Le jour de la mort la rate ne dépassait plus les fausses côtes que de 3 à 4 centimètres, et sa consistance était notablement diminuée; si bien que nous nous imaginions que d'une manière quelconque le contenu de la tumeur avait dû passer par l'estomac.

» A la *nécroscopie*, nous trouvâmes d'abord les poumons farcis de tubercules et de cavernes, sans vestige d'hémoptysie.

» A l'ouverture du canal digestif, l'estomac, contenant une certaine quantité de sang pur, nous apparut, après le lavage, exempt d'inflammation et d'ulcération. Sa surface présentait seulement quelques taches de suffusion sanguine brunâtre. Le tube digestif contenait un peu de sang altéré. On y remarquait quelques tubercules sous-muqueux à divers degrés, au voisinage du cœcum.

» La rate, réduite à 15 ou 16 centimètres de longueur et de largeur, était ridée à sa surface, d'une consistance moyenne, et son parenchyme brunâtre, assez friable, n'était remarquable que par de nombreux filaments blanchâtres, fibrenx, formant de larges aréoles résultant probablement de l'hypertrophie de la trame fibreuse normale.

» Ce fait nous paraît remarquable, non pas par la persistance de l'engorgement malgré le sulfate de quinine, ce qui n'est pas rare, non plus que l'absence de fièvre, la rate étant engorgée, mais bien par la coïncidence de la prompte résolution d'un engorgement si chronique avec une abondante hématémèse. Quant à l'absence d'ulcération gastrique, nous en fûmes peu surpris, sachant qu'il existait des faits analogues. Nous laissons aux physiologistes l'interprétation d'un phénomène que nous nous bornons à présenter dans toute sa simplicité. »

Le savant professeur admet que, dans le cas qui vient d'être rapporté, la réduction de la rate *a été manifestement l'effet et non la cause de l'hémorrhagie*. Alors, quelle a été la cause de cet accident? Où trouver l'explication de l'hématémèse? M. Forget ne s'adresse pas cette question. Nous croyons, quant à nous, sans entrer pour le moment dans de plus longues explications, que les engorgements anciens et volumineux de la rate ont pour effet de produire une altération du sang qui favorise l'hémorrhagie. Le retrait préalable de la rate peut avoir lieu ou n'avoir pas lieu, et, quand on l'observe, il peut être regardé comme une cause occasionnelle ou au moins adjuvante de l'hémorrhagie. Telle est la doctrine proposée par M. Marchal (de Calvi). Mais, d'un autre côté, il est dit, dans l'observation de M. Forget, que ce fut *pendant la durée* des accidents ultimes que l'on fut frappé de la rapidité avec laquelle la tumeur splénique diminua. Or, pour être autorisé à dire que le retrait de la rate a suivi et non précédé l'hémorrhagie, c'est immédiatement *avant* les accidents ultimes et non *pendant leur durée* qu'il faudrait avoir pu constater l'état de la rate. Il n'est donc pas certain que, dans cette observation, le retrait de la rate ait été l'effet et non la cause de l'hémorrhagie, et que cette observation « constitue la contre-partie de celle mentionnée par M. Piorry. »

La note de M. Audouard, à laquelle maintenant nous allons donner place, renferme trois faits, dont deux, rapportés seulement d'après les dires des malades, n'offrent pas l'authenticité désirable; le troisième est un cas de gastrorrhagie mortelle consécutive à un engorgement splénique lié luimême à une fièvre intermittente. A part ces faits, la note soulève une question au sujet de laquelle la conviction de l'honorable M. Audouard est absolue. Il ne pense pas qu'un engorgement splénique autre que celui qui est produit par le miasme paludéen puisse donner lieu à la fièvre intermittente. L'espace nous manque aujourd'hui pour examiner cette opinion, qui est une attaque directe contre les doctrines de M. Piorry.

Laissons parler M. Audouard.

Plusieurs cas d'hématémèse consécutive de l'hypertrophie de la rate.

Par M. le docteur Audouard, ancien médecin principal d'armée.

« J'ai lu avec beaucoup d'intérêt (*Gazette des Hôpitaux* du 1er juin) le fait rapporté par M. le docteur Grisolle, sous ce titre: *Hypertrophie énorme de la rate sans aucun symptôme d'intermittence. — Fièvre intermittente légère il y a quinze ans. — Hémorrhagie gastro-intestinale intense. — Mort.* — Ce fait, présenté, à juste titre, comme extraordinaire, a eu déjà ses pareils, et ma pratique m'en a fourni plusieurs que je raconterai plus tard.

» Mais, avant tout, je dirai mon avis sur le titre de cette observation. Il semble donner à entendre qu'il n'y avait pas d'intermittence, quoiqu'il y eût hypertrophie de la rate, ce qui serait en opposition avec ce que j'ai avancé dans divers écrits: *que la fièvre intermittente est la conséquence de l'hypertrophie sanguine de la rate*. Cette dernière idée, que M. Piorry et beaucoup d'autres ont commentée et que je tiens pour très fondée, est justifiée par le fait même que rapporte M. Grisolle; car il y avait eu fièvre intermittente quinze ans auparavant: or il ne serait pas étonnant que l'individu, quoique délivré de la fièvre, eût porté pendant quinze ans un engorgement de la rate qui se serait augmenté par des causes étrangères à l'étiologie des fièvres intermittentes, comme seraient des marches pénibles auxquelles cet homme était astreint, ce qui l'obligea à renoncer à son emploi de garde champêtre. Mais ce qui frappe le plus dans cette observation est l'hémorrhagie gastro-intestinale, qui n'était, à mes yeux, qu'une conséquence de l'engorgement de la rate. Plusieurs faits m'autorisent à émettre cette opinion; je vais les rapporter, me réservant d'analyser ensuite celui dont parle M. Grisolle, fait qui mérite une grande attention, car il est rare.

» En 1800, j'eus occasion de voir au village de Busignargues, département de l'Hérault, la femme Théron, qui était fort bien instruite de son état. J'ai, me disait-elle, une grosse rate qui se remplit de sang (on en sentait en effet le volume); lorsqu'elle sera bien pleine, je vomirai une jatte de sang et je me porterai bien ensuite, sauf à recommencer plus tard. Ceci lui arrivait, depuis plusieurs années, une ou deux fois l'an. Elle était si bien au fait de sa maladie, qu'elle assurait pouvoir annoncer l'hématémèse huit jours avant l'événement. Lorsque je la vis, elle avait quarante ans environ, était d'une constitution maigre et vaquait aux travaux domestiques sans difficulté. Elle habitait un pays à fièvres intermittentes, mais j'ignore si elle avait eu de ces fièvres. J'étais trop jeune médecin pour m'occuper des recherches que j'ai faites plus tard dans d'autres pays.

» En 1808, j'étais médecin en chef de l'hôpital militaire français de Rome, et j'avais noté là, aussi bien qu'à Venise, des faits nombreux d'hypertrophie de la rate dans les fièvres intermittentes. Quelques sujets, qui avaient succombé au second accès de ces fièvres passées à l'état pernicieux, m'offrirent cet engorgement porté à un volume qui était du poids de deux à trois kilogrammes et même plus. Ce volume extraordinaire de la rate arrivé au deuxième accès et causant la mort me porta à penser que le danger de la fièvre venait de l'état pathologique de la rate, ce qui m'éloigna de l'idée si fort accréditée que les engorgements de la rate sont produits par les fièvres intermittentes. Depuis lors, je n'ai cessé d'écrire que ces fièvres sont déterminées par une congestion dans la rate d'un sang saturé de miasmes paludéens. J'ai consigné cette idée dans divers écrits depuis 1808 jusqu'à nos jours et j'y persiste.

» Mais ce fut à l'hôpital de Rome, où j'avais à traiter beaucoup de fièvres intermittentes, que je pus recueillir un fait d'hématémèse lié à ce genre de fièvres. J'avais dans mes salles un militaire atteint d'une fièvre tierce avec hypertrophie de la rate: il était en traitement, lorsqu'il succomba presque subitement après avoir rendu quelques bouchées de sang. J'en fis l'ouverture, et je trouvai son estomac rempli et distendu par un énorme caillot de sang, que j'attribuai à un épanchement de cette humeur venue de la rate, qui en effet était fort diminuée.

» J'ai connu dans la rue que j'habite une femme de soixante ans environ, d'une constitution maigre, qui vaquait facilement à ses fonctions de portière; elle était, comme la femme Théron dont j'ai déjà parlé, sujette à vomir une ou deux fois l'an une pleine cuvette de sang, ce qui la soulageait d'une douleur habituelle qu'elle sentait dans l'hypochondre gauche causée par un gonflement de la rate. Cette personne n'avait pas eu de fièvre intermittente, mais elle s'adonnait au vin.

» Dans le fait rapporté par M. Grisolle, je trouve que la rate, du poids de plus de quatre kilogrammes, était adhérente à toutes les parties environnantes, ce qui indique qu'un travail inflammatoire avait eu lieu dans toute son enveloppe péritonéale, et ce qui a dû gêner la rate dans sa fonction expulsive du sang dont elle est le réservoir, s'il est vrai, comme de bons physiologistes l'assurent et comme je le crois, que son tissu soit de nature érectile. Aussi n'est-il pas étonnant qu'elle se soit remplie dans un temps plus ou moins long, ce qui a empêché l'individu de continuer l'exercice que voulaient ses fonctions de garde champêtre. Mais, de ce qu'il avait une rate volumineuse, on ne doit pas conclure qu'il devait avoir une fièvre intermittente. L'hypertrophie de la rate n'est inséparable de cette fièvre qu'autant qu'elle est causée par un sang saturé de miasmes paludéens, ce que j'ai appelé dans mes écrits un sang *miasmaté*, qui, n'étant plus dans les conditions normales, devient la cause de l'engorgement de la rate. D'autres causes peuvent produire cet engorgement. Ainsi, j'ai eu à traiter à l'hôpital militaire français de Gironne, en Catalogne, un militaire qui avait été à la corvée du bois; il était rentré dans la place portant, comme ses camarades, un fagot sans doute trop pesant pour lui, qui était d'une faible constitution. A la suite de cette course, il eut une forte douleur à l'hypochondre gauche et entra à l'hôpital. La rate était tuméfiée et très douloureuse; il y avait fièvre. Les accidents inflammatoires furent combattus, mais le malade resta faible et souffrant; une petite fièvre continue persista pendant plusieurs mois, au bout desquels je reconnus au côté gauche de la poitrine un empyème, dont je voulus connaître la nature par la ponction dans un espace intercostal, ce qui fournit demi-litre d'un pus semblable à du chocolat à la crème et donnant une odeur d'hydro-sulfure très prononcée. Selon Hippocrate, un pus de cette nature indique un ulcère; aussi je jugeai inutile de tenter d'autre opération. L'individu étant mort, je trouvai que la rate, augmentée de volume, était adhérente au diaphragme, et que dans le lieu de l'adhérence un abcès s'était ouvert et s'était versé dans la poitrine. Un ulcère profond rongeait la rate et fournissait le pus sanieux qui constituait l'empyème. Il n'y avait pas eu de fièvre intermittente, parce que dans ce cas pathologique l'engorgement de la rate n'était pas dû à l'intoxication paludéenne, mais bien à un état inflammatoire caractérisé par la douleur de l'organe, douleur qu'on ne trouve pas dans les cas de fièvre intermittente, si ce n'est pendant l'accès pernicieux qui doit mettre fin aux jours du malade.

» Aussi M. Grisolle a-t-il raison de dire que le sulfate de quinine, donné dans la vue de diminuer le volume de la rate, ne répondit pas à son attente. Depuis longtemps, j'ai expliqué cela en disant que le fébrifuge agit contre l'élément toxique paludéen, dont il dépouille le sang, tandis qu'il ne peut rien contre un état inflammatoire. Je persiste à croire, comme je l'ai écrit assez souvent, que la chaleur de l'atmosphère et l'intoxication miasmatique paludéenne du sang sont les deux conditions qui agissent sur cette humeur pour produire l'engorgement de la rate et le retour des accès. Telle est la théorie que j'ai exposée assez clairement, je crois, dans mon mémoire sur la *périodicité des fièvres intermittentes* qui parut en 1846. »

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juillet 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— La correspondance officielle comprend:

1° Une lettre du ministre du commerce avec envoi d'un rapport de M. le docteur Pagès, médecin inspecteur des eaux minérales de Barèges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1849 (commission des eaux minérales);

2° Lettre du même ministre avec envoi de deux rapports, dans lesquels les officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Barèges ont consigné leurs observations sur les malades au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant la saison de 1848 (même commission);

3° Divers accusés de réception;

4° Une lettre du ministre de l'intérieur qui prévient l'Académie qu'il sera célébré dans la chapelle de l'Institut national des Sourds-Muets, vendredi 5 juillet, un service pour l'anniversaire du décès du docteur Itard (MM. Guéneau de Mussy, Husson, Devilliers, Bousquet et Gaultier de Claubry sont invités à représenter l'Académie à cette cérémonie);

5° Enfin une lettre de M. le ministre de l'instruction publique avec ampliation du décret du président qui approuve l'élection de M. Delafond, faite dans la séance du 4 juin dernier.

Après lecture de cette pièce, M. le président invite M. Delafond à prendre place parmi ses collègues.

— M. Chrestien (de Montpellier) communique une observation de rhumatisme terminé par suppuration. (Commissaires, MM. Martin-Solon et Michel Lévy.)

— M. Duchenne (de Boulogne) adresse un paquet cacheté contenant des recherches électro-physiologiques. (Le paquet est accepté.)

— M. Malgaigne présente de la part de M. Santesson, de Stockholm, un ouvrage écrit en suédois, et relatif à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie de l'articulation de la hanche.

Dysenterie épidémique de Mortagne en 1849.

M. Gérardin lit un rapport sur un mémoire de M. Hullin, docteur en médecine à Mortagne, intitulé: *De la dysenterie épidémique de Mortagne en 1849 et des rapports de cette épidémie avec le choléra qui régnait en même temps aux environs de cette ville.*

Malgré les conditions topographiques favorables où elle se trouve, la ville de Mortagne n'est pas exempte d'épidémies. Relativement à la dysenterie, M. Hullin a observé celle qui a régné épidémiquement en 1832, pendant que le choléra l'épargnait et ravageait les contrées voisines. Le même fait s'est reproduit en 1849. Pendant que le choléra frappait le village de Beaurepaire et la ville de Villiers, Mortagne resta à l'abri de ses coups, mais elle vit reparaître l'épidémie dysentérique.

L'épidémie décrite par M. Hullin s'est présentée avec les caractères les plus graves; et si la mortalité n'a point répondu aux inquiétudes qu'inspirait la maladie, M. Hullin l'attribue au traitement employé. M. Hullin a soigné 104 dysentériques, sur lesquels il en a perdu 5. Des observations qu'il rapporte, il ressort que la dysenterie n'a point été à l'abri de l'influence cholérique. Souvent l'épidémie a présenté une marche insidieuse; elle était fréquemment compliquée d'une affection vermineuse. M. Hullin ne croit pas qu'il existe un traitement unique applicable à tous les cas; aussi, dans cette épidémie, a-t-il modifié sa méthode curative suivant les indications qui se présentaient. Les saignées générales ou locales faites avec modération réprimaient les phénomènes de réaction; l'ipécacuanha donné à doses vomitives diminuait les évacuations alvines, et provoquait une diaphorèse générale qu'entretenait l'action d'une potion calmante. Dès le troisième jour de la maladie, M. Hullin employait les purgatifs légers, qui étaient renouvelés quatre à cinq fois dans le cours de la dysenterie. Dans la deuxième période de la maladie, il prescrivait les bains, les demi-lavements et les calmants. Parmi les préparations opiacées, c'est l'acétate de morphine qui lui a paru calmer le plus promptement les douleurs, mais sans diminuer les évacuations alvines; tandis que le laudanum de Sydenham arrêtait les évacuations et agissait faiblement sur les douleurs. Enfin, dans la troisième période, M. Hullin avait recours aux toniques et aux astringents unis aux opiacés.

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du zèle et du dévouement dont M. Hullin a fait preuve pendant cette épidémie, conclut en proposant à l'Académie:

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. Hullin;

2° De renvoyer son mémoire à la commission des épidémies;

3° Enfin, de signaler à M. le ministre les nombreux et honorables services que M. Hullin a rendus à la science et à l'humanité.

Sur l'observation faite par quelques membres qu'il n'est pas d'usage de recommander l'auteur d'un mémoire à l'attention du ministre, cette dernière conclusion est supprimée et remplacée par celle-ci:

3° Signaler le travail de M. Hullin à M. le ministre.

Les conclusions ainsi modifiées sont adoptées.

Recherches sur la rupture des membranes dans l'accouchement.

M. Devilliers fils lit un travail intitulé: *Recherches statistiques et pratiques sur les phénomènes du travail de l'accouchement considérés au point de vue de la rupture des membranes de l'œuf.*

Ce travail, d'une très grande étendue, est divisé en deux parties; la première est consacrée:

1° A l'examen des faits relatifs à la rupture spontanée et régulière des membranes étudiée dans les accouchements spontanés et à terme, dans les accouchements prématurés et spontanés, dans les accouchements artificiels et laborieux;

2° A l'étude de la rupture spontanée et prématurée des membranes, dans les accouchements spontanés à terme, dans les accouchements prématurés, dans les accouchements laborieux, etc., et à l'étude des causes et du mécanisme de la rupture spontanée des membranes.

La deuxième partie a pour objet l'étude de tout ce qui se rattache à la rupture artificielle des membranes. (Commissaires : MM. Moreau, Villeneuve et Danyau.)

Alcalinité du sérum du sang.

M. Cahen lit un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur l'alcalinité du sérum du sang de l'homme.*

Voici les conclusions que M. Cahen tire des faits et des expériences cités dans son mémoire :

A l'état sain, le sérum circulant tient en dissolution la substance qui se partagera ultérieurement en albumine et en fibrine.

L'albumine et la fibrine peuvent être transformées artificiellement l'une en l'autre.

La fibrine ne peut exister en présence d'un liquide contenant une dissolution étendue de soude à la température de 40°; elle se transformera alors constamment en albumine ou tout au moins restera dissoute.

Dans les maladies inflammatoires, la fibrine du sang est augmentée, l'albumine est diminuée.

L'augmentation de la fibrine est égale à la diminution de l'albumine.

L'addition d'une faible quantité d'une solution de soude rétablit les proportions normales.

Le sérum dans les phlegmasies est moins alcalin qu'à l'état normal.

Et, comme corollaire, l'augmentation de la fibrine dans les phlegmasies est due à la diminution de la soude libre du sérum. (Commissaires : MM. Caventou, Lecanu et Martin-Solon.)

État intellectuel des sourds-muets.

M. Dubois (d'Amiens), au nom de M. Gerdy absent, commence la lecture d'un rapport sur une communication de M. Berthier, sourd-muet, professeur à l'Institut national des sourds-muets de Paris, ayant pour objet l'examen critique des opinions d'Itard sur les facultés intellectuelles des sourds-muets.

Cette lecture, interrompue par l'heure, sera reprise dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 mai 1850. — Présidence de M. Fouquier.

La correspondance comprend :

1° Un travail manuscrit relatif à un cas de néphrite albumineuse compliquée de gravelle, que M. le docteur Bossu adresse à la Société pour obtenir le titre de membre résidant.

2° Une brochure intitulée : *Revue du progrès de l'Algérie.*

— M. Chalu fait un rapport verbal sur le *Bulletin médical du nord de la France*, publié par la Société centrale de médecine du département du Nord pour l'année 1850.

M. le rapporteur propose de voter des remercîments à cette Société scientifique, et de lui demander la continuation de l'envoi de son Bulletin. — Ces conclusions sont adoptées.

— M. Belhomme a présenté à l'Académie de Médecine un instrument qu'il croit devoir soumettre à la Société ; cet instrument est destiné à l'alimentation forcée des aliénés. On sait que les aliénés qui ont des idées fausses ou des idées de suicide se refusent quelquefois à boire ou à manger ; en pareille circonstance, l'homme de l'art ne doit pas rester spectateur impuissant, sous peine de voir se développer chez ces malheureux malades les accidents les plus graves. Les moyens qui ont été conseillés sont : les injonctions bienveillantes, qui réussissent rarement ; l'intimidation. Le malade, maintenu dans une baignoire, reçoit des douches jusqu'à ce qu'il consente à boire ; s'il persiste dans sa résolution, on se sert du biberon et de la sonde œsophagienne. Ce dernier moyen ne réussit pas constamment ; les narines et l'arrière-gorge du malade se refusent quelquefois à l'introduction de l'instrument, et souvent appliqué comme moyen extrême et porté sur des parties déjà enflammées, il ne peut être mis en usage, et les malades succombent assez rapidement.

Dans ces derniers temps, M. Billod, médecin des aliénés de Blois, a inventé une sorte de bouche artificielle qui s'introduit entre les dents sans les tenir écartées, et qui présente une plaque en acier qui s'applique assez imparfaitement sur la langue ; il y a une soupape en avant qui retient les aliments ; mais il faut que le malade veuille bien avaler, car cet instrument ne peut forcer l'aliéné à boire.

Depuis deux ans, M. Belhomme emploie un bâillon en bois qui tient les dents écartées et maintient solidement la langue ; au moyen d'un manche qui se trouve en dehors et à gauche, il pèse sur la base de cet organe et agit ainsi sur la glotte. Si le malade ne veut pas avaler le liquide que l'on verse dans la rainure supérieure du bâillon, on introduit une canule en argent qui arrive jusqu'à la base de la langue, et le liquide du biberon peut être versé sur l'épiglotte et de là dans l'œsophage.

Dans les cas ordinaires, la déglutition se fait lorsque, les dents étant fermées, la base de la langue forme une gouttière dans laquelle les liquides ou les aliments sont maintenus ; alors le bol alimentaire franchit l'arrière-gorge par la contraction volontaire des muscles du pharynx. Dans les cas d'alimentation forcée, les liquides sont portés jusqu'à la base de la langue, et, en pinçant le nez, on force convulsivement le malade à avaler.

M. Belhomme a nourri pendant des mois entiers des aliénés avec cet instrument, auquel il donne le nom de bâillon-biberon. Il cite des faits qui en prouvent l'efficacité. Cet instrument a l'avantage de pouvoir être appliqué avant que des accidents inflammatoires de la gorge et de l'estomac ne viennent compliquer la situation du malade.

M. Foucart fait observer, sans donner cependant sa remarque autrement que comme une vue théorique, que dans l'état normal l'épiglotte couvre l'ouverture supérieure de la trachée artère. Si l'on appuie, comme le veut l'auteur, l'instrument sur la base de la langue et qu'on la déprime théoriquement et en s'en tenant aux notions les plus simples de la mécanique, on fera basculer l'épiglotte, de manière que son bord libre se soulève ; la glotte n'est plus protégée par son opercule naturel, et le liquide doit bien plus facilement s'introduire dans la trachée. Ceci n'est, du reste, qu'une objection rationnelle à laquelle répond peut-être avec succès l'expérience des faits.

M. Belhomme répond qu'il n'a jamais observé l'accident que craint M. Foucart, et on en concevra facilement l'impossibilité, si l'on se rappelle qu'en ce cas c'est la déglutition forcée qui a lieu, laquelle s'accompagne toujours d'un mouvement convulsif qui a pour effet d'appliquer fortement l'épiglotte sur la glotte, et de fermer ainsi l'entrée des voies aériennes à toute espèce de corps liquide ou solide. D'ailleurs, on évitera jusqu'à l'ombre du danger sous ce rapport, en introduisant dans la rainure de l'instrument une sonde courbe qui descend jusque dans l'arrière-gorge, et à travers laquelle les liquides alimentaires sont injectés et portés au delà de l'entrée des voies aériennes.

M. Masson, sans vouloir jeter de la défaveur sur l'instrument de M. Belhomme, pense qu'il a exagéré beaucoup les inconvénients de la sonde œsophagienne. Il a eu occasion de l'employer plus de deux cents fois chez un aliéné qui refusait de prendre toute espèce d'alimentation, et qui par suite dépérissait. C'est en vain qu'on avait employé la camisole de force, qu'on lui avait pincé le nez pour le forcer à avaler des aliments ou des boissons. Alors on introduisit par la bouche une sonde œsophagienne qui parvint facilement dans l'estomac ; le malade fut ainsi nourri pendant plusieurs semaines, et guérit sans qu'on observât la moindre trace d'inflammation du côté de l'œsophage ni de l'estomac. Il reconnaît, du reste, que le bâillon-biberon de M. Belhomme offre un avantage immense en pareille circonstance, surtout si on y joint la sonde courbe et plate.

M. Belhomme ne conteste en aucune façon la possibilité de nourrir les aliénés avec la sonde œsophagienne ; quand elle peut être introduite facilement, il est d'avis qu'on en fasse usage ; mais, pour peu qu'on éprouve de difficulté, il préfère de beaucoup l'emploi de son instrument, qui lui a constamment réussi sans aucune espèce d'inconvénients.

M. Belhomme résume son travail dans les conclusions suivantes :

« 1° Pour éviter le dessèchement et même l'inflammation des premières voies digestives, il est utile de forcer les aliénés à avaler aussitôt qu'ils s'y refusent ;

» 2° Les biberons ordinaires, la sonde œsophagienne, l'appareil de M. Billod peuvent être employés lorsque l'intimidation suffit pour vaincre la résistance du malade ;

» 3° Lorsqu'on éprouvera de la difficulté avec ces premiers moyens, il faudra y renoncer, parce qu'ils présentent un certain danger, surtout la sonde œsophagienne, qui peut augmenter l'inflammation, produire des ulcérations et même la perforation de l'œsophage ;

» 4° Le bâillon-biberon est un moyen simple et inoffensif; il s'applique aussitôt que l'aliéné refuse de manger; il tient les mâchoires écartées, la langue fixe et réussit toujours par dominer la volonté du malade ;

» 5° Ce moyen nouveau aura rendu impossible la réalisation du suicide chez les aliénés qui refusent de manger. »

— M. Tanchou, à l'occasion de la nécessité de nourrir les aliénés de gré ou de force, demande si la Société ne voudrait pas s'occuper des accidents qui accompagnent la privation d'aliments volontaire ou forcée en santé, ou de la diète trop prolongée dans les maladies. M. Tanchou dit que, dans le premier cas, il se développe des symptômes qui peuvent embarrasser le praticien le plus exercé ; et, dans le deuxième, le moment où il convient de commencer l'alimentation est le point le plus délicat et le plus difficile de la thérapeutique. Il rapproche des accidents occasionnés par la privation ceux qui surviennent chez les individus mal nourris ou faisant usage d'une alimentation insuffisante ou insuffisamment réparatrice, en raison de leur travail ou de leur dépense de force. Cette question, eu égard à sa haute importance, est, sur la proposition de M. Fouquier, renvoyée à la prochaine séance.

— M. Serrurier lit deux observations recueillies sur deux dames d'environ cinquante ans qui lui ont offert tous les caractères du choléra sporadique : envie de vomir, vomissements, coliques accompagnées de diarrhées fréquentes avec ténesme, refroidissement de tout le corps; les extrémités tant supérieures qu'inférieures sont violacées, la peau se plisse et reprend difficilement son ressort ; lenteur des battements du cœur, besoin de faire de longues et répétées aspirations et expirations ; dégoût pour tout ce qui n'est pas des boissons chaudes et principalement du thé ; propension au sommeil ; émission des urines rare, mais chaque fois assez copieuse ; la langue, non saburrée, offre sa chaleur diminuée, et une sensation de froid léger se fait sentir aux deux tiers de son étendue. Point de douleur de tête ; les facultés intellectuelles, moins les craintes du choléra, se soutiennent.

Traitement. — « Rassurer les malades, dit M. Serrurier, fut pour moi la première et principale indication ; puis entretenir ou ranimer la chaleur par des frictions ; envelopper les malades dans une couverture de laine fumigée à la poudre de succin ; surexciter la circulation par des sinapismes promenés sur les extrémités inférieures ; couvrir le ventre de cataplasmes laudanisés ; pour boissons, thé chaud aiguisé de temps à autre avec un peu de rhum ; deux grammes de diascordium chaque soir ; pour régime, bouillon de poulet avec infusion de tilleul. Amélioration considérable après quatre jours et guérison complète le huitième jour.

» L'innocuité de l'affection dont j'ai l'honneur de vous entretenir a été telle que je me suis contenté de prescrire aux malades un simple régime diététique : ainsi les adoucissants, les parégoriques ont constitué en général toute ma thérapeutique ; des demi-lavements laudanisés et, le soir, une prise de diascordium. »

Ces deux observations sont suivies de quelques considérations générales sur l'influence des saisons dans la production des maladies et sur les bons effets de la médecine morale dans leur traitement.

Dr G. Picard, *secrétaire annuel.*

EAUX MINÉRALES,

Thermales acidules de Foncaude.

Situé au sud-ouest de Montpellier, dont il n'est séparé que par 3 kilomètres de distance, l'établissement de Foncaude est des plus agréables pendant les chaleurs brûlantes de l'été. Aussi engageons-nous les médecins à y envoyer leurs malades dont la peau et le tube digestif ne fonctionnent pas bien, et qui, par suite de ce dérangement fonctionnel, éprouvent soit des douleurs vagues dans les muscles ou dans les articulations, soit des éruptions dartreuses, soit enfin le cortége si bizarre de ce qu'on appelle, avec plus ou moins de raison, *maladies nerveuses.*

Les malades que nos confrères y enverront trouveront les constructions toutes neuves, entourées de prairies, de bosquets et de belles plantations de mûriers. L'intérieur des logements et la table correspondent à ces dehors agréables, et le médecin-inspecteur qui dirige les malades à Foncaude est d'un mérite au-dessus de nos éloges. D'ailleurs, la proximité de Montpellier, et un service régulier d'omnibus qui y conduisent plusieurs fois par jour, permettent à chaque malade soit d'aller à Montpellier consulter qui ils veulent, soit de faire venir à Foncaude tel autre médecin qu'ils désirent, comme aussi de se procurer les distractions qu'offre la ville de Montpellier, où peuvent même résider les personnes qui n'aiment pas la campagne, ou bien celles qui ont des affaires en ville.

(*Gaz. Méd. de Montpellier.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 6 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 80.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 5 JUILLET 1850.

PROJET DE LOI

portant réorganisation du corps des officiers de santé de l'armée.

(Premier article.)

Et d'abord, ce titre d'officier de santé, ce titre, qui était une première défaveur, une première injustice, une sorte de vernis d'infériorité, va disparaître, emporté par la nouvelle loi. Il n'y aura plus que des *médecins militaires,* secondés par des *pharmaciens militaires.*

Mais, avant d'aller plus loin, avant d'examiner, de discuter le projet, bornons-nous, dans ce premier article, à faire connaître, pour l'intelligence de ce grave sujet, l'état présent des choses, l'organisation actuelle de ce corps si tourmenté, si honoré en paroles, si maltraité en fait, qui rend de si grands services dans une sphère modeste et ingrate, qui en est si peu récompensé, qui perd par les maladies et par les hasards des champs de bataille autant et peut-être plus de ses membres qu'aucun autre corps d'officiers, et qui se trouve jeté dans une crise nouvelle dont on ne peut préciser le caractère, dont on ne peut encore ni tout à fait se louer, ni tout à fait se plaindre.

La question est grave, comme nous venons de le dire, très grave. Les plus grands intérêts, des intérêts multiples, y sont engagés : l'intérêt de l'armée d'abord, c'est-à-dire un des plus chers intérêts du pays; en second lieu, l'intérêt de près de 1,400 officiers; enfin l'intérêt du corps médical tout entier, puisque désormais la médecine militaire se recrutera dans la masse générale des docteurs.

L'ordonnance royale de 1836 a été le sujet des plus vives critiques, et l'auteur de cet article n'a pas été, il doit le confesser, le moins ardent à récriminer contre elle et contre ses auteurs ; mais les années portent avec elles des enseignements et des regrets, mûrissent le jugement, calment les emportements de l'esprit, modèrent les premières impressions, font plus de place à la réflexion, et, en donnant aux faits le temps de se développer, finissent par les montrer sous leur vrai jour, avec leurs inconvénients et leurs avantages. Telle mesure, telle institution qui paraissait radicalement mauvaise ne paraît plus que défectueuse. Et l'on se dit que le bien, dans les choses humaines, ne se fait pas d'une pièce, et ne sort pas d'un jet, comme la déesse.

Sans doute l'ordonnance de 1836 a laissé subsister, quoiqu'en le modifiant avantageusement, un état de choses qui a fini par amener la ruine de l'enseignement, la décapitation scientifique du corps, opération majeure, pratiquée avec une précipitation inconcevable, comme pour prendre un parti qui engageât définitivement l'avenir, comme pour brûler ses vaisseaux. Mais, dans l'ordre des faits administratifs, les difficultés tranchées de cette manière ne sont pas vaincues; elles se reforment bientôt, et ceux qui croient en avoir triomphé les retrouvent sur leur route au bout de peu de temps.

Quoi qu'il en soit, cette ordonnance de 1836, malgré ses imperfections, était néanmoins un progrès, un progrès notable même ; et sous son empire, le corps et le service de santé de l'armée se sont considérablement améliorés. Quiconque a connu ce corps et ce service avant 1836 et les voit aujourd'hui ne saurait le nier sans manquer de raison ou de justice. Si, dans les hautes sphères administratives, les intentions avaient toujours été bonnes; si l'on s'était inspiré de l'amour du bien, de l'intérêt du soldat; si les ministres avaient trouvé à leur portée des avis désintéressés; si les vaines rivalités d'amour-propre avaient été moins âpres, moins tenaces, l'ordonnance eût été insensiblement perfectionnée, et l'on n'aurait pas été forcé d'en venir à un remaniement complet, œuvre difficile, périlleuse; car il en est généralement des institutions comme de la constitution humaine: on court de grands risques à vouloir les refaire en bloc et tout de suite. Si l'on donnait d'un coup tout l'iode ou tout le mercure destinés à régénérer un scrofuleux ou un syphilitique, on en finirait avec le malade et non avec la maladie. Espérons qu'il y aura une exception à la règle.

L'ordonnance de 1841 a fixé comme il suit le cadre du corps des officiers de santé militaires :

127 Médecins;
1,137 Chirurgiens;
113 Pharmaciens.

En tout, 1,377 officiers.

Les trois professions étaient égales en droits, en grades, en honneurs, si tant est qu'il y eût des honneurs. Seulement, dans l'ordre des préséances, les médecins prenaient place à la droite et les pharmaciens à la gauche, les chirurgiens intermédiairement. La loi nouvelle confond dans un même corps, sous une même dénomination, les médecins et les chirurgiens, ce qui est bien ; mais elle fait de la pharmacie un appendice, une verrue, ce qui est mal, ce qui est profondément regrettable. Nous y reviendrons.

Les grades étaient ainsi distribués dans les trois professions :

2 Médecins inspecteurs ;
14 Médecins principaux (deux classes);
66 Médecins ordinaires (deux classes) ;
45 Médecins adjoints.

2 Chirurgiens inspecteurs;
24 Chirurgiens principaux (deux classes) ;
249 Chirurgiens majors (deux classes) ;
402 Chirurgiens aides-majors (deux classes) ;
460 Chirurgiens sous-aides-majors.

1 Pharmacien inspecteur;
10 Pharmaciens principaux (deux classes);
36 Pharmaciens majors (deux classes) ;
66 Pharmaciens aides-majors (deux classes).

La chirurgie et la pharmacie, à partir du grade d'aide-major, se recrutaient parmi les chirurgiens sous-aides-majors, annuellement, par voie de concours, à leur choix. Au commencement de l'année ils faisaient connaître leur vocation, et étaient répartis en conséquence, soit dans les services de médecine et de chirurgie, soit dans le service de la pharmacie.

La médecine se recrutait au concours parmi les chirurgiens aides-majors, au gré des aptitudes et des vocations individuelles.

Le recrutement général du corps avait lieu, sur toute l'étendue du territoire, parmi les jeunes gens de dix-huit à vingt-trois ans munis du diplôme de bachelier, et par voie de concours. Les candidats admis étaient répartis dans les trois hôpitaux d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg, où ils passaient deux ans en seconde puis en première division. Le passage de l'une à l'autre se faisait au concours. Les élèves de première division (seconde année) touchaient une indemnité de 400 francs. Après les deux années de séjour dans les hôpitaux d'instruction, et à la condition, bien entendu, d'avoir satisfait aux épreuves du concours, les élèves étaient dirigés sur l'hôpital de perfectionnement du Val-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes; par le docteur J.-H. BENNET. Traduit de l'anglais par le docteur F. ARAN.

Si dans un grand nombre de circonstances de la vie la nation anglaise est pudibonde jusqu'au ridicule, nous étions bien éloigné de croire que ce travers fût partagé par le corps médical qui, dans la Grande Bretagne comme partout ailleurs, constitue la fraction la plus éclairée sans contredit du corps social considéré dans son ensemble. Et cependant, à quelle autre cause qu'à cette exagération, à cette sensiblerie de la pudeur attribuer, ou le silence de la plupart des auteurs anglais sur les maladies de l'appareil générateur de la femme, ou l'infériorité bien réelle et incontestée de leurs travaux sur ce sujet, comparés avec ceux que depuis trente ans a produits la France? Ce n'est à coup sûr ni manque d'instruction, ni ignorance du point de départ de ces recherches, dans un pays qui chaque année envoie tant de jeunes gens puiser la science à nos écoles, ni enfin manque de sujets dans cette immense cité de Londres, où la prostitution, dans tout le luxe de l'indépendance et de l'impunité, étale effrontément jour et nuit ses oripeaux sur les trottoirs des rues les plus splendides comme dans les ruelles les plus infâmes. Nous le répétons, ce n'est que pudeur absurde et ridicule, et l'on en jugera par la citation suivante d'une note que nous extrayons du livre de M. Bennet. « Le Collége royal des chirurgiens de Londres, dit-il, exige encore aujourd'hui que ceux de ses membres qui se présentent comme candidats pour les places d'examinateurs et de membres du conseil affirment sur l'honneur n'avoir pas donné de soins, depuis cinq ans, à une femme en couches. Les règlements de la plupart des hôpitaux d'Angleterre exigent que les candidats aux places de chirurgiens ne pratiquent pas l'art des accouchements. Le Collége royal des médecins a toujours refusé jusqu'à ces dernières années d'admettre ceux de ses membres qui exerçaient comme accoucheurs aux places et aux dignités intérieures dont il dispose ; enfin dans un document public qui date de ce siècle, le Collége a déclaré l'art des accouchements indigne d'occuper l'attention d'un homme bien élevé. »

Grâce à cette susceptibilité, inqualifiable et impardonnable toutes les fois qu'il s'agit de sciences utiles, l'Angleterre, il y a six ans à peine, en était encore, M. Bennet lui-même nous le dit, au même point que les médecins français avant l'exhumation du spéculum par M. Récamier.

Ce qu'a dû faire l'auteur, écrivant pour un public complétement ignorant, au point de vue pratique, des travaux modernes de l'Ecole de Paris sur la pathologie utérine, ç'a été un ouvrage didactique qui pût servir de guide à ses compatriotes, et fût en même temps le résumé de l'état de la science à Paris et celui des recherches personnelles longues et nombreuses entreprises par lui depuis son établissement à Londres, où il occupe un des postes officiels les plus favorables aux études de cette espèce.

Nous ne saurions trop féliciter M. Bennet d'avoir osé rompre en visière à cet inintelligent préjugé, et de l'avoir vaincu au point d'avoir opéré dans son pays une véritable révolution dans le traitement des affections utérines. Nous l'en féliciterons d'autant plus que, si la France est le pays où l'on a le plus étudié et avec le plus de fruit la pathologie utérine, elle n'en manque pas moins pour cela d'un livre consciencieux et complet qui résume et où se trouvent réunies en faisceau les opinions parfois si diverses des maîtres de la sciences ; si diverses, comme l'a prouvé une récente et célèbre discussion dans le sein de l'Académie de Médecine. Le traducteur distingué de ce livre, M. Aran, aura droit aussi à nos éloges pour avoir enrichi la littérature médicale française d'un travail que, nous devons l'avouer, nous eussions préféré voir être l'œuvre d'un de nos compatriotes. Mais entrons, sans plus tarder, dans l'examen du livre lui-même.

Et d'abord, l'auteur nous pardonnera de critiquer le titre de son livre. Pourquoi ces mots : *de l'inflammation* de l'utérus, au lieu de cet autre énoncé : Traité pratique *des affections* de l'utérus, évidemment plus logique, puisque nous y trouvons un chapitre, entre autres, consacré au cancer de cet organe, un autre aux ulcérations syphilitiques, etc.

L'auteur semble, du reste, avoir prévu cette objection et avoir voulu implicitement y répondre sans la formuler ; car il reproche aux pathologistes, en exceptant toutefois les auteurs français modernes, d'avoir, bien à tort, « considéré l'inflammation de l'utérus hors de l'état puerpéral comme une maladie rare, tandis qu'en réalité l'inflammation est la plus commune de toutes les manifestations morbides de cet organe, aussi bien que de tous les autres organes de l'économie animale. Cette erreur, ajoute l'auteur, a eu des conséquences fâcheuses ; non-seulement elle a conduit à méconnaître entièrement l'existence de l'inflammation, mais encore elle a eu l'inconvénient de faire mal interpréter une foule d'états morbides qui en sont la conséquence naturelle et que l'on a étudiés indépendamment de leur origine, la leucorrhée, la dysménorrhée, la métrorrhagie, le prolapsus partiel, la débilité générale, etc. » Peut-être aussi reprocherons-nous à M. Bennet d'avoir été un peu loin en rattachant à l'inflammation tous ces divers états pathologiques de l'utérus. Plus d'une fois la leucorrhée, la dysménorrhée sont la conséquence d'un état chlorotique tout à fait indépendant et bien éloigné de l'inflammation, soit dans sa cause, soit dans ses manifestations, et nous pensons que l'auteur se trompe quelque peu en affirmant que 19 fois sur 20 ces maladies ne sont que le résultat de l'inflammation du col de l'utérus, et ne réclament d'autre traitement que celui de la maladie primitive à laquelle elles doivent leur origine. Nous avons vu maintes fois ces états disparaître sous l'influence d'un traitement tonique et analeptique, qui avaient singulièrement augmenté d'intensité par suite d'émissions sanguines et de médications antiphlogistiques.

Le livre de M. Bennet se divise en treize chapitres.

Après avoir brièvement rappelé les dispositions anatomiques de l'utérus et de ses annexes, l'auteur entre en matière par la description de la métrite aiguë et chronique (inflammation du *corps* de l'utérus) et par celle de la métrite *interne*, laquelle est l'objet d'un remarquable chapitre. Suivant M. Bennet, cette métrite interne est peu fréquente, et ce serait pour l'avoir confondue avec l'inflammation de la muqueuse du col que plusieurs auteurs l'auraient regardée comme assez commune. Il nous paraît probable que la métrite interne s'accompagne souvent, sinon toujours, de la métrite du col, les sécrétions morbides du fond de l'utérus traversant forcément le col pour être expulsées au dehors ; tandis que la réciproque n'est pas vraie pour la métrite du col, laquelle ne se propage pas d'habitude aux parties profondes de l'organe.

Cette inflammation du col, qui joue un si grand rôle dans la pathologie utérine, a été étudiée avec un soin tout particulier par l'auteur, qui l'a examinée et en elle-même d'abord, et ensuite dans ses rapports avec les appareils de l'économie, dans lesquels elle détermine des troubles sympathiques ou symptomatiques souvent d'une haute importance.

Nous signalons à toute l'attention des praticiens l'article dans lequel il est parlé de l'inflammation et de l'ulcération du col chez

de-Grâce, où, après une troisième année d'études, pendant laquelle ils recevaient une allocation de 600 francs, ils subissaient un nouveau concours dont le premier grade de la hiérarchie, celui de chirurgien sous-aide, était le prix. Les élèves promus étaient distribués dans les hôpitaux de l'intérieur, ou dans les hôpitaux et ambulances de l'Algérie, où ils étaient retenus pendant trois, quatre, six, sept ans, quelquefois plus ; puis ils étaient rappelés au Val-de-Grâce, et là, au terme d'une nouvelle année scolaire, un dernier concours avait lieu parmi eux pour le grade de chirurgien aide-major.

Sur le papier cette organisation est parfaite ; il n'en est pas de même à beaucoup près dans la pratique. Le défaut d'unité dans les études par suite de la répartition des élèves dans trois hôpitaux d'instruction ; le déplacement nécessité par leur passage de ces Ecoles à l'Ecole de perfectionnement ; leur éloignement des foyers d'instruction avant la fin de leur éducation médicale pendant une si longue période, après leur promotion au grade de chirurgien sous-aide ; la présence sur les mêmes bancs de ces sous-aides devenus des hommes, ayant servi, ayant des titres, ayant perdu les habitudes disciplinaires de l'Ecole, avec des jeunes gens, avec des commençants ; toutes ces circonstances, et bien d'autres encore, étaient des inconvénients majeurs contre lesquels, chaque année, sans cesse, les inspecteurs médicaux, les conseils de professeurs, tous les hommes compétents, par les voies réglementaires, quelquefois par la voie de la presse, n'avaient cessé de protester avec force, mais toujours vainement.

Lassés, humiliés de ce régime, aussi contraire au juste sentiment de leur dignité qu'aux notions les plus élémentaires de la discipline, les chirurgiens sous-aides se plaignirent avec une croissante amertume, dans une feuille spéciale dont la publication remonte aux premiers temps qui suivirent la révolution de février. Ce journal qui, rédigé avec mesure, aurait pu rendre de grands services, a fait beaucoup de mal, parce que les sous-aides, au lieu de se borner à la juste critique des vices dont leurs professeurs souffraient pour eux et comme eux, dirigèrent leurs attaques contre leurs professeurs mêmes ; attaques aussi mal fondées que violentes, dont l'administration s'est fait une arme, oubliant que se servir de l'insubordination, après l'avoir tolérée, c'est la favoriser, la provoquer, et que la raison comme la morale publiques doivent s'affliger de voir les dépositaires de l'autorité légitimer par l'exemple les coups qui pourraient l'atteindre. Ce sont ces attaques qui ont fait croire à un état d'hostilité entre les professeurs et les élèves, tandis que les élèves étaient en réalité plus respectueux encore, s'il est possible, et plus laborieux que ceux des précédentes promotions, et que les sous-aides ou même une partie des sous-aides étaient seuls en lutte.

Telle était, sommairement, l'économie du corps des officiers de santé militaires ; telle elle est encore, au moment où un ministre probe et éclairé, très bien intentionné, très sympathique évidemment aux médecins militaires, mais peut-être insuffisamment renseigné sur la question spéciale et par cela même très difficile dont il s'agit, propose une organisation nouvelle, qu'il nous reste maintenant à examiner ; ce qui sera l'objet d'un prochain article.

Nous publions la lettre des délégués des chirurgiens de la garde nationale de Paris au général de division Perrot, commandant en chef, et au ministre de l'intérieur. Que les chirurgiens de la garde nationale en soient venus à craindre pour le mode suivant lequel ils sont nommés, parce que c'est un mode électif, c'est ce que l'on ne voudrait pas croire si on ne le voyait. Mais à quoi ne finira-t-on point par être obligé de croire aujourd'hui ? Nous ne pouvons qu'approuver la lettre des délégués, à part toutefois une légère naïveté. Les délégués avancent que tous les choix faits jusqu'ici d'après le mode en vigueur sont excellents, et eux-mêmes font partie de ces choix. On peut penser ces choses-là de soi-même, et se rencontrer en cela avec l'opinion générale ; mais il vaut mieux les laisser dire aux autres.

Messieurs,

Le corps médical de Paris, ayant approuvé à l'unanimité la demande qui vous a été présentée par MM. les chirurgiens principaux de la garde nationale, a l'honneur de vous adresser les considérations suivantes :

Une des conséquences immédiates des institutions fondées après les événements de février 1848 fut de donner aux médecins un droit qu'ils réclamaient avec instance, celui de nommer par élection les chirurgiens du service actif de la garde nationale, de même que ceux des conseils de recensement et des jurys de révision.

Ce principe de l'élection directe, ils furent promptement appelés à le mettre en pratique, et les résultats de ce mode de nomination présentèrent des avantages incontestables.

MM. les officiers des diverses légions de Paris et les membres du corps médical réunis s'entendirent admirablement et prouvèrent qu'ils pouvaient et savaient faire un judicieux usage de l'élection. En effet, les médecins, mieux que personne, sont à même d'apprécier leurs confrères, de connaître leurs véritables titres et de rendre justice à l'homme qu'une trop grande modestie, unie souvent au talent et au mérite, empêche de se produire et laisse en dehors de toute intrigue. Aussi les choix furent-ils tous excellents, et les élus furent acceptés sans nulle récrimination. L'autorité elle-même sut les approuver dans les services qu'ils rendirent pendant les événements de juin, en décernant à quelques-uns d'entre eux des récompenses dignes de leur zèle, de leur science, de leur dévouement.

Les médecins ont donc prouvé qu'ils avaient, de concert avec MM. les officiers des légions de la garde nationale, usé sagement et avec modération du droit d'élection, et que c'était le seul vrai, l'unique principe qui pût être adopté.

C'est ce même principe de l'élection directe que le corps médical, à Paris, tout entier représenté par des délégués de toutes les sociétés médicales d'arrondissement, par les chirurgiens principaux et par les chirurgiens-majors, vient vous demander de maintenir intégralement. Il ne met pas en doute que ce droit dont il a usé avec tant de sagesse et de sagacité ne lui soit conservé.

Le corps médical s'estimerait heureux si le nombre des chirurgiens du service actif restait dans la même proportion que dans l'état actuel, c'est-à-dire si l'on conservait un chirurgien par compagnie. Au milieu des batailles des rues, il n'y a jamais de secours trop promptement administrés, sans compter l'effet moral que produit un homme de l'art à la tête d'un détachement, quelque minime qu'en soit l'effectif.

Cependant, quelque utilité qu'il y ait à avoir un personnel nombreux et capable de remédier rapidement et efficacement à des blessures d'armes à feu, le corps médical laisse à l'autorité le soin de pourvoir, dans une juste mesure, aux besoins du service, en lui faisant toutefois observer que, dans certains cas, une hémorrhagie, par exemple, occasionnée par la lésion d'une artère, la présence d'un chirurgien peut sauver la vie d'un citoyen utile à la société et dévoué à son pays.

Nous avons l'honneur, etc., etc.

Revue clinique hebdomadaire.

Terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration. — La discussion récemment soulevée devant l'Académie de Médecine relativement au rhumatisme articulaire, à l'occasion du mémoire de M. Dechilly, a donné un nouvel intérêt d'actualité à tout ce qui se rattache à cette maladie, sur laquelle on est encore aujourd'hui si loin d'être d'accord, quant à la nature et au traitement. Aussi croyons-nous devoir donner place dans cette Revue à la lettre suivante, qui nous est adressée par un interne distingué des hôpitaux, M. Ripoll, lequel nous signale un nouveau fait de terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration.

« Je lis dans le numéro du 22 juin 1850 de la *Gazette des Hôpitaux*, dans une leçon sur le rhumatisme articulaire aigu professé à la Pitié par M. Gendrin, que ce praticien dans les autopsies qu'il a pu faire « n'a jamais trouvé la synoviale articulaire notablement » altérée dans son tissu ; que la synovie pouvait être plus abondante » qu'à l'état normal, mais qu'il ne l'a jamais vue présenter l'appa- » rence de sérosité trouble, etc., etc. »

» Le rhumatisme articulaire aigu étant une maladie sur la nature de laquelle on n'est pas encore bien d'accord, et M. Gendrin étant une autorité scientifique dont on ne manquerait pas d'invoquer la longue expérience à l'appui de telle ou telle opinion présente ou future, je crois de mon devoir, dans l'intérêt de la science, de venir au secours de la mémoire de M. Gendrin, cette fois en défaut.

» Que M. Gendrin me permette de lui rappeler que, pendant que j'étais son interne, nous avons fait ensemble le 21 décembre 1849, en présence d'un petit nombre d'élèves, il est vrai, mais enfin devant assez de témoins pour que personne ne puisse dire que c'était en cachette, l'autopsie du nommé Ringard, qui avait succombé au huitième jour du début d'un rhumatisme articulaire aigu, et que nous avons constaté à l'ouverture des articulations les lésions anatomiques que M. Gendrin dit n'avoir jamais observées. Je trouve en effet dans l'observation de ce malade, que j'ai conservée et que je pourrais publier au besoin comme pièce justificative, « que la syno- » viale des deux genoux présentait, surtout dans son pourtour, une » injection très vive visible par transparence à travers la surface li- » bre, palpable par la dissection, et que, en outre, chaque articula- » tion contenait à peu près un demi-verre d'un liquide gluant plu- » tôt que filant ; liquide non plus transparent, mais blanc-jaunâtre, » tirant un peu sur le vert, de consistance laiteuse, contenant en » suspension des grumeaux blancs parfaitement analogues à ceux » que l'on trouve dans les inflammations des séreuses ; les mêmes » phénomènes s'observaient dans l'articulation radio-carpienne » gauche. »

» Tout autre praticien, moins connu des hommes de science, aurait affirmé le fait énoncé par M. Gendrin. Je me serais cru obligé, par respect pour un ancien maître, à ne point publier une observation contradictoire qui pût faire suspecter sa bonne foi ; mais la bonne foi de M. Gendrin étant parfaitement connue de tous ses confrères, j'ai pensé que, loin de condamner la publicité donnée à un fait d'une si grande importance, M. Gendrin ne pouvait que me savoir gré d'avoir réparé un oubli.

A. Ripoll,
interne des hôpitaux. »

Nous croyons d'autant plus de notre devoir de publier ce fait tout récent de rhumatisme articulaire terminé par suppuration, que nous avons eu nous-même occasion d'en observer plusieurs exemples, entre autres celui d'un de nos anciens amis et condisciples, M. Bosmans, élève à l'hôpital de la Charité, et qui succomba en 1839 à un rhumatisme mono-articulaire du genou droit terminé par suppuration.

Enfin on rapprochera ce fait avec intérêt d'un autre cas suivi de mort, et consigné il y a peu de jours dans un recueil médical hebdomadaire par M. Fleury, professeur à l'Ecole préparatoire de Clermont-Ferrand.

Cataracte capsulaire secondaire. Extraction. — Dans notre Revue clinique du 22 juin, nous avons dit quelques mots d'un malade opéré de la cataracte par M. Velpeau, et chez lequel au moment de sa sortie on observait dans le champ de la pupille de petits flocons blanchâtres. Les flocons ou lambeaux, disions-nous d'après le professeur, peuvent être de deux sortes ; ou ils sont constitués par des fragments du crystallin, et il est rare alors qu'ils ne finissent pas par se résorber ; ou ils appartiennent à la capsule crystalline, et alors il est plus que douteux que l'on puisse en obtenir la résorp-

---

les femmes vierges, affections à peine soupçonnées et à peine étudiées jusqu'à présent par les praticiens, en raison sans doute des difficultés que présente l'examen des parties génitales profondes chez les filles non déflorées. On se convaincra, par la lecture de ce chapitre, que cet état pathologique de l'utérus vierge est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, et que son étude est des plus importantes. Plusieurs faits cliniques recueillis par l'auteur et rapportés en détail servent en quelque sorte de pièces justificatives, et complètent la description.

Les chapitres 6, 7, 8 et 9 ont trait aux inflammations utérines dans les cas de grossesse ; pendant et après l'avortement et l'accouchement ; dans un âge avancé, après la ménopause ; enfin, dans les cas de polypes et de corps fibreux. Puis viennent l'inflammation du vagin et de la vulve, qui accompagnent presque toujours les inflammations de l'utérus, la vaginite granuleuse, les abcès de la vulve. Ici l'auteur se livre à l'examen d'une question bien ardue et bien délicate, dont il donne une solution sur la justesse et l'exactitude de laquelle il ne nous est pas possible de tomber d'accord avec lui. Cette question, la voici : Est-il possible de distinguer la vaginite simple de la blennorrhagie chez la femme ?

Il nous semble que l'auteur aurait dû commencer par définir d'abord ce qu'il appelle blennorrhagie chez la femme. Quel est le siége précis qu'il assigne à cette affection ? Est-ce le vagin seulement, l'urètre ou ces deux conduits à la fois ? De l'urétrite, M. Bennet n'en dit qu'un mot, et voici tout ce qu'il dit de la blennorrhagie : Je n'hésite pas à considérer une sécrétion purulente très abondante fournie par la muqueuse vaginale comme un symptôme presque pathognomonique de l'inflammation blennorrhagique. Quelques lignes plus haut, il écrit que l'écoulement n'est ordinairement très abondant que dans les inflammations *syphilitiques* du vagin. A moins que pour l'auteur *syphilitiques* et *vénériennes* ne soient synonymes, on voit qu'il ne se rallie pas aux doctrines de notre savant maître et ami M. Ricord, pour lequel la blennorrhagie n'est jamais syphilitique. Mais quelle solution donne M. Bennet de la question qu'il vient de poser ? « Je regrette, dit-il, de ne pouvoir donner ici le moyen de distinguer l'inflammation simple du vagin de l'inflammation blennorrhagique. Cependant, il existe des différences ; la preuve en est que la vaginite simple ne donne pas lieu à une sécrétion qui puisse déterminer la blennorrhagie chez l'homme, quoique je reconnaisse que cela peut avoir lieu dans certains cas. Les maris des femmes qui ont une vaginite simple n'ont ordinairement pas d'écoulement. Lorsque la maladie existe chez les deux époux, c'est que presque toujours le mari est un homme débauché, hantant mauvaise compagnie, et, le plus souvent, il s'est exposé à la contagion. Les seules différences anatomiques que j'aie pu saisir entre cette vaginite et l'inflammation blennorrhagique, c'est que dans la blennorrhagie le pus est sécrété en très grande quantité ; la membrane muqueuse présente beaucoup de rougeur, de congestion et de gonflement ; l'inflammation s'étend parfois à l'urètre et se montre en général rebelle au traitement. »

En vérité, il nous est impossible d'admettre une distinction fondée sur des caractères aussi incertains, sur une question de plus ou moins d'intensité de l'inflammation, de plus ou moins d'abondance de la suppuration. Nous avons vu des hommes contracter des blennorrhagies pour avoir cohabité avec des femmes ayant un peu de leucorrhée seulement ou étant à l'époque des règles et du reste parfaitement saines. La vaginite, et pour nous, la blennorrhagie n'est autre chose qu'une vaginite compliquée ou non d'urétrite, n'est pas le résultat d'une infection *syphilitique* ; et tout récemment encore nous avons donné des soins à une jeune femme qui s'était donné une vaginite très intense avec écoulement abondant, rougeur, tuméfaction, en un mot la blennorrhagie de M. Bennet, pour s'être fait dans le vagin des injections avec l'eau ammoniacale, dite *sédative*, pour faire cesser des fleurs blanches.

L'auteur nous pardonnera, nous l'espérons, cette critique de quelques-unes de ses opinions. Nous serions désolé qu'il vît autre chose dans cette discussion que la preuve de l'importance que nous reconnaissons à son livre et du soin avec lequel nous l'avons lu dans son entier.

Nous passerons rapidement sur les deux chapitres bien complets, mais dans lesquels nous n'avons rien trouvé d'absolument neuf, consacrés au cancer et aux ulcérations syphilitiques du col de la matrice, pour arriver au traitement, qui n'occupe pas moins d'un quart du volume et où l'auteur apprécie judicieusement les médications diverses conseillées dans les différentes maladies de l'organe gestateur.

Ici encore nous devons signaler une petite contradiction. A l'histoire de la métrite interne, l'auteur rattache celle du catarrhe utérin, puisqu'il donne cette dernière expression comme synonyme de la première. Or il affirme, et avec raison, que la métrite interne est fort rare. D'autre part, la maladie que nous désignons en France sous le nom de catarrhe utérin, et qui est caractérisée par cet écoulement muqueux transparent si connu, est très commune, du moins dans notre pays. N'y a-t-il là que confusion de langage ? Nous le pensons, à vrai dire, car nous trouvons dans l'histoire de la métrite du col celle presque complète du vrai catarrhe utérin, ce désespoir des praticiens. Mais alors n'y a-t-il pas nécessité pour la clarté des descriptions d'effacer du chapitre consacré à la métrite interne ces mots : catarrhe utérin, qui sont loin de s'y trouver à leur place ?

Le livre de M. Bennet devant bientôt, à notre avis, grâce à l'élégante et fidèle traduction de notre confrère et ami le docteur Aran, devenir aussi populaire en France qu'en Angleterre, et, étant appelé dans un prochain avenir aux honneurs d'une seconde édition française, nous signalerons, tant à l'auteur qu'au traducteur, la nécessité d'un chapitre additionnel sous le titre suivant : *Diagnostic différentiel des divers écoulements des organes génitaux de la femme*, et *leurs rapports avec les états pathologiques des diverses parties de l'appareil génital*. Ce chapitre, car nous ne pouvons considérer comme suffisamment explicites sous ce rapport les descriptions des pages 79-80 et 195-196, résumerait utilement en quelques paragraphes le travail entier et faciliterait au praticien des recherches dont il n'est personne qui ne comprenne la haute importance.

Terminons enfin en disant que des gravures sur bois, intercalées dans le texte et délicatement exécutées, reproduisent avec une scrupuleuse fidélité tout ce qui dans ce livre est susceptible de démonstration.

Dr A. Foucart.

Mort de sir Robert Peel.

En ce moment l'Europe entière a retenti de la mort d'un homme illustre, sir Robert Peel. Les journaux de médecine anglais ne peuvent manquer de donner quelques détails sur ce déplorable événement envisagé au point de vue de notre art. Les renseignements fournis par les feuilles politiques sont très insuffisants. On sait que M. Peel, jeté par-dessus la tête de son cheval, est tombé violemment la face contre terre, et que le cheval s'est abattu sur son dos. L'une des clavicules a été brisée en plusieurs pièces. Dans cette position elle ne peut avoir été fracturée qu'indirectement, et il semblerait probable que la colonne vertébrale, rudement et directement atteinte, a été soit fracturée, soit déplacée dans quelques-unes de ses pièces, vers la partie supérieure de la région dorsale, d'où serait résultée ou une forte contusion, ou même une déchirure de la moelle épinière.

tion, si tant est même que cela soit arrivé quelquefois. La persistance de ces lambeaux force fréquemment le chirurgien, lorsqu'ils sont assez considérables pour empêcher le malade de voir suffisamment, à tenter une nouvelle opération d'abaissement ou de broiement.

Depuis que ces lignes ont été écrites, nous avons eu occasion de voir à la clinique de M. Desmarres un cas absolument semblable à celui à propos duquel le professeur de la Charité présentait ces considérations pratiques.

Le 27 juin, une femme se présentait à M. Desmarres, opérée quelques semaines auparavant par un habile chirurgien des hôpitaux, et au milieu de la pupille de laquelle apparaissait bien distinctement un lambeau de plus d'un millimètre de côté, blanc opalin, qui empêchait presque complétement la vision de l'œil opéré. C'était évidemment un lambeau de la capsule. Peu importait la question de savoir si la capsule était opaque au moment de l'opération, ou si ce n'était que consécutivement qu'elle avait perdu sa transparence; toujours est-il qu'il fallait en débarrasser la pupille.

Lorsqu'en pareille circonstance on se contente d'introduire de nouveau dans l'œil une aiguille à cataracte pour abaisser ce lambeau, il arrive très souvent que le lambeau, se comportant à la manière d'une soupape, qu'on nous passe l'expression, glisse derrière l'aiguille, pour reprendre, après qu'elle est passée, la position dans laquelle la maintiennent les adhérences qu'elle a contractées.

Il est donc de toute nécessité d'enlever, pour rétablir la vue complétement, le lambeau qui résiste à l'aiguille. Pendant assez longtemps M. Desmarres se servait, pour extraire ces lambeaux, d'une petite pince extrêmement fine, à l'exemple de plusieurs ophthalmologistes distingués. Les inconvénients qu'il a reconnus à l'emploi de la pinre dans beaucoup de circonstances l'ont engagé à avoir recours à un autre procédé que nous lui avons vu mettre en usage chez la femme dont nous venons de parler. Voici comment il procède :

Il introduit par la sclérotique une aiguille à cataracte, avec laquelle il cherche à abaisser le lambeau, s'il est possible; s'il n'y parvient pas tout d'abord, il retire doucement l'aiguille en agrandissant très légèrement l'ouverture à l'aide du tranchant d'un des côtés, et il lui substitue aussitôt un instrument auquel il donne le nom de *serre-tête*, et dont voici en deux mots la description. Que l'on se figure un tube très fin, dans l'intérieur duquel se meuvent par un ressort deux petites branches en acier dont les extrémités sont susceptibles d'écartement. L'instrument est introduit par la plaie faite au moyen de l'aiguille; pendant et pour son introduction, le doigt de l'opérateur, appuyé sur le ressort, maintient les branches d'acier renfermées dans le tube. L'instrument introduit, le doigt cesse d'appuyer sur le ressort; les branches s'écartent. Le chirurgien les dirige de manière à comprendre entre elles le lambeau; puis, appuyant de nouveau sur le ressort, il pince le lambeau qu'il retire avec l'instrument.

On se figure difficilement, sans l'avoir vu opérer, la rapidité et la sûreté de l'action de la *serre-tête*, l'instrument sans contredit le plus commode pour l'extraction des cataractes capsulaires secondaires.

Double paralysie de la troisième et de la sixième paire. — Le même chirurgien nous a fait voir un malade dont l'affection, extrêmement curieuse, est loin d'être des plus simples.

C'est un homme d'une trentaine d'années qui s'est présenté pour la première fois à la clinique des maladies des yeux le 17 juin dernier. Il avait à gauche une légère conjonctivite, pour laquelle il avait employé d'abord la pommade au précipité rouge, connue sous le nom de pommade de la duchesse de Montebello. De l'emploi de ce composé était résulté un gonflement de la paupière accompagné de rougeur. Au moment où on l'examina pour la première fois, la paupière supérieure se trouvait légèrement abaissée sur la moitié supérieure de la pupille. De l'œil droit, dont il ne se plaignait pas, les mouvements étaient impossibles en dehors; il y avait affaiblissement de la sixième paire.

M. Desmarres pensa, dès lors, qu'il pouvait exister à gauche un commencement de paralysie de la troisième paire qui fournit des rameaux au muscle releveur de la paupière. Il remarqua que les mouvements étaient limités, que la pupille était plus dilatée qu'à l'état normal.

Le 21 juin, le gonflement de la paupière n'avait pas diminué, ses mouvements étaient toujours limités, et il y avait un peu de mydriase. Quelques questions adressées sur les antécédents firent reconnaître une cause spécifique; les accidents du côté de l'œil s'accompagnaient de bourdonnements d'oreilles, de maux de tête, d'étourdissements. On prescrivit une saignée de 400 grammes, de l'eau de Sedlitz, des lotions froides; enfin, voyant, malgré cette médication énergique, les deux séries de phénomènes nerveux persister, M. Desmarres fit faire des frictions avec l'onguent napolitain sur les tempes, et prescrivit des pilules de 3 centigrammes de proto-iodure de mercure et de thridace. Cette médication fut suivie d'une amélioration bien sensible. Le 26 juin, les phénomènes de paralysie de la paupière gauche avaient augmenté, ainsi que ceux que l'on avait constatés du côté du globe oculaire. En résumé, il y avait paralysie de la sixième paire à droite, de la troisième paire à gauche, et, en outre, un commencement de paralysie de la sixième paire aussi du côté gauche. De plus, le malade présentait un commencement d'érysipèle de la face.

De cet ensemble de phénomènes, M. Desmarres fut porté à conclure que l'on n'avait pas affaire, chez ce malade, à une affection purement locale ou à une affection rhumatismale, mais bien plutôt à une altération cérébrale, et ce qui le confirma dans cette opinion, ce fut l'examen du reste du corps. En effet, il y avait faiblesse beaucoup plus grande d'un des côtés du corps; la marche était assez difficile, et nous avons pu constater nous-même que, lorsque le sujet voulait tourner sur lui-même en marchant un peu vite, il lui arrivait souvent de manquer de tomber. Pour M. Desmarres, il y a probablement un point du cerveau qui est le siége d'un ramollissement.

Quelques-uns des assistants paraissaient d'avis d'appliquer un séton à la nuque. M. Desmarres ne partage point cette opinion, au moins pour le moment, parce qu'il pense qu'il y a là maintenant un état de congestion encore trop aigu. Presque toujours, lorsque l'on applique un séton à la nuque, le sujet, pendant quelques jours au moins, est pris de maux de tête, et offre des symptômes qui accusent un mouvement congestionnel vers l'encéphale; à plus forte raison déterminerait-on un travail pareil dans le cerveau d'un sujet qui présente des phénomènes de congestion idiopathique. Le traitement sera donc d'abord antiphlogistique et déplétif chez ce malade, sur lequel nous reviendrons.

Arthritis et tumeur blanche des vertèbres cervicales. — Sous le nom de *luxation spontanée* de l'atlas et de l'axis et de tumeur blanche atloïdo-axoïdienne les auteurs n'ont décrit que l'arthrite des deux premières vertèbres cervicales. Pour celle des autres vertèbres de cette région, il faut s'en tenir à ce qu'ils ont dit de la maladie de Pott en général en faisant application à cette région de la description de la maladie dans tout le reste de l'étendue de l'axe vertébral.

Nous venons d'observer dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, un homme affecté de tumeur blanche des vertèbres cervicales et dont voici l'histoire; les détails nous ont été obligeamment communiqués par M. Ripoll, interne du service.

Le malade dont il s'agit est un jeune homme de dix-sept ans, cordonnier, entré à la salle Saint-Côme le 19 juin 1850, né d'un père phthisique et d'une mère bien portante. Il a eu un frère qui a succombé à l'âge de neuf ans à la cachexie scrofuleuse; lui-même est d'un tempérament lymphatique, délicat.

En novembre 1848, à la suite d'un travail plus fatigant et plus prolongé que d'habitude, il éprouva de vives douleurs à la partie postérieure du cou. Malgré la suspension de son travail, les douleurs persistèrent, et en même temps apparut une tumeur dans la région douloureuse, tumeur qui en trois semaines acquit le volume d'un œuf de pigeon. A ce moment, inclinaison permanente de la tête à droite. M. Blandin, consulté, fit appliquer deux cautères profonds, un de chaque côté, et le renvoya à son travail. Peu de temps après, un des cautères le gênant pour son travail, le malade le supprima. Le second a été entretenu jusqu'à il y a deux mois.

A cette époque, chute dans un escalier, dans laquelle le sourcil droit porta violemment sur le sol, et perte de connaissance pendant quelques minutes.

Un médecin, consulté pour des étourdissements que ressentit le malade, fit appliquer des sangsues à l'anus; il examina la tumeur, et jugeant, d'après ce que lui avait appris le malade, qu'il y avait une amélioration considérable, il conseilla de supprimer le dernier cautère, qu'il regardait comme désormais inutile. A ce moment, en effet, la tumeur avait disparu; il n'y avait plus de douleur dans le cou, la tête avait repris sa direction normale; elle affectait seulement une position notablement fléchie sur la poitrine d'une manière permanente, et ces mouvements de rotation et d'inclinaison latérale étaient très bornés.

Huit jours après la suppression du cautère, nouvelle apparition des douleurs du cou, se propageant jusqu'à la région lombaire de la colonne vertébrale et de la tumeur. Les doigts de la main droite tendaient à conserver la position fléchie dans la paume de la main, et le malade ne se servait qu'avec peine de ses instruments de travail. Puis la jambe se prit, au point que le malade la traînait en marchant. Depuis lors, augmentation des phénomènes de paralysie dans les deux membres du côté droit, flexion plus forte de la tête, impossibilité du travail.

Le 19 juin, le sujet entre à la salle Saint-Côme; toutes les fonctions s'exécutent bien; il se plaint de douleurs du cou s'irradiant jusqu'aux lombes. La tête est fortement fléchie sur la poitrine. On peut à peine passer le doigt entre le menton et le sternum. La tête est un peu inclinée sur l'épaule gauche et la face tournée à droite. Les mouvements de rotation et de flexion sont conservés seulement de gauche à droite à partir de la position habituelle et très limités. La colonne cervicale paraît très allongée, est fortement convexe en arrière, de telle sorte que la septième cervicale, au lieu d'être proéminente, se trouve dans un enfoncement très prononcé résultant de la réunion de la portion cervicale avec la dorsale. A partir de la cinquième cervicale, en remontant, on ne sent plus les apophyses épineuses isolées, mais seulement une tumeur assez régulièrement arrondie, plus saillante à droite qu'à gauche, s'étendant d'un côté à l'autre à peu près jusqu'au niveau des bords postérieurs des sterno-mastoïdiens, remontant à droite jusqu'à l'occipital, dure, homogène, peu douloureuse à la pression et faisant corps avec la colonne vertébrale. La pression du doigt ne détermine de douleur sur aucun point de la colonne vertébrale.

Le bras droit est pendant le long du corps, l'avant-bras fléchi, les doigts recroquevillés dans la paume de la main. Les mouvements de l'épaule et du bras sont très bornés, la force et la sensibilité fort diminuées. Pas d'atrophie du membre. Mêmes phénomènes du côté du membre inférieur droit. Le sujet marche en chancelant et jette la jambe droite en fauchant.

Le 22, M. Jobert fait appliquer dix cautères avec la pâte de Vienne sur les côtés de la tumeur.

La longueur de cette observation nous force à remettre à notre prochaine Revue quelques réflexions dont nous eussions voulu accompagner ce fait. Aussi bien pourrons-nous le mettre en regard d'un autre fait assez analogue que nous avons observé ce matin, dans un autre hôpital, chez une femme atteinte d'une carie du corps des sixième et septième vertèbres cervicales. Les faits de ce genre, sans être très rares, méritent cependant d'être signalés aux observateurs, car ils ne sont pas non plus excessivement communs.

Z...

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Quatrième article. — *Voir* le nº du 29 juin.)

Traitement. — La curation des affections rhumatismales, si on voulait l'étudier dans la manière de procéder de la plupart des médecins de l'Ecole de Paris, conduirait à de tristes réflexions.

En parcourant presque toutes les cliniques, on les voit traiter les malades de diverses manières, et si on demande pourquoi on les traite par des saignées, par exemple, ou des diurétiques ou des purgatifs, on répondra que c'est l'*expérience* qui a démontré l'efficacité de ces moyens.

C'est triste chose qu'une semblable pratique; c'est chose plus triste encore quand on voit qu'en appliquant ces diverses médications, on s'en sert sans calculer les diverses périodes du rhumatisme; bien heureux le malade si on ne prend pas des douleurs d'une autre nature pour des douleurs rhumatismales. Si vous ouvrez la plupart des livres que vous avez entre les mains, vous voyez le traitement du rhumatisme ainsi établi : par la saignée, M. un tel a guéri tant de malades, M. un tel en a guéri tant; pour les purgatifs, M. un tel en donne, M. un tel n'en donne pas; et avec tout cela, vous n'êtes guère plus avancé.

Le rhumatisme est une maladie qui fournit par elle-même les bases positives d'un traitement rationnel. C'est une maladie par laquelle il s'est établi dans l'organisme un état inflammatoire à la suite duquel des inflammations locales se promènent; c'est donc d'abord un état général contre lequel il faut diriger la médication rationnelle.

En premier lieu, comme dans toutes les maladies dans lesquelles les phénomènes généraux se produisent d'abord, on a un principe morbigène répandu dans l'économie. L'organisme est assez puissant pour épuiser les effets de la cause de la maladie, mais dans un temps plus ou moins long; il les épuise, mais en conservant dans l'économie des prédispositions plus ou moins marquées pour les récidives : c'est pour ces raisons que certains auteurs se bornaient à la méthode expectante. C'était la méthode de Pinel, celle que Sydenham adopta en second lieu, celle de Baillou, etc. C'était la méthode rationnelle fondée sur ce que l'organisme se débarrasse de la cause morbigène qui s'est introduite en lui.

N'allez pas croire que cette méthode expectante consiste à se croiser les bras, à laisser marcher la maladie et à ne pas s'enquérir des phénomènes et des accidents qui peuvent survenir. L'expectation est une méthode active à un certain degré; c'est une méthode par laquelle on s'applique à tempérer les accidents qui se présentent, dans laquelle on laisse agir l'organisme, mais dans laquelle on aide l'organisme pour conduire la maladie à solution définitive. Ces divers modes de traitement vont, du reste, être examinés tout à l'heure.

Mais certainement, si l'on possédait des moyens de traitemant par lesquels on pût enlever la maladie tout d'un coup, c'est-à-dire soustraire l'organisme à l'impression plus ou moins prolongée de la cause morbigène, et enrayer les accidents qui se développent, il est évident qu'on épargnerait à l'organisme plus de la moitié du chemin qu'il doit parcourir pour mener la maladie à bonne fin. Telle est la base des méthodes perturbatrices qui existent pour les affections rhumatismales comme pour les autres maladies. C'est au point de vue de ces deux méthodes, la méthode expectante avec une certaine activité appropriée aux accidents à combattre, et la méthode perturbatrice, que nous allons rallier les principaux moyens de traitement préconisés par les différents auteurs.

Les médecins, frappés de la grande puissance réactionnelle de l'organisme manifestée par l'état fébrile intense qui se pévеloppe, se sont laissés aller facilement à appliquer les saignées dans le traitement des affections rhumatismales aiguës, et même avec assez peu de modération. Ainsi, James préconisa les saignées pratiquées itérativement deux ou trois fois par jour. Ce mode de médication a été soutenu par Schmidt, qui ne tirait pas moins de trois livres anglaises de sang; cela équivaut à deux livres et demie de France, ou à peu près trois saignées ordinaires, telles qu'on les pratique à Paris. James prétendait que par la méthode spoliative on réduisait l'intensité des douleurs rhumatismales et des accidents qui s'y rattachent, et que l'organisme, se chargeant du reste, ramène l'équilibre des fonctions. C'est donc une méthode expectante avec aide de la part du médecin pour favoriser la marche de la maladie. Il imitait Sydenham, qui pratiquait des saignées réitérées dans les deux ou trois premiers jours, médication dont il se repentit par la suite, comme on peut le voir dans la lettre adressée à Rob-Brady. Il s'en repentit à cause de la longueur des convalescences que cette méthode occasionnait. Mais Smidth, esprit plus décidé, pour ne pas dire plus téméraire, appliquait la méthode spoliative comme perturbatrice, et voulait faire avorter les affections rhumatismales; aussi tire-t-il jusqu'à sept ou huit livres de sang en deux ou trois jours. Heureusement il eut peu d'imitateurs; et si un homme comme Sydenham a reconnu que la marche du rhumatisme ne pouvait s'accomplir que quand l'organisme trouvait en lui des forces suffisantes pour le conduire à bonne fin, on ne doit évidemment pas penser que c'est avec des saignées qui jettent le malade dans la débilité qu'on peut favoriser l'action de l'organisme, et on ne peut attendre de bons résultats de cette médication. Il ne s'est guère trouvé en France qu'un extravagant, nommé Huffroy, qui ait persisté dans cette méthode; Barthez a eu la bonté de s'occuper de lui et de nous transmettre son nom, qui sans cela ne serait probablement pas arrivé jusqu'à nous.

Il est évident que les saignées ne peuvent produire d'aussi bons résultats que ces auteurs ont bien voulu le dire, et il faut se tenir en deçà de cette méthode pour permettre au malade d'accomplir les accidents critiques par lesquels il doit passer pour revenir à son état physiologique primitif. Il faut prendre un juste milieu entre eux et ceux qui ne voulaient pas qu'on l'appliquât du tout, comme Brown, et plus tard

Scudamore, qui croyaient que la méthode spoliative conduirait nécessairement le malade au rhumatisme chronique. Mais si le malade est vigoureux, pléthorique, s'il est sous l'influence de conditions devant favoriser le mouvement fluxionnaire, le rhumatisme pourra déterminer des phlogoses consécutives, des congestions, et se terminer difficilement chez ce sujet disposé aux états angéioténiques. Il faut donc avoir recours aux saignées dans de justes limites, mais jamais pour enrayer la maladie; car elles ne peuvent enlever la cause déterminante qui agit sur l'organisme.

Ce que nous disons des émissions sanguines, nous le dirons de l'application d'autres médications enlevant à l'organisme une certaine somme de forces, comme celle des purgatifs, par exemple, faite par Barthe, et surtout par Cullen. Ces purgatifs, quand il y a dérangement dans les fonctions digestives, trouvent une application réelle. Malheureusement pour cette méthode, le dérangement des fonctions digestives est l'épiphénomène le plus rare de la maladie rhumatismale, qui présente d'ordinaire un état d'intégrité complète du tube digestif; il y a tout au plus absence d'appétit, à cause de la fièvre intense qui domine le malade.

Cullen les a préconisés comme pour empêcher la marche de la maladie; mais ils ne sont bons que dans certains rhumatismes chroniques, et à la fin des rhumatismes aigus, pour favoriser les évacuations critiques; mais, de l'avis même de Cullen, pendant l'état angéioténique, les purgatifs ne produisent pas ce résultat; il faut donc faire rentrer cette application thérapeutique dans la méthode expectante.

L'usage interne des boissons abondantes, qui n'ont d'action que par l'eau qu'elles contiennent, la diète au bouillon, l'état de repos, bien forcé d'ailleurs par les douleurs que provoque le moindre mouvement, toutes les conditions hygiéniques en général rentrent dans la médication expectante, qui, bien comprise, conduit à guérir bon nombre de maladies rhumatismales; mais, par cette méthode, elles se terminent toujours en un temps assez long. Il faut qu'elles soient bien légères pour arriver à guérison en deux septenaires; le plus souvent, elles durent cinq ou six semaines pour les rhumatismes aigus, et deux ou trois mois pour les rhumatismes chroniques. Ensuite, les résultats de cette méthode expectante seront plus ou moins bons, selon que le sujet sera jeune ou vieux, épuisé ou non par des causes antérieures. Cette médication expectante est celle qui est le plus généralement appliquée par les médecins raisonnables après qu'ils se sont désabusés des données que l'on professe si souvent.

Cependant, il existe pour la traitement des affections rhumatismales des moyens qui rentrent dans la médication active, et qui sont des adjuvants de la méthode expectante, ce sont les moyens qui forment la méthode perturbatrice.

La méthode perturbatrice la plus simple est la méthode dite de Pringle, prise ensuite et modifiée par Stoll. Elle se fonde sur ce que la maladie inflammatoire perd de son intensité sur les points où elle se localise à mesure qu'elle marche; de sorte que, si on arrivait très vite à opérer ce résultat, c'est-à-dire à lui faire parcourir très rapidement toutes ses périodes, on pourrait enrayer la maladie. Pringle mettait des sangsues sur les articulations atteintes ou sur le trajet des apouévroses; la douleur locale diminuait et le lendemain se transportait ailleurs sur un autre point, et pendant ce temps on faisait la médication expectante: Stoll, sitôt après qu'on avait obtenu une modification dans la douleur locale, appliquait des vésicatoires pour remplacer les sangsues, et par ces moyens on arrive à diminuer considérablement la longueur des rhumatismes. Nous attachons donc à cette méthode une importance réelle; nous l'avons employée bien des fois; elle n'offre pas d'inconvénients si on l'applique dans de justes mesures, et elle présente un avantage réel dans les cas où les affections rhumatismales menacent de faire subsister des lésions inflammatoires chroniques: il faut prévoir la permanence possible de ces lésions inflammatoires chroniques, et c'est par l'application des vésicatoires qu'on atteindra ce but. Ainsi, dans les cas où la lésion locale tend à persister, l'application de la méthode de Pringle et surtout de Stoll est très bonne à employer et débarrasse les malades, pourvu que pendant ce temps on fasse un traitement rationnel expectant.

Après ce traitement perturbateur des affections rhumatismales dont je viens de parler, il en est un autre connu sous le nom de traitement de Fordice ou d'Haigarth. Il repose sur l'efficacité de la médication connue pour atteindre la diathèse rhumatismale, médication qui s'accomplit par l'usage du quinquina à haute dose et cela, d'après leurs observations, dans l'espace d'un septenaire à un septenaire et demi. En appliquant ce traitement aux rhumatismes chroniques, ils croyaient lui rendre la forme aiguë, et combattre alors la diathèse et le principe de la maladie. Mais cette opinion est tout hypothétique, rien ne prouve qu'il y ait un principe rhumatismal et que le quinquina agisse sur ce principe; mais le quinquina, par son action sédative, est propre à enrayer les accidents de l'état général. Sans associer le rhumatisme articulaire aux fièvres intermittentes, nous ne pouvons pas ne pas voir qu'il présente des mouvements fluxionnaires ou congestionnels comme certaines fièvres intermittentes et cela sous l'influence d'un état général, et il est certain que l'action déprimante du quinquina agit sur cet état général.

C'est cette méthode qu'on a fait revivre depuis en administrant le sulfate de quinine. Elle a des inconvénients, et autrefois elle en avait de plus grands encore; car il fallait administrer le quinquina en poudre jusqu'à la dose de trois onces; on ingérait alors dans l'estomac des principes toniques en grande quantité, et on déterminait des dyspepsies qui ajoutaient encore du malaise à l'état du malade.

Depuis la découverte du sulfate de quinine, il est certain qu'on en obtient de bons effets; mais le principe stupéfiant, la quinine, a une action énergique qu'il faut porter à un certain degré pour produire des résultats, et on peut empoisonner les malades. Nous avons vu, pour notre part, des empoisonnements survenus par l'administration de ce médicament.

Il y a eu, à cet égard, des enseignements qui, heureusement, n'existent plus pour l'honneur de la médecine de Paris, et qui ont nié les accidents que produit le sulfate de quinine. On ne peut guère l'administrer au-dessus de deux grammes à deux grammes et demi; et, si on dépasse cette dose, on perdra des malades dans un état de stupeur qui ne laissera pas de doutes. Avec de la prudence, on pourra appliquer cette méthode de traitement; mais comme il faut toujours aller à un point qui est près du danger, si on peut en trouver un qui offre moins d'inconvénients, on fera mieux de l'adopter. S'il s'agit de jeunes sujets dont le système nerveux est irritable à un haut degré, ce médicament pourra les jeter dans une débilité du système nerveux qui produira un état chlorotique, et cet épiphénomène pourra durer très longtemps.

Une autre méthode est celle qu'employait Cheyne en Angleterre, et qui consistait dans l'administration d'un mélange par parties égales d'éther sulfurique et d'essence de térébenthine dans du miel, et à la dose de 2, 3 ou 4 grammes en un jour. Souvent la susceptibilité des voies digestives oppose un obstacle réel à ce mode de traitement. Il produit un état de surexcitation qui peut devenir dangereux, et les malades s'y soumettent difficilement à cause du mauvais goût, de la chaleur qu'il donne à l'estomac, et des superpurgations qu'il peut occasionner. Quoi qu'il en soit, il produit de bons résultats; cependant on ne peut l'employer dans les rhumatismes chroniques, car on ne pourrait le continuer longtemps, la répugnance qu'inspire cette substance et l'irritation du tube digestif qu'elle détermine font qu'elle est bientôt abandonnée.

Parmi les méthodes perturbatrices, il faut mentionner la médication par les préparations de colchique employées dans le traitement de la goutte, et qui ont aussi pour inconvénient de surexciter le malade et de produire des superpurgations. Cette méthode, du reste, rentre dans celle de Cullen, qui employait la scammonée, le jalap, etc. Quoi qu'il en soit, elle semble par les superpurgations et les diaphorèses auxquelles elle donne lieu produire de bons résultats; cependant ces résultats ne sont pas assez prouvés par des observations authentiques.

Nous avons l'habitude de traiter les rhumatismes articulaires aigus presque exclusivement par une médication perturbatrice déprimante qui enraie l'état fébrile et le développement des états inflammatoires locaux secondaires. Cette méthode n'est pas nouvelle, c'est celle qui a été préconisée par Brocklesby (1764): elle consiste dans l'administration à l'intérieur du nitrate de potasse, qui, porté à une certaine dose, diminue très rapidement et très évidemment l'intensité des accidents de l'affection rhumatismale aiguë, fait cesser les accidents généraux et les accidents aigus localisés sur les différents points de l'économie.

Brocklesby allait jusqu'à la dose de deux onces anglaises, qui excèdent un peu les onces françaises; mais, en se tenant dans la limite de 30 à 40 grammes, on obtient de bons résultats, pourvu qu'on délaie ce nitrate de potasse dans une grande quantité de liquide. Il faut de la prudence dans son administration, car il présente des inconvénients. Donné dans un temps très court, c'est un poison violent; mais dans presque tous les cas, on verra que les malades ne sont morts que parce qu'ils l'ont pris dans une petite quantité de liquide. Il est sans inconvénients si on l'étend beaucoup. Parmi tous les cas que nous avons eu à traiter par cette méthode, il ne nous est arrivé qu'un accident, et c'est à Cochin chez une femme qui avait bu coup sur coup ses deux pots de tisane.

Il faut tenir compte de la susceptibilité du sujet. Nous avons vu des malades qui, avec vingt ou vingt-cinq grammes, étaient jetés dans des états de subdélirium continu et dans la stupéfaction, ce qui n'empêchait pas l'action du médicament sur l'affection rhumatismale. Dans ces cas, il faut diminuer la dose. Heureusement que l'action du remède sur la maladie est en raison directe de son action comme substance vénéneuse. Par l'administration du nitrate de potasse, même en ayant négligé les saignées indiquées, on obtient la résolution de la maladie rhumatismale; mais il faut avoir soin de le continuer; car en cessant aussitôt la disparition des premiers accidents, au bout de cinq à six jours, elle reparaîtrait, moins intense sans doute, mais toujours avec son allure spéciale; et quand elle fléchit, c'est d'abord l'état fébrile qui décroît, puis successivement les lésions locales.

Si l'on veut réfléchir sur ces médications, on verra à les appliquer selon les sujets; mais on aura à traiter des maladies rhumatismales chroniques; là, s'appliquera la curation des dernières périodes du rhumatisme articulaire aigu. Il y a un traitement qui se rattache à la méthode de Stoll, et qui consiste à poursuivre les lésions locales avec des vésicatoires volants, et d'habitude on les fait disparaître.

(*La suite à un prochain numéro*).

HOPITAL BEAUJON. — M. LEGROUX.

Névrose du cœur, palpitations, fièvre, éruption urticaire.

La malade couchée au n° 331 de la salle Sainte-Monique, âgée de trente-quatre ans, maigre, pâle, mal réglée et d'un tempérament très nerveux, est sujette à des névroses de la matrice et du cœur, palpitations, douleurs utérines dans les régions rénales. Elle est couturière, se nourrit mal et est logée dans une mansarde fraîchement tapissée.

Elle fut alors subitement atteinte de fièvre avec éruptions cutanées urticaires le 13 juin dernier.

Cette femme entra à l'hôpital Beaujon le 17 du même mois.

A la visite, on reconnut à la peau du visage, des oreilles, du cou, de la poitrine et des membres des plaques d'un rouge ardent avec gonflement et démangeaison insupportable. Elles étaient suivies d'agitation et de soif très intense.

Langue rouge, envie de vomir, palpitations.

Le stéthoscope, appliqué au-dessus de la clavicule, fit reconnaître un bruissement avec sifflement considérable et extraordinaire dans l'artère sous-clavière.

Prescriptions: Grands bains, eau de groseilles avec le sirop d'asperges, diète, seulement potages.

Le lendemain, même état, même prescription.

Le 21, disparition de l'éruption urticaire, cessation de la fièvre, plus de palpitations, plus de douleurs utérines.

Le 22, guérison.

Sortie de l'hôpital.

NOUVELLES.

La Société de Médecine de Toulouse propose, pour sujet du prix de 300 francs à décerner en 1851, la question suivante:

« Des convulsions survenant pendant le travail d'un accouchement à terme, quels sont les indications à remplir et les moyens à employer? »

Et pour le prix de 300 fr. à décerner en 1852, les questions suivantes:

« 1° De l'influence des remèdes secrets sur la médecine et la pharmacie, au double point de vue scientifique et professionnel;

» 2° Des remèdes dits spéciaux, considérés au même point de vue;

» 3° De la jurisprudence française en matière de remèdes secrets spéciaux. »

— Voici quel a été le mouvement de la population de la ville de Paris en 1848:

Le nombre des naissances a été de 32,091; celui des décès, de 30,088. Excédant des naissances sur les décès, 2,803.

Parmi les naissances, on compte 16,923 garçons et 15,968 filles; 22,068 de ces enfants sont nés en mariage, et 10,823 hors mariage. Parmi ces derniers, 1,963 ont été reconnus au moment de leur naissance, et 2,326 reconnus ou légitimés postérieurement.

Les décès comprennent 15,822 personnes du sexe masculin, et 14,266 du sexe féminin. 18,031 décès ont eu lieu à domicile; 10,165 aux hôpitaux civils; 1,174 aux hôpitaux militaires; 152 dans les prisons. 564 décédés ont été déposés à la Morgue.

Dans les décès à domicile, le nombre des femmes dépasse celui des hommes: 9,279 femmes contre 8,753 hommes.

Dans les hôpitaux civils, le nombre des décès masculins est au contraire plus élevé que celui des décès féminins: 5,272 hommes contre 4,893 femmes.

Parmi les 564 cadavres déposés à la Morgue, on ne compte que 51 femmes contre 513 hommes.

En 1848, on a célébré à Paris 8,796 mariage, savoir: entre garçons et filles, 7,295; entre garçons et veuves, 460; entre veufs et filles, 799; entre veufs et veuves, 242.

— Le pourvoi du docteur Webster a été rejeté par la cour suprême de Boston; le condamné n'a plus d'espoir que dans la clémence du gouvernement.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 9 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 81.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 8 JUILLET 1850.

Le feuilleton a des droits superbes ; il peut s'amuser de tout, à la condition d'amuser en s'amusant. Il ne s'en est pas gêné à propos de la cautérisation auriculaire dans le traitement de la sciatique. Nous qui habitons le premier, nous sommes tenu à plus de réserve, à plus de respect pour les faits que le semillant confrère du rez-de-chaussée.

Nous avons inséré des observations de la pratique de M. Malgaigne, qui témoignent en faveur de la méthode thérapeutique préconisée par M. Lucciana, auquel on doit savoir gré de sa résolution, car il lui en a fallu. Mais ce n'est pas assez de ce retour implicite. Nous voulons revenir expressément sur la question, sans l'approfondir aujourd'hui, dans tous les développements auxquels elle se prête, et nous le voulons parce qu'elle intéresse vivement la science et la pratique, parce qu'il est urgent de la soumettre à une plus grande expérimentation. Les résultats obtenus par un homme tel que M. Malgaigne sont un puissant encouragement dont on serait malavisé de ne point tenir compte.

L'auteur de cet article n'a pas eu de peine à se souvenir de faits nombreux dont il fut témoin dans son pays natal, la Corse, faits sans valeur et sans portée, à raison du caractère de l'observateur, qui n'était alors qu'un enfant, mais qui s'accordent de tout point avec les merveilleuses révélations du docteur Lucciana.

Merveilleuses, sans doute, mais seulement en apparence; car les faits dont il s'agit sont explicables *à priori*, et trouvent leurs analogues dans l'ordre des faits pathologiques. On peut dès à présent essayer d'en donner la théorie.

N'est-il pas vrai que l'un des phénomènes les plus frappants, les plus communs des névropathies consiste dans la propagation du principe morbide d'une branche à une autre branche de la même paire de nerfs, d'une paire à une autre paire, d'un rameau nerveux au centre cérébro-spinal ou au grand sympathique? Ne voit-on pas une contusion, une division, soit du nerf sus-orbitaire, soit du nerf sous-orbitaire, donner lieu à l'amaurose? Ne voit-on pas l'irritation des nerfs du conduit auditif externe par un corps étranger, produire la salivation! Ne voit-on pas la névralgie de la cinquième paire amener la paralysie de la troisième, et par suite la blépharoptose et le strabisme externe? A-t-on oublié ce cas célèbre de Pouteau, publié dans ses œuvres posthumes, et dans lequel une névralgie traumatique des nerfs sus-auriculaires, se propageant aux centres nerveux, et particulièrement à l'axe cérébro-spinal, donnait lieu à toutes sortes d'accidents, à des convulsions violentes de tout le corps, puis à la paralysie des membres et du tronc, le cou et la tête restant seuls libres, au mutisme, à la dysphagie, lesquels accidents cédèrent à la section des rameaux nerveux affectés, pratiquée empiriquement par le chirurgien de Lyon; opération répétée avec le même succès par l'honorable et habile M. Bégin, dans deux cas analogues? Et dans l'hystérie, comment expliquer, sinon par la propagation de l'action morbide, ces névropathies multiples qui éclatent simultanément dans le système nerveux de la vie organique et dans celui de la vie de relation, comme la flamme se communique à toutes les pièces dans un feu d'artifice, suivant l'ingénieuse et saisissante comparaison de M. Cerise? Et l'*aura epileptica?* Et le tétanos, dans nombre de cas?

Si la répercussion de l'action nerveuse est un phénomène si commun, si évident à l'état morbide, pourquoi n'aurait-elle pas lieu dans l'ordre des faits thérapeutiques? Qu'y aurait-il là d'étonnant et d'impossible? Telle est la théorie que l'on peut dès à présent proposer, en attendant les faits, sur lesquels rien ne prévaut, sans lesquels rien ne demeure. M.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

Anasarque avec ascite et double hydrothorax consécutive à la scarlatine. — Gomme-gutte à haute dose.

Un jeune militaire de vingt-quatre ans, Valtré, du 59e régiment de ligne, ayant deux ans de présence sous les drapeaux, d'une constitution moyenne, était apporté le 7 mars à l'hôpital du Val-de-Grâce, pour une scarlatine en pleine éruption depuis la veille. Nous pûmes constater à la visite du soir une amygdalite double, moyennement intense, sans exsudation plastique, du larmoiement, du coriza, une fièvre modérée, une éruption répandue sur toute la surface du corps, et paraissant dans les conditions les plus favorables pour son heureuse évolution. — Expectation ; tisane chaude.

Le lendemain matin, disparition brusque de l'éruption sur tout le tronc et les membres supérieurs pour se concentrer aux extrémités inférieures, où elle n'existe que sous forme de plaques larges et violacées. Le malade est dans la stupeur, après avoir déliré la nuit; la langue est rouge et ligneuse ; le pouls, développé la veille, très concentré, et bat 110; environ 120 grammes d'urine rouge, sédimenteuse. Filtrée et soumise à l'ébullition, elle ne donne aucun précipité albumineux; même résultat par l'acide azotique.

Des sinapismes aux extrémités, des frictions sur le tronc avec l'huile de croton tiglium, ne peuvent parvenir à rappeler l'éruption. Une saignée du bras de 300 grammes et une application de 20 sangsues aux jugulaires sont dirigées le soir contre les congestions internes.

Le 9, la somnolence est dissipée; le pouls est à 85; la peau n'offre plus de trace d'éruption; la langue est humectée, couverte d'un enduit muqueux grisâtre; les urines, un peu moins rares que la veille (un verre, 200 grammes), ne fournissent aucun sédiment et se rapprochent de l'état normal pour la coloration. L'analyse ne laisse entrevoir aucun flocon albumineux. — Purgatif salin.

Le 10, pâleur générale de la peau, bouffissure de la face; infiltration péri-malléolaire.

Du 10 au 13, l'infiltration gagne le tronc. Il y a anasarque avec collection d'une certaine quantité de liquide dans la cavité du péritoine. Les urines, dont la quantité n'a pas dépassé 220 grammes dans les vingt-quatre heures, sont citrines, acides, et non albumineuses. — Quatre ventouses scarifiées sur les reins, quoiqu'il n'y ait aucune douleur. Purgation saline répétée; tisane de chiendent.

Jusqu'au 16, l'infiltration a fait de rapides progrès. La collection péritonéale s'est accrue, et un double épanchement thoracique est constaté par une matité absolue de la moitié inférieure droite du thorax et du tiers inférieur gauche avec absence d'expansion vésiculaire.

Du 16 au 1er mai, usage de la digitale à l'intérieur; frictions mercurielles sur le ventre jusqu'à salivation; deux cautères à la région des reins; eau de Sedlitz tous les trois jours. Pas d'amélioration; stomatite mercurielle avec sphacèle du rebord droit de la langue et de la portion correspondante de la joue et des gencives. Les urines ont été analysées tous les jours et n'ont jamais présenté de traces d'albumine. Leur quantité dans les vingt-quatre heures ne s'est jamais élevée au-dessus de 300 grammes, et elles n'ont plus perdu leur limpidité. Le malade est tourmenté par une soif ardente ; il ne peut boire sans rejeter presque aussitôt les boissons.

Du 3 au 26 avril, usage de la gomme-gutte à l'intérieur.

Voici les doses auxquelles elle a été administrée, avec les dates et les circonstances détaillées qui les ont suivies.

Le 3, 30 centigrammes; deux vomissements, trois selles, avec coliques assez fortes.

Le 4, au matin, 160 grammes environ d'urine rouge sanglante, sans sédiment, donnant à l'analyse un ample précipité albumineux rosé. — 40 centigrammes de gomme-gutte; deux vomissements; pas de selle.

Le 5, urines colorées comme la veille, encore plus albumineuses, sans être plus abondantes.

Le 6, gomme-gutte, 60 centigrammes, ni selle, ni vomissement.

Le 7 et le 8, même état des urines. — Lavement purgatif.

Le 8, trois selles.

Le 9, gomme-gutte, 50 centigrammes, ni selle, ni vomissement.

Le 10, gomme-gutte, 50 centigrammes, une selle.

Le 11, gomme-gutte, 60 centigrammes; quatre selles semi-liquides; un vomissement.

Le 12, urines toujours sanguinolentes, plus abondantes

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mise en accusation de M. le docteur Auzias-Turenne, professeur à l'Ecole pratique.

A Monsieur le rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher confrère,

Je suis outré, indigné, révolté; et il faut que vous me laissiez dire son fait à M. Auzias-Turenne, propagateur de la syphilis parmi les bêtes. J'ai hésité longtemps entre la rigueur et la clémence; mais *j'entends une voix qui me crie* (comme dans plusieurs opéras), et je n'y puis résister, parce que c'est la voix de l'innocence. Pauvres bêtes! Ce n'était pas assez des maladies et infirmités qui peuvent les accabler, sans compter les coups de fouet, les coups de bâton, les coups de pied et autres misères. Il devait se trouver un médecin assez dénaturé, assez barbare, pour penser à leur donner des droits à la sollicitude éclairée de M. Ricord! Vous n'avez donc pas été vacciné, M. Auzias-Turenne! Si vous l'avez été, comment la reconnaissance n'a-t-elle pas arrêté votre main? Eh quoi! ce sont les bêtes qui vous ont préservé de la petite vérole, et, pour prix d'un si grand service, vous leur inoculez l'autre! Vous êtes un ingrat! Réfléchissez un peu. Quand un homme gagne cet affreux mal, c'est qu'il l'a bien voulu. Il paye un plaisir. Vous, quel plaisir donnez-vous en échange du mal que vous faites? Tout est douleur avec vous : le procédé d'inoculation et les suites de l'inoculation. Puis on s'effraie en songeant aux conséquences de votre cruauté! Qui voudra désormais garder un chien dans sa maison? A la vérité, c'est surtout au singe que vous vous en prenez, c'est-à-dire au plus pervers, au plus libertin des animaux, au seul d'entre eux qui imite l'homme dans une de ses pratiques les plus dégradantes. C'est là une circonstance atténuante, j'en conviens; mais elle ne suffit pas pour vous sauver de la vindicte publique.

Excusez-moi, mon cher rédacteur, d'avoir commencé cette lettre par une apostrophe à l'adresse d'un autre que vous (Dieu merci!). Je rentre en moi-même pour vous communiquer un projet de plainte à M. le procureur de la République. Il en coûte d'appeler les foudres de la loi sur un confrère, surtout quand on n'est pas de sa nature un pourvoyeur d'accusation. Mais il faut savoir, le cas échéant, faire violence à son caractère, et livrer un coupable pour affranchir d'une déplorable solidarité tout un corps d'hommes honorables, comme au temps de la domination turque, la tribu arabe se résignait à remettre aux gens du dey un membre de la grande famille pour échapper tout entière à la dévastation et au carnage.

Voici le projet de plainte :

« Monsieur le procureur de la République, M. le général de » Grammont, cher aux chiens et aux chats, aux solipèdes en parti- » culier et aux bêtes en général, vient de faire passer une loi qui » édicte des peines sévères contre les individus de notre espèce » coupables d'injustes sévices à l'égard des autres animaux. Peut- » être l'honorable zoophile ne serait-il pas aussi tendre, aussi pré- » voyant, s'il s'agissait de certains bipèdes auxquels on se plaît à » reconnaître une couleur foncée qui jusqu'à ce jour avait été re- » gardée comme l'attribut exclusif de quelques peuples de l'Améri- » que. Mais ce n'est pas mon affaire. La loi est votée; il faut qu'elle » soit exécutée. J'ai donc l'honneur d'appeler votre attention sur un » fait dont on chercherait vainement l'analogue pour l'horreur qu'il » doit inspirer, en remontant la chaîne des temps, depuis M. Cl. » Bernard qui a découvert, en sacrifiant force chiens et force lapins, » que le foie est un fabricant de sucre autogène, jusqu'à Galien qui » s'ingéra d'empêcher les cochons d'exprimer leurs opinions et leurs » sentiments en leur coupant les nerfs laryngés inférieurs.

» L'auteur de ce fait monstrueux est un jeune médecin plein de » mérite, il faut l'avouer, et qui jusqu'à ces derniers temps avait » donné l'exemple des mœurs les plus douces. Il n'en est que plus » coupable, la perversité n'étant pas chez lui naturelle et la férocité » irrésistible. Vous pourrez vous renseigner à l'hôpital du Midi, où » l'attentat a été commis itérativement au grand jour de la publicité » syphiliographique, la plus retentissante des publicités et non la » moins amusante, car le seigneur du lieu, qui a trempé son esprit » dans l'eau de Jouvence, procède suivant l'adage *utile dulci*. » Quant à moi, je n'ai pas la force d'entrer dans les détails, et je » n'ai plus qu'une remarque à ajouter sur l'application de la peine. » Comme le crime est d'une nature toute particulière, exception- » nelle, spécial aussi et exceptionnel doit être le châtiment. Je pense » qu'il serait assez convenable de condamner le délinquant à l'ino- » culation de la rage ou de la morve, en lui laissant le choix, et en » ayant bien soin de le surveiller jusqu'à la production des accidents » généraux. Encore un mot : le coupable ne manquera pas de faire » valoir que jusqu'à ce jour la syphilis avait été regardée comme » particulière à l'espèce humaine, non transmissible aux animaux, et » qu'il fallait, vaille que vaille, détruire cette erreur; qu'il n'a été » inspiré que par l'amour de la science et de la vérité, etc., etc. » De telles considérations ne sauraient prévaloir contre la justice et » l'humanité.

» Oui, Monsieur, contre l'humanité, car un homme n'est pas seu- » lement inhumain quand il s'attaque à ses semblables. M. de Gram- » mont l'a dit : un particulier qui fait du chagrin aux bêtes, sans motif » valable, ne peut être ni bon garde national, ni bon père, ni même » bon époux. Ce sont les propres expressions de cet homme de » guerre, dont la zoophilie est d'autant plus touchante que les » mœurs du soldat et les sanglantes habitudes du champ de bataille » sembleraient exclure une si grande sensibilité. Au reste ce n'est » pas à un homme de votre caractère et de votre talent qu'il faut » apprendre ce qu'un procureur peut trouver dans le fond de son » sac pour empêcher un criminel d'avoir raison contre la raison et » contre la justice. J'ai fait mon devoir, quoique à regret. Faites le » vôtre. J'ai bien l'honneur, etc. »

Tel est, mon cher rédacteur, le projet de lettre que je soumets à votre jugement éclairé. Ajoutez, rognez, changez. Vous avez tout pouvoir, comme vous avez toute raison. Quant à moi, le cœur navré du parti que j'ai dû prendre, je trouve mon excuse aussi bien que ma consolation dans ma conscience, heureux, malgré tout, d'avoir, en invoquant Thémis pour la seconde fois, rendu un nouveau service au corps médical, dont la reconnaissance cependant n'est pas la vertu dominante.

X...

que les jours précédents (environ 400 grammes); précipité albumineux aussi prononcé et de même couleur (70 centigrammes de gomme-gutte). Sept selles; pas de vomissement.

Le 13, gomme-gutte, 90 centigrammes. Trois selles; trois vomissements.

Le 14, gomme-gutte, 1 gramme. Ni selle, ni vomissement. Environ un litre d'urines toujours colorées rouge et très albumineuses.

Le 15, les extrémités supérieures et inférieures désenflent; l'abdomen paraît moins tendu. L'examen direct de la poitrine dénote une diminution légère dans le double épanchement. La dypsnée est moins prononcée.

Le 16, gomme-gutte, 1 gramme 20 centigrammes; un vomissement.

Du 16 au 20, la diurèse augmente considérablement; deux litres et deux litres et demi d'urines en vingt-quatre heures. Même coloration du liquide; albuminurie moins prononcée.

Le 20, gomme-gutte, 1 gramme 40 centigrammes; deux vomissements.

Le 21, la collection séreuse abdominale est résorbée. Bonne résonance dans tout le côté gauche du thorax, avec expansion vésiculaire jusqu'à la base. Matité dans le cinquième inférieur droit. Encore un peu d'infiltration sous-cutanée générale, plus prononcée au cou et à la face.

Le 22, gomme-gutte, 1 gramme 50 centigrammes; un vomissement. Trois litres d'urine à peine colorée dans les vingt-quatre heures. Précipité albumineux diminué de plus de moitié.

Du 22 au 25, pas de gomme-gutte. Urines abondantes (trois litres et trois litres et demi) très peu colorées, avec albuminurie peu prononcée.

Le 25, gomme-gutte, 1 gramme 50 centigrammes; un vomissement.

L'anasarque est complétement effacée. Il ne reste plus de trace d'épanchement dans les cavités pleurales et péritonéale; la face seule et le cou restent infiltrés. La peau est d'une pâleur remarquable avec sécheresse.

Le malade se trouvant fatigué de l'usage de la gomme-gutte, ce médicament est supprimé. La diurèse se maintient et devient même plus abondante. C'est ainsi que, du 25 mai au 20 juin, Valtré n'a jamais rendu moins de trois litres d'urine dans les vingt-quatre heures, et souvent la quantité a dépassé quatre litres et demi. Depuis nombre de jours, malgré la soif, il a été astreint à ne boire qu'un litre de tisane dans les vingt-quatre heures, et la quantité des urines n'en a pas été diminuée. Jusqu'au 20, ce liquide est restée plus ou moins coloré en rouge. L'albumine, quoique diminuée considérablement, y a toujours persisté. Depuis deux jours seulement le précipité est presque imperceptible. Les urines ont repris leur coloration normale. Un seul côté de la face reste encore bouffi; c'est celui correspondant à la partie de la bouche qui a été le siége de la stomatite mercurielle qui a privé longtemps le malade de pouvoir faire usage d'aliments solides.

Inutile de dire que Valtré, durant tout le temps de l'usage de la gomme-gutte, a été nourri autant que le lui permettait la stomatite.

Cette observation présente deux côtés saillants qui méritent une appréciation toute spéciale. L'un a trait à la cause immédiate qui a présidé à la perpétration des suffusions séreuses, l'autre est relatif à la thérapeutique. Occupons-nous d'abord du premier.

Depuis les remarquables travaux de Bright, Christison, Grégoire, Alisan, et surtout de M. Rayer, il semblait qu'on avait trouvé une justification, une raison d'être des hydropisies consécutives à la scarlatine dans une altération spéciale des reins désignée par M. Rayer sous le nom de néphrite albumineuse aiguë. En effet, quand on consulte les écrits du médecin français, quand on analyse les observations, on voit qu'il a été parfaitement concluant avec les faits, et que la proposition qu'il établit de l'existence d'une néphrite albumineuse aiguë, toutes les fois qu'il y a hydropisie après la scarlatine, lui a été suggérée par un examen pratique aussi judicieux qu'éclairé.

Voyons toutefois si, dans le cas qui nous occupe, il y a lieu d'admettre d'abord cette altération propre des reins, et si, en supposant qu'elle ait existé, c'est bien à elle que revient l'honneur des suffusions séreuses.

Et d'abord, nous savons qu'outre les douleurs locales plus ou moins appréciables, M. Rayer se fonde, pour admettre l'existence de la lésion rénale, sur l'état des urines : urines rouges, sanguinolentes et précipitant de l'albumine en quantité notable, tel est le caractère fondamental qu'il attribue à la néphrite albumineuse aiguë; tel est aussi l'état des urines qu'a observé M. Rayer dans les cas d'hydropisie consécutive à la scarlatine et qui le force à conclure que cette hydropisie est dépendante de l'altération des reins.

En admettant avec le pathologiste français que la néphrite albumineuse aiguë soit cause de l'hydropisie, elle ne pourrait lui donner naissance que de deux façons : ou la néphrite met le rein hors d'état de fonctionner, partant trouble et diminution considérable dans la sécrétion urinaire, ce qui fait déverser dans la masse sanguine une grande quantité de l'eau dont elle aurait dû être débarrassée par cette fonction, en supposant toutefois qu'une autre fonction excrétoire ne la supplée pas; dès lors, cette augmentation insolite de la masse sanguine donne lieu à des congestions généralisées, dont l'anasarque et les collections cavitaires séreuses seront la conséquence; ou, la sécrétion urinaire étant pervertie, une grande quantité de l'albumine du sang s'échappe au dehors, et cette fuite finit par amener une diminution de cet élément du liquide sanguin, détermine une anémie albuminurique et donne ainsi lieu à la facile transsudation du sérum à travers les capillaires du système séreux, ce qui est le dernier et le plus nouvel aperçu actuel de la science; ou bien c'est par ces deux mécanismes combinés que l'hydropisie surgit à la suite de l'altération rénale.

Dans le cas qui nous occupe, nous n'avons aucun mécompte, aucun sujet d'erreur pour les urines; elles ont été analysées soigneusement par nous et tous les jours depuis le moment où le malade a mis le pied à l'hôpital jusqu'à aujourd'hui. Or que remarquons-nous? Le malade entre dans notre service le 7 avril avec une scarlatine de superbe apparence. Le 8 au matin, disparition brusque et presque complète de l'éruption; urines rares, à sédiment rouge-briqueté, mais albumineuses point. Depuis ce moment jusqu'au 3 mai suivant, c'est-à-dire pendant vingt-cinq jours, à travers toutes les péripéties par lesquelles est promené le malade, après le développement le plus étendu qu'aient acquis les suffusions séreuses, pas plus de trace d'albuminurie que le premier jour. Puis le 4, après la première dose de gomme-gutte, urines sanguinolentes et fortement albumineuses. Elles conservent ce caractère jusqu'à la fin, quoique à un degré moindre à mesure qu'on se rapproche de ces jours derniers.

Nous serions donc fondé à conclure d'après cet examen exact et journalier des urines que la néphrite albumineuse n'a pas existé à l'issue de la scarlatine, si on ne s'en rapportait qu'au signe principal de l'albuminurie sanguinolente; l'absence complète de douleurs, même à la percussion, dans les régions rénales, nous confirmerait encore dans cette manière de voir; car si nous avons saigné, si nous avons appliqué des ventouses et des cautères sur les reins, ce n'est point en raison des manifestations morbides locales, mais bien pour obéir aux préceptes du médecin de la Charité, dans la supposition que l'altération rénale pourrait exister sans ses manifestations principales.

De deux choses l'une : ou la néphrite albumineuse a existé malgré l'absence de ses seuls signes appréciables, et alors l'hydropisie aurait eu lieu par le premier mécanisme que nous avons indiqué; ou la néphrite n'a pas existé, et il faut chercher ailleurs la raison d'être de l'hydropisie. Dans cette dernière hypothèse, à quoi rattacher l'hydropisie? Peut-on admettre qu'une éruption scarlatineuse en plein développement se supprimant brusquement, il s'opère une congestion sur tous les autres organes autres que la peau? Cette croyance est d'autant plus fondée que toutes les autopsies faites dans des circonstances analogues montrent des congestions sanguines non-seulement sur les organes parenchymateux, mais aussi sur les organes membraneux. Or avec les congestions, les exsudations séreuses plus ou moins plastiques apparaissent nécessairement si la mort ne survient. Donc voilà une cause d'hydropisie; mais ne pourrait-on pas admettre en outre, par le fait de la scarlatine et du trouble profond qui se fait dans l'économie avec sa brusque disparition, une altération du sang analogue à celle qui a lieu consécutivement à l'albuminurie, une anémie albuminurique? L'analyse seule du liquide sanguin eût pu nous éclairer sur ce point; malheureusement nous ne l'avons pas faite, et pourtant, malgré ce manque de preuve, nous penchons personnellement à admettre une pareille altération.

Maintenant, il reste à nous demander comment vingt-cinq jours après la disparition de la scarlatine et vingt et un jours après le début de l'hydropisie les urines sont devenues très albumineuses et sanguinolentes, comme dans la néphrite albumineuse aiguë? Cet état des urines débutant après la première dose de la gomme-gutte, n'y a-t-il là que pure coïncidence ou bien y a-t-il quelque corrélation de cause à effet?

Si nous pouvions admettre que l'hyperémie rénale pure et simple peut donner lieu à l'albuminurie, nous dirions que sous l'influence de la gomme-gutte, dont l'action sur les reins n'est plus douteuse pour nous, ces organes ont été hyperémiés, et de là alors cette albuminurie tardive; mais nous ne croyons pas à l'albuminurie par hyperémie rénale pure et simple, et nous avons de bons motifs pour cela; donc cette raison de l'albuminurie qui a persisté si longtemps est nulle à nos yeux.

Il resterait à admettre que la néphrite albumineuse aiguë ne s'est déclarée que fort tard ou a existé totalement jusqu'à plus ample explosion au commencement de mai, où elle s'est traduite par l'albuminurie sanguinolente.

Cette conjecture nous paraîtrait d'autant plus probable que l'albuminurie a été plus tenace et a survécu à la disparition de l'hydropisie.

Pourtant une néphrite albumineuse aiguë latente est un non-sens; l'affection ne doit avoir débuté que fort tard si elle a existé.

L'opinion de Cotugno, qui pensait que le sérum qu'on rencontre dans les urines quand il y a hydropisie dépend de ce que le sérum épanché dans les cavités séreuses est porté en propre par la circulation dans les reins, pourrait bien avoir quelque probabilité dans le cas présent.

En effet, c'est après la première dose de la gomme-gutte que paraît l'albuminurie, alors qu'une nouvelle impulsion sur la sécrétion rénale est donnée; c'est sous l'influence de l'action du médicament faisant ressentir ses effets sur le système absorbant qu'apparaît ce nouveau phénomène. Vraiment, si ce n'est pas un effet de pure coïncidence, il y a bien ici quelque chose qui se rapproche de ce que Cotugno a avancé.

En tout cas, cette observation si rigoureusement recueillie témoigne du besoin que l'on a de faire de nouvelles recherches pour savoir si dans des cas semblables d'hydropisies il n'y a pas quelquefois altération du sang sans qu'elle soit consécutive à l'albuminurie et par suite à la néphrite albumineuse aiguë; tandis que d'autres fois l'altération rénale préexisterait et donnerait naissance à l'albuminurie, puis à l'hydropisie.

Quant au côté thérapeutique de notre observation, il repose tout entier sur l'action de la gomme-gutte donnée pendant une vingtaine de jours à doses croissantes. On peut voir qu'il s'est établi pour ce médicament une tolérance à mesure qu'on est arrivé à des doses très élevées, et que l'accroissement dans la sécrétion urinaire n'a commencé que quand les doses ont acquis certaines proportions pour augmenter encore avec leur élévation. La gomme-gutte, au point où nous l'avons portée, n'a non-seulement déterminé aucun accident, mais les vomissements si fréquents auparavant, quand le malade ne pouvait supporter aucune boisson, ont même diminué malgré son usage.

Personne n'osera contester que ce ne soit par l'effet de cette médication qu'ont été vaincues les suffusions séreuses, car pendant vingt jours toutes les autres médications avaient échoué, et ce n'est qu'au bout de bon nombre de jours de l'emploi de la gomme-gutte que l'hydropisie a commencé à décroître avec l'apparition de la diurèse.

Au reste, ce fait est à ajouter à ceux déjà nombreux que nous avons publiés, et, sans vouloir rien préjuger sur l'action interne du médicament porté à des doses aussi élevées, nous désirerions ardemment voir les confrères qui se trouvent fréquemment placés en face d'hydropiques en faire usage comme nous, persuadé que nous sommes des excellents résultats qu'ils en obtiendraient dans les cas même les plus graves.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Des épanchements de sang dans l'intérieur de l'œil.

On peut réunir dans la même description les épanchements sanguins qui ont leur point de départ dans la chambre antérieure et dans la chambre postérieure de l'œil; car la communication qui existe entre elles au moyen de la pupille rend pour ainsi dire ces deux cavités solidaires l'une de l'autre.

Mauchart a donné le nom d'*hypohœma* à l'épanchement de sang spécialement limité à la chambre antérieure, et ce nom est maintenant adopté d'une manière générale.

Le sang qui arrive dans les chambres de l'œil se mélange un instant avec l'humeur aqueuse qu'elles renferment à l'état normal; mais, par sa pesanteur spécifique plus grande, le sang tend à gagner les parties déclives de la cavité qui le contient, affectant ainsi, comme l'hypopyon, une forme semi-lunaire; mais ce caractère manque évidemment lorsque l'épanchement sanguin occupe la totalité de l'espace compris entre la cornée et la capsule antérieure du cristallin.

L'observation nous a démontré que le sang, mis en contact avec l'humeur aqueuse, ne se comporte pas toujours de la même manière; ou il reste à l'état fluide, ou bien il se coagule.

Il est facile de distinguer l'un de l'autre ces deux états aux caractères suivants : le sang resté fluide se déplace dans l'œil en suivant les mouvements imprimés à la tête, tandis que ce déplacement ne saurait avoir lieu lorsque le sang est coagulé. Dans le premier cas, le niveau de l'épanchement est toujours rectiligne, tandis que dans le second, le coagulum offre toujours une forme irrégulière, surtout après un certain temps, et lorsqu'il a déjà diminué d'étendue par la résorption.

En n'observant que superficiellement les faits, on peut être conduit à se méprendre sur la gravité de l'hypohœma, qui varie beaucoup. Où l'épanchement sanguin disparaît en quelques jours et sous l'influence des moyens les plus simples, parfois même en l'absence de tout traitement, ou bien il reste en quelque sorte indéfiniment stationnaire; fait des progrès qui coïncident avec une aggravation des symptômes préexistants.

On se rend compte de ces différences en étudiant les conditions organiques de l'œil, qui est devenu le siége d'un épanchement sanguin. Si le globe oculaire est à l'état normal, abstraction faite de l'hypohœma, le sang épanché est résorbé d'une manière très rapide. Si l'œil, au contraire, est le siége de douleurs assez aiguës, de congestions plus ou moins actives, d'inflammations, etc., on voit le fluide épanché persister en quelque sorte indéfiniment, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on ait triomphé de ces différents accidents.

Considéré en lui-même, l'hypohœma ne produit pas de lésions fonctionnelles très graves. A l'instant où a lieu l'épanchement sanguin, quelques malades accusent seulement un sentiment de tension qui s'explique par la surabondance de fluides qui distend les membranes de l'œil; mais l'absorption a bientôt rétabli l'équilibre, et la douleur disparaît.

La présence du sang amène parfois un certain rétrécissement de la pupille et la dilatation de quelques vaisseaux de la conjonctive ou de la sclérotique; une légère sensibilité de l'œil à la lumière doit être également notée. On a prétendu que les malades atteints d'hypohœma voyaient les objets colorés en rouge quand l'épanchement était assez considérable pour obstruer l'ouverture pupillaire. La vérité est qu'ils n'y voient pas du tout; la lumière seule est perçue avec une légère teinte violacée.

Il nous reste maintenant à faire l'étiologie de l'hypohœma. Cette étude, toujours si obscure d'une manière générale, doit se borner, pour nous, à indiquer les circonstances au milieu desquelles l'épanchement sanguin s'est développé. Nous espérons, en faisant mieux comprendre le mécanisme de sa production dans un certain nombre de cas, jeter quelque jour sur cette question de pathologie. Cette origine de la maladie, une fois connue, devra servir de guide pour le traitement qu'il convient de lui appliquer.

Voici un exemple qui rendra plus nettement ma pensée.

Un malade a subi, je suppose, l'opération de la cataracte; quelque temps après, un hypohœma survient. Le chirurgien, sachant que l'épanchement sanguin dans la chambre antéro-postérieure de l'œil est parfois la conséquence d'une iritis congestive, ainsi que je l'ai déjà indiqué ailleurs (1), se hâtera-t-il de mettre en usage le traitement propre à combattre l'iritis, dont il redoute les funestes conséquences? Non, s'il sait que l'iritis congestive n'est pas l'unique cause de l'hypohœma; s'il se rappelle, par exemple, que l'hypohœma peut être également la conséquence d'une rupture vasculaire, suite de synéchie antérieure ou de synéchie postérieure, alors il appréciera les circonstances antérieures, les symptômes concomitants, etc. Il posera, en un mot, les bases d'un diagnostic rationnel, et agira en conséquence. De la sorte, il ne s'exposera pas à prescrire un traitement intempestif ou à négliger l'emploi de moyens qui ont besoin d'être administrés en temps opportun pour être efficaces.

(1) *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 367.

Nous divisons de la manière suivante les épanchements de sang dans la chambre antéro-postérieure de l'œil :

1° Hypohœma essentiel;
2° Hypohœma traumatique;
3° Hypohœma inflammatoire;
4° Hypohœma par ulcération de l'iris;
5° Hypohœma par rupture vasculaire *spontanée*;
6° Hypohœma symptomatique d'une *lésion organique*.

Cette classification n'est pas faite par nous, pour ainsi dire; elle nous est imposée par les faits que nous avons recueillis. Nous savons bien qu'elle est critiquable au premier chef; car l'hypohœma traumatique est en définitive de même nature que l'hypohœma par rupture vasculaire spontanée. Nous la maintenons cependant telle qu'elle est, parce que nous avons en surtout pour but, dans ce travail, de faire bien ressortir les conditions diverses au milieu desquelles l'hypohœma peut se développer.

1° *Hypohœma essentiel*. — Je n'entends pas décrire sous le nom d'essentiel un épanchement de sang survenant spontanément dans l'œil sous l'influence d'une modification générale des fluides de l'économie, comme cela peut avoir lieu dans l'affection scorbutique ou bien sous l'influence de la maladie appelée *purpura hæmorrhagica*. L'hypohœma, dans ce dernier cas, n'est plus à proprement parler une maladie, ce n'est qu'un symptôme très minime d'une autre affection qu'il nous suffit de signaler en passant.

Par hypohœma essentiel, je me borne à désigner tout épanchement sanguin développé au milieu des conditions ordinaires de la santé, sans cause appréciable. C'est assez dire que j'élague encore de notre cadre un épanchement sanguin développé dans la chambre antéro-postérieure, et qui pourrait être rapporté à une sorte de déviation menstruelle.

Ainsi limitée, cette variété d'hypohœma que nous appelons essentiel se rencontre très rarement dans la pratique.

Hémorrhagie spontanée de la chambre antérieure de l'œil.

En novembre 1843, une femme de soixante-cinq ans, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution sèche et n'offrant aucune trace d'une affection générale, telle que le scorbut ou le *purpura hemorrhagica*, se présenta à la consultation publique de l'hôpital Necker. Elle se plaignait d'éprouver depuis deux jours, dans l'œil droit, un sentiment de gêne plutôt qu'une véritable douleur. J'interrogeai cette malade avec le plus grand soin, dans le but de découvrir la cause de son affection. Or, elle m'affirma toujours qu'elle ne savait à quoi attribuer sa maladie, n'ayant reçu aucun coup sur l'œil, et ne s'étant exposée ni à l'action d'un courant d'air froid, ni à l'influence d'un travail insolite des yeux. M. Lenoir admit cette femme dans les salles de chirurgie, plutôt en raison de la rareté du fait que de l'importance de la maladie. Je constatai qu'il n'existait d'abord aucune trace de contusion soit de l'œil, soit de ses annexes; l'œil était d'ailleurs à l'état normal dans ses différents tissus; il existait seulement un épanchement sanguin occupant le tiers inférieur de la chambre antérieure de l'œil. Ce sang épanché était fluide et susceptible de déplacement. La pupille était nette, l'iris à l'état normal, la vision conservée; il n'y avait aucune trace d'injection de la conjonctive; la malade n'accusait aucune sensibilité extra-normale de cet œil à la lumière. Pour tout traitement, on prescrivit un purgatif; l'épanchement sanguin se résorba peu à peu, et douze jours après son entrée, la malade put sortir parfaitement guérie de l'hôpital.

L'hémorrhagie spontanée de la chambre antéro-postérieure de l'œil n'a rien d'insolite si on la rapproche des autres épanchements sanguins qui surviennent également d'une manière spontanée dans diverses cavités séreuses de l'économie, car la chambre antéro-postérieure de l'œil est en effet tapissée par une membrane séreuse. Sous ce rapport donc, il y a un rapprochement à faire entre l'hypohœma spontané et l'hémorrhagie spontanée de l'arachnoïde, du péritoine, de la tunique vaginale. Ajouterai-je que, dans l'hypohœma, la source qui alimente l'hémorrhagie n'est autre que la trame vasculaire de l'iris? Et j'avoue ne pas trop me rendre compte d'une observation publiée par H. Taylor (v. *Gaz. Méd.*, 1846) ayant trait à un hypohœma dont la cornée, restée normale, aurait fait tous les frais.

2° *Hypohœma traumatique*. — L'épanchement de sang dans la chambre antéro-postérieure de l'œil par cause traumatique est lié d'une manière intime à l'histoire des blessures du globe oculaire à lui seul; il est plus fréquent que toutes les variétés réunies de l'hypohœma. Il peut être produit par une simple contusion de l'œil aussi bien que par un instrument piquant, tranchant ou contondant. La source de l'hémorrhagie varie selon les différents cas : celle-ci peut provenir des vaisseaux de l'iris, des artères ciliaires, des procès ciliaires, etc. J'ajouterai même que, dans le cas tout à fait exceptionnel où la cause vulnérante aurait agi sur un œil atteint de kératite vasculaire, de l'espèce que j'ai appelée kératite vasculaire interstitielle, l'hémorrhagie pourrait avoir son point de départ dans la cornée. Cette remarque me conduit naturellement à faire observer que, dans les cas ordinaires, l'épanchement sanguin qui nous occupe ne provient pas de la cornée.

L'hypohœma traumatique survient encore sous l'influence d'une opération chirurgicale pratiquée sur l'œil : ainsi, pendant l'opération de la cataracte, lorsque le chirurgien, malheureux ou malhabile, a blessé l'iris, intéressé les procès ciliaires, incisé le cercle ciliaire, etc., on le rencontre à peu près constamment dans l'opération de la pupille artificielle, et ici aucun chirurgien ne peut l'éviter; c'est un accident inhérent à l'opération elle-même, et je me hâte d'ajouter que cet accident est sans gravité aucune. L'hypohœma est fâcheux dans le cas particulier, en ce qu'il empêche l'opérateur de constater de suite l'état des parties profondes de l'œil; mais je suis fort heureusement parvenu à lever cette difficulté, en appliquant à la pupille artificielle le moyen que Forlenza employait pour débarrasser l'œil des débris de cataracte dans l'extraction; je veux parler des injections d'eau tiède dans la chambre antérieure faites avec une seringue d'Anel ordinaire.

Quoi qu'il en soit, l'hypohœma traumatique n'est rien par lui-même; le chirurgien ne doit se préoccuper que de l'action produite sur les divers tissus de l'œil par la cause vulnérante. C'est une chose très remarquable que l'innocuité complète de la plupart des lésions de l'iris, la piqûre exceptée. J'ai vu des sections, des déchirures, des contusions de cette membrane ne donner lieu à aucun accident phlegmasique. Il serait trop long de relater ici tous les faits que j'ai recueillis sur ce sujet, qui s'éloigne d'ailleurs de celui que nous traitons ici d'une manière spéciale.

Je me bornerai seulement à rapporter une observation qui servira à prouver que le décollement de l'iris, que l'on considère généralement comme assez grave lorsqu'on le pratique chirurgicalement pour établir une pupille artificielle, est quelquefois sans gravité aucune, quand il est le résultat d'un accident.

Hypohœma traumatique produit par le décollement de l'iris dans trois points différents de sa circonférence.

Le 15 mai 1842, un ouvrier dans les carrières vint consulter à l'hôpital Necker pour un éclat de mine qui venait, disait-il, de lui crever l'œil. J'étais de service à l'hôpital. Je l'admis aussitôt. Je constatai que les paupières de l'œil étaient ecchymosées; la cornée ne paraissait offrir ni solution de continuité, ni contusion. La sclérotique était à l'état normal. La chambre antérieure de l'œil était pleine de sang. Le malade avait encore conscience de la lumière, mais il ne distinguait en aucune façon les objets. La douleur était médiocre, et consistait en un sentiment de distension assez prononcé du globe oculaire.

Le sujet était jeune, vigoureux; je craignais des désordres sérieux dans les parties profondes de l'œil, et, pour éviter une réaction inflammatoire trop intense, je prescrivis une large saignée, un purgatif et l'application en permanence d'une vessie remplie de glace sur la région orbitaire du côté malade.

Le 20 mai, cinquième jour de l'accident, il n'y avait plus de traces de l'hypohœma; et alors je remarquai que l'iris était séparé du cercle ciliaire du côté interne, du côté supérieur et du côté externe et un peu inférieur. Il résultait de cette lésion singulière trois pupilles artificielles également susceptibles de fonctionner, comme la pupille naturelle qui était conservée et constituait au malade une quatrième pupille. Aucune autre lésion n'existait soit dans les humeurs, soit dans les membranes. Le malade n'éprouvait ni douleurs, ni photophobie. L'œil avait sa direction normale; mais il existait de la diplopie.

3° *Hypohœma inflammatoire*. — « Quelquefois, dans l'iritis séreuse, dit D'Ammon, du sang s'échappe sous la forme de petits points rouges isolés, et rougit l'humeur aqueuse; la partie colorante du sang s'amasse au bord inférieur de la chambre antérieure. » (*Mémoire sur l'iritis séreuse*, trad. *Annales de la chir. franç.*, 1844.)

Déjà Lawrence avait signalé ce fait dans le passage suivant : « Dans l'iritis très aiguë, dit-il, il peut y avoir hémorrhagie; le sang se mélange alors avec les différentes matières épanchées. Cette hémorrhagie peut même survenir sans que l'inflammation soit très violente, et c'est ce que j'ai observé plusieurs fois. » (Lawrence, *Traité prat. des malad. des yeux*, p. 236.)

Il importe beaucoup au clinicien de savoir que l'hypohœma peut être, dans quelques cas, un symptôme initial de l'inflammation de l'iris, parce qu'on a d'autant plus de chances de guérir l'iris que le traitement approprié est administré à une époque plus rapprochée du début de la maladie.

(*La suite à un prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 26 juin 1850. — Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance, étant lu et adopté, donne lieu à une réclamation de M. Chassaignac sur la critique exprimée au sujet de sa communication dernière par M. Huguier, mais un mot d'explication suffit pour vider cet incident.

Candidature.

M. le docteur J. Parise, ex-professeur d'anatomie et de physiologie à l'hôpital militaire de Lille, adresse à la société : 1° un mémoire intitulé : *De l'Ostéophyte costal pleurétique, ou Recherches sur une altération particulière des côtes dans la pleurésie*; 2° des *Recherches sur les luxations antérieures du pied*; 3° une note ou indication de diverses publications, et une demande pour obtenir le titre de correspondant.

Plusieurs membres appuient cette demande dans les termes les plus honorables pour M. Parise; mais M. le président fait observer que, d'après le règlement, toute candidature doit être accompagnée d'un travail inédit.

En conséquence M. le secrétaire écrira à M. Parise pour l'inviter à remplir cette formalité, et le remerciera de son envoi.

Appareil pour les fractures du fémur.

M. Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste, lit un mémoire sur le *Traitement des fractures du col et du corps du fémur*. Il critique dans ce travail différents appareils proposés pour le traitement de ces fractures, puis il examine les deux méthodes les plus usitées, l'*extension continue* et la *position demi-fléchie*. Il expose les avantages et les inconvénients inhérents à chacune d'elles, et conclut à leur insuffisance. Il reconnaît cependant que les principes des méthodes de Boyer et de Dupuytren peuvent, s'ils sont combinés, servir de base à la confection d'un appareil rationnel.

M. Martin décrit et présente un appareil construit d'après ces données. Cet appareil remplit, selon lui, toutes les indications posées par les auteurs, et n'offre pas les inconvénients qu'ils ont signalés.

M. Martin appuie ses assertions sur un fait. Son appareil a été appliqué le vingt-huitième jour de l'accident, à l'hôpital de Saint-Germain, sur un homme qui avait deux fractures comminutives de la partie supérieure des deux fémurs, et chez lequel la réduction n'avait pu être obtenue ni par l'extension, ni par la position demi-fléchie. La réduction a été instantanée, et le malade n'a éprouvé la moindre douleur, ni la moindre gêne, soit pendant la réduction, soit pendant les quarante-huit jours qu'a duré l'application de l'appareil.

M. Martin présente à la Société le sujet guéri, dont les membres paraissent bien conformés.

Le premier appareil, celui qui a été employé dans ce cas, est très compliqué; mais M. Martin montre en même temps deux modèles beaucoup plus simples qu'il a imaginés depuis, et qu'il suppose devoir remplir toutes les indications.

Une commission composée de MM. Larrey, Robert et Chassaignac est chargée d'examiner le mémoire de M. Martin et d'en rendre compte à la Société.

Excision des amygdales.

M. Guersant fait une communication qu'il s'était déjà proposé de faire à la dernière séance, relativement à l'excision des amygdales par l'instrument de Fahnestock. Il présente deux modèles de cet instrument quelque peu modifié par lui, et dont il se sert de plus en plus depuis une huitaine d'années; c'est-à-dire qu'après l'avoir employé avec une certaine défiance dans le principe, il a fini par l'adopter à peu près exclusivement dans tous les cas. Il lui attribue tout avantage sur la méthode ordinaire, surtout chez les enfants qui sont si indociles, pour la plupart, et ne se prêtent que malgré eux à l'opération. Il est parvenu ainsi à la simplifier beaucoup; car il n'a pas besoin de faire abaisser la langue par un aide; il l'abaisse lui-même avec l'amygdalotome, dont la tige suffit à cet effet, en même temps que la résection est faite.

M. Guersant a pensé pendant longtemps qu'il ne pourrait faire l'application de cet instrument aux amygdales enchatonnées ou enveloppées par les piliers du voile du palais; mais en reconnaissant que lorsqu'elles sont situées ainsi on réussit à les saisir et à les dégager avec la pince de Museux pour les couper avec le bistouri, il fait observer que l'on doit craindre d'entamer le pilier antérieur du voile du palais. Il a donc essayé, avec le tonsillotome, de refouler ce pilier, afin d'éviter la lésion, et il n'a pas éprouvé la moindre difficulté à le faire, tout en saisissant bien la glande pour l'enlever instantanément.

M. Guersant rappelle que la disposition primitive de l'anneau était celle d'un ovale allongé; disposition contraire à celle de l'amygdale. Il a donc modifié cet anneau en le faisant placer transversalement à la tige, sauf à en varier la dimension au besoin; mais mieux vaut selon lui que l'ouverture soit un peu étroite que trop large.

Malgré sa prédilection exclusive pour l'amygdalotome qui agit avec une promptitude, avec une instantanéité surprenantes, M. Guersant croit enfin que l'emploi de cet instrument exige plus d'habitude que l'emploi du bistouri.

M. Larrey partage l'opinion de M. Guersant sur l'avantage que présente l'instrument de Fahnestock; mais il pense que son honorable collègue s'en est exagéré l'importance quant à l'habitude pratique.

« Les cas qui nécessitent l'ablation des amygdales, dit M. Larrey, sont très fréquents dans les hôpitaux militaires, et j'ai eu occasion un grand nombre de fois de faire cette opération. Comme beaucoup de chirurgiens, j'ai cru qu'elle ne pouvait réussir qu'avec une pince-érigne et un bistouri boutonné, soit simple, soit modifié *ad hoc*; mais comme M. Guersant et d'autres, je me suis assuré par l'expérience que l'amygdalotome agissait dans la plupart des cas avec autant de sûreté, plus de promptitude, et partant plus de facilité, c'est-à-dire avec les trois qualités requises, *tuto, cito et jucunde*. J'ai même employé cette méthode à peu près exclusivement depuis 1837.

» On peut attribuer au contraire à la méthode ordinaire certains inconvénients, tels que la nécessité absolue d'avoir un aide-chirurgien pour abaisser la langue, la difficulté d'accrocher l'amygdale avec la pince de Muzeux, ou même de l'en décrocher si le malade est pris de dyspnée, de toux et du besoin d'expectorer; la chance, s'il fait des mouvements contraires, soit de déchirer le tissu de l'amygdale, souvent molle et friable, soit d'entamer le voile du palais, ou même la commissure de la lèvre en retirant le bistouri, comme je l'ai vu faire une fois à un chirurgien cependant fort habile; sans parler de l'embarras dû à la présence simultanée dans la bouche de trois instruments qui peuvent masquer ou gêner l'action du bistouri, sinon lui imprimer quelque déviation fâcheuse.

» Voilà, dit M. Larrey, les inconvénients que M. Guersant aurait pu signaler pour faire valoir les avantages du sécateur de Fahnestock, et les modifications utilement faites à cet instrument.

» Mais il mérite bien aussi quelques reproches, nous devons en convenir. Ainsi son mécanisme est un peu compliqué; il ne peut s'adapter indistinctement à toutes les variétés d'amygdales; il agit par une pression quelquefois suffisante pour refouler et cacher l'amygdale contre les piliers, ou insuffisante pour en enlever une assez grande portion; il est enfin moins applicable que le bistouri aux cas assez rares, d'ailleurs, d'induration ou de dégénérescence des tonsilles.

» Quoi qu'il en soit, ajoute M. Larrey, il me semble utile avant l'opération, et par quelque procédé qu'elle doive être faite, d'accoutumer les malades à supporter dans la bouche et jusque vers l'arrière-gorge, la présence et le contact d'un instrument mousse, d'un ustensile ou d'un doigt. Cette simple précaution me paraît même nécessaire chez les enfants qu'il faut souvent opérer par surprise, sinon après avoir vaincu leur résistance ou attendu leur bon vouloir. »

M. Chassaignac considère de même l'amygdalotome comme un instrument aussi avantageux à employer qu'ingénieusement imaginé; mais il ne peut s'empêcher de reprocher un certain inconvénient à ce moyen mécanique, c'est de laisser

croire à quelques personnes que l'opération se fait trop facilement et presque toute seule.

Les premiers instruments de ce genre, confectionnés d'après celui de Fahnestock, avaient le défaut de ne point limiter nettement leur effet ; c'est pourquoi M. Chassaignac a joint à la tige une vis qui sert de régulateur au mouvement, et il croit cette modification utile pour savoir d'avance jusqu'à quel degré on doit faire saillir l'amygdale une fois saisie par la broche ou la fourchette ; car si la glande est trop saillante, en la coupant au ras de sa base, on s'expose à des accidents graves, et si elle reste cachée entre les piliers, on ne l'entame qu'à sa superficie ou à son sommet. De là l'utilité de faire incliner la tige de la fourchette en y adaptant un point d'appui. Telle est la modification de l'instrument que présente M. Chassaignac.

M. Guersant fait observer qu'il n'a pas eu l'intention d'exposer les modifications successives qui ont été faites à l'amygdalotome ; il a voulu seulement indiquer les avantages qu'il obtient habituellement de son emploi, et la préférence qu'il donne à ce moyen sur la méthode ordinaire.

M. Lenoir dit que, au risque de ne pas suivre le progrès à cet égard, il reste dans les errements des anciens chirurgiens, et qu'il préfère à l'instrument de Fahnestock, même perfectionné, la pince de Museux et le bistouri boutonné. Il a réussi souvent et facilement à enlever les amygdales par cette méthode ; et parmi les cas nombreux de succès qu'il pourrait citer en témoignage de sa préférence, il en est un qui touche directement à l'un de ses collègues de la Société de Chirurgie.

Quant aux inconvénients que M. Lenoir reproche à l'instrument américain, il les résume ainsi :

Cet instrument est d'un mécanisme compliqué ; il nécessite des modifications selon le côté sur lequel l'extirpation doit être faite ; il opère une section moins nette, moins précise que le bistouri, et ne garantit pas, en un mot, les avantages qui lui ont été assignés.

« De plus, ajoute M. Lenoir, M. Guersant propose une modification qui consiste à exciser l'amygdale lorsqu'elle est logée entre les piliers ; mais alors, à quoi bon l'enlever ? L'opération pratiquée dans de telles conditions n'est-elle pas inutile ? »

M. Lenoir n'insiste pas sur d'autres objections qu'il pourrait faire, mais qu'il reconnaît être d'une moindre importance.

M. Huguier rappelle que la question discutée aujourd'hui a déjà été mise en cause devant la Société de Chirurgie. On a dit presque tout ce qu'il y avait à dire sur ce sujet ; il ne veut faire qu'une réflexion de plus : c'est que, chez certains malades, la sensibilité de l'arrière-gorge est très vive et supporte péniblement le contact des corps étrangers, en provoquant des efforts de déglutition qui obligent le chirurgien à retirer l'instrument et quelquefois même à abandonner l'opération.

M. Larrey répète qu'en raison aussi de cette disposition particulière il croit utile d'accoutumer préalablement les malades au contact des instruments.

M. Guersant insiste sur les avantages qu'il attribue au tonsillotome, parce que, chez les enfants surtout, on est souvent obligé d'opérer, comme on l'a dit, par surprise et avec une extrême rapidité. Quant à l'objection faite par M. Lenoir touchant l'inopportunité d'enlever les amygdales couvertes par les piliers, M. Guersant affirme, d'après son expérience, que chez quelques enfants les piliers sont très développés naturellement et susceptibles d'une hypertrophie accidentelle qui dépasse les amygdales engorgées.

Pinces articulées à pression fixe.

M. le secrétaire présente, de la part de M. Luër, fabricant d'instruments de chirurgie, le modèle d'une nouvelle pince qui n'a pas de mors pleins comme ceux d'une pince ordinaire, mais dont chacune des branches se termine par des anneaux appliqués l'un sur l'autre, de manière à faire saillir dans leur intérieur les parties molles qu'ils saisissent. La force de pression ou de prise de ces anneaux est augmentée par une sorte d'emboîtement de l'un dans l'autre ; les deux branches s'articulent ou se séparent à volonté comme les branches d'un forceps, et sont pourvues d'une petite crémaillère qui permet de fermer la pince à un degré fixe.

Les avantages attribués par M. Luër à cet instrument sont de saisir, de maintenir et d'attirer les tissus avec force et précision, sans les contondre, ni les comprimer, ni les déchirer, en permettant de les laisser à jour et d'en apprécier le volume, l'étendue et les rapports.

Quant aux applications de la pince de M. Luër, elles ont déjà été faites par M. le professeur Paul Dubois, par M. Maisonneuve et par d'autres chirurgiens à différents cas, tels qu'à des fistules vésico-vaginales et à des polypes de l'utérus. Il serait facile enfin, comme le fait observer M. Larrey, de modifier selon le besoin la forme de cet instrument, pour l'utiliser, par exemple, dans la réunion de certaines plaies, dans l'ablation de quelques tumeurs, dans l'extraction des corps étrangers, dans l'opération de la taille, etc.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, H. L.

DE L'EMPLOI DES CIGARETTES IODURÉES

pour la guérison des tubercules dans les maladies de poitrine.

On sait quels sont les heureux résultats obtenus par l'emploi de l'iodure de potassium dans les affections de poitrine. Cet iodure, comme l'a constaté M. le professeur Piorry, jouit de la propriété de cautériser assez promptement les tubercules formés dans les poumons ; aussi, connaissant l'absorption rapide de la teinture d'iode, ce savant professeur l'employait-il en frictions, lorsque M. Chartroule eut l'idée ingénieuse d'introduire ce médicament dans des cigarettes, pensant que l'absorption en serait plus prompte et la cautérisation plus fortement opérée. Des essais ont d'abord été faits en ville, notamment chez une phthisique qui a été traitée conjointement avec M. Piorry. Ces deux médecins en obtinrent un heureux résultat ; car la malade, sitôt qu'elle fut soumise à l'usage de ces cigarettes, se trouva beaucoup mieux.

Mais ce seul fait ne pouvait, pour ces messieurs, constater encore la bonté de ce nouveau mode de traitement ; aussi M. Piorry soumit-il à l'usage de ces cigarettes plusieurs tuberculeuses de la salle Sainte-Geneviève (hôpital de la Pitié) : depuis qu'elles en usent, elles éprouvent un mieux constant.

Non contents de ces premiers résultats, MM. Piorry et Chartroule pensent à l'administrer en fumigations ; mais comment constater la quantité d'iode absorbée ? comment surtout éviter l'irritation des bronches ? C'était là le point difficile.

M. Chevallier fils, sous leur habile direction, est parvenu à faire un appareil qui pourra remplir toutes les conditions désirables.

DU MODE D'ADMINISTRATION DES FEUILLES DE NOYER

dans les affections scrofuleuses.

M. Négrier vient de publier dans les *Archives générales de médecine*, un résumé des travaux de plusieurs médecins étrangers sur les feuilles de noyer employées contre les scrofules, et servant de confirmation à ses propres travaux. Les résultats sont connus ; le nouveau remède jouit dans certains cas d'une efficacité remarquable, qui malheureusement ne se montre pas dans d'autres ; mais ici nous voulons seulement nous occuper du mode d'administration.

M. Borgiali emploie tantôt la décoction de feuilles vertes ou desséchées à l'ombre, tantôt le fruit avec le brou nouvellement cueilli ou conservé dans le sable ; quelquefois l'extrait tant des feuilles que du brou. Quant à la décoction des feuilles, il en fait prendre, selon l'âge et la disposition, depuis deux ou trois feuilles infusées dans une demi-tasse d'eau, jusqu'à six, sept, huit et même plus dans une tasse. Pour la décoction du fruit, il en met un ou deux suivant la grosseur. Il varie la dose de l'extrait de 50 centigrammes jusqu'à 3 grammes, mais il lui a trouvé peu d'action. Habituellement il mélange cet extrait avec deux parties de graisse pour un onguent à panser les ulcères.

M. Négrier donne les feuilles sèches en infusion à la dose de 5 grammes de feuilles pour 500 grammes d'eau ; on édulcore avec le miel ou le sirop de noyer, qui se prépare ainsi :

Extrait de feuilles de noyer. . . . 4 grammes.

Faites dissoudre dans une très petite quantité d'eau, ajoutez dans :

Sirop bouillant . . . . . . 300 grammes.

On le prescrit à la dose de 30 grammes.

Quant aux pommades qui sont employées en frictions pendant un quart d'heure, deux fois par jour, elles sont composées de :

Extrait de feuilles de noyer. . .	30 grammes.
Axonge.	40 —
Essence de bergamote. . . .	15 centigr.

Le collyre auquel l'auteur donne la préférence dans les ophthalmies scrofuleuses est le suivant :

Décoction de noyer.	200 grammes.
Extrait de belladone.	1 —
Thridace.	1 —

Puis, enfin, il prescrit encore par cuillerées, matin et soir après le repas, le *vin de noyer*, qu'on prépare avec 50 à 60 grammes de feuilles fraîches ou dix à douze noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, qu'on fait macérer dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel ; en hiver, on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par litre.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

par le jus de citron ;

Par M. le docteur Perkins, à Bruxelles.

J'ai recours aux colonnes de votre estimable journal pour faire connaître aux médecins-praticiens de la Belgique un traitement du rhumatisme articulaire aigu, qui, d'après les renseignements qui me sont parvenus, a eu les plus heureux succès en Angleterre et en Ecosse. Ce traitement a la prétention d'être le plus efficace de tous ceux connus jusqu'à ce jour. L'expérience en décidera. En attendant, on ne pourra lui nier le mérite d'être à la fois le plus simple et le plus agréable.

Il consiste tout simplement à faire ingérer au malade, trois fois par jour, une once de jus de citron qu'il est loisible d'édulcorer à plaisir. Il convient de ne point le délayer ; la limonade est infidèle, ce que l'on attribue à ce qu'elle agit fréquemment comme purgatif. A l'Infirmerie royale, grand hôpital de Glascow, on a fait précéder l'usage du jus de citron d'un bain et d'un laxatif. L'amélioration des symptômes se manifeste au bout d'un laps de temps très court. On explique les résultats avantageux que l'on obtient d'un remède si peu actif, par l'oxydation des urates contenus dans le sang, et dont la présence en excès donnerait lieu aux phénomènes morbides.

Quoi qu'il en soit de cette explication iatro-chimique, la réussite de cette méthode paraît bien établie. Il est à remarquer que l'acide citrique délayé, qui paraîtrait devoir remplir le même but, n'a pourtant point offert des résultats aussi favorables. Il va sans dire que les phénomènes graves dont ne se complique que trop fréquemment le rhumatisme articulaire exigent l'emploi de moyens plus énergiques. Il est réservé au mercure poussé parfois jusqu'à la salivation de triompher de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales. Il semblerait du reste que ces accidents fussent moins fréquents quand on remplace les traitements usités jusqu'à ce jour par celui que j'ai eu l'honneur d'exposer ci-dessus. Pour éviter des longueurs inutiles à vos lecteurs, je ne ferai point la critique ni des saignées coup sur coup, ni du colchique, ni de mille autres traitements plus ou moins inefficaces ou dangereux, et je finirai en les engageant à essayer d'une médication qui, sans être homœopathique, peut au moins revendiquer pour elle l'innocuité.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 11 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 82.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	— 13 fr.	— 7 fr.
Départements	26 fr.	— 14 fr.	— 8 fr.
Étranger	30 fr.	— 16 fr.	— 9 fr.

PARIS, 10 JUILLET 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il faut être juste envers l'Académie. Elle sait écouter quand on sait se faire écouter. L'assemblée était nombreuse et attentive mardi dernier, pendant que M. Nélaton occupait la tribune. A la vérité, le sujet était important, et le travail digne du sujet. Quant à l'auteur, tout le monde le connaît. Observateur patient, bon anatomiste, chirurgien précis dans le diagnostic, plein de jugement dans l'appréciation des indications, habile dans le manuel, voilà ce qu'est M. Nélaton, sans parler des qualités qui font aimer l'homme et estimer le caractère. L'espace nous manque aujourd'hui pour analyser le mémoire de l'honorable candidat; mais lui-même, lui, l'auteur, avait droit à une mention, et nous n'aurions pas voulu y manquer

M. Gerdy a terminé la lecture de son rapport sur les facultés intellectuelles et morales des sourds-muets. On ne saurait sans injustice nier à ce professeur une véritable aptitude à l'analyse des faits psychologiques. Toutefois plusieurs de ses travaux dans ce genre nous paraissent d'un ordre plus élevé que celui dont il s'agit. Encore est-il que la discussion qui a suivi, espèce d'escarmouche académique à petit bruit, est restée fort au-dessous du mérite de ce travail. M. Rochoux, qui prendra sa revanche un autre jour, a dit à peine quelques mots presque sans malice, et un grand chirurgien, qui nous est cher, M. Roux, a parlé de l'autre monde, où il est porté à supposer que nos analogues pourraient bien avoir plus de cinq sens. Ce sont des questions que notre confrère du feuilleton est plus à même que nous d'approfondir.

Discipline académique.

Dans l'Académie royale de Chirurgie, tout membre qui, pendant deux ans, n'avait pas communiqué un travail à la compagnie pouvait en être exclu. Par une autre disposition réglementaire, tout membre qui s'était absenté pendant trois mois sans motif valable cessait de faire partie de l'Académie. La première de ces dispositions importe peu; mais il ne serait pas inutile de faire revivre la seconde. L'Académie est singulièrement tolérante à l'égard des absents, et l'on se permet bien des impertinences vis-à-vis d'elle. Il serait temps de mettre fin à ce scandale. Si des hommes qui comptent parmi les plus renommés ne peuvent sacrifier une consultation à leurs devoirs scientifiques, qu'ils donnent leur démission. Il ne manque pas d'hommes honorables, instruits et laborieux pour les remplacer. C'est chose pénible et révoltante de voir tant d'intelligences robustes, avides de travail, jalouses de servir le progrès scientifique, assiéger les portes de l'Académie, tandis que le nombre d'élus dédaignent d'en franchir le seuil. Qu'il ne se trouve pas un homme qui ose prendre à ce sujet, dans le sein de l'Académie, une courageuse initiative; que le conseil de la compagnie garde le silence quand la dignité du corps qu'il représente est systématiquement lésée par certains de ses membres, c'est ce que nous ne pouvons comprendre.

Traitement de la sciatique par la cautérisation auriculaire.

Nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs le passage suivant de Monteggia, relatif au traitement de la sciatique par la cautérisation auriculaire.

« M. Colla rapporte, dans le *Journal médico-chirurgical de Parme*, t. I, qu'un ecclésiastique guérissait la sciatique au moyen d'une petite cautérisation derrière l'oreille, c'est-à-dire derrière l'anthélix. Cette méthode avait déjà été imitée avec bonheur par le chirurgien Cesconi, et se trouve indiquée comme ayant été appliquée avec un égal succès par Zacutus Lusitanus, qui la tenait d'une personne ayant longtemps habité le Japon. Colla cite un fait remarquable prouvant le *consensus* de cette partie de l'oreille avec les nerfs de l'extrémité inférieure, fait auquel je puis joindre celui observé dernièrement par moi chez un homme atteint d'une sciatique récidivée, chez lequel la douleur, *s'étendant le long de la partie gauche du tronc et du cou jusqu'à l'oreille correspondante*, forçait le malade à se tenir courbé du côté affecté. »

Nécessité des commissions d'enquête. — Convocation du corps médical.

L'Académie ne veut pas de commissions d'enquête. Elle a peur de ce qui pourrait la grandir, comme si elle était d'âge à craindre les maladies de croissance. C'est bien; on se passera de l'Académie, et elle verra bientôt ce qu'elle y aura gagné.

Est-il nécessaire, oui ou non, de savoir à quoi s'en tenir sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu, de la fièvre typhoïde, de la syphilis, sur l'influence de la vaccine, etc.? Une telle question est résolue dès qu'elle est posée. Si cela est nécessaire, peut-on parvenir à un résultat certain à l'aide des affirmations individuelles? Il est évident que non. Dès lors, et sans plus de paroles, la nécessité des commissions d'enquête apparaît clairement.

Cela étant, puisque l'Académie mal inspirée se récuse, que les médecins de Paris se rassemblent et nomment au scrutin autant de commissions qu'il y a de questions urgentes à résoudre. Quel mouvement d'idées en pourrait naître! quels beaux travaux en pourraient sortir! quels avantages la science et l'humanité en pourraient tirer!

Le corps médical de Paris se mettrait en rapport avec les corps médicaux de la province, et de ce faisceau d'intelligences et de volontés, de ce concours d'efforts, de cette unanime recherche de la vérité, pourraient résulter en peu de temps des solutions qu'une série indéfinie de travaux individuels ne saurait donner avec certitude.

Voilà donc notre proposition formelle. Que ceux de nos confrères qui y adhèrent veuillent bien nous le faire connaître.

Influence de la vaccine sur la mortalité.

Cette question prend une importance et une gravité extrêmes. Il n'est pas possible de l'éluder. On ne gagne rien d'ailleurs à éluder les questions. Elles grandissent dans l'ombre et soulèvent le boisseau. Un fait est vrai ou il est faux; dans l'un et l'autre cas il y a tout avantage à se mettre en face de lui et à l'étudier sans délai et sans relâche jusqu'à ce qu'on ait proclamé la vérité ou démontré l'erreur. Le philosophe qui ferme la main pour y retenir une vérité, et qui s'en vante, se fait une gloire de ce qui fait sa honte. En avant donc, partisans et contempteurs de la découverte de Jenner! La presse vous ouvre ses colonnes, et vous demande non des raisonnements, non de la rhétorique, mais des faits. Pour élever un monument, il faut des pierres, ou du granit, ou du marbre, et non des nuages. Si M. Carnot a raison contre M. Bousquet; si, comme l'avance M. Bayard, la fièvre typhoïde est incomparablement plus fréquente depuis la propagation de la vaccine, en même temps que la variole ferait plus de victimes parmi les vaccinés que parmi les non vaccinés, assertion qui paraîtra incroyable; si cela est, disons-nous, le gouvernement aura un impérieux devoir à remplir. Assurément il ne saurait intervenir dans la question pour décréter l'abolition de la vaccine; mais il lui serait commandé de laisser, à cet égard, toute liberté aux familles, en supprimant les mesures qui rendent la vaccination obligatoire. Nous ne demandons pas cela à présent; nous demandons seulement que la lumière se fasse et qu'on agisse ensuite en conséquence.

Monsieur,

Je viens de lire dans votre feuille du 29 juin un article remarquable où, laissant de côté les artifices de la rhétorique, vous posez *carrément* la question grave que j'ai soulevée en 1848, et autour de laquelle M. le docteur Bousquet s'est jusqu'ici borné à papillonner agréablement.

« Meurt-il plus de jeunes gens aujourd'hui qu'avant la propagation de la vaccine? »

J'ai élevé un sphinx, dites-vous, monsieur. Veuillez ajouter que j'ai posé ce sphinx en présence de l'Académie des Sciences, et si, contrairement à mon espoir, il ne trouve pas un OEdipe sur les fauteuils occupés par MM. Serres, Andral, etc., du moins il n'y aura pas de ma faute.

Vous me permettrez, monsieur, de vous faire remarquer qu'à partir de l'âge de vingt-quatre ans les femmes sont plus cruellement atteintes que les hommes, ce qui exclut à peu près l'explication tirée des études absorbantes, ainsi que des artifices culinaires absorbés. L'alimentation de la jeunesse studieuse est peu hygiénique, il est vrai; mais elle ne l'était pas plus il y a une trentaine d'années, *experto crede Roberto*, et le danger de mort à l'âge de vingt ans était alors moitié moindre qu'aujourd'hui.

Je vous demande aussi, monsieur, la permission de réduire à sa juste valeur une autre hypothèse que je ne croyais pas de nature à dépasser le crépuscule douteux du confessionnal pour venir se poser en face d'une réunion d'hommes sérieux. La révolution providentielle que j'ai signalée est caractérisée par un phénomène à double face, savoir :

1° Diminution des enfants par mariage;
2° Augmentation du nombre des mariages.

Le *primo* peut, à toute force, s'expliquer par la volonté des époux. Cette accusation est sans cesse renouvelée depuis Moïse, ce qui porterait à croire que nous agissons à cet égard tout comme agissaient nos pères. N'importe, admettons-le pour un instant. Mais le *secundo* est inexplicable dans cette hypothèse! Pour que le nombre des mariages augmente, il faut absolument que le nombre des filles à marier augmente aussi; et, pour être bonne à marier, il faut être venue au monde une vingtaine d'années auparavant. Tout cela est évident.

Ainsi, 205,244 mariages contractés en France en 1817 n'eussent certainement pas permis d'en enregistrer 283,902 vingt-quatre ans après, en 1841, si les conjoints de 1817 eussent agi sous l'empire des préoccupations que leur suppose M. Bousquet; d'autant mieux que le célibat féminin a été en progression croissante, ce qui est rigoureusement prouvé par la mortalité comparée de la ville de Paris entre 45 et 55 ans, et aussi, mais moins directement, par l'accroissement des enfants *naturels*. C'est pourtant à l'égard de ces derniers que la théorie de M. Bousquet trouverait à s'exercer utilement pour la société tout entière.

Il n'est, monsieur, ainsi que je l'ai écrit dans mon *Essai de mortalité*, qu'une seule explication rationnelle de ce double phénomène. Toute autre ne peut soutenir cinq minutes d'examen attentif.

La règle générale, et qui ne peut tromper, est que, dans un même pays, sous l'empire des mêmes lois, et toutes choses d'ailleurs égales, *les naissances annuelles sont proportionnelles à la population féconde, comme un produit l'est à ses facteurs*. Les naissances étant stationnaires en France depuis 1817, cela prouve que la population féconde est également stationnaire.

Depuis le commencement du dix-huitième siècle, l'âge moyen du mariage féminin est 25 ans. Il résulte de là que la population féconde entre 25 et 50 ans n'a pas varié sensiblement depuis 30 ans, puisque le nombre des naissances légitimes en France a été (*Annuaire de* 1850) :

De 1817 à 1826 (10 ans), 8,983,280;
De 1838 à 1847 (10 ans), 8,979,090;

tandis que la population totale s'est accrue de plus de cinq millions d'âmes!

Veuillez agréer, etc. H. Carnot.

Autun, 5 juillet 1850.

Cirey, 5 juillet 1850.

Monsieur et très honoré confrère,

« Pour apprécier, dites-vous dans votre journal du 30 juin, avec » quelque degré de certitude l'influence funeste ou heureuse de » la vaccine sur le mouvement de la population, il est nécessaire » d'une statistique sur deux peuples, dont l'un depuis longtemps » aurait accueilli la vaccine comme un bienfait, l'autre, au contraire, » s'y serait constamment soustrait. »

Je partage entièrement votre opinion, je voudrais la voir adopter; je voudrais avoir mission pour dire à l'Académie : — « Au lieu de recherches oiseuses qui vous fourniront des séries de faits contradictoires souvent mal observés, bornez-vous à nommer deux commissions composées d'hommes impartiaux, c'est-à-dire n'ayant aucun parti pris, n'ayant point attaché leur nom à la découverte de la vaccine, ne l'ayant jamais dénigrée. Envoyez l'une de ces commissions explorer la Côte-d'Or, l'autre étudier le département de l'Aveyron, en s'attachant spécialement aux *maladies mortelles* dans la période de 15 à 45 ans; comparez les résultats, et je serai bien étonné si la conclusion ne ressort pas dans toute son évidence. »

Quoi qu'il en soit, je me suis livré à quelques recherches statistiques, et je m'empresse de vous communiquer la note suivante que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie de Médecine le 14 juin dernier. Veuillez lui faire accueil dans la *Gazette des Hôpitaux*, et agréer, etc. A. Bayard, d.-m.

Examen statistique de cette assertion : « *Tous les vaccinés » triomphent des coups de la variole* », émise dans le rapport adopté par l'Académie de Médecine sur les vaccinations de 1847. (M. Bousquet, rapporteur.)

> « Une affirmation tranchante prouve généralement l'embarras de fournir une démonstration positive. Moins elle est fondée, plus elle est péremptoire dans sa forme. Ainsi le veut la fragilité humaine. Nombre de gens, même en Sorbonne, finissent par regarder comme article de foi un mensonge souvent répété. » (Lettres de d'Alembert.)

La médecine a reconnu dans tous les temps l'utilité des statisti-

cons impartiales et correctement établies pour rectifier des erreurs accréditées ou pour comparer entre eux divers modes de traitement.

Or, après avoir lu cette phrase que j'extrais du rapport officiel sur les vaccinations pratiquées en 1847 (page 7) : — « En résumé, » la vaccine préserve donc tous les vaccinés ; mais, chez quelques- » uns, cette préservation a des bornes dans le temps. Elle n'en a » pas dans ses suites, car *tous les vaccinés triomphent des coups* » *de la variole.* » — je demeurai fort perplexe, je l'avoue ; car sous mes yeux était un compte-rendu de l'Académie des Sciences, et cette autre phrase si positive, si précise, écrite par le savant M. Serres :

« Depuis 1845, la variole est devenue mortelle pour quelques » vaccinés. A l'hôpital de la Pitié, sur 162 vaccinés atteints par » l'épidémie, 25 succombèrent. » (Docteur Serres, 3e *Mémoire*, 1847, § 17.)

Il est impossible que M. Serres se soit trompé aussi étrangement sur un fait arrivé dans son hôpital même, fait qui n'a d'ailleurs jamais été contesté jusqu'ici, auquel, au contraire, de nouveaux témoignages donnent chaque jour plus de force. D'un autre côté, il est difficile de comprendre comment l'Académie de Médecine a pu *adopter* une affirmation aussi tranchante que celle contenue dans son rapport, en présence de ce même fait qu'elle ne devait pas ignorer, et qui prouve que, *sur cent vaccinés atteints par la petite vérole, il en meurt plus de quinze!*

Pour sortir de la perplexité que me causait cette contradiction incroyable, je me décidai à employer une pierre de touche infaillible : le calcul statistique fondé sur les documents officiels.

Si tous les vaccinés triomphent des coups de la variole, me dis-je, ce fléau doit évidemment emporter beaucoup moins de monde dans les départements où la vaccine est en grand honneur, que dans ceux où elle est tombée dans un discrédit complet.

Or, de tous les départements de la France, celui de la Côte-d'Or s'est montré le plus constamment zélé pour la propagation vaccinale.

« La part d'influence que la vaccine exerce sur la population, dit » après M. le préfet de la Côte-d'Or le rapport sur les vaccinations » de 1836, peut être spécialement étudiée dans ce département... » Dans la Côte-d'Or, le problème soumis à l'administration par le » Gouvernement impérial, la concordance des vaccinations avec les » enfants nés pendant l'exercice et restant à la fin de l'exercice, » *continue à être pleinement résolu.* » (*Rapport officiel au ministre.*)

De tous les départements de la France, au contraire, le plus constamment rebelle à cette pratique a été celui de l'Aveyron. Il ne faut pas moins que toutes les exigences de l'Etat relatives à l'instruction publique pour obtenir, dans ce département, une vaccination sur dix naissances constatées.

Qui ne croirait, d'après cela, que le département de la Côte-d'Or perd infiniment moins de sujets par suite de la petite vérole que le département de l'Aveyron?

C'est précisément le contraire qui arrive!

J'ai la conviction, en signalant ce fait remarquable à la connaissance de l'Académie, de rendre service en même temps à la science et à la vérité, que cette honorable assemblée ne sépara jamais.

Voici le résultat comparé de la mortalité variolique dans ces deux départements, d'après neuf rapports officiels de l'Académie de Médecine, les seuls que j'aie pu réunir :

ANNÉES.	NAISSANCES Aveyron.	NAISSANCES Côte-d'Or.	MORTS DE LA VARIOLE. Aveyron.	MORTS DE LA VARIOLE. Côte-d'Or.	INFIRMES. Aveyron.	INFIRMES. Côte-d'Or.
1824	10307	10969	42	66	27	27
1830	10791	10657	16	8	12	3
1832	10780	10954	31	42	17	163
1836	11158	10482	11	2	15	3
1842	11608	9661	1	31	0	43
1843	12022	9880	8	11	11	23
1844	10714	9387	7	9	15	11
1845	11647	9725	32	2	24	0
1847	11007	9141	7	15	3	25

RÉCAPITULATION TOTALE.

EFFETS DE LA VARIOLE.

Morts.	Aveyron.....	155
	Côte-d'Or....	186
	Différence......	31
Infirmes.	Aveyron......	120
	Côte-d'Or....	298
	Différence en enfants.......	178

C'est principalement dans les sept premières années de la vie que la vaccine exerce son influence conservatrice. Voici, en conséquence, trois lignes qui indiquent, de dix ans en dix ans, la situation du département de la Côte-d'Or vingt ans environ après l'introduction de la vaccine, et chacune de ces lignes est calculée d'après des moyennes septennales.

L'histoire de cette fallacieuse découverte y est écrite par la main de Dieu!

PÉRIODES SEPTENNALES.	Années moyennes.	Naissances moyennes.	Décès moyens.	Accroissement de population.	Naissances légitimes.	Mariages moyens.	Enfants par mariage.	Population moyenne.	Vie moyenne du nouveau-né.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							enf.		ans.
1821 à 1327	1824	19676	7501	3475	10189	2639	3864	364595	33 22
1031 à 1837	1834	10530	9132	1398	9347	3282	2996	381724	36 25
1841 à 1847	1844	9601	8871	730	8956	3036	2950	395742	41 22

L'observateur réfléchi qui sait et veut lire dans ces chiffres, offrant le mouvement moyen de vingt années, ne peut se dispenser d'y reconnaître combien a décliné rapidement l'accroissement de la population de la Côte-d'Or, ainsi que le nombre d'enfants par mariage. Voyant en même temps augmenter la vie moyenne des nouveau-nés (1), il arrive sans de grands efforts de logique à conclure que l'accroissement de mortalité dans ce département est afférent à la période féconde et active de la vie humaine, entre 15 et 50 ans. Alors il comprend pourquoi les mariages augmentent tandis que les naissances diminuent, par le nombre insolite de veufs et de veuves encore jeunes que crée ce déplacement de la mortalité du pays.

Or, tout le monde sait que la fièvre typhoïde sévit particulièrement entre 15 et 45 ans. Tout le monde sait que si cette maladie n'est pas nouvelle dans toute la rigueur du mot, — question oiseuse, bonne tout au plus à l'amusement des antiquaires, — du moins elle s'est multipliée, de nos jours, dans une proportion inouïe et effrayante. Les rapports de M. Gaultier de Claubry sur les épidémies nous ont appris que ce terrible fléau ravage principalement la Côte-d'Or, département connu, ainsi que nous venons de le voir, par son zèle pour la vaccine.

(1) La vie moyenne à un âge quelconque est le quotient de la population au-dessus de cet âge, divisée par le nombre d'individus survivants à cet âge, en supposant que tous soient nés à un même instant de chaque année. Ainsi, la vie moyenne à 0 an est le quotient de la population totale divisée par les naissances annuelles.

Ce serait douter de l'intelligence de nos lecteurs que d'ajouter des phrases à l'exposé succinct de ces faits déplorables.

Il suffit, en outre, de comparer entre eux les relevés des décès par suite de la petite vérole dans la ville de Paris (*Annuaire du Bureau des longitudes*) pour reconnaître que cette maladie, qui, entre 1817 et 1820, choisissait à peine 5 p. 0/0 de ses victimes entre 20 et 30 ans, en prend aujourd'hui 7 à 8 fois plus, — 37 p. 0/0 de 1845 à 1848! Telle a été la progression de ces deux terribles affections dans le cours de ce siècle. « Quel sujet de méditations pour la médecine *et pour les gouvernements!* » ainsi que le dit M. le docteur Serres dans son 3e *Mémoire*, § 33.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Luxation scapulo-humérale droite datant de trois mois. Réduction.

Ce n'est pas chose toujours facile que de réduire une luxation scapulo-humérale ancienne, surtout quand cette luxation appartient à la variété sous-pectorale.

Nous venons d'assister à une opération de ce genre pratiquée avec succès par M. Maisonneuve, et nous croyons être agréable à nos lecteurs en leur faisant part des manœuvres aussi simples qu'ingénieuses employées par ce chirurgien.

Gillet (Charles), boulanger, âgé de trente-trois ans, demeurant rue de Cléry, 30, eut l'épaule droite luxée vers les premiers jours d'avril. Quelles manœuvres fit-on à cette époque pour opérer la réduction? Le malade n'en rend pas un compte exact. Toujours est-il qu'elles n'eurent aucun succès et que le membre resta impotent.

Au bout de deux mois et demi, Gillet se décida à réclamer les secours des notabilités de la science. On fit à cinq reprises différentes des tentatives énergiques de réduction, tantôt en s'aidant du chloroforme, d'autrefois sans cet auxiliaire. Toutes ces tentatives échouèrent, et on conseilla au malade de s'en tenir là, déclarant la luxation irréductible.

Gillet était entièrement résigné à suivre ce conseil, quand un médecin, en qui il avait pleine confiance, lui conseilla de consulter encore M. Maisonneuve. Ce chirurgien fut d'avis que la réduction était possible et se chargea de l'exécuter, ce qui eut lieu à l'hôpital Cochin, le vendredi 28 juin, en présence de MM. les docteurs Rigal (de Gaillac), De Villabon, Foucault et de nombreux élèves.

La veille, M. Maisonneuve avait eu soin, après avoir endormi le malade, de faire exécuter à la tête de l'humérus des mouvements étendus et variés afin de rompre une partie des adhérences. Il avait en outre constaté avec soin l'espèce de luxation à laquelle il avait affaire et qu'il avait reconnue être une luxation sous-pectorale.

Quant à la réduction, voici comment il y fut procédé :

Le malade, dépouillé de sa chemise, est assis sur une chaise basse, le côté gauche tourné du côté du mur, où se trouve scellé un anneau de fer.

1° Un petit coussin carré est placé dans le creux de l'aisselle du côté malade et maintenu par le plein d'une forte alèze, dont les chefs sont passés dans l'anneau de fer et confiés à deux aides.

2° Une seconde alèze, dont le plein est appliqué sur la voûte acromiale, sert à fixer le malade à la chaise en passant entre ses jambes.

3° Une troisième alèze est appliquée en forme de lac audessus du coude et maintenue à l'aide d'une bande mouillée. Les chefs sont confiés à deux aides.

4° Une quatrième alèze est appliquée encore en forme de lac autour du poignet et maintenue comme la précédente. Les chefs sont de même confiés à deux aides.

5° Une cinquième alèze est appliquée par son plein sur la face antérieure de l'articulation scapulo-humérale, et ses deux chefs, dirigés en arrière, sont confiés à un aide vigoureux.

6° Le chirurgien, debout, est placé en dehors du membre, son pied gauche appuie sur la chaise et sous les fesses du malade; son genou, s'élevant jusqu'au niveau de l'aisselle, lui sert à appuyer la main gauche, qui, placée en supination, embrasse la partie supérieure du bras, tandis que la main droite saisit le bras malade au niveau du coude.

Tout étant ainsi préparé, on soumet le malade au chloroforme jusqu'à flaccidité complète des muscles, puis on commence les tractions horizontales. Après trois ou quatre minutes de tractions graduées, la tête de l'humérus restant toujours engagée sous le grand pectoral, on fait agir les tractions antéro-postérieures au moyen de la cinquième alèze, tout en soutenant énergiquement les tractions horizontales. La combinaison de ces deux mouvements ramène assez facilement la tête de l'humérus dans l'aisselle; puis, faisant cesser toute traction, le chirurgien abaisse vigoureusement l'extrémité inférieure du bras, pendant qu'avec sa main gauche et son genou il élève brusquement la tête de l'os. La luxation se trouve réduite. Le moignon de l'épaule a recouvré sa forme, le bras peut être appliqué contre le tronc, le coude même peut être porté jusqu'au-devant de l'épigastre.

Après s'être assuré que tout est en ordre, M. Maisonneuve fait immédiatement coucher le malade en position horizontale pour éviter la syncope, puis on enlève les lacs et on reporte le malade dans son lit.

Le premier jour, on maintient le bras au-devant de la poitrine dans la position que conseille M. Velpeau pour la fracture de la clavicule.

Le troisième jour, on fait exécuter quelques mouvements à l'articulation.

Et, chacun des jours suivants, on exerce le membre pour lui rendre sa mobilité.

Cette opération, conduite avec sagesse et habileté, fait honneur à M. Maisonneuve. Nous signalerons à nos lecteurs comme une chose vraiment avantageuse dans ces cas difficiles la combinaison des tractions directes sur le bras et l'avant-bras avec les tractions perpendiculaires sur l'extrémité supérieure de l'humérus. Nous signalerons aussi l'avantage de la fixation du malade à sa chaise, idée due à M. Rigal (de Gaillac), et qui, adoptée par M. Maisonneuve, a puissamment contribué au succès.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Troubles généraux de l'intelligence dans les maladies mentales.

(Quatrième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai, 20 juin et 2 juillet.)

Si la lésion des facultés intellectuelles chez les aliénés n'est ordinairement que consécutive à celle des sentiments, elle n'est pas moins constante, et c'est par elle que le plus souvent se révèle l'existence de l'aliénation mentale.

Nous verrons, en effet, bientôt que la mémoire, l'attention, le jugement, l'imagination, la volonté, sont comme les impressions, les perceptions, profondément lésées dans l'aliénation, et que le trouble de ces facultés est plus apparent que celui des qualités affectives et morales.

Ce qu'il importe d'abord de considérer, c'est l'état général de l'intelligence dans la folie.

A ce point de vue, deux modes particuliers et opposés doivent être signalés, la torpeur, la lenteur de l'intelligence et l'accroissement, la rapidité de son activité.

La lenteur tient à deux causes : à l'inertie des facultés intellectuelles ou à la prépondérance d'une idée ou d'un sentiment qui accapare toute l'intelligence et n'en laisse aucune partie disponible, ou accessible à l'action du monde extérieur, et même des impressions intérieures. Ces deux manières d'être de l'esprit ralenti dans son mouvement, quoique bien différentes l'une de l'autre, ont des manifestations analogues, et contre lesquelles il faut être en garde pour avoir une idée exacte de la maladie, du traitement à employer, et de ce qu'il y a à craindre ou à espérer pour la guérison. Les apparences analogues sont la pénurie des idées, la lenteur dans les mouvements, et surtout la persistance de ces deux manifestations, malgré la diversité des incitations. Ce qu'il y a de différent, c'est l'expression de la physionomie, la concentration des traits, une certaine animation du regard dans un cas, et l'affaissement des traits de la face et le vague des yeux dans l'autre. Ce qu'il y a de différent encore, c'est que, dans ce dernier cas, la débilité de la mémoire est habituellement constatée et témoigne de la ruine des autres facultés; tandis que dans l'autre on peut, sous certaines influences, arracher le malade à ses préoccupations pour acquérir la preuve positive de la force de pensée qui revêtait l'extérieur, et qui est employée d'une manière trop exclusive. Mais ce n'est pas seulement l'emploi exclusif des facultés intellectuelles au service d'une série particulière d'idées et de sentiments qui est la cause de la lenteur de l'esprit; cette lenteur est elle-même un des caractères de la mélancolie, et tient tout à la fois à l'état de l'organisme, qui s'allie à la mélancolie et à la nature des idées et des sentiments qui absorbent les facultés.

La lenteur dans le mouvement des idées forme donc un aspect principal à considérer dans l'aliénation mentale, et constitue une des formes générales de lésion de l'intelligence. On peut en acquérir la preuve dans la répétition des mêmes paroles, dans la répétition des mêmes mouvements, des mêmes poses, dans la difficulté qu'éprouvent les aliénés à réunir leurs idées, dans leur hésitation à cet égard, et jusque dans la crainte de porter des jugements qu'on remarque chez ce genre de malades. Cette lenteur se rencontre surtout dans la mélancolie et dans la démence.

L'accroissement de l'activité des facultés intellectuelles est un autre état très remarquable dans la folie, et qui quelquefois, surtout dans les premiers âges de la civilisation, a exercé une influence très grande sur les masses.

Dans cet état, les idées affluent nombreuses et promptes de la double source des souvenirs et du monde extérieur; elles pullulent avec tant de rapidité que leur durée est instantanée et qu'elles sont insaisissables par la conscience.

Dans son impuissance à en faire le triage et la coordination, l'esprit les laisse se produire et disparaître sans réaction; aussi, cette abondance d'idées est-elle ordinairement frappée de stérilité; c'est un désordre, un pêle-mêle qui attriste l'observateur.

Ce désordre des idées, produit de leur extrême variété, est augmenté encore par la diversité des émotions qu'elles suscitent; aussi la parole ne saurait rendre tout ce qu'il y a de mobilité dans les expressions et dans les mouvements chez les aliénés qui présentent une grande activité de l'intelligence; il faut les avoir vus, dans tous les degrés, pour en avoir une juste idée.

Cependant, lorsque cette activité n'atteint qu'une certaine mesure, lorsque l'esprit avivé peut saisir quelque rapport entre les idées nombreuses qui surgissent, il en résulte quelquefois des aperçus qui, par leur éclat intrinsèque et par le tour original de leur expression, frappent les auditeurs d'étonnement et leur font dire que les malades doivent à la maladie l'intelligence qu'ils viennent de révéler. Le spectacle de l'accroissement de l'activité de l'esprit est quelquefois très imposant chez des malades naturellement intelligents.

Ils parlent alors avec une force de pensée, une pompe d'expressions, avec une énergie de gestes qui captivent tous ceux qui les entourent, et si les sujets qu'ils traitent sont élevés et d'un grand intérêt, ils peuvent exercer et ils exercent la plus grande autorité.

Dans d'autres circonstances, l'accroissement de l'intelligence ne se mesure pas par le nombre des idées, mais par l'activité prépondérante de certaines facultés, par celle de la mémoire et de l'imagination; on s'étonne de voir ces malades réciter de longs passages des orateurs et des poëtes que l'on croyait depuis longtemps effacés de leur mémoire; on s'étonne de la prodigieuse facilité qu'ils ont à se rappeler les faits, les dates avec une précision dont ils n'étaient pas anciennement capables; on s'étonne de les voir revêtir toutes leurs pensées d'images poétiques, et même les versifier.

Est-ce à dire que, dans cet état de folie, le malade présente des facultés qu'il n'avait pas auparavant? Non, sans doute, tout ce qu'il manifeste était virtuellement en lui; la maladie n'a fait que faire jaillir au dehors l'étincelle; c'est la vivacité accrue, la plus grande liberté d'allure, le laisser-aller, l'absence de tout motif de circonspection et de contrainte de la part du malade, et le contraste de pensées plus ou moins justes, souvent originales et pittoresques, avec la croyance à la folie de la part des spectateurs, qui donnent le change et qui font croire à plus de développement d'intelligence qu'il n'en existe réellement. Cette activité de l'esprit est surtout notable dans la manie, et particulièrement au début de cette espèce de maladie mentale.

C'est tellement inhérent à la manie, qu'il est arrivé souvent d'annoncer un accès de manie intermittente par l'observation de l'accroissement d'activité des facultés intellectuelles, comme si l'esprit, avant de succomber, était saisi d'une illumination soudaine.

Le désordre de l'intelligence se lie à la lenteur et à l'activité plus grande de son exercice, non pas seulement à cause de ces deux états de l'intelligence eux-mêmes, mais par suite d'un défaut d'association d'idées, d'une incohérence qui dépend d'un manque de force pour enchaîner les idées, de l'emploi continuel d'ellipses, ou bien enfin d'une disposition de l'esprit qui fait que, dans la liaison des idées, les malades se laissent moins diriger par la nature intrinsèque des idées que par les circonstances qui leur sont extérieures, et notamment par leurs signes expressifs et même par les sons.

L'état de santé présente des analogues aux diverses situations de l'esprit que nous venons d'examiner. C'est ainsi que la lenteur maladive des idées correspond à la ténacité qu'elles présentent quelquefois dans l'état normal; si, dans ce cas surtout, les idées sont pénibles, ce qui arrive souvent, elles empêchent alors tout accès à d'autres idées et même aux impressions. C'est encore ainsi que, dans l'état de santé, on cherche fréquemment, pour exprimer les idées, les mots qui quelquefois n'arrivent pas ou arrivent avec une extrême difficulté. A l'activité maladive de l'esprit correspond, dans l'état normal, une abondance d'idées qu'on exprime avec une heureuse facilité, et la confusion qui résulte de cette abondance d'idées, privé qu'on est d'un principe pour les démêler et les coordonner; enfin, le rêve est, du moins fréquemment, l'image la plus vraie du désordre de l'esprit.

Nous venons de voir que l'intelligence était susceptible, dans les maladies mentales, d'éprouver dans l'ensemble de ses facultés une grande torpeur et une grande activité. Maintenant constatons l'état particulier de quelques-unes de ses facultés; commençons par la mémoire.

La mémoire est plus souvent affaiblie qu'avivée dans les maladies mentales; ses degrés d'affaiblissement sont divers, et l'appréciation de ces degrés est très importante pour le pronostic.

La faiblesse de la mémoire est relative; elle est plus grande pour les idées récentes que pour les idées anciennement acquises.

Cette faculté présente aussi des inégalités de faiblesse relatives tantôt aux choses, tantôt aux mots qui doivent les exprimer. L'espèce de mémoire relative aux choses anciennes est conservée chez les déments, qui oublient au contraire les choses presque à l'instant même où elles viennent de se produire. Dans certains cas de maladies mentales, c'est précisément l'inverse qu'on observe; la mémoire, fidèle pour les impressions récentes, semble voir les choses anciennes dans un horizon si éloigné, et l'esprit semble avoir tellement rompu avec ses idées antérieures, que l'identité de la personne est douteuse, et que quelquefois même les malades ne datent leur existence que de l'époque de leur maladie.

Nous devons dire cependant que, dans ces cas, ce n'est pas toujours une simple lésion de mémoire, mais une lésion commune à plusieurs facultés, ce qui prouve de plus en plus que, dans l'état normal comme dans l'état maladif, l'action de nos facultés est simultanée et synthétique.

La mémoire est certainement, par sa faiblesse et par le caractère particulier de cette faiblesse relative aux faits anciens, une condition indispensable pour empêcher de sentir sa personnalité; mais la sensibilité générale, par ses anomalies, y contribue aussi beaucoup. On conçoit, en effet, que lorsque de toutes parts les voies ouvertes aux impressions n'apportent que des matériaux dissemblables à ceux qui étaient apportés anciennement, l'esprit troublé, n'ayant à juger que des impressions fausses et ne pouvant établir aucune comparaison entre le passé et le présent, par l'absence des souvenirs, finisse par se méconnaître et adopte une personnalité différente de la sienne.

Mais ce n'est pas assez que de montrer comment l'esprit humain parvient dans son trouble à méconnaître l'identité de son existence et renonce à sa personnalité; il faut rechercher comment il adopte une personnalité plutôt qu'une autre.

Eh bien! dans quelques circonstances, c'est un souvenir historique qui survit à la ruine de la mémoire et qui, par son isolement même, devient la cause de l'adoption de la personnalité; ainsi, un homme aliéné se croira Mahomet, Napoléon, etc. Dans d'autres circonstances, l'odeur du soufre, le son du bruit de chaînes, des hallucinations entraîneront la conséquence qu'on est le diable; dans d'autres cas, enfin, les changements survenus dans la sensibilité générale feront croire qu'on est de verre parce qu'on se sent friable comme lui, qu'on est un ballon parce qu'on éprouve le sentiment de légèreté, qu'on est de plomb en partie ou en totalité, selon qu'on éprouve un sentiment de pesanteur général ou partiel.

L'exaltation du sentiment du merveilleux, celui de l'amour-propre, doivent aussi être pris en considération pour se rendre un compte aussi exact que possible de ces transformations de la personnalité. Quoique ce soit à l'occasion de la faiblesse de la mémoire que nous ayons parlé des changements de personnalité, nous ne voulons pas dire qu'ils ne se produisent pas, alors que la mémoire est active; mais alors ils arrivent par d'autres causes, comme par exemple par la lésion du jugement et par cette disposition d'esprit à faire des ellipses que nous avons mentionné précédemment. On conçoit que des esprits malades se mettent peu en peine des souvenirs et trouvent toujours les moyens de les adapter à leurs idées délirantes, lorsqu'ils sont d'ailleurs capables de raisonnement.

La mémoire pendant la convalescence, vacillante dès le principe, comme toutes les autres facultés, s'affermit ensuite au point que les convalescents peuvent se rappeler de tout ce qu'ils ont vu et entendu autour d'eux, et rendre compte de leurs dispositions intérieures, du mouvement de leurs idées et de leurs sentiments, et faire connaître les mobiles de leurs paroles et de leurs actes. Cette observation doit être bien présente à l'esprit de tous ceux qui soignent les aliénés, et doit être pour eux un motif de plus pour ne rien dire, ni rien faire qui ne soit digne et convenable; l'on sait d'ailleurs combien les aliénés saisissent avec finesse les moindres paroles et les moindres gestes.

La conservation de la mémoire a surtout lieu chez les mélancoliques et chez les maniaques dont l'agitation a été modérée. Elle est très faible chez les malades dont le délire a été remarquable par une grande abondance d'idées et par une excitation violente et prolongée; elle est faible également chez les délirants qui ont présenté une grande lenteur dans le désordre de l'intelligence; enfin elle est nulle dans la convalescence de l'idiotisme accidentel.

J'arrive à l'attention. Nul doute que cette faculté ne soit profondément lésée chez les aliénés: elle est sans cesse rompue chez les maniaques par la foule et l'incohérence des idées; chez les mélancoliques elle est concentrée, fixe, ce qui les isole et les met en désaccord avec le monde extérieur.

L'instabilité, la désharmonie des impressions extérieures et des pensées sont telles dans le délire général, qu'il arrive souvent aux malades de ne point reconnaître les objets les plus familiers, et qu'il est impossible d'obtenir d'eux quelques réponses conséquentes, quelques paroles suivies sur le même sujet, tant leur attention est mobile et difficile à fixer. Dans les délires bornés, cette faculté n'est lésée, ni de la même manière, ni au même degré. Il n'est pas aisé sans doute de provoquer et de retenir l'attention de ces malades sur un sujet qui ne les intéresse pas; mais il est rare qu'interpellés ils ne reconnaissent pas les personnes et les choses qui les entourent; grand nombre d'entre eux se montrent assez attentifs aux usages, aux convenances; enfin ils appliquent leur esprit avec persévérance à l'objet habituel de leurs préoccupations.

L'attention n'est donc pas une faculté absente dans les délires bornés, comme elle l'est dans les délires généraux; son défaut est d'être concentrée exclusivement.

Cependant, comme l'attention pour s'exercer nécessite le concours de la volonté, il n'est pas exact de dire que les malades atteints de délire bornés s'appliquent avec continuité à l'objet de leur préoccupation.

Nous croyons que la plupart de ces malades sont beaucoup plus absorbés qu'attentifs. De ce qu'il est difficile de les distraire, il n'en faut pas conclure que leur esprit travaille obstinément dans une même direction, ce qui serait le don du génie par excellence, si sa condition première est la force d'attention, ainsi qu'un philosophe naturaliste l'a prétendu. Esquirol nous paraît avoir très bien résumé une observation juste, en disant des mélancoliques: ils sentent et ne pensent pas: cela est vrai, du moins, pour un très grand nombre d'aliénés. La concentration mentale, active dès le principe, dégénère en une sorte d'habitude instinctive, automatique, qui met à peine en jeu les facultés de l'entendement.

Il y a d'ailleurs une grande différence entre les préoccupations du sentiment et celles de l'esprit; en ce qui concerne le degré d'attention et la participation de la volonté.

Le sentiment est spontané; il commande et n'obéit pas; l'attention est provoquée et devient passion. A-t-on besoin d'être attentif au plaisir ou à la douleur? Dans le domaine intellectuel, au contraire, quoique faculté éminemment active, l'attention est subordonnée à la volonté; il est toujours loisible jusqu'à un certain degré de l'accorder ou de la refuser.

Pour en finir avec les lésions de cette faculté dans l'aliénation mentale, nous dirons que l'attention, sans cesse éparpillée et répartie sur un grand nombre d'objets, paraît plus faible qu'elle ne l'est véritablement dans le délire général; qu'elle est souvent sans emploi dans le délire partiel, et plus apparente que réelle chez les malades qui paraissent préoccupés, concentrés, attendu qu'ils sont alors moins attentifs qu'absorbés; qu'enfin dans la démence, l'attention, comme les autres facultés intellectuelles et affectives, est plus ou moins complètement abolie.

Cette manière d'interpréter les faits s'éloigne beaucoup de celle d'Esquirol admise par la généralité des médecins. Nous ne pensons pas que les lésions de l'entendement puissent être ramenées à celles de l'attention; l'isolement de nos facultés dans l'état maladif comme dans l'état normal nous paraît arbitraire, et nous jugeons impossible de ramener le désordre de toutes au désordre d'une seule: la physiologie du cerveau et la psychologie s'accommodent mal de ces subtilités. On ne tient pas d'ailleurs suffisamment compte de la spontanéité de l'encéphale, qui commande plutôt qu'elle n'est commandée; il ne dépend pas de nous, il ne dépend pas d'une faculté de régulariser tous les actes de l'intelligence, surtout dans les maladies. En outre, il est dans le délire des phénomènes dont l'inattention ne saurait donner la moindre idée, les hallucinations, par exemple. Il n'y a point alors à comparer, à juger, à raisonner; c'est une reproduction fantastique d'images dont la soudaineté devance l'intervention active et volontaire de l'attention. Enfin, il n'est pas une seule faculté de l'entendement qu'on ne puisse trouver tour à tour présente, absente, ou pervertie dans le délire; ce qui nous porte à conclure que toutes les facultés participent, à des degrés différents, au désordre de l'entendement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Du rhumatisme articulaire aigu et chronique.

(Suite du quatrième article. — Voir le n° du 6 juillet.)

Traitement.

Chez les sujets affectés d'une maladie rhumatismale chronique, il y a une véritable diathèse qui consiste dans un état général peu apparent, mais qui persévère évidemment; et, pour le faire cesser, il faut employer les diaphorétiques, les excitants diffusibles et les stimulants. Cette médication est celle qui éloigne le plus sûrement les causes morbigènes du rhumatisme, et qui peut rapprocher le plus le terme de l'affection rhumatismale en provoquant des crises et des activités insolites des émonctoires. On a employé des médications externes qui produisent le même résultat, tels que des douches, des bains d'air chaud, des bains stimulants: ils agissent, quand ce sont des bains généraux, en stimulant l'organisme; quand ce sont des bains locaux, en activant les émonctoires et les fonctions de la peau, en empêchant de se déranger, et par ces moyens on guérit les affections rhumatismales et on les empêche de se reproduire.

Nous avons grande confiance dans les bains sulfureux qui ont une action stimulante et par le soufre et par les principes alcalins qu'ils contiennent; c'est la médication générale des bains thermaux, et c'est celle qui offre le plus d'exemples de bons résultats.

Il est d'autres médications qui rentrent dans celles dont il a été question plus haut, telles que l'administration des poudres de James composée de parties égales de sulfure d'antimoine et de corne de cerf calcinés ensemble, ou de Dower, composée de parties égales de sulfate et de nitrate de potasse avec addition d'opium et d'ipécacuanha, ou de quelques autres poudres diaphorétiques et diurétiques.

Inutile de dire qu'il y a une hygiène à faire observer aux malades affectés de rhumatismes chroniques, et, en les envoyant dans les pays chauds, en favorisant leurs fonctions excrétoires et sécrétoires, on préviendra autant que possible le retour de ces accidents.

On a encore préconisé d'autres moyens de traitement; mais il est à craindre que la faveur dont ils ont joui ne soit pas le résultat de bonnes observations; ainsi, par exemple, les préparations mercurielles administrées jusqu'à salivation dans les inflammations articulaires rebelles et qui probablement tenaient à des affections syphilitiques.

Diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire et de la goutte. — La goutte est aussi une maladie générale qui peut se présenter sous la forme aiguë ou sous la forme chronique, comme le rhumatisme articulaire. A l'état aigu, elle donne lieu à la manifestation de la fièvre, mais moins intense que celle du rhumatisme, et elle déverse sur le corps un état inflammatoire spécial. C'est sur une articulation qu'elle apparaît d'abord; il n'est donc pas étonnant que des esprits étroits, voyant cette similitude et frappés de la coïncidence de ces deux affections qui peuvent se compliquer chez le même individu, les aient toujours confondues en une seule. C'est, du reste, une erreur qui plane sur toute l'antiquité médicale, et il faut arriver jusqu'à Boerhaave pour la voir disparaître; encore voit-on cet auteur y tomber quelquefois.

Dans toutes les affections goutteuses, la lésion inflammatoire s'établit sur une ou plusieurs articulations, presque toujours sur une seule; elle ne commence jamais sur les lames aponévrotiques, ni sur la longueur des membres. La goutte commence toujours par prendre aux points d'insertion des ligaments coordonnés des articulations, et ce n'est que lorsqu'elle est passée à l'état chronique et tout à fait exceptionnellement qu'elle arrive jusqu'à la capsule articulaire. Elle s'établit sur la tête de l'os et se localise par un point rouge apparaissant à la surface de la peau, puis elle s'agrandit successivement comme le ferait une tumeur œdémateuse gagnant peu à peu les parties voisines; ainsi, elle pourra commencer au gros orteil et s'étendre graduellement à tout le pied. De plus, il n'est pas d'affection goutteuse qui ne soit presque toujours accompagnée de dyspepsie, de douleurs à la région épigastrique, de cardialgie, qui se montrent trois ou quatre jours avant la manifestation de l'attaque de goutte.

Dès que la tumeur goutteuse s'est produite, il s'établit autour du point qu'elle occupe une induration circonscrite qui se résout en un topbus de matière calcaire destiné à disparaître si l'induration est peu considérable, à rester si elle est trop grande: c'est ce qui constitue le tophus goutteux. La présence constante du tophus montre la spécialité de la forme essentielle de la maladie goutteuse qui la fait différer de l'état inflammatoire local suite du rhumatisme articulaire.

L'attaque de goutte est fréquemment précédée et toujours suivie d'émission d'urines rouges laissant déposer un sédiment rougeâtre briqueté, constitué par les matières azotées que contiennent les urines en abondance sous la forme d'urate de chaux, et la manifestation de ce phénomène se rattache constamment à la production de l'affection goutteuse.

Il est des affections goutteuses qui présentent des indurations calcaires se montrant dans les articulations ou dans la gaine des tendons, et qui, s'introduisant comme des coins entre les surfaces articulaires, déforment les articulations; ce qui n'arrive jamais dans les affections rhumatismales, excepté quand elles se trouvent compliquées d'une attaque de goutte. Le rhumatisme articulaire présente plus de mobilité dans sa marche et affecte plutôt les grandes articulations; la goutte peut bien occuper plusieurs articulations à la fois; mais elle n'offre pas la facilité de déplacement du rhumatisme articulaire, et s'établit de préférence sur les petites articulations, celle du gros orteil, par exemple. La goutte se manifeste sans causes extérieures, mais surtout à la suite d'une alimentation trop substantielle et trop animalisée, le rhumatisme arrive chez les individus qui s'exposent à l'action des influences ex-

térieures, qui, par exemple, s'exposent au froid quand ils sont couverts de sueur.

On a vu de pauvres gens affectés de maladies goutteuses dans des pays où elles règnent endémiquement, surtout dans le Côtentin, et on a voulu confondre cette maladie avec l'affection rhumatismale, mais on n'a pas vu qu'elle dépendait du genre d'alimentation, et surtout de l'usage du cidre aigri, qui est la boisson principale des habitants de cette contrée.

Dans les affections rhumatismales, les articulations ne se déforment pas et ne se dévient pas. La goutte est essentiellement héréditaire ; car elle est la conséquence d'une condition pathologique générale, tandis que l'affection rhumatismale ne reconnaît l'hérédité pour cause qu'exceptionnellement.

Ces différences sont tellement tranchées, que les sujets qui portent ces deux maladies simultanément savent parfaitement bien reconnaître les différences qui se montrent dans ces affections, et distinguer ce qui appartient à l'une et ce qui appartient à l'autre.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juillet 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance officielle comprend :

1° Cinq lettres du ministre du commerce transmettant à l'Académie : un rapport de M. le docteur Billot, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny (Jura), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Plenise pendant les mois d'octohre et de novemhre 1849 ; un rapport de deux médecins de Bayonne sur une épidémie de petite vérole qui a ravagé la commune de Labastide de Clairence en 1846 ; un mémoire de M. le docteur Maugeis sur le choléra qui a sévi dans la vallée de Montmorency ; une demande de M. Gasfard, pharmacien à Aurillac, tendant à obtenir l'approhation d'une formule d'un médicament nouveau, la santonine hrune, dont il se dit l'inventeur ; diverses notes de Mme Coquillard, sage-femme à Belleville ;

2° Une lettre du ministre de l'instruclion puhlique transmettant, de la part de M. Stœbec, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, une thèse de M. Spindler sur le choléra ;

3° Enfin, un grand nombre d'états de vaccinations.

L'Académie reçoit, en outre :

Un mémoire de M. le docteur Bucquoy, médecin des épidémies à Péronne, sur la coexistence de la suette et du choléra ;

Une lettre de M. le docteur Cazentre, de Bordeaux, sur le *matico* ou *matica*, médicament qu'il a expérimenté pendant plus de dix ans de séjour dans les mers du sud, et dont il dit avoir obtenu de hons résultats dans les hémorrhagies traumatiques capillaires, dans le traitement des plaies dont il hâte la cicatrisation, et dans les flux sanguins des surfaces muqueuses, etc. ;

Un mémoire de MM. Haspel, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, et Demortain, pharmacien en chef du même hôpital, renfermant le résultat de leurs recherches cliniques et chimiques sur le choléra ;

Une note de M. Courty, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, contenant la description et le dessin d'un nouvel instrument destiné à extraire certains corps étrangers de la vessie de l'homme ;

Un mémoire de M. Padioleau, de Nantes, sur l'heureuse influence de l'eau en affusion dans les maladies aiguës et dans les affections nerveuses ;

Une lettre par laquelle M. A. Becquerel informe l'Académie qu'il existe en ce moment un cas de pellagre dans le service de la Pitié ;

Enfin, une lettre de M. François, ingénieur en chef des mines, chargé des travaux de Luchon, qui adresse trois exemplaires du tableau des sources de Luchon. (Ce document est destiné à la commission des eaux de la France).

Eau minérale alcaline de Montégu-Sécla.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur une demande en autorisation pour l'exploitation de l'eau minérale naturelle de Montégu-Sécla (Haute-Garonne).

D'après la nature et la composition chimique de cette eau, M. le rapporteur croit devoir la classer à côté des eaux alcalines silicatées et la comparer aux eaux d'Ems, de Néris et même de Plombières.

Quant à son action thérapeutique, sa composition même permet, suivant M. le rapporteur, d'admettre les hons effets qu'elle a produits dans une foule d'affections anciennes de l'estomac, du foie et des intestins.

La commission pense, en conséquence, que l'eau de Montégu-Sécla est appelée à rendre à la fois d'utiles services à la thérapeutique, ainsi qu'à la localité qui la possède, et elle propose d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Eau minérale ferrugineuse de Château-Gonthier.

M. O. Henry fait, au nom de la même commission, un second rapport sur une demande en autorisation pour l'exploitation de l'eau minérale naturelle de Château-Gonthier (Mayenne). Cette eau, connue depuis longtemps sous le nom d'eau de Pougues rouillée, offre par sa composition heaucoup d'analogie avec l'eau de Spa. Ses propriétés médicales sont depuis longtemps connues aussi. La commission propose en conséquence de répondre qu'il y a lieu d'autoriser l'exploitation de cette eau minérale. (Adopté.)

Traitement des hémorrhagies artérielles consécutives.

M. Nélaton, candidat pour la section de palbologie chirurgicale, lit un mémoire sur le traitement des hémorrhagies artérielles consécutives, dont il résume les principaux points dans les conclusions suivantes :

1° Le mécanisme de l'oblitération spontanée des artères à la surface des plaies qui suppurent diffère essentiellement de celui qui préside à l'oblitération de ces vaisseaux dans une plaie récente. Le mot *occlusion* conviendrait au premier, celui d'*oblitération* au second.

2° Cette occlusion consiste esssntiellement dans l'adbésion des hourgeons charnus qui se développent dans la gaîne celluleuse de l'artère, comme ils se développent sur tous les autres points de la solution de continuité.

3° La ligature par la méthode d'Anel peut bien amener la suspension définitive d'une hémorrhagie secondaire, mais à la condition qu'elle interrompra le cours du sang dans le vaisseau divisé jusqu'au moment où les bourgeons charnus auront contracté nne union assez intime pour résister à l'impulsion du sang ramené au-dessous de la ligature par les voies collatérales.

4° Si la plaie artérielle est située dans une région où les anastomoses permettent à la circulation de reprendre rapidement son cours, à la main, par exemple, au pied, au cou, le retour de l'hémorrhagie après l'application de la méthode d'Anel est presque inévitable, si une cause quelconque, locale ou générale, vient ralentir le travail de cicatrisation.

5° La ligature d'une artère peut être faite dans une plaie qui suppure sans danger de section immédiate du vaissean ou de cbute prématuiée de la ligature.

6° Cette ligature détermine aussi sûrement l'oblitération du vaisseau que quand on la pratique dans une plaie récente ; donc elle doit obtenir la préférence sur la méthode d'Anel toutes les fois qu'elle sera praticable.

(Commissaires : MM. Velpeau, Roux et Laugier.)

Facultés intellectuelles et morales des sourds-muets.

M. Gerdy reprend et termine la lecture, commencée par M. Dubois dans la dernière séance, de son rapport sur l'examen critique des opinions d'Itard sur les facultés intellectuelles et morales des sourds-muets ; par M. Bertbier, sourd-muet lui-même, et président de la Société centrale des sourds-muets, doyen des professeurs de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

M. ROCHOUX. La question de l'importance de l'ouïe et de la vue et même celle de la supériorité d'un des deux sens sur l'autre est résolue, si on la considère en bloc ; indécise, si on l'étudie dans ses détails. Ainsi, on ne saurait douter qu'une espèce aussi élevée dans l'échelle que l'homme ne pourrait vivre privée de la vue ou de l'ouïe. Par conséquent, on peut assurer que chacun de ces deux sens est indispensable à la conservation de la vie de l'homme, comme espèce ; comme individu, il vit sourd ou aveugle, grâce aux secours qu'il reçoit de ses semhlahles. Ainsi, contrairement à M. Gerdy, je n'hésite pas à dire que l'espèce humaine, privée de l'un de ces deux sens supérieurs, ne pourrait exister. Comme autre preuve de solution générale, j'ajouterai que l'on ne trouverait personne qui ne préférât perdre l'ouïe que la vue.

Quant à l'indécision concernant les détails, j'en tire la preuve de ce que dit M. Gerdy. Le sourd-muet, assure-t-il, marche avec intrépidité dans les combats sans être effrayé des bruils qui terrifient souvent ceux qui entendent ; mais aussi il n'est pas stimulé par les fanfares, par le cri en avant qui entraîne les autres comhattants. Ainsi, dans ce cas, compensation ou indécision ; de même, dans son instruction, le sourd-muet acquiert ou perd encore la supériorité sur l'aveugle, d'après les réunions au milieu desquelles il vit, son éducation, ses dispositions, le genre de ses études, etc.

En somme, je reprocherai à l'auteur du mémoire, à M. Gerdy et même à Itard, de n'avoir pas assez distingué, dans la question qu'ils ont traitée, ce qu'elle offrait de général, et partant de résolu, d'avec les faits de détails sur beaucoup desquels règne l'indécision.

M. GERDY réfute les objections de M. Rochoux en citant quelques exemples d'actes de courage et d'intrépidité accomplis pendant nos révolutions par des sourds-muets.

Après un échange de quelques ohservations entre MM. Gerdy, Rochoux, Roux et Duméril, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— M. LEVRAT, de Lyon, lit un mémoire sur le traitement de la goutte, du rbumatisme et de la sciatique. Il ne nous a pas été possible d'en saisir les conclusions.

Cas d'hermaphrodisme chez le mouton.

M. RACIBORSKI présente les pièces anatomiques d'un mouton qui offrait un cas remarquable d'hermaphrodisme.

Concours du Bureau central. — Les épreuves d'élimination sont terminées pour les deux concours actuellement ouverts à l'administration des hôpitaux, l'un pour une place de chirurgien, l'autre pour quatre places de médecin du Bureau central.

Les candidats admis à prendre part aux épreuves ultérieures pour la chirurgie sont au nombre de cinq. Ce sont MM. Depaul, Deville, Follin, Guérin et Sappey.

Les concurrents admis à prendre part aux épreuves ultérieures pour le concours de médecine sont au nombre de douze. Ce sont MM. Aran, Bernutz, Bergeron, Bernard (Ch.), Delpech, Frémy, Gubler, Hérard, Matice, Moutard-Martin, Oulmont, Racle.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

NOUVELLES PUBLICATIONS.

SAMEDI 13 JUILLET 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 83.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 12 JUILLET 1850.

La question traitée par M. Nélaton dans le travail qu'il a communiqué mardi dernier à l'Académie, offre un grand intérêt pratique; et, d'autre part, les considérations de physiologie pathologique qu'il y a rattachées méritent de fixer l'attention. C'est à ce double point de vue que nous nous sommes réservé d'analyser rapidement ce mémoire.

Lorsque, dans une plaie récente, une artère de quelque importance a été lésée, la règle est de rechercher, dans la plaie même, les deux bouts du vaisseau pour les lier. Mais si la plaie date de quelques jours, si les tissus sont enflammés, tuméfiés, suppurants, on prescrit de faire la ligature à la manière d'Anel. Telle est la doctrine reçue sans contestation; telle est la pratique suivie par tous les chirurgiens. C'est contre cette doctrine, contre cette pratique, que M. Nélaton s'inscrit, éclairé par des faits nombreux, dont plusieurs lui sont propres, et dans lesquels la ligature suivant la méthode d'Anel n'a pas empêché l'hémorrhagie de se reproduire. Sa conclusion est que la ligature dans les plaies suppurantes, *toutes les fois qu'elle sera praticable*, doit être préférée à la méthode d'Anel. Cette restriction — toutes les fois qu'elle sera praticable — manque peut-être de précision; et, en effet, dans quelles circonstances la ligature sur place cessera-t-elle d'être praticable? L'auteur ne le dit pas.

Un homme reçoit un coup de feu à la cuisse; l'os est respecté. A la chute des eschares, des hémorrhagies se produisent et deviennent alarmantes. Les chairs sont tuméfiées; la suppuration est établie. Jugeant que la recherche du vaisseau lésé, dans la plaie, serait longue, laborieuse, que l'inflammation locale en serait certainement accrue, M. Baudens fait la ligature de l'artère iliaque externe, et jamais, pour le dire en passant, opération pareille ne fut pratiquée avec moins d'effusion de sang, avec plus de sûreté et de précision, ni plus rapidement. En moins de dix minutes le vaisseau était lié. Le succès fut complet. Ce cas n'est pas le seul, et il s'en faut, dans lequel la méthode d'Anel, appliquée pour obvier à des hémorrhagies secondaires se produisant au milieu de plaies en suppuration, ait réussi pleinement. On irait donc trop loin si l'on prétendait que dans tous les cas de ce genre la ligature sur place doit être préférée.

Aussi, et bien que sa conclusion finale ait quelque chose d'absolu, M. Nélaton ne va pas jusque-là. Dans une conclusion précédente, la quatrième, il corrige à l'avance la dernière, en établissant que c'est quand la plaie est située dans une région où les anastomoses permettent à la circulation de reprendre rapidement son cours, à la main, au pied, au cou, que la ligature sur place doit obtenir la préférence. Dans ces termes, la nouvelle doctrine peut être admise. On avait objecté contre la ligature sur place :

1° La douleur;

2° Les difficultés de l'opération;

3° La sécabilité de l'artère, rendue friable par l'inflammation.

La première objection est levée depuis la découverte des moyens anesthésiants. La seconde est sérieuse; il est assurément plus long et plus difficile de trouver un vaisseau au milieu de tissus en suppuration qu'à une certaine distance, dans une partie saine; mais la difficulté est loin d'être insurmontable. M. Nélaton en parle par expérience. Ou l'artère donne du sang, et le jet guide le chirurgien, ou elle a cessé de donner, et un caillot adhérent en indique généralement la place. Reste la troisième objection. C'est, pour ainsi dire, un article de foi, en chirurgie, que les artères quand elles sont enflammées, résistent moins au fil qui les étreint, comme c'est une vérité, en anatomie pathologique, que les tissus mous sont rendus plus friables par l'inflammation; témoin le poumon. Or les expériences sur les animaux faites à ce sujet par M. Nélaton, les observations qu'il a recueillies sur l'homme, lui auraient démontré que « la ligature d'une artère peut être faite dans une plaie qui suppure sans danger de section immédiate du vaisseau ou de chute prématurée de la ligature. » Entre autres faits, M. Nélaton en a cité un très remarquable, dans lequel la méthode d'Anel ayant été appliquée pour une hémorrhagie dans une plaie suppurante, et l'hémorrhagie s'étant reproduite, la ligature sur place fut pratiquée et suivie de succès.

Arrivons maintenant aux considérations de physiologie pathologique présentées par M. Nélaton; elles sont relatives au mode d'occlusion des artères liées. Dans les plaies non suppurantes, un caillot se forme au-dessus de la ligature, et adhère à l'intérieur du vaisseau par le moyen de la lymphe plastique, produit de l'inflammation au premier degré, au degré adhésif de Hunter. Ce caillot se réduit insensiblement par la résorption de sa partie liquide, et ses éléments solides finissent par se confondre inséparablement avec les parois artérielles. Il n'en est pas ainsi dans les plaies suppurantes. Ici, d'après M. Nélaton, l'occlusion a lieu par la formation de bourgeons charnus qui adhèrent d'une paroi à l'autre, et si le cours du sang se rétablit avant que cette adhésion ait acquis assez de solidité, on voit l'hémorrhagie se reproduire. Au fond, le mécanisme est le même, ou plutôt c'est toujours par la lymphe plastique que se fait l'adhésion. L'inflammation suppurative rétrograde au degré adhésif quand une plaie se cicatrise, et elle ne se cicatrise que par cette dégradation du mode phlegmasique. Le bourgeon charnu, après avoir fourni du pus, ne fournit plus que cette liqueur fibrineuse, espèce de colle vitale, à laquelle depuis Hunter on donne le nom de lymphe plastique ou coagulable. Quand une plaie suppurante, au lieu de rétrograder au degré adhésif, suppure indéfiniment, c'est un ulcère. Toute adhésion se fait par la lymphe plastique; seulement cette lymphe est exsudée de prime abord, et la cicatrisation, s'il s'agit d'une plaie, est dite immédiate, ou elle est sécrétée par les bourgeons charnus, après suppuration, et la cicatrisation est dite secondaire. En définitive, le mode adhésif est le même dans les deux cas. Mais cette vue, sans sortir du sujet, s'applique à la grande question de la cicatrisation ou mieux des adhésions en général, et nous ne saurions y insister davantage.

C'est probablement M. Laugier qui rendra compte du mémoire de M. Nélaton. Nous aurons donc un bon rapport et peut-être une bonne discussion.

Revue clinique hebdomadaire.

Arthritis, tumeurs blanches et carie des vertèbres cervicales. — En terminant notre dernière *Revue clinique*, nous annoncions, après avoir cité un fait de tumeur blanche des vertèbres cervicales, que nous venions d'observer dans un autre hôpital un cas de carie des sixième et septième vertèbres de la même région, assez intéressant pour être mis en regard du premier, avec lequel il offrait des analogies et des différences dignes d'attention. Voici ce second fait :

Une femme de cinquante-cinq ans, marchande à la toilette, maigre, lymphatique, couchée au n° 20 de la salle de chirurgie de l'hôpital des Cliniques, nous raconte qu'au commencement de l'année dernière, elle a eu une maladie assez grave, ayant son siége dans un des appareils organiques contenus dans la poitrine. D'après les réponses qu'elle fait aux questions qui lui sont adressées, nous devons penser qu'elle avait une maladie du cœur plutôt qu'une affection pulmonaire; car elle affirme n'avoir pas toussé, n'avoir pas eu de crachements de sang, etc. Elle ne se ressentait plus de cette affection quand, il y a trois mois, elle éprouva des douleurs très vives dans la partie postérieure et inférieure du cou sans cause connue. Peu à peu les mouvements sont devenus difficiles; la malade croyait avoir un simple torticolis. Il y a un

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Bibliothèque du Médecin-Praticien, ou Résumé général de tous les ouvrages de clinique médicale et chirurgicale, de toutes les monographies, de tous les mémoires de médecine et de chirurgie pratiques, anciens et modernes, publiés en France et à l'étranger; par une société de médecins, sous la direction du docteur FABRE, membre de la Légion-d'Honneur, auteur du *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, etc.

Chaque époque a sa place marquée dans l'histoire du progrès et de la civilisation humaine; aucune ne reste étrangère à la marche de l'humanité, et toutes concourent, qui plus, qui moins, à ce mouvement ascensionnel qui nous emporte constamment vers de meilleures destinées. Pour ne pas remonter plus haut, le seizième et le dix-huitième siècle furent ce qu'on pourrait appeler des époques initiatrices. Dans la première, Bacon et Galilée remplissent le monde de leurs noms; Harvey révolutionna la science en découvrant la circulation du sang; Gilbert écrit le *Traité de l'aimant;* Gassendi et Kepler observent encore les astres après Copernic et Tycho-Brahé; Vesale donne à l'anatomie une impulsion considérable; Ambroise Paré devient, par ses travaux, le père de la chirurgie moderne; Paracelse et Raymond Lulle sont l'expression la plus haute de ces hardis savants qui, à la recherche d'une chimère, marquèrent un sillon profond d'où est sorti la chimie; Van-Helmon, Fabrice d'Aquapendente, sont des noms chers à la science; et tandis que se fondait à Padoue la première clinique, François Ier créait à Paris le Collége de France. Le dix-huitième siècle est tout plein de Voltaire et des encyclopédistes. En physiologie, Haller en marque la première période, et Bichat la dernière, sans parler des intermédiaires, tels que Barthez, Camper, etc.; en médecine, Bordeu dès le début, et Corvisart et Laennec à la fin; en histoire naturelle, Linné, Buffon, Cuvier, Lamarck, etc. L'alchimie se dégage de ses erreurs, et devient, entre les mains des Lavoisier, des Guyton de Morveau, etc., une science exacte et positive, sur laquelle va bientôt s'appuyer la médecine tout entière.

Après chacune de ces époques de sublime enfantement, on dirait que l'humanité éprouve le besoin de se reposer, de se concentrer en elle-même, et de jeter un regard en arrière, afin de réunir en un faisceau compacte toutes les connaissances et toutes les découvertes, et, s'appuyant sur elles, marcher plus sûrement à la conquête de nouvelles connaissances et de nouvelles conquêtes. Ces époques sont celles que l'on pourrait appeler époques d'élaboration. Le dix-septième siècle est longtemps occupé des disputes que soulève l'hipéca, et ne nous montre guère qu'un seul nom en médecine, celui de Boerhaave, « l'un des princes de la médecine, dit M. Is. Bourdon, et le plus célèbre des médecins modernes, fut l'esprit le plus vaste et le plus influent (je ne dis pas le plus profond) des savants de son siècle.... Il eut l'immense avantage de venir après Galilée, après Descartes, après Bacon; avant Voltaire, Buffon et d'Alembert. Les premiers l'avaient éclairé, les autres l'eussent peut-être éclipsé. » (*Illustres médecins et naturalistes*, page 159.)

L'époque à laquelle nous vivons est essentiellement de celles où la science fait une halte, rassemble les matériaux épars et les élabore, pour ne rien laisser en arrière quand sera arrivé le moment de se remettre en marche; nous n'apporterons comme preuve de cette assertion que le catalogue de la librairie médicale depuis que la période d'élaboration a commencé, jamais aucune époque n'avait vu éclore un aussi grand nombre de dictionnaires de médecine, grands ou petits; il en est jusqu'à dix que nous pourrions citer, sans compter les compendiums de médecine et ceux de chirurgie. Malgré leur nombre, chacun de ces ouvrages s'écoule et trouve faveur dans le public; c'est que le public obéit malgré lui à l'influence de son siècle, à ce quelque chose d'insaisissable qui nous imprime à tous la même impulsion, comme aux moutons de Panurge.

La *Bibliothèque du Médecin praticien* appartient essentiellement à cette catégorie d'ouvrages qui sont l'expression la plus fidèle des tendances de notre siècle, et M. Fabre, alors qu'il en conçut l'idée, devait être bien profondément pénétré de cette tendance, car il achevait à peine un ouvrage de même nature en huit gros volumes, son *Dictionnaire des Dictionnaires de médecine*. Jusqu'à présent le succès a prouvé à M. Fabre qu'il connaissait bien l'esprit de son temps, et les nombreux souscripteurs à la *Bibliothèque du Médecin praticien* confirment pleinement ce que nous avons dit touchant les besoins de la génération actuelle, et attestent mieux que nous ne pourrions le faire le mérite constamment soutenu de cet ouvrage si important par l'étendue et par les matières qu'il renferme.

Commencé en 1843, l'ouvrage sera terminé en octobre 1850; il aura donc fallu sept longues années pour mener à bonne fin ce travail immense, qui ne laisse dans l'ombre ni un fait, ni une opinion, que ce fait ou que cette opinion se trouve dans un livre de longue haleine ou qu'il soit perdu dans un mémoire de quelques pages. Treize volumes ont déjà paru, et en présence de ce monument imposant de vaste érudition, le critique se sent pris d'un profond découragement, et serait tenté de demander, lui aussi, sept longues années pour examiner, compasser, et rendre compte de cet ouvrage. Le journalisme n'admet pas de pareilles lenteurs, et fort heureusement pour nous la *Gazette des Hôpitaux*, prudente ménagère de la santé de ses rédacteurs et des plaisirs de ses abonnés, a pris soin de rendre compte des voulumes au fur et à mesure qu'ils paraissaient; de telle sorte que l'article final, qui sera nécessairement un coup d'œil jeté sur l'ensemble de l'ouvrage, offrira peu de difficultés, et si ce travail nous incombe, nous tâcherons d'avoir de bons ciseaux de préférence à une bonne plume.

Pour aujourd'hui notre cadre est plus borné, et nous n'avons à rendre compte que des trois volumes parus en 1850, c'est-à-dire les tomes XI, XII et XIV. Le tome XIII, qui comprendra les maladies des organes locomoteurs, s'est trouvé en retard et ne verra le jour qu'en octobre, en compagnie du volume XV, relatif à la médecine légale et à la toxicologie.

Nous sommes loin de nous plaindre de ce retard; car notre tâche est suffisamment remplie avec les XIe, XIIe et XIVe volumes, qui contiennent le premier les Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes; le deuxième, les Maladies des appareils respiratoire et circulatoire; le troisième, enfin, la matière médicale et la thérapeutique.

Ces trois volumes seraient toute la médecine aux yeux d'un noso-

mois, la déglutition devint pénible; et enfin, il y a quinze jours, à ces phénomènes s'ajouta une altération très notable du timbre de la voix, comme si la colonne d'air était maintenant trop petite pour que l'articulation des sons pût se faire aussi bien qu'à l'état normal.

Du reste, ni tumeur, ni rougeur de la peau, ni réaction fébrile. Interrogée avec soin sur le siége précis des douleurs qu'elle avait ressenties, elle a toujours désigné avec son doigt la partie postérieure et inférieure du cou correspondante à la sixième et à la septième vertèbre cervicale.

Au moment de l'examen de la malade, voici l'état qu'elle présente :

Ni rougeur de la peau, ni tumeur, ni œdème des téguments ou du tissu cellulaire. Les apophyses épineuses des sixième et septième vertèbres ne sont pas plus saillantes qu'à l'état normal. La pression exercée avec le doigt sur la face postérieure et les côtés du cou, au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, occasionne de la douleur. Pas de douleur dans la région occipitale. Plongé profondément dans la bouche, le doigt tombe, au niveau de la partie laryngienne du pharynx, sur une tumeur arrondie qui paraît oblongue, fluctuante, dépressible, et qui n'empêche pas le doigt de porter sur la face antérieure de la colonne vertébrale. Insistons sur ce point, que la pression latérale exercée sur le cou, au niveau des angles de la mâchoire inférieure, produit une douleur qui correspond à la septième vertèbre cervicale. Aucun trouble du côté des organes des sens, non plus que du côté de l'innervation, soit générale, soit des membres supérieurs.

De cette courte histoire, il ressort que cette femme présente une affection profonde des os, qui a déterminé la formation d'un abcès symptomatique, et qui n'est autre que ce que l'on a désigné sous le nom de maladie de Pott; ici c'est une carie du corps des dernières vertèbres cervicales. Du corps, disons-nous, et non des apophyses transverses ou épineuses; car, dans ce dernier cas, l'abcès symptomatique se serait manifesté en arrière et non en avant. L'abcès actuel est bridé et maintenu contre la face antérieure de la colonne par l'aponévrose qui attache les muscles de cette région.

Entre ce fait et celui que nous avons rapporté samedi dernier, il existe des analogies. Il y a dans les deux cas affection profonde des vertèbres; et ces deux faits offrent cette particularité, que, tandis que les auteurs, sous ce titre : *tumeur blanche des vertèbres cervicales*, ne décrivent que la carie et la luxation spontanée de l'atlas et de l'axis (thèse de Bérard, 1827; de Gros, août, 1830; de P. Yvaren, 1831; de Teissier, 1841); dans ces deux cas, l'atlas et l'axis sont parfaitement sains et ne participent pas à la maladie. Nous avons dit qu'ils différaient entre eux sous quelques rapports. En effet, chez le malade de M. Jobert, il y a tumeur blanche sans carie, sans suppuration, envahissant les quatre ou cinq vertèbres cervicales inférieures; ici il y a carie seulement du corps des sixième et septième vertèbres, avec abcès symptomatique. Pour en finir avec le malade de l'Hôtel-Dieu, nous dirons que nous l'avons revu depuis l'application des cautères sur les côtés du cou, et qu'il y a déjà une amélioration sensible dans son état, une diminution évidente de la tumeur du cou.

Un mot maintenant, car ceci est le plus important, sur le traitement trop peu étudié encore des abcès rétro-pharyngiens de la nature de celui-ci. S'ils sont symptomatiques d'une affection des os, ils guérissent très difficilement, et cela s'explique par la nécessité de la guérison de l'affection primitive dont ils ne sont que la conséquence. Puis encore, faut-il prendre des précautions pour que le traitement que l'on fait subir au malade ne devienne pas une source d'accidents; et à ce propos, M. Jarjavay a rappelé quelques considérations pratiques exposées il y a peu de jours à son cours d'anatomie pathologique par M. le professeur Cruveilhier, et que nous croyons utile de consigner ici parce qu'elles n'ont encore été publiées nulle part.

Une des lésions les plus graves que puisse subir l'œsophage, c'est la déchirure de la paroi postérieure que peuvent opérer soit des corps pointus, inégaux, des fragments d'os, soit, et cela est plus commun, des tentatives immodérées pour les extraire. En 1814, un conscrit bas-breton, mangeant gloutonnement, avale un fragment d'os de bœuf. On fait à plusieurs reprises des tentatives immodérées d'extraction; une éponge, au bout d'une baleine, fut introduite jusque dans l'estomac; enfin, on crut avoir fait passer le corps étranger dans le ventricule. Le lendemain, le malade est pris de frissons, d'oppression, de point de côté. Huit jours après, il succombe, et l'on trouve l'œsophage déchiré, la plèvre médiastine traversée, une inflammation gangréneuse de toutes ces parties, des substances alimentaires et des liquides dans la plèvre gauche. Le corps étranger était resté dans l'œsophage à la place qu'il occupait d'abord.

Il y a deux ou trois ans, un enfant est apporté à la Charité présentant un abcès rétro-pharyngien, avec gêne de la respiration, de la déglutition. L'abcès est largement ouvert; soulagement immédiat; cependant, la fièvre continue; le malade maigrit, tombe dans le marasme et meurt peu de temps après. A l'autopsie, on trouve un abcès prévertébral au niveau des dernières vertèbres cervicales; une destruction des ligaments et des muscles, et carie du corps des vertèbres. M. Cruveilhier pense que, dans ce cas, la carie a été causée par le contact des boissons prises par le malade sur les surfaces osseuses dénudées.

Enfin, au mois d'août 1849, deux chirurgiens distingués des hôpitaux de Paris et un praticien de la ville sont appelés près d'un homme qui avait avalé un petit os de lapin; le manche d'une cuillère est introduit dans l'œsophage, et l'os est enlevé. Au bout de quelques jours, inflammation violente combattue sans succès. Au bout d'un mois, formation d'un abcès rétro-pharyngien, qui est largement ouvert et laisse échapper un flot de pus. Trois semaines après, fièvre, oppression, impossibilité de mouvoir la région cervicale dans aucun sens; toux, écoulement d'un pus fétide et sanguinolent, mort. On ne put faire l'autopsie; mais n'est-il pas évident que ce fait est absolument identique au précédent?

De ces faits curieux et éminemment pratiques, M. Jarjavay a déduit cette conclusion parfaitement juste : c'est que, dans les cas d'abcès rétro-pharyngiens, il faut, si l'on juge l'ouverture nécessaire, la faire excessivement petite, de manière à ne pas livrer passage aux matières alimentaires liquides ou solides que peut prendre le malade, de manière à éviter tout accident consécutif dépendant de cette cause. Voici donc comment il s'y prit chez la femme dont nous avons raconté l'histoire :

L'index de la main gauche fut introduit jusque sur l'abcès. Le long de ce doigt, un bistouri long et mince est conduit, le dos de l'instrument répondant à la face supérieure de la langue, jusque sur l'abcès, qui est ponctionné et débridé en haut dans l'espace d'un centimètre environ. Aussitôt du pus s'écoule, et bientôt un effort convulsif de toux chasse un flot de pus, et par cette compression de bas en haut l'abcès se trouve vidé complétement. Le jour de l'opération et le lendemain, la malade est privée de toute boisson; on trompe la soif par quelques tranches d'orange dans la bouche, quelques morceaux de glace.

Le troisième jour, un peu de semoule épaisse, comme pâteuse.

Aujourd'hui, sixième jour de l'opération, la malade mange des potages et son état est satisfaisant.

Inutile de dire que, immédiatement après l'opération, la malade se sentit soulagée, que la parole a repris presque son timbre normal. Guérira-t-on la maladie des os? Là seulement serait le salut de cette femme, et cette guérison est bien douteuse. Dès le lendemain, on a appliqué deux cautères sur les parties latérales du cou, au niveau des sixième et septième vertèbres cervicales, où se faisait sentir une légère douleur. C'est une observation intéressante à suivre et nous y reviendrons.

Rétrécissements de l'urètre. — Nous n'abusons pas, en général, des citations de faits empruntés à la pratique particulière. Cependant, vu la rareté proportionnelle de certaines maladies dans les cliniques des hôpitaux, nous ne trouvons pas hors de propos de faire quelquefois des excursions rapides dans les cliniques particulières, lorsqu'elles sont fréquentées par de nombreux élèves dont la présence rend authentiques les observations que l'on peut y recueillir. Ainsi avons-nous fait, il y a peu de jours, pour deux cas intéressants qui nous ont été soumis par M. Desmarres.

Nous voulons mentionner aujourd'hui deux malades présentés dernièrement à sa clinique par M. Phillips, et qui ont offert un intérêt réel par les difficultés que le chirurgien a dû surmonter pour pénétrer dans la vessie. On verra combien il a fallu de prudence et de patience pour franchir des rétrécissements obstacles longtemps insurmontables.

J. Matter, vingt-sept ans, a eu une urétrite à l'âge de treize ans; l'écoulement, combattu par des injections de nitrate d'argent, n'a jamais entièrement disparu. A dix-neuf ans, difficultés à uriner, pour lesquelles on lui a introduit des sondes dans la vessie. A vingt ans, rétention d'urine complète; cathétérisme avec des sondes flexibles. En 1845, un chirurgien l'opéra par la méthode des grandes incisions dans l'urètre, et dilata le canal avec un dilatateur. Pendant trois mois, les urines coulèrent facilement. Après ce temps, le jet diminua de volume et les urines coulèrent goutte à goutte dans les vêtements. Cinq mois après l'opération, reproduction de la rétention d'urine, mais incomplète. En octobre 1849, nouvelle rétention d'urine complète, pour laquelle il se présente chez deux chirurgiens, qui ne peuvent parvenir à la vessie. Enfin, pendant la nuit, les urines s'écoulent goutte à goutte.

Le jour de Pâques de cette année, Matter est pris d'une rétention nouvelle, pour laquelle il obtint son admission dans un hôpital. Le jour de son entrée, une bougie très fine est introduite dans la vessie et laissée à demeure. Le lendemain elle est chassée par l'urine, et, depuis, il a été impossible de la faire rentrer. Pendant un mois entier des essais de toute sorte ont été tentés et toujours infructueusement.

C'est dans cette situation qu'il est venu demander des soins à M. Phillips. Ce chirurgien a introduit dans l'urètre une bougie capillaire, légèrement recourbée à sa pointe; une première séance de deux heures a été sans résultat. Le lendemain, nouvelles tentatives; et après une séance plus prolongée encore que celle de la veille, la bougie filiforme a vaincu l'obstacle, et a pénétré dans la vessie. Elle a été laissée à demeure pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on a pu lui substituer une bougie un peu plus volumineuse. Depuis lors, d'autres bougies de plus en plus grosses ont été introduites, et aujourd'hui nous avons vu passer sans difficulté dans l'urètre des cathéters en étain de 6 millimètres de diamètre.

Le second fait, plus intéressant encore pour ceux qui en ont été témoins, est relatif à un homme de trente-trois ans, Joseph Magu, marchand de vins, qui avait eu à l'âge de quinze ans une gonorrhée, traitée comme la précédente par les injections de nitrate d'argent, et qui, elle non plus, n'a jamais complétement disparu.

Au mois d'octobre 1849 il fit une chute, en soutenant une pièce de vin. Le scrotum et le périnée furent violemment contusionnés. Il se forma tout à coup dans ces parties un gonflement considérable, et le malade fut atteint d'une rétention d'urine.

Pendant quatre jours on fit des applications de trente sangsues chaque jour sur le scrotum et sur le périnée. On pratiqua de plus deux saignées générales. Malgré ce traitement énergique le cathétérisme resta impossible, et après de longues manœuvres une grande quantité de sang s'écoula par l'urètre. Plusieurs ouvertures se formèrent au scrotum, et depuis le malade a constamment uriné par ces fistules.

Le 18 janvier, il entra dans un des hôpitaux de Paris, où l'on essaya, mais en vain, d'introduire des bougies dans la vessie. Des abcès se formèrent à la fesse et au scrotum. Enfin après un séjour de quatre mois, pendant lesquels on fit de nombreuses et inutiles tentatives pour pénétrer dans la vessie, le malade sortit le 2 mai, et vint consulter le docteur Phillips. Après une séance de plus de deux heures, une bougie capillaire fut enfin introduite et laissée à demeure pendant quarante-huit heures. Retirée au bout de ce temps, elle fut

---

logiste; car c'est là qu'il trouverait à discuter sur la gastrite, ce point de départ de la médecine physiologique; sur les fièvres essentielles, cet écueil et ce désespoir de la médecine; enfin sur l'Ecole de Rasori et sur la classification que cette école a apportée dans l'étude de la matière médicale.

Cependant, en face de ces formidables problèmes qui ont tant agité et qui agiteront encore, nous en sommes sûr, les esprits les plus froids et les imaginations les plus sévères, l'auteur de la *Bibliothèque* s'est tenu dans une neutralité presque absolue, et lorsque la chose lui a été possible, comme dans la matière médicale, il s'est tenu tout à la fois éloigné de toutes les écoles et s'est tracé une voie qui, aboutissant toujours au même but, ne froissait ni ne favorisait aucune de ces écoles.

Pour la gastrite, il a su se garder des exagérations contraires de l'école de Pinel et de celle de Broussais. Pinel, en effet, dans sa *Nosographie philosophique*, regarde la gastrite comme une affection rare et determinée presque exclusivement par l'ingestion d'un médicament ou d'un aliment âcre, ou d'un poison. — Quelques années après Pinel apparut Broussais, et la gastrite, loin d'être une maladie sans importance à laquelle une ou deux pages suffisaient dans les meilleurs traités sur la pathologie interne, devint la base de la pathologie tout entière : l'embarras gastrique, l'embarras intestinal, les fièvres gastriques ou bilieuses, les fièvres adynamiques, ataxiques, le choléra-morbus, la fièvre jaune, la peste, tout, jusqu'au cancer lui-même, fut rattaché à ce point culminant. Sans se prononcer ni pour ni contre la bonté de l'un de ces deux systèmes, l'auteur ne trouve rien de mieux pour éviter la difficulté que de rappeler adroitement le but et la portée de l'œuvre qu'il s'est imposée : « Désirant, dit-il, dans cet ouvrage destiné aux praticiens, donner en peu de mots un aperçu vrai de l'état de la science, tout en évitant, autant que possible, les questions de doctrine, nous commencerons par adopter une division simple et pratique, et rapprocherons la gastrite de l'entérite, afin que nos lecteurs apprécient d'un coup d'œil le progrès obtenu à travers les discussions de nos dernières années et la révolution opérée pour ou contre la doctrine dite physiologique. » (Tome XI, page 449.)

Tout l'esprit du livre est dans ces paroles; c'est aussi, comme nous l'avons fait remarquer, l'esprit de notre époque éminemment érudite.

Pour ce qui regarde les fièvres essentielles, le mot *essentiel*, selon l'heureuse observation de M. Grisolle, « exprime, si l'on veut, notre ignorance ou une lacune de la science; mais il ne préjuge rien sur la cause qui produit et entretient la fièvre. » D'après cet aveu que nous devons humblement reconnaître d'une vérité désespérante, il eût été parfaitement loisible de placer le chapitre relatif aux fièvres à la suite du volume qui renferme les affections de la peau, puisque cet organe subit aussi constamment que le pouls des altérations dans sa température et dans son *hygrométrie*. Cependant l'auteur n'a pas osé se mettre si effrontément en opposition avec les idées reçues, et la pathologie des fièvres a trouvé sa place dans le volume relatif aux affections de l'appareil circulatoire. D'après l'opinion que l'on doit avoir des fièvres *essentielles* et que nous avons rapportée plus haut, plus n'est besoin de s'arrêter à la division admise anciennement et qui reposait sur la prédominance de tel ou tel symptôme, ou sur l'idée qu'on se faisait des causes de la fièvre ou des altérations auxquelles on la supposait due; ainsi, on a repoussé avec raison les dénominations de fièvres bilieuses, gastriques, muqueuses, adynamiques, ataxiques, putrides, malignes, etc., pour s'arrêter à la division simple et claire des fièvres *continues* et *intermittentes*. Ces mots sont eux-mêmes des définitions.

Pour la méthode à suivre dans la classification en matière médicale, l'auteur de la *Bibliothèque* puise, recueille les observations acquises à la science dans toutes les Ecoles, dans tous les systèmes, les coordonne et les expose avec impartialité en laissant à chacun sa propre responsabilité, sans rien préjuger ni de l'appréciation que chaque praticien pourra en faire dès à présent d'après sa propre expérience et ses lumières, ni de la destinée à venir que le temps leur réserve.

Deux systèmes thérapeutiques se partagent aujourd'hui le champ de l'application thérapeutique : le système ancien, que l'on pourrait appeler paracelso-galénique ou mieux encore physico chimique; et le système nouveau, qu'on doit désigner sous le nom de dynamique. Le premier de ces systèmes, qui a donné naissance à l'Ecole française, consiste à classer les médicaments d'après les vertus qui leur sont le plus généralement reconnues. L'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, qui est le plus récent en France sur cette matière, partage les médicaments en treize sections. Cette méthode, il faut le reconnaître, outre le défaut d'exposer à des redites ou à des renvois continuels, donne un trop libre cours à l'arbitraire.

Le système nouveau a produit l'École italienne. « Cette école, dit l'auteur de la *Bibliothèque*, qui s'intitule aussi *dynamique* ou *morgagni-rasorienne*, rejette comme erroné l'ancien système de caractérisation des vertus des médicaments. Elle professe : 1° que les effets dits évacuants, calmants, toniques, stupéfiants, etc., sont secondaires, extrinsèques, variables, communs à tous les médicaments dans certaines conditions et ne peuvent servir d'appréciation exacte de l'action essentielle, intrinsèque, invariable des médicaments. Elle dit *invariable*, car la véritable action essentielle, dépendant de conditions physiques constantes, ne saurait changer au fond. Pour qu'un remède quelconque soit évacuant des voies intestinales, dermiques, etc., il suffit de certaines conditions organiques qu'on peut préciser *à priori*; en effet, les sels quiniques, par exemple, l'opium, la digitale, la menthe, etc., deviennent ou peuvent devenir évacuants dans certains cas; tandis que l'ipécacuanha, le calomel, la rhubarbe, le tartre stibié, la magnésie, le nitre, les bois sudorifiques, etc., deviennent ou peuvent devenir, au contraire, astringents, etc., etc. » (Prolégomènes, p. VII, t. XIV.)

Pour montrer son indépendance et prouver sa fidélité au rôle d'historien, l'auteur de la *Bibliothèque* n'adopte la classification ni de l'Ecole française, ni de l'Ecole italienne. Il suit la marche adoptée en histoire naturelle et passe successivement en revue les substances tirées du règne minéral, du règne animal et du règne végétal. Cette méthode a l'inconvénient de mettre côte à côte les médicaments les plus opposés par leurs propriétés et de faire longtemps chercher tous ceux qui n'ont pas bien présentes à l'esprit les classifications de la botanique. Fort heureusement, une table alphabétique se trouve au commencement du volume, qui facilite ces recherches.

En somme, les trois volumes que nous venons d'examiner ne le cèdent en rien à leurs devanciers et sont dignes sous tous les rapports de prendre place à côté des meilleurs ouvrages d'intelligente et savante coordination.

XX.

remplacée par une bougie plus forte, et depuis lors on augmenta de plus en plus le calibre des instruments.

Nous avons revu il y a trois jours ce sujet dont le canal admet facilement des cathéters métalliques de 4 millimètres et demi de diamètre.

Nous avons cité ces deux faits, parce qu'ils viennent à l'appui de la doctrine que nous avons toujours défendue, à savoir que dans les rétrécissements de l'urètre, *plus fait douceur que violence*, et qu'ils nous présentent un argument de plus contre cette inintelligente et brutale méthode du cathétérisme forcé qui eut un moment de succès, et ne constitue plus aujourd'hui qu'un chapitre à ajouter au gros volume que l'on pourrait écrire sous ce titre : *Mystifications chirurgicales.*

Fistule vésico-vaginale. — M. Jobert poursuit avec une infatigable activité, et avec un succès dont la constance ne s'est pas encore démentie, ses opérations d'autoplastie par glissement dans les cas de fistules vésico-vaginales. Nous ne pouvons enregistrer tous ces succès ; cependant nous croyons remplir un devoir en signalant de temps en temps, au milieu du mouvement des hôpitaux de Paris, quelques-uns des faits nouveaux relatifs à cette opération, le plus beau titre scientifique, sans contredit, du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Il s'agit, cette fois, d'une femme de quarante-deux ans, forte, vigoureuse, bien conformée, d'une très bonne santé habituelle ; cette femme raconte que sa mère a eu une affection pareille à la sienne, et est morte à l'âge de cinquante ans, fait dans lequel on ne doit voir qu'un simple rapport de coïncidence tout à fait fortuite. Toujours bien réglée depuis l'âge de seize ans, elle devint grosse à vingt-quatre ans, et accoucha à terme ; mais l'accouchement présenta des particularités assez graves. Pendant quatre jours, elle éprouva des douleurs vives ; la tête descendait dans l'excavation du bassin, et tout faisait croire que les choses suivraient une marche régulière, lorsque tout à coup les douleurs cessèrent. Le sixième jour, on put terminer l'accouchement avec le forceps. La pression prolongée de la tête de l'enfant avait déterminé une eschare gangréneuse.

Presque immédiatement après la délivrance, la malade s'aperçut que les urines coulaient par le vagin ; nous avons dit que le travail durait depuis six jours ; l'eschare avait donc eu le temps de se détacher. Il y a maintenant dix-huit ans que cette femme porte sa fistule. Depuis cette époque, elle a vu peu fréquemment ses règles. Après avoir gardé la chambre pendant près de six mois après sa couche, elle a pu reprendre ses occupations, non sans gêne et sans une tristesse continuelle dépendant de son infirmité. Cette femme est venue à Paris, et s'est présentée à M. Jobert dans le courant du mois de mai dernier. Voici l'état qu'elle présentait le 21 juin dernier, jour où fut pratiquée l'opération :

Santé générale assez bonne ; embonpoint. Toute la surface interne des cuisses est couverte de plaques d'érythème, ainsi que le sillon qui sépare les grandes lèvres des cuisses. Les petites lèvres sont le siége d'un travail inflammatoire. Le pourtour de la vulve présente quelques petites cicatrices. On en remarque deux assez profondes à la place qu'occupait le périnée qui n'existe plus, détruit par la gangrène, mais non déchiré pendant l'accouchement. De là, absence du sphincter de l'anus, et expulsion involontaire des matières fécales dès que le besoin de la défécation se fait sentir. Les gaz sont également rendus involontairement d'une manière continuelle.

Une sonde introduite dans l'urètre ne cause aucune douleur, mais est fortement serrée, ce qui prouve que ce canal, maintenant inutile, commence à se rétrécir, et pourrait finir par s'oblitérer complétement si pendant longtemps encore les urines ne passaient plus par cette voie. La vessie est excessivement petite, les parois se sont rapprochées l'une de l'autre.

En examinant le vagin, on voit que la fistule est placée tout à fait à droite, vers l'articulation sacro-iliaque. Le col de l'utérus est dévié dans le sens de la fistule, qui semble reposer sur lui. Entre la fistule et l'urètre, la distance est de quatre centimètres. L'ouverture est arrondie, et permet d'introduire le doigt médius. Au centre de la fistule, se montrent deux petites tumeurs qui n'empêchent pas l'urine de s'écouler. L'une est un peu plus volumineuse que l'autre. Toutes deux sont formées par la muqueuse vésicale elle-même, facilement réductibles par une légère pression, et présentent une coloration rougeâtre, un aspect légèrement fongueux.

Quant au col de l'utérus, il a été en partie détruit par la gangrène ; on trouve, à la place qu'il occupait, plusieurs petits tubercules que leur position et leur structure démontrent clairement être les restes du col utérin, rongé aussi en partie par les ulcérations que la présence de l'urine y entretient. Toutes les tentatives faites par M. Jobert pour déplacer le vagin sont restées inutiles. Il a dû survenir, dans cette région, un travail inflammatoire très grave qui s'est terminé par des adhérences.

On ne pouvait, après un examen attentif, douter que l'état de cette femme ne fût très grave. Il existait là une double altération : fistule d'abord avec destruction de la cloison vésico-vaginale et absence du périnée, double altération qui nécessiterait une double opération. M. Jobert, n'ayant nullement le dessein de pratiquer les deux autoplasties le même jour, dans la crainte que cette complication n'empêchât l'une et l'autre de réussir, se décida à opérer d'abord la fistule, et voici comme il procéda.

Nous avons dit que le vagin n'était pas adductible au dehors ; il fallut donc opérer sur place. On fit d'abord l'excision des deux petites tumeurs, on raviva les bords de la fistule ; mais ces bords étant éloignés de trois centimètres l'un de l'autre, il eût été impossible de faire une suture avec coaptation parfaite. Dans cette circonstance, M. Jobert fit une large incision semi-lunaire en avant du col utérin, en arrière de la fistule ; deux incisions profondes furent pratiquées sur les côtés de la fistule ; enfin une quatrième en avant. Les quatre incisions, surtout les deux latérales, rendirent très mobiles les bords de la plaie, qui, tirés par les fils, se mettent en contact parfait. Il y eut pendant l'opération une perte assez considérable de sang.

Trois jours après l'opération, une hémorrhagie se reproduisit assez forte, sans être absolument inquiétante, pour que l'on dût tamponner le vagin. Dès ce jour, on constata une certaine tuméfaction avec couleur violacée des bords de la plaie.

Le sixième jour, l'examen des parties démontra une formation de plaques diphthéritiques assez épaisses dans toute la partie supérieure du vagin, plaques se détachant par lambeaux sous l'influence d'injections détersives. Un peu de diarrhée.

Aujourd'hui, les plaques diphthéritiques ne sont pas encore tombées complétement, et l'on ne peut savoir si cette pourriture d'hôpital aura causé des dégâts dans les parties opérées. Profitons de cette occasion pour faire observer que dans plusieurs hôpitaux de Paris règne maintenant cette fâcheuse disposition à la diphthérite des plaies ; nous en avons observé, depuis une huitaine de jours, huit ou dix cas à l'hôpital des Cliniques, à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital Saint-Louis.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de l'histoire intéressante de cette opérée. Z...

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Fièvre typhoïde. — Laryngite. — Trachéotomie. Mort.

Paviot de la Rivière, jeune caporal d'infanterie, était atteint de diarrhée depuis trois semaines lorsqu'il entra au Val-de-Grâce le 7 mars dernier. Deux jours après son admission à l'hôpital, il se manifesta, chez ce malade, des symptômes non équivoques de fièvre typhoïde intéressant à la fois le cerveau, le poumon et l'intestin. Cette affection, qui acquit promptement une gravité inquiétante, offrait d'autant moins de chances d'une terminaison heureuse, qu'elle sévissait contre un sujet d'une constitution naturellement délicate et d'ailleurs affaibli très notablement par le flux intestinal.

Néanmoins, après vingt jours d'un traitement antiphlogistique appliqué avec mesure, la maladie s'achemina assez rapidement vers la convalescence ; mais tandis que celle-ci se consolidait du côté de la tête et de l'abdomen, l'engouement pulmonaire continuait de fournir en abondance une sécrétion plastique sanguinolente qui encombrait les voies respiratoires, malgré l'énergie des efforts d'expectoration. — Un large vésicatoire fit taire la toux et modifia, conjointement avec l'usage du kermès, la nature des mucosités, qui reprirent peu à peu la couleur et la consistance des mucosités de la bronchite ordinaire.

Le 18 avril, et au moment où les forces commençaient à se rétablir, le malade éprouva une nouvelle gêne dans la respiration, principalement dans le mouvement expiratoire qui se prolongeait en filant, avec un bruissement voilé. Il était impossible de méconnaître à ce signe l'apparition d'un œdème de la glotte ; c'est pourquoi M. Champouillon fit appliquer des sangsues, puis un vésicatoire sur la région laryngienne. Sous l'influence de cette médication, la respiration s'étant considérablement améliorée, M. Champouillon crut devoir renoncer à l'idée primitivement arrêtée de pratiquer la trachéotomie ou bien la cautérisation du larynx par l'orifice supérieur de la glotte. Mais le 24, la dyspnée reparut brusquement et plus intense que jamais, résistant aux révulsifs les plus énergiques. Enfin, le 27, l'anxiété respiratoire s'étant accrue au point que le malade cyanosé allait succomber à l'asphyxie, la trachéotomie fut pratiquée par M. le docteur Lustreman.

Cette opération fut tout d'abord suivie d'un succès inattendu, c'est-à-dire qu'au bout de dix minutes la respiration avait repris de l'aisance et de la plénitude, et que toutes traces de cyanose disparurent avec une merveilleuse rapidité.

Dès le lendemain de l'opération (28), Paviot, ayant manifesté par signes le désir de manger, fut mis au régime des panades et du chocolat.

Le retour de la faim, la régularité de la respiration, l'absence de tout mouvement fébrile pouvaient, à ce moment, légitimer quelques espérances de guérison ; mais, le 2 mai, la déglutition devint difficile et douloureuse, l'appétit disparut ; et l'air qui sortait par la canule introduite dans la trachée apportait une odeur d'une fétidité repoussante. Dès lors, le malade s'affaiblit et déclina visiblement ; et, le 4, Paviot s'éteignait pour ainsi dire à l'insu de ses voisins.

Autopsie. — Les bords de l'incision pratiquée sur la trachée sont légèrement humectés de sérosité rougeâtre. La muqueuse laryngienne est partout décolorée ; le tissu cellulaire sous-jacent, imbibé de sérosité incolore, limpide, a une consistance gélatiniforme. Les lèvres de la glotte sont œdématiées et gonflées à ce point qu'elles se touchent et ferment complétement l'orifice supérieur du larynx, dont les cavités ventriculaires sont effacées. Au niveau du cartilage arythénoïde gauche, existe une ulcération d'un centimètre d'étendue, qui met en communication directe le larynx et le pharynx. Ce cartilage a lui-même disparu en totalité, et le noyau qui le surmonte a seul été retrouvé.

Le cartilage thyroïde est dénudé dans les deux tiers de sa face interne et supérieure : ce qui reste de sa muqueuse se détache comme une bouillie sanieuse jusqu'au huitième anneau de la trachée.

Le tissu pulmonaire est uniformément crépitant, sans aucune trace de tubercules : les bronches sont vides.

Au niveau de la quatrième et de la cinquième côte gauche, et dans le creux médiastin sous-sternal, se trouve une collection purulente parfaitement circonscrite : le point du sternum formant une des parois de cet abcès est dénudé, rugueux et rougeâtre.

La muqueuse digestive ne présente rien d'intéressant, si ce n'est un grand nombre de plaques ulcérées en voie de cicatrisation et qui abondent surtout vers la fin de l'intestin grêle et à l'origine du gros intestin.

Les altérations du larynx venant à la suite d'une fièvre typhoïde, et sans liaison avec la diathèse tuberculeuse ou avec toute autre cause spéciale, se terminent presque toujours par la mort, du moins c'est là une proposition que justifient la plupart des observations publiées sur ce sujet depuis quelques années. Cette issue fatale n'est-elle que le dénoûment posthume de la maladie primitive, la dernière manifestation morbide de la fièvre typhoïde ? ou bien est-elle la conséquence du mode de traitement ordinairement employé ?

M. Champouillon, s'attachant à répondre plus particulièrement à cette dernière question, est porté à croire qu'aussitôt que l'on a constaté la nature œdémateuse de la laryngite, il faut recourir d'emblée à la trachéotomie, cautériser ensuite ou dilater la glotte.

Et, en effet, l'inefficacité habituelle des antiphlogistiques, des révulsifs, des vomitifs employés au début de la maladie, l'inutilité probable de la trachéotomie pratiquée seulement quand déjà il y a imminence d'asphyxie démontrent que cette opération doit être résolument tentée dès qu'il n'y a plus de doute sur la nature de l'affection.

Ce n'est pas à dire, toutefois, que cette variété de laryngite soit nécessairement incurable par les moyens thérapeutiques qu'on a coutume de lui opposer ; mais de cette façon le succès est si rare, si peu certain ; d'autre part, les progrès de la destruction sont si rapides que la temporisation serait peut-être une faute.

Tout est à créer pour ainsi dire dans l'histoire de la laryngite *typhoïde*, et, pour ce qui concerne le traitement, nous pensons que les réflexions qui précèdent méritent toute l'attention des praticiens.

HOPITAL BEAUJON. — M. Bouvier.

Céphalalgie violente. Palpitations. Symptômes hystériformes. Sirop d'asperges à haute dose.

La malade couchée au n° 48 de la salle Sainte-Paule est une domestique âgée de 23 ans, brune, au teint pâle, sujette aux palpitations de cœur, à une céphalalgie intense qui dure depuis plusieurs années, et qui s'accompagne souvent de symptômes variés et multiples, de névropathies hystériformes qui éclatent simultanément sur plusieurs points du système nerveux. Elle a été abandonnée avec son enfant par son mari. Le chagrin et sa pauvreté ont précédé cet état morbide. Entrée à l'hôpital le 29 juin.

Le stéthoscope, appliqué au-dessus de la sous-clavière, fit entendre un bruissement irrégulier et saccadé.

Les hanches fortement prononcées, un bassin très large accusant un développement et une prédominance remarquables dans l'organisation physique de la matrice.

Une saignée du bras le jour de son entrée ; ses règles, qui avaient duré quatre jours, avaient cessé la veille de son entrée à l'hôpital.

Le 2 juillet, ventouses scarifiées au col. — Le soir, bain de pied avec la moutarde, eau de groseilles ; sirop d'asperges par à la dose de quatre cuillerées, répétée trois fois dans la journée ; diète absolue :

La céphalalgie, quoique considérablement diminuée, n'a pas complétement cédé à ce traitement énergique.

Le 4 juillet, la malade est sortie de l'hôpital.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Séance du 3 juillet 1850. — *Présidence de M.* Danyau.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, il est procédé dans la forme ordinaire à l'installation du nouveau bureau.

Abaisse-langue adapté à la pince de Museux.

M. Larrey. Je profiterai de la discussion qui vient d'avoir lieu dans la Société sur l'excision des amygdales pour présenter une addition que j'ai apportée à la pince érigne, dans le but de faciliter cette opération. Il s'agit simplement d'une plaque mobile en ivoire qu'on fixe à l'une des branches de l'instrument. De cette façon, en même temps que les mors acérés saisissent la tonsille, la plaque dont il est muni appuie sur toute la largeur de la langue et l'abaisse au point de donner toute liberté au jeu du bistouri. C'est donc un abaisse-langue que j'ai ajouté à la pince de Museux, et je m'en suis bien trouvé chez l'enfant pour lequel je l'ai imaginé.

Réduction d'une ancienne luxation du bras.

M. Maisonneuve. Un homme avait depuis trois mois une luxation sous-pectorale du bras droit. Elle avait résisté à un grand nombre de tentatives énergiques faites par différents praticiens, avec ou sans chloroforme. M. Velpeau lui-même, qui les avait renouvelées en dernier lieu, n'avait pu opérer la réduction, à laquelle il avait renoncé dans la crainte d'accidents graves.

Il me semble qu'en dirigeant autrement les manœuvres qu'on ne l'avait fait, on pourrait peut-être en obtenir plus de succès, et voici comment je procédai :

Le malade, assis sur une chaise un peu élevée, un coussin carré de balle d'avoine est placé dans l'aisselle du côté luxé ; et une alèze, dont le plein pose sur ce coussin, embrasse la poitrine, pour aller du côté opposé engager ses deux extrémités dans un anneau scellé au mur. Une deuxième alèze, également pliée en cravate, dont le milieu appuyait sur l'épaule saine, descendait en avant et en arrière du tronc, passait entre les cuisses du sujet et sous la chaise, à laquelle elle l'attachait en quelque sorte. Un lacs extenseur est ensuite fixé à la partie inférieure du bras, et en outre sur le poignet,

afin de répartir la pression sur une plus large surface. Un troisième lacs entourant la partie supérieure du bras et destiné à exercer des tractions, non plus parallèles à l'axe du membre comme les précédents, mais perpendiculaires, dans le but de détacher la tête de l'os en l'amenant de dedans en dehors. La chloroformisation ayant été portée au point de paralyser complétement l'action musculaire, quatre aides tirent sur les trois lacs, trois sur ceux qui sont disposés dans le sens de la longueur du membre, et l'autre sur celui qui devait agir transversalement.

Une première tentative échoue; une seconde est faite, en dirigeant la traction du dernier lacs en arrière au lieu de la diriger en dehors; alors la tête se dégage, et appuyant le haut du bras sur le genou, je la ramène complétement à sa place. Cette dernière tentative n'a pas duré plus de dix à douze minutes.

J'attribue cette réduction beaucoup plus au sens des tractions qu'à leur énergie, et je suis convaincu qu'en se conduisant d'après ce principe on rencontrera peu de luxations anciennes dont on ne puisse triompher. Quelles résistances y a-t-il à vaincre ici, en effet? Il n'y a presque pas d'engrenage; les muscles sont neutralisés par le chloroforme; il ne reste donc que des adhérences fibreuses : l'on pourra presque toujours les surmonter, les rompre.

M. Chassaignac. Ce succès de M. Maisonneuve, après qu'un homme habile avait échoué, me paraît d'autant plus remarquable, qu'à mon sens M. Maisonneuve n'a pas employé le meilleur moyen de réduction. Mais d'abord, pourquoi n'avoir pas fait coucher le malade, puisque la chloroformisation est plus dangereuse dans la position verticale? Le procédé que je regarde comme préférable à celui que M. Maisonneuve a mis en usage est le procédé du talon. C'est celui auquel j'ai habituellement recours : il m'a déjà réussi douze ou quinze fois dans des déplacements récents, et dernièrement chez une femme dont la luxation datait de six semaines. Il me paraît l'emporter sur les autres, surtout par cet avantage fondamental qu'il permet au chirurgien de tirer de lui-même toutes les forces qu'il emploie pour l'extension, la contre-extension et la coaptation, et d'en régler ainsi bien plus facilement la direction et l'intensité, toutes les conditions. Je ne sais ce qui a pu éloigner de cette pratique, si ce n'est les préparatifs et l'attitude qu'elle impose au chirurgien, auquel il répugne peut-être de se déchausser et de se coucher auprès du malade. Quant à moi, je m'y soumets très volontiers en les simplifiant. Je me borne à faire étendre sur le parquet une couverture de laine pliée en plusieurs doubles, suivant sa longueur, avec un oreiller pour soutenir la tête du sujet, et à garnir l'aisselle avec un drap pour la protéger contre ma chaussure.

Il n'y a jamais d'accidents, et la réduction est toujours très facile, même sans chloroforme. Chez la femme dont j'ai parlé, j'échouai d'abord en appliquant le talon dans l'aisselle, et en tirant le membre en bas. Alors j'appliquai le talon sur la voûte acromio-claviculaire en tirant en haut, et je réussis. C'était changer la direction de l'extension et le point d'application de la contre-extension; mais au fond, c'était toujours le procédé du talon combiné, si l'on veut, avec celui de l'élévation.

Pour revenir à la conclusion de M. Maisonneuve, je dirai, avec lui, que depuis l'intervention des anesthésiques, l'étude de la réductibilité des luxations anciennes est à recommencer.

M. Larrey. Je ferai observer que ce procédé se rapproche beaucoup du procédé de la serviette, employé par mon père. J'exprimerai en même temps le désir de voir mieux systématiser les méthodes et les procédés de réduction, dont l'exposition offre encore une regrettable confusion. Quant au chloroforme, il est certainement appelé ici à rendre des services, et j'ai été l'un des premiers à les signaler.

M. Morel-Lavallée. Il y a dans la communication de M. Maisonneuve deux choses : le fait et les déductions qu'il en a tirées. Le fait est intéressant; moins peut-être par le succès lui-même que par la manière très rationnelle dont les manœuvres de réduction ont été conduites. Il ne faudrait pas s'exagérer la mesure des tentatives auxquelles s'est livré M. Velpeau; elles ont été très modérées, parce que les mouvements s'étaient rétablis dans de notables limites, qui ne pouvaient que s'accroître par la suite, et qu'en portant ces essais plus loin, on s'exposait à des accidents sérieux pour un résultat incertain, et qui n'était pas, au fond, d'une grande importance. J'apprendrais, a-t-il ajouté, avec plus de satisfaction que de surprise, que la réduction aurait été opérée par d'autres mains.

Maintenant, dans les considérations par lesquelles il termine, M. Maisonneuve, passant en revue les obstacles qui s'opposent à la réduction, l'engrenage qui est presque nul, la contraction musculaire, qu'on neutralise par le chloroforme, les adhérences fibreuses, qu'on parvient à rompre, il arrive à cette conclusion : qu'il n'y a pas de luxation, si ancienne qu'elle soit, réellement irréductible. Mais il y a ici un point essentiel que M. Maisonneuve semble perdre de vue; il le sait mieux que moi, la réduction d'une luxation ancienne est loin d'être seulement une question de résistance à vaincre, mais elle présente le danger de la rupture grave et même mortelle des vaisseaux et des nerfs, ou de l'arrachement des racines nerveuses à la moelle épinière, etc. En un mot, ce qui arrête le chirurgien dans ces tentatives, ce n'est pas une insuffisance physique; il parviendrait toujours à dégager l'os avec les forces bien plus que suffisantes dont il dispose; ce qui met des bornes à ses efforts, c'est la crainte des déchirures vasculaires et nerveuses que nous venons de rappeler, lésions dont le chloroforme ne met nullement à l'abri.

M. Maisonneuve, revenant à l'appréciation des obstacles qui s'opposent à la réduction et de l'efficacité des moyens que l'art possède, tels que la force et surtout la direction des tractions, la circumduction, les sections sous-cutanées, arrive à conclure qu'à l'aide des anesthésiques on peut encore essayer la réduction au bout de dix à douze ans.

Quant aux ruptures des vaisseaux et des nerfs, on en a sans doute des exemples; mais il y a chirurgie et chirurgie; il y a des limites dans la force qu'on emploie, des précautions à prendre, des règles qui n'ont pas été suivies, et cet accident est la faute du chirurgien entre les mains duquel il arrive. La science a fait des progrès : on sait mieux aujourd'hui l'importance de la direction qu'on doit imprimer aux tractions; M. Nélaton l'a fait voir pour la mâchoire inférieure; ce point est également bien établi pour la cuisse. Je rappellerai deux cas bien propres à faire sentir cette importance : l'un appartient à Larrey, qui a vu une luxation du fémur résister à des tractions les plus énergiques et en apparence les mieux entendues, se réduire spontanément au moment où un infirmier maladroit donnait au membre démis une fausse position en replaçant le malade dans son lit; dans l'autre cas, le sujet, dont la luxation n'avait pu non plus être réduite, posait le pied sur le marchepied de sa voiture, qui se mit en mouvement d'une manière imprévue; il en résulta une secousse qui réduisit le déplacement. Enfin, nous avons le chloroforme qui est d'un si grand secours!

M. Morel-Lavallée. Je répondrai à M. Maisonneuve que les accidents sur lesquels j'ai insisté sont arrivés à des chirurgiens d'un grand mérite et très rapprochés de nous; il me suffira de citer Flaubert, de Rouen, et Boyer, le prudent Boyer lui-même. Quant aux progrès introduits dans la réduction des luxations, progrès dont il ne faut pas d'ailleurs s'exagérer la portée, comment empêcheraient-ils la rupture de vaisseaux et de nerfs devenus trop courts pour se prêter au chemin que l'extrémité osseuse doit parcourir, surtout quand l'étendue de ce chemin, impossible souvent à calculer et à maintenir dans des limites convenables, peut être dépassée sous l'influence d'efforts excessifs? M. Maisonneuve compte beaucoup sur le chloroforme; eh bien! j'avouerai que j'ai toujours été effrayé de l'intervention de cet agent dans la réduction des luxations anciennes. Dans un déplacement récent, les muscles paralysés, il n'y a presque plus de résistance à vaincre, et conséquemment aucune rupture n'est à redouter; mais, dans les luxations anciennes, après les muscles il reste les adhérences libreuses qui exigeront fréquemment une force considérable. Et voici le danger du chloroforme : il ôtera au malade cette sensation qui est l'annonce et comme la menace d'une lésion grave et l'empêchera de donner par un cri instinctif un avertissement salutaire au chirurgien. Il me semble donc qu'on ne doit recourir ici aux anesthésiques qu'avec une extrême réserve.

M. Larrey. Pour se faire une idée de la résistance qu'on peut rencontrer dans ces cas, il suffit de se rappeler qu'on a échoué plus d'une fois avec les mouffles.

M. Forget. Outre le danger qui vient d'être signalé dans l'emploi du chloroforme, il y en a un autre. Comme on répète l'administration de cet anesthésique avec les tentatives de réduction, on est exposé à en exagérer la dose totale et à déterminer un véritable empoisonnement. D'un autre côté, si la résistance physique n'est pas la seule chose qui doive arrêter le chirurgien, les ruptures vasculaires et nerveuses ne sont pas non plus les seuls accidents qui doivent fixer son attention. Lisfranc avait réussi à réduire une luxation qui datait de quatre mois; une heure après, nous allâmes voir le malade à son lit, il était mort : il avait succombé à une congestion cérébrale, qui fut constatée à l'autopsie.

M. Chassaignac. Il ne faut pas oublier non plus qu'il y a encore un autre ordre d'obstacles réellement insurmontables à la réduction des luxations anciennes, obstacles le plus souvent impossibles à reconnaître; ce sont : une fracture, ou une déformation de la cavité glénoïde, ou une déformation de la tête humérale, où le passage de cette tête à travers le sous-scapulaire qui l'étrangle, en quelque sorte, au niveau de son col.

M. Maisonneuve. Avec de l'habitude, l'inconvénient dont a parlé M. Forget n'est nullement à craindre; on arrive promptement à administrer convenablement le chloroforme, même sans le peser, ni le mesurer. Je répète qu'à l'aide de cet agent on réussira le plus souvent; je n'ai pas voulu dire toujours, quoique ce fût le fond de ma pensée, surtout si les tractions sont bien dirigées. Est-ce que par des efforts méthodiques, des tractions, des mouvements de circumduction, on ne rompra pas toutes les adhérences fibreuses?

M. Lenoir. Oui, avec les artères et les nerfs.

M. Maisonneuve. Non, sans que les artères et les nerfs soient déchirés. A l'aide d'extensions préparatoires, on évitera ces accidents, comme on les a évités en redressant des membres fortement rétractés.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, M.-L.

NOUVELLES.

Par décret du 10 juillet, la démission de M. Joubert (Louis-Aristide), chirurgien de 2e classe de la marine en non activité, a été acceptée.

— Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent et savant confrère M. Desmarres vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Les journaux officiels annoncent que le ministère public exerce des poursuites contre différentes somnambules pour exercice illégal de la médecine.

— *Mutations dans le personnel de santé.* — M. Couderc, chirurgien aide-major, commissionné au 35e de ligne, est nommé chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Cazalis, chirurgien aide-major, commissionné au 59e de ligne, est nommé chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Leguey, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour passer à celui du Gros-Caillou, à Paris.

M. Mayer, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour passer à celui de Belfort.

Cercle médical de France. — Les membres du bureau du Cercle médical de France, réunis dans la séance du 26 juin 1850, après un examen attentif de la situation de la caisse de la Société, et l'apurement des comptes du trésorier, ont trouvé que l'excédant des recettes sur les dépenses constituait une somme de 527 fr. 75 c., et ont arrêté ce qui suit :

Ladite somme de 527 fr. 75 c., à la diligence du trésorier responsable, sera placée à la Caisse d'épargne pendant un temps indéterminé. L'emploi de ce capital et des intérêts directs et composés qui en dérivent sera fixé ultérieurement par tous les membres du Cercle médical de France, spécialement convoqués à cet effet en assemblée générale.

Ledit placement a été effectué à la Caisse d'épargne, ainsi que le porte la présente délibération.

Caffe, président.
Menestrel, secrétaire-général.
Cornay, archiviste.
Tassy, trésorier.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 16 JUILLET 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 84.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 15 JUILLET 1850.

Cautérisation auriculaire

DANS LE TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE.

Nous recevons de M. Margerie une communication que nous nous empressons d'insérer, en le remerciant au nom de la science, et en remerciant l'honorable M. Malgaigne, du zèle qu'ils apportent à l'étude de la question posée par M. Lucciana. Ce n'est pas la première fois que le savant chirurgien de l'hôpital Saint-Lonis aura fait preuve d'une féconde initiative à l'occasion d'une importation thérapeutique; on se rappelle la part active qu'il prit à l'étude et à la propagation de l'éthérisation.

La note de M. Margerie était probablement rédigée au moment où ont paru, dans ce journal, l'article dans lequel nous avons proposé une théorie sur l'action de la cautérisation auriculaire dans le traitement de la névralgie sciatique, et la citation si remarquable extraite du livre de Monteggia.

La réflexion n'a pas diminué notre confiance dans la théorie que nous avons présentée, et nous y revenons, parce qu'il est toujours avantageux de donner à un fait empirique le caractère d'un fait rationnel. L'esprit, avide d'explications, trouve une grand satisfaction à ce déclassement.

Dans la théorie dont il s'agit, nous avons à nous féliciter de nous être rencontré avec un observateur d'une rare sagacité, M. Piorry, qui, plus que personne a été frappé de la propagation et de la répercussion de l'action nerveuse à l'état morbide d'un point à une foule d'autres points du système nerveux.

Nous avons cité, dans notre premier article, nombre d'exemples de cette propagation, de cette répercussion, et nous avons dit que l'action de la cautérisation auriculaire dans le traitement de la névralgie sciatique nous paraissait être un fait du même genre. Si l'action nerveuse, dans une névralgie de la cinquième paire, peut se propager à la troisième, si une névralgie sus-auriculaire peut donner lieu à des convulsions générales et à une multitude d'autres accidents, pourquoi l'action nerveuse, dans l'ordre des faits thérapeutiques, ne pourrait-elle pas se propager, se répercuter des nerfs du pourtour de l'oreille au nerf sciatique?

Des personnes qui souffrent de la migraine savent qu'une compression légère exercée à l'aide du doigt sur un seul point du crâne suffit quelquefois à faire cesser momentanément la douleur, qui peut être fort étendue. M. Gerdy a remarqué depuis longtemps que, lorsqu'on introduit un corps étranger dans le fond du conduit auditif externe de manière à titiller cette partie, on produit dans l'arrière-gorge une sensation de chatouillement. L'auteur de ces lignes en a fait l'épreuve sur lui-même. C'est dans le larynx que se produit le chatouillement, et il en résulte de la toux.

Ce que nous voulons bien faire entendre, ce sur quoi nous appelons d'une manière très expresse l'attention des médecins, c'est que, tant à l'état physiologique qu'à l'état morbide, l'action nerveuse est susceptible de se propager, de se répercuter, d'un point du système nerveux à un point ou à une foule d'autres points, quelquefois très éloignés. C'est là un fait d'une importance capitale et qui est bien loin d'être assez connu. Le devoir de la presse médicale, sentinelle avancée de la science, est de mettre de tels faits en lumière, et de les recommander aux méditations des observateurs. Puisque, dans l'ordre des faits normaux et des faits pathologiques l'action nerveuse se répercute, pourquoi, encore une fois, cette répercussion n'aurait-elle pas lieu par l'effet d'un agent ou d'un procédé thérapeutique?

On verra dans la note de M. Margerie que le succès de la cautérisation auriculaire n'a pas été constant; mais, d'une part, le sulfate de quinine, par exemple, ne guérit pas toutes les fièvres intermittentes, et d'autre part, la différence dans les résultats ne dépendrait-elle pas de quelque différence dans l'application du procédé opératoire? Il faut que la cautérisation soit assez profonde pour atteindre les filets nerveux sous-cutanés. Si elle n'a pas toujours été aussi profonde, il n'y aurait pas à s'étonner qu'elle n'eût pas toujours été efficace. C'est, bien entendu, de notre part, une simple supposition, et nous la soumettons à M. Malgaigne.

Peut-être la section des filets nerveux jusqu'à l'os pourrait-elle suppléer la cautérisation. Les faits de Pouteau et de M. Bégin, qui ne sont pas les seuls du même genre, autorisent cette hypothèse.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Des résultats obtenus par la cautérisation de l'oreille dans la névralgie sciatique.

Considérations cliniques recueillies par M. A.-H. MARGERIE.

C'est une idée fort bizarre sans doute que de cautériser l'oreille en vue de guérir la névralgie sciatique, une idée à laquelle a pu seul conduire l'empirisme le plus absolu. Il y a dans la science (et il y en a eu dans tous les temps) des hommes qui raisonnent, et dédaignent les ressources empiriques parce qu'ils ne peuvent pas se rendre compte de leur efficacité; ceux-là, sans doute, n'ont pas eu à traiter bien souvent la névralgie sciatique, maladie qui fait le désespoir des malades et des médecins.

Il en était ainsi de cette affection dans l'antiquité; aussi avait-on songé à des moyens plus ou moins extraordinaires. Les uns avaient recours à la cautérisation pratiquée à la face dorsale de la main, dans l'intervalle du métacarpien du pouce et du métacarpien de l'index; d'autres, comme Tullus, à la cautérisation de la pulpe du gros orteil. Asclépiades ne voulait pas entendre parler de ces opérations; jamais, disait-il, il n'en avait eu besoin. Nous sommes porté à croire qu'Asclépiades n'avait pas eu affaire à un grand nombre de sciatiques.

Quoi qu'il en soit, depuis six semaines, dix-huit malades environ, atteints de cette affection, sont venus nous trouver; ils avaient essayé à peu près tous les remèdes que l'on emploie en pareil cas: vésicatoires, huile essentielle de térébenthine, bains, pilules, purgatifs, tout avait échoué. Il n'y a rien dans ce résultat qui doive étonner; la névralgie sciatique est une affection sur laquelle nous sommes dans une ignorance à peu près complète, comme sur la plupart des maladies nerveuses.

C'est surtout lorsque les méthodes rationnelles, qui réussissent dans quelques circonstances, demeurent impuissantes, que l'on est autorisé à essayer des médicaments dont on ne comprend pas théoriquement le mode d'action.

Aussi avons-nous été attentif à l'annonce d'un moyen nouveau, bien que ce moyen ne puisât pas une puissante recommandation dans la classe de praticiens par laquelle il était employé. Du reste, nous devons nous empresser d'ajouter que les maréchaux-ferrants de la Corse avaient dû emprunter la cautérisation de l'oreille aux chirurgiens du dix-huitième siècle qui pratiquaient la cautérisation sur différents points du corps, et qui étaient arrivés à des succès et à des insuccès propres à expliquer la vogue et l'abandon alternatifs de leurs divers procédés.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

L'Académie menace ruine. — M. J.-B. Baillière, membre de la docte compagnie. — Attendrissement de M. Gerdy. — Procès et condamnation du sieur Bodinier, pseudo-médecin et escroc.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Je veux être assuré, je demande à être assuré, ou je ne mets plus les pieds à l'Académie. Le sort de Dufavel, auquel la profession d'*infortuné* rapporta cependant une honnête aisance, n'a rien qui me charme et qui me tente; encore moins voudrais-je mourir écrasé. Vous ne me comprenez pas, mais je vais me faire comprendre. L'Académie menace ruine. Je parle du bâtiment. Le personnel est en assez bon état et rajeunit tous les jours. La salle des séances appartient à une ex-comtesse qui, sans doute dans le but charitable de procurer du travail aux ouvriers du bâtiment plus dépourvus que tous les autres en ces temps de chômage, a jugé à propos de faire élever un étage sur la tête de nos honorables. C'est lourd à porter un étage, même pour des académiciens. Il paraît, du reste, que ladite comtesse a dépassé son droit de beaucoup en se livrant à ce luxe de constructions, et que son contrat l'obligeait à donner un revêtement de zinc à la toiture académique. Tant il y a que les pierres de taille du nouvel étage, attirées comme de raison par l'éloquence hebdomadaire du local sous-jacent, ont fait de leur mieux pour descendre et touchent au terme de leurs efforts. On a constaté, à dire d'expert, un affaissement de plusieurs centimètres. Cet empressement de la maçonnerie a certainement quelque chose de flatteur pour messieurs les académiciens; mais moi, qui n'y suis pour rien, je n'en suis nullement touché. J'aimerais mieux le grand air. Ce n'était donc pas assez d'avoir, deux heures durant, le dos appuyé contre un mur humide; il manquait à notre bonheur la perspective d'un écroulement! S'il ne s'agissait que des académiciens, on pourrait à la grande rigueur passer condamnation. On n'a pas de gloire sans péril. Ils sauraient au besoin donner un grand exemple et attendre la mort sur leurs chaises curules, bien qu'elles ne soient pas d'ivoire. Mais il y a là des étrangers, des innocents, un public et par-dessus tout des journalistes. Puis-je écouter de sang froid, je vous le demande, et juger sainement ce qui se dit ou ce qui se lit, quand d'un moment à l'autre la salle peut se fermer sur moi comme un livre, plafond contre plancher? Et suis-je assuré de ne pas prendre, un de ces jours, dans mes appréhensions, la sonnette de M. le président Bricheteau pour la trompette du jugement dernier? Trêve de plaisanterie. C'est une honte que l'Académie, un corps qui rend des services à l'Etat, qui se dévoue aux intérêts de la science, soit abandonnée aux vicissitudes de la location privée. N'y a-t-il donc pas de place au palais du quai d'Orsay, au Luxembourg, dont on ne fait rien, et où il y a deux amphithéâtres sénatoriaux? Que veut-on faire de ces sanctuaires, à moins qu'on ne nourrisse le secret espoir de les rendre à l'ancien culte? Notez bien, mon cher confrère, qu'il y a deux salles. A supposer que la nouvelle, celle des pairs de Louis-Philippe, dût être réservée comme objet d'art, comme trop magnifique, on pourrait bien donner l'ancienne, la salle des pairs de Louis XVIII et de Charles X. L'ombre des Noailles et des Fitz-James ne s'en indignerait pas, surtout celle de Fitz-James, qui en avait fait fi. J'en parle très sérieusement. C'est une idée à suivre. L'Académie a dans les conseils du gouvernement un avocat obligé, un de ses membres, M. Dumas, ministre de l'agriculture et du commerce, qui n'a jamais fait grand'chose pour elle et qui devrait bien lui accorder un moment d'attention, dût la betterave en rougir de dépit, si elle en était capable.

A propos de l'Académie, j'ai cru, à l'une des dernières séances, que le chef de la dynastie des Baillière, laquelle règne sur les comptoirs de librairie médicale tant en France qu'à l'étranger, était passé membre du Sacré-Collége. Je l'ai cru, à voir l'habile éditeur se glisser sans nulle timidité, comme chez lui, le long des banquettes, jusqu'à celle où fleurit son honorable complice, M. Bousquet, dont le teint vermeil fera longtemps encore le désespoir des Carnot et des Bayard. Quand je dis complice, ce mot ne doit pas être pris en mauvaise part: il signifie seulement qu'à eux deux ils composent le Bulletin de l'Académie. Mon illusion, comme vous pensez bien, n'a pas été de longue durée. A moins d'être vétérinaire ou pharmacien, il faut avoir qualité de docteur pour prendre siége à l'Académie; or M. J.-B. Baillière ne serait pas entré *in nostro docto corpore* sans faire hommage de sa thèse inaugurale à un ancien ami. D'un autre côté, je ne lui ai jamais connu de vocation pharmaceutique, et quant aux solipèdes, il n'a aucune espèce de rapport avec eux, ni à l'état morbide, ni même à l'état normal, car je vous défie d'avoir jamais rencontré ce millionnaire en voiture, à moins que ce ne fût un jour de noce ou d'enterrement. Je soupçonne le Juif errant de s'être fait libraire, et d'avoir renoncé, en prenant un état, aux cinq sous traditionnels. On passerait sa vie à compter des gros sous s'il fallait payer en monnaie de cuivre les frais d'une édition de Paré ou d'Hippocrate. Quoi qu'il en soit, mon erreur d'un moment a été la source pour moi d'une foule de réflexions qui me sont venues, séance tenante, et dont je ne vous ferai pas grâce. Quel membre de l'Académie, me disais je, a rendu plus de services aux études médicales en France que cette bibliographie ambulante qui a nom Jean-Baptiste Baillière? Baillière, dans l'ordre intellectuel, a engendré Jourdan, ce bénédictin qui, à force de traduire, avait épuisé les marchands de papier de la capitale, à ce point qu'il se vit obligé de couvrir de son écriture fine et serrée jusqu'aux lettres de faire part confraternelles qui lui étaient adressées. Il n'y a que la sienne qui ait échappé à cet usage, et je ne serais pas étonné que, par habitude, il eût recommandé, à ses derniers moments, de la mettre de côté. Je dis sans rire et je soutiens que M. Baillière a eu une part, une large part au mouvement scientifique qui s'est produit chez nous depuis vingt ans. Il lui a fallu une grande pénétration, le sens des besoins scientifiques de son temps, et beaucoup de courage, sans compter les fatigues. Qu'il ait fait sa fortune en même temps qu'il a rendu service aux sciences médicales, cela ne diminue en rien son mérite. M. Charrière et M. Sanson ne se sont pas ruinés non plus, que je sache, et, tout en faisant leurs petites affaires, comme on dit, ils ne sont pas moins devenus chevaliers de la Légion d'Honneur, ce dont je m'applaudis pour eux, car, après tout, ce hochet, pour parler comme M. Clément Thomas, n'est pas tant à dédaigner, même en état de république. Ah! si j'étais M. Dumas, que je suis forcé d'invoquer pour la seconde fois dans cette lettre, ou si seulement j'avais l'honneur de l'approcher, ou si encore j'étais un de ces médecins qui par leur position ont accès et crédit auprès du pouvoir, M. Baillière n'attendrait pas longtemps. Le gouvernement a le devoir d'honorer le travail intelligent, utile et probe; c'est la vraie, la seule noblesse désormais, et il lui appartient de la consacrer.

J'ai à vous communiquer un fait qui vous paraîtra inouï, invraisemblable ou même impossible; tout ce que vous voudrez. Un fait est un fait. Dans la dernière séance de l'Académie, j'ai vu M. Gerdy s'attendrir. Je l'ai vu de mes yeux, ce qui s'appelle vu. L'honorable membre, dans son travail sur les sourds-muets, a été conduit à citer quelques vers de l'un d'eux, M. Forestier, esprit cultivé et distingué. Ces vers, d'une facture correcte et élégante, sont empreints d'une philanthropie touchante, quoique exclusive, puisqu'elle a pour

Le premier malade qui est venu nous trouver était resté deux mois entiers à l'Hôtel-Dieu ; il avait dû subir toutes sortes de remèdes, sans en éprouver la plus légère amélioration. On l'avait envoyé à Saint-Louis dans l'espoir que l'usage des bains donnerait des résultats plus satisfaisants. Chez lui, la disparition de la maladie a été immédiate. Nous l'avons gardé pendant deux jours dans nos salles. Quelques excès de fatigue ont, après sa sortie, ramené de légères douleurs qui n'ont pas eu de suites. Nous l'avons vu une première fois au bout de quinze jours, puis une seconde au bout de trois semaines ; la guérison ne s'était pas démentie.

Elle a été obtenue et s'est maintenue de la même manière chez un second malade qui, indépendamment de la névralgie sciatique, présentait des douleurs à la partie antérieure du genou. Elle a été durable et complète, ou du moins presque complète, chez les quatre malades qui ont suivi les deux premiers ; nous disons presque complète, parce qu'il est resté chez quelques-uns un peu d'engourdissement du membre.

Alors a commencé une autre série qui a été ouverte par un malade dont les douleurs ont disparu sur-le-champ, pour reparaître le lendemain ; nous avons pensé que ce retour inattendu devait être attribué à un excès de marche et de travail. Un nouveau cas du même genre, dans lequel la cautérisation pratiquée sur le pied après un premier insuccès est demeurée sans effet, a élevé des doutes dans notre esprit sur l'explication favorable que nous avions acceptée. Des faits ultérieurs sont venus confirmer ces doutes. C'est ainsi que nous avons cautérisé un malade de la ville, qui d'abord a éprouvé assez de soulagement pour pouvoir faire usage de sa jambe, mais qui, au bout de deux heures, a été repris des mêmes douleurs qu'avant l'opération ; c'est ainsi qu'hier encore nous avons rencontré un homme chez lequel les souffrances, après avoir été notablement diminuées, sont revenues aujourd'hui presque aussi vives qu'elles l'étaient d'abord, avec persistance entière d'une névralgie du nerf crural dont elles étaient compliquées.

Tout à l'heure nous avons eu sous les yeux un malade dont la névralgie a disparu d'une manière tellement complète, tellement instantanée, qu'on serait tenté de contester la réalité d'un résultat aussi merveilleux si on ne l'avait soi-même constatée. Nous avons tout lieu de croire que, chez lui, la guérison se maintiendra comme chez nos premiers malades, bien que rien ne nous autorise à l'affirmer.

Nous ne connaissons pas d'une manière très exacte le chiffre des malades qui se sont présentés à nous ; il s'élève à 17 ou 18. Quoi qu'il en soit, nous pouvons dire que la cautérisation nous a réussi six fois d'une manière complète ; que, dans six autres cas, elle a fait disparaître les douleurs en totalité ou en partie, mais seulement pour un temps plus ou moins long ; que, dans les autres circonstances, elle a eu des effets médiocres ou presque nuls. Les guérisons réelles comprennent donc le tiers des malades.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que la plupart de ces faits se sont passés en public. En leur présence, que devons-nous conclure ? Que la cautérisation de l'oreille est un moyen à dédaigner parce qu'il ne réussit pas toujours ? Non, sans doute. Si on considère exclusivement la première série de résultats, on établira une conclusion tout opposée ; si on considère exclusivement la seconde ou la troisième, on sera d'avis de revenir aux anciennes méthodes. Pour notre part, nous devons déclarer que la cautérisation est un excellent moyen, et qu'il n'en est pas un, parmi ceux qui nous sont connus, dont l'efficacité soit aussi grande, mais qu'il n'agit pas constamment d'une manière favorable et ne permet pas de promettre une guérison certaine.

Nous avons examiné attentivement nos malades, nous avons cherché à expliquer la différence des résultats obtenus, jusqu'à présent nous n'avons pu y parvenir.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Des épanchements de sang dans l'intérieur de l'œil.

(Suite. — *Voir* le numéro du 9 juillet.)

3° *Hypohœma symptomatique d'une iritis.* — Voici une observation qui servira à démontrer que le premier degré de l'inflammation de l'iris peut être caractérisé par une exhalation sanguine. On pourrait lui donner le nom d'*iritis hémorrhagique*. Les cas de ce genre sont d'ailleurs très rares.

Hypohœma développé à la suite d'une iritis consécutive elle-même à une double opération, celle de la pupille artificielle et celle de la cataracte.

En me bornant à prendre dans cette observation si intéressante sous plusieurs rapports que ce qui a trait à notre sujet, je dirai qu'après avoir pratiqué à Mme David, âgée de cinquante ans, une pupille artificielle qui avait parfaitement réussi comme opération, je fus dans la nécessité d'opérer vingt-six jours après une cataracte lenticulaire molle qui masquait l'ouverture pupillaire de nouvelle formation, et qui rendait ainsi à peu près nulle l'heureuse tentative de guérison que nous venions de faire.

Le 30 juillet 1846, je divisai avec l'aiguille la lentille opaque et laissai sur place les fragments de la cataracte, qui devaient disparaître par absorption.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, la malade alla très bien ; mais le 12 août, à la suite d'un léger écart de régime, il survint à l'œil opéré de la rougeur, de la douleur, du larmoiement. En même temps, il existait, spécialement la nuit, des douleurs péri-orbitaires assez vives. A l'inspection directe, il me fut aisé de reconnaître qu'il existait une iritis. La pupille artificielle, il est vrai, n'était pas rétrécie, et cela se comprend dans le cas particulier ; mais l'iris était rouge, vascularisé d'une manière sensible dans plusieurs points. De plus, je constatai un phénomène insolite : de la face antérieure de l'iris, on voyait transsuder comme une rosée sanguine formant, çà et là, des gouttelettes de sang encore adhérentes au tissu de l'iris. A la partie inférieure de la chambre antérieure, existait une petite collection sanguine de 4 à 5 millimètres de hauteur. — Antiphlogistique et purgatif, calomel et opium.

Le lendemain, 13 août, l'épanchement sanguin n'avait plus sa coloration normale.

Le 14 et le 15 surtout, il s'est formé dans la chambre antérieure un épanchement de pus qui, mélangé au liquide sanguin, donnait un aspect gris-sale au produit mixte qui occupait la moitié inférieure de la chambre antérieure, et gagnait déjà la partie inférieure de la nouvelle pupille, qui conservait toujours son étendue primitive.

Enfin, le 16 août, l'hypopion prédominait décidément ; il n'y avait plus de traces d'un épanchement sanguin. Le pus était d'un blanc mat ordinaire. Heureusement la résorption fut assez rapide, grâce à la salivation, qui survint fort à propos, comme je l'avais espéré.

Cette observation servira à faire mieux comprendre les faits analogues, mais qui sont plus compliqués. Ici, en effet, l'iris a été examiné avec le plus grand soin, et j'ai pu, à l'aide de l'inspection directe, reconnaître les caractères propres à la phlegmasie de cette membrane. Cette ressource n'est pas toujours à la disposition du chirurgien ; car lorsque l'hémorrhagie occupe toute l'étendue de la chambre antérieure, le diagnostic ne peut être établi que sur l'ensemble des symptômes généraux et locaux. J'ai recueilli trois autres faits de ce genre à l'hôpital de la Pitié. Je les passe sous silence, parce qu'ils n'ajouteraient rien à ce que nous venons d'énoncer.

4° *Hypohœma par rupture vasculaire spontanée.* — Un auteur allemand, d'Ammon, dit avoir observé le décollement de la grande circonférence de l'iris sous l'influence d'une contraction très énergique de la pupille dans l'iritis chronique compliquée de staphylome de la cornée. En admettant ce fait, qui n'a rien d'ailleurs d'extraordinaire en lui-même, on comprend la possibilité d'un hypohœma par rupture vasculaire spontanée.

Toutefois, les faits sur lesquels nous voulons fixer l'attention diffèrent un peu du précédent, que nous n'avons pas encore rencontré dans notre pratique.

Il s'agit, dans les deux observations suivantes, d'une rupture vasculaire spontanée survenue dans des conditions toutes particulières. Dans un cas, l'iris adhérait à la cornée ; cette adhérence est détruite un jour sous l'influence de l'action de la belladone. Pendant que la séparation s'opère, un vaisseau de l'iris est déchiré ; l'hypohœma survient. Dans un autre cas, c'est en arrière que l'iris est fixé. Cette union anormale est encore détruite par le même moyen ; et par suite aussi d'une rupture vasculaire de l'iris, un épanchement sanguin apparaît dans la chambre antéro-postérieure.

Nous n'avons pu constater d'une manière certaine la lésion de l'iris ; l'esprit seul la conçoit et l'explique. Nous ne nions pas, néanmoins, que, dans quelques cas plus ou moins analogues à ceux-ci, l'hémorrhagie ne puisse avoir pour origine la rupture de vaisseaux de nouvelle formation servant d'intermédiaire et de moyen d'union entre l'iris et la partie à laquelle il est devenu adhérent.

Hypohœma qui a été précédé d'une kératite plastique terminée par ulcération et perforation de la cornée, avec synéchie antérieure ; rupture spontanée d'un vaisseau de l'iris, coïncidant avec la disparition de la synéchie.

Le 15 août 1849, M. Nélaton, professeur-agrégé à la Faculté, m'adressa M. Cadiot, âgé de quatre-vingt-deux ans, rue Godot-de-Mauroy, n° 6. Ce malade, à la suite d'un érysipèle de la tête, qui a débuté il y a cinq mois, avait eu une affection des yeux. Après avoir été soigné assez longtemps par M. Cruveilhier, il était allé passer la belle saison à sa campagne, à Soisy-sous-Etiolles. C'est là que je le vis pour la première fois avec son médecin ordinaire, le docteur Froyfond.

A gauche, il existait seulement un ectropion de la paupière supérieure, par hypertrophie de la conjonctive. A droite je constatai, à la partie centrale de la cornée, un léger épanchement de lymphe plastique ; un peu plus haut il existait un leucoma peu étendu et qui avait même passé jusque-là inaperçu. Cette cicatrice cornéenne adhérait par sa partie postérieure à l'iris projeté en avant, elle n'était autre chose que le résultat d'une perforation de la cornée. La chambre antérieure n'existait plus dans sa partie supérieure : la pupille était assez notablement rétrécie et très déformée ; la capsule antérieure du cristallin avait une teinte nébuleuse. Cet œil, un peu sensible à la lumière, légèrement injecté dans les diverses tuniques extérieures, était impropre à la vision, car le malade ne pouvait pas distinguer ses doigts lorsque l'œil gauche était fermé. Outre un traitement approprié à cette affection complexe, je conseillai d'instiller deux ou trois fois par jour dans l'œil droit un collyre belladoné, dans le but d'opérer une dilatation forcée de la pupille, laquelle pouvait avoir pour résultat, si l'union de l'iris à la cornée n'était trop ancienne, chose qu'on ignorait, de rompre les adhérences anormales de l'iris.

Le 16 octobre, M. Cadiot, de retour à Paris, me fit mander. Depuis deux jours l'œil droit, qui avait été de mieux en mieux jusque-là, était un peu douloureux et impressionnable à la lumière. L'examen me fit bientôt reconnaître un épanchement sanguin occupant le tiers inférieur de la chambre antérieure, et arrivant jusqu'au bord libre de la petite circonférence de l'iris. La pupille était dilatée à peu près au degré normal ; sa forme presque régulièrement arrondie. Sous l'influence de la belladone, l'iris s'était séparé de la cornée pour reprendre

---

objet les sourds-muets seulement. C'est en lisant ces vers, que je regrette de n'avoir pu retenir, que M. Gerdy a donné des signes d'émotion. Ce phénomène a excité autour de moi un grand étonnement, et même quelque inquiétude, tant il a paru peu naturel. Pour moi, à vous parler franc, je n'ai pas été aussi étonné. Je me suis toujours douté que sous cette écorce rude il y avait un cœur, un cœur ami de la justice, et peut-être même un cœur sensible. Voici maintenant une question que je vous demande la permission de soumettre à M. Gerdy par votre entremise. Le vers comporte deux éléments musicaux, la consonance et la mesure. Comment les sourds-muets acquièrent-ils la notion de ces deux éléments ? Cette question prêterait, je pense, à une analyse fine et intéressante d'un certain nombre de phénomènes intellectuels : elle doit plaire à M. Gerdy, et vous-même, mon cher Phocéen, vous qui avez fait des vers en votre temps, et même d'assez bons dans le nombre, peut-être y trouverez-vous matière à réflexion.

Je vous adresse ci-joint, mon cher rédacteur, le compte-rendu d'un procès qui a eu lieu à Angers, et qui s'est terminé, le 5 juillet de cette année, par la condamnation d'un pseudo-confrère. Je vous engage à publier cette pièce telle qu'elle et tout au long ; elle est si curieuse par elle-même qu'il n'y a rien à y ajouter. Vous me direz peut-être que c'est une façon très commode de correspondre, et j'en conviens. Mais, dans l'espèce, je n'ai pas mieux à faire. D'ailleurs, lisez :

« Jacques Bodinier, se disant médecin sans diplôme à Angers, vient se placer sur le banc des prévenus pour exercice illégal de la médecine, pour administration de remèdes nuisibles à la santé et pour escroquerie.

» Après l'exposé du ministère public, de nombreux témoins sont entendus.

» Le premier, Launay, avait une douleur au genou ; Bodinier lui a dit que c'était une ankylose, et a appliqué des remèdes ; mais comme il se trouvait plus mal, il est allé consulter M. Ouvrard, qui a reconnu que c'était un dépôt, et l'a ouvert.

» Bodinier, interpellé à l'audience, soutient que c'était une *suppuration d'ankylose*.

» M. le docteur Daviers, expert appelé à l'audience, déclare qu'il n'y a aucun rapport entre le mal dont se plaignait le témoin et l'ankylose.

» Le second témoin, Ravin, a aussi consulté Bodinier pour une oppression ; celui-ci lui a dit que c'était une *épidémie*, et lui a fait payer 11 fr. des remèdes qui n'ont pas eu de résultat.

» Les débats de l'audience nous apprennent que le mal qualifié *épidémie* par le prévenu n'était autre chose qu'un asthme.

» Le troisième témoin, Jeanne C..., est allée chez Bodinier, qui, devinant immédiatement la maladie, lui a promis guérison si elle voulait prendre douze bouteilles d'un remède inconnu à 6 fr. chaque. Ce témoin paya donc 72 fr. et ne fut pas guérie. Bodinier, interpellé à l'audience sur la maladie et le remède, répond hardiment « que la fille C... avait du sang *aposthumé* sur la poitrine, entre le » foie et le poumon, et que les bouteilles contenaient des portions de » gomme et de feuilles de pêcher. »

» Le quatrième témoin, B..., raconte que sa femme avait un mal au sein, qu'un médecin avait constaté que le mal était encore peu grave, et qu'il y avait des chances raisonnables de guérison complète. La crainte d'une opération fit qu'on s'adressa à Bodinier ; celui-ci applique un emplâtre sur lequel on a remarqué de la poudre semblable à de l'arsenic ; puis il a fendu le sein en quatre, coupé les chairs avec un rasoir et cautérisé. Il a demandé environ 60 fr. Le mal était très grave ; la malade souffrait horriblement. Bodinier, payé d'avance, ne revenait plus que rarement, et quand on l'avait demandé cinq ou six fois. La femme B... a dû être transportée à l'hôpital, où elle est morte à la suite de l'effroyable ulcère déterminé et développé par le traitement de Bodinier.

» Le cinquième témoin, la femme Porcher, a fait venir de Beaufort à Angers son fils pour le soumettre au traitement de Bodinier, dont l'assurance et les promesses les avaient séduits ; Bodinier lui a appliqué l'emplâtre dit de *Jean Lefin*, en garantissant que Porcher serait guéri dans cinq ou six semaines. Cet emplâtre a occasionné des souffrances atroces ; le prévenu a réussi à se faire remettre 25 fr. sur 50 fr. qu'il réclamait, et n'est plus revenu. Pendant trois semaines on l'a vainement prié, supplié de venir ; et il a fallu transporter le malade à l'hôpital. Il est dans un état déplorable.

» Bodinier refuse de faire connaître la composition de son emplâtre, dont le secret lui a été donné par Jean Lefin ; mais il a été saisi et analysé par des chimistes dans une précédente poursuite dirigée contre la sœur de Jean Lefin. Une femme à laquelle on l'avait appliqué est morte immédiatement, empoisonnée par l'arsenic qui compose tout le secret ; et les experts constatèrent qu'il y avait de quoi empoisonner quatre personnes.

» Dans les débats, Bodinier avait dit que c'était un *végétal* ; M. le président lui ayant demandé s'il pourrait dire ce qu'est un végétal et ce qu'est un minéral, Bodinier, comme affecté de la question, répond sans hésiter : « *Le végétal est ce qui s'applique à l'extérieur,* » *et le minéral ce qui s'applique à l'intérieur, aux intestins.* »

A tous ses malades, Bodinier disait qu'il connaissait et guérissait toutes les maladies, qu'il était le neveu de Jean Lefin, qu'il était journellement appelé en consultation par les médecins du département, et surtout par M. Mirault, ce qui fait sourire et semble fort surprendre l'habile docteur, présent à l'audience ; Bodinier disait avoir le diplôme de médecin ; il prenait cette qualité dans ses ordonnances et dans ses lettres, qui sont toutes signées : Bodinier, *medesen à Anges*.

« Le ministère public a insisté énergiquement pour obtenir une répression sévère.

» Me Prou n'a défendu ni les prétentions, ni la science de son client ; il a même fait à cet égard les plus grandes concessions au ministère public ; mais il a fort habilement discuté l'existence du délit d'escroquerie.

» Toutefois, le tribunal a jugé que ce délit était bien établi et a condamné Bodinier à six mois de prison, cent francs d'amende et aux frais de la poursuite. »

J'avais pensé à ajouter une sauce charivarique à ce poisson. Mais c'est un tour de force dont je suis incapable. L'art peut embellir la nature, mais quelquefois, souvent même, elle ne lui laisse rien à faire, et c'est le cas aujourd'hui. Que voulez-vous qu'on dise après ce pathologiste, qui trouve moyen de faire tenir toute une épidémie dans le corps d'un de ses consultants ? La troupe joyeuse des vaudevillistes réunis, M. Scribe en tête, n'imaginerait pas mieux, ni même aussi bien. Je me demande seulement pourquoi le tribunal a condamné le susdit comme escroc, quand elle pouvait le condamner comme assassin, et je remarque que la justice est beaucoup plus tendre aux faux docteurs qu'aux vrais. Que, par un oubli, une bévue dont le médecin peut même n'être pas coupable, un malheur arrive, tenez pour certain que ce médecin, à la condition d'être dûment diplômé, sera jugé avec toute sévérité ; tandis que, dans une semblable occurrence, le pseudo-médecin, le Bodinier quelconque, aura chance de s'en tirer. Je regrette de terminer par cette réflexion aussi juste que peu consolante, et je voudrais avoir le temps de traiter un autre sujet. Mais, j'étouffe ; l'air est embrasé et orageux, par ce saint jour de dimanche, et mon couvert est mis à Bellevue, sur une terrasse, en face d'un bouquet de peupliers d'Italie, vert rideau qui dissimule en partie seulement la vaste plaine, pareille à un damier, où s'élève la *Cité mère*, qu'Auguste Barbier, qui tient de Juvénal et de Jérémie, compare sans vergogne à une *cuve*.

XX.

sa place normale. La chambre antérieure de l'œil était donc reconstituée. Il n'existait d'ailleurs aucune trace de phlegmasie du globe oculaire, et l'état nerveux n'était lui-même que médiocrement surexcité. Pour tout traitement je prescrivis un purgatif, un collyre belladoné, et un régime approprié.

Le 20 octobre, l'hypohœma a diminué de moitié ; sa forme est celle d'un cône à sommet supérieur; ce qui indique que le sang n'est plus fluide. L'œil n'est pas injecté. La cornée et les milieux de l'œil ont leur transparence normale. Le malade voit l'heure à une pendule, mais il ne la distingue pas à ma montre.

Le 1er novembre, il ne reste plus de traces de l'épanchement sanguin. L'œil a gagné beaucoup ; avec cet œil le malade voit l'heure à ma montre ; aidé de lunettes biconvexes il peut lire couramment les caractères ordinaires d'imprimerie. Sous l'influence de cautérisations répétées, j'ai guéri en même temps l'ectropion du côté gauche.

Ce fait est certainement sous tous les rapports d'un haut intérêt. Il montre qu'il ne faut jamais désespérer trop tôt de la guérison d'une lésion grave des yeux, même lorsque le malade est déjà assez avancé en âge, et il indique tout ce qu'on peut attendre d'un traitement dirigé convenablement.

Hypohœma survenu chez un malade affecté de synéchie postérieure après l'opération de la cataracte. — Rupture spontanée d'un vaisseau de l'iris coïncidant avec la disparition de la synéchie.

Le 3 juin 1844, Becker, facteur de pianos, est rentré au n° 3, salle Saint-Gabriel, hôpital de la Pitié, affecté d'une double cataracte.

Le 12, il fut opéré des deux côtés par M. A. Bérard d'après la méthode par abaissement.

Il survint les jours suivants des symptômes d'iritis des deux côtés. — Saignées, sangsues, frictions mercurielles, calomel et opium.

Le 18, il existe du côté droit une opacité incomplète de la cornée avec chémosis. — On continue le calomel et l'extrait thébaïque.

Le 21, le malade souffre toujours beaucoup la nuit; les pupilles sont obstruées. A droite, la phlegmasie est plus prononcée; l'iris offre une teinte plus foncée; de plus, il existe une conjonctivite assez aiguë.

Le 1er juillet, sous l'influence de la salivation, l'état des deux yeux s'est amélioré très sensiblement. A gauche, la pupille est dilatée et régulière. Le champ pupillaire est masqué d'une manière complète par une opacité capsulo-cristalline. A droite, la pupille n'est pas rétrécie à l'excès, mais elle est déformée par suite d'une adhérence de son côté externe à l'opacité capsulo-cristalline, qui occupe la totalité du champ pupillaire, comme cela a lieu du côté opposé.

Le 28 août, le malade ne souffre plus depuis trois jours. La résorption marche, à gauche surtout.

Le 9 septembre, la résorption continue à droite, mais surtout à gauche. La pupille droite est toujours fortement tiraillée en dehors. Le malade commence à distinguer les objets, surtout avec l'œil gauche. Pas d'accidents inflammatoires.

Le 20, il n'y a plus d'opacité à gauche. La pupille est nette, régulière. La vision est bonne de ce côté. A droite, la résorption marche, mais plus lentement. La déformation pupillaire est toujours la même.

Le 4 octobre, le malade est en voie de guérison pour le côté gauche, dont l'opacité a diminué de près de moitié. Dans la nuit du 4 au 5, sans cause connue, sans choc ou violence extérieure sur l'œil, il éprouve une sensation insolite dans l'œil droit, mais sans douleur bien prononcée. Le lendemain, à la visite, je trouve la chambre antérieure pleine de sang. Le malade ne se doutait pas de ce qui lui était arrivé, et il a fallu que son attention fût fixée sur ce point pour qu'il nous rapportât la légère douleur qu'il avait éprouvée.

Quoi qu'il en soit, l'œil n'était ni enflammé ni douloureux. Pour tout traitement, on prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 8 octobre, le sang était résorbé ; alors je constatai que, l'opacité capsulo-lenticulaire était restée la même, il était survenu un changement très sensible dans la pupille, qui, au lieu d'être fortement tiraillée en dehors et par conséquent très déformée, était devenue régulière et arrondie : l'adhérence qui fixait l'iris à la cataracte secondaire était rompue.

5° *Hypohœma par ulcération de l'iris.* — Je ne connais qu'un seul exemple d'hémorrhagie de l'œil reconnaissant pour cause l'ulcération de l'iris. Je le donne tel qu'il a été recueilli par moi au lit du malade.

Hypohœma suite d'une ulcération du bord libre de l'iris produite par le contact d'un cristallin luxé.

Le 10 juin 1844 est entré à la Pitié, salle Saint-Gabriel, n° 1, le nommé Pierre (Jean), vigneron, âgé de quarante ans, affecté de deux cataractes. Opéré par abaissement le 19 par M. A. Bérard, le malade ressentit dans la journée et dans la nuit des douleurs assez vives dans les yeux et la tête; il eut des vomissements opiniâtres. — Deux saignées sont pratiquées; glace par fragments, etc.

Le 21, le malade, pendant la nuit, a souffert des yeux, surtout du droit, qui est assez injecté. Le champ pupillaire est obstrué par des débris de cristallin; à gauche, la pupille est assez nette.

Le 28, la pupille et la chambre antérieure du côté droit sont complétement oblitérées par du détritus. A gauche, le cristallin est à demi remonté. La pupille est déformée vers le petit angle de l'œil.

Le 1er juillet, même état du côté droit. A gauche, la pupille est oblitérée d'une manière à peu près complète par la cataracte remontée. Depuis deux jours, le malade souffre beaucoup de violentes douleurs de tête, localisées surtout du côté droit. Ces douleurs existent principalement pendant la nuit. On ne distingue pas l'iris, mais nous craignons le début d'une iritis, et un traitement approprié est prescrit.

Le 22, à droite, le cristallin, qui occupait les trois quarts de la chambre antérieure, est résorbé en grande partie; il n'occupe plus aujourd'hui que le quart inférieur de la chambre antérieure. On distingue maintenant la pupille : elle est très rétrécie et paraît obstruée par une pellicule blanchâtre. A gauche, l'opacité est toujours la même; la pupille est un peu dilatée.

Le 20 août, il est survenu, depuis hier, de violentes douleurs dans l'œil gauche. Voici ce que cet œil offre de particulier : la partie centrale de la cornée est le siége d'une opacité blanchâtre; dans la chambre antérieure existe un vaste épanchement sanguin, qui la remplit en totalité.

Le 22, le sang est résorbé dans la moitié supérieure de la chambre antérieure; la douleur est apaisée depuis hier par l'application à la tempe gauche de deux ventouses scarifiées.

Le 14 septembre, l'hypohœma étant resté stationnaire, M. A. Bérard se décide à ouvrir la cornée pour donner issue au sang, qui sort à l'état fluide.

Le 21, il n'est pas survenu d'accidents. Je constate alors l'existence d'une sorte d'érosion ou d'ulcération de la partie interne de la petite circonférence de l'iris, ulcération qui paraît avoir été déterminée par la pression exercée par le cristallin remonté et dirigé obliquement en avant. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite. La pupille se rétrécit de plus en plus; à la fin de septembre, elle était obstruée par un dépôt fibrino-albumineux; l'iris, adhérant en arrière, offrait une concavité antérieure très prononcée.

6° *Hypohœma symptomatique d'une lésion organique.* — L'hypohœma symptomatique d'une lésion organique peut se rencontrer dans diverses affections du globe de l'œil. Il nous suffit de la signaler. C'est un accident tout à fait secondaire comparé à la gravité de la maladie principale.

TUMEUR FIBRINEUSE

Contenue dans le ligament large du côté droit.

Par M. Piogey.

L'observation suivante a été communiquée à la Société anatomique, et doit être publiée dans ses comptes-rendus.

Nous analyserons prochainement les travaux de cette laborieuse Société pendant les derniers mois, et nous appellerons spécialement l'attention sur une affection encore peu connue qui a été le sujet d'une discussion intéressante, l'*arthrite sèche*, ainsi nommée par M. Deville.

Frentz (Elisa), âgée de vingt-sept ans, couturière, entrée le 25 mars 1848 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 2. La malade est d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate et nerveuse. Depuis l'âge de quatorze ans, elle a une leucorrhée abondante; à dix-huit ans seulement apparut l'écoulement menstruel. Mariée en 1839, elle n'a éprouvé aucun changement dans son état de santé habituel; elle n'a point eu d'enfant ni de fausses couches.

Au mois de juillet 1847, après une métrorrhagie qui dura trois semaines, la cavité abdominale fut le siége d'élancements et de douleurs très vives, principalement à droite.

Le 15 décembre, à la suite des règles qui durèrent cinq jours au lieu de trois, la partie latérale droite de l'abdomen fut encore le siége de douleurs si violentes que la malade dut garder le lit. A partir de cette époque, le flux menstruel fut supprimé; des nausées, des vomissements, un malaise général, des appétits bizarres firent soupçonner une grossesse commençante.

Pendant le mois de février 1848, on fit deux applications de sangsues, afin de combattre quelques accidents inflammatoires.

Le 25 mars, la malade se décide à réclamer les secours de l'art.

Le jour de son entrée à l'hôpital, sa maigreur est excessive; la peau est d'une blancheur mate, jaunâtre; les yeux sont enfoncés dans les orbites; la face est grippée, les pommettes saillantes, le pouls donne par minute 90 pulsations fortes et régulières.

Une tumeur volumineuse, à contours arrondis et réguliers, occupe le côté droit de la cavité abdominale; transversalement, elle s'étend depuis l'épine iliaque antéro-supérieure droite jusqu'à huit centimètres de la ligne blanche, et présente une largeur de 22 centimètres; elle a 16 centimètres dans le sens vertical, remonte jusqu'à l'ombilic et descend jusqu'au pubis.

Cette tumeur est dure, consistante, mais fluctuante cependant. La couleur, la chaleur, la constitution anatomique de la peau n'offrent aucune modification pathologique; l'auscultation ne fait percevoir aucun bruit anormal. La percussion rend partout un son mat et uniforme; cette matité cependant ne se continue pas avec celle du foie : entre ce viscère et la tumeur, il existe un espace de trois centimètres, où la percussion donne lieu à un bruit très clair.

La position de la tumeur ne varie point dans les différentes inclinaisons du corps, et, malgré son volume considérable, elle n'entrave pas la circulation des membres abdominaux.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que le corps de l'utérus est déprimé et déjeté à gauche, et que le col regarde en avant et à droite; la difficulté qu'on éprouve à imprimer des mouvements à l'utérus indique qu'il y a entre cet organe et la tumeur des adhérences intimes. Le doigt, introduit dans le rectum, est comprimé entre le sacrum et la paroi postérieure de la tumeur; celle-ci occupe donc certainement toute la cavité du petit bassin.

Il est difficile de se faire dès à présent une idée exacte de la nature de la tumeur; quoi qu'il en soit, la fluctuation étant évidente, il faut donner issue au liquide intérieur.

Le 29 mars, afin de déterminer des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale, on applique le caustique de Vienne, à 8 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure.

1er avril. Après avoir enlevé l'eschare, on fait une nouvelle application de la pâte désorganisatrice.

5 avril. Le caustique de Filhos est substitué à la pâte de Vienne, et appliqué quatre fois successivement à quelques jours d'intervalle.

On se proposait de faire une ponction ou tout au moins d'enlever l'eschare, afin de donner issue au liquide contenu dans la tumeur, lorsque dans la nuit du 14 avril un liquide sanieux, sanguinolent et fétide s'écoula spontanément par la plaie.

15 avril. Les parois abdominales sont moins tendues; mais la compression ne peut déterminer l'écoulement d'aucun liquide; la tumeur cependant est encore fluctuante.

Un stylet, présenté à l'orifice artificiel, pénètre avec facilité au milieu d'un tissu mou, peu consistant, se laissant déchirer sans difficulté.

Les jours suivants, le cataplasme qui recouvre le ventre est souillé par un liquide sanieux et ichoreux; le stylet introduit de nouveau ne pénètre dans aucune cavité, et donne toujours une sensation particulière que je pourrais comparer à celle qu'on obtiendrait en pénétrant entre deux morceaux de velours très-comprimés; on parvient ainsi jusqu'à une profondeur de 10 centimètres; le stylet à sa sortie est recouvert d'une couche noire qui est probablement formée de sulfure d'argent.

Le microscope employé pour éclaircir le diagnostic montre que le liquide qui s'écoule au dehors contient des détritus de fibrine et des globules de sang déformés.

On se borne dès le 20 avril à la médecine des symptômes. Les vomissements sont combattus par l'eau de selz, les boissons à la glace, la potion de Rivière; les opiacés sont administrés pour combattre les douleurs excessivement vives dont l'abdomen est le siége.

30 avril. La maigreur est excessive, la respiration stertoreuse, le pouls filiforme et irrégulier; la malade succombe.

Autopsie trente-cinq heures après la mort. La roideur cadavérique n'existe plus, les parois abdominales sont affaissées, les organes thoraciques sont sains.

Cavité abdominale. Signes de péritonite générale; exsudation de lymphe plastique, épanchement de sérosité. Toute la surface péritonéale est comme infiltrée d'une matière noirâtre. Le feuillet pariétal et le feuillet viscéral du péritoine adhèrent ensemble au pourtour de l'orifice formé par le caustique.

La tumeur, contenue dans les replis du ligament large du côté droit, occupe toute la cavité du petit bassin, avec les parois de laquelle elle a contracté des adhérences très-fortes; à droite elle est appliquée sur les vaisseaux iliaques internes, qui ne lui donnent cependant aucun rameau; la trompe et l'ovaire du côté droit n'existent plus. La vessie est refoulée contre la symphyse des pubis; l'utérus est situé à la partie latérale gauche de la tumeur à laquelle il adhère intimement. La dissection montre que les fibres utérines se prolongent sur la tumeur, et que celle-ci fait en partie saillie dans la cavité de l'utérus.

En étudiant la structure intime de cette tumeur, on trouve:

1° Une enveloppe externe qui semble appartenir au ligament large;

2° Un tissu mou, légèrement élastique, assez dense, plus lourd que l'eau, offrant un réseau de fibres blanchâtres qui contiennent dans leurs intervalles une substance rouge lie-de-vin, à demi liquide; au centre de cette masse, qui a à peu près 35 centimètres dans sa plus grande circonférence, existe une cavité dans laquelle il y a un liquide sanieux, très épais, semblable pour la couleur à du chocolat; dans ce liquide, flotte une portion de tissu semblable au reste de la tumeur, et ayant la grosseur d'un œuf de poule; les parois de la cavité sont anfractueuses.

A l'aide de l'examen microscopique, on reconnaît que le tissu de la tumeur est formé de détritus fibrineux, sans organisation. Le liquide contient des débris de fibrine et des globules de sang déformés.

L'examen de la tumeur établit donc qu'elle est de nature fibrineuse. Ce fait avait été prévu pendant la vie; sa formation est certainement due à un épanchement sanguin dont la partie liquide a été résorbée. Mais l'origine et le siége de l'hémorrhagie restent inconnus.

Peut-on supposer qu'il s'est formé un épanchement intra-utérin, que le sang a ensuite pénétré dans la trompe, qu'il a distendu cet organe et l'a converti en une poche volumineuse? Il faudrait, pour cela, que l'orifice péritonéal de la trompe eût été préalablement oblitéré, ce qui n'est pas inadmissible; mais il faudrait de plus qu'une portion au moins de la tumeur fût contenue dans l'épaisseur des parois utérines, il n'en est rien. Il est plus naturel de penser que cette tumeur s'est formée dans l'épaisseur de l'ovaire par suite de la rupture d'un vaisseau ovarique; dans cette hypothèse, on comprend que le sang ait pu s'épancher entre les deux lames du ligament large et y former la masse principale de la tumeur, puis pénétrer accidentellement dans la trompe et fuser de là dans la cavité utérine. On s'expliquerait ainsi la coïncidence de la production et des accroissements de la tumeur avec les époques menstruelles et avec des métrorrhagies véritables.

Je ne fais qu'indiquer cette hypothèse, sans y insister davantage, sans la baser sur des raisonnements étendus; parce qu'à mon sens, ce serait lui donner beaucoup plus de valeur qu'elle n'en mérite.

DE L'EMPLOI DE L'IODE EN VAPEUR

dans le traitement de la pneumophymie.

Par M. Piorry.

Une note qui vient d'être publiée dans la *Gazette des Hô*

pitaux nous conduit à expliquer les raisons qui nous ont porté à administrer l'iode en vapeur dans la pneumophymie.

L'efficacité de l'iode et de l'iodure de potassium contre diverses lésions constituées par des engorgements chroniques, soit des ganglions lymphatiques, soit des vaisseaux de même espèce, soit du derme, n'est pas douteuse. L'utilité de l'iodure de potassium dans les ostéites de nature variée, et principalement dans les cas dus à l'action plus ou moins ancienne du virus syphilitique (syphioses), m'avait depuis longtemps engagé à tenter l'administration par la bouche de ce dernier médicament pour la curation de la pneumophymie.

J'ai publié, dans le *Traité de Médecine pratique*, une douzaine d'observations dans lesquelles des individus portant au sommet des poumons des indurations, des cavités de nature tuberculeuse, expectorant des crachats nummulaires, enfin offrant tous les signes stéthoscopiques et plessimétriques de lésions phymiques des poumons ont été guéris, ou du moins pour quelques-uns considérablement soulagés à la suite de l'emploi de l'iodure de potassium à la dose de 1, 2, 3 grammes par jour dans 30 grammes d'eau; ce médicament était donné en trois fois, le matin, à midi, et le soir, sans autre traitement adjuvant qu'une alimentation réparatrice, et en plaçant le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles.

Plus récemment, et dans le courant de ces deux dernières années, j'ai tiré le plus grand parti dans les dermopathies, rapportées généralement par les auteurs aux scrofules de la peau, de la teinture d'iode étendue d'une certaine proportion d'alcool et administrée en frictions. J'ai vu des engorgements considérables du cou se dissiper avec une grande promptitude par des frictions avec la teinture d'iode, non pas sur la peau qui recouvrait les ganglions, mais bien à l'origine des vaisseaux lymphatiques qui se dirigeaient vers ceux-ci. Dans un cas même il arriva qu'un malade portant de semblables engorgements et présentant de plus des signes non équivoques de pneumophymie au sommet du poumon droit fut ramené à un état très voisin de la santé.

De là l'idée de porter l'iode en vapeur dans les voies aériennes. D'abord je pensai à la teinture, et j'en fis respirer à quelques malades. Des appareils divers furent proposés par M. Hutin et employés par nous. Cet élève fabriqua lui-même des tubes dans lesquels était placée de la teinture d'iode imbibant du coton. Il y avait quelques imperfections à ces appareils; l'idée vint à M. Charcot d'employer des cigarettes contenant encore de la teinture d'iode.

Nous mîmes ensuite simplement de l'iode dans un flacon à large tubulure, et nous fîmes respirer l'air qui s'y trouvait contenu. M. Chevallier fils employa l'appareil de M. Cottereau pour le chlore.

De quelque manière que l'iode soit inspiré, voici ce qu'on observe :

Si on fait passer un courant d'air à travers l'iode ou dans le flacon, cet air bleuit un papier mouillé qu'on lui oppose.

Si on inspire de l'air contenu dans le flacon et qu'on dirige ce même air sur un papier mouillé, on donne lieu au même phénomène; ceci arrive même à la distance de 4 mètres, d'après des expériences faites par M. Hutin. Mais si au contraire on inspire l'air qui a passé sur l'iode, et qu'on dirige sur le papier l'air de l'expiration suivante, celui-ci ne bleuit pas.

Ces expériences ont été très fréquemment répétées. Il est donc évident qu'une certaine quantité d'iode est contenue dans l'air ainsi inspiré et qu'elle disparaît dans l'air qui a passé par les voies aériennes; elle a donc été absorbée.

Nous venons d'apprendre de notre confrère et ami M. le docteur Piédagnel que lui-même dans d'autres temps avait fait des expériences sur l'administration de l'iodure de fer à des phthisiques sans en avoir tiré beaucoup de parti, tandis que dans certains cas de maladies syphilitiques des os ce médicament avait été pour les malades de la plus grande utilité.

Les faits que nous avons recueillis relativement à l'inspiration de l'iode sont encore trop peu nombreux pour pouvoir complétement éclairer la question. Cependant, sur sept ou huit pneumophymies toutes excessivement graves, non-seulement il n'est résulté aucune espèce d'accident de l'emploi de cette médication, mais il y a eu dans l'état des malades une amélioration marquée.

Nous avons omis de dire que l'inspiration de l'iode en vapeur peut être faite à l'état de santé sans aucune espèce d'inconvénient si l'on en use modérément. Nous l'avons constaté sur nous-même, et M. Charcot nous a assuré que son urine peu de temps après qu'il avait inspiré de l'iode avait donné par l'amidon la coloration bleue.

Nous ajouterons aussi qu'il serait probablement utile d'avoir recours à l'inspiration de l'iode dans les affections syphilitiques tertiaires.

SUR L'EMPLOI DU COLCHIQUE

Dans le rhumatisme articulaire aigu et des inspirations et fumigations iodurées dans la phthisie pulmonaire.

Par M. le docteur Berton, chirurgien-major attaché à l'Ecole d'état-major et à la 1re division militaire.

En vous adressant quelques renseignements succincts au sujet d'un cas récent de guérison de rhumatisme articulaire aigu, je n'ai nullement la prétention de m'attribuer les honneurs d'un traitement spécifique, ni même celle d'avoir employé un remède nouveau. Mon intention se borne à indiquer une observation de plus, et dont je tiens de plus amples développements à la disposition du collecteur de faits analogues qui pourrait en avoir besoin lors du prochain et grand procès relatif à l'opportunité de tel ou tel traitement dans cette grave et rebelle maladie.

Il s'agit ici d'un jeune homme de vingt-quatre ans, M. Houdoin, grand, fort, vigoureux, auprès duquel je fus appelé le 4 juin dernier. Il souffrait beaucoup de douleurs aux pieds, aux mains et aux genoux. Les articulations des orteils et celles des doigts étaient, en effet, gonflées, chaudes et très sensibles à la moindre pression et au plus petit mouvement. Il y avait eu de l'insomnie, beaucoup d'agitation, et le pouls, plein et large, battait 110 fois par minute. Successivement, les douleurs et le gonflement douloureux se déplacèrent et se portèrent sur le genou droit, l'épaule du même côté; puis le malade se plaignit de souffrir vers la région sternale, la partie moyenne du dos, l'articulation coxo-fémorale gauche, etc. Le pouls, de 110 à 120, tomba, au bout de sept à huit jours, à 60 pulsations, et continua à rester à ce taux, bien que toujours plein et large, jusqu'à la convalescence, qui fut complète vers les premiers jours de ce mois. Certes, tout, chez ce sujet, semblait militer en faveur de l'opportunité des évacuations sanguines à hautes doses, et cependant, pas une saignée ne fut faite, pas une sangsue ne fut posée. Les moyens principaux de traitement se sont bornés à l'usage du vin de colchique à la dose successive de 20 à 40 gouttes par jour, à celle de boissons émollientes, d'onctions avec le baume tranquille laudanisé, à l'application de cataplasmes également laudanisés sur les points extra-douloureux, et enfin à six bains de vapeurs commencés après le douzième jour. Le premier effet du colchique fut purgatif; mais, dès la sixième dose, son action dynamique se manifesta et fut accusée par le ralentissement de la circulation et la sorte d'état de prostration morale et physique du malade. (Le colchique d'automne, ainsi que certaines autres plantes de la même famille, renferme de la vératrine : il possède une action purgative, et son administration est surtout suivie d'effets dynamiques qui l'emportent de beaucoup sur l'effet purgatif et qui se développent après l'absorption de cette substance et suivent la purgation. Les résultats curatifs obtenus par ce médicament dans quelques maladies, comme la goutte, le rhumatisme, ne peuvent être attribués à sa vertu purgative, mais bien plutôt à son action dynamique sur l'économie.)

En citant un cas de guérison de rhumatisme articulaire aigu dans lequel le colchique semble avoir joué le principal rôle, je n'ai eu, je le répète, que l'intention de produire un fait de plus, et nullement la prétention d'avoir indiqué quelque chose de neuf. Il serait peut-être à désirer que les différentes personnes citées dans un récent article de votre journal relatif à l'emploi des inspirations, des émanations d'iode employées en inspirations dans la phthisie pulmonaire tuberculeuse, agissent avec une sorte de modestie ou du moins de bonne foi. A propos de leur prétendu traitement qu'ils qualifient de *nouveau*, je rappellerai en effet que, dès 1828, j'ai présenté à l'Académie de Médecine un mémoire sur l'emploi et l'efficacité des vapeurs d'iode employées en inspirations dans la phthisie pulmonaire; que l'honorable et malheureux Cottereau continua ces recherches en soumettant à plusieurs reprises à l'Académie ses heureux résultats obtenus, sans se départir de cette loyauté d'attribuer toujours la priorité de cette médication à celui à qui elle appartenait. Mais certaines prétentions au sujet de la localisation des fièvres intermittentes ont d'ailleurs depuis longtemps suffisamment édifié à l'égard de certaines personnes qui croient complaisamment grandir tout ce qu'elles s'approprient et daignent s'approprier tout ce qu'elles touchent.

BONS EFFETS DU CAMPHRE

contre la toux nerveuse.

M. le docteur Alquié, prévenu contre le camphre par l'abus même qu'en font les personnes étrangères à notre art, n'a eu recours à cet agent qu'après avoir épuisé vainement la plupart des moyens conseillés contre la toux nerveuse. La première personne qui lui fournit l'occasion de constater l'influence prompte et radicale de l'administration des grains de camphre, était une demoiselle jeune et très nerveuse, souffrant depuis près d'une semaine d'une toux opiniâtre, sèche, quinteuse, provoquant de vives douleurs de poitrine, et ayant déjà produit un très grand affaissement. Il lui conseilla l'emploi d'une dizaine de grains de camphre : le lendemain, la toux avait presque entièrement disparu ; dix grains de plus achevèrent la guérison. Ce résultat surprit plutôt qu'il ne convainquit M. Alquié de la vertu réelle du médicament employé. Peu de temps après il fut appelé auprès d'une dame atteinte à la fois d'une violente congestion cérébrale et d'une toux très forte à la suite d'un refroidissement. Une saignée abondante, des sinapismes aux pieds et un vésicatoire au bras dissipèrent promptement les symptômes encéphaliques, mais nullement les troubles de la respiration ni les quintes de toux. Celle-ci était sèche, opiniâtre, douloureuse, avec peu de fièvre. M. Alquié ordonna l'usage de grumeaux de camphre, comme chez la précédente malade; le jour suivant la toux était dissipée, et elle ne s'est plus reproduite.

Nous ne multiplierons pas davantage les exemples. Il résulte des faits observés par M. Alquié que le camphre dissipe rapidement, non-seulement les simples toux nerveuses, mais encore les toux sèches, douloureuses, avec peu ou point de fièvre, qui sont le produit d'une irritation catarrhale des bronches, sans lésion appréciable du tissu pulmonaire par l'auscultation. Mais on ne retire aucun profit de l'emploi du camphre quand la toux, de sèche qu'elle était, est devenue humide et suivie de crachats épais et jaunâtres, non plus que dans les cas où il y a lésion matérielle des poumons.

Le camphre est d'une administration très facile; il suffit d'écraser légèrement un petit fragment de cette substance et d'en avaler les parcelles à plusieurs heures d'intervalle.

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

NOUVELLES.

Le courrier ordinaire d'Alger nous apprend que le choléra a reparu sur la côte d'Afrique. A Tunis, où il sévit avec intensité, il a enlevé en un seul jour jusqu'à 150 personnes. Un bateau de la compagnie Bazin-Périer, qui fait le service de Tunis à Marseille, a perdu trois passagers dans la traversée de Tunis à Bone, où la libre pratique lui a été interdite. Les personnes qu'il avait à débarquer ont été admises cependant à prendre terre, et on les a internées au fort Génois, autour duquel on a immédiatement établi un cordon sanitaire.

— A Modène, le gouvernement vient de créer des chaires d'hygiène, d'anatomie pathologique, de chimie organique et un laboratoire de physiologie expérimentale.

— Deux médecins célèbres, MM. Charles Hastings de Worcester et Robert Carswell, médecin du roi des Belges, viennent d'obtenir le rang de chevaliers en Angleterre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 18 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 85.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 17 JUILLET 1850.

PROJET DE LOI

portant réorganisation du corps des officiers de santé de l'armée.

(Deuxième article. — *Voir* le numéro du 6 juillet.)

Voici maintenant l'exposé des motifs du projet de loi portant organisation du corps de santé militaire, dont nous avons fait connaître l'économie actuelle.

Messieurs, nous avons l'honneur de soumettre à vos délibérations un projet de loi portant organisation du corps des médecins et pharmaciens militaires.

Les dispositions de ce projet sont le résultat de la conciliation d'intérêts divers et dignes de votre sollicitude. Elles ont pour but de garantir à nos soldats la permanence des soins médicaux les plus éclairés en garnison, en marche, à l'hôpital ou sur les champs de bataille, et d'assurer au personnel de santé la juste part de considération et de bien-être que réclame l'exercice de son honorable mission.

Vous remarquerez que nous n'admettons plus désormais dans le personnel de santé que des docteurs des Facultés de médecine; il faut, toutefois, qu'à la spécialité des besoins réponde une spécialité d'aptitude dûment constatée par des épreuves : nous demandons à la loi la consécration de cette garantie.

La loi qui vous est soumise tranche une question longtemps débattue en rangeant sous un titre unique les médecins et les chirurgiens. C'est là une conséquence directe des statuts des Facultés, qui ne délivrent que des diplômes de docteur en médecine, et il se trouve que cette fusion est pour nous le point de départ d'un fonctionnement intérieur plus simple et beaucoup plus satisfaisant, en même temps qu'elle nous ouvre la possibilité d'arriver, par une réduction dans les emplois, à une rémunération plus large des degrés inférieurs de la hiérarchie.

Nous ne renonçons pas d'ailleurs à favoriser le développement des aptitudes médicales ou chirurgicales qui tendraient à se spécialiser, et l'examen auquel reste subordonnée la collation du titre de médecin d'état-major est destiné aussi bien à mettre en relief la véritable vocation professionnelle qu'à faire apprécier la valeur absolue des candidats présentés pour un avancement qui ne doit être donné qu'avec une prudente circonspection.

La qualification projetée des diverses classes de médecins militaires donne plus exactement qu'autrefois la mesure de leur fonctionnement propre et hiérarchique.

L'action de l'inspecteur général, agissant en conseil de santé ou isolément en vertu d'une délégation spéciale, embrasse l'ensemble du service sanitaire de l'armée; celle de l'inspecteur divisionnaire, centralisée dans le principal établissement du chef-lieu de la division, s'étend aux hôpitaux, hospices civils et corps de troupes existants dans cette division; le médecin d'état-major est le chef du service sanitaire d'une garnison et de son hôpital; le médecin de régiment borne son action au service intérieur de sa troupe, et le médecin adjoint, attaché aussi à un corps de troupe, est destiné à devenir l'auxiliaire du médecin d'état-major et du médecin de régiment.

Nous vous prions, messieurs, de vous associer à ces vues, qui, nous en avons la conviction, doivent, si elles se réalisent, conjurer le malaise dont se plaint aujourd'hui le personnel de santé de l'armée, et nous vous signalerons enfin, avant de passer à la lecture du projet de loi, la proposition qui vous est faite d'adopter une hiérarchie moins étendue pour les pharmaciens que pour les médecins militaires. Cette hiérarchie est déterminée par la spécialité des fonctions qui ne comportent que trois sortes d'emplois dans la pharmacie militaire.

Paris, le 18 juin 1850.

Le ministre de la guerre,
D'HAUTPOUL.

Fusion des services de chirurgie et de médecine; réduction de la hiérarchie dans le service de la pharmacie; recrutement parmi les docteurs des facultés; diminution du cadre total du corps de santé de l'armée; modification dans la hiérarchie des professions médicale et chirurgicale réunies; question de considération et de bien-être. Tels sont les points signalés dans l'exposé des motifs et réglés par le projet de loi. Examinons-les successivement.

1. *Fusion des services de chirurgie et de médecine; réduction de la hiérarchie dans le service de la pharmacie.* — La fusion était depuis longtemps réclamée. C'est une mesure rationnelle. Mais ce n'est pas sur la raison invoquée dans l'exposé des motifs qu'elle peut être fondée. Cette raison, à savoir : que les facultés ne délivrent que des diplômes de docteur en médecine, est une erreur qu'on regrette de trouver dans un document officiel. Les Facultés délivrent des diplômes de docteur en chirurgie aussi bien que des diplômes de docteur en médecine. Ce n'est donc point pour ce motif que la fusion est une mesure bonne et logique. Elle est bonne et logique, parce qu'il est mauvais et illogique qu'il existe, parmi des officiers revêtus du même grade universitaire, ayant donné identiquement les mêmes preuves de capacité, une prééminence et des priviléges au profit de ceux d'entre eux qui ne traiteraient qu'une classe de malades, les fiévreux, et qui, à raison de cette limitation, monopoliseraient le titre de médecin; parce qu'il est choquant et injuste qu'un homme comme M. Baudens, ou comme M. Sédillot, soit réduit à prendre la gauche d'un officier moindre que lui à tous égards, par les services rendus, par les aptitudes, par le nom, et dont la supériorité consisterait en ce qu'il ne saurait ou ne pourrait pas pratiquer d'opérations chirurgicales. Si une différence devait exister, elle devrait bénificier au médecin complet, c'est-à-dire à celui qui est chirurgien en même temps que médecin, qui sait faire les opérations comme il sait traiter les maladies du ressort de la pathologie interne. Mais il vaut mieux qu'il n'y ait pas de différence, et c'est du fond de notre conviction que nous applaudissons à la fusion, tout en regrettant, encore une fois, qu'elle n'ait pas été mieux motivée. Si l'on n'avait pris soin d'élever un mur entre le ministre et le conseil de santé, qui n'a été consulté qu'à la dernière extrémité, comme par acquit de conscience, lorsque la question la plus grave, celle de l'enseignement, avait été violemment tranchée, l'erreur que nous avons signalée, et qui défigure l'exposé des motifs, aurait été évitée. Et qu'on y prenne garde, de telles erreurs sont faites pour diminuer la confiance que doit inspirer un système administratif qui prétend à remanier de fond en comble un grand nombre de services importants. L'Assemblée législative, quelle que soit son estime méritée pour les lumières et les intentions du ministre de la guerre personnellement, trouvera là un juste sujet de réflexions, et peut-être de défiance.

L'exposé des motifs énonce que l'examen pour le grade de médecin d'état-major servira à faire constater les vocations et aptitudes professionnelles, médicale ou chirurgicale. Il faudra peut-être laisser une certaine latitude, à cet égard, au conseil de santé. C'est à examiner mûrement. Le classement dans les services médicaux ou chirurgicaux ne devrait pas être définitif; il faudrait que des mutations pussent s'opérer des uns aux autres. La science et la pratique y gagneraient. Les faits chirurgicaux éclairent les faits médicaux, et réciproquement; l'observation s'agrandit et se complète à ce double spectacle, à cette double étude; et, par exemple, la diathèse syphilitique, qui, dans l'usage, appartient au service chirurgical, jette un grand jour sur la question des diathèses en général, la plus vaste des questions médicales proprement dites.

Le projet de loi règle de la manière suivante le mode suivant lequel la fusion sera opérée entre les médecins et les chirurgiens :

« Le n° 1 des inspecteurs divisionnaires sera affecté au plus ancien des médecins principaux de 1re classe; le n° 2 sera dévolu au plus ancien des chirurgiens principaux de 1re classe; le n° 3, au deuxième médecin de 1re classe, et ainsi de suite, en alternant par grade, jusqu'à épuisement du service de la médecine. »

Ce classement est institué au point de vue de la prééminence illégitime de la médecine sur la chirurgie, et n'est pas équitable. Pour être juste, on ne doit pas avoir égard, dans le classement résultant de la fusion, à la qualité de médecin ou de chirurgien. Supposons deux principaux, l'un chirurgien, l'autre médecin, celui-là ayant dix ans de grade, l'autre n'en ayant que trois; dans le mode adopté par le ministre, l'avantage du rang appartiendra au moins ancien de sept ans; et pourtant le grade est le même, et le titre universitaire, celui de docteur, identique. On n'a pas réfléchi que le mode de classement auquel on s'est arrêté est une sorte de protestation implicite contre la fusion elle-même. Si l'on pense que la fusion est bonne, et on a raison de le penser, il faut, en tout et absolument, se conduire d'après ce principe.

Arrivons au personnel de la pharmacie. Le projet de loi en fait une annexe, comme nous l'avons dit, restreint sa hiérarchie en lui fermant le conseil de santé, humilie sans raison et sans utilité les hommes honorables qui le composent, et aurait pour résultat certain d'en éloigner les grandes capacités. M. le ministre de la guerre ignore peut-être que son collègue, et non le moins illustre assurément, M. Dumas, a commencé par être élève en pharmacie.

La hiérarchie, dans le personnel de la pharmacie, « est déterminée par la spécialité des fonctions qui ne comportent que trois sortes d'emplois dans la pharmacie militaire. » Ainsi s'exprime l'exposé des motifs. Mais ici encore nous sommes obligé de le combattre. La spécialité des fonctions dans le service de la pharmacie ne s'oppose pas du tout à ce qu'il y ait au conseil de santé, un savant spécialement versé dans la connaissance des sciences physiques. Loin de là, cette adjonction est évidemment nécessaire. On objecterait en vain que les médecins doivent connaître suffisamment les sciences physiques pour être à même de résoudre les questions d'hygiène qui pourraient se présenter. Les généraux doivent aussi connaître l'administration militaire, et cela n'empêche pas de comprendre un intendant dans les comités de la guerre.

La véritable raison de la subalternité dans laquelle on rejette les pharmaciens militaires, raison qu'on a dissimulée, consiste en ce que le diplôme de maître en pharmacie est supposé ne pas équivaloir à celui de docteur en médecine. Il y avait un moyen de lever cette difficulté, c'était de rendre la qualité de docteur en médecine exigible pour les pharmaciens. Le ministre n'eût pas demandé mieux; mais on l'a induit en erreur en prétendant qu'à cette condition la pharmacie ne pourrait pas se recruter; assertion d'autant plus erronée, qu'un grand nombre de pharmaciens militaires sont docteurs depuis longtemps.

Nous espérons que le ministre n'a pas absolument de parti pris à cet égard, et qu'il ne lui sera pas impossible de se rendre aux bonnes raisons qui pourront lui être présentées à l'Assemblée, si même, de son propre mouvement, il n'amende son projet avant la discussion.

Nous terminerons, samedi prochain, l'examen de ce projet.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De l'endocardite valvulaire.

(Premier article.)

De toutes les maladies du cœur que l'on comprend sous le nom générique de maladies organiques du cœur, l'endocardite valvulaire est sans contredit la plus fréquente.

Par endocardite valvulaire, nous entendons une affection chronique qui a son siége dans les membranes qui composent les valvules auriculo-ventriculaires, affection qui se présente le plus souvent sur la valvule mitrale; car ce n'est que très exceptionnellement qu'elle atteint la valvule triglocсine.

Anatomie pathologique. — Pour bien comprendre cette maladie, il faut en commencer l'étude par celle des lésions anatomiques qui se rapportent à sa présence, et c'est surtout depuis l'ouvrage remarquable de Lancisi, publié vers la fin du dernier siècle, que les lésions anatomiques de ces valvules et des orifices qu'elles doivent fermer sont connues comme celles des autres parties du corps. Ce point d'anatomie pathologique est donc très avancé.

L'orifice auriculo-ventriculaire est limité par un anneau fibreux qui est constitué par la réunion des languettes formant la valvule, et qui sont au nombre de deux pour la valvule gauche, de trois pour la valvule droite. Le soumet de ces languettes est fixé par des tendons à des colonnes charnues dont la contraction a pour résultat de les rapprocher et de fermer la cavité du ventricule en la séparant de celle de l'oreillette.

On trouve sur les cadavres des sujets morts avec une endocardite valvulaire l'épaississement des membranes qui constituent la valvule auriculo-ventriculaire, et disposé sur la totalité des languettes et de l'anneau, ou seulement sur une portion de ces organes. Quand l'inflammation a épaissi les languettes à leur base, l'anneau fibreux, épaissi, devient plus dur et plus résistant; au toucher, il présente des concrétions des paillettes ossiformes, des rugosités et des irrégularités; son ouverture devient plus étroite qu'à l'état physiologique, de sorte que sur le cadavre où se trouve une endocardite valvulaire, même localisée, on voit qu'elle entraîne la diminution du diamètre de l'orifice auriculo-ventriculaire.

D'autres fois, l'induration occupe les languettes valvulaires, et alors on les trouve épaissies, indurées fibreuses et comme cartilagineuses, parsemées de concrétions cartilagineuses ou osseuses saillantes; elles ont perdu de leur mobilité sous l'influence de la contraction des colonnes charnues qui s'implantent à leur sommet. L'induration s'étend à leur commissure, leurs sommets se rapprochent, et on a un rétrécissement

de l'orifice auriculo-ventriculaire non plus à la base des valvules et sur l'anneau fibreux, mais à la commissure des languettes valvulaires, qui s'est allongée et forme comme un canal à parois fixes ou presque fixes.

Dans d'autres circonstances, l'induration porte sur une seule valvule, et y fait croître comme des végétations ostéo-calcaires, et la valvule convertie en tumeur ne peut plus fermer l'orifice auriculo-ventriculaire, ou ne le ferme plus qu'imparfaitement; ou bien, quand elle est relâchée par le relâchement des colonnes charnues qui la meuvent, l'orifice n'est qu'imparfaitement ouvert. On voit qu'il y a des différences selon que les indurations ont porté plus spécialement sur un point ou sur un autre; mais la lésion originelle est toujours la même.

Mais là ne se bornent pas les lésions inflammatoires chroniques que l'on trouve sur les cadavres dans les orifices auriculo-ventriculaires. Dans le cas où la lésion est plus avancée, l'ouverture de l'anneau fibreux étant resserrée, et l'annean représentant une espèce d'infundibulum, les colonnes charnues sont atrophiées, et les tendons aussi, et on verra que les valvules avaient perdu leur mobilité comme par leur induration et leur atrophie.

D'autres fois, il y a dilatation circonscrite à la base des ventricules, vis-à-vis le sommet des valvules indurées et du côté qui correspond dans la paroi ventriculaire à la commissure de ces valvules. On verra formée dans la paroi du ventricule une espèce de gouttière qui montrera le chemin que suivait le sang pour arriver vers les valvules atrophiées.

Pendant que ces désordres se produisent sur les valvules auriculo-ventriculaires, il s'en produit d'autres sur la surface de la membrane interne de l'oreillette: l'endocarde auriculaire s'épaissit, devient d'un blanc jaunâtre; les parois de l'oreillette s'épaississent, la cavité se dilate. Les colonnes charnues s'hypertrophient fréquemment du côté du ventricule, autour de l'orifice et des valvules indurées; la membrane endocardiaque est aussi épaissie, mais moins que dans l'oreillette, et cet épaississement porte quelquefois sur toute la surface ventriculaire, d'autres fois sur des points disséminés irrégulièrement. Je ne parle pas des circonstances dans lesquelles les valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont altérées, car alors la maladie est complexe.

On ne rencontre presque jamais les indurations des valvules auriculo-ventriculaires sans un certain degré d'hypertrophie des parois ventriculaires portant ou sur un ventricule, ou sur les deux; cette hypertrophie coïncide avec une dilatation de leur cavité, qui s'agrandit, prend une forme sphérique et arrondie à leur partie interne: c'est une dilatation utriculaire. Les parois épaissies deviennent plus denses, leurs fibres musculaires plus apparentes; dans des cas très exceptionnels, la cavité du ventricule est très dilatée, et ses parois sont peu épaissies, mais toujours elles excèdent l'épaisseur physiologique.

Que l'endocardite valvulaire soit récente ou ancienne, c'est toujours dans les limites extrêmes de ces altérations que se trouve placé le cas que l'on a sous les yeux.

Appréciation des phénomènes. — Avant d'aborder la description des signes de l'endocardite valvulaire, il est important de fixer votre esprit sur la nature et l'origine de la lésion qui la constitue.

Toutes les fois qu'il se produit une inflammation dans un tissu fibreux, ce tissu est modifié; il reçoit des vaisseaux capillaires à sang rouge qu'il ne recevait pas physiologiquement, il devient plus épais, et on voit se produire dans son épaisseur un dépôt de matière coagulable contenant des particules de nature osseuse: c'est l'origine des concrétions cartilagineuses osseuses et calcaires qu'on trouve toujours dans tous les cas d'endocardite valvulaire.

Quand on pourra suivre les progrès de l'endocardite valvulaire naissante, qu'on pourra examiner sur le cadavre et qu'on trouvera les lésions pathologiques que nous avons vues plus haut, il faudra bien qu'en tenant compte, d'une part, des lésions qu'on a observées sur le vivant et sur le cadavre, d'autre part, de la condition de membrane fibreuse de l'endocarde et de ses replis qui forment les valvules, il faudra en conclure qu'il y a eu une phlogose qui a parcouru ses périodes et qui a eu son siége sur les replis valvulaires qui séparent l'oreillette du ventricule.

En mettant du côté les lésions de la membrane interne du cœur pour ne s'occuper que des lésions fonctionnelles qui doivent en résulter, on se rendra compte des accidents que l'on voit constamment survenir chez les malades. Les valvules auriculo-ventriculaires sont plus dures, plus épaisses, plus rugueuses qu'à l'état physiologique; cette induration gagne l'anneau fibreux qui forme leur base et le rétrécit: le résultat de cette lésion doit être d'abord de gêner le passage du sang de l'oreillette dans le ventricule. Ce passage a lieu quand le cœur, après la contraction qui doit pousser le sang dans les artères, passe à la condition de relâchement; le sang se précipite de l'oreillette dans le ventricule, il rencontre des obstacles à son passage et franchit plus difficilement le détroit; l'oreillette alors réagit contre la masse du sang d'une manière plus forte et plus soutenue qu'à l'état physiologique: c'est l'origine de l'hypertrophie des colonnes charnues de l'oreillette et de la membrane endocardiaque auriculaire. Voilà le premier degré de la lésion.

Cependant le sang arrive dans la cavité du ventricule, celui-ci se contracte, et les valvules tirées par les colonnes charnues qui doivent les mouvoir s'élèvent; mais si elles sont indurées, elles sont plus difficiles à mouvoir, les colonnes charnues s'hypertrophient: c'est le premier degré de la lésion ventriculaire. L'hypertrophie des colonnes charnues entraîne de nécessité l'hypertrophie des fibres musculaires qui les continuent; or, nous savons que les fibres musculaires qui composent le cœur sont orbiculaires, et vont s'attacher par leurs deux extrémités aux anneaux fibreux qui entourent l'orifice auriculo-ventriculaire. On ne peut comprendre qu'une hypertrophie se localise sur une moitié de fibre musculaire; aussi, une fois commencée dans les colonnes charnues, elle se continue et remonte jusque dans la cloison inter-ventriculaire; aussi, au premier degré de l'hypertrophie dans l'oblitération de l'orifice auriculo-ventriculaire, on voit cette hypertrophie commencer constamment aux colonnes charnues, et on peut la suivre dans les fibres musculaires des parois du cœur. Quand l'hypertrophie qui se développe successivement sur les colonnes charnues et les parois du cœur est arrivée à un certain degré, on a une action plus énergique des parois du cœur sur le sang qui y est contenu, ce qui donne lieu à certains signes sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Mais la maladie persiste, et à un degré donné les valvules auriculo-ventriculaires ont perdu leur mobilité. Se trouvant dans un état de repos forcé, les colonnes charnues qui s'y implantent par leurs tendons s'atrophient; c'est une loi physiologique. L'atrophie commence dans les colonnes charnues destinées à mouvoir les valvules, et les faisceaux de fibres musculaires qui leur font suite s'atrophient simultanément; de là dans les parois hypertrophiées des ventricules la production d'une partie atrophiée qui donne lieu à l'impression digitale que l'on observe derrière les valvules endurcies et devenues immobiles, impression digitale qui permet au sang de refluer plus facilement du ventricule dans l'oreillette.

Je ne m'appesantis pas davantage sur ces signes, sur lesquels du reste nous avons à revenir plus tard; il me suffit de vous avoir montré les lésions que peuvent produire les trois degrés d'altération occasionnée par cette maladie.

D'autres lésions anatomiques se trouvent encore sur les cadavres des sujets qui ont succombé dans la dernière période de l'endocardite valvulaire; elles sont tout aussi faciles à comprendre que les précédentes, quoique je les aie mises à part.

Tant que la circulation se fait bien, on n'observe pas de troubles dans les fonctions circulatoires générales; cependant le sang est plus accumulé dans l'oreillette, qui est par cela même plus distendue; de là la tension et l'hypertrophie des veines jugulaires dans les lésions de la valvule trylochine et même de la valvule mitrale, dont l'influence se fait sentir par l'intermédiaire de la circulation pulmonaire. La circulation pulmonaire est nécessairement gênée, les veines pulmonaires ne se vident pas bien, la stase arrive dans les capillaires du poumon, et pour la vaincre il faut toute l'action contractile du ventricule droit; de là l'association de l'hypertrophie de ce ventricule, qui arrive comme lésion concomitante de celle du ventricule gauche. La circulation ne se faisant pas avec facilité dans le cœur droit, les veines afférentes sont pléthorées; la pléthore se communique aux veines sus-hépatiques, puis à leurs capillaires et à la veine-porte; de là les tuméfactions du foie chez les sujets affectés de lésions des valvules auriculo-ventriculaires droites et même gauches par la connexion des deux circulations.

Quand la circulation est gênée dans le système vasculaire du poumon, il se produit des œdèmes de cet organe, l'hématose ne s'exécutant plus librement, la nutrition devient languissante, la diathèse séreuse se produit; de là les œdèmes et les épanchements séreux, dont on trouve les traces sur les cadavres.

C'est par ce moyen que nous comprenons les lésions qui se succèdent, et qui, s'échafaudant pour ainsi dire comme phénomènes secondaires et tertiaires à l'endocardite des valvules, conduisent le malade au terme fatal de son existence; il est inutile de dire qu'il faut assez longtemps pour arriver à ce résultat; mais l'addition se fait d'une manière continue, pour ainsi dire, molécule à molécule, et c'est dans cette succession lente de phénomènes que se trouve la cause par laquelle les accidents de l'appareil circulatoire se produisent en un temps très long, et présentent nécessairement une marche chronique.

Signes. — Supposons l'endocardite valvulaire au plus léger degré; supposons chez un malade une induration de l'anneau auriculo-ventriculaire gauche ou de languettes de la valvule mitrale; le jeu des valvules sera conservé, et il n'y aura qu'un peu de gêne au passage du sang; alors le travail d'hypertrophie s'accomplira dans les colonnes charnues qui entourent l'oreillette gauche pour qu'elle puisse par sa contraction chasser le sang dans le ventricule.

Dans l'état physiologique, quand le cœur se relâche après la contraction ventriculaire, le sang se précipite de l'oreillette dans le ventricule à cause du vide qui s'opère dans le ventricule, et cela parallèlement des deux côtés; en sorte que le cœur se trouve plein du sang arrivant des deux oreillettes dans les deux ventricules, et il achève d'être rempli par le sang qui arrive des veines afférentes dans les deux oreillettes. Ainsi dans ce temps si court pendant lequel le cœur relâché a reçu le sang dans toutes ses cavités, il y a pléthore réelle du cœur, pléthore qui cesse avec le commencement de la systole.

On apprend par le bruit de percussion diastolique que l'acte de réplétion du cœur est accompli; il y a un mouvement de déplacement du sang de l'oreillette dans le ventricule en distendant cette cavité du ventricule. S'il existe à l'orifice auriculo-ventriculaire des rugosités ou des saillies, il se produit des ondulations spéciales sur la surface corticale du liquide à son passage; c'est un bruit de frottement qui répond nécessairement au passage du sang; c'est au moment où, le cœur se relâchant, le sang se précipite de l'oreillette dans le ventricule, et nécessairement avant le second bruit du cœur, puisque le second bruit marque la diastole accomplie. C'est là le premier signe de l'endocardite valvulaire un peu considérable; ainsi le bruit de frottement prédiastolique plus ou moins prononcé, plus ou moins long, est le premier signe pathognomonique de cette affection, signe donné par le glissement du sang ou sur l'anneau fibreux, ou sur les valvules elles-mêmes; dans quelque point du reste que soit la lésion, le bruit se produit de même.

Mais les rugosités sont sur les languettes de la valvule mitrale, languettes qui sont plus ou moins resserrées par leur commissure, ou bien le rebord libre de la valvule s'accroît et devient saillant; alors la colonne de sang ne devient pas seule le siége immédiat des vibrations sonores prédiastoliques; les vibrations qui ont lieu dans le liquide se communiquent aussi aux végétations et aux membranes valvulaires indurées, comme si la colonne de sang était l'archet qui, en frottant sur les valvules, leur fit produire un son, et alors on a avec le bruit de frottement prédiastolique le frémissement qui se produit à l'oreille et même à la main appliquée sur la région précordiale.

La lésion continue à marcher, et l'orifice auriculo-ventriculaire se rétrécit d'autant plus facilement que, les colonnes charnues s'atrophiant, les valvules ne sont plus tirées en haut pour obturer le passage; elles ne se rejoignent plus par leur bord libre, se raccourcissent par l'atrophie qui agit sur elles, et on a une espèce de diaphragme percé à son centre. Telle est la lésion à un degré avancé. Le sang, se précipitant de l'oreillette dans le ventricule, est toujours la cause déterminante de vibrations sonores, et il y a frottement prédiastolique avec frémissement vibratile s'il y a des rugosités; mais en outre, l'orifice étant resserré, le sang ne pourra le franchir avec assez de rapidité pour que la cavité ventriculaire gauche se remplisse aussitôt que la droite, et, pour que le ventricule gauche soit complétement dilaté, il faudra plus de sang et plus de temps; aussi entendra-t-on deux bruits successifs de diastole, et ce sera le bruit de dédoublement de la diastole. Les signes de la lésion seront alors un bruit de frottement prédiastolique avec frémissement vibratile s'il y a des rugosités et dédoublement de la diastole, et on entendra trois bruits au cœur, le bruit de percussion systolique; puis, quand le cœur se relâchera, deux percussions, car le bruit de diastole est redoublé. C'est le plus haut degré de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire coïncidant avec la dilatation du ventricule.

L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci; la valvule ne le ferme plus quand le cœur se contracte; évidemment une certaine quantité de sang sera repoussée dans l'oreillette, pendant que la plus grande partie sera chassée dans l'artère aorte: le sang, en remontant vers son cours, rencontrera la valvule indurée, et il se produira un bruit de frottement, et on aura alors le bruit de systole suivi d'un bruit de frottement plus ou moins rugueux dû à sa manifestation; puis le frottement prédiastolique avec ou non frémissement vibratile, et enfin le dédoublement de la diastole.

On peut maintenant ajouter à ces phénomènes comme signes accessoires la stase du sang dans les jugulaires et la récurrence du sang dans ces veines, l'œdème qui se produit vers la base du poumon avec matité et râles muqueux abondants, le gonflement du foie, l'œdème des extrémités inférieures par suite de l'imperfection que ces altérations anatomiques occasionnent d'une manière secondaire dans la circulation afférente.

Pour qu'il ne reste pas d'obscurité dans vos esprits sur la connexion de ces signes pathologiques avec les accidents secondaires, je vous dirai qu'ils se produisent, même quand il y a ce qui arrive le plus souvent, c'est-à-dire lésion de la valvule auriculo-ventriculaire gauche; car, par la gêne du passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, il y a distension de l'oreillette par le sang et consécutivement gêne de la circulation dans les veines pulmonaires; cette gêne retentit jusque dans les ramifications de cette veine pulmonaire: de là l'œdème du poumon; bientôt l'artère pulmonaire, qui ne peut avec facilité déverser son contenu dans le système capillaire du poumon, s'engorge, le ventricule droit agit plus difficilement sur elle et s'hypertrophie: cette difficulé d'action fait qu'il se vide moins facilement, et par suite l'oreillette droite congestionnée ne permet plus à la circulation afférente de s'accomplir avec son activité première; de là les œdèmes consécutifs du foie, des membres inférieurs; de là, quoiqu'il n'y ait pas de connexion anatomique entre l'orifice auriculo-ventriculaire gauche et les veines jugulaires, cette lésion produit récurrence du sang dans ces veines. Ainsi marche cette maladie tant dans ses accidents primitifs que dans ses accidents secondaires, et il est évident qu'en les examinant avec soin et se rendant bien compte des rapports qui existent entre les signes et les lésions produites, on ne pourra plus méconnaître cette affection quand on l'aura sous les yeux.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Marmy.

Angine laryngée œdemateuse ayant nécessité l'opération de la bronchotomie.

Par M. Marmy, chirurgien aide-major à l'hôpital militaire de perfectionnement.
(Aujourd'hui chirurgien major au 61e régiment de ligne.)

Nous avons publié dans notre avant-dernier numéro une observation de laryngite typhoïde, recueillie dans le service de M. Champouillon. Le fait suivant est un cas analogue. Deux observations du même genre ont été publiées par M. le docteur Barthez, dans le tome LXIX du *Recueil de Médecine militaire*.

Le nommé J..., sous-officier au 8e régiment de hussards, entré à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 5 juin 1847, était atteint d'une urétrite très douloureuse, dont l'invasion datait de quinze jours. La constitution de ce jeune homme paraissait forte. Mettant de côté l'affection morbide qui avait nécessité son entrée à l'hôpital, on pouvait dire qu'il jouissait d'une santé parfaite.

Traitement de l'urétrite. — Alimentation modérée; deux doses de la potion de Chopart chaque jour, etc.

Le 23, apparition d'une diarrhée assez intense, sans réaction générale; suspension de l'administration du copahu; la diarrhée disparaît.

Le 27, l'écoulement urétral persistant, on reprend l'usage de la potion de Chopart.

Mais le 1er juillet, à la visite du matin, le malade dit qu'il a vu reparaître la diarrhée depuis la veille, diarrhée qui s'est entourée d'un cortége de symptômes donnant à la maladie l'aspect typhoïde.

Du 4 au 5 juillet, cet état typhoïde se confirme, la diarrhée persiste; gargouillement dans la fosse iliaque droite; prostra-

tion des forces; stupeur de la face : pouls de 104 à 108 pulsations. — Application de sangsues sur la fosse iliaque droite; eau de riz gommée pour tisane; demi-lavements amylacés, etc. Le coma survient; délire fugace. Pendant la veille, les facultés intellectuelles sont intactes.

Durant les jours suivants, les symptômes typhoïdes augmentent d'intensité, la prostration est extrême.

Le 10 au matin, le malade se plaint de la difficulté qu'il éprouve à avaler les boissons; sa respiration elle-même paraît gênée. On examine l'arrière-bouche, on constate de la rougeur et un peu de tuméfaction au voile du palais et à la luette. On ajoute à la prescription de la veille un gargarisme alumineux, avec recommandation d'en cesser l'emploi immédiatement, si le malade éprouve de la difficulté à user de ce médicament; ce qui arriva en effet. Application d'un vésicatoire volant sur la région antérieure du cou.

Vers quatre heures du soir, la difficulté de respirer était devenue telle chez ce malade, que la mort par asphyxie était imminente, à moins de prompts secours. M. le professeur Marchal se trouvant à l'hôpital, je le priai de venir près de ce malade, qui n'appartenait pas à la division dont le service médical est confié à ce professeur. Le malade était couché sur le dos, la tête fortement fléchie sur la poitrine, les yeux largement ouverts, la pupille dilatée; sueur froide baignant la face. M. le professeur Marchal et moi consultâmes la poitrine; il nous fut facile de constater que la respiration ne se faisait plus que dans les gros troncs bronchiques; la voix était rauque dans le temps de l'inspiration; la tension de tous les muscles dilatateurs de la poitrine témoignait des efforts que le malade faisait pour aspirer l'air; les expirations, au contraire, étaient faciles. Pouls filiforme, rémittent.

Après avoir recueilli à la hâte quelques renseignements sur les antécédents de ce malade, nous passâmes à l'examen de l'arrière-bouche; convaincus par les symptômes observés que l'obstacle à la respiration existait à la partie supérieure des voies aériennes. La luette, le voile du palais étaient couverts d'un enduit blanchâtre que l'on ne pouvait enlever en râclant; il fut impossible de pousser les investigations plus loin; la mort était proche, les inspirations devenaient de plus en plus rares.

La difficulté des inspirations, placée en regard de la facilité avec laquelle se faisaient les expirations, tendait à faire admettre l'existence d'une angine laryngée œdémateuse; mais nous avions aperçu distinctement des fausses membranes tapissant le fond de la bouche : tous ces accidents s'étaient développés dans le cours d'une fièvre typhoïde grave. Dans tous les cas, l'obstacle à la respiration siégeait dans le larynx, sans pouvoir préciser le lieu, puisque l'auscultation nous avait permis de constater que l'air arrivait à plein canal dans la trachée-artère. Il y avait urgence d'opérer, car déjà le malade perdait connaissance pendant d'assez longs espaces de temps; c'est le parti qu'adopta M. le professeur Marchal.

Il était impossible de placer le malade dans la position recommandée par tous les chirurgiens, c'est-à-dire décubitus dorsal, avec élévation des épaules et renversement de la tête en arrière; car, dans cette position, les rares inspirations du malade cessaient totalement. Force fut donc de laisser la tête fléchie sur la poitrine, position que le malade avait toujours recherchée depuis l'aggravation de la dyspnée; car, ainsi placé, il pouvait faire quelques petites inspirations. Ce fut là une première difficulté à vaincre, devant laquelle M. le professeur Marchal ne s'arrêta point.

La pulpe des quatre doigts placés suivant une ligne droite depuis la partie moyenne du cartilage thyroïde, l'opérateur pratiqua une incision des téguments, qui descendit jusqu'à deux centimètres au-dessus de la fourchette sternale; les couches sous-jacentes, jusqu'à la trachée-artère, furent incisées presque sans écoulement de sang. Arrivée sur la trachée-artère, la pointe du bistouri fut reportée vers l'angle supérieur de la plaie, et enfoncée dans l'espace crico-thyroïdien; abaissant aussitôt le manche de l'instrument, l'opérateur sectionna le cartilage cricoïde et les trois premiers anneaux de la trachée. Aussitôt un sifflement prolongé annonça que l'air pénétrait largement dans les voies respiratoires. Les lèvres de la plaie étant écartées, une canule en argent fut introduite dans la trachée, et la respiration continua à se faire assez facilement, malgré l'étroitesse de l'orifice interne de la canule, qui ne présentait qu'un diamètre de 8 millimètres. A ce moment de l'opération, on remarqua qu'aux angles supérieur et inférieur de la plaie, il s'était produit un écoulement de sang assez abondant; une compression légère à l'angle inférieur suffit pour arrêter là l'hémorrhagie, qui paraissait ne provenir que de plexus veineux peu développés. Il n'en fut pas de même pour l'hémorrhagie siégeant à l'angle supérieur; à mesure que la respiration se rétablissait, l'écoulement devenait plus abondant; son intermittence et la coloration du sang indiquaient la lésion d'un vaisseau artériel (artère crico-thyroïdienne, dont la lésion est inévitable dans ce procédé). M. Marchal, renversant les lèvres de la plaie en dehors avec la pulpe des doigts, saisit l'artère et les tissus ambiants entre les mors d'une pince à disséquer, puis maintint la pince dans cette position au moyen d'un fil très fort jeté sur la partie inférieure des branches de la pince. L'hémorrhagie s'arrêta; mais elle avait duré deux ou trois minutes; le malade revenait lentement à lui, bien que la respiration parût se faire. M. Marchal, craignant qu'une assez grande quantité de sang suintant entre la canule et la plaie n'eût pénétré dans les bronches, n'hésita pas à imiter la conduite de M. Roux dans une occasion semblable : il appliqua sa bouche sur l'ouverture de la canule, aspirant fortement à trois reprises différentes les liquides qui pouvaient se trouver dans la trachée ou les bronches; mais il ne ramena qu'un peu de mucosités sanguinolentes. Plus tard, à la suite de fortes expirations, favorisées par des pressions sur la poitrine, exercées suivant le rhythme respiratoire, le malade rejeta par la canule quelques caillots sanguins mêlés à des mucosités spumeuses. On chercha à le ranimer par quelques frictions sèches sur les membres. On lui fit avaler quelques gorgées de vin cordial. Les mouvements de déglutition se firent assez facilement, et bientôt le malade, revenant entièrement à lui, murmura ces mots : « Vous m'avez sauvé la vie. » Ce fait de la possibilité d'articuler des sons dans certaines limites, malgré la présence d'une canule trachéale, a déjà été signalé : il paraît qu'une petite colonne d'air, glissant entre la canule et les parois de la trachée, suffit pour permettre l'articulation de mots, qui, du reste, n'arrivent à l'oreille que faibles et mourants. Les mouvements des lèvres servent aussi à les faire comprendre, et l'on pourrait presque dire qu'on les comprend mieux qu'on ne les entend.

Bientôt la respiration parut se faire régulièrement chez notre malade; le pouls reprit du volume; il battait 110 à 120 fois par minute. A l'auscultation, la poitrine, qui avant l'opération ne laissait entendre le passage de l'air que dans les plus grosses bronches, offrit le bruit respiratoire normal dans toute son étendue. Il faut avoir ausculté ce malade avant et après l'opération pour se faire une idée de la différence prodigieuse survenue en quelques minutes dans l'acte respiratoire.

La canule étant bien fixée dans la plaie et la respiration se faisant régulièrement, le malade, du reste, paraissant désirer un peu de repos, nous le quittâmes à sept heures du soir, laissant près de lui le chirurgien de garde, afin de le surveiller, d'essuyer les mucosités qu'il rejetait de temps en temps par la bouche, enfin pour écouvillonner et changer la canule dans le cas où elle viendrait à s'obstruer. Tout se passa bien : je revis le malade vers minuit; il dormait, la respiration était régulière, le pouls à 96, un peu de moiteur sur la peau, tout faisait espérer un succès complet; mais il n'en fut rien; le malade mourut, ou plutôt s'éteignit le matin à six heures sans avoir offert aucun accident dépendant de l'opération qu'il avait subie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Du côté du voile du palais, fausse membrane assez mince se prolongeant sur les amygdales, qui, elles-mêmes, sont un peu tuméfiées; coloration en rouge-brun de cette fausse membrane, qui nous avait apparu d'un blanc laiteux pendant la vie; œdème considérable des replis ari-épiglottiques qui, formant deux bourrelets, retombent en dedans, et par là semblent obturer l'ouverture supérieure du larynx; épaississement remarquable de l'épiglotte, sans fausse membrane ni sur les replis ari-épiglottiques, ni sur l'épiglotte; la pseudo-membrane n'a pas dépassé les limites formées par les piliers postérieurs du voile du palais.

Le larynx présente presque sa coloration normale, sans œdème des cordes vocales ni des sinus; un peu d'injection vasculaire (1); la trachée, les bronches et les poumons sont sains, le cœur flasque, un peu hypertrophié; estomac et duodénum sains; l'intestin grêle à l'état normal dans les trois quarts supérieurs; mais, à partir de ce point, on trouve ses parois hypertrophiées par plaques étendues; quelques-unes de ces plaques sont ulcérées ou en voie d'ulcération; quelques-unes, moins épaisses, semblent être la cicatrice de larges ulcérations anciennes; toutes ces plaques présentent une forte injection vasculaire; près de la valvule iléo-cœcale, on rencontre des tumeurs sous-muqueuses du volume d'une noisette : ces tumeurs sont acuminées et offrent à leur sommet de petits disques gangréneux; on dirait le sommet gangréné d'un petit anthrax; le nombre de ces tumeurs est au moins de trente : on a déjà indiqué cette forme d'altération pathologique à la suite de symptômes typhoïdes. Le cerveau ne présente rien de particulier à noter; il paraît un peu congestionné, sans que cependant cet état soit bien marqué.

(1) Cette pièce pathologique a été moulée par les soins de M. le docteur Destrem et fait partie de la collection du musée anatomo-pathologique de Thibert.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 juillet 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Cinq lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec envoi : 1° d'une formule de pilules pour la guérison du choléra (remèdes secrets); 2° d'une recette d'une confiture d'huile de de foie de morue (même commission); 3° d'une formule d'un purgatif nouveau (même commission); 4° d'une formule d'un liniment antinévralgique;

2° Une lettre du préfet de police, transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour les mois de mai et de juin;

3° L'état des vaccinations pour le département de Seine-et-Marne.

Appareils volta-électriques et magnéto-électriques à double courant.

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) présente un mémoire dont voici le titre : *Du choix des appareils d'induction au point de vue de leur application à la thérapeutique et à l'étude de certains phénomènes électro-physiologiques et pathologiques. Appareils volta-électriques et magnéto-électriques à double courant.* L'auteur termine son travail de la manière suivante :

« Il nous paraît résulter des considérations développées dans ce mémoire :

» 1° Que le courant inducteur et le courant induit exercent une action élective, le premier sur la contractilité musculaire, le second sur la sensibilité cutanée; et en conséquence, que tout appareil qui ne permet pas d'appliquer chacun de ces courants est incomplet;

» 2° Que les intermittences lentes ou rapides des appareils d'induction donnent naissance à des phénomènes spéciaux qui ne peuvent se suppléer mutuellement dans la pratique; que les dernières sont souvent dangereuses ou inapplicables; qu'il est donc nécessaire que les appareils soient construits de manière à fournir un courant lent ou rapide, selon les indications particulières;

» 3° Que dans un assez grand nombre de cas, les appareils ne peuvent être trop puissants;

» 4° Que l'intensité des courants doit être proportionnée au degré d'excitabilité des organes, excitabilité très variable pour chacun d'eux; qu'un appareil doit, en conséquence, mesurer les doses électriques avec précision, et sur une échelle ou graduateur d'une grande étendue;

» 5° Que les appareils d'induction répandus dans la pratique ne réunissent pas l'ensemble de ces conditions indispensables;

» 6° Que nos appareils volta-électriques et magnéto-électriques à double courant, dont la description et les propriétés sont exposées dans ce mémoire, répondent aux besoins de la thérapeutique, et permettent d'appliquer la galvanisation à l'étude d'un grand nombre de phénomènes physiologiques et pathologiques;

» 7° Enfin, qu'au point de vue purement physique, ces appareils constituent un progrès. » (Commission précédemment nommée, plus M. Soubeiran.)

Nouveau procédé de cathétérisme.

M. Delfraysse, de Cahors, communique à l'Académie un nouveau procédé de cathétérisme. Il prend une sonde ordinaire, et adapte solidement à l'extrémité de son bec, préalablement ouvert pour le recevoir, un petit fragment de caoutchouc ou de toute autre substance élastique dont la pression et le frottement ne puissent ni blesser, ni meurtrir le tissu muqueux de ce canal; il lui donne la forme, la grosseur de l'instrument et la longueur d'un centimètre environ, de manière à prévenir les blessures qui pourraient résulter du frottement de la sonde contre les parois du canal. (M. Ségalas est chargé de voir s'il y a lieu de faire un rapport.)

Eaux minérales de Piétropola.

M. Carlotti, de Cortée (Corse), écrit pour appeler l'attention de l'Académie sur les eaux minérales de Piétropola. (Commission des eaux minérales.)

Du choléra chez les femmes enceintes.

M. Villeneuve, en son nom et au nom de M. Moreau, lit un rapport sur un travail de M. Devilliers fils, intitulé : Observation sur un accouchement provoqué chez une femme atteinte de choléra. Considérations relatives à l'influence réciproque du travail de l'accouchement et du choléra.

M. Villeneuve, après avoir fait l'analyse du mémoire de M. Devilliers, en fait ressortir cette idée dominante, que dans le cas de choléra chez des femmes assez avancées dans leur grossesse pour offrir des chances de viabilité du fœtus, il pourrait être avantageux pour les deux individus de hâter l'accouchement s'il survient un commencement de travail, et même de provoquer l'accouchement d'une manière artificielle.

Si, jugeant *à priori* et dans l'état actuel de l'expérience à ce sujet, votre commission était obligée de porter un jugement définitif sur l'opinion dont il s'agit, elle croirait prudent de ne se prononcer que d'une manière négative. Mais comme il n'en est point ainsi, et tout en faisant ses réserves, elle attendra pour asseoir son jugement que de nouveaux faits viennent éclairer la question.

En attendant, votre commission croit devoir recommander à ceux qui adopteront dès à présent les idées de l'auteur de n'agir comme lui qu'avec une prudence extrême, et surtout de s'abstenir dans les cas douteux.

Le travail dont il s'agit pouvant d'ailleurs être considéré comme une excellente monographie du choléra chez les femmes enceintes, nous proposons le renvoi à la commission du choléra, et d'écrire à M. Devilliers une lettre d'encouragement et de remercîment.

Préférence à donner au forceps sur la version dans certains cas de rétrécissement du bassin.

M. le docteur Chailly (Honoré) lit un mémoire intitulé : Convient-il de substituer la version pelvienne au forceps dans le cas où la tête se présente au détroit supérieur rétréci, mais mesurant au moins 7 centimètres (2 p. 1/2) d'avant en arrière?

L'auteur conclut qu'il n'est pas rationnel de conseiller la version pelvienne dans les vices de conformation présentant même des dimensions supérieures à 7 centimètres. Cette méthode prive l'enfant et la mère des bienfaits d'un accouchement naturel possible, d'une intervention par le forceps, innocente pour la mère et l'enfant dans la plupart des cas. Lorsque le sacrifice de l'enfant est inévitable, elle prive la mère de la ressource d'opérations faciles pour l'accoucheur et innocentes le plus ordinairement pour elle, telle que la perforation du crâne, et même la céphalotripsie si elle est pratiquée en temps utile. Le précepte donné par M. Simplon lui paraît donc en opposition avec une saine pratique comme avec l'autorité des maîtres de la science. (Commissaires : MM. Moreau, Villeneuve et Danyau.)

Fracture du rocher.

M. Dronsard lit un mémoire sur la fracture du rocher. L'auteur examine successivement les questions suivantes :

1° La fracture du rocher est-elle toujours accompagnée d'un écoulement par le conduit auditif externe?

2° Quelle est la source de cet écoulement?

3° Dans le pronostic des plaies de tête la fracture du rocher doit-elle être regardée comme aussi souvent mortelle qu'on l'a dit?

4° Existe-t-il un signe certain de la fracture du rocher?

Relativement à la première question, l'auteur déduit les observations qu'il rapporte, que la fracture du rocher n'entraîne pas toujours un écoulement par le conduit auditif externe; en d'autres termes, que la membrane du tympan peut

garder son intégrité malgré la fracture de l'oreille interne. Dans ce cas c'est par la trompe d'Eustache que s'écoulent les liquides épanchés dans l'oreille moyenne.

En ce qui touche la deuxième question, l'auteur passe successivement en revue les cinq théories qui ont été proposées pour expliquer la production de l'écoulement par l'oreille, et il arrive à conclure 1° que les opinions soutenues par MM. Laugier, Chassaignac et Robert sont chacune fondée sur des observations d'anatomie pathologique, 2° qu'il faut donc les adopter toutes les trois, sous peine de laisser de côté un bon nombre de faits bien observés, sauf explication, et de se montrer plus exclusif dans les théories que la nature ne l'est dans les phénomènes; 3° enfin que la déchirure de l'artère carotide peut être déterminée par la fracture du rocher avec écartement des fragments, et constituer une source nouvelle d'écoulement par l'oreille.

Quant à la troisième question, l'auteur la résout par la négative. Dans les plaies de tête la fracture du rocher, en tant qu'elle est révélée par un écoulement de l'oreille et par la surdité, est loin d'être toujours mortelle. Enfin quant à savoir s'il existe un signe certain de la fracture du rocher, la surdité lui paraît le signe certain et pathognomonique de cette fracture. (Commissaires : MM. Lagneau, Gaultier de Claubry et Robert.)

— Il est quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale sur les candidats.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 juillet 1850. — Présidence de M. Duperrey.

M. Pouillet lit en son nom et celui de MM. Magendie, Becquerel, Desprets et Rayer, un rapport sur les mémoires relatifs aux phénomènes électro-physiologiques de M. Du Bois Raymond (de Berlin).

M. le rapporteur, après avoir exposé les différents ordres de phénomènes électro-physiologiques et avoir tracé l'historique des phénomènes connus sous les noms de phénomènes des courants extérieurs et des courants organiques, résume les diverses recherches de M. Du Bois Raymond sur ce sujet; puis, abordant la question qui a fait l'objet de ses dernières communications, celles qui ont trait au courant qui se manifeste dans le corps humain au moment où l'on contracte les muscles du bras par la puissance de la volonté, il s'exprime en ces termes :

Ce fait nouveau découvert par M. Du Bois Raymond n'est ni moins positif, ni moins bien constaté que les précédents, et il n'est pas moins général, en ce sens que la première personne venue, quand on lui aura expliqué comment elle doit s'y prendre, produira sans doute une déviation plus ou moins marquée sur l'aiguille du galvanomètre; toutefois, l'intensité de l'effet paraît dépendre, sinon de la puissance de la volonté, du moins de l'intensité de la contraction.

Ce fait soulève une grande question; savoir: Dans l'homme vivant, se développe-t-il un courant électrique dans les muscles à l'instant de la contraction?

La production du courant n'est plus contestable; ce courant est démontré par le galvanomètre avec non moins d'évidence que ceux qui se manifestent quand, sous les conditions requises, on introduit des muscles ou des nerfs dans le circuit. Mais il reste à savoir si ce courant dont le galvanomètre accuse la présence est en effet développé dans les muscles, et s'il est le résultat nécessaire de leur contraction.

M. le rapporteur, après avoir discuté cette question, formule ainsi le jugement de la commission :

Dans l'état actuel des choses, la commission n'a pas été unanime pour tirer une conclusion définitive; elle se borne à dire seulement que l'ensemble des phénomènes porte à regarder comme extrêmement probable que ces courants organiques ne sont pas l'effet d'une action chimique extérieure; mais qu'il serait bon d'en donner des preuves plus incontestables que celles qui ont été produites jusqu'à ce jour.

Ainsi, en résumé, notre opinion sur la cause des courants organiques en général est la suivante :

1° Cette cause est inconnue; il est probable que ces courants ne résultent pas d'une action chimique extérieure.

2° Il n'est pas démontré qu'ils résultent d'une action chimique intérieure; c'est là une question à résoudre, et, suivant qu'elle recevra une solution positive ou négative, les conséquences ultérieures prendront des caractères très différents.

En définitive, ajoute M. Pouillet, tout en applaudissant à la découverte de M. Du Bois Raymond touchant le courant appartenant à la contraction musculaire de l'homme vivant, et en accordant que ce phénomène extrêmement curieux a peut-être des liaisons intimes avec les autres phénomènes électro-physiologiques dont il a si habilement étudié les lois, nous n'admettons pas que ces liaisons soient aujourd'hui démontrées d'une manière concluante.

Pour conclusions, MM. les commissaires proposent à l'Académie de remercier M. Du Bois Raymond et de le féliciter des diverses séries de faits qu'il a démontrés par l'expérience.

Ces conclusions sont adoptées.

Modification qu'éprouve le sang des animaux sous l'influence de souffrances capables d'user la vie. Déductions tendant à expliquer les phénomènes de la respiration et de la nutrition.

M. Clément, préparateur de chimie à l'Ecole d'Alfort, communique une note sur l'analyse du sang des animaux examiné après qu'ils ont été soumis à des souffrances vives et capables d'user rapidement l'organisme.

L'auteur s'est proposé dans ces travaux un double but, celui de constater d'abord la modification que devait inévitablement éprouver le sang dans le cas indiqué et en quoi consistait cette modification; en second lieu d'arriver par ce moyen à expliquer les phénomènes de la respiration et de la nutrition.

Voici les conclusions qu'il a tirées des résultats de ses expériences :

Sous l'influence de la douleur et de souffrances capables d'user en peu de temps la vie, la composition du sang se trouve profondément modifiée, en même temps et parce que sans doute les fonctions organiques s'élèvent rapidement à leur plus haut degré d'activité; il résulte, en effet, des expériences auxquelles s'est livré M. Clément :

1° Que l'eau et la matière colorante du sang augmentent ou semblent augmenter de quantité;

2° Que l'albumine diminue d'un sept millième, la fibrine d'un trois millième environ;

3° Que, lorsque la fibrine et l'albumine réunies diminuent d'un sept millième en moyenne, d'une part, la matière colorante du sang, de son côté, augmente d'un millième environ, d'une autre part;

4° Que ces faits, étudiés au point de vue de l'influence de la douleur sur l'organisme, démontrent que les souffrances exagérées par la surexcitation des fonctions organiques qu'elles produisent doivent user promptement et profondément l'économie, et que cette dernière, pour se soutenir, a besoin de réagir fortement sur les éléments du sang;

5° Que le sang, dans ce cas, perd partie de sa fibrine, partie de son albumine, sans perdre de globules;

6° Au point de vue de l'étude de la nutrition et de la respiration, il semblerait résulter des faits, surtout si l'on compare la composition chimique du sang à celle des tissus mous et des muscles en particulier, que la fibrine sert presque exclusivement à la nutrition, et l'albumine, qui paraît échapper à cet acte physiologique, est destinée à alimenter la respiration;

7° Que la raison de cette supposition semble se trouver dans ce double fait, que l'albumine, qui est en grande quantité dans le sang, est peu abondante, au contraire, dans les muscles et les autres tissus; que la fibrine, qui domine dans les muscles, figure pour une très petite proportion dans la composition du sang;

8° Que dans cette supposition encore l'albumine du saug serait en partie libre, en partie combinée; que la partie combinée le serait à la fibrine pour la tenir en dissolution, favoriser sa circulation dans les vaisseaux et en dernière analyse son assimilation;

9° Que, dans chaque temps de la respiration et de la circulation, une partie seulement de l'albumine libre brûlerait dans le poumon, et que celle qui est combinée ne brûlerait aussi par partie également que dans la trame des tissus au moment où la fibrine a besoin d'être libre elle-même pour être assimilée;

10° Que cette dissolution de la fibrine est nécessaire, afin de s'opposer à la coagulation de cet élément, dont la tendance à se solidifier est, comme on sait, très énergique;

11° Que cette coagulation est empêchée, en outre, par l'interposition, la suspension dans le sang, le mouvement des globules colorés;

12° Que ceux-ci ont pour but multiple de diviser l'albumine et la fibrine, de s'opposer à la coagulation de cette dernière, et, en outre, de se charger de l'oxygène de l'air qui doit brûler dans la trame des tissus l'albumine combinée à la fibrine, combustion sans laquelle l'élément fibrineux ne pourrait probablement pas être assimilé. (Commissaires : MM. Magendie, Andral et Pelouze.)

Procédé opératoire pour la cure radicale de la hernie inguinale.

M. Valette, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse la description d'un procédé opératoire qu'il a imaginé pour la cure radicale de la hernie inguinale.

Cette opération consiste :

1° A refouler dans toute l'étendue du canal inguinal, et même au delà, un bouchon tégumentaire;

2° A le maintenir en place pendant un temps suffisant;

3° A obtenir, au moyen de la cautérisation, des adhérences solides et dans une grande étendue.

L'appareil instrumental se compose :

1° D'un embout, ou sorte de cheville en bois d'ébène, de 10 à 12 centimètres de longueur, ayant environ le volume du doigt annulaire. Cette cheville, munie, à l'une de ses extrémités, d'une virole métallique destinée à supporter une vis, est en outre creusée d'un canal courbe traversé par une longue aiguille métallique.

2° D'une plaque métallique munie d'une fenêtre allongée, et à une de ses extrémités une ouverture pour recevoir un écrou destiné à rapprocher la plaque de l'embout.

Le malade étant disposé convenablement, on procède à la réduction de la hernie. L'indicateur de la main gauche, introduit dans le canal, y refoule un bouchon aux dépens du tégument voisin. L'embout est alors glissé le long du doigt, auquel il est substitué, et dont il remplit l'office. L'aiguille, poussée en avant, sort de son canal et traverse successivement les téguments refoulés et la paroi antérieure du canal inguinal. La plaque métallique est mise en place, et l'écrou est serré de façon à assurer le contact du bouchon tégumentaire et de la paroi antérieure du canal.

La peau est dénudée au moyen de la pâte de Vienne dans toute l'étendue circonscrite par la fenêtre de la plaque. La cautérisation est faite assez profondément pour que l'eschare comprenne en épaisseur la paroi antérieure du canal inguinal et la portion du bouchon qui est en contact avec elle. L'opération est alors terminée. Lorsque l'escbare est éliminée, des adhérences très fortes se sont établies entre les parties du bouchon et du canal épargnées par la cautérisation. L'appareil est enlevé à la chute de l'eschare (du septième au dixième jour). L'ulcération se cicatrise avec rapidité, et du tissu inodulaire vient encore ajouter à la force des adhérences que l'on cherche à obtenir.

L'auteur dit avoir pratiqué cette opération sur cinq malades de son service.

Propriétés fébrifuges de l'alkékenge.

M. Gendron, de Château-du-Loir (Sarthe), adresse un complément à ses précédentes communications sur l'action fébrifuge de l'alkékenge ou coqueret des vignes, qu'il propose d'admettre dans la thérapeutique des fièvres intermittentes comme succédané du quinquina.

Etiologie du goître et du crétinisme.

M. Grange communique le résultat de nouvelles recherches qu'il vient de faire pendant un voyage dans le Piémont sur l'origine du goître et du crétinisme, qu'il attribue aux terrains magnésiens. Ses nouvelles observations lui ont paru de nature à confirmer ses premières opinions à cet égard.

En comparant, dit-il, la carte du goître avec la carte géologique du Piémont de M. Sismonde, on reconnaît que la présence du goître et du crétinisme sur les terrains magnésiens se vérifient parfaitement.

Equilibre du calorique de l'homme en état de santé et en état de maladie.

M. Wanner envoie une note sur l'équilibre du calorique appliqué à l'organisme de l'homme soit en santé, soit en maladie, et sur quelques préceptes pratiques qui en découlent dans l'emploi thérapeutique du froid.

Le choléra à Bogota.

M. Wis écrit de Quito que le choléra a envahi tout le territoire grenadin, qu'il a remonté tout le Magdalena, et qu'il est actuellement à Neiva et à Bogota, à une hauteur de 2,600 mètres, c'est-à-dire à un degré d'altitude qu'il n'avait jamais atteint.

Application du galvanisme et de la chaleur au traitement du cancer.

M. G. Crusell, de Saint-Pétersbourg, envoie un extrait d'un mémoire sur l'application du galvanisme, de la chaleur solaire et du feu au traitement du cancer et d'autres affections graves et sur l'emploi de la charpie d'écorce de chêne.

NOUVELLES.

Par décision administrative, le service des aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière vient d'être également réparti parmi les médecins de ces établissements. A l'avenir, il n'y aura plus de médecin en chef. Cette mesure a déjà été appliquée à d'autres établissements, et, entre autres, à la maison nationale de Charenton et à l'asile de Saint-Yon.

— M. le docteur Leuret, qu'une grave indisposition avait forcé de quitter Paris, a repris son service à Bicêtre.

— Le pape vient d'établir à Rome une *Académie de Médecine orthodoxe*, dans le but de combattre les doctrines sensualistes du siècle dernier et du nôtre. Il désire être le soutien et le protecteur de cette Société, et la composer de médecins distingués par leur savoir et *leur foi catholique*.

— *Mutations dans le personnel de santé.* — M. Prieur, chirurgien aide-major de 2e classe au 38e de ligne, est désigné pour passer au 3e chasseurs d'Afrique.

M. Damien, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est nommé à l'hôpital de Phalsbourg.

Monsieur le Rédacteur,

C'est par suite d'une erreur de rédaction que le nom de M. Charcot a été mis deux fois à la place de celui de M. Chartroule dans la note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 16 juillet. C'est bien M. Chartroule qui le premier a proposé les cigarettes iodurées, et qui a constaté la présence de l'iode dans l'urine de personnes qui avaient inspiré la teinture d'iode.

Agréez, etc.

16 juillet 1850.

P.-A. Piorry.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 20 JUILLET 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 86.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 19 JUILLET 1850.

PROJET DE LOI

portant réorganisation du corps des officiers de santé de l'armée.

(Troisième article. — *Voir* les nos des 6 et 16 juillet.)

II. *Recrutement parmi les docteurs des Facultés* — Les écoles de médecine militaire ont été sacrifiées. Le ministre a cru bien faire. A-t-il bien fait? On en jugera tout à l'heure. L'enseignement, ou plutôt le personnel enseignant, avait contre lui les Facultés, la haute administration militaire, et enfin, chose plus déplorable à dire, le corps de santé de l'armée lui-même : les Facultés, et en particulier la Faculté de médecine de Paris, par cette raison bien simple, sur laquelle il serait superflu d'insister, qu'une école ne peut voir sans déplaisir un enseignement rival grandir à ses côtés et s'approprier des élèves qu'elle absorberait sans lui; la haute administration militaire, parce que c'est dans l'enseignement qu'elle a toujours rencontré les résistances les plus énergiques et les plus efficaces à ses jalouses prétentions, à ses envahissements, à son orgueilleuse et injustifiable domination ; le corps de santé de l'armée lui-même, parce que la position des professeurs, quoique acquise au concours, et bien que le concours fût ouvert à tous sans exception, était un sujet d'ombrage et d'envie. Voilà sous quels coups l'enseignement médico-militaire a croulé. Le conseil de santé, qui seul l'aurait défendu, n'a pas été appelé à donner son avis. Le ministre, dans ce concert d'opinions contraires au maintien de l'enseignement, dans le silence forcé de ceux qui auraient pu lui dire la vérité, poussé d'ailleurs par le désir de réaliser une économie qu'on avait à dessein monstrueusement exagérée, a dû faire ce qu'il a fait. Ce n'est pas lui, ce sont les hommes qui ont abusé de sa confiance, qu'il faut accuser. Il en est qui ont mis une sorte de rage, habilement déguisée, à secouer, jusqu'à ce qu'elle fût renversée, la chaire que, malgré leur envie, ils n'avaient osé affronter. Voilà donc comment le corps de santé de l'armée a été décapité, et comment ce n'est plus qu'un tronçon. Il y a des médecins militaires, des individus; l'être collectif, le corps, n'existe plus. Mais le temps est un juge d'appel; il a réformé bien des arrêts, levé bien des interdits, réparé bien des échecs, et la cause de l'enseignement médico-militaire n'est pas perdue à jamais. Cet enseignement avait ses raisons d'être, et elles restent ce qu'elles étaient. La médecine du soldat, quoi qu'on en dise, a quelque chose de particulier. Les grandes épidémies des armées, les blessures par armes de guerre, l'hygiène des troupes, sont des sujets spéciaux qui exigent un enseignement spécial. Ajoutez à cela que le service de santé dans l'armée comporte une foule de détails dont on ne peut bien acquérir la connaissance que dans une école. D'un autre côté, on n'improvise pas la discipline, et c'est aussi dans une école que l'on peut, de longue main, plier les esprits aux règles de la vie militaire. Enfin, pour l'entretien et le développement de la vie scientifique dans le corps de santé de l'armée, pour l'illustration de ce corps, à laquelle on doit tenir comme à un élément de la grande illustration nationale, n'était-ce donc rien d'avoir un centre où un certain nombre de médecins militaires, trouvant le repos dans le travail, pussent servir à la fois la science et le pays? Contradiction choquante et douloureuse ! On élève une statue à Broussais, et tout à côté, on jette bas, avec insulte et mépris, la chaire qu'il illustra et qui fut une des gloires de la France! Vous recruterez, dites-vous, les médecins de l'armée parmi les docteurs des Facultés; mais qui vous assure que les Facultés vous fourniront un nombre suffisant de docteurs; et, dans l'affirmative, quels seront-ils? Il y aura des examens pour l'admission. Mais s'il ne se présente à ces examens que le résidu des Facultés, quel service aura-t-on rendu à l'armée, et quel gage de sécurité aura-t-on donné aux familles. On a prétendu, pour perdre les écoles de médecine militaire, que les élèves de ces écoles passaient généralement de mauvais examens devant les Facultés. Mais on a confondu dans ce renseignement, sans préméditation, nous devons le croire, les élèves avec les anciens sous-aides, parmi lesquels se trouvent beaucoup d'auxiliaires fournis précisément par les Facultés! Ce n'est pas de la mauvaise foi sans doute, mais c'est une grave erreur, et cette erreur a été d'un grand poids dans la décision du ministre. On le voit, la cause de l'enseignement médico-militaire a été jugée sans avoir été plaidée; les accusateurs, les dénigreurs ont seuls été entendus. Au reste, comme nous l'avons dit, la suppression des écoles militaires n'est pas irrévocable; forcément, inévitablement, tôt ou tard, peut-être prochainement, on reviendra sur cette mesure; et, à vrai dire, nous ne l'avons pas vue avec grand déplaisir. L'organisation de l'enseignement était défectueuse. On a fait table rase, et de cette manière, on aura toute facilité pour édifier à nouveau dans de bonnes conditions. C'est ainsi que le mal peut servir. Il y a des douleurs utiles. Le ministre s'est engagé, devant l'Assemblée législative, à faire de l'hôpital du Val-de-Grâce une école d'application où les docteurs recrutés dans les Facultés passeraient une année. Mais voilà qu'une opinion contraire à la réalisation de cette idée, qui est bonne, se fait jour auprès du ministre. Il est averti. C'est à lui de se tenir en garde contre de méchantes suggestions. On craint tout ce qui peut donner importance et considération à la médecine militaire : voilà le mobile principal. L'intérêt du soldat, le bien public, viennent en second lieu. Nous ne terminerons pas sur cette question du recrutement sans donner place à une remarque dont nous ne voulons pas dissimuler la gravité : dans l'état actuel des choses, en l'absence des écoles qui seules pouvaient assurer un recrutement régulier, si nous avions la guerre, on n'aurait pas de médecins à mettre en campagne. On en trouverait en battant la caisse dans les Facultés, y compris les estaminets qui y confinent ; mais quels médecins !

III. *Diminution du cadre total du corps de santé de l'armée.*—Le cadre actuel est d'environ 1,400 officiers, et, dans mainte occasion, il s'est montré insuffisant. On n'a qu'à consulter la correspondance des gouverneurs généraux de l'Algérie; on n'a qu'à se rappeler ce qui s'est passé au siége de Rome, où des chirurgiens, qu'un zèle religieux a seul pu soutenir, ont vu le couteau prêt à tomber de leurs mains épuisées ; on n'a qu'à se rappeler aussi qu'en Afrique, de simples sous-aides, non docteurs, sont souvent chargés de service, faute d'officiers d'un grade supérieur. On a vu de ces sous-aides, rappelés au Val-de-Grâce, échouer au concours pour le grade d'aide-major, et dès lors on peut se faire une idée de la manière dont ils avaient pu traiter les malades abandonnés à leurs soins. Ce n'est pas le dévouement qui leur avait manqué; mais le dévouement ne suffit pas. Il faut savoir dire la vérité, et la dire nettement, si pénible qu'elle soit. Puisque avec un cadre de 1,400 officiers, le service n'était pas assuré, qu'arrivera-t-il lorsque ce cadre aura été réduit de 300 membres?

Toutefois, le projet de loi crée un nouveau fonctionnement; de plus, le projet de loi portant réorganisation du service administratif institue un corps annexe d'adjudants d'hôpital qui viendront en aide aux médecins pour la partie administrative du service ; et il peut résulter de là que le cadre, si notablement réduit, suffise aux besoins. Mais il serait difficile d'en répondre, et l'on ne peut s'empêcher de conserver quelques appréhensions à cet égard.

IV. *Modification dans la hiérarchie des professions médicale et chirurgicale réunies ; question de considération et de bien-être.* — Le projet de loi supprime les sous-aides, crée des inspecteurs divisionnaires, institue définitivement les membres du conseil de santé sous le titre d'inspecteurs *généraux*, titre si souvent contesté jusqu'à présent. On ne pourrait qu'applaudir à ces mesures, si, en regard de la nouvelle hiérarchie, le ministre avait tracé l'échelle assimilatrice des nouveaux grades aux grades de l'armée. L'assimilation si vivement désirée, dont la Convention, dont le Gouvernement provisoire avaient reconnu et proclamé la nécessité; l'assimilation qui existe dans les armées étrangères, qui existe chez nous-même, dans le service médical de la marine; l'assimilation, seul moyen de garantir la considération dans l'armée et même dans le public ; car ce que l'on demande tout d'abord à un médecin militaire, c'est l'équivalence de son grade ; l'assimilation est encore une fois refusée! Comment! on prétend régénérer le corps de santé de l'armée, on veut un recrutement qui donne les meilleures garanties, et l'on dénie la mesure qui pouvait, avec toute raison et toute justice, donner le plus d'attrait à la carrière! Ce qui attire dans ce pays de France, c'est moins la satisfaction de l'intérêt matériel que celle de la dignité personnelle. On s'ingénie à faire de l'assimilation une question d'amour propre, et l'on en rit. C'est chose facile à ceux dont l'amour-propre a pleine satisfaction. Officiers à grosses épaulettes étoilées, administrateurs à luxuriantes broderies, ne riez pas tant de l'amour-propre ; descendez en vous-mêmes et cherchez quel est votre mobile lorsque vous déniez l'assimilation aux médecins militaires. Le ministre avait accordé l'assimilation ; ce seraient les généraux et intendants du conseil d'Etat qui auraient refusé.

L'Assemblée législative pourra et voudra sans doute réparer cette injustice. Il s'agirait simplement d'intercaler dans le projet de loi un article après celui qui détermine la nouvelle hiérarchie. Ce serait un moyen de fixer du même coup les questions de traitement et de prestations, que le projet de loi abandonne au bon plaisir de l'administration. Les avantages moraux et matériels sont des moyens d'obtenir un recrutement convenable, et l'Assemblée ne peut avoir de garanties d'un tel recrutement que si on lui fait connaître ces avantages. C'est véritablement trop simple. L'exposé des motifs annonce une plus large rémunération pour les grades inférieurs : c'est justice. Mais le ministre de la guerre est un homme de sens et d'expérience; il est père de famille. Eh bien! nous voudrions lui demander si, ayant un fils à mettre en carrière, il se préoccuperait surtout des avantages que ce fils rencontrerait au début, et s'il n'accorderait pas plus d'importance aux conditions réservées à l'époque de la vie qui se caractérise par l'augmentation des charges ? Nous sommes arrivé au terme de ces considérations. Si nous avons laissé percer quelque passion, malgré notre désir sincère de nous maintenir dans une argumentation mesurée, cette passion a pris sa source dans la haine de l'hypocrisie et de l'oppression, dans l'amour de la vérité, de la justice et du bien public.

Revue clinique hebdomadaire.

Affection traumatique singulière de la verge. — Nous avons vu dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis, une affection traumatique des plus singulières de la verge, lésion dont nous croyons qu'il n'existe pas d'analogue dans les annales de la science, et que nous ne pouvons désigner autrement, pour en donner une idée exacte, que sous ce nom : *Luxation* de la verge. Voici le fait :

Un enfant de six ans jouait derrière une voiture chargée de moellons. La voiture, dételée, était équilibrée sur ses chambrières. Au milieu des jeux de cet enfant et de plusieurs camarades de son âge, qui grimpaient sur la voiture et sur les pierres qui la chargeaient, l'équilibre de la charrette, détruit par les oscillations qu'on lui imprimait, cessa tout à coup, et la voiture tomba à cul. L'enfant, qui se trouvait par derrière, reçut le choc de la voiture et fut littéralement couvert de moellons. Un médecin, appelé sur-le-champ, constata deux plaies, l'une dans la région hypogastrique et l'autre vers le milieu de la fesse gauche.

Pendant les premiers jours, on se borna au traitement simple des plaies contuses, et l'on attendit. Vers le septième ou le huitième jour, on s'aperçut que le petit blessé urinait par la plaie de la fesse. On l'envoya à l'hôpital, où il est entré le 19 juin. M. Nélaton examine le malade, et constate le passage des urines par la voie accidentelle indiquée; la première pensée qui se présente à lui fut de rétablir les voies normales. Il saisit la verge, mais il est tout étonné de sentir qu'elle n'a pas la consistance d'une verge ordinaire ; en effet, elle n'était constituée que par la peau; il n'y avait plus là qu'un tube cutané replié sur lui-même et qui rappela au chirurgien la sensation que l'on éprouve en touchant une peau de ver à soie dont est sorti l'animal. Etonné, M. Nélaton cherche la verge, et finit par découvrir dans le scrotum une partie ferme, résistante, qu'il reconnaît pour être les corps caverneux et le

gland. Toutes les parties fondamentales de la verge étaient dans le scrotum, et depuis neuf jours il en était ainsi.

La première pensée de M. Nélaton fut de faire une incision à la peau du scrotum et d'en retirer les portions déplacées pour les réintégrer dans la peau de la verge. Cependant, en y réfléchissant, il préféra tenter d'abord une manœuvre plus délicate et plus hardie, mais dont le résultat, s'il réussissait, lui semblait devoir être bien plus satisfaisant. Par le tube cutané de la verge, il introduisit l'instrument d'Astley Cooper pour les ligatures d'artères; il en conduisit le crochet sous les corps caverneux, qu'il saisit en travers, fit quelques mouvements de va-et-vient, et du premier coup il parvint à remettre en place corps caverneux, urètre et gland.

Aujourd'hui, il reste encore une fistule au périnée. Cette fistule est le résultat d'une incision faite pour faciliter l'expulsion de l'urine au dehors. En la faisant, M. Nélaton ne divisa que la peau, et tomba sur-le-champ dans un dépôt urineux, conséquence de la rupture de l'urètre par le choc des corps contondants. Depuis ce moment, les accidents ont considérablement diminué d'intensité; le volume de l'abcès s'est réduit, les trajets fistuleux se sont rétrécis. Cependant, l'enfant ne perd pas une seule goutte d'urine par la verge. Il est évident qu'il y a là de grands désordres et qu'il faut refaire complétement les voies urinaires. Déjà à plusieurs reprises, M. Nélaton a tenté de pratiquer le cathétérisme. Toujours l'instrument s'engage dans le foyer urineux dont nous avons parlé, et il est de toute impossibilité d'arriver à la vessie.

Que faire en pareille circonstance? Peut-on faire une ponction au-dessus de la symphyse et essayer de cathétériser l'urètre d'arrière en avant? Mais il y aurait ici une grande difficulté à vaincre. L'urine s'écoulant d'une manière continue par la fistule du périnée, il s'ensuit que la vessie ne peut plus se distendre, partant ne peut plus saillir au-dessus du pubis, et qu'il devient fort difficile de l'atteindre avec l'instrument. Voici à peu près à quoi s'est arrêté M. Nélaton. Il a dessein, lorsque l'état général du sujet sera tout à fait satisfaisant, de faire avec précaution une incision au périnée et d'aller à la recherche de l'urètre. Dès qu'il l'aura rencontré, il pratiquera le cathétérisme d'arrière en avant; mais il faut pour cela qu'il remonte jusqu'à la région prostatique. S'il peut parvenir à ce résultat, on aura quelques chances d'obtenir la guérison complète de l'enfant. Nous disons quelques chances, car les désordres sont si considérables qu'on ne peut en avoir une certitude absolue. Si l'on ne réussit pas dans cette recherche, la guérison nous paraît peu probable.

Quel est maintenant le mécanisme suivant lequel ce curieux accident s'est produit? Il n'y a eu dans la région de la verge que contusion, et aucune plaie n'a été produite. On ne peut guère expliquer le déplacement, la luxation des corps caverneux et de l'urètre qu'en admettant la compression brusque et violente de la verge par un corps dur, qui a agi sur les parties constituantes de l'organe en les chassant du tube cutané qui les recouvre comme agit le doigt qui chasse un noyau de cerise comprimé entre la pulpe du pouce et celle de l'indicateur.

Ce fait est, on le voit, extrêmement curieux. Nous ne connaissons à lui comparer que le fait suivant, dont voici le résumé en quelques mots, mais dont les détails circonstanciés nous échappent et dont nous ignorons si la publication a eu lieu. Un homme se présenta un jour à l'Hôtel-Dieu pour une contusion violente qu'il avait reçue dans la région du scrotum. On l'examina avec le plus grand soin, et l'on aperçut tout d'abord, au bout de la verge, sous la peau, un corps arrondi, mollasse, formant à côté du gland une saillie parfaitement distincte. En recherchant quel pouvait être ce corps étranger, on s'aperçut qu'il manquait un testicule. Le scrotum n'en contenait plus qu'un. La tumeur de l'extrémité de la verge n'était autre chose que le second testicule qui, vivement chassé en avant par le corps contondant, avait glissé le long des corps caverneux sous la peau de la verge, dont la laxité et l'élasticité normales s'étaient merveilleusement prêtées à cette migration.

Ce qui n'est pas le moins curieux du fait, c'est que le testicule avait entraîné avec lui son cordon, dont il n'était pas séparé. La réduction du gland et sa réintégration dans le scrotum fut des plus faciles. Le malade succomba néanmoins quelques jours après à des accidents d'une autre nature, et l'on put à l'autopsie constater l'intégrité parfaite du cordon testiculaire.

Plaie abdominale avec issue des intestins. Réduction. Emploi de la teinture d'iode dans la pourriture d'hôpital. — Le sujet de cette observation est un homme dont tous les journaux ont raconté l'histoire il y a quelques jours. C'est un sujet d'une quarantaine d'années, d'une forte et vigoureuse constitution, qui reçut un coup de couteau dans l'abdomen; plaie assez vaste au travers de laquelle s'échappent les intestins, située un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, dans la région du flanc droit. Un médecin appelé immédiatement réduit les intestins échappés au dehors, et fait quelques points de suture aux téguments du ventre; mais au lieu de faire rentrer dans la cavité péritonéale les anses intestinales herniées, il les avait repoussées avec assez peu de force et de précaution pour qu'elles fussent prises entre les téguments et l'aponévrose des muscles droits.

Douze heures après l'accident et le pansement que nous venons d'indiquer, le sujet est apporté à l'hôpital Saint-Louis. On examine la plaie, les points de suture, sous lesquels n'apparaissait aucune tumeur, et rien n'indiquant que la réduction ne fût pas complète, on laisse les choses dans cet état.

Le lendemain, à la visite du matin, légère tuméfaction dans le voisinage de la plaie et, de plus, tous les signes d'une interruption dans le cours des matières contenues dans l'intestin; absence de selles, de gaz intestinaux, tension du ventre, enfin tous les phénomènes qui indiquent l'étranglement soit herniaire, soit interne. M. Nélaton soupçonna aussitôt que la réduction de l'intestin avait été mal ou incomplétement opérée; il enlève les points de suture, débride la plaie cutanée, et trouve en effet une anse de 25 à 30 centimètres de long aplatie, repliée sur elle-même, et serrée entre la peau de l'abdomen et l'aponévrose. Il la soulève, reconnait avec les doigts la plaie profonde des muscles dans laquelle s'engageait le pédicule de l'anse intestinale, et parvient à réduire celle-ci sans pratiquer de nouvelle incision.

Dans une aussi grave conjoncture, il était important de s'opposer à une nouvelle issue de l'intestin; aussi M. Nélaton jugea-t-il à propos de faire une suture des parties profondes, comprenant l'aponévrose profonde des muscles droits de l'abdomen. Pendant les quelques jours qui suivirent cette opération, se manifestèrent des phénomènes inflammatoires et dans la paroi abdominale elle-même, et dans la cavité accidentelle dans laquelle l'intestin avait été contenu pendant vingt-quatre heures. Une médication énergique enraya les accidents, et la réunion s'opérait de la manière la plus satisfaisante, lorsque des plaques diphthéritiques et gangréneuses de pourriture d'hôpital se montrèrent en quelques points de la plaie, et produisirent une perte de substance circulaire assez considérable de 0,07 à 0,08^m environ de diamètre.

Le topique employé tout d'abord par le chirurgien fut celui dont on fait le plus communément usage, le jus de citron, dont on arrosa la plaie pendant cinq à six jours; mais bientôt en voyant l'insuffisance, et la maladie marchant toujours, M. Nélaton eut l'idée de recourir à la teinture d'iode pure, dont les effets furent aussi prompts que satisfaisants. Au troisième jour, la plaie avait repris un bon aspect, se recouvrait de bourgeons charnus vermeils. On remplaça l'iode par des pansements avec de la charpie imbibée de chlorure d'oxyde de sodium.

Le 9 juillet, on fut encore obligé de recourir à la teinture d'iode pour réprimer une petite plaque diphthéritique commençante.

C'est là une heureuse et nouvelle application thérapeutique de la teinture d'iode qui rend déjà tant de services à la chirurgie, et paraît destinée à en rendre d'autres encore en plus d'une circonstance. Nous ne saurions trop engager les praticiens à essayer ce topique dans la pourriture d'hôpital, sur laquelle elle paraît agir plus énergiquement que le suc de citron, dont l'usage est, il est vrai, plus général, mais qui est bien souvent inefficace. D'ailleurs, à mérite égal, ne devra-t-on pas préférer la teinture d'iode, si, comme il paraît, elle agit plus rapidement, et si, comme nous l'ont dit les malades chez lesquels on a employé successivement les deux, elle cause des douleurs moins intenses et de moindre durée?

Pourriture d'hôpital. Amputation. — On se rappelle que, dans notre Revue clinique du 22 juin, nous avons parlé des blessés qui, dans le service de l'hôpital des Cliniques, étaient affectés de pourriture d'hôpital revêtant la forme gangréneuse. Un de ces individus, homme, couché au n° 24, est entré pour une plaie contuse de la face dorsale de la main et des doigts, qui présentait des plaques gangréneuses envahissantes, dont le traitement le plus énergique ne put enrayer la marche. Chez lui la cautérisation avait été faite avec le nitrate acide de mercure, la plaie ayant été préalablement ratissée avec les mors d'une pince.

L'intensité de la maladie fut telle, que les articulations du carpe furent ouvertes, les tendons détruits; enfin des désordres de la plus haute gravité se produisirent. Le chirurgien fut obligé de pratiquer l'amputation de l'avant-bras. Mais bientôt la plaie prit un mauvais aspect, ses lèvres se boursouflèrent; un peu d'œdème se manifesta. Dans une partie de l'étendue de la peau qui la recouvrait, l'épiderme fut soulevé par de la sérosité. Sous cet épiderme on trouva le derme grisâtre, insensible; le fond de la plaie offrait aussi par places cette coloration grise.

Sous l'influence d'un pansement composé de charpie imbibée de jus de citron, les accidents se sont heureusement modifiés, la surface de la plaie est redevenue vermeille; le pus a repris son caractère louable, et tout promet d'ici à peu de jours une guérison complète.

Paraplégie de nature douteuse. Emploi de la strychnine. — L'emploi de la strychnine dans le traitement de certaines paralysies n'est pas chose tout à fait nouvelle. Pour notre part, nous avons déjà vu administrer dans un assez grand nombre de cas cet énergique médicament, et souvent avec un succès marqué. Nous nous souvenons même, il y a deux ans environ, avoir publié dans la *Revue clinique hebdomadaire* de ce journal plusieurs faits observés par nous à l'Hôtel-Dieu, dans un service duquel était chargé par intérim le docteur Vigla. Voici un fait qui a donné lieu, de la part de M. Trousseau, à de curieuses et intéressantes considérations relatives principalement au diagnostic du cas, et consécutivement à l'institution du traitement.

Une jeune fille de quinze ans, d'une forte constitution, vigoureuse, d'une corpulence énorme, pubère, réglée depuis deux ans, ayant toujours joui d'une très bonne santé, entre à l'hôpital des Enfants, il y a quelques jours, dans le service de M. Trousseau; elle paraît être assez sujette à des migraines qui durent peu. Il y a quelques semaines, elle reçut sur le côté droit de la poitrine un coup violent qui a probablement froissé des nerfs du plexus brachial; la région contuse est encore un peu douloureuse.

Il y a un mois environ, sans cause connue, sans violence exercée sur la colonne vertébrale, sans chute, sans douleurs de tête préalables, cette jeune fille a été prise d'un affaiblissement notable de la jambe droite, avec impossibilité de marcher et tremblement du membre; si elle voulait, malgré ces empêchements, continuer à marcher, il se manifestait une douleur assez semblable à celle qui serait le résultat d'un excès de fatigue en quelque sorte, en un mot, une douleur de courbature. Pendant huit jours à peu près, elle resta dans cet état. Au bout de ce temps, la jambe gauche se prit également, et maintenant, depuis trois semaines entières, elle est complétement paraplégique. Elle ne peut se tenir debout sans aide. Soutenue sous les bras, elle se pose un instant sur la jambe gauche qui supporte le poids du corps; elle ne peut faire de même avec la jambe droite. Les membres supérieurs sont tout à fait libres et se meuvent facilement, aussi forts qu'avant le commencement de la maladie.

La sensibilité est intacte. Le moindre contact sur la peau se fait aussi bien sentir aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. La malade n'a jamais eu d'attaques d'hystérie, ni aucune autre espèce d'accidents nerveux.

Quelle pouvait être la cause de cette paraplégie? C'est ce que s'est demandé M. Trousseau, et voici en peu de mots le résultat de la discussion à laquelle il s'est livré à cette occasion.

D'abord, a-t-il dit, il est extrêmement important de pratiquer le toucher par le vagin, quand cela est possible, mais toujours par le rectum, afin de voir si le bassin ne contient rien d'anormal. Dans un grand nombre de cas, on rencontre et l'on constate par cette exploration rectale l'existence de tumeurs intra-pelviennes qui peuvent comprimer les nerfs du plexus sacré. Très fréquemment vous trouvez là l'explication du fait observé, et plus d'une fois on a, par une de ces tumeurs, pu rendre compte d'une sciatique rebelle ou dont la cause échappait aux recherches. Le jour même du premier examen de la malade, le professeur n'a pas voulu procéder devant tous les élèves à cet examen, et il a, sous ce rapport, réservé un point important qui sera élucidé plus tard.

Il se passe chez cette fille quelque chose de fort singulier du côté des organes excrémentitiels. La miction se fait avec la plus grande facilité, sans gêne et sans douleur. Le jet de l'urine est aussi fort que d'habitude; la malade retient ses urines aussi bien que dans l'état normal. Ni pour la sécrétion, ni pour l'excrétion, rien ne semble modifié. Pour la défécation, il n'en est pas de même. Cette jeune fille est naturellement et habituellement constipée; mais toutes les fois qu'elle éprouve le besoin d'aller à la selle, elle doit se présenter sur le bassin aussitôt, car elle ne peut retenir ses matières.

Quelle peut être la cause d'une pareille paraplégie? Je l'ignore complétement, a dit le professeur. Autant il est, en général, facile de reconnaître une affection cérébrale, de différencier, d'après les phénomènes que l'on observe, une méningite, une encéphalite, une hémorrhagie, un ramollissement, des tubercules du cerveau, autant il est difficile, dans les affections de la moelle, de trouver la cause de la paraplégie. S'il s'agissait d'une jeune fille ayant présenté déjà des symptômes d'hystérie, on pourrait songer à cette paralysie hystérique si commune, et si bien décrite par tous les auteurs qui se sont occupés des maladies nerveuses de la femme. Ici, en présence et de la jeune fille qui est loin d'être hystérique, et des renseignements qui ont été pris sur l'état antérieur près des personnes qui l'ont amenée, il faut abandonner cette opinion.

Dira-t-on que l'on a affaire à une myélite? Mais nous savons tous que prononcer le mot de myélite dans un cas pareil, c'est accepter une sorte de fin de non-recevoir. Quand on ne trouve, chez un paraplégique, ni tumeur, ni gibbosité, ni aucun signe de carie vertébrale, on est assez accoutumé à dire myélite et à se tenir comme satisfait. Dans un grand nombre, dirons-nous dans le plus grand nombre des cas, la paraplégie ne tient pas à une myélite. En effet, une myélite amènerait un ramollissement et se terminerait par une paralysie inamovible; mais, d'un autre côté, comme, de toutes les paralysies, les paraplégies sont celles qui guérissent le plus fréquemment, il faut bien admettre qu'il n'y a pas de ramollissement, partant, pas de phlegmasie de la moelle.

Un certain nombre de ces paralysies ne sont-elles pas quelque chose de semblable à ce que nous observons dans un grand nombre de paralysies de la face? Un homme en sueur ouvre une fenêtre, et reçoit sur la face un vent froid. D'abord il éprouve une légère douleur, puis un peu de gêne, et enfin, au bout de quelques heures, un côté de la face est complétement paralysé. Cette paralysie dure huit jours, un mois, un an, dix ans même, et finit, un beau jour, par disparaître, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement approprié. Eh bien! ce qui se passe dans la portion dure de la septième paire, ce travail pathologique dont nous ignorons entièrement la nature, mais que nous sommes habitués à désigner par le nom d'affection rhumatismale, qu'est-ce qui s'oppose à ce qu'il atteigne, ou quelque chose d'analogue, ce gros cordon nerveux qui s'appelle la moelle épinière? Nous ne pouvons qu'invoquer une analogie; mais dans un grand nombre de cas, nous voyons ces prétendues affections de la moelle guérir si rapidement, si instantanément, qu'il serait presque impossible d'admettre une affection plus grave ou d'une autre nature.

Autre exemple. Un homme est pris d'une douleur pleurodynique dans un des côtés de la poitrine, douleur que l'on prend d'abord pour une douleur pleurétique, mais que l'absence des signes locaux caractéristiques fournis par l'auscultation et la percussion empêche de confondre avec celle qui accompagne l'inflammation de la plèvre. Peu de jours après le début de la maladie, survient une pleurésie véritable, bien caractérisée cette fois. Au moment où la pleurésie guérissait, survint une paraplégie complète. Deux jours après, paralysie des deux membres supérieurs. Le troisième jour, un peu de somnolence. M. Trousseau, qui soignait le sujet, ne pensait pas qu'il pût vivre plus de deux jours; il prévoyait le jour, presque le moment précis où les nerfs respiratoires allaient se prendre à leur tour, et où le malade allait périr asphyxié. Deux mois après, le sujet était complétement guéri. Evidemment, il n'y avait pas eu là ce que l'on appelle une lésion organique; il fallait bien admettre une affection rhumatismale analogue à la paralysie rhumatismale de la face et déterminant des phénomènes semblables.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, les parties du système nerveux qui correspondent à la sensibilité n'ont pas été frappées; le mouvement seul est altéré.

Ceci est de la plus haute importance au point de vue de l'institution du traitement. S'il y avait eu des spasmes douloureux, c'eût été le lieu de faire appliquer des sangsues ou des ventouses sur le trajet de la colonne vertébrale, et de combi-

ner avec le traitement antiphlogistique l'usage de la belladone, très utile dans les cas de ce genre. Puis, après la disparition de toute douleur, on aurait, par le sirop de strychnine, sollicité des mouvements, comme chez les enfants atteints de chorée. C'est le même traitement que celui que l'on dirige contre la paralysie faciale; émissions sanguines locales, puis vésicatoires, et enfin l'emploi de la pile voltaïque pour solliciter des mouvements musculaires et réveiller la faculté motrice abolie. Dans le cas actuel, le traitement qui paraît le mieux indiqué, le plus rationnel à M. Trousseau, c'est l'emploi du sirop de sulfate de strychnine, s'il n'existe pas, comme tout porte à le croire, de tumeur intrà-pelvienne.

Au moment où nous écrivons ces lignes, nous venons d'observer à Bicêtre, dans le service de M. Moreau, trois faits de paralysie traités par la strychnine, et que nous publierons dans notre prochaine *Revue*.

Rapports entre les maladies du cœur et la chorée. — Déjà, à plusieurs reprises, nous avons entendu le même professeur insister sur la corrélation qui existe entre le rhumatisme, les affections du cœur et la chorée. Maintes fois il nous a dit avoir vu la chorée se montrer chez des sujets atteints d'affections organiques du cœur, suite de rhumatismes. Un jour, il a raconté à ses nombreux auditeurs l'histoire d'un enfant pris d'un rhumatisme articulaire aigu guéri en vingt-quatre heures par le sulfate de quinine, puis présentant des accidents du côté du cœur, et bientôt après choréique.

Aujourd'hui, il nous a fait voir une fille de douze ans, entrée pour une affection choréique bien tranchée, et qui offre, elle aussi, les signes les plus évidents d'une lésion chronique du cœur. C'est la seconde qui présente cette particularité, sur quatre enfants choréiques actuellement dans les salles. La conséquence de ceci, pour M. Trousseau, c'est la nécessité, chez tous les malades atteints de chorée que l'on est appelé à soigner, d'explorer avec soin le cœur, et de recueillir sur les antécédents les renseignements les plus exacts. Nécessité de curiosité, ajouterons-nous pour notre part, et d'intérêt scientifique, bien plutôt que d'importance pratique, puisque les lésions organiques du cœur sont au-dessus des ressources de l'art, et qu'il n'y a pas pour elles de traitement efficace.

Cette corrélation, dit M. Trousseau, entre les affections du cœur, les rhumatismes et la chorée, vient à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que la chorée est une maladie de nature rhumatismale ou rhumathoïde. S'il n'en était pas ainsi, comment comprendre qu'une maladie qui amène des troubles aussi profonds dans les diverses parties du système nerveux, et jusque dans l'intelligence, puisse guérir aussi complétement? M. Trousseau n'explique cette maladie, si grave en apparence, qu'en la considérant comme une affection rhumatique. Le rhumatisant reste dans son lit immobile et perclus pendant un mois et plus, et en sort avec autant de force qu'auparavant.

Il est arrivé une fois à M. Trousseau, rencontrant chez une enfant un rhumatisme articulaire aigu avec endocardite, de prédire une chorée, et l'événement justifia sa prévision. La conclusion de tout ceci, suivant le professeur, c'est que de la fréquence des affections organiques du cœur précédées d'anciens rhumatismes articulaires aigus chez les malades choréiques, il faut déduire, et l'on a de bonnes raisons pour cela, un rapport, une similitude, une analogie, du moins de nature, entre les affections du cœur, le rhumatisme et la chorée.

Nous devions mentionner avec détail cette opinion d'un professeur dont le nom fait autorité dans la science. Mais, pour notre part, nous ne regardons pas comme résolue aussi affirmativement la question soulevée par M. Trousseau. Fallût-il admettre comme une chose aussi absolue que le dit M. Trousseau, la coïncidence du rhumatisme et des affections du cœur, que l'expérience des faits a démontrée être beaucoup moins fréquente qu'on n'a bien voulu le prétendre depuis quinze ans; il serait encore loin d'être prouvé que l'existence d'une affection du cœur soit une prédisposition formelle à la production de la chorée. On sait combien sont fréquentes les affections du cœur chez l'adulte, combien elles sont rares chez l'enfant, et combien, d'autre part, est rare la chorée chez l'adulte, combien elle est commune chez l'enfant.

C'est là un point qui a besoin d'être éclairci par une nouvelle et longue observation, et par la collection d'une grande quantité de faits détaillés. Z..

DISPENSAIRE SAINTE-GENEVIÈVE. — M. Tanchou.

Indications de la cautérisation transcurrente dans les maladies de l'utérus.

Parmi les symptômes qui réclament la cautérisation transcurrente et qui résultent souvent d'une métrite chronique, nous placerons en première ligne cette sécrétion albumineuse qui s'échappe des parties génitales de la femme, mêlée le plus souvent à d'autres produits et qui est caractérisée par ce que les femmes appellent des *glaires*. Cette sécrétion, limpide et flottante dans l'eau qui a servi à leur toilette ou qui tache le linge d'une manière particulière, n'est autre chose que le produit albumineux réservé dans l'accouchement pour le passage de la tête. Ce produit est épais et transparent dans l'état ordinaire; dans l'état morbide, il est blanc opaque, et plus ou moins solide, suivant le degré d'inflammation des parties et le degré d'excitation qui y a donné lieu. Dans tous les cas, dit M. Tanchou, il est l'indice d'un état morbide du trajet vagino-utérin, et nous l'avons vu souvent signaler une maladie du col par ce seul fait. Effectivement, quand on touche une femme dans cet état, on trouve le col utérin ouvert, dilaté ou dilatable, de manière à pouvoir admettre le bout du doigt. Par l'examen au spéculum, on constate que le col n'est pas toujours malade; mais il est toujours plus gros, plus allongé et rempli de ce produit gluant dont il est souvent difficile de le débarrasser. Quoi qu'il en soit, cette exsudation est le caractère pathognomonique d'une affection du trajet vagino-utérin et réclame la cautérisation transcurrente, parce que les autres caustiques, quels qu'ils soient, coulent, peuvent brûler les parties voisines ou bien s'éteignent en concrétant le liquide albumineux.

Voici deux nouvelles observations où les symptômes étaient parfaitement marqués et que nous allons rapporter en quelques mots.

Obs. I. — Le 22 février dernier se présenta au dispensaire la nommée C..., de Belleville, âgée de vingt-huit ans, brune, d'un tempérament fort, mais un peu chlorotique.

Cette jeune femme avait toujours été bien réglée, quand, il y a dix mois, après son dernier accouchement, les règles commencèrent à venir d'une manière irrégulière, et elle eut dernièrement deux pertes de sang très abondantes pour lesquelles un médecin lui a pratiqué quatre à cinq saignées. Il est à noter que, pendant les divers écoulements sanguins, cette femme avait toujours une perte blanche, glaireuse, qui tachait son linge comme de la matière spermatique.

Le genre de maladie n'était pas douteux pour nous, et l'examen au spéculum fit constater un écoulement de matière blanche semblable à du blanc d'œuf cru, l'augmentation de volume du col et la dilatation de l'ouverture antérieure du canal vagino-utérin.

Pour nous, c'était plus que suffisant pour penser que le traitement précédemment prescrit à cette femme avait été mal dirigé, que l'état général de chlorose n'était que la conséquence d'une maladie locale de l'utérus et qu'il fallait attaquer le mal dans sa source.

Connaissant l'inutilité des moyens généralement employés en pareil cas, nous eûmes immédiatement recours à la cautérisation transcurrente, qui fut pratiquée le 24 février.

Un écoulement fétide, résultat de la cautérisation, dura pendant plusieurs jours, et fut suivi le 4 mars de l'arrivée des règles. La malade eut ensuite un peu d'écoulement blanc, puis tout cessa et nous crûmes à la guérison.

Vers la fin de mars, l'écoulement était revenu et l'état général menaçait encore de retomber comme antérieurement dans un état de faiblesse. Nous avons recommencé la cautérisation, et quinze jours après tout avait disparu. Plus de pertes, plus de douleurs dans l'épigastre, plus de faiblesse. Cette femme était rendue à une santé parfaite.

Obs. II. — Mme M., âgée de trente et un ans, était malade depuis sept ans. Sa maladie consistait dans des douleurs fortes dans les reins, dans les aines et dans l'épigastre; elle n'était plus réglée que d'une manière irrégulière depuis cinq à six mois, et elle a un écoulement blanchâtre très abondant. Le toucher et le spéculum nous font reconnaître une congestion du col avec ulcération, ouverture de la partie antérieure du canal et écoulement abondant de matière blanche, épaisse, semblable à du blanc d'œuf.

Depuis sept ans qu'elle est malade, cette femme a successivement employé dans les mains de médecins distingués les moyens usités ordinairement en pareil cas : rien n'a réussi.

Une première cautérisation est pratiquée sans douleur le 27 avril. Le lendemain, une perte de sang assez abondante a lieu, mais elle s'arrête sous l'influence de quelques applications locales d'eau froide. Un écoulement sanieux, résultat de la cautérisation, dure pendant quelques jours, et quinze jours après la malade n'éprouve plus de douleurs, plus de pertes et entre en pleine convalescence. Depuis lors, nous avons eu occasion de la revoir, et elle est tout à fait guérie.

On voit, d'après ces deux observations, que ce seul symptôme de l'écoulement glaireux par l'ouverture antérieure du col est une forte conjecture pour diagnostiquer la maladie des parois du canal du col de l'utérus, et dans ce cas tous les moyens ordinairement employés n'amèneront la guérison que dans un très petit nombre de cas, pour ne pas dire jamais. On est obligé, pour obtenir de bons résultats, d'avoir recours à la cautérisation transcurrente, et voici en résumé dans quelles circonstances : elle doit être pratiquée toutes les fois que la femme rend par le col de l'utérus des mucosités albumineuses, des glaires semblables à du blanc d'œuf, et que le toucher ou l'examen au spéculum font reconnaître que l'ouverture antérieure du col est augmentée ou se laisse dilater facilement.

Ce n'est pas le seul cas dans lequel la cautérisation transcurrente est indiquée; dans un prochain article nous indiquerons les autres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 juillet. — Présidence de M. Danyau.

A propos du procès-verbal, M. Forget revient sur le fait qu'il a cité dans la dernière séance, et en donne le résumé succinct que voici :

Luxation en dedans et en bas (interne et inférieure); elle datait de quatre mois; elle était caractérisée par les signes suivants :

1° Affaissement du moignon de l'épaule;
2° Saillie acromiale très prononcée;
3° Enfoncement sous-acromial permettant de constater, avec les doigts, le vide de la cavité glénoïde;
4° Existence d'une saillie osseuse au-devant de l'aisselle contre la poitrine, à deux pouces au-dessous du tiers externe de la clavicule;
5° Soulèvement artificiel de cette tumeur, appréciable au regard et au toucher. Lorsqu'on imprime au coude des mouvements de rotation;
6° Allongement de deux pouces du membre, mesuré de l'acromion à l'olécrane;
7° Écartement du coude du côté correspondant de la poitrine, et impossibilité de le rapprocher au contact;
8° Déviation convergente de l'axe longitudinal de l'humérus par rapport à la ligne médiane du tronc; on voit, en suivant la ligne axuelle de l'humérus, qu'il forme, avec la partie supérieure du tronc, un angle aigu;
9° Flexion légère de l'avant-bras sur le bras;
10° Élévation du membre fort incomplète, aussi bien que plusieurs autres mouvements volontaires.

Mode de réduction suivi. — Lacs contentif dans l'aisselle; lacs extensif sur le poignet confié à sept aides. Un lacs coaptateur ou ascendant fut passé au côté interne et supérieur du bras, et passé derrière le cou du chirurgien. Une saignée de quatre palettes fut pratiquée avant toute tentative de réduction. Ce fut à la quatrième tentative de réduction que la tête humérale rentra dans la cavité glénoïde en faisant entendre un bruit assez marqué.

Un bandage contentif est appliqué, et le malade retourne à pied à son lit.

Une heure après cette réduction, le malade est trouvé pâle, sans réaction fébrile; bientôt il pousse un cri et meurt instantanément.

Autopsie. — Les organes de la poitrine et du ventre ne présentent rien de notable; le cœur seul est un peu volumineux.

Dans le crâne, on constate une injection vive des méninges. Le sinus longitudinal et les autres sinus sont remplis de sang non coagulé. Le cerveau a sa consistance normale; la substance grise est plus colorée que d'ordinaire; substance blanche fortement sablée. Par ces points ainsi sablés, on voit suinter du sang noir. Sur chaque coupe de substance cérébrale, les vaisseaux restent béants et versent du sang. Sérosité assez abondante dans les ventricules latéraux; couleur rouge de la substance grise corticale. La substance blanche du cervelet est sablée comme celle du cerveau.

Dissection de l'articulation. — La dissection des téguments étant faite, on constate une ecchymose depuis le bord du grand pectoral jusqu'à la partie moyenne du cou, et depuis l'extrémité sternale jusqu'aux fosses sus et sous-épineuses.

Artères, veines, plexus à l'état normal.

Incision des muscles pectoral et deltoïde; tissu cellulaire infiltré de sang. La tête de l'humérus est appliquée sur la cavité glénoïde; mais, plus saillante que d'habitude, elle est coiffée de toutes parts par une enveloppe fibreuse, épaisse, l'enveloppant et simulant la capsule normale.

La grosse tubérosité de l'humérus paraît seule en dehors de cette enveloppe fibreuse; elle est dénudée, rugueuse, érodée, entourée de quelques stalactites osseuses. Après avoir incisé crucialement cette poche fibreuse, et avoir coupé le tendon du muscle sous-scapulaire, on met la tête de l'os à nu. Cette tête, qui ne montre pas le moindre degré d'atrophie, repose immédiatement sur la cavité glénoïde. Entre elle et cette cavité, existe une couche de tissu fibreux, présentant à son centre une ouverture elliptique d'un pouce de hauteur sur trois lignes de largeur. Ce tissu simule assez bien une bourse à coulisse qui aurait été froncée en la fermant. L'ouverture en question permet d'introduire le doigt et de toucher la cavité glénoïde, dont la surface scapulaire est légèrement dépolie.

Le tissu fibreux forme un cul-de-sac circulairement limité à tout le pourtour de la cavité glénoïde. Sa surface interne est lisse, polie, comme celle d'une membrane séreuse. En avant, cette poche fibreuse a très peu de longueur; elle est presque à ras du rebord de la cavité glénoïde. Le tendon du muscle sous-scapulaire lui adhère en arrière; elle offre une longueur de près d'un demi-pouce; elle se continue dans ce dernier sens et se confond avec les extrémités tendineuses des muscles sus et sous-épineux.

Il a été évident que cette couche fibreuse n'est autre que l'ancienne capsule articulaire qui, déchirée en avant au moment de sa luxation, s'est rétractée et resserrée au point que je viens d'indiquer; cette circonstance, que Jean-Louis Petit avait déjà indiquée comme pouvant se rencontrer et faire ainsi obstacle à la réduction, rend compte de la saillie de la tête humérale après la réduction.

D'après l'examen attentif de la pièce, il est facile de reconnaître le lieu où reposait la tête humérale; elle était placée en dessous et en dedans de la base de l'apophyse coracoïde contre le muscle sous-scapulaire dont le tendon, très élargi, offre une surface de près de deux pouces de haut en bas, lisse, polie, ayant l'aspect des membranes synoviales. Ce muscle s'est excavé et moulé en quelque sorte sur l'extrémité arrondie de l'humérus. L'omoplate présente, en outre, une petite facette accidentelle formée par le contact de la tête de l'humérus.

Le tissu fibro-cartilagineux, que nous avons dit entourer cette dernière et adhérer au col anatomique, se continue avec le bord supérieur du tendon du muscle sous-scapulaire. En haut, ce tissu contient dans son épaisseur des noyaux cartilagineux et des plaques osseuses; en bas et en dehors, il reçoit en partie l'expansion fibreuse des muscles sous et sus-épineux.

Le tendon de la longue portion du biceps s'engage en haut entre les débris de la capsule primitive et le tissu fibreux accidentel. La disposition de ce tendon mérite de fixer l'attention. Ce tendon, le bras étant en position, décrit une courbure dirigée de dedans en dehors; il est sorti de sa coulisse naturelle, qui est rugueuse, inégale et moins profonde. Du rebord antérieur de cette coulisse s'élève une production osseuse en vive arête, décrivant une courbure à convexité antérieure et allant se terminer à la partie postérieure de la grosse tubérosité humérale; cette crête osseuse s'incurve sur elle-même comme pour former un demi-canal ou une gouttière qui retient le tendon, et lui offre un canal de glissement supplémentaire. La surface correspondant au tendon est très lisse.

La sortie du tendon du biceps de sa coulisse avait été signalée, mais personne n'avait encore indiqué la formation d'une crête osseuse remplissant l'office d'un canal accidentel.

M. Gosselin demande si le rachis a été ouvert; il insiste sur l'importance des recherches à faire dans ces cas du côté de la moelle épinière et de l'origine des nerfs. Il cite le fait de M. Flaubert, de Rouen, où, à la suite de tentatives de réduction d'une luxation scapulo-humérale suivie de mort, on

trouva à l'autopsie du sujet un certain nombre des nerfs formant le plexus brachial arrachés ; on comprend l'importance de pareilles recherches à la suite d'un fait de ce genre.

M. FORGET dit que le rachis a été examiné, et que rien de semblable n'existait; d'ailleurs, ajoute-t-il, le malade put se lever, marcher et se rendre à son lit, ce que l'on comprendrait difficilement avec l'existence d'un arrachement des nerfs formant le plexus brachial.

M. Forget insiste, de plus, sur la nécessité de recueillir tout ce que l'anatomie pathologique renferme de précis sur les luxations anciennes ; c'est dans cette étude que l'on pourra trouver les éléments nécessaires à la solution de cette question de la réduction des luxations anciennes.

M. LENOIR signale un fait intéressant qui démontre que les luxations récentes réduites avec facilité présentent aussi certains dangers. Voici le fait: Un homme de forte stature, à système musculaire largement développé, s'exerçait à lever des poids assez considérables : dans un effort qu'il fit pour en soulever deux au-dessus de sa tête, il se fit une luxation de l'humérus en bas. Cet homme entra immédiatement à l'hôpital Necker. M. Lenoir le soumit à l'action du chloroforme, et la réduction se fit avec une grande facilité ; néanmoins, le malade fut pris d'une paralysie du mouvement avec conservation du sentiment. Une médication énergique fut instituée : saignées, vésicatoires, frictions, stimulants, tout jusqu'à ce jour fut inutile. Que s'est-il donc passé? M. Lenoir est porté à croire qu'il y a eu lésion quelconque du plexus brachial, malgré le peu d'efforts qu'il fallut faire pour réduire cette luxation.

M. LARREY signale un fait analogue au précédent, qu'il a actuellement sous les yeux au Gros-Caillou. Il s'agit, en effet, d'un homme fort et vigoureux qui se fit une luxation scapulo-humérale; cette dernière fut réduite avec facilité par le chirurgien de garde, et cependant, malgré le peu de force employée et la réduction facile de cette luxation, il y a une paralysie qui pourrait devenir persistante.

M. HUGUIER, revenant sur les paralysies qui suivent les luxations anciennes ou récentes, dit qu'il faut établir une division parmi ces paralysies. Elles peuvent, en effet, être générales, occuper tout le membre qui a été affecté de luxation, ou locales, c'est-à-dire bornées au deltoïde, comme cela a lieu dans le fait signalé par M. Larrey. Toutefois, dit M. Huguier en terminant, la paralysie n'est pas le seul accident qui survienne dans des tentatives de réduction faites sur des luxations anciennes ; il peut survenir des déchirures musculaires, des fractures, des déplacements de fragments osseux qui gênent l'action du chirurgien dans ses manœuvres de réduction, comme cela s'est vu récemment à Beaujon dans le service de M. Robert. Ce chirurgien, aidé de M. Malgaigne, cherchant à réduire une luxation du fémur en dedans dans le trou obturateur, éprouvait une résistance insolite; malgré le chloroforme et la moufle, la réduction se fit cependant. Mais bientôt des accidents inflammatoires graves survinrent du côté de l'articulation coxo-fémorale qui entraînèrent la mort du malade.

A l'autopsie, on constata que les difficultés éprouvées dans la réduction tenait à la présence d'un fragment osseux considérable sur lequel la tête fémorale était accrochée.

M. MOREL-LAVALLÉE. Dans plusieurs faits analogues à celui de M. Lenoir, j'ai été frappé d'une lacune qui me paraît grave. Il n'est rien dit dans aucune observation de l'état d'innervation du membre avant les tentatives de réduction. Or n'est-il pas possible que, dans la luxation même, la tête de l'os en se déplaçant comprime et blesse le plexus ou ses branches, surtout lorsque, comme dans le cas de M. Lenoir, la cause luxante a été considérable et les efforts de réduction extrêmement modérés? Je demanderai donc à M. Lenoir si l'on avait constaté l'absence de la paralysie avant la réduction ; éclaircissement qui me semble d'une importance capitale.

M. LENOIR. Je regrette effectivement de n'avoir pas porté mon attention sur ce point. Cependant je crois me rappeler que l'avant-bras était fléchi sans être soutenu ; ce qui dénoterait une absence de paralysie. Du reste, je tâcherai de compléter ce renseignement.

M. LARREY dit que sur son malade il y avait une contusion assez forte de l'épaule. Puis revenant aux accidents qui accompagnent les luxations anciennes, il cite un fait qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, un jour que M. le professeur Roux avait prié M. Sédillot de venir près de lui pour qu'il fît l'application de la moufle sur un malade affecté de luxation ancienne. Un inconnu tentait à lui tout seul la réduction d'une luxation ancienne de l'humérus que portait un malade de M. Breschet. La tentative ne fut pas très malheureuse, car il fractura l'humérus et disparut ensuite.

M. CHASSAIGNAC dit que souvent la paralysie qui suit la réduction de certaines luxations a été rapportée à son procédé de réduction, que pour son compte il trouve avantageux, et qui ne lui a jamais donné aucun accident; il s'agit de l'emploi du talon. Seulement il garnit soigneusement l'aisselle avec un coussin afin de prémunir les parties d'un froissement trop rude. Pour ce qui est du chloroforme, il en admet l'usage; il combat cet argument, que les malades ne peuvent point avertir le chirurgien des sensations qu'ils éprouvent. Ce dernier, par sa prudence et son expérience, est meilleur juge que le malade lui-même du degré auquel doit être porté la puissance extensive. Pour ce qui est de l'observation de M. Forget, elle ne prouve pas ce que son auteur voudrait lui faire prouver. Ce n'est là qu'un fait de coïncidence.

M. FORGET dit qu'il y a dans la physionomie de l'homme qui est sous le coup de la douleur quelque chose qui impressionne le chirurgien et qui le guide en quelque sorte dans ses efforts. Quant au chloroforme, il faudrait en déterminer la dose. Dans le fait qu'il a rapporté, il ne peut admettre qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence, l'individu était bien portant avant toute tentative de réduction, et une heure après celle-ci il était mort.

A l'autopsie on constate une forte congestion cérébrale; il y a donc dans le fait en question corrélation et non coïncidence. M. Forget insiste, en terminant, sur le vague et l'incertitude de la science relativement à la réductibilité des luxations. A quelle époque en effet le chirurgien doit-il cesser d'agir? quelle force peut-il employer? Il serait heureux que la Société de Chirurgie fixât la science à cet égard.

M. LARREY répond que M. Sédillot, par l'emploi du dynamomètre, a résolu un problème difficile; par l'usage de cet instrument, le chirurgien n'agit plus en aveugle, il sait la force qu'il emploie.

M. HUGUIER se plaint de ce que jusqu'à ce jour l'anatomie pathologique des luxations n'ait point été mieux faite; des notions très importantes pour le chirurgien ressortiraient d'un examen plus attentif. Il cite à l'appui de son opinion le fait d'une luxation du fémur ancienne, où la capsule fibro-séreuse articulaire, épaissie, indurée, était tendue au-devant de la cavité cotyloïdienne et opposait une résistance presque invincible à la réduction.

M. LARREY fait observer que M. Sédillot n'a point eu la prétention de dire à quel degré on devrait s'arrêter ; l'avantage du moyen, c'est de régulariser les forces.

M. DENONVILLIERS dit que l'avantage du dynamomètre, c'est de graduer l'extension et de la maintenir dans un état régulier ; tandis que les aides se livrent à des mouvements saccadés et non successifs, et passent, ainsi qu'il a pu le constater dans les expériences de M. Malgaigne, d'un degré d'extension très faible à un degré extrême qu'il n'est point prudent d'atteindre. L'opérateur, dit M. Denonvilliers, qui livre ainsi l'extension à des aides ne sait pas la puissance qu'il a déployée; ce fait est en quelque sorte perdu pour lui-même quand la réduction est obtenue; tandis qu'avec le dynamomètre il n'en n'est point ainsi; il sait que dans telle circonstance il a réduit avec une force donnée, et dans telle autre avec une autre force également déterminée.

Toutefois, suivant lui, le dynamomètre ne doit être employé qu'à la réduction des luxations anciennes et lorsque l'opérateur est obligé d'avoir recours à une grande puissance. Suivant M. Denonvilliers, les fractures qui surviennent dans la réduction des luxations ne sont pas produites par l'extension, mais dans le mouvement de coaptation. Il fut témoin d'un accident de ce genre qui arriva à Bérard (Auguste), et c'est dans ce temps de l'opération que la fracture s'est produite.

M. CHASSAIGNAC revient encore sur le dynamomètre, dont les avantages n'ont point été discutés au sein de la Société. Il reconnaît que le dynamomètre indique, en effet, la somme des efforts produits pour réduire une luxation ; mais l'examen attentif des parties sur lesquelles on agit est, pour M. Chassaignac, un garant plus sûr que le dynamomètre, puisque, *à priori*, on ne peut point déterminer la limite à laquelle on doit s'arrêter sur un sujet donné.

— Après cette discussion, M. Larrey fait un rapport sur l'état des archives de la Société.

— M. LENOIR appelle l'attention de la Société sur un calcul volumineux comme un œuf, très irrégulier, composé d'oxalate de chaux, extrait tout récemment par la taille latéralisée ; l'extraction en fut difficile en raison des aspérités dont ce calcul était couvert. Néanmoins, la présence de ce calcul ne déterminait presque aucun accident.

M. CHASSAIGNAC fait observer que le calcul présenté par M. Lenoir ressemble en tout point au calcul rénal ; il se demande si, après s'être développé dans l'organe formateur de l'urine, il ne serait point tombé par un mécanisme particulier dans la cavité vésicale. Il regrette qu'une analyse comparative n'ait point été faite des calculs rénaux et vésicaux. Comment admettre, en effet, la présence longtemps continuée d'un calcul aussi irrégulier dans la vessie sans qu'il déterminât des accidents ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Je rappellerai à M. Chassaignac que les faits de calculs rugueux et inégaux sans douleur sont loin d'être rares, et que M. Civiale reproche même aux auteurs d'avoir présenté ce cas comme exceptionnel. Cette indolence de la vessie n'exclut donc pas ici l'idée de la formation de la pierre dans ce réservoir.

— Pour cause de santé, un congé de deux mois est accordé à M. Lenoir.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice secrétaire, DEMARQUAY.

Mort causée par le chloroforme.

Un exemple de mort occasionnée par l'usage imprudent du chloroforme nous est rapporté par les journaux anglais. La victime est un jeune homme, J. Smith, âgé de vingt-deux ans, qu'on a trouvé mort dans sa chambre, à Sheffield, il y a quelques jours. Le cadavre était étendu sur le lit ; l'une des mains tenait encore, pressée contre la bouche et le nez, un mouchoir imprégné de chloroforme. Il paraît que ce jeune homme avait l'habitude de faire souvent usage de cet agent pour une névralgie dont il était atteint. L'examen du corps démontra une fluidité et une couleur noire anormales du sang ; les cavités droites du cœur se trouvaient distendues, le foie et les reins fortement congestionnés.

Le *Medical Gazette*, auquel nous empruntons ce fait, annonce, mais sans donner aucun détail, et même sous forme de *on dit*, que l'hôpital de Guy venait d'être signalé par un autre cas de mort causée par l'agent anesthésique.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Maladies de la peau*. — M. GIBERT continue toute l'année ses visites cliniques du lundi (huit heures et demie), suivies de la consultation publique, où se présente un grand nombre d'exemples de maladies de la peau, soit dartreuses, soit vénériennes.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

MARDI 23 JUILLET 1850. (23e ANNÉE.) 3e SÉRIE. — TOME II. — N° 87.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 22 JUILLET 1850.

L'espace nous a manqué pour nous occuper de la dernière séance de l'Académie, courte séance d'ailleurs, étranglée par un comité secret motivé par la lecture du rapport de M. Ricord sur les titres scientifiques des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe. A propos de ce comité secret, nous nous sommes demandé pourquoi l'Académie croyait nécessaire de se renfermer pour rendre la justice. Mais ce n'est pas le sujet dont nous voulons parler. Notre intention, dans ce peu de lignes, est de prendre acte d'une communication faite à l'Académie par M. le docteur Dronsard d'un travail sur la fracture du rocher et sur l'écoulement de sérosité qui peut en être la suite. Une rapide lecture de ce travail n'a pu suffire à nous en donner une idée que nous soyons autorisé à exprimer ici. Mais un travail, quel qu'il soit, quand il a pour sujet une question intéressante, peut fournir matière à un bon rapport. Or la question dont il s'agit offre précisément un grand intérêt. A part la valeur diagnostique de l'écoulement auriculaire, considéré comme signe d'une fracture de la base du crâne et plus particulièrement du rocher, la source du liquide est un point très curieux qui a donné lieu à des interprétations diverses. M. Robert, l'un des chirurgiens qui se sont le plus occupés de la question, fait partie de la commission chargée d'examiner le travail de M. Dronsard, et, selon toute apparence, c'est lui qui fera le rapport. Nous nous en félicitons pour l'Académie et pour le public, et nous adjurons l'honorable membre de ne pas trop se faire attendre. A quand le rapport sur l'observation de rhumatisme articulaire aigu communiquée par M. Chrestien (de Montpellier)? A quand celui sur le dernier mémoire de M. Devilliers fils? C'est à M. Lévy et à M. Danyau à donner l'exemple.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

Fracture du crâne accompagnée de quelques accidents insolites.

Le nommé Chignac, âgé de cinquante-deux ans, entre à la salle Saint-Gabriel le 21 avril 1850. Ce malade paraît jouir d'une constitution robuste, mais on n'a aucun renseignement ni sur son état habituel de santé, ni même sur les circonstances de l'accident qui vient de lui arriver. Il paraîtrait qu'il est tombé de son siége en conduisant des chevaux. Le malade est venu à pied, conduit par un camarade; il marchait sans difficulté.

Le soir même (21 avril) on constate la présence d'une plaie longue de 5 centimètres, située à la partie postérieure et inférieure de la région pariétale droite, oblique en bas et en avant; la lèvre supérieure de cette plaie est décollée dans l'étendue de 2 à 3 centimètres; les bords en sont assez nets, un peu infiltrés; il s'écoule de cette plaie une quantité de sang peu considérable; un caillot commence à se former. Le stylet n'arrive pas jusqu'aux os.

Il s'échappe par l'oreille droite un peu de sang qui vient de deux sources : d'une légère déchirure du lobule et du fond de l'oreille, comme on s'en assure facilement en abstergeant la petite plaie du lobule. Quelques caillots peu volumineux existent à l'entrée des deux narines.

Le malade reste immobile dans son lit, les paupières entr'ouvertes, le regard fixe. Les pupilles se contractent comme à l'ordinaire, et ne sont point sensiblement dilatées. A toutes les questions qu'on lui adresse, même aux plus contradictoires, le malade répond invariablement par ces mots : *oui monsieur*, qu'il articule avec peine et très indistinctement. L'expression de la physionomie est nulle. Le sentiment du tact paraît d'abord être aboli sur toute la surface du corps; cependant, en pinçant la peau avec force et à plusieurs reprises, on finit par déterminer d'assez vives contractions dans la partie touchée ainsi que dans les muscles de la face. Le côté droit du corps paraît un peu moins insensible que le côté gauche. La myotilité ne paraît nullement lésée. Le malade, lorsqu'on le fatigue de questions, se retourne brusquement dans son lit et ramène ses couvertures; il meut avec facilité bras et jambes. Nulle trace de contracture; nulle différence entre les deux moitiés du visage. Les mâchoires sont fortement appliquées l'une contre l'autre, et le malade ne peut ou ne veut pas tirer la langue hors de la bouche. La partie de cet organe que l'on peut apercevoir en écartant les dents, est seulement un peu sèche. Respiration naturelle; chaleur fébrile assez forte; face colorée; pouls plein, régulier, un peu mou, non redoublé (76-80 pulsations). Pas de selles; pas d'accumulation d'urine dans la vessie. — Saignée de 3 palettes et demie; compresses imbibées d'eau fraîche; tisane de tilleul.

Le lendemain (22 avril), même état. Emission involontaire des matières fécales et des urines. Le malade ne boit que très difficilement, même à l'aide du biberon. Un peu de sang continue à couler par l'oreille; ce phénomène persiste jusqu'au 24 avril. Pendant ces deux jours aucun accident nouveau ne se montre.

Le 22, saignée de 3 palettes; 20 sangsues derrière l'oreille droite; application sur la tête, préalablement rasée, d'une vessie pleine de glace.

Le 24, on apprend que le blessé s'est redressé dans son lit, qu'il s'y est placé sur ses genoux, et n'a quitté cette attitude que sur l'injonction des gens du service. Dans la même nuit, il a éprouvé pour la première fois des sortes d'attaques caractérisées par des mouvements rapides et désordonnés des lèvres, avec production d'un bruit de bouillonnement dans l'intérieur de la bouche, et avec menace de suffocation. Ces accès se sont répétés une dizaine de fois pendant la nuit. — Bouteille d'eau de Sedlitz; glace.

Le 25 avril, à la visite du matin et pendant qu'on l'examine, le malade est pris subitement d'un de ces accès : mouvements rapides de diduction de la mâchoire inférieure; oscillation des lèvres simulant une sorte de mâchonnement; la salive, accumulée dans la bouche, y produit un bruit de gargouillement très fort, pendant que le malade se livre à des efforts incessants de déglutition, efforts qui gênent considérablement l'inspiration. Un peu de salive non écumeuse s'échappe hors de la bouche. En même temps, toute la moitié droite du visage est agitée de contractions rapides; le front se plisse, le sourcil s'élève, l'aile du nez et la commissure labiale sont attirées en haut. La durée de cet accès est d'une minute environ; il cesse aussi brusquement qu'il a commencé. Il revient de trois à neuf fois dans l'espace d'une heure. Aucune cause appréciable ne semble influer ni sur l'invasion, ni sur la cessation de ces accès convulsifs. (Une personne couchée dans la même salle, et qui connaît le malade de longue date, affirme que jamais il n'a éprouvé d'attaque d'épilepsie.) Même état d'ailleurs; pouls à 60 environ, plus petit; chaleur modérée. Le malade aurait dit aux personnes qui le soignent : Cela va un peu mieux, mais toujours à voix très basse et comme en chuchotant. — Bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 27 avril, les accès de convulsions sont moins nombreux. Il existe sur le front plusieurs taches rosées; on les attribue à l'impression de la glace, qui vient d'être renouvelée.

Le 28, un érysipèle très prononcé existe sur toute la moitié droite du front; il envahit dans la journée l'oreille du même côté et la région latérale droite du cou. Il n'y a plus que de rares accès de convulsions. — Suppression de la glace; eau de Sedlitz.

A partir du 29, les convulsions se suppriment complétement; le sentiment et le mouvement restent toujours dans le même état que lors de l'entrée du malade. Le pouls revient à 76-80 pulsations; il est petit et sans résistance; la chaleur est à peine augmentée. L'érysipèle persiste sans s'étendre. Cet état se prolonge sans aucun changement notable jusqu'au 2 mai. Alors la chaleur de la peau devient brûlante, la respiration anxieuse. Les traits du côté droit s'affaissent légèrement. Enfin, le malade expire dans la soirée du 3 mai.

L'autopsie ne montre rien de notable dans les organes de la poitrine et de l'abdomen. Les téguments du crâne sont parfaitement recollés au niveau de la plaie; à son voisinage, ils présentent, ainsi que toutes les couches sous-jacentes, la teinte livide de la contusion; le périoste s'y décolle facilement des os. Le crâne étant ouvert circulairement à l'aide de la scie, on trouve dans l'endroit correspondant à la plaie une petite quantité de sang épanché entre l'os et la dure-mère; cette membrane n'est point décbirée. Il existe dans la cavité de l'arachnoïde un épanchement de sang demi-coagulé répandu en nappe à la surface convexe du cerveau, en quantité un peu plus grande à droite; quelques caillots assez volumineux se rencontrent dans les fosses ethmoïdales et cérébelleuses des deux côtés. La pie-mère est infiltrée de sang, et très facile à détacher au niveau du lobe postérieur droit et du lobe antérieur gauche. Dans ces points aussi, la substance cérébrale, qui partout ailleurs paraît saine, présente quatre foyers de contusion; les deux situés dans le lobe postérieur droit, immédiatement recouverts par la pie-mère, ont chacun le volume d'un gros haricot, et sont séparés l'un de l'autre par un intervalle de 2 centimètres environ. L'intérieur de ces foyers est rempli par du sang imparfaitement coagulé, ayant la consistance de la gelée de groseille; leurs parois, mise à nu par un courant d'eau qui entraîne le sang, sont formées par la substance cérébrale rosée, pulpeuse. Les deux autres foyers sont placés dans le lobe antérieur gauche; l'un, dans l'extrémité la plus antérieure de ce lobe, a 3 centimètres environ d'étendue dans tous les sens; l'autre, à quelques millimètres seulement en dehors du précédent, n'a guère plus

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Le cheval de M. Poitevin. — Guérison infaillible du choléra. — Invention de M. Matteau-Vaucanson. — Accouchement de la reine d'Espagne.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Un jour Triboulet se trouve chez sa fille bien-aimée, et, pensant à son abjection, il pleure. Sa fille s'en afflige et veut arrêter ses sanglots. Alors il lui dit :

Oh! laisse-moi pleurer. J'ai tant ri cette nuit!

Moi, je ne pleure pas, et je ne veux pas pleurer. C'est même un exercice auquel je me livre assez rarement. Mais je n'ai pas non plus envie de rire. On a ses jours. Je ne sais quelle mouche m'a piqué : je me sens comme une démangeaison de faire de la science, et il faut que je gratte le papier à cette occasion. De la science dans une causerie qui ne revient que tous les huit jours! allez-vous dire; et à quel propos? — A propos de M. Poitevin l'aéronaute, ou mieux de son cheval; car si c'est lui que j'admire, c'est son cheval qui m'intéresse. Vous savez que cette pauvre bête, arrivée fort au-dessus du commun des hommes, s'est mise à saigner du nez. Voilà le phénomène qui a fixé mon attention, et sur lequel je voudrais appeler celle de M. Andral, tête de colonne de l'hématologie. Suivez bien mon raisonnement. Le cheval a considérablement plus de fibrine dans le sang que l'homme; or, voilà que l'homme et le cheval se trouvant, l'un portant l'autre, dans des conditions identiques de moindre pression atmosphérique, le plus fibrineux des deux, le cheval, a une hémorrhagie, et l'autre point. Peut-être m'objecterez-vous que la position du cheval a pu entrer pour quelque chose dans cette hémorrhagie; mais cela me gênerait, et j'aime mieux attribuer l'exsudation sanguine à la raréfaction de l'air, qu'il faut considérer au moins comme cause essentielle. A quoi sert donc l'excès de fibrine? La fibrine n'est donc plus le moyen d'union du sang, comme disait Barthez. Ce fait, notez-le bien, n'est pas le seul ayant la même signification. Il en existe un, l'inverse du précédent, et qui tend à la même conséquence : c'est la coagulabilité extrême du sang chez le chien, dont le sang contient cependant moins de fibrine que celui de l'homme. Cette coagulabilité est telle, que les hémorrhagies, même celles qui proviennent d'artères de gros calibre, s'arrêtent spontanément chez les individus de la race canine, propriété qu'il nous serait aussi agréable qu'utile de partager avec eux, et dont les inventeurs d'eaux hémostatiques ont tiré un si bon parti. Voici donc les deux questions que je pose :

1° Si c'est la fibrine qui retient le sang dans ses vaisseaux, pourquoi ce liquide est il moins retenu chez un animal dont le sang contient une proportion supérieure de cet élément que chez un autre?

2° Si la fibrine est l'agent de la coagulation du sang, et pour le coup ce n'est pas douteux, pourquoi le sang est-il plus coagulable chez un animal qui a moins de fibrine que chez un autre? Ah! quelle belle question à poser pour un prix académique que celle-ci : *Des hémorrhagies dites spontanées chez l'homme et chez les animaux.*

Le feuilleton, mon cher confrère, s'est conduit assez légèrement, il faut l'avouer, à l'égard de la cautérisation auriculaire dans le traitement de la sciatique. On le lui a reproché ici même, et il y a été fort sensible. Mais voilà qu'une occasion se présente de faire acte de bonne volonté au sujet d'une nouvelle importation thérapeutique, comme dit notre confrère du *premier-Paris*. La chose en vaut bien la peine. Il s'agit d'un mode de traitement du choléra qui aurait pour effet de mettre cette terrible maladie au niveau d'un simple rhume de cerveau pour la gravité. Lisez plutôt.

« L'*Indian Times* annonce que le docteur Macrae, chirurgien civil à Owrath (Inde), vient de découvrir un mode de traitement du choléra qui paraît avoir été couronné du plus grand succès. Le docteur Macrae fait respirer aux cholériques une certaine quantité d'oxygène. Ce gaz communique d'abord à tout l'organisme un vif stimulant, puis le malade tombe dans un sommeil rafraîchissant.

» A son réveil, celui-ci se trouve tout à fait bien; il éprouve seulement une faiblesse générale, qui se dissipe facilement à l'aide des moyens ordinaires. Le docteur anglais que nous avons nommé a fait l'essai de son mode de traitement sur quinze matelots européens qui ont été transportés à l'hôpital d'Owrath lorsqu'ils étaient arrivés à la dernière période de la maladie. Le traitement a réussi dans ces quinze cas. »

Quinze succès sur quinze cas! Excusez du peu! Il y en aurait un peu moins, ce serait encore très beau. Dussé-je passer pour un homme tout à fait insociable, je vous avouerai, entre nous, que je ne suis pas sans conserver quelques doutes au sujet de cette efficacité radicale du traitement institué par notre confrère des Indes. Cependant, en y réfléchissant bien, je me suis rappelé une leçon sur le choléra, faite l'année dernière, dans la chaire, aphone désormais, du Val-de-Grâce, par notre collaborateur le docteur Marchal (de Calvi),

d'un centimètre de diamètre. Ces deux foyers sont, comme ceux du lobe postérieur droit, immédiatement recouverts par la pie-mère; ils leur ressemblent exactement aussi par la consistance de leur contenu et l'aspect de leurs parois. Ni les uns, ni les autres ne renferment trace de suppuration.

La calotte du crâne étant examinée du côté de sa face externe, on découvre sur l'os pariétal droit, à deux centimètres et demi au-devant de sa jonction avec l'occipital et parallèlement à la ligne d'insertion du muscle crotaphyte, une solution de continuité sans sinuosités marquées, et dont la partie inférieure se prolonge en s'élargissant sur le temporal. Sa partie supérieure, au contraire, de plus en plus étroite, cesse d'être visible sur la surface externe du crâne, à quelques centimètres au-dessus de la suture écailleuse. A partir de ce point, elle ne peut plus être suivie que sur la surface interne du pariétal, où elle prend la forme d'une fêlure capillaire rameuse. L'une de ces branches se dirige en avant, et n'a que deux centimètres de longueur; l'autre, dédoublée elle-même dans une partie de son trajet, fait presque tout le tour de la calotte crânienne, passe par le sommet de la suture lambdoïde et se termine sur le pariétal du côté opposé.

La base du crâne, étudiée par sa face extérieure, offre, sur le temporal droit, la continuation de plus en plus élargie de la fracture déjà signalée sur le pariétal; seulement, au niveau de la longue racine zygomatique, cette fracture, de verticale qu'elle était, devient antéro-postérieure dans l'étendue de deux centimètres environ et, dans ce trajet, passe par le conduit auditif externe dont elle divise le pourtour au niveau de la jonction du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de cet orifice osseux; puis, changeant une seconde fois de direction, la fracture se prolonge de dehors en dedans et d'arrière en avant par la scissure de Glaser et la suture pétro-sphénoïdale qu'elle disjoint, jusqu'au trou déchiré antérieur où elle se termine.

Enfin, en étudiant la base du crâne du côté de sa surface interne, on constate que la fracture, après un trajet vertical correspondant à celui que nous avons déjà décrit sur la portion écailleuse du temporal, passe sur la face supérieure du rocher et coupe obliquement cette face, de telle manière que, située d'abord très près du bord supérieur du rocher, elle en atteint rapidement le bord antérieur et se termine à la suture pétro-sphénoïdale qu'elle rencontre à angle obtus; dans ce rajet, elle passe sur la partie antérieure et interne de la caisse tympanique qui se trouve ouverte, et tombe obliquement sur le premier coude du nerf facial. Nous avons sculpté, à l'aide de la gouge, le trajet de ce nerf depuis son immersion dans le conduit auditif interne jusqu'à son renflement gangliforme, et il nous a été facile de constater qu'au niveau de ce renflement il existait des aspérités, des pointes osseuses longues et aiguës avec lesquelles il se trouvait dans un contact immédiat, ainsi que le nerf pétreux qui s'en détache en ce point. Le nerf facial ne présente d'ailleurs aucune altération appréciable.

Entre cette fracture du rocher et la dure-mère, il n'existait qu'une très petite quantité de sang épanché. Les bords de cette fracture présentent par places des teintes ecchymotiques violacées et verdâtres.

— Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre. Etudiée au point de vue mécanique, elle offre un exemple remarquable d'une fêlure de la voûte qui se propage à la base du crâne et s'y élargit pour y devenir une véritable fracture; elle montre également que le choc reçu sur la partie postérieure de la tête peut se propager obliquement jusqu'au point diamétralement opposé, et y produire les plus graves désordres: ainsi, dans le cas que nous venons de rapporter, la contusion du lobe antérieur gauche a été trouvée plus considérable que celle du lobe postérieur droit; circonstance que, du vivant du malade, M. le professeur Laugier a signalée comme possible, en attirant l'attention de ses auditeurs sur l'altération de la parole qui existait chez Chignac. Mais il n'a émis cette idée que comme une supposition, en faisant remarquer que cette altération peut manquer même dans les cas de destruction complète des lobes antérieurs, et, d'autres fois, exister à un degré très prononcé en l'absence de tout état morbide des mêmes lobes cérébraux.

Le fait de physiologie pathologique le plus remarquable qu'on trouve dans cette observation est la manifestation de convulsions épileptiformes dans une moitié de la face, convulsions qui reconnaissent pour cause une irritation mécanique du nerf facial du même côté. Il s'est produit là ce qui a lieu dans les expériences des physiologistes, c'est-à-dire que, le nerf étant soumis à une stimulation contre nature, les muscles auxquels il se distribue sont entrés en convulsion, et que, plus tard, cette même stimulation ayant épuisé la susceptibilité du nerf, au spasme a succédé la paralysie. Dès qu'il eut constaté ces contractions spasmodiques, et bien que les autres signes de fracture fussent assez obscurs, M. le professeur Laugier n'hésita pas à dire qu'il existait une fracture de la base du crâne pénétrant dans l'aqueduc de Fallope. Nous avons vu que ce diagnostic a été exactement confirmé par l'autopsie.

Il est permis de se demander si ce n'est pas à l'irritation mécanique éprouvée par le nerf pétreux à son origine qu'étaient dus ces mouvements violents de déglutition qui survenaient chez le malade en même temps que les contractions du visage. (On sait que ce nerf pétreux est probablement la source réelle des nerfs moteurs du voile du palais qui naissent du ganglion de Mekel).

L'absence de paralysie complète et localisée soit du sentiment, soit du mouvement, a fait supposer à M. le professeur Laugier que le cerveau n'était nulle part comprimé par un épanchement considérable, mais que cet épanchement était répandu en nappe à sa surface, troisième point reconnu exact par l'examen cadavérique.

Remarquons, enfin, combien, dans le cas dont il s'agit, il était difficile de distinguer s'il existait une simple commotion ou une contusion du cerveau. Il est vrai que le malade était venu à pied à l'hôpital, que l'assoupissement n'a pas été immédiat et qu'il n'a pas suivi une marche décroissante, signes qui se rapportent plutôt à la contusion cérébrale; mais, d'un autre côté, il n'existait ni paralysie circonscrite, ni contracture musculaire, et l'encéphalite consécutive, bornée d'ailleurs à un ramollissement des parois qui circonscrivaient les foyers de contusion, n'a été révélée que dans les derniers jours de la maladie par des signes peu caractérisés.

A. Axenfeld,
Interne des hôpitaux.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Amputation de la cuisse par la méthode à un seul lambeau.

M. Maisonneuve est, parmi les chirurgiens des hôpitaux de Paris, un des plus ardents défenseurs de la méthode à un seul lambeau pour les amputations des membres. Il l'applique, non pas seulement à l'avant-bras, à la jambe, mais encore à la cuisse.

Nous avons eu l'occasion d'enregistrer plusieurs succès obtenus par cette méthode. Voici un autre cas dans lequel le sujet est actuellement en pleine convalescence.

C'est un jeune homme de vingt ans, nommé Vollet, demeurant rue du Petit-Bac, n° 4.

Il était entré le 14 mai 1850 à l'hôpital Cochin pour une tumeur blanche suppurée du genou droit. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, il fut pris d'un érysipèle grave qui le mit à deux doigts de la mort. C'est au moment où les forces semblaient épuisées que M. Maisonneuve proposa l'amputation, qui fut acceptée comme ressource extrême. Elle fut pratiquée le 11 juin de la manière suivante:

Le malade étant préalablement soumis au chloroforme, le chirurgien introduit à la face externe et inférieure de la cuisse un couteau pointu qu'il fait ressortir au côté interne en rasant le fémur; il taille alors un large lambeau aux dépens des parties molles du mollet. Dans ce lambeau se trouvent les artères, les veines et les nerfs principaux. Rapportant ensuite le couteau à la partie antérieure, il coupe carrément les chairs qui recouvrent le fémur, il isole l'os dans toute la circonférence, et termine l'opération avec la scie ordinaire.

On nétoie la plaie avec soin, puis on relève le lambeau pour l'appliquer exactement contre l'extrémité osseuse. Pour le maintenir dans cette position, M. Maisonneuve emploie une double suture, savoir: une suture enchevillée qui réunit la partie profonde, puis une suture simple qui complète la coaptation, et soutient le tout avec des bandelettes de diachilum.

La réunion ne s'est pas opérée par première intention dans toute l'étendue de la plaie. L'extrémité du fémur a fait en avant une légère saillie; ce qui a déterminé l'exfoliation d'une partie de l'os. Mais la partie profonde du moignon s'est cicatrisée sans suppuration; et c'est là le point capital, celui sur lequel insiste surtout M. Maisonneuve, et qui lui fait préférer à toute autre méthode la méthode à un seul lambeau.

En effet, dit M. Maisonneuve, si on analyse les accidents auxquels succombent la plupart de nos opérés, on voit que ces accidents partent presque tous de la profondeur du moignon, et qu'ils proviennent de ce que, dans l'amputation circulaire, cette profondeur devient le plus souvent un clapier où des matières putrides s'accumulent et se trouvent en contact avec les extrémités béantes du canal médullaire, des grosses veines, des artères, etc., etc. De là les phlegmons diffus, les phlegmons médullaires, les phlébites, les hémorrhagies consécutives, etc., etc.

Aujourd'hui, 12 juillet, un mois juste après l'opération, la cicatrice est complète; le malade a recouvré ses forces.

La guérison est assurée.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Falret.

Troubles généraux de l'intelligence dans les maladies mentales.

(Suite de la quatrième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai, 20 juin, 2 et 11 juillet.)

La lésion du jugement est sans contredit le phénomène psychique le plus saillant dans l'aliénation mentale; et comment en serait-il autrement, puisque le jugement est un acte de notre entendement qui nécessite le concours de toutes les facultés au plus haut degré? Cette lésion est constante et tout à fait caractéristique du trouble des facultés intellectuelles; le jugement est en effet l'expression la plus exacte de leur rectitude ou de leur irrégularité.

Le jugement est en défaut chez tous les aliénés. Seulement, ses erreurs sont tantôt générales et tantôt partielles. Mais n'y a-t-il pas plutôt absence que fausseté de jugement chez les fous qui délirent sur toutes choses? Celui-ci ne juge vraiment pas, s'il éprouve de fallacieuses perceptions, des illusions ou des hallucinations; ses écarts ne dépendent pas de lui, et, dans ce flot tumultueux d'idées incohérentes qui jaillissent et souvent se heurtent, où trouver l'expression d'un jugement quelconque? C'est donc chez les aliénés raisonnants qu'on observe les exemples manifestes des plus grands écarts de jugement. Pinel parle d'un de ces malades qui voulait lui prouver que deux hommes pourraient transporter de toutes pièces le dôme du Val-de-Grâce aux Tuileries; bientôt ce malade se crut le plus grand potentat de l'Europe.

L'examen de l'état de passion peut suggérer une conception assez exacte des erreurs de jugement dans les délires bornés. C'est le propre d'une préoccupation forte et exclusive de devenir le point de départ et l'aboutissant de toutes les actions, de toutes les pensées. Or si, par cette seule tendance, le sage même est bien près de fausses interprétations, l'aliéné doit y tomber inévitablement. Il est curieux de voir celui-ci découvrir et signaler dans toutes choses une intention de contrarier ou de servir l'idée fixe à laquelle il ramène tout ce qui l'entoure.

Un homme très lettré et enthousiaste de Condillac, au rapport de Pinel, se crée une sorte de culte pour ce métaphysicien célèbre, et se voue à la propagation de sa doctrine; il en perd la tête, et on le conduit dans un asile d'aliénés. Ce pauvre fou prend cette réclusion pour une persécution, et il s'écrie en souriant, plein du sentiment de son mérite: « Tant mieux, voilà maintenant que mes ennemis me craignent, et qu'ils redoublent leurs efforts de haine et de vengeance, à mesure que mes principes se propagent sur le globe terrestre. »

Les exemples d'erreurs analogues de jugement sont les plus fréquents dans les maisons d'aliénés, et je vous en ai montré plusieurs dans mon service. Les motifs de leur isolement donnent lieu chez les aliénés à des interprétations fort étranges et presque toujours en rapport avec l'objet du délire, ainsi que nous venons de le voir. Du reste, les faux raisonnements sur toutes choses, chez les fous raisonnants, découlent de trois sources principales: la fixité d'une idée ou d'un sentiment vers lesquels tout converge, l'incapacité d'attention volontaire et le défaut de mémoire. Mais si au milieu des erreurs les plus

---

lequel, se fondant sur des expériences de Davy, répétées en 1832 par M. Rayer, expériences qui prouvent que l'air de l'expiration chez les cholériques ne contient pas d'acide carbonique, proposait précisément l'emploi de l'oxygène pur. Le charbon, disait-il, n'est plus brûlé: de là une asphyxie lente, la cyanose, le refroidissement. Tout cela est certainement sous l'influence d'une lésion indéfinissable du système nerveux central déterminée par l'introduction dans l'économie d'un principe encore moins facile à définir. Mais l'état du sang, quoique consécutif, devient par lui-même cause de mort. Quand on réchauffe un cholérique de dehors en dedans, on remédie à l'un des effets de l'anoxémie, le refroidissement. C'est à l'anoxémie même qu'il faudrait remédier. Les vingt et une parties d'oxygène mêlées à l'air étant insuffisantes pour produire la combustion du carbone, il est naturel de penser à faire passer de l'oxygène pur dans le poumon. Vous ferez ce que vous voudrez du raisonnement de notre confrère et de la nouvelle de l'*Indian Times;* quant à moi, j'ai rempli mon devoir, et je m'en lave les mains. J'ajoute seulement que cette méthode n'est peut-être pas aussi nouvelle que le prétend l'*Indian Times*, et je crois me rappeller que les inspirations d'oxygène ont été essayées à Paris sans avoir donné à beaucoup près les mêmes résultats.

Autre nouvelle, mon cher confrère, autre découverte! destinée, comme vous le verrez, à avoir un grand retentissement. Qu'on ne nous parle plus du canard de Vaucanson: un Belge, M. Matteau, laisse bien loin derrière lui notre célèbre physicien. Imiter le cri du canard, c'était quelque chose, mais il faut bien reconnaître que c'est là un langage assez simple. M. Matteau a trouvé le moyen de s'immortaliser à l'aide d'un instrument qui imite parfaitement le langage humain, et suivant les errements de M. Daguerre, il a donné à cet instrument le nom de matteauphone. C'était son droit. Va pour le matteauphone. Vous trouverez sans doute le fait extraordinaire; mais moi, je commence à m'habituer à l'impossible. Peut-être aussi penserez-vous qu'il y avait déjà bien assez d'humains parlant naturellement sans établir cette concurrence artificielle; mais, après tout, le matteauphone pourra trouver son utilité, ne fût-ce que pour enlever une excuse aux orateurs enroués.

Vous avez appris, mon cher confrère, le malheur arrivé à la reine d'Espagne, qui a mis au monde un robuste prince des Asturies, comme disent les journaux officiels de Madrid, lequel prince, retenu un peu plus qu'il n'aurait fallu à la filière, a fermé les yeux à peine né, si tant est même qu'il les ait ouverts. Douze majordomes, tout de noir habillés, le cœur rempli de tristesse et les yeux pleins de larmes, se sont partagé ce léger fardeau, et les Monteros d'Espinoza ont juré leurs grands dieux de veiller sur la petite dépouille comme sur l'objet le plus précieux. Mais peu nous importe ce cérémonial; ce qui nous intéresse, ce sont les moyens employés pour ressusciter l'enfant. Tout a été mis en œuvre, dit le médecin de la reine dans son rapport officiel: les procédés rationnels et les procédés empiriques. Un pauvre mouton, bien innocent du fait, a eu le ventre ouvert et a prêté au nouveau-né l'inutile secours de sa chaleur intérieure.

Pauvre bête! qu'aura dit M. de Grammont? A la vérité, il s'agissait d'un prince, et l'honorable général a ses idées là-dessus. En Corse, lorsqu'un enfant vient mort, on emploie un procédé fort ingénieux, mais assez embarrassant à décrire. Figurez-vous qu'on prend une poule de choix, et que l'on introduit le bec du volatile dans... — ma foi, il faut bien le dire — dans le rectum du petit défunt, et on la laisse en place jusqu'à ce que mort s'ensuive. Généralement la bête passe de vie à trépas sans que le contraire arrive pour l'enfant. Toutefois, il pourrait y avoir une exception à la règle, et l'accoucheur de la couronne péninsulaire est bien coupable s'il a négligé ce procédé. Au reste, faut-il regretter que ce pauvre petit être, né pour le trône, ait trouvé la mort au défilé qui le séparait du grand air? Je ne sais. Le temps n'est pas propice aux rois, et ceux qui sont menacés de le devenir ont peut-être raison de se soustraire à cet honneur, quand ils le peuvent. Pour moi, je crois qu'il vaut mieux avoir un autre état, et quoique la profession médicale soit dure à ses adeptes, je préfère encore être docteur en médecine, dussé-je être condamné au feuilleton à perpétuité.

XX.

Le choléra continue à régner à Malte.

D'après le dernier bulletin publié par le *Portafoglio* du 11 juillet, les cas déclarés du 13 juin au 11 juillet avaient été, dans la population civile, de 122, dont 89 suivis de mort; sur l'escadre, de 32, dont 18 morts; dans la garnison, 19 morts; en tout 126 décès. Le journal maltais ajoute que l'autorité locale a pris diverses mesures et a employé toutes les précautions nécessaires pour empêcher autant que possible l'épidémie d'étendre ses ravages.

Par suite de ces nouvelles, l'intendance sanitaire de Marseille vient de soumettre à une quarantaine de cinq jours les provenances de l'île de Malte. Cette mesure a été appliquée au paquebot-poste *le Louqsor* et au paquebot anglais *le Triton*, l'un et l'autre arrivés le 16 juillet.

— Les documents officiels portent le nombre des personnes affectées du choléra, et traitées par les soins de la charité en Irlande, à 55,141, du 29 septembre 1848 au 25 mars 1850. On ignore le nombre des décès.

grossières de l'intelligence on parvient à fixer l'esprit d'un aliéné atteint de délire partiel sur un sujet étranger à sa préoccupation fixe, on est souvent surpris de la justesse avec laquelle il juge et il raisonne, de l'ordre qu'il met dans l'exposition de ses idées, de la logique de ses conclusions.

Fréquemment les écarts d'imagination viennent s'ajouter aux erreurs du jugement, et le délire déjà manifesté, acquiert une nouvelle intensité. Il faut avoir fréquenté les asiles d'aliénés pour se faire une idée des égarements incroyables dans lesquels tombe l'imagination de ces malades et des difficultés qu'on éprouve à les désabuser, même un seul instant.

Sans parler des hallucinations invincibles qui nous occuperont bientôt, comment se persuader, sans en avoir été témoin, qu'un malade qui raisonne fort bien sur certaines choses puisse se figurer qu'il n'est qu'un amas de cendres qu'un souffle peut disperser, qu'un bloc de verre, friable au moindre choc? Tel autre aliéné qui vous parlait naguère sensément croit être un roi, un dieu, dispose de tous les biens de la terre, de toute la puissance des éléments, et ni l'isolement du monde, ni la misère, ne pourraient le désabuser. Que d'écarts d'imagination chez les aliénés relativement aux sciences occultes et à tous les genres de superstitions, à la magie, à la sorcellerie, à l'astrologie, aux vampires, aux mauvais génies, aux anges, aux démons!

Le tableau détaillé de tous ces délires forme certainement des pages fort curieuses dans l'histoire des égarements de l'esprit humain, comme le prouve l'ouvrage de M. Calmeil.

Il n'en est point de l'imagination, chez les aliénés non déments, comme de l'attention, de la mémoire et du jugement; elle est plutôt désordonnée qu'affaiblie.

La folie est très souvent passionnée, et la passion est féconde en produits fantastiques, surtout quand elle n'est plus contre-balancée par la raison.

Du reste, même chez les fous, la plus brillante de nos facultés conserve assez souvent les attributs de sa sublime origine. Au milieu des élans de leur imagination troublée, quelques-uns de ces malades puisent dans l'exaltation de l'inspiration et de l'enthousiasme un aspect surnaturel.

Pinel dit avoir admiré bien des fois chez des aliénés le déploiement des plus heureuses facultés et des attitudes nobles et prophétiques.

Rush a également fait la remarque que la folie développait quelquefois des aptitudes et des talents ignorés jusqu'alors; et quel est le médecin aliéniste qui ne puisse citer de semblables observations?

C'est principalement dans les délires bornés, expansifs, ambitieux, qu'on observe cette excitation des facultés qui semble agrandir l'intelligence et élever les sentiments.

La distinction, la noblesse des formes et du langage étant l'apanage des conditions sociales plus encore que la culture de l'esprit, il est très compréhensible que l'aliéné, pénétré du sentiment de sa grandeur, ne s'exprime point comme le vulgaire, qu'il montre une dignité, une majesté, une pompe en rapport avec l'élévation de son rang imaginaire. Devenu acteur sincère dans un drame improvisé par son délire, il sent trop profondément le rôle avec lequel son imagination l'a identifié, pour faire parler un homme de génie, un magistrat, un général d'armée, un potentat, un prophète, un dieu, comme le commun des hommes. Quant à l'éclat, à la fécondité qu'on remarque quelquefois dans les manifestations intellectuelles, les nouvelles conditions du cerveau, sa vitalité exubérante, ainsi que le sentiment présomptueux de ses forces dans lequel se complaît l'aliéné, peuvent donner la raison de ce phénomène, quelquefois très remarquable.

Que dirons-nous de la volonté, de la liberté morale et de la conscience chez les aliénés?

La loi est ici d'accord avec la science pour proclamer que leur lésion est le phénomène le plus constant et le plus digne d'attention dans l'aliénation mentale.

L'aliéné ne peut être coupable, donc il agit aveuglément, irrésistiblement, ce qui enlève toute responsabilité à ses actes.

Ce principe est consacré par la législation de tous les peuples, et cependant, de nos jours encore, il a rencontré un contradicteur. Heinroth a soutenu qu'il fallait traiter les aliénés comme des hommes dont le caractère et l'esprit sont mal faits, qui sont capricieux, passionnés, livrés à l'erreur et aux mauvais penchants; qu'il fallait les convaincre de faux jugement, d'intentions coupables, et définitivement les punir dans le même but et de la même manière que des malfaiteurs.

Un asile d'aliénés, dirigé d'après de tels principes, serait un épouvantable lieu de correction, de supplices et de tortures; nous aimons à croire qu'en donnant de pareils préceptes, l'auteur cédait à l'attrait d'un paradoxe dont les conséquences aperçues auraient révolté ses sentiments.

L'aliéné n'est pas libre de ses actions; sa volonté a subi des modifications profondes. Sous ce rapport, deux groupes de faits peuvent être distingués: les uns sont remarquables par l'absence de volonté et les autres par l'exaltation de cette faculté. Les faits du premier genre s'observent souvent dès le début des aliénations partielles avec tristesse et ont pour manifestations, une circonspection outrée, une indécision très grande et une impuissance à se décider dans les circonstances les plus simples. Cette absence de volonté peut être primitive, ou dépendre de la lenteur et du vague des idées. Cette impuissance de volonté se remarque aussi dans les périodes où les maladies mentales passent à l'état chronique, et surtout dans la démence; ce qui se conçoit aisément, puisque toutes les facultés sont en décadence et menacent d'une ruine complète. La volonté éprouve alors la même dégradation que toutes les autres facultés, et elle ne peut recevoir l'appui de l'intelligence. L'exaltation de la volonté se manifeste par des désirs excessifs, des besoins impérieux de passer à l'action, de réaliser toutes ses pensées, de faire des plans et de les exécuter; par le désir de commander et en général le désir d'agir dans toutes les directions ouvertes à la passion. Cette exaltation de la volonté tient souvent à un sentiment de force physique ou morale exagéré, à une confiance en soi augmentée par la maladie; mais fréquemment aussi elle tient à la violence même de la passion qui domine le malade.

Les lésions de la volonté dérivent très souvent des lésions de la sensibilité et correspondent à ces altérations. Ces corrélations augmentent d'intensité lorsqu'aux écarts de la sensibilité se joignent des idées bien déterminées; alors la volonté est comme subjuguée; elle est entraînée dans la voie de l'idée. Ici donc, comme dans l'état normal, la volonté, avant de commander l'action, d'imprimer l'impulsion et d'exécuter l'acte, obéit à une idée ou à un sentiment; nouvelle preuve que tout se tient et s'enchaîne étroitement dans l'exercice de toutes les facultés de l'homme.

De ces considérations, il est facile d'induire que l'aliéné n'a pas la conscience complète du bien ou du mal qu'il fait. Toutefois, ces trois éléments de nos déterminations, *savoir*, *vouloir* et *pouvoir*, sont dans des rapports très variables, chez les fous, en ce qui concerne la conscience: le sens intellectuel s'égare plus souvent et plus complétement que le sens moral; rarement l'aliéné reconnaît les erreurs de son esprit; fréquemment, au contraire, il conserve, à un certain degré, la notion du bien et du mal; il applique cette notion, dans des mesures très diverses, à l'appréciation de la conduite des autres à son égard, et lui-même se trompe rarement dans son dessein de nuire ou d'être agréable. Ce qui le distingue ici de l'homme sensé et responsable, ce sont les motifs d'action exagérés ou illusoires, et la soudaineté de l'impression qui devient irrésistible, en l'absence de la réflexion qui dirige les actes de l'homme raisonnable.

Nous ne parlons pas ici du délire général accompagné d'une vive excitation, dans lequel le sens intime ne se manifeste que par des lueurs fugitives: il est assez commun alors que le bien et le mal ne soient ni distingués, ni prémédités. Le malade n'est qu'une espèce d'automate sensitif agissant, qui loue, qui insulte, qui caresse ou qui frappe sans discernement aucun.

C'est donc aux aliénés susceptibles de réflexion, et ceux-là sont nombreux, que s'appliquent nos remarques sur la conservation du sens moral. Nous sommes porté à croire qu'ils ont plus de conscience que de volonté et conséquemment que de pouvoir. Quand ils font le mal, c'est bien moins parce qu'ils ne l'apprécient pas, que parce qu'ils ne veulent et ne peuvent pas s'y soustraire.

On se tromperait aussi étrangement si l'on croyait que toujours les aliénés manquent de motifs d'action.

En dehors de la part aveugle de sympathie et d'antipathie qu'ils ont de commun avec tous les hommes, plusieurs de ces malades sont en état de se rendre compte à eux-mêmes et aux autres de la préférence ou de l'aversion, de l'amour ou de la haine qu'on leur voit manifester pour les personnes et pour les choses; seulement, ces motifs sont puisés dans des conceptions imaginaires, dans des illusions, dans es hallucinations; quelquefois aussi ils sont réels, mais exagérés. Dans tous les cas, ces motifs, qui deviennent la cause déterminante d'action chez la plupart des aliénés, puisent leur origine et leur excuse dans le dérangement cérébral; ils sont aveugles, impérieux, irrésistibles; le cri de la conscience, qui elle-même s'alarme et se trouble, ne peut rien pour arrêter ces impulsions obscures du sentiment et ces illusions insensées de l'intelligence.

Nous en avons cité un fait bien probant dans l'observation de cet aliéné de Bicêtre, qui rendait une justice si éclatante à l'humanité du directeur et déclarait en même temps qu'il ne pouvait résister au penchant de le poignarder.

Ainsi, hormis les cas de délire général extrême ou d'oblitération de toutes les facultés, le sens intime n'est pas aboli chez les aliénés; mais la volonté, la liberté morale sont plus ou moins fortement enchaînées. Tantôt le malade sait qu'il agit mal et ne peut s'en empêcher, tantôt la perversion de ses sentiments et le désordre de son intelligence lui suggèrent des motifs qui l'abusent complétement sur la moralité de ses actes, ainsi qu'on l'observe, à un degré moindre, dans la passion.

Mais si le sens moral donne fréquemment des signes d'existence chez les aliénés, si ceux-ci peuvent discerner, d'une manière plus ou moins nette, le bien et le mal qu'on leur fait ou qu'ils ont pu faire, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit des égarements intellectuels, qui du reste touchent de plus près au jugement qu'au sens intime. C'est ici que la conscience des aliénés est en défaut: ou bien ils ne font aucune attention à leurs propres paroles, comme dans le délire général violent, ou bien ils croient sincèrement tout ce qu'ils disent, à moins qu'ils n'aient le dessein prémédité de tromper. En un mot, rien n'avertit alors l'aliéné des égarements de sa raison, qui sont appréciables pour tout le monde, et dans ce silence du sens intime réside le caractère essentiel de l'aliénation mentale.

CAS REMARQUABLE DE TUMEURS ABDOMINALES
compliquant une grossesse.

M. Mascart, au nom d'une commission composée de lui, de MM. Graux, Craninx et Seutin, a lu à l'Académie royale de Belgique l'observation suivante, qui est une des plus extraordinaires qu'on puisse jamais remarquer, et qui offre un vif intérêt, malgré l'absence de quelques réflexions qui l'auraient rendue plus intéressante encore. Ainsi on aurait pu chercher à expliquer, entre autres choses, la raison pour laquelle la présence de l'enfant a si longtemps été constatée dans l'hypochondre gauche, et les particularités qui ont fait que le fœtus a paru placé pendant longtemps aussi presque immédiatement sous la peau. Malgré ces *desiderata*, on ne lira pas moins cette observation avec un vif intérêt; elle montrera que le praticien ne doit pas perdre tout espoir, même dans les cas en apparence les plus désespérés.

Geneviève Prérinaire, âgée de trente-neuf ans, d'une bonne constitution, a toujours joui de la santé la plus florissante.

Elle appartient à une nombreuse famille, qui n'est point entachée du vice scrofuleux.

Mariée le 22 avril 1846, elle voit ses époques menstruelles se succéder avec régularité jusqu'au mois de décembre de la même année.

Au mois de janvier 1847, les règles se suppriment, et cette femme, dont la santé n'est pas altérée, se croit enceinte.

Le 22 février et le 25 mars, les menstrues reparaissent; mais elles sont peu abondantes, et leur écoulement est de courte durée.

Dans le courant du mois de mai, la malade éprouve pendant plusieurs jours des coliques passagères, de la pesanteur, et une douleur fixe dans l'hypochondre gauche.

Un mois plus tard, il survient de la constipation et de la difficulté pour uriner.

Ces accidents divers, attribués à un état inflammatoire de l'estomac, des intestins et de la vessie, sont vainement combattus par un traitement antiphlogistique assez énergique. La constipation devient de plus en plus opiniâtre, et la miction presque impossible.

Le 19 août, à ma première visite, cette femme présente un amaigrissement considérable; la face est grippée, et le pouls petit et accéléré.

L'abdomen, énormément distendu par des gaz, est d'une extrême sensibilité à la moindre pression; il y a des vomissements répétés de matières muqueuses et bilieuses. La malade éprouve depuis cinq jours une constipation qu'aucun moyen n'est parvenu à détruire, et depuis quarante-huit heures elle se livre à des efforts inutiles pour rendre les urines.

Au toucher, je rencontre dans l'excavation pelvienne une tumeur arrondie, volumineuse, lisse, indolente, aplatissant le rectum en arrière, le vagin en avant. Ce dernier canal, allongé et tendu, est difficilement parcouru par le doigt; on ne trouve pas le col utérin.

Pensant que les symptômes alarmants observés sont produits par la rétroversion de la matrice, je m'empresse de vider la vessie par le cathétérisme et de faire des tentatives de réduction. Il me fut impossible de communiquer à la tumeur le plus léger déplacement.

Le lendemain, les accidents sont calmés. La malade a eu des évacuations alvines copieuses à la suite de lavements portés à la partie supérieure du rectum au moyen d'une sonde de gros calibre. La face est épanouie, le pouls à l'état normal; l'abdomen, souple et affaissé, se prête à une exploration facile.

Je rencontre dans la région hypogastrique une tumeur pyriforme du volume de la tête d'un adulte; fortement inclinée vers la fosse iliaque droite, elle remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Je reconnais que les dispositions de la tumeur pelvienne n'ont pas varié; la femme n'y éprouve pas les mouvements actifs du fœtus. Le ballottement ne peut être produit, et l'auscultation, pratiquée avec soin aux régions lombaire et hypogastrique, donne des résultats négatifs par rapport au bruit du cœur du fœtus. Je palpe rapidement les autres parties de l'abdomen, et à ma grande surprise je trouve dans l'hypochondre gauche un corps qui se contracte sous la pression de la main. M. le chirurgien Collard s'assure avec moi que ce corps est celui d'un enfant, dont il est facile de reconnaître les principales parties, telle que la tête, qui occupe le flanc gauche et les pieds, qui sont inclinés vers l'épigastre. Les mouvements du fœtus, fréquents et énergiques, soulèvent visiblement les parois du ventre, et semblent s'exécuter sous la peau. Un espace étendu, dans lequel on ne rencontre pas des parties dures et qui rend à la percussion un son tympanique bien prononcé, sépare le fœtus de la tumeur hypogastrique.

En auscultant l'hypochondre gauche, on entend distinctement le double bruit du cœur de l'enfant, et le bruit de souffle peut être perçu par l'oreille la moins exercée aux recherches stéthoscopiques.

Du reste, cette femme ne précise pas l'époque à laquelle elle a ressenti dans l'hypochondre gauche les mouvements actifs du fœtus; elle se borne à déclarer que ces mouvements étaient déjà forts au commencement du mois de juillet.

Les phénomènes qui viennent d'être rapportés restent invariables pendant plusieurs semaines. Le 20 septembre, la situation du fœtus est changée: les pieds se trouvent dans l'hypochondre droit et la tête dans l'hypochondre gauche. Ce même jour, la femme dit avoir éprouvé plusieurs fois des mouvements actifs dans la matrice. Interpellée sur le caractère de ces mouvements, elle répond qu'ils sont légers, qu'ils ressemblent à ceux qu'elle ressentait, il y a deux ou trois mois, dans l'hypochondre gauche. Nous ne parvenons pas à percevoir les contractions dont il s'agit, et nous cherchons inutilement à produire le ballottement ou à entendre le bruit du cœur de l'enfant. Ce bruit, de même que le souffle placentaire, est encore très appréciable dans la région épigastrique.

La femme a éprouvé dans l'hypochondre gauche, à une époque qui ne pouvait être éloignée du moment de l'imprégnation, une douleur fixe et circonscrite. On sait que cette douleur et la persistance de la menstruation sont citées par les auteurs comme des signes assez constants de la grossesse extra-utérine.

Une tumeur, en apparence distincte du globe utérin, existait dans l'hypochondre gauche. Le fœtus exécutait dans la même région des mouvements superficiels et plus vagues que dans les grossesses ordinaires; et telle était la minceur des parois qui le séparaient de la main appliquée sur l'abdomen qu'il était facile de reconnaître ses formes et sa situation.

A ces symptômes de gestation abdominale s'ajoutait un phénomène stéthoscopique d'une grande valeur, savoir: la facilité avec laquelle il était possible d'entendre les battements du cœur de l'enfant dans l'hypochondre gauche.

La grossesse extra-utérine n'excluant pas la possibilité d'une nouvelle fécondation et la femme prétendant éprouver dans la matrice des mouvements actifs moins énergiques que ceux qu'elle ressentait dans l'hypochondre gauche, nous crû-

mes pendant plusieurs jours à l'existence d'une double gestation, dont l'une était utérine et l'autre abdominale.

Le 4 octobre, à l'arrivée de M. Craninx, on ne rencontre plus le fœtus, qui a longtemps occupé les deux hypochondres et l'épigastre. Il existe une obliquité latérale droite de la matrice, dont la forme est telle qu'on l'observe vers le sixième mois de la grossesse ordinaire. On entend les battements du cœur de l'enfant dans le flanc droit et le bruit placentaire est surtout appréciable au sommet de l'hypochondre gauche.

Au côté gauche de la cicatrice ombilicale se trouve, isolée de la matrice, une tumeur assez volumineuse, inégale, insensible à la pression. On remarque que les vaisseaux sous-cutanés placés au-devant de cette tumeur sont plus ou moins variqueux.

M. Craninx et M. le docteur Mercier pratiquent le toucher; ils rencontrent dans le bassin la tumeur que j'ai décrite. Le col utérin échappe encore à notre exploration commune et le ballottement ne peut être provoqué.

Eu égard aux phénomènes locaux qu'il avait observés, à l'état général de la malade et particulièrement à la coloration suspecte de la peau, notre honorable collègue émet l'avis que les tumeurs situées dans le voisinage de l'ombilic étaient organiques et qu'il y avait en même temps grossesse utérine. Nous fûmes unanimes pour admettre que la tumeur de l'excavation pelvienne était due à la matrice rétroversée; quelques moyens furent même employés pour ramener l'organe gestateur dans sa position normale.

Le 18 octobre, M. Seutin examine attentivement la femme. Pour lui, la tumeur recto-vaginale consiste dans un engorgement de l'ovaire ou des ganglions de l'abdomen; il reconnaît, avec M. Craninx, que la malade est enceinte et que le produit de la conception se trouve dans la matrice. Le teint jaune cachectique le confirme dans l'idée que la tumeur est du genre squirrheux, qui tend à la dégénérescence.

A dater du 1er novembre, la constitution de la femme s'améliore rapidement; l'appétit se prononce, les digestions sont faciles, l'embonpoint reparaît, la coloration jaune de la plaie est remplacée par un teint clair et rosé, les évacuations alvines et urinaires se font avec liberté. Cet état satisfaisant persiste jusqu'au moment où la parturition se déclare.

Le 10 janvier 1848, à cinq heures du matin, le travail s'annonce par de faibles douleurs. Je reconnais, avec M. le docteur Mercier, qu'au détroit inférieur le volume de la tumeur vaginale est sensiblement diminué; au détroit supérieur, les dimensions ne sont pas modifiées, et l'espace qu'elles laissent entre elles et le pubis est trop étroit pour permettre au doigt de pénétrer profondément dans le vagin. La femme fut touchée étant debout, couchée sur le dos, appuyée sur les coudes et genoux, et dans ces diverses attitudes, il fut impossible d'atteindre le col utérin.

Des tentatives réitérées de réduction ne réussirent pas à déplacer la tumeur.

Le travail marcha avec une extrême lenteur pendant quarante-huit heures.

Le 12, à onze heures du matin, les contractions utérines, sans être expulsives, devinrent plus fréquentes, et vers le soir les eaux s'écoulèrent sans formation préalable de la poche amniotique.

On s'assure, en palpant l'abdomen, que la tumeur, précédemment située dans le voisinage de la cicatrice ombilicale, occupe l'hypochondre gauche. La matrice, facile à circonscrire dans l'intervalle des douleurs, présente une obliquité latérale droite très prononcée. Quand elle se contracte, on peut vérifier que, tout en revêtant une forme globuleuse, elle s'étend jusque dans l'hypochondre gauche.

Pendant la nuit du 12 au 13, les douleurs sont plus intenses, et les eaux de l'amnios s'écoulent troubles et bourbeuses; néanmoins, l'auscultation apprend que le cœur du fœtus se contracte encore avec énergie.

L'état de l'excavation du bassin ne s'améliorant pas sous l'influence du travail de l'accouchement, un long trocart est plongé dans la tumeur recto-vaginale; quelques gouttes de sang s'échappent par la canule de l'instrument.

A dix heures du matin, la malade accepte avec courage l'opération césarienne.

Après avoir incisé les parois abdominales, j'aperçus dans le fond de la plaie un surface blanchâtre et légèrement soulevée; c'était un kyste développé dans le tissu même de la matrice; il contenait des matières ayant l'aspect et la consistance du pus des abcès chauds. Le dos de l'enfant était placé au côté droit de l'incision; la tête se trouvait dans l'hypochondre droit, et le siége appuyait sur la base du bassin. L'enfant fut extrait vivant, mais il mourut quelques instants après sa naissance. Quant au placenta, il fallut le décoller; son insertion avait lieu dans le fond de la matrice, qui remontait dans l'hypochondre gauche.

Après la délivrance, la vue et le toucher font constater la présence, dans tous les points de la cavité péritonéale, d'une quantité innombrable de tumeurs; à la partie moyenne et gauche de l'épiploon, elles forment, par leur agglomération, une masse considérable. Généralement aplaties et bombées, ces tumeurs ont la forme et la couleur du macaron.

Le doigt ayant été introduit par la plaie dans la cavité de la matrice, on essaie de le faire pénétrer dans le vagin; mais cette manœuvre est rendue impossible par la tumeur recto-vaginale qui, au détroit supérieur, envahit toute la cavité du bassin. Au-dessus de la tumeur se trouve le col utérin; il est libre de toute adhérence avec elle, et facile à embrasser avec le doigt.

Les suites de l'opération furent celles de l'accouchement le plus heureux.

Au commencement du mois de février, la difficulté de la miction et de la défécation reparut, et, vers le 15 du même mois, il fallut employer la sonde pour vider la vessie; il y eut aussi, à plusieurs reprises, des symptômes d'étranglement. La constitution de la femme subit en quelques jours une altération profonde, l'amaigrissement fit des progrès rapides, la face prit une teinte jaune-pâle, le volume des différentes tumeurs augmenta sensiblement; tout, enfin, annonçait que la mort de la malade était prochaine.

Ces prévisions ne se sont pas réalisées. Vers le 15 mars, on observa une série de phénomènes inespérés: la constipation ne dut plus être combattue qu'à de rares intervalles; l'émission des urines devint régulière, le rétablissement des forces fut prompt à s'opérer, la face se colora, et il fut évident que les engorgements avaient une tendance marquée à disparaître.

Le 20 mai et les jours suivants, la femme éprouve un sentiment de lassitude générale, de pesanteur aux lombes, de tension au périnée; ce sont, chez elle, les symptômes précurseurs ordinaires de l'apparition des règles, qui se montrent successivement avec une régularité parfaite.

La malade se rend à Bruxelles dans le courant du mois d'août 1848, pour se soumettre à l'examen de MM. Seutin et Craninx; elle a toutes les apparences d'une bonne santé. Nos honorables collègues reconnaissent que le volume de la tumeur recto-vaginale est sensiblement diminué, et que les engorgements abdominaux ne sont plus appréciables.

Au moment où nous déposons ce travail (séance de février 1849), la femme se porte à merveille, et depuis plusieurs mois elle a repris ses habitudes actives et laborieuses. Une tumeur persiste encore au sommet de la partie postérieure du vagin; mais la diminution progressive de son volume autorise à espérer que bientôt elle ne laissera plus de traces de son existence.

Depuis la dernière fois qu'elle a été examinée par mes honorables collègues de la commission, elle n'a pas cessé un instant de jouir de la santé la plus florissante; elle a même acquis un embonpoint, une énergie et une aptitude au travail qu'elle ne présentait pas avant sa grossesse.

La cicatrice des téguments de l'abdomen est ferme et solide; mais l'opérée porte un bandage pour contenir la masse des intestins qui s'échappent à travers l'écartement que les muscles droits de l'abdomen laissent entre eux. Du reste, le ventre est parfaitement indolent, et l'exploration la plus minutieuse n'y fait pas découvrir le moindre engorgement.

Il y a quelques jours, j'examinais encore la malade, alors que les intestins n'étaient pas maintenus dans leur situation normale. Dans cet état, je pus explorer pour ainsi dire sous la peau, une portion étendue du tube intestinal, du grand épiploon et du mésentère, et j'ai acquis la conviction que ces parties ne sont plus le siége d'aucune tumeur.

La forme, la consistance et la situation du col utérin ne laissent rien à désirer, et la résolution de la tumeur recto-vaginale est complète.

NOTE

sur la fièvre jaune qui règne au Brésil.

Voilà déjà plusieurs mois que les journaux étrangers parlent de la fièvre jaune qui règne au Brésil, et les journaux français se taisent généralement sur ce qui se passe à cet égard dans ces pays lointains où cependant nous avons des vaisseaux et des troupes pour soutenir les intérêts politiques et commerciaux de la France. Est-ce donc une chose indifférente qu'une maladie qui ravage un vaste littoral où les affaires et les travaux de la législature même sont interrompus? Une maladie qui vient d'enlever quinze mille de ses habitants à Rio-Janeiro, et qui se répand avec une effrayante rapidité dans les ports de mer, ne mérite-t-elle pas une attention sérieuse? Sans doute, le gouvernement a pris des mesures pour empêcher que les arrivages n'amènent dans nos ports un si redoutable fléau. Mais le gouvernement lui-même est-il bien certain des moyens qu'il convient d'employer pour prévenir une aussi funeste importation? La science lui a-t-elle fourni des données positives? Non, certainement; car si l'on croyait une opinion qui a été longtemps en crédit, savoir: que les climats chauds d'Amérique donnent naissance à la fièvre jaune, on serait fort étonné d'apprendre que cette maladie n'avait jamais régné au Brésil, qu'elle a presque disparu des ports de l'Amérique du nord où elle avait exercé de grands ravages pendant le dix-huitième siècle, et qu'après avoir affligé l'Espagne pendant le premier quart du dix-neuvième siècle, elle ne s'y est plus montrée depuis 1824. Ces données, que personne ne peut révoquer en doute, ne disent-elles pas que les climats, soit en Amérique, soit en Europe, ne peuvent produire cette maladie; car, invariables quant à leur composition et à leur influence, ils devraient l'être aussi dans leurs produits morbifiques, comme ils le sont quant aux productions territoriales. Cependant la fièvre jaune a disparu des pays où l'on cultivait et où l'on cultive encore la canne à sucre, le café, etc. Voyage-t-elle comme le choléra? Sous certain point de vue cela pourrait être vrai, car elle débute toujours par un port de mer, ce qui parle en faveur de l'importation. S'il en est ainsi, par quel moyen arrive-t-elle dans les ports? C'est ce que les limites de ce journal ne nous permettent pas de dire aujourd'hui et que nous réservons pour le prochain numéro.

De l'action spéciale de l'eau hémostatique

sur le sang et sur les maladies produites par les altérations de ce liquide.

Les recherches des médecins modernes les plus célèbres, celles de MM. Magendie, Andral et Gavarret, Piorry et Lhéritier, etc., ont démontré que le plus grand nombre des maladies étaient produites par un altération du sang consistant dans un défaut de proportion des divers éléments de ce fluide, c'est-à-dire dans une augmentation ou dans une diminution de la fibrine, de l'albumine, des globules, des sels inorganiques. De cette altération résulte souvent un défaut de *plasticité* ou d'*épaisseur* qui fait que le sang s'épanche dans l'intérieur de divers organes, ou bien se fait jour à travers leur surface extérieure, et cause alors des *hémorrhagies* (pertes utérines, crachements de sang, etc.). D'autres fois, le sang, au lieu de pécher par trop grande fluidité, par un état *aqueux*, présente, au contraire, un excès de plasticité; alors, loin de s'échapper à travers les vaisseaux, il ne peut plus les traverser dans leurs dernières ramifications; il s'y arrête et détermine des engorgements qui, lorsqu'ils se prolongent trop longtemps, changent complètement la structure naturelle des organes et les transforment en tubercules, en cancer, etc., c'est-à-dire en *dégénérescences* incurables.

Il était donc de la plus haute importance de trouver un agent régularisant la circulation, qui pût donner au sang son degré de consistance normale, et qui s'opposât ainsi au double danger résultant d'une fluidité comme d'une plasticité trop grande. Cet agent a été heureusement trouvé dans l'hémostatique Lechelle. Des expériences concluantes ont démontré que l'usage de cette eau arrêtait presque instantanément les hémorrhagies, et ralentissait la circulation dans les petits vaisseaux, ou vaisseaux capillaires, lorsque le sang est trop fluide; tandis que ce précieux médicament active la circulation et dissipe ainsi les engorgements que la trop grande consistance du sang a produits, et qui sont toujours des sources fécondes de nombreuses maladies.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

JEUDI 25 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 88.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

PARIS, 24 JUILLET 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de Médecine, dans sa dernière séance, a nommé M. H. Larrey au premier tour de scrutin et à une majorité imposante, une des plus belles majorités dont on ait gardé le souvenir. Nous avions à l'avance annoncé cette nomination, et nous n'avons pas eu à cela un grand mérite. M. H. Larrey porte avec honneur un nom difficile à porter; rare exemple parmi les descendants immédiats des grands hommes de l'époque impériale. Le nombre des suffrages accordés à celui des compétiteurs qui en a obtenu le plus après M. Larrey, n'est pas à mettre en ligne de compte avec l'immense majorité qui a élu l'honorable chirurgien militaire. Toutefois, nous prenons acte des onze voix qui se sont portées sur M. Nélaton, et il est peut-être permis d'y voir un favorable présage.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De l'endocardite valvulaire.

(Deuxième article. — *Voir* le numéro du 18 juillet.)

On peut distinguer trois degrés dans cette affection :

1° Le malade a perdu cet état de bien-être qui accompagne la plénitude de la santé; il éprouve des étouffements, des douleurs obtuses vers la région précordiale, de l'anxiété et comme des traits douloureux qui traversent sa poitrine. Tous ces symptômes s'exaspèrent après les repas, en montant un escalier ou en se livrant à des travaux pénibles.

Tel malade pourra rester dans cette position pendant des années sans savoir qu'il porte avec lui une affection grave, et sans se préoccuper beaucoup de son état. Consultés dans des cas de cette nature, beaucoup de médecins ne reconnaissent point la lésion organique encore peu avancée, et la laissent marcher à grands pas vers un progrès funeste.

2° A ce degré, on voit survenir une oppression habituelle avec une toux sèche; la position horizontale devient trop pénible pour être longtemps conservée. Le extrémités inférieures s'infiltrent, et l'hypochondre droit devient douloureux. Les urines sont plus abondantes, et les tissus prennent une teinte blafarde. Tous ces signes extérieurs se rapportent à l'œdème des poumons et à un commencement d'hydropisie générale dans le tissu cellulaire et dans les cavités séreuses.

3° Ici les symptômes du degré précédent se sont aggravés. L'anxiété est si vive, l'oppression si pénible et si constante, que le malade reste toujours assis et n'a plus un moment de sommeil ni même de repos, et l'hydropisie devient plus manifeste.

C'est maintenant le lieu de placer divers épiphénomènes appartenant à l'affection qui nous occupe. La congestion du poumon, par suite des obstacles apportés au cours de la circulation, surtout lorsqu'il y a récurrence du sang dans l'oreillette, devient plus grande. Il suffit, pour comprendre ce fait, de se reporter aux explications données plus haut des troubles successifs de la circulation causés par la lésion matérielle de son organe central. Les malades crachent le sang tous les mois, tous les huit jours, quelquefois plus souvent, et ils ont une toux sèche. Rien de plus commun, en pareil cas, que de voir commettre une erreur de diagnostic au médecin qui suppose l'existence d'une phthisie pulmonaire. Cette congestion peut revêtir le caractère inflammatoire; elle se traduit alors aux yeux de l'observateur par une dyspnée extrême, une toux pénible, comme dans le catarrhe suffoquant. Les autres signes qui viennent s'y joindre, tels que les crachats sanguinolents, la matité, etc., mettent bientôt hors de doute l'existence d'une pneumonie.

Du côté de l'abdomen, nous ferons remarquer la congestion du système de la veine-porte et ses effets immédiats; la présence d'une tumeur hépatique se constate aisément par le toucher; la région épigastrique est sensible à la pression du doigt, et l'appétit se perd. De là l'origine de ces dyspepsies flatulentes accompagnées d'oppressions, de palpitations et d'œdèmes, signes qui souvent ne suffisent pas pour mettre sur la voie de l'affection principale, en sorte qu'on s'adresse directement à l'épiphénomène et qu'on reste étonné de sa persistance.

Les sujets affectés d'endocardite valvulaire succombent de deux manières, ou par les épiphénomènes, ou par la cachexie. Dans l'état cachectique, les épanchements séreux sont souvent devenus énormes; et dans ces cas, il suffit du moindre ébranlement pour déterminer une issue fatale.

L'inflammation aiguë des membranes du cœur peut survenir comme accident à une période avancée de la maladie chronique; alors il se montre tout à coup une douleur vive vers la région précordiale avec exaspération des symptômes, et l'organisme épuisé devient impuissant à soutenir cette lutte nouvelle.

Etiologie. — Les causes de l'endocardite, comme celles de la plupart des maladies, sont restées dans une obscurité difficile à pénétrer; cependant il en est quelques-unes qu'il est permis de signaler sans s'exposer à l'erreur.

On peut dire que c'est une maladie héréditaire, s'étendant quelquefois à deux ou trois générations. Faut-il s'en étonner, lorsqu'on voit se transmettre également par l'hérédité la goutte et le rhumatisme, c'est-à-dire deux affections où, pareillement à ce qui se passe dans l'endocardite, il existe un état pathologique du système fibreux. Le rhumatisme, en particulier, est fort souvent l'origine de la lésion organique des valvules du cœur; c'est là un point de départ qu'il est impossible de méconnaître. Ajoutons les causes physiques, telles que les coups portés sur la région précordiale, les pressions violentes exercées sur elle, les efforts physiques exagérés, ceux nécessités par de longs discours où la voix s'élève, et en général tous les mouvements musculaires qui ne peuvent s'exercer sans de vives contractions du cœur. Il est vrai de dire que ces causes agissent sur tout l'organe en général, mais les valvules sont plus accessibles que les autres parties de l'endocarde à cause des conditions de stimulation plus énergiques où elles se trouvent par rapport à ces autres parties, qui ne font que favoriser le glissement de la colonne sanguine, tandis que les valvules en supportent tous les chocs et les efforts. Le plus souvent les malades sont affectés sans cause appréciable.

Traitement. — L'endocardite valvulaire étant une affection de nature inflammatoire, rien de plus naturel que de lui appliquer le traitement antiphlogistique. Cette méthode trouve surtout sa place dans les cas aigus; alors la saignée générale agit merveilleusement et avec rapidité.

Mais les circonstances les plus fréquentes sont celles où la maladie se présente avec le caractère chronique; alors il ne faut avoir recours aux antiphlogistiques que par exception, et on doit employer les dérivatifs agissant chroniquement. Parmi ces médications dérivatives, les exutoires profonds, les cautères appliqués sur la région précordiale, tiennent le premier rang; mais à condition qu'on les appliquera au point le plus rapproché de la lésion, c'est-à-dire à la base du cœur; qu'on les creusera profondément, qu'on opposera, en un mot, une médication chronique à une maladie chronique.

A ce moyen puissant, joignez d'autres médications accessoires, telles que les frictions stimulantes, les bains sulfureux ou alcalins. Ayez soin de seconder leurs effets par le repos du malade, l'éloignement des efforts musculaires et la tranquillité de l'esprit s'il est possible, afin d'obtenir la régularité des mouvements circulatoires.

Lorsque les pulsations du cœur fatiguent le malade par leur activité exagérée et qu'en même temps il s'œdématie, il faut combattre à la fois ce double inconvénient; or la digitale remplit parfaitement ce double but, puisque, à la propriété sédative qu'elle exerce sur la circulation, elle joint celle de favoriser l'action des émonctoires et principalement la sécrétion urinaire. Mais il faut en user dans certaines limites : lorsque, par exemple, l'œdème a disparu, continuer l'usage de la digitale, surtout à une dose un peu élevée, serait s'exposer à jeter le malade dans l'épuisement et le marasme par la surabondance des sécrétions provoquées.

Lorsque la valvule ne ferme plus, que les congestions vers les gros viscères deviennent imminentes, que les fonctions plastiques languissent, les frictions et le massage seront employés avec activité pour ranimer la tension des capillaires et suppléer à la circulation générale devenue impuissante et inefficace. Ces frictions se font avec l'axonge, afin de ne pas irriter la peau et de pouvoir en user plus longtemps.

La noix vomique jouit aussi de la propriété de ralentir les battements du cœur et de les régulariser; en outre, elle exerce une action puissante sur le tube digestif, dont elle provoque les contractions, ce qui fait que, les radicules de la veine-porte étant stimulées, les stases sanguines deviennent plus difficiles dans les viscères de l'abdomen.

Le traitement prophylactique est appliqué soit dans le cas où l'affection n'est que soupçonnée, soit dans celui où l'hérédité en fait craindre la naissance. Il consiste dans une nourriture légère et végétale, une vie de repos et de calme, où l'on éloigne les travaux énergiques et les commotions morales.

Endocardite valvulaire à droite. — L'inflammation de l'endocarde peut s'établir sur la valvule triglochine, comme nous l'avons vue porter sur la valvule mitrale, déterminer son induration, son inocclusion, et enfin les mêmes phénomènes que nous avons observés pour l'autre valvule. A quoi pourrons-nous reconnaître les signes qui appartiennent à l'endocardite valvulaire droite?

Ils consistent dans une teinte cyanosée de la peau se montrant d'abord pendant les accès de palpitations, puis bientôt elle se montre même dans l'intervalle de ces accès et devient continuelle; elle augmente quand les malades s'agitent, font des efforts ou sont soumis à des ébranlements qui portent sur l'appareil de la circulation : du reste, la suffocation est plus grande et des phénomènes secondaires se joignent bientôt aux lésions principales. On voit se produire des épanchements de sérosité dans la poitrine, dans le péricarde, des infiltrations du poumon plus intenses que dans les endocardites gauches, et les malades succombent plus rapidement et plus fréquemment.

Les malades affectés de cette lésion, et chez lesquels une certaine portion du sang reflue du ventricule dans l'oreillette droite, sont fréquemment pris d'hémoptisies abondantes qui paraissent d'abord inexplicables, car ce n'est pas vers le poumon que reflue le sang, mais vers l'appareil veineux général; c'est qu'il y a un autre mécanisme de la production de ce phénomène. On peut observer des étouffements, de la dyspnée, de l'orthopnée, comme dans les endocardites gauches : à l'exploration, on a aussi le bruit de frottement systolique, le bruit de frottement prédiastolique par suite des indurations de la valvule auriculo-ventriculaire, et le bruit d'impulsion de la pointe du cœur sur les parois de la poitrine; il n'y a de différence que par le point sur lequel on perçoit au plus haut degré les signes des lésions. Si les lésions sont à gauche, c'est vers la cavité axillaire qu'on entendra les bruits avec le plus d'intensité; si elles sont à droite, ce sera presque sous le sternum et plus en bas vers le diaphragme.

Comment se rendre raison des accidents qui arrivent du côté de l'orifice cardiaque droit quand la valvule triglochine est lésée? Il est incontestable que la circulation du poumon est placée sous l'influence de la contraction du ventricule droit : si cette contraction est affaiblie ou reste sans efficacité pour pousser le sang dans les ramifications pulmonaires, la circulation deviendra languissante dans l'organe de l'hématose; cette langueur circulatoire gagnera les dernières ramifications de l'artère pulmonaire et sera à son maximum dans les capillaires, et le retour du sang par les veines devient plus difficile parce que l'allanguissement de la circulation intermédiaire est très grand; de plus, l'impulsion circulatoire centripète vient du système artériel, et, s'il suspend son activité ou devient languissant, c'est lui qui accumule le sang dans le réseau capillaire, qu'il congestionne, et détermine des hémoptisies et une hématose imparfaite qui donne de la cyanose consécutive. Tels sont les résultats de la langueur de la circulation du poumon, langueur occasionnée par le reflux du sang du ventricule droit dans l'oreillette droite et même dans les veines afférentes.

Ces lésions sont rares; mais, quand elles existent, elles ont une marche plus rapide que celles du côté gauche; c'est que cette valvule ferme moins solidement l'orifice auriculo-ventriculaire que la valvule triglochine; elle est plus faible, se retourne plus facilement, et, si l'atrophie envahit les colonnes charnues qui sont chargées de la mouvoir, la maladie arrive plus rapidement au point de se compliquer de cyanose, d'épanchements sanguins, d'épanchements séreux; aussi la mort des malades survient plus promptement, et cela se comprend, car cette affection entraîne la modification de l'hématose, qui agit directement sur la vie.

Quant à la médication qu'il faut lui appliquer, elle est la même que pour l'endocardite valvulaire gauche : souvent on rencontre l'association des deux valvulites; ce sont alors des cas mixtes, sur lesquels cependant on peut encore établir un diagnostic.

Ces obstacles dans la circulation du cœur droit déterminent plus facilement la stase dans les jugulaires et leur dilatation, la stase dans les veines sus-hépatiques, le gonflement du foie et les épanchements de sérosité dans la poitrine et dans l'abdomen : il y a encore par ces raisons un pronostic habituellement plus fâcheux à porter et qui se rattache à la plus grande rapidité de la marche de la maladie à droite qu'à gauche.

DE L'EMPLOI DE L'OXYDE D'ARGENT

dans certaines formes de ménorrhagie.

Par J.-J. THWEATT.

Les préparations d'argent ont récemment excité une grande attention, particulièrement dans les maladies des membranes muqueuses accompagnées d'une sécrétion anormale. J'ai été conduit à essayer les propriétés de l'oxyde d'argent dans la ménorrhagie et la menstruation irrégulière, d'après les éloges

donnés à ce médicament par le docteur Lane; et les succès qui en ont suivi l'emploi ont été assez encourageants pour m'engager à faire une étude spéciale de sa manière d'agir, ainsi que des formes de la ménorrhagie auxquelles il est applicable.

J'en ai fait maintenant un assez fréquent usage pour être autorisé à lui accorder une grande confiance, quand il est convenablement et judicieusement employé. Je ne prétends point en faire un spécifique; mais je suis convaincu que, toutes choses égales d'ailleurs, tout ce qu'on peut attendre du mercure dans la syphilis, de la quinine dans les fièvres intermittentes, on l'obtiendra de l'oxyde d'argent contre la ménorrhagie dans ses différentes formes. Il est éminemment supérieur à l'acétate de plomb et à tous les autres astres astringents minéraux et végétaux conseillés dans cette maladie.

L'oxyde d'argent convient surtout à ces formes de ménorrhagie qui dépendent d'une excitation anormale des organes utérins, sans s'accompagner toutefois d'une action inflammatoire considérable. Il se présente souvent des cas où une hémorrhagie abondante apparaît à l'époque menstruelle ou immédiatement après; il y a alors une excitation extraordinaire du système nerveux. Dans ce cas, l'oxyde d'argent agit souvent comme un charme; il calme la perturbation du système nerveux, et arrête l'hémorrhagie par ses propriétés astringentes. Il faut le donner à hautes doses, et y revenir à courts intervalles jusqu'à ce qu'on en aperçoive quelque effet. Après leurs couches, les femmes sont fréquemment troublées par un écoulement sanguin distinct des lochies, et qu'il est difficile d'arrêter par les moyens ordinaires. L'oxyde d'argent est un remède infaillible dans ces conditions pathologiques.

Il y a une forme de ménorrhagie qui n'est pas rare, et qui souvent se joue des ressources et de l'expérience des praticiens les plus capables; et je ne sache pas d'autre variété de la maladie qui mette à plus rude épreuve la patience et de la malade et du médecin. Je veux parler de la menstruation trop fréquente. La quantité de l'écoulement est tantôt plus grande, tantôt plus petite que dans les règles ordinaires; mais les intervalles sont beaucoup moins longs, et, dans certains cas, les femmes ne sont jamais entièrement exemptes d'écoulement; de là, comme conséquences presque inévitables, l'épuisement et la débilité; l'appauvrissement du sang entraîne un état cachectique de toute l'économie, le système nerveux est profondément entrepris, et les palpitations de cœur tourmentent beaucoup la malade. Il y a en même temps une dépression générale des facultés morales; les organes digestifs finissent par s'embarrasser, et la dyspepsie se montre sous ses mille formes, gastralgie, pyrosis, etc., etc. Fréquemment il s'y joint une irritation spinale; la malade, durant les courts intervalles de la ménorrhagie (quand il y en a), se plaint de douleurs sourdes dans la région du bassin, avec une sensation de pesanteur et comme de chute de l'utérus. Assurément, un remède capable de mettre un terme à cet enchaînement de souffrances serait un bienfait pour la thérapeutique.

En pareilles circonstances, j'ai employé en vain les diverses préparations de fer et de plomb, concurremment avec les acides minéraux; ils procurent seulement une amélioration temporaire. Mais l'oxyde d'argent est le seul remède qui mérite ici quelque confiance; et, dans tous les cas où je l'ai administré, il a toujours produit des effets satisfaisants.

Je sais que les médecins qui ont expérimenté cet agent sont d'avis qu'il est inférieur aux préparations de fer dans les cas où la tendance à l'hémorrhagie dépend d'une condition anémique de toute l'économie. Telle est l'opinion du docteur Lane; et c'est avec toute la déférence que je dois à une si haute autorité que j'exprime une opinion toute contraire. Dans cette forme de ménorrhagie, la véritable indication est d'arrêter la sécrétion anormale, source de l'épuisement de l'économie; et, dans toutes les circonstances, c'est ce qui est le plus à désirer. Si nous parvenons à remplir cette indication, nous aurons préparé les voies pour l'emploi des préparations ferrugineuses, et pour le succès de toutes les prescriptions hygiéniques propres à restaurer la santé générale.

Mon expérience sur l'oxyde d'argent me porte à penser que sa principale action s'exerce sur la circulation capillaire, et particulièrement sur le système capillaire de l'utérus, et qu'il jouit d'une influence spécifique sur le système utérin. Il agit en outre sur le système nerveux comme un tonique doux et non irritant.

Il est superflu d'ajouter que ce serait un moyen inutile, sinon nuisible, dans les pertes utérines qui dépendent de lésions organiques. Il ne doit jamais être prescrit dans les cas où l'inflammation se montre très vive; mais lorsque l'inflammation a été apaisée par les moyens antiphlogistiques, alors on peut l'administrer avec d'excellents résultats.

J'ai l'habitude de le prescrire à de plus de fortes doses qu'on ne fait d'ordinaire. Les seuls effets pathologiques que j'ai observés par suite de son administration à la dose de 2 grains (10 centigr.), deux ou trois fois par jour, sont un sentiment de malaise dans les gros intestins, quelquefois avec de légères coliques et du ténesme. Un lavement anodin dissipe aisément ces symptômes, qui, le plus souvent, ne doivent pas même occuper le praticien. La dose ordinaire, quand on veut en continuer l'usage pendant un assez long temps, est de 1/2 grain à 1 grain (2 centigr. 1/2 à 5 centigr.), deux ou trois fois par jour, selon les circonstances; il convient de le combiner toujours à une petite quantité d'opium ou de morphine. L'oxyde d'argent noircit les selles.

Je joins ici quelques-uns des cas les plus importants dans lesquels je l'ai employé.

Obs. I. — *Octobre* 1847. — Mistriss T..., mère de trois enfants, avait joui antérieurement d'une bonne santé, sauf quelques légers symptômes de dyspepsie. Depuis six mois, elle était sujette à un flux menstruel immodéré qui l'avait beaucoup affaiblie; la débilité était arrivée à ce point qu'elle ne pouvait faire aucun exercice sans avoir des palpitations de cœur avec un sentiment de suffocation. Anorexie, constipation; anémie générale, bien qu'à un degré léger; douleurs dans la région pelvienne; menstruation irrégulière, fréquente et abondante, à intervalles de huit ou dix jours, mais elle ne pense pas être jamais entièrement exempte d'écoulement sanguin; du reste, pas de douleurs pendant la menstruation. Je prescrivis les pilules suivantes :

Oxyde d'argent.	12 gr. (60 centigr.)
Poudre d'opium.	1 gr. (5 centigr.)

Pour 12 pilules — une le matin, une seconde le soir.
De plus, un lavement pour tenir le ventre libre.

Je la revis trois jours après; elle avait pris 6 grains d'oxyde d'argent; l'écoulement avait diminué. Elle se sentait mieux qu'elle n'avait fait depuis six mois; l'appétit était revenu, le ventre libre. — *Prescription* : continuer les pilules; régime doux; un peu d'exercice.

Le sixième jour, elle avait pris toutes ses pilules ou 12 grains d'oxyde; la perte avait entièrement cessé; elle se sentait aussi bien que jamais; les symptômes de dyspepsie avaient totalement disparu, et la santé générale était fort améliorée.

On cessa les pilules, en recommandant une alimentation généreuse. Elle a eu depuis ses règles comme en état de santé, à des périodes régulières, sans aucun retour de l'hémorrhagie, et elle jouit maintenant d'une santé excellente.

Obs. II. — Mistriss ***, âgée de trente-huit ans, d'une bonne constitution, mère de cinq enfants, dont le dernier est âgé de cinq ans, jouissait d'une santé généralement bonne. Pendant huit ou dix mois, la menstruation se montra irrégulière, accompagnée de vives douleurs dans le dos avec un sentiment de pesanteur dans le bassin; les douleurs du dos continuaient avec plus ou moins d'intensité durant l'intervalle des règles : celles-ci revenaient tous les dix ou quinze jours sans donner lieu à une perte de sang trop abondante, duraient deux ou trois jours, suivies dans l'intervalle d'un très léger écoulement vaginal. Toutes les autres fonctions se faisaient bien. Je prescrivis des ventouses sur le rachis, le repos, et, matin et soir, une des pilules suivantes :

Oxyde d'argent.	5 gr. (25 centigr.)
Acétate de morphine. . .	1/2 gr. (2 centigr. 1/2.)

Pour 10 pilules.

Elle prit ces pilules dans l'intervalle des règles. Je la revis quand les six pilules eurent été prises, et la trouvai déjà beaucoup mieux; elle se plaignait moins des douleurs du dos, et la sensation de pesanteur dans le bassin avait presque entièrement disparu. Je prescrivis des pilules nouvelles, avec un lavement au besoin pour obtenir des selles, et je ne la revis que quinze jours plus tard. Alors elle avait eu ses règles après un intervalle de vingt jours; il n'y avait aucun écoulement vaginal, nulle douleur dans le dos; la santé générale était excellente. Le traitement fut arrêté, et je cessai de lui donner des soins désormais inutiles.

Obs. III. — *Septembre* 1847. — Molly, femme de couleur, d'une saine et robuste constitution, âgée de quarante-deux ans, avait eu plusieurs enfants; elle fut brusquement attaquée, sans cause appréciable, d'une perte abondante. Quand je la vis, le sang sortait du vagin comme un courant; le pouls était faible, la femme fort effrayée; jusque-là la menstruation avait été régulière. Je lui prescrivis immédiatement les pilules suivantes, à prendre une toutes les demi-heures jusqu'à mon retour.

Oxyde d'argent.	6 gr. (30 centigr.)
Poudre d'opium.	1/2 gr. (2 centigr. 1/2.)

Pour trois pilules.

Je la revis au bout d'une heure; elle avait pris deux de ces pilules; la perte avait diminué; elle était calme et tranquille. Je fis prendre la troisième pilule. Je revins le soir; l'hémorrhagie avait complétement cessé. Le lendemain matin, la femme se portait à merveille. Je prescrivis un régime substantiel et cessai de la voir.

Ce dernier cas est une variété rare de ménorrhagie, la ménorrhagie pure idiopathique; l'observation est d'un haut intérêt, en ce qu'elle montre l'efficacité extraordinaire de l'oxyde d'argent. On a vu qu'il avait été donné ici à la dose de 2 grains à la fois, et que cette dose avait été répétée à très courts intervalles; il ne s'ensuivit aucun mauvais effet, et l'action thérapeutique a été rapide et assurée.

Obs. IV. — 27 *février* 1849. — Mistriss ***, d'un tempérament nerveux, avait été pendant quelque temps d'une santé délicate; elle fut prise tout à coup, sans cause appréciable, de douleurs dans les reins et dans la portion inférieure de l'abdomen, rapidement suivies d'une perte considérable. Elle était fort effrayée; le pouls petit et rapide; la peau baignée d'une sueur froide, avec des douleurs intermittentes dans les reins et l'hypogastre. Elle avait eu ses règles le 1er janvier; elles étaient revenues dix jours seulement avant la perte, et n'avaient duré que deux jours. On prescrivit les pilules suivantes :

Oxyde d'argent. . . .	6 gr. (30 centigr.)
Acétate de morphine. . .	1/8 gr. (6 milligr.)
Poudre de réglisse. . .	Q. S.

Pour trois pilules, à prendre une immédiatement, et les autres à une demi-heure d'intervalle. (Mon ami le docteur Hutton se chargea alors de cette malade, et c'est à lui que je suis redevable de la suite de l'observation.)

Après avoir pris deux de ces pilules, l'hémorrhagie avait grandement diminué; la malade était calme et tranquille. La troisième pilule fut prise; le soir, la perte avait presque entièrement cessé; les douleurs du dos et du bas-ventre étaient apaisées. On suspendit tout traitement.

Le 28, le ventre est libre, les selles mêmes un peu liquides; la malade accuse des douleurs dans le gros intestin avec de légères coliques et du ténesme. — *Prescription* : une pilule d'opium en se couchant.

1er mars. Elle a dormi toute la nuit; plus de douleurs nulle part; léger écoulement vaginal. — *Prescription* : une petite dose de magnésie de Henry.

2 mars. L'écoulement vaginal à peine appréciable. — Repos, régime doux.

3 mars. Guérison (1).

DU TRAITEMENT DE LA SCARLATINE

par la solution de nitrate d'argent porté à l'intérieur de la gorge.

Par le docteur G.-W. Brown.

Une épidémie de scarlatine a régné dans les environs de Port-Carbon, en Pensylvanie, au printemps et dans l'hiver de de 1847 et 1848. Les notes suivantes publiées par le docteur Brown présentent des détails intéressants sur la gravité, les complications et les terminaisons de la maladie; mais il y a surtout dans le traitement suivi une médication topique qui mérite une sérieuse attention.

Il a tenu note de 126 cas, sur lesquels il y a eu 21 morts, 1 sur 6. Parmi ces cas malheureux,

8 sujets sont morts d'hydrocéphale,
1 d'hydrocéphale avec laryngite,
1 de congestion générale de tout le système veineux,
1 d'ophthalmie avec inflammation des intestins,
1 d'inflammation de la gorge et des bronches,
1 par abcès du cou, et perforation consécutive de la veine jugulaire,
3 de péricardite avec hydropisie générale;

Restent cinq sur lesquels l'auteur ne donne aucun détail.

Quant à la date de la mort, sur 20 sujets,

1 mourut le premier jour,
2 — le 3e
8 — le 4e
3 — le 6e
1 — le 10e
2 — le 11e
1 — le 13e
1 — le 14e
1 — le 22e

Parmi les affections secondaires, l'hydropisie est survenue quinze fois, six fois avec complication de péricardite, et trois de ces derniers cas se sont terminés par la mort. Le rhumatisme s'est montré chez six sujets; il y a eu des abcès chez seize. Dans quatre cas la scarlatine a attaqué des adultes; tous ont guéri. Elle débuta par des convulsions dans un certain nombre de cas; un entre autres où elles durèrent douze heures, revenant par accès toutes les vingt ou trente minutes. Le docteur Brown n'a pas trouvé plus de gravité à ces cas débutant par des convulsions qu'aux cas ordinaires.

Les sujets chez qui il y eut desquamation complète de l'épiderme guérirent plus rapidement, et furent moins sujets à des affections secondaires.

Mais la question la plus importante est celle du traitement.

« Au début de l'épidémie, dit l'auteur, j'avais adopté le traitement habituellement prescrit dans les livres, savoir : un émétique suivi du calomel, des gargarismes avec le poivre, des laxatifs, des diaphorétiques, des éponges tièdes et des révulsifs autour du cou; mais je me trouvai bientôt arrêté par des résultats lamentables; j'avais perdu au moins la moitié de mes malades. Vers ce temps, causant avec le docteur Carpenter (de Pottsville) de la nature fatale de l'épidémie et de l'inefficacité du traitement, il me conseilla de toucher le fond de la gorge avec une forte solution de nitrate d'argent. Je suivis ce conseil et avec le plus heureux succès. Dans les cinquante derniers cas que j'ai ainsi traités, à peine ai-je perdu un malade. J'ai quelquefois usé d'une forte solution de sulfate de cuivre, spécialement quand je désirais en même temps faire vomir le malade, comme quand la gorge était remplie de débris de fausses membranes, de matières fétides, etc.; mais j'ai trouvé dans tous les cas le nitrate d'argent préférable.

» La force de la solution est d'un scrupule de nitrate pour une once d'eau (1 gramme sur 30).

» J'applique cette solution aussitôt que je suis appelé, qu'il y ait ou non ulcération; et j'y reviens une ou deux fois par jour jusqu'à la convalescence. Dans la scarlatine à forme maligne, j'ai employé aussi le chlorure de sodium à l'intérieur et en gargarisme, et avec d'excellents résultats. Les vésicatoires, sauf de rares exceptions, m'ont paru nuisibles, et plutôt propres à augmenter l'irritation (2).

ACCOUCHEMENT LABORIEUX

par l'effet d'un rétrécissement des parois de l'utérus autour du cou de l'enfant.

Par le docteur Skae.

La constriction accidentelle de l'utérus pendant le travail, et spécialement avant la séparation du placenta, en conséquence de contractions irrégulières ou spasmodiques de ses parois, est un accident qui n'est pas très rare dans la pratique; mais le cas suivant, communiqué par le docteur Skae à la Société obstétricale d'Edimbourg, est un exemple d'une constriction de l'utérus d'un tout autre caractère. La contraction était de nature permanente, et probablement elle s'était développée dans le cours de la grossesse, de manière à offrir une barrière insurmontable au progrès du travail. La femme chez qui elle fut rencontrée s'était plainte d'un sentiment de tension en travers de la partie inférieure de l'abdomen pendant les trois derniers mois de sa grossesse, et en avait reçu

(1) *The American Journ. of Med. Sciences et Revue médico-chirurgicale.*
(2) *The medical Examiner.*

une forte impression dans l'esprit que tout n'allait pas chez elle comme cela devait être; c'était en effet la première fois qu'elle éprouvait une pareille sensation, bien qu'elle fût déjà mère d'une nombreuse famille, et qu'une ou deux fois même elle fût accouchée de deux jumeaux.

Voici les détails de cette curieuse observation.

Le docteur Skae fut appelé près de mistriss ***, le 12 juin 1849, dans la matinée; elle croyait que le travail avait commencé; l'examen cependant ne révéla aucun indice d'une parturition commençante, et le docteur prescrivit une potion opiacée, et ensuite de l'huile de ricin, dans la supposition que ces douleurs, que l'on assurait avoir été fortes et persévérantes depuis quelques heures, étaient du caractère ordinaire des fausses douleurs qui précèdent si fréquemment le travail. Toutefois, et nonobstant l'emploi répété des opiacées, les douleurs ne s'apaisèrent que bien peu durant les quarante-huit heures qui suivirent, quand la dilatation du col commença à se faire. Durant toute la journée du 14, le travail marcha heureusement sous le rapport de la dilatation du col; mais ce fut seulement vers quatre ou cinq heures de l'après-midi que la présentation put être distinctement reconnue, la tête paraissant alors descendre sur la marge du bassin pendant les douleurs. La malade continua à souffrir, et de fortes et bonnes douleurs en apparence, mais avec bien peu de changement dans la position de la tête jusque passé minuit. La tête descendait, durant les douleurs, sur le rebord du détroit supérieur, mais elle ne s'engageait pas dans l'excavation, malgré des tentatives répétées pour la maintenir dans la position la plus favorable à la descente.

Cependant, le col utérin commençait à s'œdémacier et les forces de la malade se perdaient. Le docteur Skae essaya deux ou trois fois de la mettre sous l'influence du chloroforme, mais sans y réussir, attendu qu'elle résistait de toutes ses forces, ne voulant absolument pas s'y soumettre, et la seule aide qu'il eût était une vieille femme qui lui était plus nuisible qu'utile par son agitation et ses alarmes. Pendant ce temps, il était arrivé à cette conviction que la résistance au travail devait être d'une nature inaccoutumée, car le bassin était large et bien conformé, et le volume, la fermeté et la configuration de la tête du fœtus repoussaient toute idée d'hydrocéphalie.

En conséquence, il fit appeler M. Simpson à deux heures du matin. Ils réussirent à mettre rapidement la femme sous l'influence d'une large dose de chloroforme, et alors ils purent s'assurer que la cause de l'obstacle dépendait de la présence d'un rétrécissement rigide situé au tiers inférieur de l'utérus et qui retenait les épaules du fœtus. On fit prendre à la femme 120 gouttes de la solution d'hydrochlorate de morphine; on l'endormit de rechef profondément à l'aide du chloroforme, sous l'influence duquel on la tint pendant deux heures; après quoi le rétrécissement se trouva aussi serré qu'auparavant, de telle sorte que la version n'aurait pu être tentée qu'au risque de compromettre l'intégrité des parois de l'utérus. Il était à craindre que l'éviscération du fœtus ne devînt la dernière et inévitable ressource; on résolut pourtant d'essayer l'emploi du forceps allongé, malgré la difficulté inaccoutumée de l'appliquer à une hauteur telle qu'il devenait nécessaire de croiser et de fermer ses branches dans le vagin. M. Simpson, toutefois, avec sa dextérité bien connue, réussit non-seulement à l'appliquer, mais encore à opérer la délivrance dans l'espace de quinze à vingt minutes, en tirant les épaules du fœtus à travers le rétrécissement.

La mère et l'enfant ont survécu à cet accouchement laborieux, les suites de couches n'ayant présenté aucune sorte d'accident. (*Monthly Journ. of med. Sciences.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juillet 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie;

1°. Un certificat de puisement, avec l'analyse d'une eau minérale puisée à une source située sur le territoire de la commune du Lac ou Nillers (Doubs);

2° Une lettre de M. de Chassenay, signalant l'existence d'une source d'eau minérale aux environs de Decize (Nièvre);

3° Une demande d'avis sur divers remèdes nouveaux.

Le ministre des affaires étrangères transmet de nouveaux détails communiqués par le consul de la République à Panama sur la plante qui produit les fèves appelées *cédrons*, et sur le mode d'administration de ce produit végétal, ainsi qu'un mémoire de M. le docteur Duchassaing sur le même sujet.

Propriétés fébrifuges de l'alkékenge.

M. Gendron, de Château-du-Loir (Sarthe), envoie une note sur les propriétés fébrifuges de l'alkékenge, ou coqueret, en attendant l'envoi prochain d'un mémoire plus étendu sur ce sujet.

Choléra.

M. Alex. Guérin du Grandlaunay, directeur de l'asile des aliénés de Pontorson (Manche), communique une relation d'une épidémie de choléra qui a régné dans cet établissement pendant les mois de mai et de juin 1849.

Traitement des fièvres intermittentes.

M. Mondezert, de Carentan (Manche), adresse, par l'intermédiaire de M. Piorry, trois mémoires:

Le premier, sur le traitement des fièvres intermittentes, renferme des considérations sur cette question: « Existe-t-il plus de fibrine dans le sang couenneux que dans celui qui n'en présente pas. » La question y est résolue contradictoirement à ce qu'a avancé M. Andral.

Le deuxième mémoire est une conséquence du premier. L'auteur cherche à y prouver la justesse des conséquences tirées de ses expériences par deux traitements produisant les mêmes résultats, quoique différents sous le rapport de leur composition chimique.

Le troisième est fait dans le but de faire mieux apprécier les résultats remarquables que l'on obtient de l'emploi du calomélas dans le traitement des gonflements inflammatoires des amygdales. (Commissaires: MM. Piorry, Velpeau et Lecanu.)

Scie double pour les amputations.

M. Le Roy-d'Etiolles et M. Mathieu envoient un instrument destiné à faciliter la section des os dans les amputations; c'est une scie double agissant simultanément au-dessus et au-dessous de l'os.

Instrument pour l'extraction des corps étrangers de la vessie.

M. Duverger, étudiant en médecine à Montpellier, écrit pour revendiquer la priorité d'invention de l'instrument dont M. Ceruty a récemment envoyé la description à l'Académie, instrument destiné à extraire certains corps étrangers de la vessie. (Commissaire: M. Ségalas.)

Eaux minérales toxiques.

M. Orfila dépose, au nom de M. Blondeau, professeur de physique au lycée de Rodez, un mémoire sur les eaux minérales toxiques. (Commission des eaux minérales.)

Élections.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation porte en première ligne M. H. Larrey; en deuxième ligne, et *ex æquo*, MM. Gosselin et Nélaton; en troisième, M. Cullerier; en quatrième, M. Morel-Lavallée; en cinquième, M. Hutin.

Le nombre des votants est de 81; majorité, 41.

MM. H. Larrey obtient	64 voix.
Nélaton	11
Gosselin	5
Chassaignac	1

M. Larrey, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

Choléra.

M. Gérardin, lit au nom de M. Jules Renault, médecin sanitaire du paquebot-poste de l'Etat le *Louqsor*, une note sur un commencement d'épidémie de choléra survenue en octobre et novembre 1849 à bord de ce bâtiment.

Le *Louqsor*, après avoir séjourné trente-cinq jours à Marseille, où règne le choléra, part de ce port avec un équipage et des passagers dont l'état sanitaire est excellent. Pendant les premiers jours de la traversée, quelques hommes sont pris d'indisposition cholérique.

Le septième jour, un matelot est pris de choléra très grave.

A partir de ce moment, un foyer épidémique se forme peu à peu sous l'influence de prédispositions individuelles, de l'humidité, de la stagnation de l'air, de la fatigue, de l'encombrement, etc.; les cas de choléra faible, de cholérine, de diarrhée se multiplient.

Le onzième jour, un matelot est saisi tout à coup des symptômes les plus violents de choléra.

Le bâtiment s'arrête alors et séjourne à Smyrne. Les passagers et le matériel, qui encombraient le navire, sont débarqués; l'équipage est disséminé, toutes les mesures hygiéniques possibles sont prises. 2 hommes sont encore indisposés; mais à ce point cesse l'influence morbifique. Aucun nouveau malade ne se présente. Le foyer est détruit.

Les passagers, qui n'ont pas eu le temps de s'imprégner à Marseille de la constitution régnante et qui ont quitté le bord peu de temps après la formation du foyer épidémique, restent exempts de maladie à bord et après leur débarquement.

Il semble résulter, dit l'auteur, de ces faits qu'à bord d'un bâtiment un foyer épidémique du choléra peut se former facilement de toute pièce; mais que ce foyer, pour ainsi dire artificiel, est facilement détruit par la cessation d'une partie des causes qui l'ont formé, si elle a lieu à une époque peu éloignée de l'origine de l'épidémie. Il semble en résulter aussi que, à moins d'un état maladif antérieur, il faut avoir séjourné assez longtemps au siége d'une épidémie de choléra pour en sortir, sinon malade, du moins modifié jusqu'à une prédisposition indépendante de la santé habituelle. (Commission du choléra.)

Extraction d'un crochet à broder introduit dans la main.

M. Gerdy expose en quelques mots un procédé qu'il a employé tout récemment pour extraire un crochet à broder qui avait pénétré profondément dans la main d'une jeune personne. L'extraction de ce corps étranger n'a pu être effectuée qu'à l'aide d'une sonde cannelée introduite par la plaie de pénétration et qui a servi à recouvrir le crochet de manière à soustraire les tissus ambiants à son action.

Eau minérale ferrugineuse de Bagnères-de-Bigorre.

M. O. Henry lit, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport sur une demande en autorisation pour l'exploitation d'une nouvelle source d'eau minérale ferrugineuse naturelle à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).

M. le rapporteur assigne à cette eau la composition suivante:

1000 grammes (1 litre).

Acide carbonique libre	très petite quantité.
Bicarbonate de chaux. — de magnésie. — de soude (anhydre).	0,0190
	0,0190
Report.	0,0190
Sulfates de soude et de chaux. Chlorure de sodium. Un sel de potasse.	0,0375
Silice et alumine (silicate sans doute).	0,0200
Crénate apocrénate et carbone de fer.	0,0200
Principe arsenical de la soude.	traces légères.
Matières organiques de l'humus accompagnant tous les produits.	indéterminé.
	0,0975
Eau pure	999,9025
	1000,0000

D'après la composition de cette eau et son analogie avec les eaux des sources dites d'Angoulême à Bagnères-de-Bigorre et de M. Rousse dans la même localité, M. le rapporteur propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

Appareils et instruments en caoutchouc vulcanisé pour les maladies des voies génito-urinaires de la femme.

M. Gariel lit une note sur quelques appareils et instruments en caoutchouc vulcanisé propres au traitement des maladies des voies génito-urinaires chez la femme.

Les appareils dont M. Gariel a fait la description et dont il dépose des modèles sous les yeux de l'Académie sont des pessaires, des ceintures périnéales, des appareils à dilatation, des appareils hémostatiques et en dernier lieu un pyxide, instrument qui a pour but l'insufflation des poudres médicamenteuses sur les organes que jusqu'ici l'on n'atteignait qu'imparfaitement. (Commissaires: MM. Thillaye, Poiseuille et Danyau.)

Recherches sur le choléra épidémique.

M. Pellarin lit un travail ayant pour titre: *Recherches sur le choléra épidémique*. L'auteur a donné lecture à l'Académie de la partie de son travail qui a pour objet de prouver la contagion. Après avoir rappelé que l'idée fondamentale de ses travaux sur la question, c'est que le choléra engendré par infection est propagé principalement par voie de contagion, M. Pellarin s'attache à expliquer le sens de ces deux mots qui ont donné lieu à tant de controverses.

Pour lui, l'infection et l'introduction de principes malfaisants et délétères dans l'économie par quelqu'une des voies de l'absorption, d'où il suit que la contagion s'opère toujours par un genre d'infection quelconque. Quand on veut établir une distinction ou contraste entre ces deux termes *infection* et *contagion*, le premier doit s'appliquer exclusivement aux influences septiques qui ne proviennent pas plus ou moins immédiatement de sujets malades, avec la propriété de développer une maladie de la même nature que celle de ces derniers. Par exemple, on prend le germe d'une affection morbide en respirant l'air d'un marais, les exhalaisons d'un cimetière, d'un égout, etc.; c'est ici de l'infection, rien que de l'infection.

Mais que l'on ait contracté la maladie auprès d'une ou de plusieurs personnes qui en étaient elles-mêmes atteintes, et par l'effet d'influences provenant de ces personnes; dans ce cas, et de quelque manière que la transmission ait lieu, il y a contagion et non plus seulement infection.

M. Pellarin rapporte ensuite, à l'appui de cette manière de voir, un grand nombre de faits de transmission du choléra observés dans les départements du Finistère et des Côtes-du-Nord pendant la dernière épidémie; et il conclut en ces termes: « Ces faits ne laissent aucun doute sur la transmissibilité ou contagiosité du choléra épidémique. Comme, d'autre part, j'ai constaté que le mal était né quelquefois en dehors de toutes les conditions admissibles de contagion, là où se rencontraient certains foyers d'infection, je me suis cru autorisé à établir la proposition suivante: Le choléra épidémique reconnaît deux modes d'origine: 1° l'importation; 2° la génération sur place par des exhalaisons délétères. Le premier mode se rapporte à la contagion; le deuxième, à l'infection proprement dite. »

Désarticulation huméro-cubitale.

M. Michalski, médecin à Vierzon, présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation huméro-cubitale et celle de l'extrémité externe de la clavicule et de la première côte, ainsi que la résection de l'extrémité externe de la première côte, de l'extrémité de l'apophyse coracoïde, pour remédier à de vastes désordres survenus sur un nommé Rogers, poseur au chemin de fer du centre, qui avait été renversé et écrasé par une locomotive. Ce même sujet présentait, en outre, des plaies extrêmement graves et compliquées de l'épaule, de la moitié gauche du thorax et de l'abdomen.

Cette présentation est accompagnée du dépôt d'un mémoire contenant la relation détaillée de ce fait. (Commissaire, M. Gerdy.)

Il est cinq heures, la séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 juillet 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Ablation des loupes sans opération sanglante.

M. A. Legrand lit un mémoire ayant pour titre: *De l'ablation ou de la destruction des loupes et tumeurs analogues sans opération sanglante.* Le procédé que préconise M. Legrand consiste à diviser la peau dans toute son épaisseur, comme on le ferait avec un bistouri par l'application linéaire, et plusieurs fois répétée, d'une solution aussi concentrée que possible de potasse pure; agent qui détruit toute vitalité dans les tissus qu'il atteint. En répétant la cautérisation toujours sur les mêmes points, l'eschare linéaire qu'on obtient gagne en profondeur, et il arrive un moment où l'on peut saisir la

loupe avec une pince et l'enlever. La solution de continuité se referme, comme celle faite par l'instrument tranchant, et l'on obtient une cicatrice qui ne diffère en rien de celle qui succède à la plaie produite par le bistouri. Si le kyste est trop fortement adhérent, s'il est multiple, si la tumeur n'est pas renfermée dans un kyste, on détruit les produits morbides par des cautérisations successives et pratiquées sous la peau. Dans ce procédé comme dans l'ancien, il faut complétement enlever ou enlièrement détruire la membrane propre de ces tumeurs, où autrement on s'expose à une recbute.

M. Legrand a déjà eu l'occasion d'appliquer trente-deux fois cette méthode, et il ne s'est jamais produit aucun phénomène qui pût faire craindre la venue de l'érysipèle, si facilement mortel quand il se développe sur le crâne chevelu, à la face, ou dans leur voisinage.

L'auteur a complété sa tâche en se livrant à quelques recherches sur la nature intime de ces tumeurs.

Voici le résultat de l'examen microscopique fait de concert avec M. Mandl de deux loupes provenant l'une du cuir chevelu et la seconde du front. Celle-ci présentait une enveloppe dure, d'une transparence cornée, dans laquelle on apercevait de petits points blanchâtres, disséminés par groupes. En examinant sous le microscope de petites tranches minces de cette enveloppe, MM. Legrand et Mandl ont reconnu qu'elle était formée par des lamelles d'épithélium. Quant aux petits points blanchâtres, ils ont présenté l'aspect de corps granuleux, obscurs, et paraissant formés de graisse.

L'intérieur de cette loupe était remplie d'une matière ayant la consistance du miel, et qui, examinée au microscope, a présenté les éléments suivants : 1° des cristaux de cholestérine en abondance; 2° de petites gouttelettes, et des granules de nature graisseuse; 3° des corps irréguliers granuleux, jaunâtres ou noirâtres, de nature aussi probablement graisseuse; 4° des lamelles épithéliales dont quelques-unes seulement étaient pourvues de noyaux; mais la plupart en étaient privées; 5° des globules à divers degrés de développement, depuis le globule allongé et terminé en pointe; 6° des membranes pourvues de noyaux, de globules et de fibres. La masse remplissant le kyste présentait dans quelques endroits de petits corps de consistance plus solide, mais dont les éléments étaient identiques aux précédents.

De l'ensemble de ces faits, l'auteur a cru pouvoir conclure que la tumeur située sur le front provenait de la transformation pathologique d'une glande sébacée, et que la présence de tous les éléments de développement qui viennent d'être énumérés indiquait qu'on avait affaire à un tissu en voie d'accroissement, opinion qui coïncide avec le fait observé, puisque depuis quelques mois la loupe faisait des progrès, sinon rapides, du moins appréciables.

La loupe précédemment examinée avait, au contraire, paru provenir de la transformation pathologique d'un follicule pileux; on y trouvait aussi tous les éléments qu'on vient de signaler pour la loupe située sur le front, moins la cholestérine. L'enveloppe ne renfermait pas ces points blanchâtres signalés plus haut, mais elle était pourvue d'un derme solide, et, au fond du sac, on retrouvait encore les traces du germe pileux.

M. Legrand pense que ce genre de produit pathologique reconnaît, pour cause la plus directe, une oblitération accidentelle du col de la glande sébacée ou du follicule pileux; ou bien il est la conséquence d'une altération de l'humeur sécrétée par la membrane interne de ces organes. Mais, chose assez singulière, cette altération peut dépendre d'une influence congénitale; de sorte que les loupes constitueraient, dans certains cas, une maladie héréditaire.

Enfin, il résulte de l'analyse chimique dont M. Dumas a bien voulu se charger qu'on doit considérer cette loupe comme étant composée essentiellement de fibrine souillée par 4 p. 0/0 de son poids de matière grasse.

Traitement des fièvres intermittentes par l'adonsonia digitata.

M. Simon Pierre, interne des hôpitaux, lit une note intitulée : *De l'utilité de l'écorce de l'adonsonia dans les fièvres intermittentes.*

L'auteur rend compte des expériences qu'il a faites depuis deux ans tant en Bourgogne, dans une localité où la fièvre est endémique, qu'à l'Hôtel-Dieu de Paris, avec les échantillons d'adonsonia digitata qui lui furent confiés par M. Natalis Guillot.

Le nombre des observations recueillies par M. Simon Pierre est de sept. Dans ces sept cas, les accès de fièvre étaient parfaitement caractérisés et de types divers. Parmi les malades, les uns vivaient en Bourgogne, les autres venaient d'Afrique; un dernier venait de La Rochelle. L'un d'eux, enfin, était un médecin dont l'affection remontait à plusieurs mois. Aucun des individus atteints ne présentait de ces fièvres légères susceptibles de guérir par le repos au lit.

L'écorce d'adonsonia leur fut administrée à la dose de 30 grammes en décoction dans un litre d'eau; trois doses semblables ont suffi, dans la plupart des cas, pour faire disparaître la maladie.

Ophthalmie égyptienne (ou granuleuse).

M. Velpeau présente de la part de M. le docteur Heinricht, médecin en chef au 7e régiment de hussards, à Florence, un mémoire sur la maladie de la conjonctive connue sous le nom d'ophthalmie égyptienne, maladie qui a régné depuis plusieurs années endémiquement dans le grand-duché de Toscane et dans les Etats romains, et qui s'est déclarée épidémiquement vers la fin de l'année dernière parmi les troupes autrichiennes occupant Florence. Cette ophthalmie consiste dans la formation de granulations sur la conjonctive des paupières. L'auteur attribue ces granulations à une agglomération d'êtres organisés ou d'une espèce encore inconnue d'entozoaires.

Quant au traitement, le moyen principal que préconise l'auteur est la cautérisation avec le nitrate d'argent, mais avec la précaution de décomposer le surplus du caustique à l'aide d'une dissolution d'hydrochlorate de soude (sel commun).

NÉCROLOGIE.

M. Delile, professeur de botanique à la Faculté de Médecine de Montpellier, a succombé le 5 de ce mois à une longue maladie du centre circulatoire.

Il a été conduit au champ du repos par tout le corps académique en costume. On a regretté de ne voir au cortége aucune autorité civile et militaire de la ville.

MM. les étudiants ont porté le corps de leur maître. M. le professeur Jaume lui a dit le dernier adieu, au nom de la Faculté.

M. Delile était âgé de 73 ans passés. Il était de l'expédition d'Egypte et correspondant de l'Académie des Sciences de Paris. Sa mort laisse vacante à Montpellier le poste de professeur de botanique à la Faculté de Médecine et celui de directeur du Jardin botanique, qui en est inséparable.

— Le docteur Pedro Castello, premier médecin de la reine d'Espagne, ancien directeur du collége de médecine et de chirurgie de San Carlos, est mort à Madrid le 30 juin dernier, dans un âge très avancé. Il sera remplacé, dit-on, par M. T. Corral y Ona, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Madrid.

NOUVELLES.

Le *Moniteur* contient un décret du président de la République qui, se fondant sur les modifications introduites par la loi de 1822 dans le régime des quarantaines, et sur la trop grande proportion avec les besoins réels des terrains et bâtiments consacrés à l'intendance et aux lazarets de Marseille, ordonne que le ministre de l'agriculture et du commerce prendra les dispositions nécessaires, d'accord avec les autorités locales, pour opérer, dans le plus bref délai possible, le transfert du lazaret et de l'intendance de Marseille aux îles du Frioul.

— Un autre décret constitue un conseil de perfectionnement des écoles nationales vétérinaires, et le compose ainsi :

Le chef de la division de l'agriculture, MM. le docteur Rayer, Milne-Edwards, de Behague, de Kergorlay, de Tocqueville, Barthélemy, Lefebvre-Sainte-Marie, Rendu, Guyot, le directeur général de l'Institut national agronomique, les directeurs des écoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon, de Toulouse; MM. Riquet et Bouley jeune, vétérinaires.

— Les épreuves du concours pour une place de chirurgien du bureau central sont terminées depuis vendredi dernier. M. Guérin a été nommé par 5 voix contre 2 données à M. Depaul et 2 à M. De ville. Le concours a été très brillant.

— *Société nationale de Médecine de Lyon.* — La Société a procédé, dans la séance du 1er juillet, à l'élection de quatre membres titulaires. Le nouveau rapporteur, M. Bonnet, après avoir fait ressortir avec impartialité les titres scientifiques des divers candidats, a proposé, au nom de la majorité de la commission, en tête de la liste, MM. Reybard, ancien chirurgien en chef de l'hôpital d'Annonay, lauréat de l'Institut, correspondant de l'Académie nationale de Médecine; Guilliermont fils, pharmacien, membre de la Société de pharmacie et de la Société médicale d'émulation; Girin, médecin de l'Hôtel-Dieu, secrétaire de la Société médicale d'émulation; Desgranges, chef des travaux anatomiques à l'Ecole préparatoire de médecine.

Une imposante majorité a ratifié ce choix. Dans la même séance, ont été élus : membre honoraire, M. le docteur Levrat-Perroton; membres correspondants, M. le docteur Guettet, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Seine (Côte-d'Or), et M. le docteur Cornaz, médecin à Neufchâtel.

La Société nationale de Médecine est actuellement ainsi composée : membres titulaires, MM Rougier, président; Rater, vice-président; Candy, secrétaire général; Lacour et Teissier, secrétaires adjoints; Perrin, trésorier; Gauthier, archiviste; Barrier, Bonnet, Bouchacourt, Davallon, Devay, Diday, Dumenil, Fouilhoux, Garin, Gromier, Lecoq, Levrat aîné, Elysée Levrat, Montain, Mouchon, Imbert, Pétrequin, de Polinière, Potton, Peyraud, Rambaud, Rérolle, Roy, Sauveton, Tavernier, Reybard, Guilliermond, Girin et Desgranges. — Membres honoraires : MM. Véricel, Sénac, Lusterbourg, Janson, Monfalcon, Baumès, Pasquier, Bouchard-Jambon, Pointe, Teissier, Gensoul, Richard de la Prade, Repiquet, Brachet, Gubian, Levrat-Perroton.

— La Société de Médecine de Nîmes vient de mettre au concours la question suivante :

« Quel rapport existe-t-il entre le développement des fièvres à types intermittents et l'hypertrophie de la rate? »

« L'affection générale précède-t-elle la maladie locale ou n'en est-elle qu'une manifestation? »

S'appuyer pour la démonstration sur des observations détaillées et précises, avec mensuration numérique de la rate. Les mémoires devront être envoyés, dans la forme académique, avant le 1er août 1851, à M. le docteur Ebrard, secrétaire de la Société, rue du Chapitre, n° 4, à Nîmes. Le prix sera de la somme de cent francs.

— On lit dans le *Sémaphore* de Marseille du 20 juillet :

« Le bruit s'est répandu hier que le ministre de l'agriculture et du commerce, informé de la décision prise par notre intendance sanitaire, qui soumet à une quarantaine de cinq jours les provenances de Malte, aurait ordonné leur admission à la libre pratique. Il paraît, en effet, certain que l'intendance a reçu des instructions dans ce sens. Après en avoir délibéré, elle s'est rendue en corps chez le maire afin d'exposer à ce magistrat que les causes qui avaient motivé sa décision existant toujours, elle croirait manquer à son devoir en ne la maintenant pas. Elle a vivement insisté sur les motifs de prudence qui l'obligent à ne pas dévier de cette ligne de conduite. Les membres de la Santé, à la suite de cet entretien, se sont rendus avec le maire chez le préfet pour l'informer de la nécessité où ils se trouvaient de ne pas obtempérer aux ordres du ministre, et lui en faire connaître les raisons. En l'absence du premier magistrat de notre département, le conseil de préfecture doit, assure-t-on, se réunir pour délibérer à son tour sur le parti à prendre. »

— Le choléra a reparu aux Etats-Unis, et il y fait de cruels ravages dans les vallées.

Le président de la République des Etats-Unis, le général Taylor, a succombé le 4 juillet, à Washington, victime, assure-t-on, de cette terrible maladie.

— Un concours va être ouvert de nouveau à Madrid pour la place de médecin des eaux minérales de Tiermas. Plus de vingt-cinq candidats se présentent, dit-on, pour cette place.

— M. le docteur Hitchmann vient de passer de l'hospice des aliénés de Hanwell, où il était médecin, à l'asile des aliénés du comté de Derby, en qualité de médecin en chef.

— La *vaccine est mise au rabais* en Angleterre. La petite vérole qui a régné dernièrement dans ce pays, dit *The West Briton*, a permis de voir à quel point la vaccine était négligée.

Immédiatement l'administration chargée de la distribution des secours médicaux aux pauvres a fait des offres aux plus bas enchérisseurs.

M. Philippe Vincent (de Combonne) offrit de vacciner à 18 sous le sujet.

M. Henry Harris (de Redralh) a été aussi nommé vaccinateur au même prix.

Enfin, M. Vincent Mitchell offrit de vacciner, dans certains districts, pour 2 sous par cas, et il a été nommé à ces conditions.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

SAMEDI 27 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 89.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris.	24 fr. —	13 fr. —	7 fr.
Départements	26 fr. —	14 fr. —	8 fr.
Étranger	30 fr. —	16 fr. —	9 fr.

Revue clinique hebdomadaire.

Kyste hydatique du foie. Ouverture par le bistouri. — L'à-propos extrême du fait ci-dessous dont nos lecteurs de Paris pourront voir le sujet encore actuellement à l'hôpital, et à une époque de sa maladie assez peu avancée pour que les phénomènes principaux puissent être observés avec la plus grande facilité, nous engage à publier aujourd'hui, avec quelques développements, une observation de kyste idatique du foie, en renvoyant à samedi prochain les paralysies traitées par la strychnine, que nous avions promises pour aujourd'hui. Voici ce fait.

Une femme de vingt-neuf ans, Antoinette Magret, livrée aux travaux de la campagne, élevée en Normandie, à Paris depuis cinq ans seulement, est entrée à l'hôpital des Cliniques le 22 juin dernier. Habituellement d'une bonne santé, elle s'est aperçue il y a quatre mois, pour la première fois, de la présence d'une tumeur développée dans le flanc droit, qui a grossi peu à peu, et présente au moment de son admission les caractères suivants : tumeur vague de la forme et du volume d'un œuf, saillante de 2 centimètres environ, molle, fluctuante. La peau qui la recouvre est amincie, sans changement de coloration; la tumenr n'est pas située en dehors du muscle droit antérieur de l'abdomen. Deux fois, en explorant la tumeur, le chirurgien y a senti manifestement ce que les auteurs ont décrit sous le nom de frémissement hydatique, et cela, sans le chercher au moyen de la percussion.

Le diagnostic, sur lequel nous reviendrons plus bas, fut aussitôt porté : kyste hydatique du foie.

Les 27 et 28 juin, la tumeur est manifestement plus volumineuse, douloureuse quand on la comprime. Interrogée à plusieurs reprises sur la cause présumée de cette affection, la malade, dont l'intelligence est assez obtuse, répond qu'elle a reçu il y a un an un coup sur l'abdomen; mais il paraît certain que le coup ne fut pas très violent, qu'il n'y eut aucun accident consécutif, pas même une ecchymose; en un mot, que cette contusion n'a eu aucun rapport de causalité avec la tumeur actuelle, en supposant même que le commencement de son évolution remonte à plus de quatre mois.

Dans les premiers jours de juillet, l'applicatiou de cataplasmes calme un peu les douleurs.

Le 8, le chirurgien se décide à tenter l'opération.

Il incise couches par couches, et avec précaution, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le muscle droit antérieur, et enfin l'aponévrose profonde, sur une sonde cannelée. Arrivé au péritoine, on garnit de charpie le fond de la plaie, dont l'étenduc longitudinale, parallèle à l'axe du corps, est de 5 centimètres. — Julep opiacé; bouillons; repos absolu.

Le surlendemain, 10 juillet, on lève les pièces superficielles du pansement. La plaie présente un très bon aspect; le ventre n'est point douloureux; le pourtour de la plaie seul est un peu sensible. La malade, qui a vomi le premier jour, n'a eu que quelques nausées le lendemain. — La charpie est maintenue en place. Un lavememt purgatif.

Le 11, on enlève la charpie; la plaie est sanieuse; un peu de pus. Un peu de douleur autour de l'incision seulement.

Enfin, le 13, on sent au fond de la plaie une tumeur résistante, élastique, fluctuante, contenant manifestement du liquide. Le chirurgien fait verticalement alors une ponction avec un bistouri très aigu, et introduit par l'ouverture une sonde de femme qui s'y perd, tant le kyste est étendu. Il s'écoule hors du kyste une grande quantité, deux verres au moins, ou environ 400 grammes, d'une sérosité citrine, transparente. Une mèche est placée dans l'ouverture.

Le lendemain, un peu de fièvre; vive douleur abdominale au moindre contact exercé sur la plaie. Le liquide, qui sortait la veille transparent, est brunâtre.

Le 16, on commence à retirer, avec des pinces introduites dans la plaie, des fragments d'acéphalocystes.

Le 17, on amène au dehors une poche épaisse de plus de 4 millimètres, d'un blanc laiteux, et dont l'expulsion est accompagnée des plus vives douleurs. Par des efforts de toux, la malade favorise et facilite la sortie de ces poches idatiques à travers l'ouverture étroite pratiquée au kyste. Douleurs légères autour de la plaie. — Cataplasmes.

Le 18, mauvaise nuit, agitation; sortie par la plaie d'un liquide jaune, bilieux; vomissements; amaigrissement évident.

Le 21, pouls à 84-88. Le liquide expulsé par les quintes de toux à travers l'ouverture, dont les bords sont écartés par les mors d'une pince à pansements, sort en jet abondant; il s'en échappe environ 200 à 250 grammes chaque matin. L'état général de la malade est assez satisfaisant.

On voit que cette observation présente de l'intérêt sous plusieurs rapports; et d'abord, au point de vue du diagnostic.

On aurait pu prendre cette tumeur pour un kyste simple du foie; mais ceux qui ne sont pas hydatiques sont assez rares; et, vu la fréquence extrême comparativement des kystes hydatiques du foie, c'était à l'un de ces derniers que l'on devait croire, plutôt qu'à une exception.

On aurait pu la confondre avec une tumeur de la vésicule du fiel; mais celles-ci sont habituellement situées en dehors du muscle droit antérieur, tandis que celle dont il s'agissait ici était placée bien évidemment, M. Jarjavay le fait remarquer, sous le muscle lui-même, qu'elle soulevait. De plus, les tumeurs de la vésicule sont ordinairement la conséquence d'un rétrécissement du conduit cystique ou de son oblitération par un calcul. Presque toujours alors il y a des phénomènes précurseurs, douleurs, coliques hépatiques, symptômes inflammatoires quelquefois. Or ici, la maladie s'était développée au milieu de la plus belle santé et sans cause appréciable. Disons encore qu'il n'y avait pas eu de jaunissc. Nous ne prétendons pas dire pour cela qu'il y ait forcément ictère toutes les fois qu'il y a tumeur de la vésicule biliaire. La bile peut s'écouler par les conduits hépatique et cholédoque; mais enfin l'ictère est assez commune dans les cas de tumeur biliaire, et l'absence de coloration jaune de la peau, bien qu'elle ne fût pas une preuve décisive, permettait de supposer que l'on avait affaire à autre chose qu'à une rétention de la bile dans la vésicule.

Les abcès du foie sont accompagnés de symptômes inflammatoires, précédés de douleurs dans la région hépatique, et quand le travail phlegmasique se propage de proche en proche, il peut même y avoir rougeur de la peau. Ici encore rien de pareil, et aucune trace d'inflammation.

Nous ne devons pas omettre de dire que la percussion du foie donnait environ 0,20 c. comme diamètre transversal; quc cet organe avançait un peu sur la partie antérieure de l'estomac; que la percussion de la poitrine ne faisait reconnaître aucune matité anormale dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique; que partout la respiration était pure et sans aucune altération. Voilà pour le diagnostic.

L'opération confirma les prévisions du chirurgien. Dès le jour de l'ouverture du kyste, la sérosité transparente qui en était sortie, examinée au microscope, était reconnue contenir des crochets d'acéphalocystes. Le lendemain, des débris étaient expulsés au dehors, et enfin une énorme hydatide, parfaitement reconnaissable, était amenée au dehors avec quelques efforts. Un mot, pendant que nous en sommes à ce point, sur la coloration jaune présentée par le liquide du kyste. Cette coloration est très probablement due à la rupture de quelques conduits hépatiques qui versent anormalement la bile dans la poche accidentelle, rupture qui est le fait, non de l'opération, mais de l'érosion produite par les hydatides; et la preuve en est, de cette rupture spontanée, qu'on a souvent rencontré la coloration jaune dans des kystes hydatiques qui n'avaient pas été ouverts pendant la vie.

On ne pouvait disconvenir que le pronostic ne fût grave. Abandonnée à elle-même, la maladie pouvait se terminer par l'ouverture dans l'intestin, soit dans la région duodénale, comme l'a observé Rudolphi; soit dans l'arc du colon, comme M. Mérat en a rapporté un exemple, et M. Andral après lui; soit dans l'estomac, ainsi que l'ont vu Collet et plus tard M. Cruveilhier chez un malade de Laënnec; soit enfin dans la plèvre (Cruveilhier) ou dans les bronches (Husson). Quelquefois, mais moins fréquemment, les kystes hydatiques s'ouvrent au dehors par la paroi abdominale elle-même. C'est le mécanisme suivant lequel s'opère cette dernière terminaison qui a donné sans aucun doute l'idée première de l'opération dont le but est de frayer artificiellement un passage aux hydatides au travers des parois du ventre, et qu'a pratiquée ici le jeune et habile praticien auquel nous devons les détails de ce fait si intéressant.

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de Médecine pratique et de Pathologie médicale; par le professeur Piorry. (Huitième et dernier volume.)

Voici enfin le dernier volume d'un des ouvrages les plus considérables et par son étendue et par sou importance dont se soit depuis longtemps enrichie la littérature médicale. Entreprise il y a près de dix ans (1841) par un des travailleurs les plus infatigables de notre époque, en même temps que des plus hardis et des plus convaincus, cette œuvre immense, dont le plan eût effrayé bien des esprits moins tenaces et moins confiants en eux-mêmes, est dignement couronnée par la publication du volume que nous avons sous les yeux, et qui renferme les maladies des yeux et des oreilles; celles du système nerveux en général, des nerfs et des centres nerveux en particulier; enfin celles des muscles, des os et des articulations.

Pour les maladies des yeux et des oreilles, elles sont très brièvement traitées dans cet ouvrage, et il devait en être ainsi, car il est généralement admis qu'elles ressortissent plutôt à la chirurgie; et en effet, de même que les maladies des yeux et des oreilles sont adressées dans les hôpitaux aux services de chirurgie, de même leur histoire est toujours faite dans le plus grand détail dans les traités de pathologie externe. Dans les chapitres consacrés à ces deux ordres d'affections l'auteur s'est principalement attaché à réformer l'ancienne nomenclature, vicieuse, suivant lui, sur tous les points, et à poser les bases d'une nouvelle plus rationoelle, fondée, comme pour le reste de la pathologie, sur le siége aoatomique précis ou réputé précis, et sur la nature intime, autant qu'il est permis de la connaître, de la lésion que l'on a dessein de désigner et d'étudier.

Cependant il ne s'est pas absolument borné là, et nous avons trouvé deux chapitres originaux, l'un coosacré à l'ophthalmic palpébrale épidémique, décrite d'après celle qui régna à la Pitié en 1832, l'autre à quelques annotations pratiques sur les otopathies ou affections des oreilles.

Arrive en second lieu la pathologie entière du système nerveux envisagée en géoéral et dans chacune de ses parties. Et ici encore nouveaux éléments dénominateurs tirés de la distinction des parties qui sont intéressées. Ainsi, *névrosystémie* pour indiquer les affections du système nerveux considéré dans son ensembte, mot qui, à vrai dire, nous paraît assez heureux, à nous à qui l'on ne pourra pas reprocher d'être suspect de trop de bienveillaoce à l'égard de la nomenclature de M. Piorry, et qui l'avons souvent combattue dans ce qu'elle nous a paru avoir d'inutile ou d'exagéré, comme nous l'avons approuvée dans ce qu'elle a de véritablement utile.

Sous le nom de *névropériphéries*, l'auteur étudie les affections des extrémités ou de la terminaison des nerfs dans les organes, les névropathies viscérales, les névropathies dermiques. Nous avons remarqué dans ce chapitre nne forme nouvelle de névropathie que M. Piorry désigne sous le nom de *névropallie* ou oscillation nerveuse, expression par laquelle il désigne certaioes formes de névroses, de migraines, etc., et à laquelle il rapporte un grand nombre de phénomènes observés dans plusieurs maladies nerveuses, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée et autres. Nous regrettons que le chapitre consacré aux névropallies n'ait pas été plus nettement isolé des paragraphes où l'auteur étudie les autres affections nerveuses. L'originalité de cette nouvelle étude donnait assez d'importance au sujet pour qu'il fût digne d'une mention parfaitement séparée.

Nous passerons rapidement sur quelques-uns des chapitres contenant les diverses espèces de névropathies considérées dans la continuité de ces cordons, sur leurs inflammations, hydropisies, lésions chrooiques organiques, toutes encore si peu connues, pour arriver aux névralgies ou affections douloureuses étudiécs déjà par l'auteur, il y a de longues années, dans un mémoire spécial, où, pour le dire en passant, il posait dès 1825 cette question, que d'autres ont voulu depuis s'attribuer, soit qu'ils eussent ou n'eussent pas connaissance du travail de M. Piorry : Les névralgies sont-elles de nature inflammatoire? sont-elles autre chose que l'inflammation du nerf lui-même ou de sa gaîne fibreuse? Les idées émises dans le premier mémoire de M. Piorry ont subi peut-être quelques légères modifications dans la forme plutôt que dans le fond, ct on lira avec le plus vif intérêt les longues considérations dans lesquelles il est entré au sujet de la nature, du siége et du traitement des affections douloureuses des nerfs, source encore aujourd'hui de tant de controverses, de doutes et d'obscurités.

Sous le nom de *névraxopathies*, l'auteur décrit les affections du *névraxe* ou centre nerveux, qu'il subdivise eu *encéphale* et *rachisomyéle* (moelle du rachis). Si logique que soit cette dernière dénomination, nous ne pouvons croire qu'elle passe de sitôt dans le langage usuel, en raison de la longueur et du peu d'euphonisme des composés auxquels elle sert de point de départ, tels que *rachisomyélémie*, congestion saoguine de la moelle rachidienne; *rachisomyélorrhagie*, hémorrhagie de la moelle, etc. Nous le répétons, car avant tout il faut être juste, ces dénominations sont parfaitement rationnelles, parfaitement logiques, et cependant nous leur préférons encore quelquefois les anciennes, qui ont l'avantage de ne pas surprendre inutilement l'esprit de l'élève et de ne pas distraire l'attention du fait à l'avantage du mot. Disons encore que nous n'approuvoos pas non plus complétement les mots de *protonèvre*, *deutonèvre*, *tritonèvre*, etc., par lesquels M. Piorry propose de désigner les nerfs de la première, deuxième, troisième paire. Dès qu'il n'y a pas nécessité ou avantage réel, nous pensons, malgré notre amour du progrès en toute chose, qu'il vaut mieux conserver les mots anciens que de créer dans notre science déjà si ardue dans le fond de nouvelles difficultés de forme.

On conçoit, et M. Piorry, nous l'espérons, ne nous en voudra pas de combattre ainsi ses opinions; on conçoit les raisons pour lesquelles nous nous attachons ici principalement à ces critiques de mots. D'abord, nous avons reconnu, après lecture attentive du volume, que ce n'était presque que sous ce rapport qu'il prêtait un côté vulnérable, et ceci n'est pas un des moindres éloges que nous en puissions faire; et puis, si nous voulions entrer dans la discussion du fond, dans l'analyse intime du sujet, il nous faudrait pouvoir disposer d'un bien plus grand espace que celui qui nous est accordé ici.

Du reste, nous ne considérons pas, après cet article beaucoup trop sommaire dans lequel nous n'avions pour ainsi dire dessein que d'annoncer l'heureux achèvement du grand ouvragc de M. Piorry, nous ne considérons pas notre tâche comme terminée et nos devoirs comme remplis entièrement envers le savant professeur. Nous nous proposons, dans un ou plusieurs articles spéciaux, de jeter un coup d'œil général sur l'ensemble de ce grand travail, dont la réputation n'est plus à faire, et qui se trouve entre les mains de tous les élèves et des praticiens, non pas seulement en France, mais dans plusieurs pays étrangers qui lui ont fait l'honneur si justement mérité de traductions et de réimpressions nombreuses. Dr A. Foucart.

Dans sa séance du 25 juillet, et malgré les instances de M. Dumas, ministre de l'agriculture et du commerce, l'Assemblée législative a retranché 10,000 fr. sur le chapitre relatif à l'entretien des établissements thermaux.

Cette réduction frappe les qnatre élèves en médecine et les deux élèves en pharmacie, qui, à la suite d'un brillant concours, avaient été récemment attachés aux établissements de Vichy, Plombières, Néris et Bourbon-l'Archambault.

Il y avait à choisir ici entre deux procédés, celui de M. Récamier, celui de M. Bégin. M. Récamier pratique d'abord une ponction exploratrice avec un trocart très fin ; puis, la nature de la tumeur reconnue, il applique la potasse caustique sur le milieu de la tumeur. L'eschare bien formée, il la fend en quatre, l'enlève, et renouvelle les applications du caustique jusqu'à ce que, les tissus successivement détruits, l'action de la potasse étendue au péritoine détermine des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse. Enfin, un point des parois du kyste est mortifié et livre passage aux hydatides.

M. Jarjavay, certain de la nature du kyste, ne crut pas devoir pratiquer la ponction exploratrice, qui n'est jamais sans danger, et peut déterminer l'écoulement dans le péritoine de quelques gouttes de liquide et, par suite, l'inflammation de la séreuse abdominale. Il préféra également à l'emploi de la potasse le procédé de M. Bégin, légèrement modifié.

M. Bégin conseille de faire, sur le point le plus saillant de la tumeur, une incision de 6 à 8 centimètres à la peau ; de diviser avec précaution et couche par couche le tissu cellulaire, le muscle, l'aponévrose et le péritoine; puis, quand des adhérences se sont établies entre les deux feuillets du péritoine, de plonger le bistouri dans le kyste.

On a vu que la modification apportée par M. Jarjavay a consisté à respecter le péritoine le premier jour, et à déterminer la formation des adhérences péritonéales par la présence d'un peu de charpie au fond de la plaie. Ce n'est qu'après la formation de ces adhérences qu'il s'est décidé à ouvrir le kyste, dans lequel il se propose d'ici à peu de jours de faire quelques injections émollientes, et dont il espère jusqu'à un certain point obtenir la guérison.

Nous terminons en réitérant à nos lecteurs de Paris l'invitation de voir cette malade, dont l'observation est des plus curieuses et des plus intéressantes.

Sarcocèle. Amputation du testicule. Nouveau mode de réunion. — Nous avons vu dans les salles de M. Michon, à l'hôpital de la Pitié, un fait d'hydro-sarcocèle qui nous a paru intéressant sous divers rapports et dont nous croyons utile de dire ici quelques mots.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, couché au n° 13 de la salle Saint-Louis, entré pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse du scrotum développée depuis assez longtemps déjà. Le diagnostic porté par M. Michon fut celui-ci : Sarcocèle compliqué d'épanchement dans la tunique vaginale. La tumeur, au moment où l'on examina le malade pour la première fois, présentait une transparence très grande, insolite même quand il ne s'agit que d'une hydrocèle simple. Cette circonstance d'une transparence inaccoutumée a dû attirer d'une manière particulière l'attention du chirurgien, qui a profité de l'occasion pour présenter quelques considérations sur un signe diagnostique peu connu et peu décrit. Le chirurgien, a dit M. Michon, doit toujours se défier d'une tumeur qui ne paraît être qu'une hydrocèle simple, lorsqu'elle offre beaucoup de transparence, et que l'on ne peut y constater le point opaque limité qui indique d'ordinaire la présence et la position du testicule. A ce propos, il a rappelé plusieurs faits de cette transparence exubérante, dont un, entre autres, avait donné lieu à une consultation du professeur Marjolin, transparence pathologique anormale qui, unie à une certaine densité plus grande de la tumeur, doit toujours faire naître des doutes dans l'esprit de l'observateur.

Une fois le diagnostic établi, on a fait, chez le malade actuel, une ponction exploratrice, laquelle donna issue à un liquide parfaitement clair, tout à fait semblable à celui de l'hydrocèle simple. Mais, après l'évacuation du liquide, une exploration attentive fit reconnaître au sommet et dans un point assez rapproché de l'anneau une tumeur dure, bosselée, constituée par le testicule, siége d'une dégénérescence cancéreuse.

Pour M. Michon, le mot généralement adopté de hydrosarcocèle est une expression vicieuse qu'il faudrait bannir de la chirurgie. La collection de liquide n'est pas la maladie, mais bien seulement un épiphénomène; l'hydrocèle est symptomatique; il n'y a à proprement parler qu'un sarcocèle compliqué, sans que ceci ajoute rien à la gravité de la maladie, d'un épanchement dans la cavité de la tunique vaginale.

Pendant quelques jours, et plutôt pour donner au malade le temps de se familiariser avec l'idée de l'opération que dans l'espoir d'obtenir la guérison, on le soumit à l'usage de pommades résolutives en frictions, qui ne produisirent aucune amélioration. Il finit bientôt par se décider, et l'autopsie de la tumeur a prouvé qu'il avait eu raison; ce n'était plus un testicule qu'il perdait, mais une tumeur ne présentant plus aucun des caractères de l'organe sain.

Le procédé auquel a eu recours M. Michon et qu'il préfère est celui dans lequel on fait l'incision antérieure, et qui permet de mieux voir et d'amputer dans la partie saine. On a objecté la difformité qui en résulte pour le malade et la trace disgracieuse qui reste après la cicatrisation. Cette considération de la difformité produite est de peu de valeur dans les cas de ce genre. Ce sont là, en général, des parties que l'on montre peu, et, lorsque l'on a perdu un testicule, qu'importe une cicatrice de plus ou de moins ?

C'est le cinquième jour après l'opération que nous avons revu le malade, et nous avons constaté que le scrotum était peu volumineux, eu égard à la tumeur qu'il présentait auparavant. Les téguments sont un peu rouges, érythémateux, paraissant plutôt rosés en raison de la finesse et de la laxité du tissu cellulaire sous-jacent, lequel s'œdématie facilement lorsqu'il y a dans le voisinage le moindre travail inflammatoire. Ce qu'a présenté de particulier la réunion de la plaie, c'est l'emploi d'une double suture que met en usage M. Michon, toutes les fois qu'il le peut, dans les cas d'amputation du testicule. Il réunit par deux points de fil serrés sur des cylindres de charpie ou de diachylum (suture enchevillée) la partie profonde de la plaie, de manière à mettre en contact parfait les surfaces saignantes. Cette suture, qui unit le fond de la plaie, tend, d'autre part, à écarter l'une de l'autre les lèvres de la solution de continuité. Ces bords supérieurs, M. Michon les a réunis au moyen de sept serres-fines. En moins de vingt-quatre heures, une réunion parfaitement exacte et linéaire s'est faite dans toute l'étendue de l'incision, sauf à l'angle, où passèrent les fils des ligatures artérielles et ceux qui étreignaient le cordon testiculaire. Ce dernier avait été lié en masse.

M. Michon trouve à ce mode de pansement et à cette double suture, sur laquelle il a insisté à plusieurs reprises, l'avantage immense de déterminer une réunion immédiate, et par conséquent d'épargner au malade une suppuration qui se prolonge quelquefois plusieurs semaines et qui, après tout, n'est jamais sans danger. C'est en raison du peu de vulgarité de cette section profonde et de son utilité que nous avons rapporté ce fait, dont nous recommandons l'étude aux praticiens, en faisant remarquer, en thèse générale, combien sont infidèles et inutiles les bandelettes et la compression dans les plaies du scrotum.

Nous avons dit que le malade n'avait pas fait un grand sacrifice en se laissant opérer. En effet, le testicule était entièrement dégénéré en cancer; il n'y avait plus de trace ni de l'épididyme, ni du tissu testiculaire.

Calculs multiples. Taille bilatérale. — Au n° 30 de la même salle est couché un homme de soixante-quatorze ans, qui s'est présenté à la Pitié pour se faire débarrasser de calculs urinaires, dont il était fort incommodé depuis assez longtemps.

Au moment de son admission, voici ce que fit constater la première exploration du sujet. La vessie était douée d'une extrême sensibilité; la moindre tentative de cathétérisme déterminait des accidents nerveux qui prenaient quelquefois un caractère assez alarmant. Ni bains émollients, ni injections adoucissantes n'avaient pu venir à bout de cette fâcheuse disposition. La vessie était peu contractile; la prostate très volumineuse, surtout dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur, conformation pathologique qui constituait un obstacle de plus à l'énergie des contractions de la vessie.

Un brise-pierre de petite dimension, introduit pour apprécier le volume du calcul, fit constater la présence d'une pierre petite, plate; il fut impossible à M. Michon de se prononcer sur la question de savoir s'il y avait un seul ou plusieurs calculs. L'instrument saisit deux fois une pierre. Entre les deux mensurations exercées par l'instrument existait une différence d'un centimètre. Avait-on saisi la même pierre dans deux diamètres différents, dans le sens de son épaisseur, par exemple, et puis dans le sens de sa longueur, ou bien avait-on eu affaire à deux calculs? C'est ce que l'on ne peut éclaircir à ce moment. L'extrême sensibilité de l'organe, qui faisait pousser des cris au malade pendant toute la durée de l'exploration et empêchait de faire exécuter à l'instrument, une fois chargé, le moindre mouvement de latéralité, empêcha d'acquérir la moindre certitude à cet égard. Or, l'on sait qu'à moins de saisir à deux reprises deux pierres d'un volume extrêmement différent et dont les diamètres soient tels qu'il soit impossible qu'ils puissent se rapporter à un même calcul, on ne peut apprécier la multiplicité des calculs qu'en imprimant à l'instrument déjà chargé des mouvements de latéralité dans la vessie, mouvements qui donnent lieu à des chocs caractéristiques, lesquels ne peuvent laisser aucun doute à l'esprit.

Toutes ces raisons réunies, la sensibilité exagérée de la vessie, son peu de contractilité, le volume de la prostate, l'incertitude où l'on était du nombre des calculs, décidèrent M. Michon à faire la taille plutôt que la lithotritie. Le sujet urinait mal depuis fort longtemps, l'expulsion des fragments aurait été très difficile, et très probablement il eût suffi de deux ou trois séances pour déterminer une inflammation intense de la vessie.

Ce fut le 17 juillet que fut pratiquée la taille bilatérale. L'opération fut facile, et la tenette, introduite à trois reprises, ramena chaque fois un calcul d'un petit volume. Chez ce malade, les assistants purent très bien observer un phénomène assez commun dans les opérations de taille bilatérale; une fois la vessie ouverte largement par l'instrument, elle se contracte et projette en quelque sorte au dehors la pierre qu'elle contient, à moins qu'elle ne soit très volumineuse et qu'elle n'exige d'assez grands efforts pour être amenée à l'extérieur. Après l'extraction de la troisième pierre, M. Michon introduisit dans la vessie le doigt d'abord, puis le bouton, pour s'assurer qu'il n'en restait plus; il ne s'écoula que peu de sang par une artériole du périnée qui avait été ouverte, et dont l'eau froide suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

Une particularité assez peu commune s'est offerte chez cet homme. Habituellement, après l'opération de la taille, pendant quatre ou cinq jours, l'urine s'écoule par la plaie; puis, au bout de ce temps, le boursouflement des lèvres de la plaie s'opposant à l'écoulement de l'urine, elle recommence à passer par l'urètre. Quand la tuméfaction a diminué, l'urine coule moitié par la verge, moitié par la plaie, pour finir par passer par la verge seulement. Chez le sujet dont nous parlons, dès le second jour, la tuméfaction des parties lésées était assez considérable pour que l'urine eût repris son cours par la verge. L'énorme volume de la prostate a paru être à M. Michon la raison de cette précocité du phénomène.

Formes du lupus et son traitement. — Dans sa conférence clinique de mercredi dernier, M. Cazenave a fait passer sous les yeux de ceux qui suivent son cours de dermatologie une nombreuse collection de sujets affectés de lupus à divers degrés d'ancienneté et de gravité. Il a fait habilement ressortir les différences qui existaient entre chacun de ces cas, quant aux phénomènes, à la marche et au traitement à mettre en usage. La gravité extrême de cette terrible affection nous engage à reproduire en quelques mots les plus importantes des considérations qu'il a présentées à ce sujet.

Et d'abord M. Cazenave, sans attacher une trop grande importance aux mots, conserve le nom de *lupus*, qui rend aussi bien le caractère destructeur de la maladie que ceux de dartre rongeante ou d'esthiomène, d'Alibert, d'*herpes exedens*, etc. Il rejette complétement le nom de lupus *exedens* adopté par M. Rayer, qui admet un lupus non *exedens*. Pour M. Cazenave, le lupus est une dégénérescence de la peau caractérisée par une tendance à la destruction des tissus voisins et sous-jacents. Dès lors on voit que tout lupus est *exedens*, et que du moment qu'une affection n'est pas *exedens*, elle cesse d'être un lupus. Ce qui a donné lieu à cette erreur, ou plutôt à ce vice de dénomination, c'est qu'il y a deux grandes variétés dans le lupus. Celui qui est ulcéreux, celui qui ne l'est pas, et s'accompagne au contraire d'hypertrophie, au moins apparente et momentanée. Mais, dit M. Cazenave, et les faits prouvent qu'il a parfaitement raison sous ce rapport, pour n'être pas ulcéreux, le lupus avec hypertrophie n'en est pas moins destructeur, et la preuve en est que, lorsque l'on en obtient la guérison sans qu'il y ait eu cependant de solution de continuité, il y a eu perte de substance, et il reste une cicatrice. Lupus *exedens* est donc un pléonasme, lupus *non exedens* une contradiction.

Avec Biett, M. Cazenave admet trois formes principales de lupus, celui qui détruit en surface, celui qui détruit en profondeur, enfin le lupus avec hypertrophie. Ces trois formes sont assez généralement connues pour que nous n'ayons à insister ici ni sur leur marche, ni sur leurs caractères différentiels. Mais il est une variété assez rare, et jusqu'à présent incomplétement décrite et surtout mal classée dans le cadre dermatologique sur laquelle le professeur a principalement insisté, et dont il a montré un magnifique exemple chez une jeune femme actuellement dans ses salles. C'est la maladie décrite par Biett sous le nom d'*érithème centrifuge*, rangée par tous les auteurs, depuis Biett, parmi les érythèmes, et que M. Cazenave classe définitivement parmi les formes du lupus.

Cette affection, qui jusqu'à présent s'est rencontrée de préférence chez les jeunes gens, et les femmes principalement jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, paraît avoir pour siége spécial le visage. C'est ce qu'avait observé Biett; ce qu'a constaté M. Cazenave, et la jeune femme que nous avons vue dans son service en est encore un exemple. Elle commence par un point papuleux qui prend un accroissement excentrique quelquefois assez considérable, et peut envahir une grande partie de la face. Le plus ordinairement elle se manifeste sous la forme de plaques arrondies, de 2 à 3 centimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes. Les bords sont très élevés, pendant que le centre reste déprimé et presque sain. La rougeur, qui peut présenter des nuances très variées, disparaît sous la pression du doigt. Guérie, chaque plaque laisse une dépression sur le derme. C'est cette dépression qui implique nécessairement une perte de substance préalable, bien qu'il n'y ait eu aucune plaie ni ulcération, qui a déterminé M. Cazenave à considérer l'érythème centrifuge comme une des formes du lupus qu'il désigne sous le nom de *lupus érythémateux*.

Il est d'autant plus essentiel de bien connaître les symptômes et la marche du lupus érythémateux, qu'au début il donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic, toujours préjudiciables aux malades. Ainsi qu'une petite plaque rouge un peu élevée se montre au milieu d'une joue ou sur une des pommettes pendant l'hiver, il arrivera très souvent qu'on prendra cette rougeur pour une engelure, mais elle ne passera pas, comme font les engelures; il faut se tenir en garde contre les déclarations des parents qui s'imaginent avoir vu diminuer ces taches, et même disparaître. En supposant qu'il en fût ainsi, et c'est fort douteux, elles ne tardent pas à reparaître et à suivre en augmentant les phases que nous avons indiquées. Une particularité sur laquelle nous devons fixer l'attention, c'est que la profondeur des dépressions cicatricielles dans le lupus non ulcéreux est toujours en raison directe de l'élévation des points hypertrophiés.

Le traitement du lupus est de deux sortes, général et local. Par le premier, l'on se propose d'agir sur la constitution; tels sont les sudorifiques, le gayac, le daphne mezerium; les moyens locaux sont la pommade au goudron, des applications résolutives plus ou moins irritantes destinées à modifier la vitalité de la peau, et à hâter la résolution des tubercules.

A mesure que la maladie est plus profonde, il convient d'avoir recours à des agents plus énergiques, à des caustiques d'abord peu violents. Une des préparations qui réussissent souvent à M. Cazenave est une mixture composée de 1, 2 ou 4 grammes de bi-iodure de mercure et de 30 grammes d'huile, mixture dont on enduit avec un pinceau la surface malade tous les jours ou tous les deux jours. La douleur produite par ces applications n'est pas très vive, et sous leur influence M. Cazenave a souvent vu des tubercules même très épais se résorber entièrement. Z...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Des tubercules du testicule et de leur traitement.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Nous avons dans nos salles trois malades atteints de tubercules du testicule, affection qui n'est pas encore très bien connue : nous lisons dans un ouvrage récent que ces tubercules se distinguent des autres tumeurs du testicule en ce qu'ils présentent plusieurs bosselures à l'extérieur. Cette proposition est vraie d'une manière générale; elle est complétement fausse dans certains cas particuliers. En effet, il peut arriver, en premier lieu, que les tubercules du testicule se développent dans le centre de l'organe, et, lorsqu'il en est ainsi, le moyen de diagnostic précédemment indiqué est entièrement inutile. Nous avons été appelé dernièrement auprès d'un malade que soignait M. Récamier; il portait une tumeur du testicule qui avait d'abord paru diminuer de volume, mais qui ensuite était

restée dans un état stationnaire. On avait épuisé tous les moyens, et l'opération paraissait devenue nécessaire; nous l'avons pratiquée : la tumeur enlevée n'était autre chose qu'un tubercule, qui, placé au centre du testicule, ne donnait aucun indice de sa présence à la périphérie. D'un autre côté, il n'existe pas toujours de nombreuses bosselures; ainsi, il nous est arrivé d'avoir à ouvrir une bosselure unique.

Dans la pratique clinique, on rencontre le tubercule du testicule sous plusieurs états qui n'ont pas été suffisamment étudiés; et c'est ce qui explique comment nous avons été conduit à créer pour le traitement de cette affection une opération nouvelle.

Lorsqu'on a affaire à un ou plusieurs tubercules qui se présentent à la surface du testicule et donnent cette fluctuation spéciale qui caractérise le pus tuberculeux, il convient de les ouvrir largement, de manière à vider le foyer purulent, de rechercher s'ils ne communiquent pas avec d'autres foyers tuberculeux et de panser ensuite avec de la charpie, comme on fait dans les abcès froids. On obtient ainsi une heureuse et rapide guérison.

Un malade est venu nous trouver dans ces conditions; comme on a souvent occasion de l'observer, il était doué d'une bonne constitution, et rien chez lui n'indiquait une disposition tuberculeuse générale; il avait un seul abcès; en un mot, il était dans l'état le plus favorable à la guérison; l'abcès a été ouvert et s'est fermé assez rapidement.

Lorsqu'il existe plusieurs foyers tuberculeux, il ne suffit pas de les ouvrir et de s'assurer qu'ils ne communiquent pas avec d'autres, il faut encore rechercher s'ils ne communiquent pas entre eux, et détruire avec le bistouri les communications que l'on rencontre. C'est une précaution que ne recommandent pas les auteurs.

Il arrive une période où le tubercule, soit qu'une ouverture spontanée ait eu lieu, soit qu'une ouverture artificielle ait été pratiquée, semble faire une sorte de saillie en avant du point où il avait d'abord son siége; la peau s'amincit et se perfore pour lui livrer passage. Tel est le mode de développement du fongus testiculaire; il a été signalé par A. Cooper et quelques chirurgiens français, qui ont conseillé d'enlever la portion la plus saillante du fongus. Cette manière d'agir est irrationnelle et destructive. Ici, en effet, la tumeur est formée par la substance même du testicule; l'indication n'est donc pas de l'enlever, puisqu'on n'enlèverait ainsi que le testicule, mais bien de la respecter et de ramener les téguments au-dessus d'elle. Chose remarquable, le testicule, qui a rompu la tunique albuginée et les enveloppes placées au-dessous d'elle, peut néanmoins être recouvert par la peau et paraître conserver ou même conserve en réalité son aptitude à remplir les fonctions qui lui sont dévolues. Telle n'est pas la conduite que l'on doit tenir dans les cas de fongus tuberculeux; en pareille circonstance essayer de renfermer les tissus sous la peau, c'est vouloir obtenir une réunion sur des tissus fistuleux et altérés qui ne sauraient revenir à l'état normal; un insuccès complet est le moindre inconvénient qui puisse résulter de cette tentative. Il convient d'enlever sans hésitation toutes les parties envahies par l'affection tuberculeuse.

Un de nos malades avait un fongus tuberculeux; indécis sur le parti que nous devions prendre, nous avons d'abord essayé d'obtenir la cicatrisation en combinant ensemble un traitement général et un traitement local par les cathérétiques. L'inutilité absolue de cette double médication nous a conduit à examiner de plus près la tumeur et à penser qu'il était convenable d'en faire l'ablation. Nous avons détruit les tissus tégumentaires, que leur amincissement empêchait de servir à une réunion par première intention, en les cernant dans une incision myrtiforme. Nous avons ainsi mis à découvert la masse tuberculeuse; elle offrait deux fistules; des stylets introduits dans ces deux fistules nous ont permis de mesurer sa profondeur. Pour ne pas nous exposer à enlever des portions de testicule restées saines, nous avons ajouté à cette précaution celle d'enlever la tumeur couche par couche; nous avons ensuite procédé à une réunion par première intention. Il s'est formé une cicatrice dont la solidité ne s'est pas démentie; ce fait peut être cité comme un des plus beaux exemples de guérison.

L'heureuse issue de cette opération nous a donné beaucoup à réfléchir. Il y avait dans nos salles un malade que nous avions reçu sans espérer de le rendre jamais à la santé; il portait au scrotum plusieurs fistules contre lesquelles avaient échoué les divers traitements auxquels il avait été soumis dans les hôpitaux. Vainement nous avions eu recours aux débridements et à l'emploi des mèches. Les deux fistules principales étaient surmontées par une grande épaisseur de tissus, et communiquaient l'une avec l'autre par un orifice très large; un foyer tuberculeux auquel elles aboutissaient devait les entretenir. Nous pensâmes que nous avions à enlever ce foyer tuberculeux de la même manière que nous avions enlevé le fongus de notre second malade. Les deux fistules furent circonscrites dans une incision myrtiforme, et les téguments détachés; nous nous trouvions à une distance très grande du foyer. Une sonde cannelée fut introduite dans les trajets fistuleux; les tissus soulevés par elle avaient une épaisseur telle qu'on pouvait croire qu'ils renfermaient le cordon testiculaire. Nous en pratiquâmes la section; ils ne contenaient ni le canal déférent, ni la veine et l'artère spermatiques.

Le foyer tuberculeux se trouva ainsi mis à nu; il consistait dans un fongus entièrement semblable à celui dont nous avons parlé, mais qui n'avait pu, comme lui, détruire les tissus dont il était environné: il avait fusé de tous les côtés et donné naissance à une foule de fistules. L'opération pour ce fongus mis à découvert devenait la même que pour le fongus de la superficie; nous y procédâmes suivant les mêmes règles. La substance du testicule n'avait pas tout à fait son aspect normal, elle paraissait légèrement hypérémiée. Il semblait que là nous devions nous arrêter, lorsque, en coupant avec des ciseaux quelques portions de tissu induré, nous rencontrâmes un tubercule qui n'avait pas encore perforé la membrane albuginée; il fallut l'enlever.

Ces opérations successives avaient produit une vaste solution de continuité dans les enveloppes et le parenchyme du testicule; nous essayâmes cependant la réunion par première intention: elle se fit dans quelques points, malgré l'inflammation violente qui, comme on pouvait s'y attendre, ne manqua pas de se développer. Sous l'influence d'un traitement convenable, la suppuration a de jour en jour diminué, elle s'est formé une issue nouvelle que nous avons débridée; toutes les fistules qui existent communiquent avec des tissus sains, et l'état du malade est tel aujourd'hui que nous sommes en droit d'espérer une guérison prochaine et définitive.

L'opération que nous venons de décrire est une ressource nouvelle que nous sommes loin de conseiller dans tous les cas indistinctement, même dans ceux où existent des fistules profondes; nous pensons que l'on doit d'abord avoir recours aux divers moyens conseillés par les auteurs. Lorsque ces moyens demeurent impuissants, il y a tout lieu de mettre en usage un mode de traitement dans lequel le testicule peut être conservé.

Dans un grand nombre de cas, le fongus tuberculeux a son point de départ à la partie postérieure de l'organe et embrasse le canal déférent, dont l'ablation dès lors est rendue nécessaire. Le testicule qui reste dans cette circonstance est complétement impropre à remplir ses fonctions; on n'en doit pas moins se demander s'il ne vaut pas mieux le laisser que l'enlever. L'ablation de la totalité de l'organe rend l'opération plus simple, la réunion plus facile et la guérison plus prompte. Mais toutes ces considérations n'intéressent que l'opérateur. Si on examine la question au point de vue des intérêts du malade, on ne tarde pas à reconnaître qu'il est de la plus haute importance d'épargner ce testicule, qui est condamné à ne jamais fonctionner.

L'opération de la castration, par les conséquences qu'elle entraîne et par l'impression fâcheuse que produisent dans le monde les malades qui en ont été l'objet, réagit de la manière la plus pernicieuse sur le moral des malades; ils sont bientôt en proie à un chagrin incessant qui abrége le reste de leur existence. Ce funeste inconvénient n'est pas le partage exclusif des jeunes hommes; il atteint également les vieillards, même lorsqu'ils semblent avoir perdu tous les droits aux priviléges de la virilité. Il est maintenant facile de comprendre combien il est utile de ne pas priver les malades d'une illusion dont l'absence peut amener un si triste résultat.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juillet. — Présidence de M. Danyau.

Hypertrophie des follicules cutanés.

M. Huguier présente à la Société une négresse de dix-huit ans, qui porte, sur la région sternale, plusieurs tumeurs caractérisées de la manière suivante: ces tumeurs, qui se sont développées à la suite d'une contusion, ont un volume qui varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une petite noisette. Elles font relief à la surface de la peau, bien qu'elles soient plutôt sessiles que pédiculées. Elles sont la plupart assez régulièrement arrondies, avec une légère dépression à leur centre; toutes sans changement de couleur aux téguments, dures et indolentes. Ces tumeurs, dit M. Huguier, qui n'offrent guère d'analogie qu'avec la kéloïde, s'en distinguent surtout par l'absence de ces racines rameuses et saillantes qu'on observe dans cette dernière affection. L'ensemble de leurs caractères et principalement la petitesse du volume primitif de la tumeur et sa dépression centrale autorisent, je crois, à regarder cette maladie comme une hypertrophie des follicules cutanés; les tumeurs qui sont irrégulières seraient constituées par une agglomération de follicules. J'en ai enlevé une; elle était entièrement solide, et l'examen anatomique semble confirmer l'idée de sa nature folliculeuse. Du reste, c'est un point que j'achèverai d'éclaircir à l'aide du microscope.

M. Gosselin. Je partage l'opinion de M. Huguier sur la nature de ces tumeurs. J'en ai vu de semblables au scrotum et aux paupières, et l'étude de leur texture m'a laissé la conviction qu'il s'agissait d'un follicule, dont la cavité s'était oblitérée, en même temps que ses parois s'étaient hypertrophiées.

M. Larrey. Sans contester l'opinion qui vient d'être émise, je désirerais des renseignements sur les antécédents de la santé de cette jeune fille et sur celle de ses parents. Il y a dans la pathologie des nègres des particularités qui me semblent exiger cette réserve.

M. Giraldès. Je ne pense point que ces tumeurs consistent dans une hypertrophie des follicules. Ces follicules, ou plutôt ces glandes, qui sont placés dans l'épaisseur du derme, ne font point ainsi, dans leur développement, de saillie à l'extérieur. Les compartiments de leur cavité peuvent devenir le siége de concrétions crétacées; mais l'hypertrophie de leurs parois ne va point jusqu'à oblitérer l'organe et à le transformer en un corps complétement solide. Quant aux tumeurs que M. Gosselin a rencontrées sur le scrotum, elles me paraissent appartenir à ce qu'on a décrit sous le nom de cancer des ramoneurs, dont je viens de voir un exemple dans un hôpital de Londres.

M. Huguier. La saillie de la tumeur à l'extérieur, loin d'être incompatible avec sa nature folliculeuse, s'explique, au contraire, parfaitement. Le follicule, en s'hypertrophiant, s'échappe à travers une des aréoles du derme, et se prononce de plus en plus à la surface de la peau. Cette aréole peut même se resserrer sur les vaisseaux qui le nourrissent, les étrangler en quelque sorte, et amener son atrophie. C'est là, selon moi, l'origine de certaines petites tumeurs flasques et ridées qui ne tiennent aux téguments que par un pédicule plus ou moins étroit. Il y a des kystes des organes génitaux qui arrivent au dehors par un mécanisme analogue. Au moment où ils sont encore retenus par une mince couche du derme, ils deviennent le siége d'une démangeaison, les malades se grattent, une ulcération s'établit, et le kyste se produit par cette ouverture.

J'ai voulu appeler l'attention sur ces tumeurs, selon moi folliculeuses, parce que je les ai vu confondre une fois avec les syphilides verruqueuses. Ce cas était même remarquable par le nombre de ces tumeurs, qui étaient répandues sur presque toute la surface du corps. Je les ébarbai successivement; elles disparurent, et la peau reprit son aspect lisse et poli; c'était chez une femme.

Exostose du tibia.

M. Chassaignac. La cicatrice que vous venez de voir à la partie inférieure de la jambe chez la jeune fille que j'ai présentée à la Société résulte de l'ablation d'une exostose.

Cette tumeur osseuse, qui datait de sept à huit ans, siégeait à la partie antérieure du membre, près du cou-de-pied. La rapidité avec laquelle elle s'était accrue dans les derniers temps faisait craindre qu'elle ne compromît les fonctions de cette jointure, et c'est ce qui m'a décidé à l'opération.

L'exostose répondait à l'espace inter-osseux. Voici comment je procédai à son ablation : une incision courbe est faite aux téguments; le lambeau, renversé, permet d'écarter les muscles; mais ici un difficulté se présente; il est impossible de circonscrire la tumeur ni en dedans, ni en dehors, et de savoir si elle naît du tibia ou du péroné. Dans cette incertitude, j'enlevai l'exostose couches par couches, à l'aide de la scie de Martin, et je ne tardai pas à reconnaître qu'elle avait son origine au tibia. Le pansement fut fait par occlusion, et la plaie a marché régulièrement à la guérison. Ce cas me paraît intéressant sous le rapport du siége de l'exostose et du mode opératoire qu'elle a exigé.

M. Huguier. Je me demande si la simple scie en crête de coq n'eût pas parfaitement suffi dans ce cas; mais c'est moins pour cette observation que je prends la parole, que pour signaler les dangers qui suivent quelquefois ces opérations. Dernièrement, j'avais enlevé une petite exostose pédiculée du condyle interne du fémur. L'opération avait été des plus simples : incision des parties molles, résection de l'exostose avec une pince incisive, réunion immédiate à l'aide de bandelettes agglutinatives. Tout alla bien d'abord; mais, au bout de trois jours, il se manifesta une hydarthrose du genou, et des abcès à la partie inférieure et interne de la cuisse. Ces tumeurs ne doivent donc être attaquées que lorsqu'elles menacent ou gênent les fonctions du membre, comme chez la malade de M. Chassaignac, ou chez le mien, qui se destinait à la cavalerie

Résection du coude.

M. Maisonneuve. Un malade avait, à la partie inférieure de l'humérus, une fracture qui communiquait avec l'articulation et avec l'air extérieur. Au bout de six semaines, la suppuration, qui s'était emparée du foyer de la fracture et de l'article, était devenue tellement abondante qu'une opération me parut nécessaire. Je procédai à la résection du coude ainsi qu'il suit :

1° Incision simple des téguments en arrière; 2° section de l'olécrane à la manière de Pack et de Dupuytren; 3° section du ligament latéral externe; 4° refoulement du nerf cubital en arrière, sans le découvrir, et section du ligament latéral interne; 5° dissection et résection de l'extrémité inférieure de l'humérus; 6° résection du cubitus de dehors en dedans; 7° résection de la coupnle du radius. L'opération a été facile; elle n'est que d'hier; je rendrai compte de ses résultats.

M. Chassaignac. Le chirurgien qui a le malade sous les yeux est plus à même que qui ce soit de juger la question des indications; aussi demanderai-je à M. Maisonneuve de vouloir bien nous dire les raisons qui l'ont porté à cette grave détermination, d'autant plus que l'époque de danger des fractures compliquées était franchie.

Quant à mon procédé de résection, dont s'est rapproché M. Maisonneuve, je rappellerai qu'il consiste essentiellement: 1° dans une incision unique; 2° dans la section des os avant leur désarticulation; 3° dans leur extraction successive.

M. Maisonneuve. Ce qui m'a paru rendre l'opération indispensable, c'était l'absence de tout travail de consolidation, la suppuration intarissable du foyer de la fracture et de l'articulation, et l'épuisement du malade, dont la chance la moins fâcheuse eût été une guérison par ankylose; et cette chance, d'ailleurs bien incertaine, eût été achetée au prix de dangers si graves que la prudence défendait de les lui laisser courir.

Machine pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule.

M. Ferdinand Martin présente un appareil mécanique qu'il a employé dans un cas de luxation ancienne du bras. Cet appareil prend son point d'appui, d'un côté, sur la poitrine par une sorte de plastron qui emboîte la racine du membre, et, d'un autre côté, sur l'avant-bras demi-fléchi, sur lequel s'applique une plaque également rembourrée. La tige métallique, qui joint ces deux points, s'allonge au moyen d'une vis, et exerce ainsi à la fois l'extension et la contre-extension. De plus, au moment où les tractions sont jugées suffisantes, un mouvement de clavette fait tout à coup cesser l'action de l'appareil et permet la coaptation.

— *M. Blot* présente sa thèse inaugurale sur l'albuminurie chez les femmes enceintes. (Rapporteur, M. Forget.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Un cas de choléra s'est produit avant-hier à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Martin-Solon.

Voici les renseignements qui nous sont fournis à son sujet par M. Bouchut, chargé du service :

Le malade qui a été atteint dans la nuit du 24 au 25 était au douzième jour d'une affection typhoïde, et il est mort dans la journée du 25, à trois heures, après treize heures de maladie. Il a présenté les selles blanches, les vomissements, quelques crampes, la cyanose, le refroidissement et la perte d'élasticité de la peau.

C'est le premier malade pris dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et il n'y a pas eu de nouveaux cas déclarés depuis ce moment. Tout fait croire que c'est là un fait isolé, comme il s'en est déjà manifesté quelques-uns en ville dans ces derniers temps; mais que ce n'est point la manifestation d'une nouvelle épidémie sérieuse. On sait, en effet, qu'après chaque invasion du choléra il y a eu dans les années suivantes, au moment des grandes chaleurs, de nouveaux cas *sporadiques* qui ont pu faire craindre le retour d'une épidémie, sans que ces craintes aient été vérifiées. Espérons qu'il en sera de même cette année!

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

EAUX MINÉRALES

DE CRANSAC

Près AUBIN (Aveyron)

SEULES EAUX MANGANÉSIENNES ET MAGNÉSIENNES SULFATÉES

CONNUES JUSQU'A PRESENT EN EUROPE.

Ces Eaux contiennent comme Acides : Les acides Sulfurique, Hydrochlorique, Phosphorique. — Comme Bases : l'Alumine, la Chaux, la Soude, le Fer, la Magnésie, le Manganèse. — La forte minéralisation de ces Eaux explique la variété et l'énergie de leurs effets.

AUTEURS A CONSULTER SUR LES EAUX DE CRANSAC.

Thevet.—J. Banc, 1605.—C. Desbruyères, 1646.—Dissès, 1686.—Mémoire des Intendants, 1698 —Grandsaigne, 1700.—Dodard, 1724.—J.-J. Gally-l'Artigne, 1732.—James Jaumet, 1747.—Piganiol de la Force, 1754.—Raulin, 1775.—Jaucourt.—Encyclopédie de Diderot, t. IX.—Lémery.—Buchoz.—Bosc, 1797.—B. Murat, an XIII.—Geoffroy.—Bouillon-Lagrange, 1811.—Portal, 1812.—Vauquelin, 1812.—Patissier, 1823.—Julia Fontenelle, 1825.—Alibert, 1826 —Chevalier et Richard. 1827.—Delens et Mérat.—Is. Bourdon, 1834-1837.—Carrèce.—Guillemin.—O. Henry.—Bullet. de l'Acad. de Méd., t. V et XI.—J.-F. Murat, T. Auzouy, 1846.—Ducoux, Gendrin, 1847 —Aubrun, J. Pereyra, 1850.

Médecin-Inspecteur

NOMMÉ

Par le Gouvernement,

M. Th. Auzouy, D.-M.-P.

NOMS DE QUELQUES AUTEURS QUI TRAITENT DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU MANGANÈSE.

Docteur Jacques, Journal général de Médecine. — Kapp. — Jadelot. — Alibert. — V.-L. Brera, Padoue Saggio Clinico. — M.-C.-G. Gmelin, of Tubingen Versuche. — M.-A. Barbet, Journal de Chimie médicale, tome V, page 534. — Docteur Thompson, Chemistri of inorganic bodies, volume II, page 587. — Docteur Ure, Remarks on gout London, Medical Gazette, novembre 1844. — Docteur Gendrin, Paris, 1847. — Docteur J.-D. Hannon, Etudes sur le manganèse, Bruxelles, 1849. — Docteur J. Pereyra, Materia medica, Londres, 1849

SOURCE BASSE (Richard) Purgative.

Maladies du foie et de la rate. — Fièvres intermittentes rebelles. — Embarras gastriques. — Dyspepsies. — Métrite chronique avec engorgements. — Paralysie suite d'apoplexie. — Maladies de la moelle épinière.

SOURCE HAUTE (Richard) Tonique astringente.

Anémie. — Chlorose. —Leucorrhée. — Gastralgies. — Aménorrhée. — Dysménorrhée. —Hémorrhagies passives intestinales et utérines. — Maladies saturnines. — Hypochondrie. — Affections vermineuses.

ÉTUVES NATURELLES pratiquées dans les flancs des montagnes embrasées.

Les Eaux de Cransac sont souveraines contre les Névralgies chroniques, les Rhumatismes invétérés, les Roideurs des articulations, les Tumeurs blanches, surtout si, après leur usage, on a recours aux étuves sulfureuses naturelles.

SITUATION ET DESCRIPTION. —Cransac, commune et paroisse du département de l'Aveyron, entre Rodez et Villefranche, près Aubin et Decazeville. Les eaux de Cransac sont connues de temps immémorial; elles sont bues chaque année par plus de 5,000 personnes, dont 2,000 environ vont les prendre aux sources mêmes. L'établissement est situé derrière le village; il se compose des sources dites Richard haute et basse. Il est pourvu d'un médecin inspecteur nommé par le gouvernement. Les sources coulent au pied de montagnes dont les flancs recèlent un feu perpétuel; ce feu se manifeste au sommet de ces montagnes sous forme de volcans pittoresques et inoffensifs. Le pays est sain, bien boisé, bien cultivé; climat tempéré.

NATURE ET COMPOSITION. — Les eaux des Cransac sont froides, incolores, très limpides et styptiques. D'après diverses analyses, elles contiennent, comme acides : l'acide sulfurique, l'acide phosphorique, l'acide hydrochlorique; et comme base : la chaux, l'alumine, la magnésie, la soude, le fer, l'oxyde de manganèse. Elles ne renferment pas d'acide carbonique. Les proportions des principes minéralisateurs varient suivant les sources; de là ces effets si différents et à peine croyables qui font que la source haute, par exemple, est tonique et astringente, tandis que, 500 mètres plus au midi, la source basse est essentiellement purgative. L'abondance et la variété des sels, l'excès d'acide sulfurique, la présence du manganèse en notable quantité, expliquent l'activité de ces eaux et leurs bons effets dans un grand nombre de maladies.

PROPRIÉTÉS MÉDICALES. Voici le résultat des observations faites depuis cent cinquante ans sur plusieurs milliers de malades chaque année :

Les eaux de la source basse sont souveraines contre les maladies du foie et de la rate, contre les engorgements chroniques abdominaux, contre les fièvres intermittentes rebelles, contractées en Afrique, en Italie, aux colonies, aux Indes, dans tous les pays chauds et dans les contrées marécageuses. Les eaux de la source haute possèdent des qualités toniques et astringentes. Elles arrêtent les diarrhées anémiques, les hémorrhagies passives, les écoulements leucorrhéiques, les gonorrhées chroniques, etc. Maintes fois les migraines opiniâtres, l'hypochondrie, des affections vermineuses, ont cédé à l'usage des eaux de Cransac. Beaucoup de medecins du Midi les conseillent dans les paralysies, suite d'apoplexies. Des malades affirment avoir été guéris de la goutte à Cransac. L'usage externe de ces eaux est efficace contre les ulcères atoniques, variqueux, scorbutiques. Lorsque les épidémies de dysenteries bilieuses se déclarent dans les contrées environnantes, les paysans accourent chercher à Cransac le préservatif que leur indique la tradition. La source haute est le meilleur antidote contre les maladies saturnines; ce qui s'explique d'ailleurs par l'excès d'acide sulfurique qu'elle contient. Les eaux de Cransac doivent être prescrites dans le cas de pléthore sanguine, dans les phlegmasies aiguës, dans les suppurations internes. Avant de prendre des eaux aussi actives que celles de Cransac, il est nécessaire, en tout cas, de consulter un médecin.



MANGANÈSE. — Depuis plusieurs années beaucoup de praticiens, principalement en Allemagne, en Angleterre et en Belgique, emploient le manganèse avec grand succès pour guérir les anémies, la chlorose les scrofules, les maladies du foie, lorsque les ferrugineux sont restés impuissants. Ces maladies sont précisément celles qui présentent, à Cransac, le plus grand nombre de cas de guérison. « Or, les eaux »de Cransac sont les seules, en Europe, qui contien»nent du manganèse en quantité suffisante pour agir »sur l'économie. » En effet, une bouteille de ces eaux tient en dissolution plus de manganèse que n'en renferme la plus haute dose prescrite pour un jour, sous forme de pilule, par les praticiens.

RÉGIME DES BUVEURS. — On boit les eaux le matin à jeun et en se promenant. La quantité, suivant l'âge, le tempérament et les dispositions des malades, varie depuis quelques verres jusqu'à deux litres par matinée. Pour les estomacs faibles, ou qui les supportent difficilement au début, on diminue d'abord les doses, qu'on augmente ensuite progressivement; on les coupe avec de l'eau d'orge, avec du lait, avec des bouillons de veau ou de poulet suffisamment chaud pour tiédir la boisson. Souvent les malades, après avoir bu les eaux de la source basse, et en avoir obtenu les excellents effets purgatifs, terminent la matinée par un ou deux verres de la source haute.

INALTÉRABILITÉ DES EAUX. — Les eaux de la source basse peuvent être transportées à de grandes distances et conservées pendant des années, dans de simples bouteilles de verre, sans aucune altération. La chaleur et la lumière, qui composent beaucoup d'eaux minérales, n'ont absolument aucune action sur elles. Les eaux de la source haute ne présentent pas ce phénomène au même degré. Au bout d'un certain temps, un léger dépôt se forme au fond des vases; toutefois elles conservent leur limpidité, et produisent encore d'excellents effets, quoique inférieurs, on le conçoit, à ceux obtenus à la source même. Ces propriétés remarquables permettent aux eaux de Cransac d'aller trouver les malades dans toutes les contrées, sous toutes les latitudes, au delà des mers. Jusqu'à présent le manque absolu de publicité n'a pas permis à la réputation des eaux de Cransac de s'étendre au delà des régions du sud-ouest de la France.

Le but de cette note est de les faire connaître, et de signaler surtout les précieux avantages de leur inaltérabilité.

ÉTUVES NATURELLES. — Dans le flanc des montagnes embrasées, il existe des étuves naturelles dont l'usage est parfait pour guérir les rhumatismes chroniques, les engorgements articulaires, les roideurs des membres, les tumeurs blanches, rhumatismales ou scrofuleuses. Ces étuves possèdent toute l'efficacité des bains sulfureux, sans en avoir les inconvénients. Il est peu de points, assurément, sur lesquels la nature se soit plu à accumuler, comme à Cransac, dans l'espace de quelques centaines de mètres, des moyens curatifs si divers et si énergiques : eaux sulfatées, manganésiennes; eaux purgatives; eaux toniques et astringentes; étuves naturelles. En juillet et août, 6 à 800 malades envahissent à la fois et remplissent sans interruption pendant ces deux mois les hôtelleries et auberges de Cransac; l'encombrement est alors considérable. Dans l'état actuel des choses, il vaudrait donc mieux arriver avant ou après cette époque. La saison des eaux dure depuis le 15 mai jusqu'au 20 septembre.

EXCURSIONS. — Le pays est pittoresque, accidenté. Le Lot coule à proximité de Cransac. Ses bords sont charmants. A 4 kilomètres sont les vastes usines à fer de Decazeville; à 2 kilomètres, les grandes forges d'Aubin. Près du Lot, la verrerie de Penchot. Partout des mines de fer et de houille exploitées sur la plus grande échelle. Plus loin, les sites de Salles, la source, les grottes et châteaux du Lot. Pour les amateurs d'antiquités : la cathédrale de Rodez, l'église romane et les ruines de l'antique abbaye de Conques; le château de Bournazel; la chartreuse de Villefranche; le château de Graves, etc.

Nulle contrée n'offre plus d'attraits et de sujets d'étude aux géologues, plus d'intérêt aux économistes. Terrains de toutes les formations, mines de houille, mines de fer. Près du terrain houiller commence un district métallifère qui renferme plus de 80 filons de cuivre, de galène, de manganèse, de chaux fluatée, etc.

VOIES DE COMMUNICATION. — Attendu l'importance des eaux minérales, le département a fait exécuter, expressément pour elles, à ses frais, une route départementale qui relie Cransac aux routes voisines.

Chaque jour, des services de diligences venant de Rodez, Villefranche, de Figeac, d'Aurillac, de Limoges, amènent les voyageurs à Cransac.

Pendant la saison des eaux, un double service quotidien a lieu entre Villefranche et Cransac.

Villefranche est un point central où arrivent chaque jour les diligences et courriers de Paris par Limoges et Cahors; de Montpellier par Rodez; d'Alby, de Bordeaux, de Toulouse par Montauban; de Clermont-Ferrand et de Lyon par Aurillac.

POSTE AUX CHEVAUX. — Cransac est desservi à l'arrivée : du côté de Rodez, par le relai de poste du Rignac; du côté d'Aurillac, par le relais de Maurs; du côté de Villefranche, par le relai de Bel-Air.

POSTE AUX LETTRES. — Le bureau de la poste est à Aubin, à 3 kilomètres 1/2 de Cransac. Les lettres arrivent de Paris à Cransac en moins de 18 heures, par le courrier de Limoges à Rodez.

Les eaux continueront à être délivrées gratuitement aux sources à tous les malades de tous les pays qui présenteront un certificat signé par M. le curé et par M. le maire de leur commune, attestant qu'ils sont dans l'impossibilité d'acquitter le prix de l'abonnement.

Tous les soldats en congé ou retraités atteints de fièvres intermittentes rebelles, de maladie de la rate et du foie, contractées en Afrique, en Italie ou aux colonies, recevront gratuitement les eaux, à Cransac, avec les soins d'un médecin. (*Les eaux de Cransac sont d'une efficacité certaine contre ces maladies.*)

A CRANSAC, écrire à M. le Directeur des Eaux de Cransac, près Aubin (Aveyron).

Une caisse de trente bouteilles capsulées, verre, caisse et emballage compris, coûte, prise à la source, 18 fr.—Une caisse de vingt bouteilles, *idem*, 14 fr. Affranchir et joindre un mandat sur la poste. — Envoi vingt-quatre heures après la demande.

A PARIS : pour le public, chez MM les PHARMACIENS. — Ancienne maison GUITEL, rue J.-J. Rousseau, 12; pour le Commerce, rue des Billettes, 5. — Prix de la bouteille, 1 franc 25 centimes.

NOTA. — Les malades empêchés de se rendre à Cransac trouveront à Paris, dans le bel établissement des Néothermes, rue de la Victoire, 55, un dépôt des Eaux de Cransac. Ils pourront ainsi suivre en tout temps, soit dans cet établissement, soit à domicile, un traitement complet, sous la direction de MM. les médecins qui ont reconnu dans la pratique l'efficacité de ces eaux.

MARDI 30 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 90.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
PARIS	24 FR.	13 FR.	7 FR.
DÉPARTEMENTS	26 FR.	14 FR.	8 FR.
ÉTRANGER	30 FR.	16 FR.	9 FR.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'artérite.

(Premier article.)

Nous diviserons l'artérite en trois formes spéciales qui, tout en offrant des caractères communs, présentent cependant des phénomènes distinctifs; ce sont :

1° L'artérite proprement dite, ou l'inflammation des tuniques artérielles.

2° L'artérite valvulaire, ou l'inflammation des tuniques artérielles qui entrent dans la formation des valvules, des valvules sygmoïdes, par exemple;

3° Enfin, l'artérite anévrismale, qui entraîne à sa suite la formation des anévrismes.

Les distinctions qui se rattachent à chacune de ses formes sont assez importantes pour nécessiter leur séparation; car leurs symptômes spéciaux sont dominants, et indiquent des altérations profondes d'où naît le danger de la maladie.

1° *Artérite proprement dite.* — L'inflammation des tuniques artérielles est connue depuis longtemps; mais il n'y a pas longtemps qu'on lui a assigné des signes certains; comme l'artérite se caractérise particulièrement par les signes qui se rattachent aux lésions qui la constitue, il convient de commencer leur histoire par l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique. — L'inflammation des tuniques artérielles peut exister à différents degrés, et, suivant ces degrés, déterminer des altérations plus ou moins profondes.

Au premier degré, qui n'est que la phlogose des artères, on trouve une coloration anomale de la membrane interne de l'artère; elle offre une teinte rosé-jaunâtre peu prononcée, assez exactement circonscrite, et qui n'est liée à aucune modification dans la texture de la membrane encore lisse, et présentant ses conditions physiologiques normales; mais sur les points correspondants de la membrane externe, on trouve une injection très prononcée des capillaires, offrant l'aspect d'un réseau serré, et il en résulte une teinte violacée de cette tunique externe de l'artère. Ainsi, l'inflammation commence à la fois en dehors et en dedans du vaisseau.

Cette coloration rouge peut en imposer pour une inflammation quand elle est due à une teinte de l'artère par le sang. Quand il se produit une stagnation du sang dans les artères, surtout chez les asphyxiés, il se fait un dépôt facile de la matière colorante du sang, et la membrane interne de l'artère s'en imprègne, devient foncée, et cette teinte devient plus vive lorsqu'elle est exposée à l'action de l'oxygène de l'air. Si, en ouvrant les cadavres, on remarque que cette teinte rouge répond toujours à la portion déclive, là où est accumulée la matière sanguine, que ses limites sont celles des caillots sanguins, et surtout si la tunique externe de l'artère ne présente pas la teinte due au réseau capillaire serré dont nous avons parlé plus haut, on ne peut méconnaître la différence de ces deux modifications.

La phlogose artérielle se rencontre très rarement existant seule dans les cylindres artériels; le plus souvent on la rencontre sur des points qui présentent des altérations plus prononcées; il en résulte qu'on peut s'assurer que la phlogose est vraiment inflammatoire, puisqu'en outre des points affectés, on trouve des altérations de nature inflammatoire; et si on regarde une artère qui a été liée, on voit la phlogose remonter plus ou moins haut par propagation de l'inflammation.

La forme la plus prononcée de l'artérite se rattache à des lésions de tissu plus marquées. La tunique interne est épaissie, et détermine un léger soulèvement par rapport aux points voisins. Cet épaississement est produit par le dépôt d'une matière plastique facile à reconnaître, et infiltrée dans le feuillet profond de l'artère, qui est soulevé comme par un corps étranger. Si ce soulèvement est circonscrit, la membrane semblera parsemée de pustules, et ce sont des altérations de ce genre qu'on a décrites sous le nom de *pustules artérielles.* La membrane externe est toujours injectée, mais son tissu s'est condensé, et la couche de tissu cellulaire qui maintient son adhérence avec la tunique moyenne est plus serrée, plus friable; on peut séparer plus facilement cette tunique externe, et en la séparant on voit que l'injection capillaire l'a dépassée, et la tunique moyenne présente aussi des traces d'injection.

Pour peu que l'inflammation se soit prolongée, on rencontrera aux points de relief des rugosités réelles, produites par des dépôts qui ont soulevé la tunique artérielle davantage en la brisant sur ces points; on voit que la matière plastique s'écrase sous les doigts, et on y trouve des graviers; ce sont des concrétions calcaires. Ces concrétions se montrent, quand on dessèche l'artère enflammée, comme des points blancs qui semblent des parcelles de plâtre déposé.

L'induration est plus ou moins étendue, et présente des points arrondis, ellipsoïdes, des marbrures; elle porte sur les arceaux artériels ou dans la moitié, ou dans les deux tiers de leur étendue; quelquefois elle comprend tout le cylindre de l'artère. Dès que l'induration des parois artérielles arrive à ce point, la tunique moyenne participe à l'inflammation, les fibres transversales s'effacent, et le tube artériel est formé par la membrane interne ossifiée, puis par la membrane moyenne confondue avec l'externe, n'ayant plus de fibres transversales qui lui donnent sa rétractilité; c'est là le plus haut degré d'altération des parois artérielles.

Ces altérations présentent des variétés de forme. Quand l'induration est circonscrite sur l'éperon que forment les branches naissant d'une grosse artère, on trouve une saillie de cet éperon, la membrane interne ne s'y voit plus, et on peut observer une érosion à la suite de rupture de cette membrane interne, puis au-dessous, dans la tunique moyenne, est de la matière plastique indurée. Les irrégularités des saillies déterminées à l'intérieur font que quelques-unes présentent comme l'aspect de petits promontoires sur divers points de l'artère, d'autres semblent former des valvules incomplètes.

Il se fait des variations dans le diamètre artériel; rarement il se rétrécit; car lorsqu'il se produit une saillie en un point du vaisseau, il se fait une dépression du côté opposé du cylindre artériel; souvent on trouve une suite de dépressions successives et peu profondes, comme si elles avaient été produites par un boule qui aurait roulé : ce sont des dépressions moniliformes; d'autres sont allongées sur un côté, d'autres sont circonscrites en un point; dans d'autres cas enfin, l'artère est dilatée sur tous ses points, et son diamètre est augmenté d'un tiers, d'un quart; c'est ce que l'on observe surtout pour l'aorte ascendante.

Quand l'inflammation occupe une grande portion du tube artériel, elle augmente aussi sa longueur; ainsi, l'artère aorte peut dessiner sur la colonne vertébrale une S romaine; l'artère brachiale enflammée chroniquement décrit une double courbure qui se voit très bien sous la peau et se sent parfaitement quand les diastoles artérielles viennent les allonger.

En deçà et au delà des portions de l'artère indurée, on rencontre des modifications anatomiques importantes à signaler. Entre le cœur et le point affecté, l'artère est hypertrophiée et la tunique moyenne est plus épaisse; au delà du point affecté, l'hypertrophie se montre encore dans un espace plus ou moins long; mais le plus souvent les indurations sont très étendues et tendent à gagner du cœur vers les ramifications des artères en s'affaiblissant peu à peu dans le sens de la circulation du sang.

Ces lésions ne sont pas toutes à l'état aigu : si les artérites sont naissantes, on ne trouve pas d'indurations ni d'allongement qui n'appartiennent qu'aux artérites chroniques et qui ont altéré les parois de ces vaisseaux dans leur nutrition; la forme chronique est la plus fréquente, et le plus ordinairement, quand on a modifié les accidents que présente la maladie à l'état aigu, elle passe à l'état chronique. Les parois artérielles ont une activité plastique moindre que celle du tissu cellulaire : aussi les indurations qui s'y produisent doivent-elles moins facilement disparaître, et le travail de résolution est nécessairement très languissant pour les tuniques fibreuses, tandis qu'il est actif pour les tuniques celluleuses; de là la persistance des accidents inflammatoires développés dans les parois des artères.

Avec les artérites, on trouve d'autres lésions accessoires : sur les rugosités qui ont pris naissance et qui sont devenues dures, cartilagineuses, osseuses, qui se rompent facilement, il se produit quelquefois des couches fibrineuses étendues à la surface de la tunique interne et ressemblant à une fausse membrane : elles sont peu adhérentes, et remplissent les infundibulum déterminés par l'inflammation et dont il vient d'être question plus haut, dans les artères d'un médiocre calibre, l'inflammation peut donner lieu à un cylindre fibrineux qui bouche le tube artériel et présente des adhérences avec la membrane interne; l'artère une fois bouchée, la circulation artérielle n'est plus possible dans les organes qui recevaient le sang de cette branche; ils ne sont plus nourris, leurs fonctions plastiques n'ont plus lieu; de là les gangrènes séniles

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Une histoire tragique.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Voici une histoire, mon cher confrère, dont la place ne serait guère dans le feuilleton si elle n'était en même temps une indiscrétion. Mais le feuilleton, avant d'être léger, tient par-dessus tout à être indiscret, et voilà pourquoi il se hâte d'éditer ce petit épisode de pathologie mentale, qui semble arraché aux pages lugubres et dévergondées des *Mémoires du Diable.* En attendant que cette histoire reçoive une publicité plus grande devant les robes noires ou ailleurs, en voici en quelques mots la substance.

Vers le commencement de l'an mil huit cent, après une longue et pénible expédition, un beau capitaine de vaisseau touchait terre et bientôt après touchait le cœur d'une beauté trop vulnérable pour résister aux savantes et brûlantes manœuvres du soldat de Neptune. Du cœur, le feu électrique de l'assaillant rayonna dans toutes les fibres de la pauvre assiégée, et, à l'aide d'une théorie que je laisse à mon confrère supérieur le soin d'exposer avec le talent qui le caractérise, se concentra bientôt dans le viscère utérin, et y causa une sourde et mystérieuse fermentation dont le produit fut définitif, au bout de neuf mois, une belle petite fille. Malheureusement pour sa future destinée, cette innocente était sourde et muette.

Le futur Jean-Bart, ainsi que sa conquête, eut d'abord le plus grand soin du fruit de leurs amours; mais, quelques années plus tard, la mère mourut, laissant par testament à son séducteur sa chère enfant âgée seulement de cinq ou six ans. Le père, pendant quelques années, s'acquitta avec assez de conscience des devoirs que lui imposait sa position. Mais, à mesure que l'enfant grandissait et avançait en âge, lui-même avançait dans les honneurs, et déjà il avait acquis le droit d'arborer le pavillon amiral lorsque sa fille avait touché sa dix-neuvième année. A ce moment, cette pauvre enfant devint une gêne pour lui : il aspirait à d'autres triomphes, et, pour arriver au terme de ses désirs, il avait besoin d'être dégagé de tout lien paternel. Pour se mettre dans cette situation, il n'imagina rien de mieux que de se débarrasser de la créature dont la présence lui faisait obstacle, et, profitant de l'infirmité de cette infortunée, il la conduisit à la Salpêtrière et l'y fit enfermer comme atteinte d'aliénation mentale. La réception eut lieu sans difficulté, ce qui pourra peut-être vous étonner; mais, ce qui vous étonnera bien davantage, c'est que pendant *vingt-quatre* ans cette pauvre infirme resta dans ce triste séjour avec une résignation céleste, sans donner le moindre signe de l'affection dont elle était atteinte, et sans que nonobstant cela le moindre soupçon de supercherie ou d'erreur ait germé dans l'esprit de ceux qui l'entouraient et qui lui donnaient des soins.

Il y a cinq ans, il vous en souvient sans doute, que l'administration des hôpitaux, sur l'avis de quelques médecins aliénistes, évacua un certain nombre d'aliénés sur des asiles de province, autant pour diminuer l'encombrement de ceux de Paris que pour expérimenter sur les malades pauvres une sorte de pérégrination qui produit quelquefois des résultats si avantageux chez les riches. Parmi les malades transférés fut comprise la malheureuse héroïne de cette triste histoire. Elle fut transportée dans un de nos plus grands établissements de province, où elle demeura cinq ans encore, sans exciter plus de soupçons qu'à Paris : c'était, comme vous voyez, un total de vingt-neuf années de séquestration. Ces vingt-neuf ans, si affreux pour elle, s'étaient passés pour son père dans les honneurs, dans le luxe, dans le bonheur peut-être ! car la conscience humaine, soyez-en convaincu, est *muette* bien plus souvent que ne le croient ou que ne le disent les moralistes : les héros d'Eugène Sue en sont si bien convaincus (et ils doivent s'y connaître), que c'est précisément par cet adjectif *substantialisé* qu'ils la désignent. Quoi qu'il en soit, ces jours nébuleux ou sereins n'en avaient pas moins eu vingt-quatre heures pour l'opulent marin comme pour le reste des mortels; sa robuste complexion n'avait pas résisté à leurs outrages; elle avait même été si gravement atteinte, qu'il se sentit, l'année dernière, prochainement appelé à aller rendre ses comptes au contrôleur général auquel, dit-on, nulle erreur ne peut être celée. C'est à ce moment suprême qu'un peu de conscience monta au cerveau du moribond : il fit appeler un de ses amis, lui raconta le sujet de ses remords, et le chargea, après sa mort, de réparer autant que possible, s'il en était temps encore, le mal qu'il avait causé à une créature d'autant plus digne d'intérêt qu'elle était dépouillée de toute défense, de toute protection. Frappé d'étonnement non moins que d'indignation par ce triste récit, l'ami accepta avec empressement la noble et douloureuse mission, et, sitôt l'amiral décédé, se mit avec empressement en devoir de l'accomplir.

Ce ne fut point chose facile : pour pénétrer dans ces lugubres refuges des désordres intellectuels, le consciencieux ami dut s'adresser d'abord aux autorités, et après leur avoir narré ce que je viens de vous raconter, sa plus grande difficulté fut de leur démontrer qu'il n'était pas lui-même un visionnaire digne d'aller rejoindre l'être imaginaire dant il prétendait opérer la délivrance. Il ne lui fallut pas moins de plusieurs mois de démarches incessantes, de puissantes protections pour démontrer aux incrédules qu'il était bien sain et sauf d'esprit.

Cette première difficulté vaincue, il triompha des autres sans de trop grandes peines, et parvint enfin à retrouver dans un des coins d'un grand établissement la malheureuse qui faisait l'objet de sa plus vive sollicitude. Mais ne pouvant se faire comprendre d'elle, il invoqua à son aide la science d'un directeur d'institution de sourds-muets. Celui-ci parvint, après quelques visites dans l'asile, à pouvoir établir une conversation suivie avec sa nouvelle élève, laquelle lui raconta avec les détails les plus circonstanciés, et la raison la plus calme et la plus résignée, l'histoire de toute sa vie avant et depuis le moment de son incarcération. De tous ces détails, vous en connaissez, mon cher confrère, le résumé général, et vous vous demanderez sans doute si nous sommes bien dans le monde de la réalité ou dans celui des chimères; si nous sommes dans le siècle de la science, des lumières, de la civilisation, ou dans celui de l'erreur et du chaos. Vous pourrez vous faire toutes ces questions; vous pourrez y appliquer toutes les réponses qu'il vous plaira. Quant à moi, je me contente de raconter. Je ne suis ni philosophe, ni moraliste, et en présence de telles infortunes je me contente de plaindre, et, s'il m'est possible, de soulager ceux qui souffrent. Ma narration m'a rendu l'âme triste, et je ne me sens pas la force de rire, même des sots.

X...

que l'on peut voir se produire même chez les jeunes sujets.

Du côté du cœur, il peut aussi se produire des lésions, surtout si l'artérite chronique porte sur de grosses artères. Le sang glisse plus difficilement sur les parois internes indurées, parce que la couche superficielle de la colonne sanguine adhère avec plus de facilité à la surface phlogosée; de plus, la tunique moyenne de l'artère, ayant perdu ses fibres transverses, ne réagit pas sur la colonne de sang : pour dominer cette gêne de la circulation, le cœur lutte contre l'obstacle, et il en résulte une espèce de surmenage, qu'on me passe l'expression; le cœur est surmené, il y a hypertrophie; aussi rencontre-t-on l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur dans les lésions des artères peu éloignées du centre circulatoire.

Mais l'obstacle augmente, les indurations se multiplient sur la surface interne de l'artère par les progrès de la maladie, de l'âge; les forces du malade se dépriment, le cœur ne peut chasser tout le sang du ventricule, l'énergie de ses contractions s'affaiblit peu à peu et de plus en plus, et on a des concrétions fibreuses qui vont du ventricule dans les artères, des concrétions décolorées et gélatiniformes souvent adhérentes aux parois internes dans les points indurés : elles ont souvent laissé passer la matière colorante du sang, et alors les valvules surtout sont fortement colorées en rouge; on rencontre en outre des concrétions eruoriques qui distendent le cœur et gênent ses fonctions.

Mais le cœur ne se laisse pas toujours vaincre par l'obstacle que présentent les artères; il lutte, mais avec moins d'énergie à mesure que le temps s'avance et que les obstacles font des progrès; il se vide plus lentement, il garde plus de sang dans sa cavité, et permet la formation d'un noyau autour duquel se moulent les parois du ventricule, de là dilatation de ce ventricule; on rencontre même quelquefois un tel agrandissement qu'on ne s'aperçoit pas de l'hypertrophie des parois : c'est alors que se produit la récurrence dans l'oreillette, parce que les valvules mitrade ou tricuspide sont devenues trop petites relativement à l'orifice qu'elles ont à obturer; mais cet accident ne se présente que dans la dernière période de la maladie.

Nous ne parlerons pas ici des altérations qui se rapportent à l'artérite valvulaire ou à l'artérite anévrismale, nous aurons ultérieurement à les décrire, quand nous traiterons spécialement de ces diverses formes d'artérite.

Appréciation des phénomènes. — On peut se rendre compte *à priori* des rapports qui existent entre ces lésions et les symptômes que l'on observe.

Toutes les fois qu'une phlogose s'établit dans un appareil quelconque, elle augmente son irritabilité, presse l'accomplissement de ses fonctions, et rend les phénomènes fonctionnels qui lui sont dévolus plus précipités, plus évidents; à peine l'artérite est-elle établie qu'il se produit des battements de cœur, des palpitations. Toutes les parties d'un même appareil qui concourent à un résultat final sont nécessairement synergiques; ceci existe pour l'appareil circulatoire comme pour tous les autres : aussi voit-on se manifester la précipitation des battements du cœur et la mise en jeu de son irritabilité d'une manière anomale sans qu'il y ait phlogose du tissu même de cet organe; c'est là un phénomène résultant de connexions synergiques qui se comprend très bien.

Le cœur lutte contre les obstacles que lui oppose le tube artériel; pour les vaincre, il presse ses contractions et il est surmené : partout où un appareil musculaire sera surmené, il deviendra douloureux et ses contractions seront pénibles; c'est là l'interprétation des douleurs de la courbature qui survient à la suite de travaux trop durs et trop soutenus. Quand celui qui a une irritabilité exagérée de l'appareil circulatoire dont le système artériel est lésé de manière à laisser moins facilement circuler le sang, quand celui-là, dis-je, fait des efforts musculaires, monte des escaliers, parle pendant longtemps et avec force, son appareil circulatoire augmente d'activité, et dès que cette activité augmente, les palpitations se montrent, et de la douleur se produit instantanément vers la pointe du cœur; c'est pour cela que les malades affectés d'artérite accusent une douleur à la région précordiale lorsqu'ils exécutent des mouvements plus pressés et plus rapides que de coutume.

Quand une portion étendue de l'appareil artériel est comprise par l'inflammation, la circulation devient nécessairement languissante au delà du point où siége la phlogose, et le summum de cette langueur dans la fonction circulatoire est la gangrène des tissus qui recevaient l'incitation sanguine par cette artère; mais au-dessus de ce point malade, il y a également diminution d'activité circulatoire. Ainsi, quand le cœur a augmenté l'épaisseur de ses parois pour produire un effet plus intense qu'à l'état physiologique, quand il lutte avec énergie contre les obstacles qui s'opposent à son action, il ne peut empêcher la faiblesse de la circulation au delà des lésions, car il ne parvient pas à surmonter complétement l'obstacle qu'elles présentent, et, en outre, il n'a plus la force adjuvante que venait lui apporter la contraction des parois artérielles qui ne peut plus avoir lieu; de là les stases sanguines et les congestions des vaisseaux au delà du lieu phlogosé. L'hypertrophie qui se produit en deçà n'est qu'un phénomène de résistance à l'obstacle de la paroi indurée, mais elle reste insuffisante pour le surmonter.

Il est, de plus, des circonstances accessoires qui viennent déprimer les forces du malade : ainsi les hémorrhagies ou qui peuvent se produire spontanément ou qui sont déterminées par la saignée, la diète à laquelle on soumet assez souvent les malades, les maladies intercurrentes auxquelles leur faiblesse les expose plus facilement; la circulation devient plus faible, les stases se produisent avec plus d'intensité, et on comprend par là les hémorrhagies, comme les apoplexies, par exemple, qui surviennent comme accidents épiphénoméniques de l'artérite, surtout lorsqu'elle porte sur les artères supérieures naissant de la crosse de l'aorte.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Troubles généraux de l'intelligence dans les maladies mentales.

(Suite de la quatrième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai, 20 juin, 2, 11 et 23 juillet.)

Pour étudier avec méthode les lésions des facultés intellectuelles dans la folie, nous avons d'abord parlé de celles que présente l'intelligence considérée dans son ensemble; nous avons ensuite apprécié isolément les troubles de chacune des facultés principales, en ayant toujours le soin de vous faire remarquer que, si nous fragmentions ainsi l'intelligence, c'était uniquement pour en faciliter l'étude, mais nullement dans l'intention de remonter aux altérations initiales, qui, selon nous, existent dans l'ensemble et non dans l'une ou dans l'autre de nos facultés. En nous conformant aux précédents généralement établis, nous pourrions borner ici l'examen général de l'entendement et de ses divers pouvoirs chez les aliénés; mais, selon nous, il reste encore un portion très importante de notre tâche à remplir; il nous reste à étudier le mode de production des résultats de l'action morbide des facultés, c'est-à-dire des idées fausses. Après avoir indiqué les lésions, il faut étudier quels sont leurs produits et quel est le mécanisme de leur génération.

On peut réduire à deux classes principales l'origine des idées fausses, ou autrement dit des délires, dans la folie : elles surgissent spontanément, ou bien elles sont amenées par d'autres idées, par des souvenirs ou par des impressions, c'est-à-dire par les mêmes causes qui engendrent les idées saines dans l'état normal.

La production spontanée des idées à l'état physiologique, c'est-à-dire leur naissance instantanée et inexplicable par les procédés habituels de l'intelligence, a été niée par plusieurs philosophes. En effet, il faut avouer que ce mode de production des idées est rare, et qu'en général les idées s'attirent mutuellement d'après certaines lois bien établies et bien connues : lorsqu'une idée surgit dans la tête humaine, on peut presque toujours rattacher sa production à une association d'idées, à un raisonnement, à un souvenir ou à une impression actuelle. Ces quatre causes distinctes suffisent le plus souvent pour rendre compte de la naissance de nos idées. Eh bien! on est naturellement porté à croire qu'il en est tout autrement dans la folie; et trop souvent des médecins ont dit, comme les gens du monde, en parlant des délirants et des aliénés : « Cette idée lui est venue dans la tête; il s'est imaginé telle chose. »

D'autres médecins, au contraire, instruits par l'expérience de chaque jour, n'ont pas tardé à s'apercevoir de la fausseté de ce principe dans la majorité des cas; et, trop exclusivement frappés de l'analogie qui existait entre l'origine des idées dans le délire et leur production à l'état normal, ils ont eux-mêmes exagéré cette vérité en sens inverse, et ont nié la possibilité des délires spontanés. Comme le plus souvent on pourrait remonter à une idée ou à une impression qu'avait fait surgir l'idée délirante, ils en ont conclu qu'il en était toujours ainsi. Cette opinion, formulée d'une manière aussi absolue, ne nous paraît pas exacte. Nous croyons que, dans les délires généraux surtout, la rapidité de production des idées est telle, qu'il est impossible d'admettre qu'elles soient toutes attirées les une par les autres, et qu'il n'en surgisse pas fréquemment de nouvelles, sans rapport aucun avec les précédentes, par suite de la simple spontanéité de l'intelligence; il en est de même d'un genre d'aliénés à délire partiel, très intéressant, et qui mérite d'être étudié avec plus de soin qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Les idées les plus extraordinaires et les plus bizarres surgissent tout à coup dans leur esprit, sont acceptées par eux sans contrôle, et peuvent, dans certains cas, devenir mobiles d'action sans autre motif que leur existence même dans la tête des malades. Il suffit qu'une idée quelconque traverse l'esprit des malades de ce genre, pour qu'ils s'y attachent immédiatement comme à une vérité, sans sendre compte de son origine, sans en éprouver d'étonnement et sans chercher à l'entourer de preuves et à lui donner des points d'appui. Qu'il nous suffise ici de signaler l'existence de cet ordre d'aliénés sur lequel, un jour, nous fixerons votre attention, pour vous démontrer la possibilité de la production spontanée, c'est-à-dire sans cause appréciable, des idées dans la folie.

Mais, nous devons le redire, ce mode de production des délires est évidemment exceptionnel, et le plus souvent on peut les rattacher à l'une des quatre causes que nous avons signalées comme donnant également naissance aux idées dans l'état normal, savoir : association d'idées, raisonnements, souvenirs et impressions actuelles. Examinez un maniaque, par exemple; il regarde, il écoute autour de lui; toutes les impressions qu'il reçoit font naître chez lui des idées qui réveillent à leur tour des souvenirs, et il suffit aussitôt d'une coïncidence de sons, d'une association d'idées quelconque, pour attirer une nouvelle idée qui en amène une troisième à sa suite. Le raisonnement est ici moins actif que dans les délires partiels, et par conséquent intervient rarement comme cause dans la production des idées des maniaques; il est loin cependant d'être totalement absent, et l'on est souvent étonné de voir tout à coup, au milieu du plus grand désordre, s'établir une série parfaitement régulière de raisonnements qui ne se distingue que par sa courte durée des séries de raisonnement de l'état normal. Pour bien vous pénétrer de ces divers modes de production des délires, vous n'avez d'ailleurs qu'à évoquer les souvenirs des exemples que nous vous avons montrés dans la partie spécialement clinique de ce cours, et à bien examiner ceux que nous passerons en revue devant vous ultérieurement.

Nous venons de vous indiquer comment les idées naissent dans la tête des aliénés et par quels procédés intellectuels elles surgissent dans leur esprit; mais ce mécanisme ne rend encore compte que de la production des idées passagères ou temporaires; il ne suffit pas pour expliquer la formation des idées fixes. Pour qu'une idée prenne droit de domicile chez un aliéné au point de devenir le centre de la plupart de ses idées et de ses actes, il faut autre chose que ces circonstances accidentelles auxquelles nous donnerions volontiers le nom de causes occasionnelles; il faut des causes plus profondes, plus permanentes, et que nous comparerons par opposition aux causes prédisposantes. Il ne suffit pas, en général, excepté dans quelques cas que nous avons signalés précédemment, qu'une idée plus ou moins bizarre traverse l'esprit d'un aliéné pour qu'il l'adopte immédiatement et qu'il s'y attache comme à une vérité démontrée; il faut que cette idée surgisse dans un milieu préparé à la recevoir, sur un sol capable de la faire germer et d'en favoriser le développement; il faut que les idées antérieures de l'individu, que ses idées actuelles, que ses dispositions intérieures, en un mot, soient en rapport avec l'idée qui surgit, afin qu'elle puisse s'harmoniser avec ce fonds maladif sur lequel elle doit reposer : c'est ainsi, par exemple, que les idées de tristesse ne pourront germer que sur un sol maladif préalablement triste, de même que l'on ne verra s'implanter les idées de gaieté et de satisfaction que sur un état général d'exaltation. Nous dirons même plus : non-seulement les idées qui surviennent dans l'esprit par l'un des procédés que nous avons indiqués ne peuvent prospérer et grandir qu'à la condition de tomber sur un sol favorable, mais elles sont le plus souvent le produit direct de ce sol maladif, qui n'a même pas besoin de l'intervention d'une cause occasionnelle pour revêtir une forme déterminée; il est, en effet, dans la nature de l'homme que les dispositions vagues de la sensibilité ou de l'intelligence éprouvent le besoin de se formuler nettement et de s'incarner en quelque sorte dans un sentiment ou une idée qui en soit la représentation plus ou moins exacte; sans doute, l'homme ne peut trouver cette formule extérieure de ses sentiments ou de ses dispositions psychiques que dans deux sources principales, le monde intérieur et le monde extérieur, et c'est précisément là ce qui explique la variété des délires, suivant les individus et suivant les époques sociales; mais il n'en est pas moins vrai que la cause première et véritable de la production d'un délire, de préférence à un autre, réside dans les dispositions morbides générales de la sensibilité ou de l'intelligence; ce sont elles qui donnent naissance au délire et qui déterminent sa forme générale : les circonstances accidentelles et locales ne produisent que des nuances et des variétés secondaires qui constituent l'individualité des délires et ne changent rien à leur nature essentielle.

Telle est donc, selon nous, la double origine des idées fixes chez les aliénés. Elles sont appelées, fomentées, entretenues par les dispositions générales de la sensibilité et de l'intelligence, qui, d'abord vagues et imprécises, tendent petit à petit à revêtir un caractère plus déterminé : l'esprit hésite alors souvent entre plusieurs idées qu'il choie et délaisse tour à tour avant de se fixer d'une manière définitive sur une idée qui satisfasse plus complétement à toutes les conditions au milieu desquelles il se trouve; l'observateur, attentif à suivre cette première période de l'évolution de l'idée fixe, assiste vraiment à l'un des spectacles les plus curieux qui se puissent imaginer; il voit un homme en proie à une disposition imposée par une maladie, s'efforçant de temps en temps de s'y soustraire, mais retombant toujours sous son influence tyrannique, et obligé par les lois même de son esprit de lui chercher une forme extérieure qui lui donne un corps et une existence déterminée : on le voit adoptant et repoussant successivement diverses idées qui se présentent à son esprit, et se livrant ainsi laborieusement à l'enfantement d'une idée qui soit l'expression, le relief exact d'un état intérieur dont il ne soupçonne même pas en lui l'existence.

Cette naissance graduelle et progressive du délire, qu'on remarque surtout dans l'aliénation partielle et qui constitue la période d'incubation de la folie, représente la première phase de l'évolution de l'idée fixe.

Aussitôt que la folie est déclarée, ou du moins, en général, quand elle est pleinement confirmée, on voit apparaître une seconde période bien distincte dans le développement de l'idée fixe. Le malade s'est attaché à une série d'idées déterminées; il est encore susceptible de délirer dans une foule de directions, mais l'idée principale à laquelle il s'est arrêté devient le centre commun autour duquel convergent la plupart de ses pensées et de ses réflexions; il entoure l'idée fixe de tous les points d'appui, de tous les motifs qui peuvent la légitimer, soit à ses propres yeux, soit à ceux des autres hommes; il combine dans son esprit tous les éléments du véritable roman qu'il élabore, et malgré les nombreuses lacunes que son intelligence malade n'aperçoit pas dans cet ensemble dont il cherche à coordonner toutes les parties, il arrive petit à petit à une véritable systématisation de son délire. Ce travail de systématisation de l'idée fixe constitue la période vraiment aiguë des maladies mentales. Aussitôt que l'idée fixe est arrivée à un degré complet de développement, lorsque les malades, loin d'y ajouter chaque jour de nouveaux compléments, de l'appuyer de preuves nouvelles, d'en modifier à chaque instant les détails, se bornent à la répéter à tout venant, exactement sous la même forme et avec les mêmes expressions, lorsqu'en un mot le délire se trouve, comme nous le verrons plus tard, complétement stéréotypé; alors commence pour nous la période chronique des maladies mentales; on voit successivement disparaître, avec l'activité intellectuelle des périodes précédentes, le fonds maladif de la sensibilité sur lequel avait germé et s'était graduellement développé le délire; au lieu de cette disposition générale de la sensibilité, de ce travail de systématisation de l'esprit, il ne reste qu'un délire stéréotypé, présage certain d'une ruine plus ou moins prochaine de l'intelligence.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

M. SÉBILLOTTE présente le coude droit et le genou gauche d'une femme qui a été portée à l'amphithéâtre des hôpitaux, et sur laquelle on ne possède aucun renseignement.

1° *Coude droit.* L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras ; on ne peut pas le fléchir davantage, mais on peut l'étendre jusqu'à ce qu'il fasse avec l'axe du bras un angle d'environ 130°. Il est dans une situation moyenne entre la pronation et la supination, et il est aisé de voir que les articulations radio-cubitales sont complétement immobiles.

L'olécrane fait sous la peau une saillie exagérée ; cette apophyse paraît plus rapprochée de l'épicondyle que de l'épitrochlée, de telle sorte qu'avant toute dissection on a pu croire à une luxation non réduite. La peau est parfaitement saine ; il n'existe au-dessous d'elle ni suppuration, ni induration.

La dissection de l'articulation montre des altérations remarquables : les trois os du coude sont déformés à divers degrés. L'humérus est le moins altéré des trois ; il existe seulement une saillie osseuse arrondie au-dessous et en arrière de l'épitrochlée ; du sommet de cette saillie à la base de l'épitrochlée, s'étend un pont osseux sous lequel passe le nerf cubital. La cavité olécranienne est en partie comblée, ce qui paraît être la conséquence du déplacement de l'olécrane. Le radius et le cubitus sont soudés par leurs extrémités supérieures. On reconnaît très bien autour de la tête du radius un bourrelet osseux circulaire qui semble dû à l'ossification du ligament annulaire du radius ; ce bourrelet se continue en avant et en arrière avec le cubitus, et adhère dans toute sa longueur à la tête radiale. Le ligament antérieur de l'articulation du coude, complétement ossifié dans ses trois quarts inférieurs, forme une demi-capsule très solide qui se continue inférieurement avec le cubitus, et qui, par sa partie supérieure, envoie dans l'épaisseur du brachial antérieur une lame osseuse terminée en pointe et longue de quatre centimètres. L'inégale épaisseur de ces ossifications accidentelles a forcé l'avant-bras à subir un mouvement de rotation, par suite duquel l'olécrane a abandonné la cavité olécranienne pour se placer derrière le condyle externe de l'humérus.

La pièce étant destinée au musée, on n'a pu ouvrir complétement l'articulation, mais toutes les portions de cartilage qu'on a pu découvrir en enlevant certaines parties des ligaments sont amincies, érodées, et ont même en quelques points complétement disparu.

2° *Genou gauche.* La rotule est soudée avec la partie supérieure et antérieure du condyle externe du fémur ; cette soudure a lieu par continuité directe de la substance osseuse. Le tibia et le fémur sont ankylosés en ligne droite ; leur union ne ressemble en rien aux ankyloses ordinaires. Le disque interarticulaire interne, complétement ossifié, est soudé par ses deux faces au tibia et au fémur ; mais ses limites sont encore très reconnaissables ; ses bords sont indiqués par deux sillons circulaires et transversaux. Le disque inter-articulaire externe est moins avancé vers l'ossification ; complétement osseux à son centre, il adhère, par des prolongements qui ne sont encore que fibreux, aux surfaces correspondantes du tibia et du fémur. Quelques productions osseuses nouvelles existent autour de cette articulation ankylosée. Les unes forment derrière le condyle interne des stalactites saillantes ; les autres, entièrement semblables à celles que produit l'inflammation du périoste, constituent une couche mince, aréolaire, couleur de rouille, et entourent complétement le fémur jusqu'à dix centimètres au-dessus du bord supérieur de la trochlée. Ce qui reste des anciennes surfaces articulaires est entièrement dépouillé de cartilages. L'os est si ramolli à ce niveau, qu'une légère pression faite avec l'ongle suffit pour l'affaisser. La consistance et la quantité du tissu osseux primitif sont singulièrement diminuées. La couche compacte de la diaphyse du fémur est réduite à une lame mince qui limite une énorme cavité médullaire. Un suc huileux, bien moins consistant que la moelle ordinaire, remplit cette cavité. Le tibia a subi une altération analogue.

Autour de ce squelette les parties molles sont épaissies, blanchâtres, lardacées, adhérentes, notamment en arrière, au niveau de la ligne articulaire, mais il n'y a de suppuration en aucun point ; la peau est saine et ne présente aucune cicatrice.

Les autres articulations de cette femme sont saines ; mais on remarque sur plusieurs épiphyses une diminution de la consistance des os ; de plus la cavité médullaire des os longs est augmentée aux dépens de l'épaisseur de la couche compacte.

Discussion. — M. Deville. Les pièces qu'on vient de nous présenter sont fort curieuses ; elles dépendent l'une et l'autre d'une affection qui est fréquente, mais qui produit rarement des lésions aussi avancées. — Je veux parler de la maladie à laquelle j'ai donné le nom d'arthrite chronique sèche.

Et d'abord la lésion du coude ne peut être rapportée ni à une fracture, ni à une luxation, ni à un état congénial. Ce n'est pas une fracture, car il n'existe aucune trace de cal ; ce n'est pas une luxation, car, s'il y a quelques changements dans la situation de l'olécrâne, l'apophyse coronoïde et la tête du radius ont conservé leurs rapports normaux ; enfin ce n'est pas un état congénial : l'irrégularité des saillies osseuses anormales, l'existence d'une cavité olécrânienne qui n'est plus en rapport avec l'olécrâne, la direction des fibres osseuses accidentelles, direction qui est parallèle aux fibres des ligaments qu'elles ont envahis, tout indique que ces ossifications ont été le résultat d'un travail pathologique. — Quant à l'ankylose du genou, elle ne peut non plus être considérée comme le résultat d'une violence extérieure, ni d'une tumeur blanche, car l'union est constituée par l'ossification des disques inter-articulaires qui sont préalablement détruits dans les ankyloses ordinaires.

Je rapporte donc ces divrses altérations à l'arthrite chronique sèche. Cette affection produit, à ses diverses périodes, des lésions qui se succèdent dans un ordre que j'ai étudié. L'ulcération ou l'usure des cartilages, la formation des corps étrangers articulaires, l'ankylose, et même parfois la luxation spontanée peuvent être la conséquence de cette affection unique.

A une première période, il y a accélération pure et simple de la circulation dans la membrane synoviale. Les capillaires de cette membrane, dilatés, gorgés de sang, lui donnent une teinte inégale, rose en quelques points, d'un rouge vif en quelques autres. Le cours du sang est en partie déplacé ; la nutrition de la synoviale s'exagère, tandis que celle des os languit ; les matériaux calcaires destinés à remplacer les molécules osseuses à mesure que le mouvement de décomposition les entraîne sont, pour ainsi dire, détournés de leur destination et aboutissent à la synoviale. Il en résulte deux ordres de conséquences. En premier lieu les surfaces osseuses subissent des atrophies partielles qui les déforment à divers degrés ; cette atrophie peut porter principalement sur le bord des cavités énarthrodiales, ou sur les saillies condyliennes, et il en résulte des déboîtements articulaires spontanés ; j'ai vu une luxation de la hanche due à cette cause dans le service de M. Michon, à l'hôpital Cochin ; de plus, le tissu intérieur est raréfié, sa consistance diminue plus encore que son volume ; enfin les cartilages diarthrodiaux s'altèrent, se résorbent, et finissent par disparaître ; ce qui est facile à comprendre. Les cartilages ont une vie parasite, leur nutrition s'opère à l'aide des matériaux que fournissent les vaisseaux de l'os subjacent. Or la circulation, insuffisante pour la nutrition des tissus, est, à plus forte raison, insuffisante pour la nutrition des cartilages ; ceux-ci, privés de vie, s'usent mécaniquement et disparaissent. — En second lieu, des ossifications nouvelles se font dans l'épaisseur de la synoviale ou dans les ligaments subjacents ; elles peuvent former des jetées osseuses qui s'étendent d'un os à l'autre et qui rendent l'articulation immobile, ou encore, elles peuvent constituer des îlots isolés, de volume variable, qui ne sont adhérents qu'à la capsule articulaire et qui possèdent une certaine mobilité. Ces îlots de substance osseuse peuvent faire saillie vers l'intérieur de l'articulation ; ils peuvent se pédiculer, et être suspendus dans la cavité articulaire comme des grains de raisin ; enfin leur pédicule peut se rompre ; le produit osseux devient alors entièrement libre, et telle est l'origine des corps étrangers mobiles dans les articulations.

J'ai vu, ajoute M. Deville, un grand nombre de pièces relatives à la maladie que je viens de décrire, et j'ai pu m'assurer que tant de lésions diverses sont réellement dues à une seule et même affection.

M. Broca. Je pense comme M. Deville, que les pièces de M. Sébillotte sont relatives à une forme particulière d'arthrite chronique. J'ai étudié avec soin cette question depuis que M. Deville nous a fait part pour la première fois de ses idées. (Voyez *Bulletin de la Société anatomique*, 1848, page 141), et je suis heureux de dire que la plupart de ces idées m'ont paru exactes. — Il est certain, en effet, qu'il existe une altération spéciale des articulations, bien différentes des tumeurs blanches les plus chroniques, susceptible d'attaquer toutes les jointures, mais étudiée seulement jusqu'ici dans la hanche, où elle a reçu le nom de *Morbus coxæ senilis*. Ce nom est impropre, et parce que l'affection peut exister ailleurs qu'à la hanche, et parce qu'elle peut se manifester longtemps avant la vieillesse. M. Deville nous a dit que cette affection pouvait produire une espèce particulière de luxation spontanée ; j'ai observé quelques faits qui viennent à l'appui de cette assertion.

J'ai trouvé plusieurs fois sur le cadavre les bords de la cavité cotyloïde affaissés, la capsule articulaire détruite par places, la tête fémorale irrégulière et sur le point de se déboîter, sans qu'il y eût aucune des lésions qui accompagnent les tumeurs blanches ; des productions osseuses nouvelles développées sur le col du fémur, et soulevant la synoviale, d'autres productions du même genre dans l'épaisseur de la capsule articulaire, l'érosion des cartilages, l'injection vive des franges synoviales, tout indiquait qu'il s'agissait de l'arthrite chronique sèche.

J'ai vu à la Charité, au commencement de cette année, une femme qui était atteinte d'une luxation spontanée de la hanche gauche, et qui n'avait jamais présenté de signe de coxalgie ; cette malade, âgée de cinquante ans, était placée dans le service de M. Rayer, au n° 1 de la salle des femmes. Voici son histoire en quelques mots : Cette femme marcha sans difficulté jusqu'à la fin de décembre 1848. A cette époque il survint tout à coup un gonflement œdémateux, mais nullement douloureux, de la hanche et de la cuisse gauches ; la malade entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Boyer. On appliqua sur la hanche des emplâtres de poix de Bourgogne, et le gonflement disparut peu à peu. Il ne se manifesta aucune douleur, aucun accident fébrile ; la malade remuait très bien la cuisse gauche ; ces mouvements ne la faisaient nullement souffrir, mais ils s'accompagnaient d'un craquement osseux très fort. Au mois de juin 1848, cette femme quitta l'Hôtel-Dieu avec un raccourcissement considérable ; elle reprit en boitant sa profession de blanchisseuse. Elle entra à la Charité au commencement de janvier pour une affection de la moelle, et voici ce qu'on constatait sur sa hanche gauche. Le grand trochanter était situé en arrière, sur le même niveau que l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il y avait un raccourcissement de 5 à 6 centimètres. On trouvait la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Les mouvements de la cuisse, parfaitement indolents, produisaient au niveau de la hanche des craquements osseux manifestes. — En tirant sur le pied, le raccourcissement disparaissait, on sentait que la tête fémorale rentrait subitement dans le cotyle ; mais dès que la malade se levait, on voyait le raccourcissement se reproduire. — Il me paraît certain que cette luxation spontanée était le résultat de l'arthrite chronique sèche.

Pour revenir à la seconde pièce de M. Sébillotte, je trouve qu'elle diffère un peu de la première. J'y rencontre des signes non équivoques d'inflammation soit dans les os, soit autour des os. Cette sécrétion osseuse, qui recouvre très uniformément la surface du fémur jusqu'à une très grande hauteur, indique que le périoste a été enflammé ; cette couche épaisse de tissus lardacés qui entoure l'articulation, est la preuve d'une inflammation chronique des parties molles ; enfin, les surfaces dépouillées de cartilages ressemblent bien plus à celles que présentent les tumeurs blanches guéries qu'à celles qu'on observe dans l'usure des cartilages. D'un autre côté, l'ossification de certaines parties de la capsule, celle des disques inter-articulaires, se rapprochent de la maladie sur laquelle M. Deville a appelé notre attention. Cette pièce établit donc une transition entre les tumeurs blanches et cette dernière maladie ; elle tend à prouver que les deux affections ne diffèrent que du plus au moins, et sous ce rapport je la trouve très importante.

M. Deville. J'admets d'autant plus volontiers cette dernière remarque, que je considère l'arthrite chronique sèche comme la conséquence du rhumatisme. Le rhumatisme articulaire aigu peut produire des tumeurs blanches ; le rhumatisme chronique produit les lésions que nous avons sous les yeux ; on conçoit très bien, au point de vue pathologique et au point de vue anatomique, qu'il y ait des transitions entre ces cas extrêmes.

POLYPE DU SINUS MAXILLAIRE.

Ablation de la paroi antérieure de la cavité. Excision de la tumeur. Cautérisation. Guérison.

Par M. le Dr Gorré, chirurgien en chef de l'hospice de Boulogne.

Radenne, âgé de trente-sept ans, jardinier, de constitution saine et robuste, bien portant jusqu'à sa maladie actuelle, soumis à mon observation le 5 novembre 1847, ressentait depuis plusieurs mois dans le côté droit de la face une douleur sourde, profonde. La joue de ce côté s'était développée par degrés et amplifiée. La voûte palatine de ce même côté s'était abaissée ; le refoulement de la cloison nasale avait donné lieu à la déviation du nez à gauche. Les dents, dans la portion de l'arcade correspondant à la maladie, étaient ébranlées. L'œil était projeté en avant ; par l'intervalle libre des alvéoles s'échappaient plusieurs petites tumeurs rouges comme fongueuses, saignant avec la plus grande facilité. Le médecin qui jusque-là avait donné ses soins au malade avait, à plusieurs reprises, pratiqué l'excision de ces tumeurs. Une prompte récidive avait démontré l'insuffisance de pareilles tentatives.

En présence des symptômes que je viens de relater, il n'était pas permis de douter que l'origine du mal ne fût dans la cavité du sinus maxillaire ; en d'autres termes, qu'il s'agissait d'un polype du sinus maxillaire. Me rappelant l'opération faite par Desault dans un cas analogue, et qui se trouve rapportée dans le 2e volume de ses œuvres publiées par Bichat, je conçus sur-le-champ l'idée d'enlever, à son exemple, la paroi antérieure du sinus, d'arriver par cette ouverture au produit anormal qu'il contenait, d'en opérer l'ablation, puis de modifier les tissus circonvoisins, afin de prévenir la repullulation, autant du moins qu'il serait possible.

L'opération fut immédiatement proposée ; le malade y consentit sans peine. J'y procédai, ainsi qu'il suit, le 8 novembre.

Toutes les dents ébranlées ayant été arrachées, une incision transversale fut conduite de la tubérosité malaire vers l'angle interne de l'œil ; une seconde incision abaissée de celle-ci sur l'espace compris entre la gouttière labiale et la commissure ; puis la membrane muqueuse buccale étant incisée là où elle se réfléchit sur l'os maxillaire, ce lambeau fut disséqué de bas en haut et maintenu relevé. Je mis ainsi largement à nu l'os maxillaire supérieur, et comme une portion de la paroi antérieure du sinus maxillaire était friable, ramollie, je commençai, m'aidant de pinces et d'un manche de spatule, par enlever quelques détritus osseux qui me permirent de pénétrer dans cette cavité ; puis, armé d'une petite scie à manche, je poursuivis la voie déjà frayée, en faisant jouer par intervalles le ciseau et le maillet ; je parvins à enlever l'opercule antérieur du sinus et à mettre la cavité complètement à découvert.

Cette première partie de l'opération fut longue, laborieuse pour le chirurgien et bien pénible pour le malade, qui la soutint toutefois avec une force de caractère remarquable.

Le sinus avait plus de quatre fois sa capacité ordinaire ; la tumeur qu'il contenait était rouge, arrondie, du volume d'une grosse noix ; elle adhérait mollement à la membrane interne de la cavité dans laquelle elle avait pris naissance, et rien ne me fut plus facile que de l'en détacher et d'en faire l'éradiation complète. Je portai ensuite sur la surface muqueuse un cautère olivaire chauffé à blanc, et j'achevai l'opération en rabattant le lambeau, qui fut maintenu par quelques points de suture entortillés.

Les suites de cette opération furent aussi simples qu'heureuses. Les accidents de réaction, conséquence inévitable de la mutilation douloureuse à laquelle l'opéré avait été soumis, furent combattus avec succès par une double saignée pratiquée dans la journée du lendemain. Rien dès lors n'entrava plus la marche vers la guérison ; celle-ci pouvait, un mois plus tard, être regardée comme complète, et déjà le malade se trouvait capable de reprendre ses travaux habituels. Trente mois se sont écoulés depuis, et j'ai la satisfaction de pouvoir déclarer que la guérison ne s'est pas démentie.

(*Journal des Conn. méd.-chirurg.*)

EMPLOI DU CARBAZOTATE DE POTASSE

comme fébrifuge.

Par M. le docteur Gouzée.

Séduits par l'extrême amertume du carbazotate ou picronitrate de potasse, quelques médecins crurent voir en lui un fébrifuge destiné à supplanter l'écorce du Pérou. M. Gouzée, chargé de le soumettre au creuset de l'expérience, suivit la marche que doit toujours prendre un expérimentateur consciencieux et éclairé : il ne l'administra pas dans tous les cas indistinctement, car, dit-il, « ce nouveau médicament aurait » fait des merveilles aux doses les plus minimes si j'en avais » généralisé l'emploi et si chaque fois j'avais eu hâte de le » prescrire. C'est pour n'avoir pas usé de cette réserve que » tant de médecins ont vanté tour à tour comme fébrifuge » une foule de substances dont l'inertie plus ou moins com» plète n'a pas tardé à être reconnue, et qui ont bientôt été » abandonnées par ceux mêmes qui les avaient préconisées. »

Conformément à ce précepte si sage, M. Gouzée n'essaya le carbazotate de potasse sur les fébricitants qu'après que l'expectation eut été reconnue impuissante.

Comme il s'agissait de s'assurer si le carbazotate de potasse est ou n'est pas fébrifuge, il était nécessaire de n'employer concurremment aucun autre moyen capable d'influer sur la terminaison des accès, et en même temps de ne rien faire qui pût contrarier les effets du médicament essayé. Les malades soumis au traitement restaient au lit et étaient astreints à la diète ou à un régime très léger. En pareil cas et dans les mêmes circonstances, seize ou douze grains de sulfate de quinine, administrés convenablement et à propos, et quelquefois une moindre dose encore, mettent immédiatement fin aux accès.

De ces expériences si bien faites, M. Gouzée déduit les conséquences suivantes, que l'on peut considérer comme définitives :

1° Le carbazotate de potasse n'est pas doué de propriétés fébrifuges ;

2° Il n'a aucune action sur l'engorgement de la rate ;

3° Il provoque dans les organes digestifs des troubles remarquables par leur fréquence, et qui varient en intensité selon les sujets, les doses du médicament, la durée de son administration ;

4° Ce sont, suivant l'ordre de la fréquence, des borborygmes, de la diarrhée, l'ictère, des élancements dans l'abdomen, des coliques, des douleurs d'estomac ;

5° Ces accidents sont peu durables ; ils cessent, à l'exception de l'ictère, peu après la cessation de l'usage du médicament.

(*Presse médicale belge.*)

CAUCHEMAR

occasionné par un prolongement excessif de la luette.

Par le docteur West.

Le nommé Bronckaert, âgé de vingt-deux ans, d'une cons-

titution faible, s'étant plaint de cauchemar épouvantable survenu pendant deux nuits de suite, M. West lui conseilla de ne prendre que peu de nourriture le soir, de se coucher sur le côté droit, la tête et les épaules assez élevées, croyant que ces moyens suffiraient.

Cependant au bout de trois semaines il revint trouver M. West, lui disant que le cauchemar se reproduisait chaque nuit, qu'il n'avait plus de repos à espérer, et qu'il finirait par y succomber. Le praticien, dont l'attention était éveillée par ces circonstances extraordinaires, remarqua une gêne notable de la respiration ; il fit ouvrir la bouche, et vit avec étonnement que la luette avait à peu près deux pouces de longueur sur quatre lignes de largeur. De suite il comprit que cet organe ainsi développé pouvait gêner la respiration au point de provoquer les angoisses du cauchemar ; il en excisa une portion longue à peu près d'un pouce et trois quarts. Depuis lors, Bronckaert n'eut plus de cauchemar, et devint fort et bien portant.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher cette intéressante observation de celles du docteur Hoebeke (*Presse médicale*, n° 12), dans lesquelles nous avons vu l'hypertrophie de la luette entretenir des augines opiniâtres qui auraient pu faire croire à l'imminence d'une phthisie laryngée.

Le *Moniteur* d'hier contient deux décrets du président de la République, contresignés par M. Dumas, ministre de l'agriculture et du commerce.

Le premier, se rapportant à la loi du 3 mars 1822, sur la police sanitaire, décrète :

Art. 1er Les provenances des pays où règne le choléra pourront être soumises, dans les ports de la Méditerranée, à une quarantaine d'observation de trois jours au moins, et de cinq jours au plus.

Art. 2. Si, pendant la durée de la quarantaine, il ne s'est manifesté aucun cas de choléra, les provenances seront admises en libre pratique ; dans le cas contraire, la quarantaine d'observation pourra, par décision de l'intendance sanitaire, être prolongée de cinq jours, à partir de l'invasion du choléra chez le dernier malade.

— Dans le *second décret*, précédé d'un *rapport*, le conflit élevé entre l'intendance sanitaire et le gouvernement est tranché par la suppression de l'intendance.

« L'intendance sanitaire, dit le ministre, a mis en quarantaine à partir du 5 de ce mois, et sans avoir pris les ordres du gouvernement, divers bâtiments qui, aux termes de l'arrêté du chef du pouvoir exécutif du 25 octobre 1848, sur les provenances des pays atteints par le choléra, auraient dû être admis à la libre pratique.

» L'intendance ayant formellement refusé de se conformer à l'exécution de l'arrêté, j'ai l'honneur, M. le président, de soumettre à votre signature le projet de décret ci-joint, qui a pour objet de conférer à un commissaire du gouvernement les attributions dont elle était investie. »

Ce projet est approuvé et signé par M. le président de la République, et le commissaire nommé par le ministre est placé sous l'autorité du préfet des Bouches-du-Rhône.

Suit un arrêté du ministre, ainsi conçu :

« Art. 1er. Les membres de l'intendance sanitaire de Marseille sont révoqués.

» Art. 2. M. le docteur Meslier, membre de l'Académie nationale de Médecine et du comité consultatif d'hygiène, est nommé commissaire extraordinaire du service sanitaire à Marseille.

» Il remplira, sous l'autorité du préfet, les fonctions attribuées aux administrations sanitaires par l'ordonnance du 7 août 1822.

» Il se concertera avec ce magistrat sur les dispositions à prendre pour assurer l'exécution des lois et règlements, et prescrira, suivant les circonstances, toutes les mesures qui pourront intéresser la santé publique.

» Il est, en outre, chargé de préparer la mise à exécution du décret relatif au transfert du lazaret de Marseille au Frioul, et de rechercher les meilleures conditions pour l'organisation du service sanitaire, et la réduction des dépenses qui s'y rattachent. »

NOUVELLES.

Selon la *Lancette anglaise*, l'illustre sir Robert Peel était d'une susceptibilité nerveuse extraordinaire. Les plus légères douleurs physiques, la plus simple émotion provoquaient en lui la syncope et quelquefois des troubles graves.

— L'Association provinciale des médecins et chirurgiens de l'Angleterre a adressé au parlement une pétition collective pour demander une loi régularisatrice de la vente des poisons ; mais, en attendant, elle propose qu'on règle la vente de l'arsenic en en défendant la vente à d'autres qu'aux chimistes, droguistes ou apothicaires, en limitant la vente aux personnes adultes notoirement connues ou ayant des répondants, et en obligeant l'acheteur à inscrire son nom et son adresse sur un registre spécial. Bref, on demande en Angleterre ce qui existe chez nous depuis longtemps.

— Un hôpital de Londres, King's collége hospital, se trouvant trop petit pour les élèves et les malades, on a décidé de le reconstruire ailleurs, et une personne anonyme a fait don d'une somme de 5,000 liv. st. (125,000 fr.), à condition que le conseil voterait dans le même but une somme égale, ce qui a eu lieu. Les dépenses de cet hôpital s'élèvent chaque année à 35,000 liv. st. (875,000 fr.)

— Il a régné dernièrement dans la commune de Roca, près de Nice, une épidémie de variole qui a fait beaucoup de victimes. Il y a un village dans lequel, sur 85 habitants, il y en a plus de 20 qui ont été affectés de la maladie.

— Le nombre des morts enregistrés le 13 juillet à Londres était de 781. La moyenne de la mortalité, dans la vingt-huitième semaine de toutes les années de 1840 à 1849, est de 967, ce qui donne une diminution notable dans le chiffre de la mortalité pour l'année présente. Les maladies éruptives ou épidémiques n'ont donné que 168 décès, dont 9 de variole, 16 de rougeole, 23 de scarlatine, 23 de coqueluche, 30 de typhus, 37 de dysenterie ; 7 décès, dont 3 chez des enfants, sont attribués au choléra ; mais ces cas n'auraient pas les caractères du choléra épidémique.

— L'université de Londres coûte à peu près à l'Etat 4,000 livres sterling par an. Les universités d'Ecosse coûtent 8,000. Ces établissements ne sont pas publics.

— Il existe en ce moment, en Irlande, 60 hôpitaux pour le traitement des fièvres. Le nombre des malades traités dans chacun, en 1849, a varié de 40 à 2,948. Le nombre total des dispensaires et des infirmeries s'est élevé, en 1849, à 764.

— L'Etat de Pensylvanie (Amérique) vient d'accorder une institution médicale dont les postes seraient occupés par des femmes. On ajoute qu'Elisabeth Blackwell, graduée par l'École de Genève (Etats-Unis) et qui est venue du reste étudier ensuite la médecine à Paris, se porte candidat pour la chaire de chirurgie.

— *Tentatives de suicide chez les grands hommes.* — Châteaubriand avait été destiné par sa famille à la prêtrise : rien de plus simple ; il était cadet. Mais cet enfant, qui devait être le restaurateur du christianisme en France, avait de trop grands instincts d'indépendance et de liberté pour ne pas sentir qu'il serait un mauvais prêtre. Cette perspective qu'il fallait subir, car alors la vocation était peu ou n'était point consultée, cette perspective, disons-nous, lui parut tellement affreuse qu'il conçut bien véritablement le dessein d'échapper par un suicide au sort qui l'attendait. Mais la difficulté fut tranchée par un arrangement qui agréait davantage à cette nature bouillante et aventureuse : il fut décidé qu'au lieu de rabat, il prendrait l'épée, et il arriva effectivement en 1789 à Paris avec un brevet de sous-lieutenant au régiment de Navarre (*Semaine*, 20 août 1848).

On peut lire dans les *Mémoires d'outre tombe*, page 342, le récit de cette grave circonstance de la vie de Chateaubriand. Le suicide ne manqua que parce que le coup de fusil ne partit pas. M. Lamartine, dans Raphaël, fait allusion à une épisode de sa vie qui eut aussi le suicide pour sujet. Nous avons raconté dans les *Annales d'hygiène* l'anecdote de la tentative de suicide de Napoléon, empruntée à ses manuscrits. Il y aurait de curieux rapprochements à faire sur la fréquence de cette pensée, chez les hommes célèbres ; mais il est certain que si la folie en était la seule explication possible, le sort du vulgaire serait seul enviable.

(*Ann. méd. psych.*)

— *Aliénés libres en Irlande.* — On comptait au dernier recensement dans ce pays, en outre des aliénés renfermés dans les hôpitaux, 488 aliénés qui étaient dans leurs familles, dont 305 imbéciles, 189 aliénés et 198 idiots.

Il résulte de ce document, que la dix-huitième partie des aliénés de ce pays, d'après le chiffre officiel évalué à 12,297, n'était point comprise dans le recensement. La même observation, mais dans une proportion beaucoup plus élevée, s'applique à la France. On ne peut se faire une idée du chiffre considérable d'aliénés, de déments, d'idiots qui restent dans leurs familles, sont placés dans les établissements religieux, les pensions bourgeoises ou confiés à des particuliers.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

DI 31 JUILLET 1850. (23e ANNEE.) 3e SERIE. — TOME II. — N° 91.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
Paris	24 fr.	13 fr.	7 fr.
Départements	26 fr.	14 fr.	8 fr.
Étranger	30 fr.	16 fr.	9 fr.

PARIS, 30 JUILLET 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Le petit coup d'Etat sanitaire exécuté par M. Dumas a ému jusqu'au pacifique M. Gaultier de Claubry, qui en a pris occasion pour venir gourmander la commission du choléra dans une petite allocution parfaitement pensée et convenablement écrite. On aurait peut-être pu trouver un prétexte plus simple et plus naturel, mais on ne saurait nier le bon droit de M. Gaultier. Sous prétexte d'amasser de nouveaux matériaux, d'en attendre d'autres, les commissaires évitent de se rendre aux convocations, et vont visiter leurs villas ; le rapporteur pérégrine, dit-on, sur les chemins de fer de la Belgique et de la Grande-Bretagne ; et, avec cette manière d'aller, comme l'a dit M. Gibert, l'Académie pourra bien avoir un rapport lorsqu'on aura résolu le problème de la quadrature du cercle. Ce que dit M. Gibert n'est que trop vrai, non-seulement à propos du choléra, mais à propos de bien d'autres rapports. Nous connaissons, entre mille, certain mémoire sur la suette, qui n'a pas été sans faire quelque sensation à sa naissance, et qui n'en dort pas moins depuis longtemps du sommeil des innocents, pour parler le langage de l'Evangile. Du temps du vertueux Capuron, Mme Coquillard était plus heureuse que cela. Mais, hélas! les Caprurons, sous tous les rapports, sont rares à l'Académie. Que l'Académie ne s'y trompe pas néanmoins, ces lenteurs lui nuisent singulièrement. Déjà plusieurs fois nous l'en avons avertie, avec cet intérêt réel et profond que nous lui portons ; nous l'en avertissons encore, mais en désirant vivement de n'être point obligé de recommencer trop souvent; car un temps viendrait où tout avertissement serait inutile, et où tous les jeunes savants qui ont une idée à faire germer, à soumettre à la grande épreuve de la publicité, un jour viendrait où ces savants, à force de parcourir en vain le chemin de l'Académie, en auraient pris un autre, et laisseraient l'herbe croitre sur le premier comme sur les ruines qui n'out plus qu'un intérêt historique.

Aujourd'hui cependant l'Académie a donné deux bonnes preuves de vie par l'organe de MM. Robert et Bégin, qui ont lu chacun un rapport, c'est-à-dire, au total, deux bons rapports. M. Bégin n'en fait pas d'autres, et et M. Robert prend le chemin de M. Bégin. Ces deux rapports sont malheureusement assez peu susceptibles d'analyse ; le premier est hérissé de détails pratiques et techniques qui ne sauraient être tronqués, et celui de M. Bégin n'est lui-même qu'une analyse substantielle, et une appréciation concise d'un important mémoire de M. Hénot sur la désarticulation coxo-fémorale.

Après que la lecture de ces deux rapports a été terminée, M. Rivallié a présenté à l'Académie une malade fort intéressante, chez laquelle il a pratiqué avec un certain succès la cautérisation d'une tumeur cancéreuse du bras. Ce fait, dont on trouvera l'exposé au compte-rendu, est évidemment très digne de l'attention des praticiens, et doit encourager M. Rivallié dans les tentatives qu'il poursuit déjà depuis un certain temps.

En résumé, nous avons assisté à une bonne et fructueuse séance. Mais que l'Académie n'oublie pas trop et ne dédaigne pas les conseils que nous lui donnons dans son intérêt.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

De l'hémorrhagie cérébrale.

Anatomie pathologique. — Sous la dénomination d'apoplexie, les anciens désignaient d'une manière générale toutes les maladies dont le début est brusque et qui sont caractérisées par la perte plus ou moins rapide du sentiment et du mouvement. C'est une expression qui doit être maintenant bannie, car elle est essentiellement obscure; elle manque de précision et peut désigner une foule de maladies différentes. Le mot d'apoplexie a été remplacé par celui d'hémorrhagie cérébrale, dénomination qui indique de suite la nature de la maladie dont nous allons vous entretenir.

C'est seulement depuis l'année 1812 que les recherches sur le siége de l'hémorrhagie cérébrale commençaient à acquérir une valeur réelle. Les travaux de Lieutaud, de Bonnet, de Morgagni présentèrent quelques points d'observation intéressants; mais, d'après ce que je vous ai dit de l'opinion des anciens sur l'apoplexie, vous devez comprendre que, tout en rendant justice à Lieutaud, l'anatomie pathologique de l'hémorrhagie cérébrale n'ait rien présenté de positif dans son étude.

Pinel avait pensé que le côté gauche du cerveau était plus souvent affecté que le côté droit, à cause, disait-il, de sa faiblesse naturelle par suite de la prédominance de l'exercice du côté droit du corps. Pinel était évidemment dans l'erreur; car, d'après les relevés de M. Rochoux, sur 65 cas on trouva le siége de l'hémorrhagie 22 fois à gauche et 22 fois à droite. M. Andral a fait également le relevé de 360 cas, et dans lesquels la parité a été à peu près égale.

Tous les points du cerveau peuvent être le siége de l'hémorrhagie cérébrale : dans un cas que je vous ai présenté à notre dernière leçon, l'hémorrhagie se trouvait dans le corps strié; on la trouve souvent aussi dans les couches optiques, surtout à la partie antérieure de ces corps; on a rencontré des caillots dans le centre ovale, dans les lobes antérieurs; il n'est pas, enfin, de partie du cerveau qui ne puisse être le siége de l'hémorrhagie; mais c'est évidemment dans les parties les plus vasculaires du cerveau, dans le corps cannelé, que les hémorrhagies se rencontrent le plus fréquemment.

De dehors en dedans, j'ai vu des hémorrhagies se produire entre la dure-mère et le feuillet de l'arachnoïde qui la tapisse. Cette hémorrhagie a été niée; mais j'ai pu garder la pièce, et, ce qui a pu causer l'erreur, c'est que, sur le caillot qui s'est formé dans la cavité de l'arachnoïde, il se forme une pseudo-membrane qui se continue avec la séreuse de la dure-mère. C'était bien une hémorrhagie inter-membraneuse, car sur la pièce dont je vous parle j'avais pu vider la cavité, et il était resté une poche saillante faisant corps avec l'arachnoïde; ce feuillet séreux n'était nullement douteux, et l'arachnoïde avait été séparé par l'épanchement du feuillet de la dure-mère. J'ai vu depuis deux faits absolument semblables et qui prouvent évidemment l'existence du feuillet séreux décrit d'ailleurs par Bichat.

Ainsi donc l'hémorrhagie peut se faire dans l'arachnoïde, sous l'arachnoïde sans altération de la pulpe cérébrale, rarement dans la substance corticale; assez fréquemment dans la substance blanche, dans les corps striés; on l'a trouvée encore dans le mésocéphale, dans le septum médian, dans les pédoncules cérébraux, dans la protubérance.

Le nombre des hémorrhagies est extrêmement variable; le plus souvent, il n'y en a qu'une seule; d'autres fois, il en existe plusieurs et à des degrés différents. J'en ai trouvé plus de 40 dans un cerveau, et enfin j'ai compté jusqu'à 300 kystes apoplectiques dans le même cerveau. Je ne puis m'empêcher de vous citer un fait dont j'ai été témoin dans ma jeunesse, et qui m'a laissé la plus profonde impression. Pinel, en faisant sa visite, était pris assez fréquemment d'un engourdissement dans un membre; cette légère paralysie durait deux jours, trois jours, puis se dissipait : Pinel eut huit accidents pareils, huit attaques d'apparence légère, pour lesquels il se mettait à la diète, sans employer d'autres moyens de traitement. Pinel mourut à l'âge de 85 ans d'une pneumonie. On fit l'autopsie en présence de Dupuytren, d'Esquirol et de douze autres médecins : Breschet tenait le scalpel. Je donnai quelques renseignements sur les accidents que Pinel avait présentés du côté de l'encéphale, et j'annonçai qu'on trouverait huit kystes dans le cerveau ; on trouva, en effet, ces kystes à différents degrés. Ce fait, intéressant au point de vue de la multiplicité des kystes hémorrhagiques, nous offrira aussi des considérations intéressantes à examiner quand nous aborderons la question du diagnostic.

Le volume du sang épanché peut être assez considérable pour avoir broyé un hémisphère en entier; c'est ce qui a pu faire croire à certaines apoplexies dites foudroyantes. Dans d'autres cas, ces hémorrhagies sont extrêmement petites. Morgagni a décrit de petits ventricules dans les corps cannelés, qui ne sont autre chose que de petits kystes gros comme un très petit pois. Il y en a de plus petits encore.

Le sang peut s'épancher en outre dans les ventricules, sans produire d'altération dans la substance cérébrale.

Avant de décrire le foyer apoplectique, examinons avec soin les phases différentes dans lesquelles on peut rencontrer les phénomènes anatomiques de l'hémorrhagie cérébrale.

Les phénomènes de l'hypérémie cérébrale seront d'abord facilement distingués de ceux de l'hémorrhagie. C'est ainsi que la face, les yeux seront injectés fortement; que le cuir chevelu, le crâne et même les os seront gorgés de sang; que les vaisseaux qui rampent sur la dure-mère à la surface du cerveau, les sinus, la substance spongieuse elle-même seront le siége d'une imbibition sanguine considérable.

Dans l'hémorrhagie moyenne, les circonvolutions du côté de l'hémisphère où siégera l'hémorrhagie seront aplaties. Cette disposition est due à la compression des circonvolutions par l'hémorrhagie, et m'a suffi souvent pour annoncer l'altération existante. Les circonvolutions sont moins saillantes, leurs bords plus aigus ; la surface, sèche au début, devient plus tard imbibée de sérosité.

Dans le ramollissement, on ne trouve pas d'aplatissement des circonvolutions, et les membranes de la pie-mère renferment une certaine quantité de liquide.

En approchant du foyer, la substance cérébrale prend une teinte jaune-serin qui est due à un simple phénomène d'imbibition ; c'est un effet ecchymotique qui se produit dans tous les tissus. Plus près des parois du foyer, le tissu est ramolli ; mais ce ramollissement n'est que le produit de l'hémorrhagie; la substance cérébrale est rouge, violacée, pénétrée, imbibée par le sang infiltré dans ses mailles. Je me trouve, à ce point de vue, complétement en désaccord avec l'opinion de M. Rochoux.

Bayle est le premier qui ait vu et fait remarquer que la guérison avait lieu par le moyen d'une fausse membrane. Dans les premiers jours qui suivent une hémorrhagie cérébrale, la surface interne du kyste est inégale, irrégulière, déchirée par la perte de substance qui s'est opérée. Ce fait est important à considérer ; car cela explique pourquoi, dans certains cas, le mouvement peut revenir dans un membre paralysé, et pourquoi, dans d'autres circonstances, il est pour toujours aboli. Dans le premier cas, en effet, il y a eu seulement séparation des fibres, et, dans d'autres, il y a eu broiement de la substance cérébrale.

Le sang, dans les premiers jours, présente la consistance de la gelée de groseilles; il est mou ; quatre ou cinq jours après, sa couleur est brunâtre, et sa consistance, augmentée dans le centre, est diminuée à la périphérie.

A une époque plus éloignée, le foyer contient une plus grande quantité de sérosité jaunâtre ; sa surface est moins tomenteuse, commence à se tapisser d'une fausse membrane qui devient de plus en plus mince, s'atrophie et disparaît au bout d'un an à dix-huit mois. On trouve alors, à la place du foyer, un espace vide, parfaitement arrondi, espèce de ventricule accidentel, à teinte jaunâtre-safrané, persistant toute la vie. Le procédé qu'emploie la nature pour ce mode de guérison est des plus ingénieux. La fausse membrane sécrète un liquide qui dissout le caillot de dehors en dedans, et il est alors facile à l'absorption d'enlever le détritus de ce caillot. Il faut à peu près trois mois pour l'absorption du caillot dans les hémorrhagies d'une moyenne étendue. Lorsqu'au bout de ce temps il n'y a pas d'amélioration notable dans le membre paralysé, c'est qu'il y a eu perte de substance, et, dans ce cas, la guérison est impossible.

Mais la nature n'a pas qu'un seul moyen de guérison : il ne se fait pas, en effet, toujours de kyste; le sang peut être enlevé, et on ne trouve plus que des filaments celluleux s'étendant d'un côté à l'autre, sorte de réseau celluleux rempli d'un fluide séreux lactescent ; la couleur jaune a disparu, et on a cru que cette altération était le résultat d'un ramollissement blanc guéri.

Plus tard, les parois du kyste se rapprochent et constituent une véritable cicatrice du cerveau, altération qui a pu échapper à des yeux peu exercés. Cette cicatrice est linéaire ; elle est constituée par des fibres inégales présentant un enchevêtrement très dense, arrêtant le scalpel dans les coupes du cerveau. C'est encore un autre mode de guérison. Il y a vingt-cinq ou trente ans que j'ai décrit ce mode de guérison, qui est encore très peu connu.

Maintenant, si nous examinons de quelle manière peuvent se faire les hémorrhagies cérébrales, quelles sont les causes immédiates de cet accident, nous verrons que les auteurs ont adopté des théories diverses sur la formation de ce phénomène. Les uns, avec M. Serres, ont regardé la rupture d'une artère comme la cause constante de l'hémorrhagie cérébrale. Cette supposition doit être vraie; mais je dois dire qu'on n'a jamais vu le point où l'hémorrhagie a pu se faire, et que cette supposition n'est fondée que sur la disposition anatomique des artérioles du cerveau, qui seraient privées d'une troisième membrane. Nous devons ajouter que les artères cérébrales sont le siége fréquent des ossifications qui viennent altérer leur tissu.

Dans un deuxième cas, on peut admettre qu'une veine se rompt. M. Cruveilhier refuse d'admettre cette possibilité.

Enfin, d'autres pensent avec Broussais que la cause de l'hémorrhagie cérébrale est un effet de l'inflammation ; que l'hémorrhagie cérébrale ne serait autre chose qu'une inflammation, qu'une encéphalite. Broussais se fondait pour appuyer cette idée sur les phénomènes précurseurs, fait opposé à l'observation, et surtout sur les ossifications des artères, phénomène qui, en effet, aurait pu être un des accidents de l'inflammation. Dans les quatre cinquièmes des cas, de l'aveu même de M. Rochoux, qui admet le ramollissement inflammatoire, il n'y a pas de phénomènes précurseurs dans l'hé-

morrhagie cérébrale; en outre, le ramollissement n'est pas toujours inflammatoire. Enfin, pour combattre cette dernière erreur de philosophie médicale, dans laquelle Broussais donne l'ossification comme le résultat de l'inflammation, il est vrai que dans certains cas on l'a observée et notamment chez les jeunes sujets, et d'un fait on a tiré une conclusion fausse. Un des effets de la doctrine de Broussais a été de faire combattre par des antiphlogistiques ces ossifications, que j'ai trouvées pendant plus de vingt ans chez des vieillards, dont le plus jeune avait soixante-dix ans, qui n'avaient jamais été affectés d'artérites, et chez lesquels ces dépôts de phosphates calcaires n'étaient le fait que d'une altération de nutrition due aux progrès de l'âge, un commencement véritable de la mort sénile.

Les autres théories émises par les auteurs, et notamment par les anciens pathologistes, ne méritent pas d'être exposées ici; nous en parlerons cependant en traitant de la nature de l'hémorrhagie cérébrale. Ch. Frémy.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— M. Falret.

Des Illusions.

(Cinquième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai, 20 juin, 2, 11, 23 et 30 juillet.)

Nous venons de faire la pathologie générale des troubles de la sensibilité et de l'intelligence dans les maladies mentales, et cependant nous allons vous parler longuement de deux phénomènes psychiques, des illusions et des hallucinations. Est-ce que ces phénomènes seraient tellement spéciaux qu'ils n'appartiendraient ni à l'une ni à l'autre des deux catégories de symptômes précédemment examinés? Non sans doute. Ces phénomènes, que la plupart des auteurs ont rapportés à la lésion des sensations et que nous rattachons à celle des facultés intellectuelles, n'auraient pas dû, selon les lois de la logique et d'après notre manière de voir, être séparés des autres lésions de l'intelligence, dont elles ne diffèrent que par l'objet, qui est une sensation, au lieu d'être une idée ou un sentiment; mais, l'usage ayant prévalu de les décrire isolément, nous allons payer ce tribut aux habitudes ordinaires de la science. Toutefois, dans l'examen détaillé que nous allons faire des illusions et des hallucinations, nous nous efforcerons de rendre manifestes les liens nombreux qui les rattachent à tous les autres symptômes du délire, et nous aurons pour but de vous démontrer que la tendance actuelle de la science doit être de fondre ces phénomènes dans l'ensemble des perturbations de l'intelligence, bien loin de chercher à les en séparer, comme on l'a fait généralement jusqu'à ce jour.

On a désigné par le mot d'illusion et certaines erreurs des sens et certaines déceptions de l'esprit.

Par le mot hallucination, des auteurs, tel que Sauvages, ont entendu désigner les erreurs de jugement par suite d'une lésion des sens; c'est ainsi que ce nosologiste a mis les erreurs consécutives à la bévue, à la berlue, au tintoin, dans le premier ordre de la classe des folies; Sagar les regarde comme de fausses perceptions et les place dans le premier ordre des vésanies; Linnée, au contraire, les range dans l'ordre des maladies de l'imagination; Cullen place les hallucinations parmi les maladies locales; Darwin et, sous son influence, les médecins anglais donnent le nom d'hallucination au délire restreint à un sens, ou bien ils en font le synonyme de délire. Enfin, le phénomène appelé actuellement hallucination a été généralement désigné sous le titre générique de *vision*.

Esquirol, auquel revient l'honneur d'avoir mieux étudié qu'aucun de ses prédécesseurs ce phénomène du délire, ne nous paraît pas avoir pénétré assez profondément dans l'analyse psychologique de l'hallucination, et, s'il a bien précisé les différences qui distinguent ce phénomène de l'illusion, il n'a pas nettement aperçu les analogies qui doivent les rapprocher.

Démêler les caractères psychologiques des illusions et des hallucinations, négligés ou incomplétement appréciés par Esquirol; par cette distinction s'élever à la précision de leurs différences et de leurs analogies, et arriver ainsi à la connaissance plus complète de leur nature, tel est le but de nos efforts.

Esquirol a placé une ligne de démarcation tout à fait rigoureuse entre les illusions et les hallucinations; il a bien vu que ces deux phénomènes avaient une origine toute différente, mais il n'a pas, selon nous, vu aussi clairement les phénomènes communs qui sont les plus importants, en même temps qu'il n'a pas fait une part convenable à la lésion relative des facultés dans cette espèce de délire.

Une grande partie des considérations que nous allons présenter auront pour objet ces diverses appréciations.

Et d'abord, les illusions et les hallucinations constituent-elles un phénomène identique ou totalement différent? Ou bien encore, distinctes par leur origine, ont-elles des caractères psychologiques qui rapprochent leur nature?

L'illusion a évidemment une cause extérieure, une impression actuelle; l'hallucination, au contraire, a lieu spontanément, sans provocation aucune du monde extérieur. C'est là un caractère tranché qui ne permet pas de confondre les deux phénomènes; mais, si les caractères psychiques dans l'illusion et l'hallucination sont les mêmes, tout en considérant la distinction des causes, nous admettrons une grande ressemblance de nature; nous serons entraînés à la même conséquence, si nous constatons que la représentation spontanée de certaines impressions ne suffit pas pour caractériser le délire, et que, dans les deux cas, l'intervention des opérations intellectuelles est indispensable pour constituer l'état maladif.

Mais avant d'entrer dans cette discussion, abordons les détails relatifs à chacun des deux phénomènes, et préparons ainsi l'exposé de leurs caractères différentiels et de leurs caractères communs.

Commençons par les illusions.

Nos remarques ne s'appliqueront pas aux illusions des sens qui font partie des lois de l'optique, illusions normales, quoique la perception soit constamment une erreur; c'est ainsi que, vue de loin, une tour carrée paraît ronde, qu'un bâton plongé dans l'eau limpide semble coupé au point d'immersion, que le rivage paraît fuir quand on est dans un bateau, que, dans les pays montagneux, on prend souvent des nuages pour des montagnes, et que les panoramas, les dioramas bien faits nous illusionnent merveilleusement sur les distances et la grandeur, au point de mettre le témoignage des sens et de la raison dans une opposition des plus extraordinaires.

Il ne doit être ici question que des illusions anormales qui dénotent un état maladif, ou tout au moins une indisposition passagère du cerveau qui perçoit, ou du sens qui est impressionné. Parmi les illusions qui tiennent à la lésion des organes des sens, nous citerons le *tintoin*, la *paracousie*, la *berlue*, la *nyctalopie*. Dans la berlue, on croit voir des filaments, des lignes droites, tortueuses, en spirales ou en anneaux, interposés entre l'œil et les objets; quelquefois ce sont des taches, diverses par leurs dimensions, par leurs couleurs, par leurs formes, de manière à imiter certains animaux, par exemple, les mouches, les araignées et les serpents. Ces taches paraissent fixes, ou d'une mobile rapidité; le plus souvent ces images sont noires, quelquefois demi-transparentes, d'autres fois l'œil est ébloui par leur clarté étincelante, et, lorsque le mouvement se joint à cet éclat de lumière, l'œil croit voir des flammes, des croissants lumineux, des étoiles, des soleils, des gerbes de feu; d'autres fois, apparaît chez ces mêmes personnes une clarté soudaine au milieu d'un brouillard plus ou moins épais.

Dans certaines ophthalmies, tous les objets semblent revêtir la couleur pourpre; dans quelques maladies de l'oreille interne, les malades croient entendre le bruit du soufflet, des cloches, etc.; dans les affections de la muqueuse nasale, des impressions singulières sont souvent éprouvées; enfin, sous l'influence de boissons excitantes, il n'est pas rare de voir se produire, au milieu de la nuit, des lueurs comme phosphorescentes qui présentent les formes les plus fantastiques.

Eh bien! dans tous ces cas, pour que l'illusion devienne un symptôme de délire, il faut que le jugement soit complice de l'illusion produite par le sens; lorsqu'il y a simple modification maladive des appareils sensoriaux et que les illusions sont rectifiées par le jugement, elles ne sont plus du domaine de la pathologie mentale.

Ainsi, il y a des illusions des sens et il y a des illusions de l'intelligence. Si cette distinction avait été toujours présente à l'esprit, on n'aurait jamais pu confondre les illusions des sens avec les hallucinations, et les illusions de l'intelligence, au contraire, en auraient été naturellement rapprochées. Nous venons de citer des exemples des illusions des sens; disons maintenant que la vue d'un géant dans un moulin à vent est une illusion de l'intelligence. Comment a lieu, en effet, cette dernière illusion, ou du moins comment la concevoir?

La chevalerie est pour Don Quichotte une idée fixe; il ne rêve que torts à redresser, que combats à livrer. Dans cette disposition d'esprit, l'idée de géant lui apparaît comme celle d'un adversaire digne de son courage, et bientôt le moulin à vent qui est devant lui est transformé en géant; séduit sans doute par quelques faibles apparences, la hauteur du moulin lui retrace celle du géant, et les ailes du moulin les cent bras attribués aux géants. Il est même possible que Don Quichotte ait la sensation confuse d'un moulin à vent, qu'il en ait une vague conscience; mais que peut la faiblesse de cette sensation contre la force de l'idée fixe?

La sensation n'est donc que l'occasion d'une erreur dont la cause est dans l'esprit.

Conformément à notre coutume, rappelons les phénomènes qui, dans l'état normal, se rapprochent de l'illusion, afin de mieux faire comprendre l'état pathologique.

Ce n'est pas seulement chez les aliénés que l'on observe des illusions sensoriales; elles ne sont pas rares chez les personnes faciles à émouvoir, dont l'imagination est vive et féconde, surtout quand leur esprit est dans l'attente et sous l'influence de la prévention, du désir ou de la crainte; alors un objet vaguement tracé pourra revêtir les formes d'un homme, d'un animal; un bruit confus en imposera quelques instants pour le son lointain du canon, pour l'harmonie d'un concert; toujours conformément à quelque préoccupation ou bien à l'image qui s'offre la première au moment où les sens reçoivent l'impression.

Avec son esprit et sa grâce accoutumée, Fontenelle a donné un exemple de ces illusions dans son livre *De la pluralité des mondes*:

« Un prêtre et une jeune dame, dit-il, causant au clair de lune, examinent simultanément des ombres qui apparaissent dans cet astre. Ne vous semble-t-il pas apercevoir des clochers? dit le prêtre. — Ob! mais non, repartit la dame, il n'y a aucune ressemblance, on dirait plutôt deux amants. »

Qu'arrive-t-il aux personnes nerveuses et pusillanimes laissées seules pendant la nuit, dans un lieu où elles ne se croient pas en sûreté?

Si leurs sens ne reçoivent aucune impression, elles restent sous le poids d'un sentiment vague de frayeur; mais que tout à coup un objet mal dessiné frappe leur vue, qu'un bruit se fasse entendre, alors l'imagination s'emparera de cette sensation réelle, et bientôt, suivant la préoccupation craintive dominante, il semblera que ce sont des malfaiteurs qui s'avancent, des animaux redoutables qui se découvrent aux yeux. En un mot, toutes les impressions faites sur les sens recevront le coloris de la prévention. Mais, tout ce monde fantastique qui subjugue l'esprit, comme autant de réalités présentes, ne pourrait surgir sans une impression, et c'est en cela que les perceptions illusoires diffèrent des hallucinations.

On peut, selon nous, admettre trois espèces d'illusions.

Dans l'une, les sens sont névrosés, troublés d'une manière quelconque, et alors les sensations arrivent confuses, imparfaites à l'esprit, qui, troublé lui-même, ne peut les rectifier, comme il le ferait à l'état normal, et de là l'illusion qui paraît trait devoir être la plus fréquente, et que cependant on peut rarement diagnostiquer dans la pratique. Comment, en effet, s'assurer de la participation des sens dans cette illusion, puisqu'il n'y a pas de moyens directs de s'en convaincre, et qu'on ne peut ajouter foi aux rapports des malades? On peut, toutefois, l'induire de ce qui a lieu dans les sens névrosés, comme dans la *nyctalopie*, la *paracousie*, etc.

Dans les deux autres espèces d'illusions, où la part de l'esprit malade est presque tout, la constatation est bien plus facile, puisqu'il suffit de remarquer la cause d'impression actuelle. Dans un de ces cas, l'idée prédominante dans l'esprit donne son empreinte à l'impression faite sur le sens, s'y substitue en totalité ou en partie; le sens alors devient tributaire de la pensée, et subit l'action de l'esprit. Dans cette catégorie, où il y a lésion de l'imagination et du jugement, et qui ainsi, comme nous le verrons plus tard, ne diffère de l'hallucination que par le point de départ, se trouvent tous les faits dans lesquels l'esprit, s'exerçant sur des images anciennes, s'y complaît avec tant de vivacité, que l'actualité des impressions, loin de l'en distraire, y ajoute une nouvelle force, et entraîne une croyance irrésistible.

Tels sont les faits du géant substitué au moulin à vent, de personnes anciennement connues que des aliénés croient voir dans des visiteurs qui se présentent devant eux pour la première fois, et auxquels ils appliquent leurs discours comme s'ils étaient réellement présents.

Ici le plus simple trait de ressemblance, qui souvent même pour être aperçu demande un esprit malade, suffit à la reproduction d'images assez vives pour obscurcir l'actualité et s'y substituer.

Dans la troisième catégorie d'illusions se rangent tous les faits dans lesquels l'esprit juge mal de la nature de l'impression; elle a lieu toutes les fois que, par l'intervention d'une impression, l'esprit s'en émeut au point de la revêtir de toutes les idées fausses qui le préoccupent. Ici l'imagination n'a aucune part dans le délire; le jugement et toutes les facultés qui y coopèrent sont surtout altérés, et en cela cette espèce d'illusions se distingue nettement des hallucinations. De ce genre sont presque toutes les illusions internes dans lesquelles les douleurs réveillent les idées les plus diverses, les plus bizarres, selon précisément les dispositions si variées dans lesquelles peut se trouver l'esprit des aliénés. Ces fausses interprétations ont quelquefois un caractère de fixité, et d'autres fois, au contraire, elles sont plus ou moins mobiles et reviennent les mêmes, après avoir cessé pendant un temps plus ou moins long.

HOPITAL SAINT-PIERRE DE BRUXELLES.

Parmi les faits consignés par M. Hannoteau, interne de l'hôpital Saint-Pierre, dans le compte-rendu général de la clinique du professeur Seutin, ceux qui suivent offrent un intérêt particulier.

Polype fibreux des fosses nasales. Opération.

Le 5 janvier 1849, un garçon de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie, entra à l'hôpital pour y être opéré d'un polype fibreux des fosses nasales; il portait ce polype depuis deux ans, et les hémorrhagies qui s'ensuivaient tous les huit ou dix jours l'avaient rendu extrêmement anémique.

A quatre lignes environ de l'ouverture externe de la fosse nasale droite, on apercevait un corps rond et dur qui avait distendu les os propres du nez et avait fortement déjeté la cloison; son pédicule venait s'attacher du côté opposé sur le pharynx.

Le lendemain, on procéda à l'extirpation. Le malade couché sur une table, on saisit le polype avec des pinces spéciales, et on procéda à la torsion; on ne réussit pas à le détacher.

On repoussa la tumeur dans l'arrière-bouche, et, à l'aide de ciseaux courbes qu'il introduisit par le nez, l'opérateur incisa une grande partie du pédicule à son insertion.

La tumeur fut alors saisie avec le doigt dans le pharynx et amenée par la bouche.

A l'aide de la sonde de Belloc, on introduisit aussitôt un fort tampon dans les fosses nasales pour arrêter l'hémorrhagie, qui était assez considérable; il ne s'écoula bientôt plus qu'une sérosité sanguinolente.

Le 7, on ôte le tampon; l'hémorrhagie est complétement arrêtée. On fait renifler un mélange de poudre d'iris de Florence, de calomel et d'alun; soins de propreté.

Le 18 janvier, il ne reste plus qu'un peu de sensibilité de l'organe opéré. On peut, dès ce moment, regarder la guérison comme complète.

On sait avec quelle facilité récidivent les polypes fibreux des fosses nasales, et personne n'ignore maintenant que c'est pour prévenir ces récidives si fâcheuses que M. Nélaton a imaginé l'opération hardie dont nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs. Il serait donc utile que désormais on suivît avec soin les malades opérés par la méthode ordinaire, avant de les considérer comme définitivement guéris. C'est ce complément que nous désirerions voir ajouter à l'observation de M. Seutin.

Kyste à la nuque communiquant avec les membranes du cerveau.

Voici un fait intéressant par la prudence qu'il doit commander dans les cas analogues, prudence sur laquelle, du reste, plusieurs observateurs ont eu soin d'insister.

Le 14 février, on apporta à la clinique un enfant de sept

mois portant à la nuque une tumeur paraissant un kyste graisseux; néanmoins, M. Seutin, avant de l'opérer, nous parla d'un praticien qui, en enlevant une tumeur sur la tête d'un enfant de cet âge, ne fut pas peu surpris d'y reconnaître une hernie du cerveau.

Dans cette idée, une incision circulaire divisa successivement d'abord la peau, puis deux membranes très minces; celles-ci divisées, il suinta un liquide clair et limpide qui s'échappait d'une fente que présentait l'os occipital un peu en dessous de la protubérance. Nul doute que l'on eût affaire à un spina bifida. On referma les bords de la plaie par trois points de suture et une bande roulée.

Néanmoins, la sérosité continua à s'écouler jusqu'au lendemain matin, où on apporta l'enfant dans le coma le plus profond. Une couche de collodium fut appliquée sur la plaie. L'enfant mourut ce soir même au milieu de convulsions.

L'autopsie ne put avoir lieu. (*Presse méd. belge.*)

Hypertrophie énorme de la rate n'ayant jamais donné lieu à des accès de fièvre intermittente.

Par le Dr BARY, chirurgien de l'hôpital de Nivelles.

Une demoiselle de dix-huit ans, bien constituée, portait depuis un an et demi dans la moitié latérale gauche de l'abdomen une tumeur volumineuse qui s'était développée dans l'hypochondre gauche, et qui avait envahi peu à peu le flanc et la région iliaque du même côté. La malade en rapporte la cause à un coup de pied de cheval. Jamais elle n'avait été affectée de fièvre d'accès. Les médecins appelés en consultation émirent les opinions les plus divergentes sur la nature de la tumeur, qui ne fut bien connue qu'après la nécropsie. Mon honorable collègue et moi avions résolu de faire une incision exploratrice, qui nous eût dicté notre conduite ultérieure, lorsque la mort est survenue. Inutile de dire que cette malheureuse, huit jours avant sa mort, avait eu la chance, assez commune aujourd'hui, de rencontrer un homœopathe qui lui avait promis une guérison certaine, au moyen du calomel à la dixième dilution.

Autopsie. — La rate offre un énorme développement; elle pèse 13 livres 3 onces (le poids normal serait d'environ 8 onces); elle offre dans son plan médian 9 1/2 pouces de largeur, 17 3/4 de circonférence (prise suivant la largeur), 16 pouces de hauteur. Cette hypertrophie ne s'accompagne d'aucune autre altération; la consistance du viscère est normale, la lame fibreuse est un peu plus développée qu'à l'état ordinaire, les aréoles sont remplies de ce qu'on appelle la boue splénique; sa coloration est d'un rouge brun. La membrane d'enveloppe offre dans quelques endroits des traces d'exsudation ancienne; du reste, point de fausses membranes ni d'autres indices d'un travail phlegmasique. Les vaisseaux du hile sont allongés, mais leur calibre est resté normal. La forme de la tumeur est exactement celle d'une rate saine, exagérée dans ses diamètres; seulement les bords sont moins tranchants. — Rien de particulier dans les autres organes.

Quoique cette observation soit incomplète, elle nous semble offrir beaucoup d'intérêt, d'abord comme exemple d'une hypertrophie splénique portée à son plus haut degré, puis comme preuve nouvelle de ce fait que la fièvre intermittente n'est ni la cause, ni la conséquence nécessaires de cette altération de la rate. On sait que la doctrine de M. Piorry admet cet enchaînement contre lequel, dans une des dernières séances de l'Académie de Médecine de Paris, MM. Grisolle, Marchal, Audouart, ont produit des faits semblables à celui que nous venons de citer. (*Idem.*)

Observation de hernie crurale abcédée et guérie radicalement.

Par le docteur GOURJON.

L'observation suivante, quoique n'étant pas sans analogue dans la science, tant s'en faut, est cependant digne de l'intérêt des praticiens. On ne se rappelle pas assez, lorsqu'on se félicite du succès obtenu dans une opération de hernie étranglée, que la marche naturelle des choses conduit quelquefois au même résultat qu'une opération heureuse. Il est donc important de tenir compte des faits semblables à celui que nous allons rapporter, quelle qu'ait été d'ailleurs l'issue définitive des accidents. Les avantages de l'opération ne pourront être rigoureusement appréciés que lorsqu'un nombre suffisant de cas analogues auront été recueillis sans choix.

Un sieur Radiguet, âgé de soixante-dix ans, porteur d'une hernie crurale depuis trente-deux ans, est pris de coliques atroces, de nausées, de vomissements de matières stercorales, au bout de quelques heures; de constipation ou absence de selles complète.

Après deux jours de souffrances inouïes, ce malheureux septuagénaire me fait appeler pour la première fois. La scène est affreuse, les douleurs impossibles à décrire. L'image de la mort est peinte sur sa figure ruisselante de sueurs froides. Je me hâte d'appeler un confrère, le docteur Le Masson, et tous deux nous essayons alternativement le taxis. Nous pensions avoir réussi. Le hoquet avait cessé, grâce à quelques pierres de sucre que nous faisions prendre à ce brave homme.

Un brayer fut appliqué vainement; car quelques instants après le patient s'en débarrassa : les téguments se boursouflaient autour de la pelotte, et provoquaient des douleurs horribles.

Les jours suivants la peau s'irrite, s'enflamme, rougit comme une cerise, et un abcès se déclare dans la tumeur. Le malade ressentit dès lors un soulagement marqué.

Ayant visité l'intérieur de cette masse abcédée, j'aperçus l'intestin sphacélé dans un espace assez considérable, et le reste de cet organe tout blafard. Le sphacèle s'élimine, et les matières stercorales fluent toutes par l'ouverture crurale. Un lombric en est également sorti.

L'anse intestinale, longue de 2 à 3 pouces, tombe et se sépare entièrement du niveau de l'anneau crural. Je n'avais point passé de fil dans le mésentère pour tirer au dehors de l'ouverture le bout supérieur de l'intestin. Je l'aurais voulu, je n'eusse pu l'effectuer, à cause du désordre et de la pourriture effroyables des parties. Je savais du reste qu'une hernie qui dure depuis trente-deux ans a dû contracter des adhérences bien fortes avec le pourtour de l'anneau.

Pendant cinq semaines les fèces ont coulé par l'ouverture crurale. Pour tout remède, j'ai invoqué les lois de l'hygiène, la propreté la plus minutieuse, la diète absolue pendant quelques jours, et bientôt après quelques légers bouillons de veau, etc.

L'ouverture s'est obturée peu à peu, et le cours naturel des matières s'est normalement rétabli par la voie ordinaire.

Maintenant après deux mois de maladie, cet honnête et respectable ouvrier se promène et ne ressent plus rien de son mal que de légères coliques presque insignifiantes.

(*L'Observation.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juillet 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Deux lettres ministérielles; l'une, par laquelle le ministre transmet un mémoire rédigé par M. le docteur Laffore, sur un moyen qu'il croit avoir trouvé pour guérir presque dans tous les cas la méningite tuberculeuse (commissaires : MM. Honoré, Boulley et Michel Lévy) : la deuxième est relative à une demande d'analyse d'une eau minérale provenant d'une source située dans la commune de Brucourt, arrondissement de Pont-l'Évêque (Calvados). (Commission des eaux minérales.)

2° État des vaccinations du Nord et des Hautes-Pyrénées.

Correspondance manuscrite. — Spéculum buccal.

M. Mathieu met sous les yeux de l'Académie un nouveau spéculum buccal formant une pince dont les mors s'écartent par une vis de pression placée à l'extrémité du levier. Les dents du patient portent sur deux arcades pivotantes garnies d'étain.

Ce spéculum a l'avantage de se placer sans qu'il soit nécessaire d'ouvrir préalablement largement la bouche; il l'écarte au gré de l'opérateur, et il ne masque aucune partie de la cavité buccale et ne peut gêner en aucune manière dans la manœuvre des opérations que l'on y pratique.

Thoracentèse.

M. Goulden adresse un manuscrit en anglais sur la pleurésie, l'empyème, l'hydrothorax et l'opération de la paracentèse du thorax. (Commissaire : M. Louis.)

Maladies nerveuses.

M. Baraduc soumet à l'Académie le mode de traitement qu'il emploie contre les maladies nerveuses chroniques. Ce traitement est basé sur l'action énergique de la ventouse sèche, qu'il désigne sous le nom de ventouse vésicante, à cause de son mode particulier d'action sur la peau.

Rapport sur le choléra.

M. Gaultier de Claubry lit la note suivante :

Loin de moi la pensée de déverser le blâme sur M. le ministre de l'agriculture et du commerce, à l'occasion du rapport qu'il a fait à M. le président de la République relativement au choléra.

L'administration voit d'en haut, et sous des aspects qui peuvent nous échapper. Elle a tout à la fois à faire triompher la vérité scientifique, une fois que celle-ci lui est connue, et à ménager les susceptibilités des populations. Loin d'être blâmée, elle doit être louée pour les mesures qu'elle prend, quand ces mesures sont propres à calmer les esprits, à prévenir l'agitation et même des désordres graves, que des préjugés enracinés dans l'esprit de certaines populations pourraient faire éclater. J'applaudis donc à la mesure à la fois prudente et ferme que M. le ministre vient de faire décréter. L'administration sanitaire ne veut plus se conformer aux règlements promulgués par l'autorité; elle est dissoute; mais quelques concessions sont faites, jusqu'à plus ample informé, à l'inquiétude qui s'est emparée des esprits.

Mais les corps savants ne sont pas obligés à la même prudence temporisative; ils doivent rechercher la vérité et la publier immédiatement dès qu'ils l'ont mise en évidence; c'est là le moyen le plus efficace de venir en aide à l'administration supérieure, qui sera bien plus forte contre les préjugés quand elle pourra dire aux populations : Voilà le résultat incontestable des recherches des corps savants dans une question d'hygiène publique où ils sont complétement désintéressés.

Ce sont ces motifs qui me font demander à l'Académie nationale de Médecine de mettre sa commission du choléra en demeure de lui faire, dans le plus bref délai possible, le rapport sur la contagion du choléra, auquel elle travaille depuis longtemps.

Après cette lecture, plusieurs membres renouvellent l'invitation déjà faites plusieurs fois à la commission du choléra de faire son rapport. Le bureau déclare qu'il fera son possible pour engager le rapporteur à céder au vœu de l'Académie.

Instrument de gutta-perka.

M. Robert, en son nom et au nom de MM. Poiseuille et Chevallier, lit un rapport sur des instruments fabriqués avec la gutta-perka.

Ses conclusions sont :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur de la communication, M. Cabirol;

2° De l'engager à continuer ses travaux sur la gutta-perka, de manière à en perfectionner l'usage.

M. RICORD est d'accord à peu près sur tous les points avec le rapporteur. Il en diffère seulement sur quelques-uns. Ainsi il ne croit pas que les sondes de gutta-perka s'incrustent moins que les autres de dépôts urineux; les dépôts urineux sont en rapport avec la nature et le degré de la maladie, et nullement avec la nature de la substance introduite dans la vessie.

Il croit aussi que les sondes en gomme élastique bien faites se prêtent mieux aux anfractuosités du canal, et en irritent moins les parois que celles en gutta-perka. Enfin il pense que les bougies en gutta-perka seront préférables à celles en gomme élastique, précisément parce qu'elles seront plus rigides sans toutefois l'être trop. Elles tiendront le milieu entre les bougies en gomme élastique et celles en cire.

Après quelques mots de MM. Velpeau et Ségalas et une courte réplique de M. Robert, les conclusions du rapport sont adoptées.

Désarticulation coxo-fémorale.

M. Bégin lit un rapport qui lui est commun avec MM. Blandin et Gimelle, sur un mémoire de M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, relatif à la désarticulation coxo-fémorale.

M. Bégin, après avoir longuement analysé le mémoire de l'auteur et lui avoir rendu toute justice, demande que l'Académie le remercie de sa communication, et qu'elle renvoie le mémoire au comité de publication. (Adopté.)

Traitement de cancer par les caustiques.

M. Rivallié présente à l'Académie une malade affectée de cancer, et qu'il a traité par la cautérisation. Il s'exprime de la manière suivante :

J'ai l'honneur de vous présenter une malade que j'ai traitée il y a déjà quelques années, avec succès, d'un cancer de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, et dont voici l'histoire résumée :

Au mois de février 1841, cette malade commença à éprouver des douleurs assez vives à la partie radiale du poignet droit.

Au mois de juillet de la même année, un couvercle de casserole tomba sur ce poignet. Cet accident augmenta les douleurs et détermina un gonflement qui devint progressivement très notable; les fonctions du poignet et de la main furent dès ce moment abolies.

Un traitement médical ne put enrayer cette affection dans sa marche.

Au mois de décembre de la même année elle consulta plusieurs chirurgiens distingués de Paris, qui conseillèrent l'amputation de l'avant-bras. Elle ne voulut pas s'y soumettre. Ce fut seulement au mois de juin 1843 que la malade me fut adressée. Le poignet était dans cet état. (Planche Ire.)

Je l'attaquai alors avec plusieurs caustiques; mais ne pouvant arriver à aucun résultat avantageux, j'eus l'idée de me servir d'acide nitrique monohydraté incorporé à de la charpie.

Au bout de quinze mois de cautérisations, je suis arrivé à ce résultat. (Planche II.)

Au bout de deux ans et demi, la malade était dans cet état. (Planche III.)

Enfin quelques mois après toute la plaie était à peu près cicatrisée et dans l'état où je vous la présente.

J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie un exemplaire de l'ouvrage que j'ai publié cette année, et dans lequel sont consignés mes travaux sur la cautérisation en général, et sur l'emploi de l'acide nitrique solidifié en particulier. L'observation de cette malade y est rapportée avec des détails.

J'y ai joint aussi quelques remarques sur l'emploi de l'alun dans le pansement des plaies.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 juillet 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Graines de cédron.

M. Jomard remet au nom de M. Herran, chargé d'affaires de la république de Costa-Rica, en France, un certain nombre de graines provenant d'un arbre nommé dans le pays *cédron*, et qui habite sur les plateaux de la Cordillière des Andes. La propriété qu'on attribue à cette graine comme puissant antidote, contre la morsure des serpents les plus dangereux, lui paraît de nature à appeler l'attention. M. Herran désire que ces graines soient soumises aux expériences nécessaires pour s'assurer de leur efficacité.

M. Herran indique en ces termes la manière dont on emploie cette graine :

« Cinq à six grains de cette graine étaient râpés; cette poudre, délayée dans une cuillerée d'eau-de-vie, on la fait avaler au malade; puis on saupoudre un morceau de linge imbibé d'eau-de-vie que l'on applique sur la morsure. Cela fait, on laisse le malade reposer, et rarement a-t-on besoin de répéter la dose pour le guérir radicalement. »

M. Herran dit avoir employé ce médicament avec succès dans des cas de fièvre intermittente qui avaient résisté à l'emploi du sulfate de quinine.

Constitution médicale du canton de Dieuze.

M. Ancelon, médecin en chef de l'hôpital de Dieuze, envoie une note sur une modification survenue dans la constitution médicale du canton de Dieuze (Meurthe), à la suite d'un

changement opéré dans le mode d'exploitation de l'étang de l'Indre basse.

Dans une note précédente, M. Ancelon avait énoncé ce fait, à savoir : que les opérations successives du dessèchement et d'exploitation de l'Indre basse donnaient lieu à des endémies de fièvres intermittentes, de fièvres typhoïdes et d'affections charbonneuses se succédant presque sans interruption. Le mode d'exploitation ayant été modifié pour la première fois en 1848 et 1849, et contrairement à ce qui se pratiquait jusqu'en ces derniers temps, toutes les surfaces impropres à l'agriculture ayant été couvertes de minces nappes d'eau, il est résulté de ce changement une modification de la constitution médicale du pays.

1° Les affections charbonneuses n'ont pas reparu, comme d'habitude, en 1849;

2° A partir de l'époque de l'innondation (9 mai), toute la contrée a été envahie par une véritable épidémie de fièvre intermittente; épidémie dont la marche s'est calquée d'ailleurs sur les endémies circonscrites dont l'Indre basse et Assenon étaient le foyer habituel. Ainsi, malgré leur apparition insolite et prématurée, les fièvres intermittentes ont affecté, à leur début, le type quotidien, qui bientôt s'est effacé pour faire place au type tierce; elles ont été comme suspendues pendant la chaude et sèche température d'août, pour reparaître, avec les brumes de l'automne, sous la forme de quartes rebelles.

Depuis le 11 mai, l'état sanitaire de la ville de Dieuze, qui était satisfaisant jusqu'alors, s'est notablement modifié sous l'influence de la constitution dont il s'agit. Les fièvres se sont répandues dans la ville en grand nombre, à l'exclusion de toutes les autres maladies.

L'auteur se demande si c'est à ce surcroît d'émanations paludéennes qu'est due l'immunité du choléra asiatique, qui, après avoir pénétré dans l'arrondissement de Château-Salins, dès le 28 juillet, s'arrêta sur le bord des marais de la haute Seille. La prédilection qu'il a paru affecter pour les points les plus élevés, les plus secs et les moins boueux, l'engage à admettre cette hypothèse.

M. Ancelon ajoute que jamais le nombre de phthisies pulmonaires n'a été plus considérable que cette année. Il pense qu'on peut attribuer cette particularité à l'existence de la grippe qui a suivi le choléra, et qui a pu déterminer la suppuration de tubercules restés jusque-là à l'état latent.

Grippe chez le cheval.

M. Liéger, de Rambervillers, informe l'Académie que depuis quelques années il existe dans la contrée une analogie remarquable entre certaines maladies de l'homme et certaines affections de la race chevaline. Il a observé depuis quelque temps chez le cheval un ensemble de symptômes consistant en toux sèche et fréquente, accompagnée d'une respiration convulsive, de flux nasal, d'un mouvement fébrile manifeste, d'inappétence pour les substances solides et d'amaigrissement rapide. Cet état, inquiétant en apparence, se termine par le retour à la santé dans un septenaire sans le secours d'aucun traitement actif.

On observe aussi que cet ensemble de symptômes règne d'une manière épidémique. En effet, dans plusieurs communes du canton qu'il habite, il n'est pas rare, dit M. Liéger, de voir plusieurs chevaux, tous les chevaux d'une même écurie, pris de cette affection, soit successivement, soit simultanément.

L'analogie entre cette maladie et la grippe de l'homme dans cette contrée peut être poursuivie jusque dans les phénomènes critiques, c'est-à-dire un flux salivaire plus ou moins abondant, des engorgements, des abcès glanduleux, etc.

Rôle du cérumen dans les maladies de l'oreille.

M. Mène (Maurice) adresse un deuxième mémoire sur les maladies de l'oreille consacré à l'étude du cérumen.

L'auteur cherche à établir dans ce travail que les engorgements du conduit auditif qui produisent la surdité ne sont pas dus, comme on le pense généralement, au durcissement du cérumen, lequel, se sécrétant normalement, dit-il, ne peut pas se durcir. Le dessèchement du cérumen ne serait que le résultat de l'engorgement.

Nouveau procédé opératoire pour la castration des vaches.

M. Rayer communique de la part de M. Charlier, médecin vétérinaire à Reims, un travail relatif à un nouveau procédé opératoire, employé depuis quelque temps par l'auteur, pour pratiquer la *castration des vaches*.

Dans ce procédé, l'opérateur pénètre dans la cavité du bassin à l'aide d'une incision pratiquée à la partie supérieure du vagin; l'opérateur saisit ensuite les ovaires avec des pinces, tord ces organes et les arrache.

M. Charlier a opéré neuf vaches à l'aide de ce procédé; plusieurs de ces opérations ont été faites en présence de M. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims.

Ces neuf opérations ont complétement réussi; résultat d'autant plus remarquable que, dans des expériences récentes, la castration des vaches pratiquée à l'aide d'un autre procédé a souvent donné lieu à une péritonite mortelle.

Urine colorée en bleu chez un hydropique.

Un homme de cinquante-six ans, adonné aux abus des spiritueux, avait été atteint, par suite d'un anévrisme passif du cœur droit, d'une hydropisie qui avait envahi la poitrine, puis la cavité abdominale. L'épanchement avait cédé à l'emploi du vin diurétique majeur de Debuyne, lorsque le malade, revenant à ses habitudes, détermina, quelques mois après, une nouvelle accumulation de liquide.

Un matin, sans aucune cause appréciable, de l'urine, recueillie pendant la nuit dans une petit verre bien nettoyé, présenta une coloration bleue bien marquée. Voici le résultat de l'examen chimique :

Le liquide, de la contenance d'environ une once, avait une couleur d'un bleu-verdâtre sale, et une odeur ammoniacale. Le papier de curcuma était teint en brun par ce liquide.

Par le repos, il se forma un dépôt léger d'un blanc verdâtre, qui, sur les côtés du verre, formait un anneau bleu; de même il s'éleva à la surface du liquide quelques bulles bleues qui, en décantant la liqueur, restèrent adhérentes au vase.

Après avoir été filtrée, la liqueur avait une couleur d'un jaune verdâtre, parfaitement analogue à la bile étendue; l'acide nitrique y produisit une vive effervescence. Avec un excès d'acide, la liqueur ne changeait pas de coloration, ce qui indiquait que la coloration bleue n'était pas due à la bile brune.

Le dépôt desséché fournit un demi-grain d'une matière qui était attachée au filtre par du mucus; son aspect était terreux. A la loupe, on voyait quelques petits cristaux brillants. L'analyse chimique constata du phosphate de chaux et du phosphate de magnésie.

Cette coloration bleue avait pénétré dans le filtre et reparut lorsqu'on eut enlevé le dépôt brunâtre. La tache bleue, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, résista à l'action de l'eau distillée, disparut par une goutte d'acide nitrique laissant une tache jaune et fut remise à nu par de l'acide sulfurique concentré. Quelques moments après, une goutte d'une solution de carbonate de potasse, mise en contact avec la tache, la détacha sur le bord sous forme d'un anneau d'un bleu clair, que l'eau distillée entraîna, et même une partie de la tache, traitée par l'acide sulfurique, put être transportée sur un autre papier.

N'est-il pas possible d'admettre que, dans certaines conditions données et sous l'influence de l'usage de certains végétaux, il se produise de l'*indigo* dans l'organisme humain ?

Le malade succomba cinq semaines après : l'autopsie ne put en être faite.

(*Medicinisches correspondens Blatt, etc.*, et *Gazette médic.*)

CAOUTCHOUC ET GUTTA-PERKA

volcanisés ou vulcanisés.

On entend beaucoup parler depuis quelque temps de caoutchouc *vulcanisé*, sans que la plupart de ceux qui entendent ce mot sachent précisément en quoi consiste la vulcanisation.

Voici les procédés employés pour obtenir les propriétés qu'on se propose dans la vulcanisation :

On sait que le caoutchouc est très impressionnable aux changements de température; la chaleur le détruit et il durcit au froid. Tout récemment M. Hancock est parvenu à le rendre insensible à ces influences en l'unissant au soufre.

Plusieurs procédés ont été imaginés pour arriver à ce but :

Le premier, dit *par conversion*, consiste à exposer le caoutchouc à un mélange de sulfure de carbone et de chlorure de soufre. Par ce procédé, le caoutchouc n'est pénétré qu'à la surface; on ne peut donc pas l'employer pour la préparation de grandes masses de matières.

Le second procédé, dit *par sulfuration*, *volcanisation* ou *vulcanisation*, a été inventé par M. Hancock, et consiste à plonger le caoutchouc dans du soufre en fusion à différentes températures, ce qui le rend noir et lui communique la consistance de la corne.

On peut encore pétrir le caoutchouc avec du soufre, puis exposer le tout à l'action de la chaleur, ou bien faire dissoudre le caoutchouc dans de l'essence de térébenthine préalablement saturée de soufre.

Un troisième procédé a été imaginé par M. Parkes, de Birmingham; ce manufacturier opère par voie sèche ou par voie humide :

1° *Par voie humide* : On plonge le caoutchouc dans un mélange de 40 parties de sulfure de carbone et de 1 partie de chlorure de soufre, et on l'y laisse plus ou moins longtemps suivant son épaisseur. Une feuille de 1/16 de pouce d'épaisseur est suffisamment modifiée au bout d'une ou deux minutes.

Si les feuilles sont très épaisses, il faut prendre un peu moins de chlorure de soufre pour que ce dernier agisse plus lentement sur la masse, car une forte dissolution altère la surface du caoutchouc.

Lorsque le caoutchouc a séjourné assez longtemps dans la composition ci-dessus décrite, on le suspend dans une chambre chauffée à 21° Réaumur. Puis, quand le dissolvant est évaporé, on lave à grande eau, et l'on fait bouillir le caoutchouc pendant une heure dans une lessive caustique contenant, pour 10 kilogr. d'eau, 500 grammes de potasse ou de soude caustique.

2° *Par la voie sèche* : On mélange dans une machine à pétrir 4 à 5 kilogrammes de caoutchouc avec 500 grammes de chlorure de soufre solide.

Le temps nécessaire à cette opération dépend de la vitesse de la machine et de la masse employée. Quand la modification est opérée, on comprime la masse dans une forme encore chaude.

Pour modifier la gutta-perka, il faut employer un peu moins de chlorure de soufre.

On peut encore volcaniser le caoutchouc en le suspendant dans une chambre de plomb ou de fer dont les parois intérieures sont recouvertes d'une couche de gomme laque, et y faisant arriver pendant une heure un mélange de 10 volumes d'acide sulfureux et de 1 volume de chlore, renfermant de la vapeur de perchlorure de carbone ou d'un autre dissolvant, pour ramollir le caoutchouc et faciliter de la sorte l'action du mélange gazeux.

M. Parkes applique aussi ses procédés en combinant différentes substances avec le caoutchouc ou son mélange avec la gutta-perka; ainsi des substances fibreuses, telles que du coton, du lin, de la laine, des copeaux, de la poudre de laine, du bronze, des oxydes métalliques, etc.

Quel que soit le procédé de volcanisation que l'on emploie, le caoutchouc modifié possède les propriétés suivantes :

1° Il conserve son élasticité à toutes les températures;
2° Il est insoluble dans les dissolvants ordinaires;
3° Il s'oppose fortement à la compression.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Robillard, chirurgien-major de première classe au 4e escadron du train des équipages, est désigné pour passer au 3e escadron de la même arme.

M. Régniard, chirurgien aide-major de première classe au 3e escadron du train des équipages, est désigné pour passer au 4e escadron de la même arme.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 92. (23e ANNEE.) SAMEDI 3 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

La nouvelle loi sur la presse, qui établit un droit de *cinq* centimes par feuille sur les journaux et écrits périodiques, nous oblige à augmenter le prix de notre abonnement. Toutefois, pour rester fidèle aux engagements que nous avons pris envers nos lecteurs en janvier 1849, nous partagerons avec eux la nouvelle charge qui nous est imposée, et nous n'augmenterons notre prix que d'une somme inférieure à celle exigée par le fisc. Nous profiterons de cette circonstance, toute fâcheuse qu'elle soit, pour nous féliciter une fois de plus de rester le journal *le moins cher*, comme nous sommes resté le journal le plus *complet* et le plus *pratique*.

A partir d'aujourd'hui, le prix d'abonnement est uniformément, POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :

UN AN.	30 FRANCS.
SIX MOIS.	16 —
TROIS MOIS.	8 FR. 50 C.

Nous continuerons à servir, sans nulle augmentation de prix, tous les abonnements contractés jusqu'au 15 de ce mois. Ceux de nos abonnés qui sont en retard sont priés d'envoyer leur renouvellement avant le 15, s'ils ne veulent pas subir l'augmentation.

Revue clinique hebdomadaire.

Emploi de la strychnine dans le traitement de quelques paralysies. — Nous avons promis, dans un de nos derniers articles, de dire quelques mots des faits observés dans le service de M. Moreau, à Bicêtre, et relatifs à des paralysies traitées par la strychnine. Ces faits sont au nombre de trois; et, en raison de l'intérêt qu'ils présentent, nous demandons la permission de les rapporter en détail; nous les ferons suivre de quelques réflexions.

Premier fait. — Ledoux, âgé de soixante-deux ans, ancien militaire, entré dans le service de M. Moreau le 20 mai 1847.

Sa mère est morte d'un accès d'asthme à l'âge de soixante-onze ans; son père a été frappé d'apoplexie à quatre-vingt-trois ans. Brave homme dans le fond, suivant le dire de sa famille, mais singulièrement irascible.

Il y a huit ans environ, des hémorrhoïdes auxquelles il était sujet depuis longues années se supprimèrent peu à peu. Pesanteur de tête, céphalalgies, que des saignées abondantes ne dissipèrent qu'imparfaitement.

Vers cette époque, durant la nuit, Ledoux est atteint d'hémiplégie. Il paraîtrait que l'invasion du mal se serait effectuée de telle manière, que la femme du malade, qui était couchée auprès de lui, ne s'en aperçut que le matin, à son réveil. Ledoux ne pouvait plus parler; la figure était fortement colorée, comme bouffie; la bouche de *travers*. La paupière est abaissée sur l'œil droit, sans que le malade puisse la relever. L'œil lui-même est privé de toute sensibilité. L'avant-bras du côté droit est fortement contracté et fléchi sur le bras; la jambe du même côté reste immobile et d'une roideur tétanique.

Pendant plusieurs jours, Ledoux fut à peu près sans connaissance. Des attaques épileptiformes survinrent et se renouvelèrent tous les huit ou dix jours. Les accidents convulsifs se passent exclusivement dans le côté droit; cloniques au bras et dans les muscles de la face, toniques dans la jambe.

L'état de Ledoux est resté tel que nous venons de le décrire jusqu'à l'époque où il est entré à l'infirmerie.

A cette époque, on put observer la singulière lésion de la parole, dont nous allons essayer de donner une idée. Faisons d'abord cette remarque, que Ledoux jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, ce dont on est bientôt convaincu quand on se met en rapport avec lui.

Si on lui adresse la parole, Ledoux essaie vainement de répondre aux questions, qu'il comprend cependant; mais il ne peut trouver, ou mieux, articuler les mots nécessaires pour exprimer sa pensée; ses lèvres s'agitent, la langue se remue, des sons sont produits, mais aucun n'est articulé; c'est une sorte de sifflement accompagné d'un bruit guttural. Impossible de nommer aucun des objets qu'on lui présente. S'agit-il de date, Ledoux compte sur ses doigts jusqu'à 9; il ne pourrait nommer un seul chiffre intermédiaire sans commencer par l'unité. Ainsi, lorsqu'il indique son âge, il compte sur ses doigts : 1, 2, 3, 4, 5; puis recommence : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (il a 58 ans).

Ce n'est pas cependant qu'il n'arrive parfois à Ledoux d'articuler certains mots, et même des phrases très courtes. Cela se voit principalement lorsqu'on le contrarie et qu'il se met en colère; mais il faut qu'alors Ledoux ne fasse aucunement attention à ce qu'il dit, aux paroles qu'il prononce, ou, pour parler plus exactement, qui tombent de ses lèvres; car si l'on reporte son attention sur ces mêmes paroles, et s'il essaie de les prononcer de nouveau, cela lui est complètement et absolument impossible. La volonté, l'intention formelle d'exprimer ce qu'il sent, de parler par sa bouche comme il parle dans son for intérieur, le rendent infailliblement muet.

Par exemple, il lui arrivera quelquefois, par mégarde, de dire : « je ne puis pas. » Si, à l'instant même, on l'invite à répéter ces mots, un seul de ces mots, impossible de rien obtenir. Si l'on insiste, si on le presse, si on le tourmente, d'autres mots, d'autres phrases pourront encore s'échapper; arrêtez-le sur-le-champ, dites-lui : Répétez ce même mot; aidez-le en le prononçant vous-même; Ledoux s'épuisera en efforts pour faire ce que vous lui demandez, s'irritera contre son impuissance, s'impatientera, et souvent alors il prononcera très nettement (ce qu'il ne pouvait faire quand vous l'en priiez) : « Je ne puis pas. »

Ledoux lit très bien mentalement, sans pouvoir prononcer un seul mot, une seule des lettres qu'il a sous les yeux.

Quant aux lésions de la motilité, elles étaient telles qu'elles ont été décrites précédemment. La vision était abolie dans l'œil droit.

Le 29 mai, M. Moreau prescrit deux pilules de strychnine, chacune de 2 milligrammes. Du 29 mai au 3 juin, la dose en fut élevée à 12 milligrammes. Des sueurs abondantes se déclarent; la jambe et le bras malades sont pris de mouvements convulsifs assez intenses; il en est de même des muscles de la face du côté droit. Il survient des défaillances qui forcent le malade à se mettre au lit.

Le 4, même dose de strychnine, avec un pot de valériane concentrée. Mêmes symptômes que la veille. L'immobilité de la paupière commence à se dissiper. — On diminue progressivement la dose de strychnine.

Le 6, la vue s'est rétablie comme par miracle, et le malade distingue assez bien les objets placés à une distance convenable, mais en s'aidant de lunettes. Le bras et la jambe du côté droit peuvent exécuter des mouvements assez étendus et dont ils avaient depuis longtemps perdu l'habitude.

A dater de cette époque jusqu'à la fin du mois d'août suivant, on éleva jusqu'à 18 milligrammes, puis on abaissa progressivement la dose de strychnine. Les mêmes phénomènes convulsifs se reproduisirent à cinq reprises différentes.

Les membres ont récupéré la liberté presque entière de leurs mouvements. La vue, du côté droit, n'est pas moins bonne qu'à gauche. Quant à la parole, aucun mieux réel durable ne s'est fait sentir.

Tel est encore aujourd'hui (juillet 1850) l'état du malade. Les attaques épileptiformes sont devenues fort rares et peu intenses; le malade ne les éprouve plus guère que tous les cinq ou six mois.

Deuxième fait. — Lacand (François), âgé de trente-huit ans, entré à l'infirmerie le 5 janvier 1850. Tempérament sanguin, pléthorique. Il a eu des convulsions dans son enfance.

Il y a quatre ans, Lacand reçoit un violent coup de parapluie sur la tempe gauche. Quelques heures après il est pris de convulsions du bras et de la jambe du côté droit; il a perdu l'usage de la parole, et ne sait pas même s'exprimer par signes. Nous ne pouvons nous procurer d'autres renseignements.

Voici ce que nous observons à l'époque de son entrée : sous beaucoup de rapports l'état du malade est à comparer à celui du précédent. L. ne peut articuler que quelques mots, et toujours involontairement. Les facultés mentales sont saines. Le bras droit est roide et fortement serré contre le tronc et la cuisse; impossibilité absolue de le tenir tendu, de le porter en avant ou en arrière. La main est fortement contractée; le poignet est fléchi sur l'avant-bras. La sensibilité est intacte.

Le 14 février, deux pilules de strychnine (0,004). Pen-

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traitement du cancer et des affections scrofuleuses par l'acide nitrique solidifié, suivi de quelques réflexions sur les avantages de l'emploi de l'alun dans le traitement des plaies; par le docteur RIVALLIÉ. Un vol. in-8° avec trois planches. Paris, 1850. Chez l'auteur et chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Parmi les questions importantes que soulève la thérapeutique chirurgicale, la cautérisation est une de celles qui offrent le plus d'intérêt aux praticiens. Cependant, il faut bien le dire, les nombreux travaux que la science possède ne l'ont pas encore assez éclairée pour qu'ils soient fixés sur sa valeur réelle. Une des causes de cette incertitude est la manière dont on a étudié l'action des caustiques. Au lieu d'examiner la cautérisation comme une opération chirurgicale, d'en calculer les avantages et les inconvénients, on a expérimenté chacun des caustiques séparément, apprécié surtout leur action destructive, et donné la préférence à ceux qui paraissaient les plus puissants et les plus faciles à manier. Aussi cette partie de l'histoire de la cautérisation est-elle maintenant assez complète pour que les praticiens sachent à quel caustique donner la préférence dans un cas déterminé. Mais en limitant ainsi l'étude de la cautérisation, on comprend que des questions importantes n'aient pas encore reçu de solution.

L'ouvrage que le docteur Rivallié vient de publier nous paraît, malgré son titre, fait d'après d'autres idées. Les nombreux travaux auxquels il s'est livré depuis longtemps ont eu pour point de départ l'étude de la cautérisation en elle-même. Ne bornant pas ses observations à l'emploi des caustiques dans le traitement de quelques affections spéciales, il a agrandi la sphère de leurs applications et les a employés dans un certain nombre de maladies chirurgicales. Frappé de leur impuissance dans quelques cas, il eut l'idée de se servir d'acide nitrique mono-hydraté convenablement incorporé à de la charpie en présence d'une affection grave et désespérée. Le succès fut complet, et dès ce moment les travaux de notre laborieux confrère prirent une nouvelle direction. Après avoir étudié l'action des divers caustiques usités en chirurgie, il devait nécessairement porter toute son attention sur celui qu'il venait de découvrir. Nous ne saurions trop le louer de la persévérance qu'il a apportée dans ses observations et le féliciter des résultats avantageux auxquels il est arrivé.

La nouveauté des faits consignés dans cet ouvrage a excité vivement notre attention. Tout ce qui concerne la préparation du caustique du docteur Rivallié, ses effets physiques et physiologiques ne nous permettent pas de douter qu'il doive naturellement être placé à la tête de ceux que possède la thérapeutique chirurgicale. Les observations nombreuses et variées rapportées dans cet ouvrage, les détails étendus dans lesquels l'auteur est entré en sont pour nous un sûr garant.

Ne pouvant, dans cette analyse, indiquer tout ce que l'emploi de ce puissant caustique présente d'important et d'utile à connaître, nous renverrons le lecteur à l'ouvrage même.

Ce serait une erreur que de croire que M. Rivallié emploie uniquement son caustique. On peut voir, en effet, en parcourant son ouvrage, qu'il sait, selon les cas, avoir recours à d'autres agents chimiques. Cependant, depuis de nouvelles recherches qu'il fera connaître bientôt, ces cas sont devenus assez rares, et il a pu ainsi généraliser l'emploi de son importante découverte.

Après avoir indiqué la manière de préparer et d'appliquer son caustique, ainsi que les avantages qu'il paraît posséder, l'auteur examine quelques questions intéressantes de la cautérisation. Il compare, par exemple, son action à celle de l'instrument tranchant. Les considérations qu'il présente en faveur des caustiques méritent d'attirer l'attention des praticiens. Envisagées sous le point de vue du pronostic, les plaies faites par les caustiques ne doivent pas inspirer les craintes qui se réalisent trop souvent après l'emploi de l'instrument tranchant. Les érysipèles, les hémorrhagies, les phlébites, les infections purulentes et les suppurations abondantes, accidents si communs et si graves, sont presque inconnues au chirurgien qui fait usage des caustiques. Ces arguments valent, nous le croyons, la peine qu'on emploie la cautérisation beaucoup plus qu'on ne le fait de nos jours.

Nous pourrions également citer le passage de l'ouvrage dans lequel l'auteur examine la question de la récidive des affections cancéreuses traitées par les caustiques, mais nous ne ferons que le mentionner.

On voit donc que les travaux du docteur Rivallié sur la cautérisation sont assez complets pour prendre place parmi ceux que possède déjà la science. Aussi, sommes-nous heureux de pouvoir faire connaître son ouvrage, riche d'observations nouvelles et consciencieusement travaillé.

La deuxième partie de cet ouvrage renferme quelques considérations sur l'emploi de l'alun dans le pansement des plaies. Le liquide que l'auteur préconise est une dissolution assez concentrée de sulfate acide d'alumine et de potasse, dont on imbibe de la charpie ou des compresses qu'on applique sur les plaies. Ce liquide a déjà rendu des services à la thérapeutique, mais n'a pas été employé dans les cas indiqués par le docteur Rivallié. Il lui attribue des propriétés qui le rendent précieux pour la chirurgie : c'est, en effet, un agent désinfectant par excellence; il diminue et fait presque disparaître la suppuration; enfin il possède à un haut degré la vertu hémostatique.

A ces premiers avantages il faut en ajouter un qui est certainement bien grand, et qui résulte de la propriété astringente de ce liquide. Grâce à cette propriété, on ne rencontre jamais de bourgeons charnus exhubérants qui tendent, si on ne les réprime pas avec soin, à donner lieu à des cicatrices difformes. L'affaissement de ces bourgeons, produit par l'application continuelle du liquide astringent, fait que généralement les cicatrices sont planes et régulières. Ces résultats engageront, sans doute, les praticiens à essayer un traitement aussi simple.

Le docteur Rivallié n'a rien négligé pour donner à ses travaux l'authenticité nécessaire, et pour faire connaître la manière dont il emploie son caustique. Les planches dont il a orné son ouvrage, les modelures déposées au Musée Dupuytren et dans plusieurs académies françaises et étrangères, la présentation de malades et la lecture du résumé de son travail à l'Institut sont des titres suffisants pour attirer l'attention du public médical sur l'ouvrage dont nous n'avons pu donner qu'une idée sommaire, car il est du nombre de ceux qu'il faut lire et qui échappent à l'analyse.

N...

dant la nuit, secousses dans le bras et la main du côté droit; elles se font sentir également, mais beaucoup moins vives, dans la jambe du même côté.

Du 18 février au commencement d'avril, L. a continué le même traitement. La dose de la strychnine n'a pu être élevée au delà de 6 milligrammes. Le plus souvent on s'en est tenu à 2 milligrammes, qui suffisaient pour provoquer des secousses dont le malade s'effrayait vivement.

Les attaques épileptiformes qui avaient marqué le début de la maladie se sont reproduites à peu près tous les mois. Présentement (juillet) le bras droit a repris la liberté entière de ses mouvements; la contracture du poignet est moindre qu'avant le traitement; mais celle de la main n'a subi aucune amélioration. La lésion de la parole est la même.

Troisième fait. — Le nommé Shmaltz est entré dans le service le 15 août 1848. Trente-neuf ans; grand, maigre, figure habituellement très colorée.

Le 30 octobre 1846, S., après avoir éprouvé une sensation de chatouillement dans le pied gauche, perd subitement connaissance; il ne revient à lui qu'après une dizaine de minutes environ. La gêne de la respiration est extrême; il lui semble que quelqu'un lui serre fortement la gorge; violent mal de tête, nausées, etc. Ces accidents ne laissent après eux aucun désordre de la sensibilité ou des mouvements.

Six semaines après, seconde attaque en tout semblable à la première. Cette fois, à peine revenu à lui, S. s'aperçoit que la jambe gauche est devenue tellement roide, qu'il ne saurait la fléchir ou la mouvoir dans un sens ou dans un autre; il ne saurait bouger de place. Le bras du même côté éprouve une contraction que nul effort ne saurait vaincre. Hésitation dans la parole; bégaiement très prononcé.

Une foule de médications ont été vainement mises en usage contre cette affection. Pendant près de deux années l'état de S. n'a fait qu'empirer.

A son entrée à l'infirmerie, S. ne pouvait quitter son lit ou son fauteuil; l'état de contraction du bras gauche était aussi prononcé que possible.

Voici les résultats sommaires du traitement commencé il y a deux ans bientôt, et qui se continue encore aujourd'hui.

Comme cela a été pratiqué dans les deux cas relatés ci-dessus, la dose de strychnine est graduellement élevée jusqu'à ce qu'il survienne des secousses plus ou moins fortes dans les membres malades; le plus ordinairement de 2 milligrammes à 14, 16 et 18 milligrammes, en huit ou neuf jours. Après avoir obtenu les secousses strychnines, M. Moreau ne fait pas cesser brusquement l'administration du médicament; mais il revient graduellement à la dose la plus minime (0,002).

Les mouvements du bras et de la jambe se sont rétablis graduellement avec lenteur, mais en progressant toujours. Aujourd'hui S. se sert facilement de son bras gauche, sans pouvoir l'étendre, cependant, aussi complétement que celui du côté droit. La jambe conserve toujours de la roideur; mais le malade s'appuie sur elle et la meut avec facilité. S. peut se promener seul, sans même l'appui d'un bâton, pendant une heure entière. Il ne doute pas que d'ici à peu de temps il ne soit capable de se rendre seul de Bicêtre à la barrière Fontainebleau. Depuis sept ou huit mois il n'existe plus trace de bégaiement.

Quelles inductions peut-on tirer de ces faits? Il y en a plusieurs. Nous insisterons sur celles qui nous paraissent les plus importantes, par cela qu'elles sont essentiellement pratiques. Et d'abord, nous dirons que ces faits prouvent que l'on a tort, ainsi qu'on le fait trop généralement, de désespérer, nous ne dirons pas de guérir, ce serait peut-être trop de prétention, mais d'améliorer considérablement l'état de certains paralytiques. Dans des cas où de nombreuses médications avaient échoué, où, en raison de l'ancienneté de la maladie, tout espoir semblait devoir être à jamais perdu, l'usage prolongé, suffisamment prolongé de la strychnine, a donné à M. Moreau des résultats inattendus.

Il y a plus; il a remarqué, et ceci est fondé sur un assez grand nombre de faits, que, loin de diminuer les chances du traitement favorables à la guérison, l'ancienneté de l'affection paraît au contraire les augmenter d'une manière notable. Il est probable, nous disait notre confrère, que certaines paralysies, incurables à une époque encore peu éloignée de leur début, deviennent curables après plusieurs mois, peut-être même après plusieurs années.

Cela, du reste, s'explique assez facilement, lorsqu'on prend la peine de réfléchir aux procédés qu'emploie la nature (*vis medicatrix*) pour circonscrire la lésion de tissus qui, dans la plupart des cas, est la cause de la paralysie. Trop souvent, par malheur, cette lésion, par la gravité, l'étendue des désordres qu'elle apporte dans les tissus, est de nature à rendre la maladie essentiellement incurable. De même qu'il est impossible de faire respirer un poumon détruit par la tuberculisation, de faire digérer un estomac envahi par le cancer, de même il sera au-dessus du pouvoir de la thérapeutique de rendre le mouvement à des muscles, si une lésion organique profonde a détruit la portion du système nerveux qui préside à la production de ses mouvements.

Mais il est vrai aussi que dans certains cas, moins rares peut-être qu'on n'est porté à le croire généralement, un tel travail d'absorption peut s'opérer, telles modifications peuvent avoir lieu sans qu'on puisse raisonnablement admettre que la cause même de la paralysie disparaisse complétement ou à peu près complétement et que les effets seuls restent apparents.

De cette manière, on pourrait se rendre compte de l'efficacité d'un médicament dont l'action spécifique paraît être de solliciter puissamment les forces vitales, de dissiper leur engourdissement, et aussi pourquoi cette action ne saurait se faire sentir utilement qu'à une époque déjà éloignée du point de départ de la maladie.

Adhérences congéniales des doigts. Opération. — Nous avons vu, il y a quelque temps déjà, dans les salles de M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, un jeune garçon de huit à neuf ans qui présente aux deux mains un vice de conformation qui, sans être très commun, n'est pas non plus excessivement rare. Il s'agit d'adhérences congéniales qui réunissent la première phalange des doigts médius et annulaire, adhérences extensibles et qui donnent à ces deux doigts quelque ressemblance avec la patte palmée des oiseaux aquatiques. Cet enfant, avant d'entrer dans le service de M. Guersant, avait déjà été opéré deux fois par deux chirurgiens distingués des hôpitaux de Paris, et, malgré tous les soins que l'on avait pu prendre de la plaie après chacune des deux premières opérations, l'adhérence anormale s'était reproduite. Ajoutons que, par suite de cette adhérence, les deux doigts palmés étaient légèrement fléchis dans la paume de la main et devenaient presque inutiles à l'enfant.

Malgré l'insuccès des deux premières tentatives, M. Guersant s'était décidé à essayer une troisième fois la destruction de cette adhérence vicieuse. Au moment où nous avons vu le malade pour la dernière fois, il n'était point encore guéri complétement. L'opération, pour le dire en passant, n'avait été faite que d'un côté. Le pansement était simple, et un bourdonnet de charpie maintenue fortement au fond de l'angle médio-annulaire était destiné à empêcher autant que possible la reproduction de ce vice de conformation.

La question de savoir à quelle époque de la vie doit être faite cette opération et quel est le procédé le plus sûr pour éviter la reproduction de la maladie a beaucoup occupé les chirurgiens, et principalement les chirurgiens allemands, auxquels ceux de notre pays ont emprunté presque tout ce qu'ils ont publié sur cette matière. Chélius, ayant observé que des adhérences nouvelles peuvent encore réunir les doigts au fur et à mesure de leur développement, pense que l'on doit remettre l'opération à une époque de la vie assez avancée pour que ces organes aient pris leur complet accroissement. D'autre part, il est certain que, si on laisse jusqu'à l'âge de vingt ans, par exemple, les doigts d'un jeune sujet ainsi réunis et le plus souvent affectant une flexion plus ou moins prononcée, ces organes auront perdu tout leur ressort et seront d'un usage fort restreint dans l'âge adulte. Dans les cas les plus nombreux, lorsque les adhérences se reforment, c'est peu de jours après l'opération, au moment où s'opère le travail cicatriciel et où des granulations s'élèvent de l'angle de la plaie.

Nous ne savons s'il est facile ou même possible d'empêcher la formation nouvelle des adhérences, lorsque ces adhérences reconnaissent pour cause le développement des doigts plus rapide que celui de la peau cicatrisée. Mais, quant à leur reproduction immédiate, c'est-à-dire pendant le travail de cicatrisation de la plaie, il nous semble qu'il est des moyens de la prévenir.

Nous passons sous silence les appareils employés pour maintenir les doigts fortement écartés pendant que s'opère la cicatrisation. L'expérience de Dupuytren lui-même a constaté que la force de ces appareils n'était pas toujours suffisante pour s'opposer à la réunion vicieuse nouvelle.

Un moyen que nous avons un instant cru nouveau et que nos recherches nous ont prouvé avoir été déjà employé est le suivant, que nous sommes porté à croire très logique. Il est dû à Rudtorffer. Ce chirurgien traverse la membrane de réunion le plus près possible de la base des doigts avec une aiguille d'acier taillée en fer de lance et armée d'un fil de plomb, lequel est laissé en place, de la même manière que l'on veut établir au lobule de l'oreille une ouverture permanente destinée à recevoir un anneau. L'écoulement de sang est arrêté avec de l'eau froide; la douleur et le collement du plomb sont prévenus par des onctions huileuses, et l'on fait souvent exécuter au fil de plomb des mouvements de rotation sur lui-même pour déterminer la cicatrisation du trajet nouveau. Dès que les bords de l'ouverture sont cicatrisés, on retire le fil de plomb, et, à l'aide d'un bistouri boutonné, on divise toutes les parties qui opèrent la réunion que l'on veut détruire. Il est évident que, l'angle supérieur de la plaie étant déjà cicatrisé, la réunion anormale ne se fera beaucoup moins facilement que dans toute autre circonstance.

Un des correspondants de ce journal, le docteur Dezautière, a publié il y a quelques mois (numéro du 6 mai) un fait de succès obtenu dans un cas de ce genre, et qu'il avait opéré, non plus à l'aide du bistouri, mais d'un coup de ciseaux. Les avantages qu'il trouvait à cette méthode sont, disait-il, de rendre l'opération plus facile, plus prompte, moins douloureuse, enfin de faire une incision plus nette et de rendre par suite la cicatrice plus régulière. Nous admettons volontiers tous ces avantages, mais ils ne nous semblent devoir influer en rien sur le succès définitif de l'opération, en ce sens que ce succès ne dépend absolument que de la manière dont s'opère la cicatrisation, et nullement du mode suivant lequel est pratiquée l'incision.

Nous avons conçu, nous, une idée à laquelle il nous semble surprenant que l'on n'ait pas encore songé, ou que du moins nous n'avons vue consignée nulle part. Pourquoi, après la section de l'adhérence, ne pas réunir les bords des plaies de chacun des doigts de manière à obtenir la réunion immédiate, soit à l'aide de points de suture, soit à l'aide de serres-fines? Au bout de vingt-quatre heures, de quarante-huit au plus tard, la réunion des bords des solutions de continuité serait complète, et l'on n'aurait plus à craindre ces réunions irrégulières par suite du bourgeonnement. Que si les bords de chaque plaie étaient trop éloignés l'un de l'autre pour être affrontés et se réunir par première intention, ce serait le cas d'appliquer la méthode de M. Jobert, l'autoplastie par glissement. Une incision longitudinale, et parallèle à la plaie, soit sur la face palmaire, soit sur la face dorsale du doigt, permettrait le rapprochement des bords de la plaie interdigitale, et ne serait qu'une complication insignifiante, laquelle guérirait comme toutes les plaies simples.

C'est là une idée que nous soumettons à nos confrères.

Traitement de l'orchite blennorrhagique par l'injection iodée. — En 1833, un esprit ingénieux, mais auquel on ne peut refuser une tendance quelquefois un peu paradoxale, M. Rochoux, émit cette opinion que la maladie connue sous le nom d'orchite ou de chaude-pisse tombée dans les bourses n'était autre chose qu'une inflammation de la tunique vaginale du testicule, et que le nom qui lui conviendrait le mieux serait celui de vaginalite. La nouveauté, l'étrangeté de cette idée lui attira des partisans, et des faits nombreux ne tardèrent pas à lui venir en aide. Bientôt, cependant, les observations des chirurgiens réfutèrent cette opinion, et démontrèrent que l'orchite blennorrhagique était bien réellement une inflammation du tissu glandulaire et non une phlegmasie de la tunique vaginale. Mais, d'un autre côté, il resta démontré que, dans un grand nombre de cas, l'orchite sympathique ou symptomatique de la blennorrhagie est accompagnée d'un épanchement de sérosité dans la tunique vaginale; et en effet, souvent une piqûre de lancette donne issue à une quantité plus ou moins considérable de liquide.

Un cas de cette espèce s'étant, il y a peu de jours, rencontré dans le service de M. Jobert à l'Hôtel-Dieu, voici le procédé tout au moins fort original et surprenant auquel eut recours le chirurgien. Le fait est le suivant :

Un homme de vingt-cinq à vingt-six ans entre à la salle Saint-Côme pour une épididymo-orchite, suite d'une blennorrhagie dont il est atteint depuis un mois, et qu'il a encore au moment de son admission. Le scrotum est tuméfié, rouge, douloureux au moindre contact; le jour du premier examen, il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale que remplit exactement l'organe malade. Cataplasmes émollients et résolutifs; sangsues sur le trajet du cordon.

Le sixième jour, de l'épanchement se manifeste dans la tunique vaginale dont il double environ le volume primitif; douleurs de plus en plus vives. Après un examen attentif de la tumeur, M. Jobert y plonge un trocart, vide la cavité, qui contenait au moins 150 grammes de liquide, et y injecte immédiatement de la teinture d'iode pure comme pour une opération d'hydrocèle. La teinture d'iode est maintenue deux ou trois minutes dans la poche, d'où on la laisse sortir, moins une dizaine de grammes à peu près.

Quelques heures après, la douleur avait disparu tout à fait; on pouvait toucher sans causer la moindre sensibilité la tumeur, presque revenu d'abord à son état premier, et qui depuis a notablement diminué. Au moment où nous écrivons ceci, la tumeur présente exactement le même volume, la même couleur, la même résistance qu'une hydrocèle au cinquième ou sixième jour de l'opération.

Ce fait est certainement des plus curieux et des plus remarquables, en raison d'abord des effets produits, dont il eût été difficile de prévoir la marche dans des circonstances de cette espèce; puis en raison de la hardiesse avec laquelle M. Jobert a osé faire dans un scrotum enflammé une injection irritante, laquelle semblait devoir doubler les accidents.

M. Jobert probablement n'en restera pas là, et nous aurons occasion de citer encore, lorsqu'ils se reproduiront, les faits analogues dont nous serons témoin. Z...

DE L'ENGORGEMENT DE LA RATE

considéré surtout comme cause d'hématémèse.

Par M. Rochoux, membre de l'Académie de Médecine, ancien médecin de l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Trop estimée autrefois, l'érudition pourrait bien ne l'être pas assez de nos jours, où on la croit tout au plus bonne à satisfaire la curiosité spéculative des savants de cabinet. On ignore que parmi ses nombreux et très réels avantages, dont ce n'est pas le moment de parler avec détails, elle en a deux très grands. En premier lieu, elle est d'un immense secours pour la mémoire et constitue une véritable mnémonique. Permettant de remonter à celui qui le premier a découvert un fait scientifique d'une certaine importance, elle fournit un moyen facile et assuré de suivre la filiation des auteurs qui sont venus successivement ajouter à ce fait. Elle seule peut en outre, quand on s'en sert non pour connaître des opinions telles quelles, mais pour y découvrir ce qu'elles peuvent renfermer de vrai, donner à nos connaissances une exactitude, un ensemble, un complet sans lesquels, à vrai dire, il n'existe pas de science. Cette manière de voir sera pleinement confirmée par les courtes réflexions que m'a suggérées la lecture des observations de M. Grisolle (1) et de celles qu'à son occasion MM. Forget et Audouard ont publiées sur des engorgements de la rate accompagnés d'hématémèse (2).

Par exemple, les expérimentateurs qui, assez récemment, ont étudié avec soin les changements de volume qu'en certaines circonstances éprouve habituellement la rate, Dobron, entre autres (3), auraient très bien pu, sans diminuer en rien le mérite de leurs propres travaux, reproduire le passage où, s'exprimant comme s'il s'agissait d'un fait généralement admis, Hippocrate dit : « Dans le même jour, la rate augmente et diminue de volume (4). » De même, lors des discussions auxquelles l'appréciation de l'influence de l'engorgement de la rate dans la production des fièvres intermittentes a donné lieu, il n'eût pas été hors de propos de citer quelques-uns des médecins modernes qui, guidés par l'expérience, ont, à l'exemple de Morgagni, Torti, Senac (5), etc., considéré le gonflement splénique comme l'effet et non la cause de ces fièvres; ne manquant pas d'appuyer leur doctrine sur les observations parfaitement exactes des plus anciens médecins grecs (6), dont l'autorité un instant méconnue n'aura sans doute bientôt plus de contradicteurs.

La connaissance de l'influence que l'engorgement de la rate peut exercer sur la production de l'hématémèse ne re-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 8 juin 1850, p. 269 à 270.
(2) Même recueil, 4 juillet 1850, p. 314 et 315.
(3) *Arch. gén. de Méd.*, tome XXIV, p. 431.
(4) *De affection. intern.*, edente Poesio, p. 549.
(5) *De sed. et caus.*, epist. XXXVI, n° 18. *Therap. specialis*, lib. III, cap. VI, p. 187. *De recondità feb. interm. nat.*, p. 197.
(6) *De affection. int.*, edente Vander. Linden., XXI, p. 173.

monte pas aussi haut. Hippocrate garde le silence à cet égard. Celse, simple abréviateur de l'auteur grec, n'en devait pas parler davantage. Il faut arriver jusqu'à Galien, Arétée et Oribase pour voir poindre les idées qui, graduellement développées et rectifiées par les travaux d'Hoffmann, de Morgagni, de Haller, ont obtenu pendant quelque temps un assentiment qu'elles n'auraient jamais dû perdre. Trop éclairés en anatomie et en physiologie pour admettre avec Galien qu'un suc acide ou l'atrabile arrive à l'estomac, où il opère la digestion des aliments (1); ne pouvant pas accueillir plus favorablement les hypothèses d'Arétée, d'Oribase, de Van Helmont touchant le liquide spléno-hépatique, l'humeur ou le ferment fourni à l'estomac par les vaisseaux courts (2); ces savants auteurs s'accordaient à dire que, dans certains engorgements de la rate, assez considérables pour y entraver la circulation du sang, ce liquide peut quelquefois, par un mouvement rétrograde à travers les veincs courtes, s'ouvrir une voie dans l'estomac (3). Peut-être, néanmoins, vaudrait-il encore mieux, comme l'a fait Hoffmann dans une autre occasion, admettre que le sang versé dans l'estomac est principalement fourni par les capillaires des artères courtes à l'exclusion des veines (4). Au reste, ces trois médecins, excepté Haller, parlaient d'après leur expérience personnelle; et tous citaient de nombreuses observations déjà publiées dans le *Sepulchretum* ou éparses dans divers auteurs, et en assez grand nombre pour n'omettre aucun fait de détails d'une véritable importance, par exemple, la diminution immédiate du volume de la rate observée à plusieurs reprises par Senac (5), après des attaques d'hématémèse. Comme preuve de la valeur de ces observations, je me bornerai à la suivante, prise parmi celles d'Hoffmann.

« Une sexagénaire pléthorique, de vie sédentaire, adonnée à une nourriture forle, se plaignit, à la suite de chagrins prolongés, de lassitudes générales et de douleur dans le côté gauche. S'étant trouvée exposée au froid et au vent pendant qu'elle était en voiture, elle rejeta par le vomissement une grande quantité de matière noire, et bientôt en rendit de la même couleur, et très fétide, par les selles, dont la répétition lui occasionna quelquefois des défaillances. On lui fit prendre des mixtures analeptiques avec du vinaigre distillé et des yeux d'écrevisses. Des onctions avec notre baume furent faites sur l'épigastre, et après la cessation du vomissement la rhubarbe en substance fut administrée avec de la manne. Sous l'action de ces remèdes le mal parut se calmer, et pendant trente heures, il n'y eut d'évacuation ni par haut, ni par bas. Malgré cela, il y eut quelquefois ensuite des vomissements et des selles, accompagnés de perte de connaissance. En même temps, disparition complète de l'appétit, sommeil troublé, de peu de durée et non réparateur. La malade succomba au bout de deux semaines sous la persistance de ces accidents.

» A l'ouverture du cadavre, faite pour l'embaumement, nous trouvâmes, comme cause de mort et de maladie, les vaisseaux courts de l'estomac distendus et gorgés de sang noir, puis l'intestin iléon rempli d'un sang pareil. Le foie, d'un volume considérable, était fortement induré; la rate, sans être endurcie, avait plus que doublé de volume, et son tissu était tellement mou, qu'il suffisait d'une faible pression du doigt pour le déchirer et en faire sortir abondamment du sang noir et fétide. (6) »

Voilà assurément une observation des plus satisfaisantes sous tous les rapports. Quand on songe qu'il s'en trouve beaucoup d'analogues dans les recueils consacrés à la médecine, on se demande comment un point scientifique complétement élucidé il y a plus de cent ans a pu être à peu près entièrement oublié par les auteurs classiques de nos jours. Un peu d'érudition eût évité ce mouvement rétrograde, et ne peut manquer, dans tous les cas, d'en abréger la durée. L'érudition est donc bonne à quelque chose.

ATRÉSIE DE LA MATRICE

avec absence du vagin.

Observation communiquée par le Dr D. de Jumné (d'Ostende).

Cette monstruosité qui se présente de loin en loin, et dont les annales de la science renferment quelques rares exemples, est remarquable en ce qu'elle rappelle les parties génitales externes de quelques vertébrés, celles des ovipares. Ce qui est permanent chez ces derniers constitue un état transitoire chez la femme, mais peut, par un arrêt de développement, devenir permanent. C'est ce qui forme la monstruosité dont nous venons de recueillir un exemple dans notre pratique. La rareté du cas, les enseignements qui en résultent pour la pratique nous ont engagé à le livrer à la publicité.

On lit dans les *Annales de la Société de Médecine de Gand* l'observation d'une absence complète du vagin chez une jeune fille bien constituée, dont la nécropsie est venue révéler la singulière disposition de l'appareil générateur externe. Cette observation, communiquée par M. le professeur Burggrann, de l'Université de Gand, est remarquable sous le rapport des détails. On y voit l'utérus, sans communication au dehors, ayant des trompes et des ovaires volumineuses. Il n'existait qu'un seul méat vulvaire, large, muni d'un sphincter et s'ouvrant dans une vaste poche, laquelle a dû servir au coït. C'était la vessie, adossée directement au rectum, de manière qu'il n'y avait qu'une cloison sans aucun intermédiaire. Les uretères, au lieu de s'insérer à la base du trigone, se prolongeaient jusque contre le méat vulvaire, en arrière duquel ils s'ouvraient par des embouchures ayant chacune une sphincter propre. A partir de ce point, ces canaux formaient par leur dilatation des espèces de sinus faisant office de réservoirs. Les urines n'avaient pas ainsi à passer dans la vessie, disposition qui rappelle la vessie de quelques tortues marines, et qui a permis à la fille de se livrer au coït sans être frappée d'incontinence d'urine. La personne qui fait l'objet de notre observation n'a pas été aussi heureuse. Nous en verrons les motifs.

Voici maintenant le cas :

Obs. — Il y a quelques jours je fus consulté pour une femme d'une trentaine d'années, mariée depuis huit mois; pendant tout ce temps l'acte conjugal n'avait pu s'accomplir; de sorte que le mari, épuisé à force de lutter contre un obstacle infranchissable, s'était décidé à faire visiter sa femme. Ce fut à moi qu'il s'adressa. La femme est bien conformée, d'une constitution sèche et nerveuse: Cheveux et yeux noirs, peau blanche, pubis et grandes lèvres bien garnis de poils, les seins bien développés. Elle m'avoua avoir éprouvé de fréquents entraînements vers l'homme, mais que le crainte d'avoir des enfants l'avait empêchée d'accéder à ce désir. Elle ignorait du reste l'étal de ses organes sexuels. L'inspection des parties me fit reconnaître que le périnée avait sa grandeur ordinaire. En écartant les lèvres, je ne trouvai qu'un méat de la grandeur d'une plume à écrire. J'essayai inutilement d'y introduire le petit doigt; l'ouverture était très résistante et comme fibreuse.

La sonde ayant été introduite, les urines s'écoulèrent aussitôt. Comme il y avait du sang derrière le méat, par suite d'une espèce de suintement menstruel, je jugeai convenable de débrider le méat en divisant le sphincter du côté du périnée. Le sang put ainsi sortir sous forme de petits caillots. Désirant mieux m'éclairer sur l'état des parties, j'introduisis avec précaution le doigt. Je pus constater ainsi qu'il n'y avait point de vagin, mais seulement une espèce de cloaque au fond duquel on sentait la saillie du museau de tanche. Celui-ci était couvert par la paroi du cul-de-sac; du moins il me fut impossible d'y trouver la moindre ouverture. Dans cet état, je dus me borner à cette exploration et avertir le mari de l'impossibilité d'accomplir les devoirs conjugaux. Mais celui-ci ne tint pas compte de mes recommandations; il voulut voir sa femme; rapport qui fut fatal à cette dernière, puisque, immédiatement après, elle fut frappée d'incontinence d'urine. Les époux vinrent me trouver de nouveau, me priant de porter remède à cette infirmité. Le méat était considérablement agrandi et comme éraillé. Il me fut facile d'y pénétrer avec le doigt, et de là dans la vessie. Il était évident que le membre viril avait été introduit dans cette poche et en avait forcé l'entrée; de là l'impossibilité de retenir les urines, parce que les uretères, au lieu de s'ouvrir en avant du col comme chez la fille dont M. le professeur Burggrann nous a donné l'histoire, s'insèrent à leur place ordinaire, c'est-à-dire à la base du trigone. Le spéculum, que je pus introduire cette fois, me permit de reconnaître le fond du cul-de-sac, communiquant en haut avec la vessie par une ouverture munie d'un éperon, débris du col déchiré et offrant dans son fond le museau de tanche imperforé. J'avertis le mari de l'impossibilité de remédier à ce vice de conformation, et l'engageai à ne plus voir sa femme, de peur d'augmenter l'incontinence des urines. Peut-être que le col, en se resserrant, rendra cette infirmité moins considérable. Peut-être encore, y aura-t-il lieu, plus tard, à tenter une opération plastique du genre de celles de M. Jobert (de Lamballe) pour les fistules urétro-vaginales.

L'observation qu'on vient de lire est importante tant sous le rapport physiologique que pathologique. A l'égard du premier, elle confirme ce que les organographes nous apprennent concernant la formation des organes génito-urinaires et l'existence primitive d'un sinus uro-génital commun. On voit ici se réaliser le grand principe de l'unité de composition et celui de l'arrêt de développement comme la cause de la plupart des monstruosités observées chez l'homme. Quant à la pathologie, notre observation fait voir que, dans des cas semblables, il y aura à examiner avant tout où s'ouvrent les uretères, les tentatives que l'on pourrait faire pour remédier à l'atrésie de l'utérus et rendre cet organe apte à la conception étant subordonné à cette circonstance. Ainsi, l'on sondera avant tout. Si l'algali introduit dans la vessie amène incontinent des urines, c'est un signe que les uretères s'ouvrent dans cette poche, et il faudra s'abstenir de toute opération, de peur d'amener l'incontinence des urines. Il faudra surtout s'abstenir de moyens dilatants et défendre sévèrement le coït. Malheureusement, il est à craindre que cette prescription n'arrive trop tard; car, pour autant qu'on peut en juger par les deux observations maintenant connues, celle de M. le professeur Burggrann et la mienne, les femmes avec absence de vagin sont d'un tempérament très érotique. On dirait que l'intensité des désirs est en raison de l'impossibilité de les satisfaire; soit par le coït, soit par des attouchements indiscrets, la résistance du méat urinaire est forcée, et, selon le point où les uretères s'ouvrent, dans la vessie ou en avant, l'acte est suivi ou non d'incontinence d'urine. Que si les uretères ont une embouchure séparée, on pourra tenter la cure de l'atrésie de l'utérus par une opération analogue à celle de l'atrésie du rectum, c'est-à-dire en perforant au moyen d'un trois-quarts le fond du cul-de-sac et en pénétrant dans le museau de tanche, qu'on dilatera au moyen de l'éponge préparée ou d'autres agents spongieux.

La fécondation dans cette circonstance présenterait quelque analogie avec ce qui a lieu chez les ovipares, c'est-à-dire par l'introduction de la verge dans le cloaque commun. — Nous ne vous cacherons pas toutefois que, dans l'intérêt de la dignité humaine, mieux vaudrait écarter ces femmes du coït que de les y convier en rendant l'accomplissement de cet acte moins pénible. (*Gazette médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juillet 1850. — Présidence de M. Danyau.

Tumeurs cutanées.

M. Giraldès. J'ai examiné à l'œil nu et au microscope la tumeur qui m'avait été remise par M. Huguier, et j'ai constaté qu'elle était composée de tissu fibreux, comme la kéloïde.

M. Demarquay. Je regrette que M. Hugnier ne soit pas encore présent à la séance, car il opposerait sans doute aux résultats de M. Giraldès ceux obtenus par plusieurs micrographes qui ont trouvé dans ces tumeurs des éléments folliculaires.

M. Morel-Lavallée. Puisque cette question de texture n'a pas encore reçu de solution définitive, je reproduirai ici une objection que j'avais déjà faite à M. Huguier : c'est que l'hypertrophie des parois d'un follicule conduisant à l'oblitération de sa cavité me paraît en opposition avec l'un des faits les plus constants de la pathologie. Effectivement, l'hypertrophie des parois d'un organe sécrétoire n'implique-t-elle pas un accroissement de l'activité de sa circulation, et conséquemment de sa sécrétion ? Dès lors, au lieu de s'effacer, sa cavité n'a-t-elle pas de la tendance à s'agrandir, surtout si, comme dans ce cas, le produit de sécrétion destiné à être rejeté au dehors, se trouve emprisonné dans la poche par l'occlusion de l'orifice excréteur ? La nature folliculeuse de ces tumeurs solides constituerait donc une exception, une anomalie telle qu'elle aurait besoin, pour être admise, d'être rigoureusement démontrée.

Cancer et cancroïde de la peau.

M. Monod rend compte d'un travail que M. Lebert avait présenté à l'appui de sa candidature, et qui portait le titre que nous venons de rappeler.

Depuis quelques années, dit M. Monod, divers travaux ont été entrepris en France, en Allemagne et en Angleterre pour éclaircir la question de l'affection qu'on appelait autrefois *noli me tangere* et ulcère chancreux, qu'on a désignée dans ces derniers temps sous le nom de tumeurs épidermiques, et à laquelle M. Lebert propose de donner le nom de cancroïde. Le mémoire qui nous occupe est le fruit de nouvelles recherches faites depuis la lecture d'un premier mémoire lu à l'Institut, et qui l'ont conduit à rectifier plusieurs des idées émises dans ce premier travail.

Le point fondamental de ce mémoire est que le cancer cutané est une maladie générale de l'économie, qui se traduit par une tumeur dont la nature intime consiste dans la formation d'un élément nouveau étranger à l'organisme; l'apparition de cette tumeur est bientôt suivie des symptômes d'une infection générale et de la formation de dépôts multiples et éloignés dans toute l'économie.

Le cancroïde cutané, au contraire, est une maladie locale, dans laquelle l'altération de l'épiderme joue le rôle principal; cette tumeur s'ulcère, et le mal peut alors s'étendre aux parties sous-jacentes, aux muscles, aux os, aux ganglions voisins, mais jamais, quelle qu'ait été la durée de l'ulcère, il n'y a production de tumeurs éloignées, comme dans le cancer; d'où il résulte que la destruction d'un cancroïde doit être suivie de guérison, si l'opération a dépassé les limites du mal, tandis que l'extirpation d'un cancer est immanquablement suivie de récidive, soit sur place, soit ailleurs. M. Lebert a recueilli plus de cent observations de cancer et de cancroïde cutanés. A l'aide de ces faits, il trace l'histoire du cancroïde en général, puis celle du cancroïde des différentes régions. Il dit, en terminant, quelques mots de certaines tumeurs épithéliales de même nature que les tumeurs épidermiques et de la kéloïde, qu'il regarde comme un anneau de la chaîne qui relie entre elles les diverses formes de cancroïde.

M. Monod donne des éloges à ce travail, qui lui paraît avoir une grande importance pratique; mais, n'étant qu'un chapitre détaché d'un ouvrage plus étendu sur le cancer en général, il aurait besoin d'être retouché pour recevoir la forme d'un mémoire qui pût être inséré parmi ceux de la Société.

M. Monod propose, en conséquence : 1° d'inviter M. Lebert à donner à son travail une forme qui en permette l'insertion dans les Mémoires de la Société; 2° de le nommer membre titulaire de la Société.

M. Chassaignac. J'ai eu, il y a six ou sept mois, l'occasion d'observer un fait qui ne me paraît guère se concilier avec les principes que M. Lebert cherche à établir. Il s'agit d'une tumeur maligne de la lèvre inférieure qui avait récidivé huit ans après une première opération. D'après M. Lebert, ce n'était pas un cancer, puisque d'autres tumeurs analogues ne s'étaient pas montrées dans d'autres points; et si ce n'était un cancroïde, comment expliquer cette reproduction au bout d'un temps si considérable ?

La tumeur occupait comme une traînée le bord libre de la lèvre inférieure; j'en fis l'ablation par un procédé que j'appelle *en tablier*. Je divisai par une incision transversale et parallèle au bord libre de la lèvre la muqueuse qui tapisse sa face postérieure, et je la décollai jusqu'au fond du cul-de-sac qu'elle formait en se relevant sur l'os. Ensuite, j'enlevai le mal par une incision dirigée dans le sens de la première. Enfin, la hauteur de la lèvre étant ainsi diminuée, la muqueuse, que j'en avais détachée, se trouva suffisante pour recouvrir le bord saignant de l'organe jusqu'à la peau. Je maintins en contact avec des points de suture les bords correspondants de la muqueuse et de la peau, et j'obtins en quelques jours une réunion immédiate, qui eût été plus prompte encore avec l'instrument de M. Vidal.

M. Monod. Si la tumeur enlevée par M. Chassaignac s'est reproduite sur place sans que rien d'analogue se soit montré ailleurs, c'est qu'il s'agissait d'un cancroïde, ce qui est entièrement conforme aux idées de M. Lebert. Du reste, M. Lebert lui-même reconnaît qu'il y a des tumeurs mixtes composées à la fois d'éléments cancéreux et cancroïdes, et l'aspect et la marche de l'affection devront s'en ressentir. L'ulcère chancreux des lèvres, dont Boyer avait indiqué le pronostic

(1) *De usu partium*, lib. IV, cap. xv, p. 230.

(2) *De morb. diut.*, lib. I, cap. xv. Nemes. 28; Oribas, *Medicinalium*, lib. XXIV, cap. xxvi, *Sextuplex digest.* Nos 2, 3, 4, etc., p. 209, 305.

(3) Supplementum *De morb. nigro Hippocratis et Med. ration. syst.*, tome IV. *De vomitu cruento*, etc.

(4) Supplementum secund. *Theses med.* De vomitu cruento, p. 97. *Sepulchret.*, sect. XVI, in schol. ad obs. 13 et 14.

(5) *De sed. et caus. morb.*, epist. XXXVI, nos 12, 13, 14. *Dement. physiol. corp.*, tome VI, p. 156.

(6) *Med. rat. syst.*, tome IV. *De vomitu cruento*, etc., p. 216.

favorable, n'était qu'un cancroïde, ainsi que le démontre M. Lebert.

M. GIRALDÈS signale une omission de l'auteur et du rapporteur, qui n'ont parlé ni l'un ni l'autre des recherches importantes et peut-être antérieures de M. Sédillot sur le même sujet. Il ajoute que le chirurgien de Strasbourg a également échoué une première fois chez certains malades, puis réussi après la récidive, probablement parce que d'abord il n'avait pas enlevé tout le mal qui s'est remontré sur place.

M. LARREY fait remarquer l'espèce de contradiction offerte par le cancer des lèvres, qui est plus qu'aucun autre la conséquence d'une violence extérieure, et cependant plus qu'aucun autre suivi de récidive.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la première conclusion du rapport, qui est adoptée; le vote de la seconde concernant l'élection du candidat est, conformément au règlement, renvoyé à la prochaine séance.

Excision simultanée des deux amygdales.

M. CHASSAIGNAC. Malgré la difficulté qu'on éprouve généralement à décider les enfants à se soumettre de bon gré à l'opération pour l'ablation des amygdales, je ne crois pas être démenti par mon collègue, M. Guersant, en disant qu'un assez bon nombre d'enfants se présentent à l'opération d'assez bonne grâce; mais ce que j'ai remarqué, et ce qu'ont dû remarquer tous ceux qui ont pratiqué beaucoup d'opérations de ce genre chez les enfants, c'est que souvent après l'ablation d'une des amygdales la douleur qu'a causée la première opération ôte à l'enfant tout son courage, et on a la plus grande peine à le décider pour l'opération de la deuxième amygdale. Une autre difficulté s'ajoute à cela, c'est la sortie du sang qui souvent masque le jeu des instruments dans la seconde opération, et cause des lenteurs fâcheuses. Depuis longtemps le désir d'éviter cet inconvénient m'avait porté à rechercher les moyens de ne mettre aucun intervalle entre les deux opérations, à les faire en quelque sorte simultanément, et à les faire, autant que possible, à sec, du moins sans que le sang de la première opération gênât la seconde. J'avais pensé que si on employait deux tonsillitomes de Fanestock à la fois, on pourrait arriver au but; je me demandais seulement si le placement simultané des deux instruments ne serait pas difficile, et si telle ou telle difficulté non prévue rendrait ce projet difficile ou inexécutable. Ce matin même j'ai eu l'occasion d'être parfaitement édifié là-dessus, et de voir que les résultats allaient au delà de ce que j'avais pensé. Un enfant de quatre ans que m'avait adressé un digne confrère, M. Mazet, ayant été placé sur les genoux d'un aide, j'ai placé successivement sur chaque amygdale un tonsillitome, et quand les deux amygdales ont été traversées par la petite fourche, j'ai abattu presque instantanément, et avant que l'enfant ait eu le temps de se plaindre, les deux amygdales. La seconde était déjà retirée de la cavité buccale, que la plaie de la première ablation commençait à peine à donner du sang. Sous ce rapport, je crois pouvoir dire, quoiqu'en exagérant un peu, que la double opération a été faite pour ainsi dire à sec. M. de la Villejouy et les autres personnes présentes ont été surpris de la rapidité et de la netteté de l'opération ainsi faite.

M. LARREY. La résection des amygdales à l'aide du bistouri est une opération très simple; c'était déjà la compliquer que de recourir à un instrument mécanique, et M. Chassaignac ajoute encore à cette complication en doublant le nombre de ces instruments. Je me borne d'ailleurs à faire pressentir les inconvénients de l'extension de cette pratique, qui consisterait à exécuter sur le même sujet plusieurs opérations à la fois, dans le but d'éviter la difficulté de les lui faire accepter successivement.

M. MAISONNEUVE. Ce qu'il y a de certain, c'est que, si j'avais à subir la résection de mes deux amygdales, j'aimerais mieux qu'elles fussent enlevées à la fois que l'une après l'autre. Quant à la complication de l'instrument, il ne faut pas s'en préoccuper, si son action est satisfaisante. Le procédé de M. Chassaignac me paraît avantageux, surtout chez les enfants.

M. MONOD. Moi, je lui trouve un inconvénient précisément où vous lui voyez un avantage. C'est qu'en enlevant les deux amygdales en une seule fois, on s'expose quelquefois à des hémorrhagies sérieuses.

Inoculation de l'accident syphilitique dit secondaire.

M. VIDAL (de Cassis). Je viens faire connaître à la Société de Chirurgie un résultat de mes expériences qui peut avoir de grandes conséquences en syphiliographie.

La pustule, ecthyma, accident de la syphilis dite secondaire, peut être transmise par voie d'inoculation expérimentale de l'homme malade à l'homme malade et de celui-ci à l'homme sain. La personne, en parfaite santé, qui s'est spontanément et courageusement soumise à l'inoculation n'avait aucun antécédent syphilitique. La matière à inoculation a été puisée dans une véritable pustule choisie parmi une foule d'autres portées par un sujet ayant eu un chancre induré et qui n'avait plus aucun accident dit primitif. Ce résultat et d'autres me permettent de considérer la transmissibilité d'un accident syphilitique secondaire comme tout ce qu'il y a de mieux établi. Ce sera, je l'espère, un fait acquis à la science quand j'aurai fourni les preuves irrécusables à la Société de Chirurgie dans un travail que je cherche à rendre digne d'elle. En parlant à une pareille compagnie, je n'aurai nullement besoin de lui recommander de se défaire de certaines préventions doctrinales; et, si elle a connu des faits négatifs, son esprit philosophique lui fera répéter avec M. Robert de Welz, auteur d'un travail remarquable sur l'*inoculation de la syphilis* aux animaux : *Une expérience positive a plus de valeur qu'une quantité innombrable de résultats négatifs.*

Pour donner plus d'authenticité à ce fait, je ne crois pas avoir besoin de rappeler qu'il a eu un grand nombre de témoins, entre autres des élèves de MM. Michon et Maisonneuve, et que dix ans passés dans un hôpital de vénériens ont dû peut-être me mettre à même de diagnostiquer convenablement une pustule d'ecthyma. Je répéterai seulement que cette pustule était parfaitement caractérisée, et que je me suis entouré de toutes les précautions qu'exigeait la constatation d'un fait nouveau et qui ne devait pas être favorablement accueilli de tout le monde. J'ai voulu vous soumettre ce résultat, sur lequel j'appelle la discussion.

M. LE PRÉSIDENT. Je ne crois pas devoir laisser la discussion s'engager sur ce fait; elle viendra plus utilement après la communication du travail de M. Vidal.

Polype fibreux du rectum.

M. HUGUIER. Les polypes du rectum en général, et spécialement les polypes fibreux, sont assez rares, et j'ai pensé que la Société accueillerait avec intérêt le fait suivant que je viens d'observer.

Une femme d'environ quarante ans avait des hémorrhoïdes fluentes accompagnées d'accidents nerveux considérables, tels que convulsions, petitesse du pouls, etc., symptômes qui étaient attribués aux hémorrhoïdes par deux des médecins les plus habiles de Paris. Il y avait plus d'un an qu'ils n'avaient vu la malade, et depuis lors les crises qu'elle éprouvait avaient pu s'aggraver; mais elles me parurent hors de proportion avec la lésion ordinairement peu sérieuse à laquelle on les rapportait. Je soupçonnai autre chose que des hémorrhoïdes, et je demandai à m'en assurer par le toucher. Je trouvai, en effet, dans le rectum, à un demi-pouce de son orifice, une tumeur du volume d'un gros œuf, inégale, dure, élastique. Je diagnostiquai un polype fibreux, et proposai l'opération. M. Velpeau, qui fut consulté, ayant confirmé ma manière de voir, je procédai à l'ablation de la tumeur. Dans le but d'amener le polype au dehors, je prescrivis un lavement et des efforts d'expulsion énergiques pour en seconder les effets dès qu'ils se manifesteraient. La tumeur, s'étant ainsi présentée à l'anus, fut saisie à l'aide d'une pince de Museux et tirée davantage à l'extérieur. Une ligature est jetée sur le pédicule; puis j'en traverse horizontalement le pédicule par le milieu avec une aiguille munie de deux fils, l'un blanc, l'autre noir. Les deux extrémités d'un de ces fils sont ramenées, serrées et nouées sur la demi-circonférence supérieure du pédicule; la même constriction est exercée avec l'autre fil sur la moitié inférieure de la racine du polype, et la section pratiquée au-dessous de cette double ligature ne donne lieu à aucun écoulement de sang. Les fils remontent alors dans l'intestin avec la base du pédicule, qu'ils étranglent. L'opération est toute récente; j'en communiquerai plus tard le résultat définitif.

M. FORGET. Les polypes fibreux du rectum, en effet, sont très rares. Le plus souvent ils sont muqueux, ainsi que les ont vus MM. Stolz et Vidal (de Cassis), ou cellulo-vasculaires, comme ceux observés par M. Gigon. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils crient sous le scalpel et prennent l'aspect réellement fibreux noté par MM. Bourgeois et Huguier, et par moi même, chez une femme qui a été opérée par M. Jobert à l'hôpital Saint-Louis. En général, les polypes offrent la texture du milieu où ils se développent, et ceux du rectum sont, pour la plupart, des polypes vasculaires, ainsi que j'ai eu l'occasion de m'en assurer dernièrement en préparant un rapport fait devant une autre société.

M. HUGUIER fait observer que le polype qu'il a enlevé semble plutôt résulter d'une simple hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux que du développement d'un véritable tissu fibreux; il n'offre nullement les fibres prononcées et tourbillonnées des corps fibreux utérins.

M. GIRALDÈS exprime la même opinion.

M. CHASSAIGNAC a noté, avec les auteurs, la plus grande fréquence des polypes du rectum dans l'enfance que dans les âges suivants.

Candidatures.

M. Parise, professeur à l'École d'instruction de Lille, envoie, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant, un mémoire *sur la hernie inguinale intra-iliaque et la hernie inguinale anté-vésicale.* (Commissaires : MM. Denonvilliers, Boinet et Gosselin.)

M. Risk, chirurgien consultant de l'Infirmerie royale de Glascow, etc., écrit pour solliciter le titre d'associé étranger. En répondant à M. Risk, M. le secrétaire lui donnera connaissance de l'article du règlement qui met au nombre des conditions d'éligibilité la communication d'un travail inédit, et l'engagera à hâter l'envoi de ce travail.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 93. (23e ANNEE.) MARDI 6 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 5 AOUT 1850.

Révocation de l'intendance sanitaire de Marseille.

Comme tout le monde s'y attendait, la mesure prise par M. Dumas relativement à l'intendance sanitaire de Marseille a causé dans la population de cette cité et même de tout le département une vive émotion. Nous allons d'abord reproduire avec le plus d'étendue que nous le permettra l'espace dont nous pouvons disposer les détails les plus importants que nous apportent les journaux de la localité, qui tous blâment énergiquement la conduite de M. Dumas ; nous ferons ensuite connaître notre sentiment sur la violente opposition que rencontre la mesure prise par M. le ministre.

Nous ne parlerons pas des désordres populaires assez sérieux qui se sont déjà produits et qui ne sont peut-être pas définitivement apaisés ; nous mentionnerons seulement des démarches faites par des hommes que leur position et leurs lumières présumées sembleraient devoir mettre en état de comprendre la vérité.

Voici d'abord la décision prise par la chambre de commerce et adressée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce :

« Monsieur le Ministre,

» Le décret du 24 juillet vient de porter le dernier coup à une de nos institutions les plus précieuses, et par suite, de compromettre les graves intérêts dont elle était la garantie. A cette heure l'intendance sanitaire n'existe plus ; ce jury de la santé publique qui, de temps immémorial, avait rempli sa mission avec tant de dévoûment et de succès, vient d'être annulé par un acte du gouvernement. Les éléments de sécurité et d'indépendance qui résultaient de cette organisation collective sont remplacés par une délégation individuelle, par un emploi salarié.

» Sous l'impression de cet acte subversif, la population entière de Marseille a éprouvé une de ces émotions dont il est difficile de se faire une idée à distance, et qui s'est traduite par des manifestations extérieures de nature à mettre en sérieuse considération les dépositaires de l'autorité.

» Ces manifestations unanimes, malgré leur étrangeté, ne s'expliquent que trop par les circonstances graves dans lesquelles elles se sont produites.

» Quel moment, en effet, a-t-on choisi pour désorganiser nos institutions sanitaires et nous livrer à la discrétion d'un agent de la centralisation ? Celui où malheureusement le choléra a déjà frappé quelques victimes et où l'imagination, cruellement alarmée, grandit encore des malheurs réels.

» Eh quoi ! l'intendance a eu raison dans les précautions qu'elle avait ordonnée (cela résulte du décret lui-même qui vient d'autoriser les quarantaines pour les provenances des pays contaminés), et voilà que, pour la remercier d'avoir éclairé l'administration et d'avoir eu le courage de son devoir et de ses convictions, en en appelant au ministre mieux informé, on révoque les hommes et on déporte le simulacre de l'institution au Frioul ; nous disons le simulacre, car de deux choses l'une :

» Ou l'arrêté nouveau qui donne satisfaction aux vœux de l'intendance révoquée renferme des pouvoirs discrétionnaires tels que nous les avions demandés, et qu'il était juste, rationnel et politique de les accorder. Dans ce cas, pourquoi ne pas laisser à d'honorables et utiles citoyens ces pouvoirs qu'ils avaient réclamés dans l'intérêt de tous ? Pourquoi confier à la délibération d'un seul homme, étranger à notre ville, à notre commerce et à notre navigation, cette appréciation facultative accordée pour la première fois ?

» Ou bien cette faculté n'est que dans la lettre, et l'obéissance passive de l'employé est dans le fond de son mandat. Dans ce cas, n'est-il pas dérisoire de décorer encore du titre d'intendance sanitaire l'action d'un seul homme qui ne conserve pas même sa liberté ?

» Nous avions espéré que le temps des commissariats extraordinaires, empruntés à une autre époque, était passé ; car cette dénomination indique toujours quelque violation du droit commun, quelque atteinte à des institutions permanentes.

» Nos populations se demandent comment il peut se faire que des établissements publics qui sont dans nos lois, qui ont place au budget depuis des siècles, puissent être tout d'un coup supprimés d'un trait de plume.

» Et encore, s'il y avait un intérêt quelconque attaché à de pareils actes ! Mais, au contraire, l'intérêt hygiénique et commercial les repousse. Ces changements et l'esprit qui les dicte ne vont qu'ajouter aux alarmes des pays étrangers et aux mesures des représailles qui paralysent nos relations internationales. Déjà nous vous avons signalé, à plusieurs reprises, ce côté si essentiel de la question ; nous ne pouvons que nous en référer, sur ce point, à nos précédentes doléances, qui n'ont malheureusement rien perdu de leur force et de leur actualité.

» En un mot, l'absolutisme antisanitaire n'est pas de la protection commerciale, c'est la ruine de nos intérêts maritimes.

» Maintenant que nous avons accompli notre devoir avec la franchise qui doit caractériser des convictions, permettez-nous de dire que ce que nous vous demandons, c'est le maintien d'une sauvegarde publique ; c'est la conservation franche et sérieuse d'un établissement légal que la sagesse de nos pères avait fondé, qui a tant de fois garanti le pays de calamités dont on peut ne pas se préoccuper de loin, mais qu'une population, trop souvent victime des épidémies, a le droit de défendre comme sa propre existence.

» Nous sommes avec respect, » etc.

(*Suivent les signatures.*)

Voici maintenant la protestation que, sous forme d'adieux, les membres de l'ancienne intendance ont adressée à la population marseillaise :

« Chers concitoyens,

» Notre révocation est un fait accompli. Hier, assemblés pour la dernière fois, nous avons cru devoir contenir l'expression de nos sentiments devant la lecture du décret qui renversait à jamais cette administration depuis si longtemps l'honneur et la sécurité de notre pays. Nous n'avons pas voulu donner à une résistance soutenue jusqu'alors avec la fermeté, mais aussi avec la modération qu'inspire une bonne cause, les formes irritantes d'une question personnelle.

» Aujourd'hui, avant de nous séparer, nous venons vous dire en peu de mots quelle a été notre conduite. Il y a deux mois nous fûmes appelés par M. le préfet pour former une nouvelle intendance sanitaire. Celle à laquelle on nous proposait de succéder se retirait devant des difficultés, des refus, des menaces même, qu'elle avait cru justement ne pas devoir supporter. C'était la deuxième fois depuis trois ans qu'une intendance sanitaire se voyait forcée de retirer son concours au gouvernement. En acceptant cette mission, nous demandâmes, dans une lettre adressée au ministre, les garanties destinées à éviter le sort des intendances précédentes ; nous demandâmes une quarantaine pour les provenances des pays à fièvre jaune, et nous voulûmes qu'il fût bien entendu que nous serions considérés comme un jury indépendant, chargé d'apprécier les faits et non comme de simples commis obéissant aveuglément ; nous dîmes au ministre :

« Nous venons à vous sans parti pris, mais en jury sévère et indépendant, facile quand le danger sera loin, rigoureux quand il sera proche. » Ces conditions furent acceptées, puisqu'une quarantaine fut imposée aux provenances des pays où régnait la fièvre jaune.

» Cependant le choléra éclata à Tunis et à Malte, des fugitifs nombreux nous arrivaient chaque jour de ces deux pays après une très courte traversée.

En présence de ce fléau si rapproché qui, l'an dernier, ravagea notre ville, en présence des doutes de la science sur la transmissibilité de la maladie et dans l'intérêt de notre commerce, déjà si rudement frappé, notre conduite était toute tracée ; nous dûmes soumettre à une quarantaine les provenances de ces pays.

» Avant de connaître les motifs de notre décision, le ministre nous intimait par le télégraphe l'ordre de mettre en libre pratique les navires que nous retenions au lazaret.

» Après une mûre et solennelle délibération, appuyés que nous étions par toute la population, par le conseil municipal et la chambre du commerce, nous crûmes devoir en appeler au ministre mieux informé, et en attendant surseoir à l'exécution de ses ordres.

» Aujourd'hui nous sommes révoqués ; mais, en tombant, nous avons la satisfaction de voir que notre appel au ministre était juste, et son décret du 14 juillet est la consécration légale des mesures que nous avions appliquées, comme le rapport qui le précède est la reproduction fidèle des considérants de notre délibération.

» Nous avons été frappés à notre poste, et nous vous laissons, chers concitoyens, le soin de donner un nom à une révocation dont nous sommes fiers.

» Nous avons combattu jusqu'au dernier jour. Nous ne demandons à notre titre d'hier que le droit de protester les premiers contre l'atteinte portée à ce dernier débris de nos vieilles franchises, et nous laissons au gouvernement la responsabilité d'une mesure qui remplace la vigilance désintéressée d'une intendance indépendante et choisie parmi vous, par un salarié de l'administration supérieure sans responsabilité comme sans garantie.

Signés : A. de Possel ; Girard, docteur ; B. Benausse ; Bournat ; H. Destienne ; F. Dupré ; docteur Gassier aîné ; F. Meynier ; Rambaud cadet ; docteur Roberty ; docteur Rousset ; H. Roussin.

Enfin, le conseil municipal de Marseille, à la suite des troubles du 1er août, s'est réuni vers une heure, et, dans une séance qui s'est prolongée jusqu'à sept heures du soir, a adopté la délibération suivante :

« Le conseil,

» Considérant que, par arrêté du président de la République du 24 juillet dernier, l'intendance sanitaire de Marseille a été supprimée, et que ses attributions ont été dévolues à un commissaire spécial nommé par le ministre et placé sous l'autorité du préfet ;

» Que la suppression d'une institution séculaire, qui a conquis les sympathies de la cité par de longs et éminents services, a justement et profondément ému la population marseillaise, qui, confiante dans cette institution, était jusque-là restée calme au milieu des plus cruelles épidémies ;

» Que cette suppression est directement contraire aux dispositions de la loi du 3 mars 1822 et à l'ordonnance du 7 août de la même année ;

» Que l'attribution à un fonctionnaire unique de la mission confiée à une administration collective ne présente pas les mêmes garanties pour la sûreté publique et ne saurait imposer aux administrations sanitaires des ports étrangers la confiance dont l'intendance sanitaire de Marseille était investie à un si haut degré ;

» Que les mesures de suspicion prises par les administrations étrangères contre les provenances de Marseille ont déjà imposé au commerce français des pertes considérables ;

» Délibère :

» 1° De réclamer le retrait de l'arrêté du 24 juillet dernier qui supprime l'intendance sanitaire de Marseille et de demander le rétablissement de cette institution ;

» 2° D'approuver de nouveau les mesures prises par l'intendance sanitaire et de lui donner au nom de la cité un témoignage éclatant de la reconnaissance publique ;

» 3° De prier M. le maire d'adresser la présente délibération à M. le préfet et aux représentants des Bouches-du-Rhône. »

Cette délibération est en effet parvenue aux représentants des Bouches-du-Rhône, qui, par l'organe de M. Berryer, ont promis de soutenir les vœux du conseil municipal, et à M. le ministre, qui semble avoir pris ces vœux en considération par la dépêche suivante adressée à M. le préfet de Marseille.

Dépêche télégraphique.

Paris, le 1er août 1850, à 3 heures après midi.

Le ministre de l'agriculture et du commerce à M. le préfet.

La mission de M. Mêlier est toute de conciliation. Vous pouvez donc lui adjoindre trois conseillers municipaux à titre consultatif.

Voilà où en étaient les choses au départ des dernières nouvelles de Marseille. Nous pourrions ajouter que la presse de la localité, à quelque couleur qu'elle appartienne, a reçu avec la plus complète réprobation la mesure de M. Dumas. L'espace ne nous permet pas de discuter aussi longuement que nous le voudrions les assertions et les arguments contenus dans les diverses pièces qu'on vient de lire ; nous nous bornerons donc à émettre, de notre côté, quelques propositions dont heureusement l'exactitude ne sera pas un instant douteuse pour ceux qui ont suivi avec quelque attention les débats scientifiques des dernières années sur le régime quarantenaire, sur la peste et sur le choléra, et qui, comme nous, ont pu assister à ces débats, libres de toute autre préoccupation que celle de découvrir et de défendre la vérité.

L'arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce peut être et a été envisagé par ses divers contradicteurs sous le triple rapport de la science, de la légalité et de l'opportunité.

Au point de vue de la légalité, nous concevons difficilement qu'on ait attaqué cet acte parfaitement régulier et conforme à l'article 1er de la loi du 3 mars 1822, ainsi conçu :

« Le roi détermine par des *ordonnances*, etc. . . . . . .

. . . .

Il règle les attributions, la composition et le ressort des autorités chargées de l'exécution de ces mesures et leur délègue le pouvoir d'appliquer provisoirement, dans les cas d'urgence, le régime sanitaire aux portions du territoire qui seraient inopinément menacées.

Rien n'est plus clair que l'autorité absolue laissée par cet article au chef de l'État et à ses ministres. Sous le rapport de la légalité, M. Dumas n'a donc outrepassé en rien les limites de ses droits.

Quant au point de vue scientifique, l'arrêté ministériel n'a qu'un tort, celui de paraître en contradiction avec le rapport qui le précède. En effet, dans le rapport, M. Dumas proclame nettement l'impuissance absolue des cordons sanitaires contre l'invasion du choléra, et dans l'arrêté, il permet qu'on soumette à une quarantaine de trois à cinq jours ; de sorte que les membres de l'intendance ont pu lui reprocher avec une apparence de raison de révoquer des hommes tout en adoptant leurs principes. Mais il est juste de dire que M. Dumas n'a fait cette concession que pour ménager les susceptibilités de la population et quelques intérêts commerciaux, d'ailleurs mal compris. Mais cette concession n'en est pas moins un tort réel ; car le public juge malheureusement trop souvent par les apparences, surtout dans des questions où la vérité ne peut être appréciée par lui.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'assertion émise dans le rapport de M. Dumas relativement à l'importation du choléra, est hors de toute contestation ; il ne peut exister à cet égard d'incertitude que dans le petit nombre d'esprits qui se trouvent dans tous les temps réfractaires aux vérités les plus éclatantes. Au point de vue de la science, M. Dumas n'a donc fait encore que d'en mettre en pratique les principes les mieux démontrés.

Reste le point de vue de l'opportunité, qui comprend à la fois une question de politique et une question de convenance.

De la question politique, nous dirons peu de choses,

cette question n'étant pas de notre ressort. Il eût été à désirer sans doute que la transformation de l'intendance sanitaire n'arrivât pas au moment où la population peut craindre l'invasion d'une épidémie, et voir, le cas échéant, entre la mesure du ministre et ce triste événement, un rapport qui n'existerait que dans des imaginations aveuglées; mais, d'un autre côté, que pouvait faire le pouvoir en face d'un conseil qui refusait d'exécuter ses ordres? Nous l'avouons franchement, quelque haute estime que nous ayons pour les membres de l'intendance, il ne pouvait y avoir dans cette conjoncture qu'un seul parti à prendre, et c'est celui qu'a pris le ministre. La seule chose que nous n'approuverons pas chez M. Dumas, c'est d'avoir remplacé un conseil de treize hommes honorables, considérables et considérés, par un seul commissaire extraordinaire, quelque honorable qu'il soit d'ailleurs lui-même. Là est la seule inconvenance de l'arrêté, et nous n'avons nul désir de la dissimuler. Pour remplacer un corps comme celui de l'intendance de Marseille, dont on peut bien plaindre les préjugés et les erreurs, mais dont on ne saurait suspecter les bonnes intentions ni méconnaître le dévouement et la haute considération dont il jouit, il ne suffisait pas d'un seul commissaire, il fallait une commission composée d'hommes aussi honorables et aussi honorés que ceux qu'on remplaçait.

Mais maintenant que faire en présence des événements présents? Une seule chose: persister dans la voie qu'on a adoptée; la réflexion doit se faire avant l'action; lorsqu'on a agi légalement, on n'a plus qu'à faire respecter la loi. L'adjonction à M. Mélier de trois conseillers municipaux est une concession inutile et nuisible. Inutile et nuisible, si M. Mélier ne tient aucun compte de leurs avis, comme il le fera nécessairement au moins au point de vue scientifique, le seul important; inutile et plus nuisible encore s'il en tient compte, car ces avis seront certainement en opposition avec l'esprit de l'arrêté. Peut-être M. Dumas pourrait-il demander à l'Institut ou mieux à l'Académie de Médecine une commission qui irait compléter la force morale de M. Mélier; encore est-il bien tard pour recourir à ce moyen.

En résumé, il peut y avoir dans les mesures prises par M. Dumas un peu de brusquerie et d'inexpérience politique; mais il n'y a certainement rien que de très légal et de très conforme aux principes de la science, qui sont toujours ceux de l'humanité.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

De l'hémorrhagie cérébrale.

(Suite. — Voir le numéro du 31 juillet.)

Je vous ai dit dans la dernière leçon que les anciens pathologistes, depuis Hippocrate, avaient rangé sous le nom d'*apoplexie* toutes les maladies sidérantes, et avaient, par conséquent, compris dans cette catégorie l'hémorrhagie cérébrale et une multitude d'altérations diverses, telles que les affections du cœur, les maladies de l'encéphale, l'épilepsie, la congestion, etc., etc. Cette expression impropre a entraîné ces mêmes auteurs à reconnaître plusieurs espèces d'apoplexies, et entre autres des apoplexies nerveuses, ou phénomènes apoplectiques qui n'ont jamais existé que dans les livres. On a même été jusqu'à citer des observations de cette forme de maladie, et on a parlé de la mort de Denis-le-Tyran, qui aurait succombé à une maladie semblable. Mais a-t-on fait l'autopsie? Et ne devons-nous pas plutôt admettre que ce personnage, frappé en jouant la tragédie aux jeux olympiques, a succombé à ces ruptures du cœur qui causent si fréquemment les morts subites? Depuis quarante ans que je fais des autopsies, je n'ai pas vu une seule apoplexie de cette forme, et si M. Rullier, pendant trente ans de sa vie, n'a fait autre chose que présenter à l'Académie des faits anormaux, cela prouve que dans certains cas il a mal cherché, et que dans d'autres, il n'a pas voulu voir, ainsi que je l'ai prouvé moi-même en faisant remarquer des lésions qui avaient échappé à l'œil de l'observateur.

La mort subite peut encore arriver par sidération. L'action de la foudre peut produire dans l'innervation des désordres tels que la mort peut arriver. Je n'ai pas vu d'autopsies faites dans ces circonstances.

L'apoplexie séreuse essentielle, admise par un certain nombre de médecins, constituée par un état particulier prédisposant, n'existe pas pour nous. Dans ce cas, ce sont des suffusions séreuses se manifestant à la suite des maladies chroniques du cerveau, à la suite aussi des maladies aiguës, de même qu'on la rencontre dans certaines autopsies de fièvres typhoïdes.

Un seul fait de ce genre a été accepté par M. Andral, qui l'a cité dans sa *Médecine clinique*; c'est le fait d'un individu affecté de suffusions séreuses dans le ventre, dans la cavité thoracique, et qui mourut subitement en allant à la garde-robe. On trouva à l'autopsie un peu de sérosité dans la membrane du cerveau, et on conclut à une apoplexie séreuse.

Je relus l'observation avec soin, et je découvris qu'en définitive ce malade avait eu une maladie du cœur et non autre chose. Ces suffusions séreuses primitives sont extrêmement rares; et dans tous les cas jamais assez abondantes pour tuer rapidement le malade.

Nous allons maintenant aborder la physiologie pathologique du cerveau. Et d'abord, existe-t-il dans l'hémorrhagie cérébrale des phénomènes précurseurs? Le plus souvent, ces symptômes précurseurs manquent, surtout si nous comprenons dans ces accidents les fourmillements, les engourdissements, la céphalalgie, les crampes, etc. Lorsque ces accidents sont généraux, ils n'ont, du reste, que peu d'importance; mais si la céphalalgie est fixe, prononcée et constante, si ces phénomènes sont locaux, c'est une preuve qu'il y a une altération locale dans le cerveau. Si ces phénomènes datent de peu de jours, ils ont peu de valeur; s'ils existent depuis longtemps, leur importance devient alors plus grande.

Ces phénomènes précurseurs sont l'exception dans l'hémorrhagie cérébrale; mais ils peuvent exister quelquefois. Je n'ai jamais dit qu'il ne pouvait y en avoir; mais alors il se forme dans le cerveau, avant l'hémorrhagie, un travail local; il peut y avoir un ramollissement; le diagnostic, dans ce cas, devient plus obscur. J'admets donc qu'il peut y avoir, outre l'hémorrhagie dans le cerveau, soit un ramollissement, soit une maladie organique quelconque. L'expérience m'a appris, en effet, qu'un cancer peut se développer lentement sans donner lieu à des symptômes bien caractérisés, sans que les malades s'en plaignent; mais la marche de cette affection est alors extrêmement lente, graduelle, et les maladies organiques peuvent, dans ces cas, aller très loin sans produire des altérations fonctionnelles souvent bien appréciables.

Voici, à ce propos, un fait que j'ai observé en 1839 à l'hôpital des Cliniques. On apporta dans mon service un jeune commis de vingt-trois ans qui était tombé sur le trottoir, et chez lequel nous constatâmes une hémiplégie. Je pensai qu'il avait eu une hémorrhagie cérébrale; nous n'avions rien trouvé dans ses antécédents qui pût faire modifier ce diagnostic. Trois mois après, nous faisions l'autopsie, et nous trouvions un cancer encéphaloïde du cerveau parfaitement isolé, ramolli, et au milieu duquel existait un caillot sanguin qui avait produit la compression et déterminé l'accident auquel ce jeune homme succomba. Cette hémorrhagie avait été la goutte d'eau qui avait fait verser le bassin. Vous comprenez avec quelle réserve vous devez admettre des faits semblables, faits que l'on observe une fois peut-être dans toute sa vie.

Si l'on veut accorder quelque valeur aux phénomènes locaux, il faut qu'ils présentent une certaine ténacité, quelque persistance, qu'ils soient localisés et offrent quelque augmentation dans leur marche.

Dans un temps, on attribuait une trop grande valeur au moindre étourdissement, à la moindre céphalalgie; aussi le ramollissement du cerveau était-il devenu un accident fréquent et beaucoup trop commun, il faut le dire.

Un des symptômes constants de l'hémorrhagie cérébrale est la paralysie. Elle peut être locale ou générale; et de tous les membres, c'est le bras qui est le plus souvent et le plus fortement frappé. La jambe est paralysée aussi très souvent en même temps; ce n'est que dans la paralysie générale que les jambes sont frappées avant les membres supérieurs.

L'hémiplégie existe ordinairement du côté opposé à l'hémorrhagie. Cependant, il existe dans la science dix-sept cas hors de toute espèce de contestation, dans lesquels la paralysie existait du côté affecté. On a publié un plus grand nombre de ces cas anormaux; mais j'ai pu constater par moi-même que l'erreur pouvait être très facile, puisque cela m'est arrivé à moi-même. Lorsque je faisais des leçons à la Salpêtrière, je consultais quelquefois mon auditoire pour savoir quel était le côté affecté de la paralysie, et il m'est arrivé souvent de voir la moitié des élèves attester que la paralysie était à droite, et l'autre moitié affirmer qu'elle existait à gauche. Pour être bien sûr de ce fait, il faut le constater et l'écrire au lit du malade.

La paralysie peut exister des deux côtés. La paraplégie est extrêmement rare. Enfin, dans les cas de double altération, la paralysie peut être croisée. On observe également des paralysies de la face, de la langue, de l'œsophage, du pharynx. Ces cas sont très rares. Le rectum, la vessie, les intestins peuvent encore être affectés de paralysie, accidents qui se montrent beaucoup plus fréquemment dans les affections de la moelle. Dupuytren, Esquirol ont observé des paralysies incomplètes de l'œsophage; mais il m'a été donné d'en observer un cas bien remarquable alors que M. Flandin était chef de clinique dans le service, accident qui est survenu chez un jeune homme de trente-deux ans, affecté d'hémiplégie, et que nous sauvâmes d'une mort certaine à l'aide de la sonde œsophagienne. Ce malade a guéri depuis de son hémorrhagie.

Ces paralysies locales fournissent quelquefois des signes précieux; mais c'est dans la marche des accidents que nous trouverons la valeur qu'ils peuvent avoir pour le diagnostic. Quand la paralysie existe des deux côtés, c'est que les désordres sont considérables, ou que l'hémorrhagie existe dans le mésocéphale ou dans la protubérance annulaire.

Le mode de la paralysie indique la nature de l'altération. C'est ainsi que, dans l'hémorrhagie cérébrale, les accidents arrivent en très peu de temps et acquièrent avec rapidité leur summum d'intensité. Il arrive cependant quelquefois quelquefois que les membres paralysés sont le siége de mouvements convulsifs et de contractures; c'est qu'alors il existe quelque part dans le cerveau un travail inflammatoire. Ces accidents d'irritation existant en dehors du ramollissement prouvent que l'irritation du ramollissement n'est pas un fait justement apprécié par les auteurs; de même que nous devons ajouter qu'il y a eu erreur quand on a prétendu voir des contractures se produire dans le membre opposé à la paralysie.

Les phénomènes consécutifs qui se manifestent dans les membres paralysés sont d'abord:

L'*atrophie des muscles* par défaut d'exercice; puis l'*œdème du tissu cellulaire*, dû à la laxité des tissus, qui favorise l'infiltration des sucs blancs.

La *sensibilité* n'est pas toujours altérée dans l'hémorrhagie cérébrale; elle est abolie dans certains cas; mais il faut alors que l'hémorrhagie ait été considérable ou qu'elle ait existé dans les ventricules ou dans le mésocéphale. Jamais, hors ces cas, il n'y a paralysie du sentiment.

J'ai vu néanmoins des faits dans lesquels le sentiment était aboli et le mouvement conservé.

La *dilatation des pupilles* n'offre que des signes fort incertains. Deux fois sur vingt huit malades j'ai trouvé les pupilles inégalement dilatées; la dilatation portait sur le côté sain. M. Andral a trouvé les pupilles presque constamment égales. Ce fait a peu d'importance pour la symptomatologie. J'ai pu, du reste, assez souvent constater des troubles singuliers de la vision. Certains malades ont la vue double et latérale; tantôt elle est double de haut en bas. Dans certains cas, les malades ne voient que la moitié des objets; un entre autres, que j'ai pu observer, n'apercevait que le haut du visage.

On a dit que dans l'hémorrhagie cérébrale, l'intelligence était diminuée, que les malades étaient idiots, tandis que dans le ramollissement l'intelligence était nette. Ce fait est faux; c'est le contraire qu'il faut dire, et vous pouvez vous convaincre de cette vérité en examinant les malades qui se trouvent dans nos salles. Si vous adressez une question à un malade affecté de ramollissement, il reste quelques minutes sans répondre, et il est rare qu'il ne fasse pas erreur en parlant. La stupeur est quelquefois, chez eux, portée à un point plus considérable que dans le typhus.

Lorsqu'au délire vient se joindre un autre symptôme, c'est l'indice d'une congestion hypérémique dans les enveloppes du cerveau ou dans la substance grise. Cet accident est très rare dans l'hémorrhagie cérébrale. Ce délire peut être lent dans les paralysies de longue durée. Le cerveau, dans ce cas, ne fonctionne plus de même. La mémoire est abolie, l'hébétude est très marquée, l'idiotie commence.

L'*état moral* des malades affectés d'hémorrhagie cérébrale est assez singulier; tels pleurent pour des motifs les plus futiles; les questions les plus simples les émeuvent; ils rient ou pleurent le plus ordinairement sans motif.

La *perte de la parole* est un accident assez fréquent dans l'hémorrhagie cérébrale. Les auteurs, et notamment M. Bouillaud et M. Foville, ont varié sur le siége de la paralysie dans l'appréciation de ce phénomène morbide. Tandis que l'un, en effet, plaçait dans ce cas l'hémorrhagie dans les parties antérieures du cerveau, l'autre plaçait l'altération dans les parties postérieures. J'ai tâché d'accorder ces deux opinions si différentes, et qui cependant peuvent être justes, en faisant voir que, dans ces cas, il y avait lésion de l'organe qui fait mouvoir la langue, tandis que dans l'autre, dans les cas observés par M. Bouillaud, la lésion compromettait l'organe générateur des mots. Certains malades emploient des expressions fausses, tandis qu'ils articulent nettement les mots, *et vice versa*. Ce sont des faits qui s'observent fréquemment.

Dans quelques cas, il y a perte absolue de la faculté de parler; d'autres fois les malades ne prononcent qu'un seul mot, qu'ils placent à tout propos. Les uns prononcent des mots les uns pour les autres, tandis qu'ils peuvent les écrire correctement.

La *perte de connaissance*, si elle est légère, est un symptôme de peu de valeur. Il n'en est pas de même si elle est considérable au moment de l'accident; elle est l'indice, par l'état comateux et par les phénomènes de compression qui en sont la suite, d'une hémorrhagie considérable.

Si nous examinons maintenant quelles sont les altérations qui peuvent affecter les fonctions organiques, nous verrons que la *respiration* est stertoreuse, bruyante, que par suite de la paralysie du muscle buccinateur et de l'orbiculaire des lèvres, les malades distendent à chaque expiration ces muscles avec une assez grande facilité, et, pour nous servir d'une expression heureuse de M. Piorry, paraissent fumer la pipe.

Le *pouls* est fort, peu fréquent, rebondissant, dur. La circulation capillaire présente les mêmes caractères de développement.

Je ne parlerai pas ici de la prétendue *constitution apoplectique*; nous verrons plus tard que l'apoplexie frappe plus souvent les gens maigres, à face pâle, que les individus fort gras, qui sont affectés souvent de toute autre maladie.

Le sang tiré de la veine des apoplectiques est ordinairement couenneux. Mais vous savez que la croûte inflammatoire est un fait dont la valeur est au moins douteuse, puisqu'on le rencontre dans une foule de maladies diverses, et qu'Haller trouva de la couenne inflammatoire dans le sang de douze vigoureux Suisses qui paraissaient jouir de la plus brillante santé. Il est vrai qu'on objecta qu'ils auraient pu être dans un état voisin de l'inflammation, ou mieux, qu'ils étaient singulièrement disposés à des phénomènes inflammatoires.

Les *fonctions digestives* sont généralement peu altérées. Quelquefois il existe des vomissements symptomatiques ou sympathiques. M. Chomel a constaté des troubles dans l'alimentation. Une seule fois et au début, j'ai observé des vomissements que j'ai pu considérer dans ce cas comme un bienfait de la nature.

Les phénomènes que l'on remarque du côté des *sécrétions* sont peu importants. La défécation n'est pas altérée ordinairement, à moins qu'il n'existe un état comateux considérable. Souvent la miction et la défécation sont involontaires. Ces accidents sont beaucoup plus fréquents dans les maladies de la moelle.

Enfin, nous n'avons rien à constater du côté de la chaleur animale.

Ch. Fremy.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur l'artérite.

(Deuxième article. — Voir le numéro du 30 juillet.)

Symptômes. — Il y a deux formes d'artérites quant aux symptômes généraux, l'artérite aiguë et l'artérite chronique.

L'artérite aiguë ou récente se manifeste par des palpitations douloureuses qui forcent le malade à rester assis sur son séant, comme pour empêcher les percussions de la

pointe du cœur sur les parois de la poitrine; les percussions du cœur seront fortes, et les diastoles artérielles seront faibles. Le sujet éprouvera des pesanteurs de tête, des dispositions au coma, et cependant les fonctions digestives resteront en bon état. La fièvre intense persistera avec des alternatives d'augmentation et de diminution, et en quatre, cinq, six jours, huit au plus, le malade succombera par un affaiblissement successif des battements du cœur, et le trouble porté au plus haut degré dans la circulation par cette perversion des fonctions de l'organe central qui produira un véritable état de syncope par débilité circulatoire.

Cette forme d'artérite est très rare; c'est celle que P. Frank considère comme étant la cause la plus active des fièvres inflammatoires ou angioténiques. Il l'a décrite comme ayant pour symptômes une contraction plus vive et plus forte de toutes les artères et du cœur, la coloration des tissus, de la chaleur générale, une soif vive, une légère moiteur imprégnant toute la surface cutanée, et souvent un peu de délire. Sur les cadavres il a rencontré une rougeur étendue dans l'appareil circulatoire, non-seulement dans les artères, mais encore dans les veines, et avec cela une congestion assez grande du cœur et des artères pulmonaires.

Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent l'artérite est chronique, alors on trouve des palpitations qui s'exaspèrent dans les efforts musculaires, et font ressentir une douleur vers la pointe du cœur; la peau est sèche, sans présenter cependant une grande chaleur, et le malade éprouve une sensation obtuse de douleur profonde sur le trajet des artères enflammées, et de la douleur sur le trajet des membres qui contiennent ces artères, comme s'ils étaient contus; les tissus se flétrissent, les chairs s'affaissent, la peau se ride, et toutes les fonctions plastiques sont en souffrance. Si de grandes portions d'artère sont compromises, le malade ressent un froid et un engourdissement dans la partie du corps où se rendait l'artère avec des douleurs assez vives sur les trajets nerveux; ce sont les prodromes de la gangrène.

Cependant peu à peu surviennent des battements plus énergiques vers la région précordiale et de l'oppression plus grande par suite des progrès de l'anomalotrophie du cœur qui se montre lors de ces derniers symptômes; les malades ne succombent pas d'habitude aux accidents propres de l'artérite, mais bien à des épiphénomènes, comme des hydrothorax, des hydropéricardites déterminées par les battements énergiques du cœur et de l'aorte; souvent par l'intermédiaire de l'apoplexie, enfin un certain nombre par les progrès de la maladie du cœur entraînant l'inocclusion auriculo-ventriculaire, source de diathèse séreuse; de là engorgement du foie, et les hydropisies consécutives; et, dans ce cas, quoique l'inflammation du cœur soit secondaire à l'artérite, le malade en meurt positivement; car les affections du cœur, arrivées à un certain degré quand elles résultent d'une artérite, marchent plus vite que les maladies résultant de l'endocardite valvulaire. En effet, si l'action des émonctoires qui débarrasse l'organisme des surabondances de sérosité survenues pendant les derniers temps de la maladie du cœur, l'action de la nutrition qui lutte contre elles et tendrait à les faire résorber, sont en langueur chez celui qui présente une artérite, les instruments qui doivent résister aux désordres occasionnés par les maladies du cœur ne peuvent exister. Il y a donc là un élément d'aggravation qui fait terminer plus facilement et avec plus de rapidité ces affections de l'organe central de la circulation, quoiqu'elles ne soient que secondaires.

Enfin chez les vieillards, des artérites chroniques s'accompagnent d'un état de sénilité anticipée avec affaissement des formes, des diminutions dans les masses musculaires, et des rides produites par l'hémaciation. C'est la langueur de la nutrition qui précipite la vie déjà sur son déclin, et qui la précipite sans produire de gangrène. Cette débilité progressive, cette sénilité anticipée est une cause de terminaison fâcheuse, mais qui arrive par des accidents accessoires que détermine l'artérite qui en est le premier principe.

Signes. — Sur le trajet des artères enflammées chroniquement, et où il existe nécessairement des indurations, la colonne de sang détermine à son passage un bruit de frottement, qui est le premier signe diagnostic de la maladie. Il se perçoit par l'application du stéthoscope ou de l'oreille, et, quand l'artérite est arrivée à un haut degré, par le frémissement qui se fait sentir au doigt promené sur le trajet de l'artère enflammée. Ce bruit de frottement se perçoit bien juste au moment où la colonne de sang glisse sur la membrane interne de cette artère phlogosée, il faut donc que l'acte de la circulation qui se fait en ce moment soit celui qui fait glisser la colonne de sang dans ces artères; aussi répond-il à la périsystole du cœur, car les parois cèdent et se dilatent, et plus les artères sont éloignées, plus le bruit s'éloigne de la systole et entre dans la périsystole. Si l'inflammation a son siége dans l'aorte ascendante, la systole du cœur s'agrandira et se prolongera dans ce vaisseau; si la maladie est plus loin, le bruit du frottement sera plus éloigné de la systole par suite de l'éloignement de l'ondulation sanguine. Ce bruit de frottement est subordonné non-seulement aux plus ou moins grandes indurations et au volume de l'artère, mais encore à la puissance d'impulsion du sang par l'organe circulatoire central; aussi le bruit de frottement augmente-t-il d'intensité par les efforts musculaires quelconques, par la station debout ou par la marche longtemps prolongées, par tous les actes en un mot qui donnent plus de force et plus d'activité à la circulation.

Quand on voit les artères s'infléchir sous la peau, la soulever et présenter sur leur trajet des duretés, il n'y a pas de doute à avoir sur l'induration dont elles sont le siége.

Il y a d'autres maladies dans lesquelles les sujets présentent des bruits de frottement sur le trajet des artères, et il faut bien se garder de les confondre avec ceux que donne l'artérite, sous peine d'être très préjudiciable au malade. Dans certaines cachexies, et surtout dans la chlorose, les conditions de plasticité du sang sont modifiées et, d'autre part, la quantité du sang est diminuée; la décoloration de la peau, l'imperméabilité des capillaires, la facilité de déprimer les diastoles artérielles et leur brièveté indiquent un certain degré de diminution dans la colonne de sang qui traverse les tubes artériels, et par suite le rétrécissement de ces tubes. Dans ces conditions, la colonne de sang qui se trouve dans les tubes artériels acquiert, en raison de sa structure physique, la facilité de donner des vibrations plus énergiques; ce sont ces vibrations que l'on peut percevoir sans difficulté à travers les parois amincies des artères, qui donnent naissance au frottement soufflant qui se fait entendre surtout dans les grandes artères supérieures où l'impulsion circulatoire est plus vigoureuse, car elles sont plus rapprochées du cœur. Des ondulations sonores se produisent si facilement dans ces cachexies et s'y produisent si bien par les conditions physiques de la structure du sang, que le sang de la veine jugulaire interne, qui revient dans le cœur d'une manière intermittente, suspendant son cours à chaque contraction de cet organe; que le sang de cette veine, par la transmission des battements artériels de la carotide voisine, peut donner lieu à la production de vibrations; ces vibrations ont été attribuées à la circulation qui se fait dans cette veine, tandis qu'elles se font entendre pendant la systole, c'est-à-dire quand la circulation est suspendue dans ce vaisseau.

Cette vibration du sang qui se produit dans les cachexies donne lieu à des bruits de frottement qui peuvent être pris pour des signes d'artérite; mais quand on réfléchit à la cachexie qui existe, quand on remarque qu'il n'y a pas d'altération physique dans les fonctions du cœur, qu'il y a un bruit de frottement soufflant bien différent du bruit de frottement rugueux que donne l'artérite, on conçoit que l'erreur n'est possible que pour ceux qui ont peu d'habitude de l'observation.

A mesure que l'artérite marche, elle entraîne, comme nous l'avons vu plus haut, dans la nutrition des désordres qui correspondent aux rameaux de la branche artérielle qui a perdu son action contractile et, par suite, son influence sur les artères auxquelles elle donne naissance; et ce signe, venant s'ajouter à ceux que nous venons de faire connaître, consolide encore le diagnostic que l'on a à porter.

Pronostic. — L'artérite est toujours une maladie grave; car quand elle revêt la forme aiguë, elle produit la mort avec rapidité; ou bien si elle est peu étendue, ou qu'elle s'établisse lentement et progressivement, elle passe à l'état chronique; donne lieu à des indurations qui ne peuvent disparaître que lentement, et qui, par leur présence continuelle, les obstacles qu'elles opposent au glissement du sang dans les artères, et les efforts considérables qu'elles nécessitent de la part du cœur pour les surmonter, déterminent forcément des maladies organiques du cœur qui conduisent à la cachexie séreuse, à l'imperfection des fonctions plastiques, à la souffrance de tout l'organisme, et bientôt à la mort.

Quant à l'artérite des membres, elle amène plus rarement de pareils accidents, mais elle peut les amener en remontant peu à peu vers les parties centrales. Dans tous les cas, elle détermine la débilité des membres qu'elle affecte et engendre les gangrènes séniles; et chez les sujets même jeunes, il y a une espèce de sénilité anticipée qui montrera comment, quand on apprécie assez bien les maladies pour connaître la cause des gangrènes, on pourra trouver l'explication des gangrènes spontanées dans cet état pathologique.

Etiologie. — Les causes de l'artérite sont assez difficiles à déterminer; il en est une qui ne laisse pas de doute, c'est celle provenant des maladies rhumatismales, maladies qui portent leur action sur le système fibreux en général, et celui des artères est plus exposé que les autres à contracter des modifications pathologiques. Ces affections artérielles ont été signalées en 1701 par Lancisi et, depuis ce temps, par bien des auteurs. Plus récemment, Corvisart a reconnu la coïncidence de ces artérites avec les maladies rhumatismales, et c'est par suite de cette coïncidence que nous avons établi en 1828 que ces indurations artérielles étaient les mêmes que celles qui surviennent sur les séreuses à la suite de rhumatismes, et qu'elles ne différaient nullement des indurations inflammatoires, leur étant en tout point identiques. Mais au point de vue de l'extension de la maladie rhumatismale au système de la membrane interne des artères et du cœur, au point de vue important de la connexion qui existe entre ces deux formes pathologiques, c'est à M. Bouillaud qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir attiré l'attention des médecins sur ce fait. Peu importe maintenant qu'il ait appliqué à cette découverte la méthode erronée de la doctrine physiologique, il a établi que la maladie inflammatoire des artères est une période, une phase, un acte dans la plupart des maladies rhumatismales, et que dans la plupart des cas de rhumatisme articulaire il faut redouter les affections artérielles.

Si on met ces malades sous le coup de saignées répétées, il surviendra de l'anémie, et on aura dans les artères des bruits de frottement. C'est Marshal-Mam qui a établi ce principe, et ces bruits de souffle se rapporteront à la maladie cachectique que l'on aura déterminée, et non à l'artérite, qui n'existera pas.

Chez les goutteux, où les concrétions crayeuses sont si faciles, où par suite d'une diathèse les tissus tendent à être pris d'induration *sui generis*, les tissus fibreux des artères sont de même exposés à être facilement atteints. Aussi la goutte détermine-t-elle des indurations artérielles. De plus, les goutteux ont en eux des principes procatarctiques prédisposant aux maladies rhumatismales; de là le renouvellement de la confusion entre les maladies goutteuses et les maladies rhumatismales.

En dehors de tout cela, combien de sujets qui n'ont pas eu de ces maladies antécédentes et qui ont des artérites! On la voit pourtant se manifester pendant des phlogoses de poitrine et persister après leur extinction. On la voit se manifester pendant la phthisie et à l'occasion des recrudescences inflammatoires qui se produisent dans le poumon autour des tubercules disséminés. On ne peut prouver que ce soient des phénomènes synergiques; on doit donc dire que l'artérite tire son origine de ces causes qui frappent les sujets de phlogose, indépendamment de toutes les causes hygiéniques.

De plus, il y a des maladies du cœur héréditaires qui présentent des artérites comme point de départ. Y a-t-il hérédité dans la manifestation de cette artérite? Ce n'est pas impossible. On voit que l'étiologie de ces maladies est assez obscure. Cependant chez ceux qui sont soumis à de rudes travaux, qui sont exposés aux intempéries de l'air, les artères sont sous l'influence d'une fatigue continuelle qui est certainement proégumène aux affections inflammatoires de leurs membranes.

Quant au traitement, nous aurons plus tard occasion de revenir dessus à propos des autres formes de l'artérite.

Artérite des artères coronaires du cœur. — C'est une affection assez commune, mais il est rare de la rencontrer isolément; elle coïncide, en général, avec une affection de l'aorte ou de ses bronches. Elle se caractérise anatomiquement par des indurations sur les parois de ces artères, en sorte que les ouvertures de cadavre donnent pour cette forme d'artérite tous les degrés des dégénérescences inflammatoires des artères.

Jamais on ne rencontre l'artère cardiaque enflammée sans qu'il y ait concurremment un certain degré d'hypertrophie des parois du cœur. Il ne s'ensuit pas que cette hypertrophie soit le résultat de la présence de l'artérite dans ses parois; mais l'artérite détermine dans la circulation une modification d'où résulte une action exagérée du cœur et par suite hypertrophie. Ces obstacles à la circulation ont plutôt leur siége dans l'aorte; toutefois, l'artère coronaire malade peut apporter un trouble dans la circulation de l'aorte.

On trouve fréquemment cette lésion quand l'artérite est limitée aux valvules sigmoïdes; on conçoit que la phlogose développée à l'origine de ces artères se prolonge sur leur longueur pendant que l'inflammation désorganise les valvules de l'aorte. On rencontre souvent l'hypertrophie des parois de cette artère quand l'artérite commence; enfin, elle coïncide avec la dilatation de la crosse de l'aorte.

L'artérite des artères coronaires a un signe spécial; malheureusement il manque dans un assez grand nombre de cas, ou plutôt il n'est pas perçu, c'est la présence d'un bruit de frottement, souvent très court, qui arrive immédiatement après la diastole; c'est un bruit de frottement péridiastolique qui succède au deuxième bruit de percussion du cœur. Comment ce bruit peut-il appartenir à des obstacles dans l'artère coronaire? Cette question résolue, il est évident que ce bruit de frottement acquiert dans vos esprits une grande valeur, car il indiquera avec certitude la lésion qui le produit. Sur la manifestation du frottement péridiastolique, vous auriez compris la valeur de ce signe si les livres de physiologie rendaient compte de ce qui arrive dans la circulation; ce n'est pas qu'il n'y ait des auteurs qui l'aient bien décrite, et de tous, celui qui l'a le mieux exposée, c'est sans contredit Harvey qui l'a découverte.

Les artères coronaires naissent par deux trous de l'aorte, immédiatement au-dessus du bord des valvules sigmoïdes. Il y a une erreur qui a eu longtemps du crédit et qui appartient à Vésale; cet auteur, en ouvrant des cadavres, remarqua que l'origine des artères coronaires du cœur se trouvait derrière le plancher des valvules sigmoïdes, et que l'élévation des valvules sigmoïdes fermait ces valvules; de là la théorie que le sang glisse sur l'origine de ces artères fermées par l'élévation des valvules sigmoïdes et qu'il n'y arrive qu'après la diastole du cœur, quand les valvules sont abaissées. On a discuté longtemps sur ces faits, et, en examinant plus attentivement, Morgagni, dans ses *Adversaria anatomica*, a reconnu que l'orifice des artères coronaires n'était situé que par exception derrière les valvules sigmoïdes de l'aorte, et que dans tel cas exceptionnel l'origine de l'une des artères coronaires était au-dessus, l'autre était au-dessous du bord libre des valvules sigmoïdes élevées : probablement Vésale a recherché sur un cas exceptionnel, car la plupart des sujets présentent l'orifice de ces artères un peu au-dessus du bord des valvules sigmoïdes élevées. Il ne s'ensuit pas que la circulation se fasse dans ces artères en même temps que dans l'aorte; elle s'y fait bien dans un autre moment et tout autrement que dans les autres artères.

Quand le cœur se contracte, il chasse le sang du ventricule gauche dans l'aorte; il en résulte une pression sur la masse de sang contenue dans cette artère, et cette pression se perd en partie sur les parois du tube artériel, qui cède par son élasticité. Cette pression exercée dans l'aorte répartit le sang dans les différentes branches qui en naissent, et se propage jusqu'aux extrémités du tube artériel. Cette pression ne peut se transmettre aux artères coronaires, car le cœur est dans cette position de contraction qui rend ses vaisseaux imperméables aux liquides : il est évident par là que, même les valvules sigmoïdes ne bouchant pas les artères coronaires, l'impulsion de l'ondée sanguine se perd sur l'origine de ces artères et ne va pas jusque dans leurs divisions. Mais la systole s'achève, les valvules sigmoïdes s'abaissent, et il arrive alors que le cœur se relâche, le sang tend à rentrer dans la cavité du ventricule gauche sous l'influence de la rétraction des parois aortiques; mais il ne le peut, empêché qu'il en est par les valvules, et cette pression exercée sur le sang par la contraction du tube artériel pousse le sang en partie dans les artères coronaires devenues actuellement perméables, et le fluide sanguin passe dans le système circulatoire du cœur, qui était resté anémié par la contraction du ventricule : ce passage du sang se fait donc immédiatement après la diastole ou dans la péridiastole.

Transportons maintenant cette donnée physiologique à l'application des signes de l'artérite des artères coronaires : il est manifeste que le glissement du sang dans une artère indurée donne un frottement qui se produit au moment où la colonne de sang glisse avec pression dans la cavité de cette artère indurée, et que c'est au moment où les artères coronaires deviennent perméables que doit se faire entendre le bruit de frottement si elles sont malades; c'est donc dans la péridiastole.

Mais on conçoit que, si les parois aortiques ont perdu en partie leur élasticité et sont fortement indurées, quand la contraction du cœur chassera le sang dans l'aorte, le frottement du sang sur ces indurations produira un bruit de frottement qui se prolongera et couvrira celui qui a lieu dans les

artères du cœur, qui ne sont du reste pour leur grosseur que des artères de troisième ordre. On comprend par là que le bruit produit par les indurations des artères coronaires du cœur échappe aux investigations. Il se produit probablement avec constance; mais il arrive en même temps que d'autres plus fortes et n'est pas distingué ; toutes les fois qu'on entend un bruit péridiastolique vers le milieu du cœur, au point où naissent les artères coronaires, il faut leur rapporter ce bruit; c'est le seul point du système artériel central où se fasse à ce moment un déplacement d'une colonne sanguine qui puisse produire un frottement s'il y a un obstacle mécanique sur son trajet.

Il n'y a pas de traitement spécial pour cette forme d'artérite; il rentre dans le traitement général des indurations inflammatoires de l'aorte ou des valvules de l'endocarde.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Andral.

Cinq cas de fièvre intermittente dans lesquels on a employé l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée.

A monsieur le Rédacteur en chef de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

L'auteur d'un nouveau fébrifuge, M. Baud, invite le monde médical à expérimenter l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, avec prière de faire connaître les résultats des expériences. Je me rends à cet appel : j'ai vu administrer le sel d'urée dans cinq cas; je vous les envoie sans commentaire aucun, tels que je les ai recueillis. Veuillez, je vous prie, les livrer à la publicité.

Agréez, etc. Lemaitre, Interne à la Charité.

Paris, ce 3 août 1850.

Obs. I. — Salle Saint-Félix, n° 9. — N..., âgé de dix-huit ans, entré le 1er mars pour une fièvre intermittente contractée en Afrique et coupée à plusieurs reprises. Il entre à l'hôpital de la Charité après trois accès de fièvre tierce. Le teint est jaune, la rate très développée.

Un accès manque; mais la fièvre reparaît, et quelques doses de sulfate de quinine la font disparaître; puis on administre le vin de quinquina pendant longtemps, ce qui n'empêche pas la fièvre de revenir.

Les 4, 5 et 6 avril, accès de fièvre quotidienne de cinq heures de durée.

Le 7, nouvel accès; après le frisson, demi-potion du nouveau fébrifuge (1).

Le 8, accès; après le frisson, demi-potion, qui est vomie en partie; l'accès est cependant moitié moins intense.

Le 9, l'accès manque. — Un quart de potion.

Le 10, id. id.

Le 11, id. id.

Le 12, id. — On cesse le remède.

Le 17, accès de trois heures de durée.

Le 19, accès de demi-heure. — Le malade n'a pas d'accès de quelques jours, et il sort la rate encore volumineuse et l'appétit disparu.

Ce malade a pris une potion de trois quarts, c'est-à-dire la valeur de près de 4 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée.

Obs. II. — Salle Saint-Félix n° 2. — N..., âgé de vingt et un ans, commis voyageur. Ce malade a eu longtemps la fièvre intermittente en Afrique. Il l'a coupée à plusieurs reprises. En France aussi même succès avec le sulfate de quinine, mais récidives toujours.

Il entre le 4 avril, après trois accès réguliers de cinq heures chaque de fièvre intermittente tierce.

Le 9 avril, accès bien tranché.

Le 11, nouvel accès. Une demi-potion. L'accès est moins fort que les jours précédents.

Le 13, accès nouveau, mais moindre.

Le 15, accès. Une demi-potion avant et après le frisson.

Le 16, une demi-potion dans la soirée.

Le 17, une heure avant l'accès, demi-potion. Après le frisson, demi-potion. L'accès dure cinq heures.

Le 18, potion entière le soir; une autre la nuit.

Le 19, accès encore, de sept heures de durée.

Le 20, demi-potion.

Le 21, nouvel accès. Une heure de frisson; chaleur et sueur pendant plus de six heures.

(1) Chaque potion renfermait 2 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée.

On peut alors comparer l'action du sulfate de quinine, et on ordonne deux doses de soixante centigrammes chaque, à prendre avant l'accès à venir. L'accès du 23 manque, et le 25 le malade veut sortir. La fièvre, ce jour-là, fit encore défaut.

Le malade a donc pris cinq potions et demie en neuf jours, c'est-à-dire 11 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée sans qu'il ait éprouvé autre chose que des sueurs plus prolongées, mais sans qu'un seul accès ait été arrêté, tandis que 1,20 gr. de sulfate de quinine ont coupé la fièvre.

Obs. III. — Salle Sainte-Félix, n° 15. — N..., trente-trois ans, menuisier; entré le 11. A pris la fièvre en Corse il y a un an, et l'a coupée à plusieurs reprises, une fois avec des purgatifs seuls, les autres avec la quinine. Récidive à Paris. Il arrive à l'hôpital, et on laisse les accès se bien dessiner. Le type est tierce.

Les 17 et 19, deux accès bien évidents de cinq heures de durée.

Le 21 avril, une demi-potion un peu avant l'accès. Celui-ci arrive et dure cinq heures. Demi-potion après.

Le 23, accès encore; le frisson est moins long, mais plus fort; les sueurs plus abondantes. Demi-potion aussitôt après le frisson.

Le 24, demi-potion.

Le 25, demi-potion avant l'accès, demi-potion après le frisson. L'accès dure cinq heures, et le malade sort malgré nous. Six grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée ont été pris, et le dernier accès est aussi fort que le premier.

Obs. IV. — Salle Saint-Félix, n° 1. — N..., entré le 21 avril 1850, âgé de dix-huit ans. Ce malade n'a jamais quitté Paris, et n'a point encore eu de fièvre réglée. Il affirme avoir eu depuis quatre jours deux accès de fièvre intermittente tierce. Ces accès ne paraissent point devoir être rapportés à une fièvre intermittente, et une saignée, plus un éméto-cathartique sont prescrits. Malgré cela,

Le 23 avril, accès bien tranché.

Le 25, nouvel accès, de cinq heures de durée.

Le 27, au début de l'accès, une demi-potion. L'accès est moins long et moins fort.

Le 29, une potion avant l'accès présumé, qui manque.

Le 30, un quart de potion, et le lendemain autant. Le malade sort le 3 mai sans récidive. Quatre jours après, rentrée pour une varioloïde.

Ainsi, 3 grammes du nouveau fébrifuge ont dissipé la fièvre.

Obs. V. — Salle Saint-Félix, n° 5. — N..., âgé de vingt-trois ans, cuisinier, entré le 24 avril. Ce malade n'a jamais eu de fièvre intermittente. Il est Savoyard, et habite Paris depuis deux mois.

Depuis le 15 avril, il a régulièrement tous les deux jours un accès de fièvre intermittente de cinq heures de durée. A son entrée, la rate est un peu développée; le teint est jaunâtre.

Le 25 avril, accès bien tranché.

Le 27, accès. Une demi-heure avant on donne une demi-potion.

Les sueurs sont plus copieuses, la durée de l'accès plus longue, la fatigue moindre.

Le 29, demi-potion; accès *idem*.

Le 30, le soir, demi-potion.

Le 1er mai, demi-potion au début de l'accès, qui est plus long, mais peut-être moins fort. M. Andral ordonne 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre avant l'accès à venir, et la fièvre est coupée.

Le 8, elle n'avait pas récidivé; 4 grammes de sel d'urée ont été pris en vain.

Voilà donc cinq cas de fièvre intermittente dans lesquels on a employé le sel d'urée. On s'est entouré de toutes les précautions convenables pour savoir à quoi s'en tenir. On n'a jamais commencé le traitement avant l'arrivée du second accès pour laisser la fièvre se bien caractériser. Le médicament se composait de potions renfermant 2 grammes d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée.

Sur ces cinq cas, deux succès et trois insuccès.

DES HÉMORRHAGIES DANS LES SPLÉNOPATHIES,

de leurs causes et de leur traitement.

Par M. le professeur Piorry.

Monsieur le Rédacteur;

Je lis dans votre intéressant journal une note de M. Rochoux relative aux avantages de l'érudition et aux influences que les engorgements de la rate peuvent avoir *sur la production de l'hématémèse*. Je suis tout à fait de son avis; la bonne érudition est excellente; mais elle embrasse à la fois les documents recueillis chez les anciens et la connaissance des faits et des publications modernes. En ce sens, qu'il me soit permis aussi de la recommander à ceux qui croient en avoir le plus.

Les anciens auteurs se sont en effet occupés de la coïncidence des splénopathies et de l'hématémèse; mais ils l'ont fait comme de tant d'autres choses, sans rien préciser, en faisant des allégations sans preuves, et en proposant des hypothèses qui ne supportent pas la moindre discussion. Ce n'est pas là de la science; c'est même tout à fait le contraire de la véritable science. Si la vaste érudition de notre honorable collègue lui eût permis de lire les recherches de quelques modernes, il aurait vu que ces derniers n'ont pas procédé de cette façon.

C'est en déterminant d'une manière rigoureuse et absolue le volume de la rate et en constatant avec exactitude et détail les relations de cet état avec *les hémorrhagies en général*, et *surtout* avec celles *du tissu cellulaire* des voies de l'air, du tube digestif, etc., que vers 1840, et bien avant même mon sixième volume (1845), j'ai fait voir que l'augmentation du volume de la rate coïncidait avec des hémorrhagies d'*une extrême gravité*. J'ai publié en détail des observations de ce genre (nos 9088, 9943, 9944, 9947, 9948, 9949, 9950, 9951 du *Traité de Médecine pratique*). Les faits de MM. Forget et Grisolle sont à ajouter à ceux-là. M. Boudin, dans une note à l'Académie des Sciences, a eu le tort de rapporter la mort de quelques-uns des malades que j'avais cités, et qui étaient atteints d'hémorrhagies semblables, à l'usage de la quinine. Sans doute, une rétraction trop rapide de la rate peut augmenter la tendance hémorrhagique; mais ces terribles accidents sont survenus dans près de la moitié des cas à des gens *qui n'avaient pas pris de quinine*, ou qui depuis longtemps n'en avaient pas fait usage. Dans tous les cas, la citation de M. Boudin prouve qu'il avait une érudition des écrits modernes, que beaucoup d'autres feraient bien de posséder.

Le seul auteur qui ait vraiment ajouté quelque chose d'utile à ce que j'avais dit sur ce sujet est mon honorable ami M. le docteur Marchal (de Calvi), qui a publié un cas très remarquable d'hémorrhagies encéphaliques nombreuses, en rapport avec une affection splénique.

Il résulte des observations publiées par moi en 1845 et de celles que j'ai vues depuis :

1° Que les splénopathies accompagnées d'une augmentation marquée dans le volume de la rate exposent à des hémorrhagies aiguës fort graves et souvent mortelles;

2° Que celles-ci peuvent avoir lieu par le tissu cellulaire sur les surfaces des membranes muqueuses dans la trame des divers organes, et par exemple dans celle du cerveau;

3° Que le retrait trop rapide par l'action du sulfate de quinine de la rate hypérémiée peut avoir une influence fâcheuse sur l'apparition de ces hémorrhagies;

4° Que de là résulte l'indication d'éloigner les époques auxquelles on fait prendre de grandes doses de quinine soluble;

5° Que dans les fièvres graves des hémorrhagies sont souvent liées à l'existence des splénopathies;

6° Que celles-ci et les hémorrhagies sont dans ces cas traitées avec succès par les moyens qui conviennent dans les cas où il ne s'agit pas d'iléo-splosie (maladie des plaques de l'iléon) ou de septicémie;

8° Que la cause très probable de ces hémorrhagies est une anomémie spéciale en rapport avec la présence dans le sang du liquide sanguiforme que contient la rate;

9° Que cet état se rapproche beaucoup de celui qui existe dans le scorbut des auteurs et qui paraît consister, quoi qu'on en ait dit, dans une diminution des proportions de la fibrine que le sang contient (hypoplastémie);

10° Et surtout (ce qui est essentiellement pratique) que l'usage des sucs d'herbes donnés à la dose de 200 à 400 grammes dans les vingt-quatre heures remédie très promptement aux hémorrhagies de cause splénique et les prévient d'une *manière presque certaine;*

11° Qu'il faut dans des cas pareils combiner avec prudence l'usage de la quinine soluble et celui des sucs d'herbes.

Je crois que difficilement M. Rochoux, malgré son érudition, trouverait ailleurs que dans le sixième volume de mon *Traité de médecine pratique* et de tels faits et de telles indications.

Veuillez agréer, etc. Piorry.

Paris, le 3 août 1850.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 94. (23e ANNEE.) JEUDI 8 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

Le prix d'abonnement est désormais fixé comme suit, pour PARIS COMME POUR LES DÉPARTEMENTS :

UN AN.	30 FRANCS.
SIX MOIS.	16 —
TROIS MOIS.	8 FR. 50 c.

Ceux de nos abonnés qui sont en retard pour leur renouvellement sont priés d'en envoyer le prix avant le 15 août, s'ils ne veulent pas subir l'augmentation.

PARIS, 7 AOUT 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier la lecture, faite par M. Andral, d'une observation de rhumatisme articulaire terminé par la mort, et caractérisé par une inflammation suppurative des plus prononcées des articulations atteintes. A l'intérêt qui s'attachait à celle double rareté pathologique s'ajoutait l'intérêt que lui donnait le nom de l'observateur, qui, ainsi que nous l'avons dit récemment, fait de trop rares apparitions à l'Académie. Cependant la faveur avec laquelle l'Académie a accueilli cette communication est bien faite pour encourager l'auteur dans l'heureuse résolution qu'il semble disposé à prendre.

Du reste, M. Andral n'a pas cherché à augmenter par de longues réflexions l'intérêt du fait qu'il a communiqué, et qu'on trouvera textuellement à notre compte-rendu. Ce fait est assez clair par lui-même pour prouver les deux points suivants :

1° Le rhumatisme articulaire peut, dans certaines circonstances qui se rencontrent très rarement, causer la mort, quoique exempt de toute complication ;

2° Les caractères anatomiques du rhumatisme articulaire sont, ou du moins peuvent être ceux de l'inflammation suppurative la mieux caractérisée.

Ces deux points pathologiques, presque universellement admis comme exception, n'étaient, le dernier surtout, établis que sur des observations peu authentiques. Le fait de M. Andral mérite sous ce rapport une place importante dans l'histoire du rhumatisme. Mais est-il de nature à modifier les idées qu'ont soutenues dans la dernière discussion académique la plupart des membres qui y ont pris part, celles que nous avons défendues nous-même touchant le véritable rôle de l'inflammation dans le rhumatisme ? Nous ne le pensons pas. La suppuration et la mort resteront toujours une très rare exception, mais seulement une exception désormais certaine dans cette maladie, et l'inflammation n'en reste pas moins un phénomène très accessoire parmi ceux qui la caractérisent. L'observation de M. Andral prouve elle-même que ce n'est pas aux lésions inflammatoires qu'il faut dans ce cas rapporter l'issue fatale de la maladie; il y avait évidemment dans l'état morbide quelque chose qui le dominait.

Après cette intéressante communication, l'Académie s'est occupée d'une question à la fois scientifique et administrative, qui ne manque pas d'une certaine importance. Plusieurs fois déjà il a été question d'une manière plus ou moins explicite, dans la presse ou ailleurs, des tendances à l'usurpation que manifestait le comité d'hygiène. Des reproches plus ou moins détournés avaient déjà été adressés à ce comité; aujourd'hui ces reproches se sont reproduits dans un langage à peu près explicite, et M. le rapporteur de la commission du choléra a déclaré positivement non-seulement que la commission ne pouvait faire de rapport parce que les documents administratifs ne lui arrivaient pas, mais encore il a donné assez clairement à entendre que le comité d'hygiène n'était pas étranger aux obstacles que ces documents éprouvaient pour arriver jusqu'à l'Académie. Dans la coulisse, on racontait bien d'autres détails.

M. le rapporteur, pour éclaircir ce qu'il pouvait y avoir d'obscur dans la position respective du conseil d'hygiène et de l'Académie, a proposé à cette Compagnie savante de faire elle-même une démarche pour savoir les intentions du ministre à cet égard.

M. Bussy, avec un empressement qui l'honore, a appuyé cette demande, et a donné d'avance l'assurance que la démarche proposée aurait pour effet de démontrer le respect du comité pour les prérogatives de l'Académie. L'Académie, nous devons le dire, avait besoin d'une telle déclaration.

En voyant les obstacles signalés par la commission du choléra s'élever seulement depuis la création du comité d'hygiène, elle devait être portée à établir un rapport de causalité aux fausses apparences duquel bien des esprits se seraient laissé tromper. Maintenant, M. Bussy est-il bien au courant de tous les secrets du comité, et n'y aurait-il pas un comité dans le comité ? Nous aimons à espérer la négative; mais les bruits qui sont arrivés jusqu'à nous ne nous permettent qu'un espoir modéré, et nous commandent d'attendre la réponse du ministre à la députation académique. Cette réponse nous obligera peut-être à revenir sur une question que nous avons soulevée de temps en temps, mais que les égards dus à des confrères honorables nous ont toujours empêché de traiter à fond. S'il en est besoin, nous nous y résoudrons cependant.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE — M. FALRET.

Cours théorique et clinique sur les maladies mentales.

Des illusions.

(Suite de la cinquième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai, 20 juin, 2, 11, 23 et 30 et 31 juillet.)

Les sens auxquels nous devons le plus de sensations sont aussi ceux qui sont les plus féconds en illusions. Ainsi, les illusions se rattachent le plus souvent à la vue et à l'ouïe, puis à l'odorat, au goût et au toucher. Il résulte de ce fait d'observation que les causes les plus fréquentes d'illusions sont précisément dans le même rapport.

La vue, par exemple, est l'occasion d'une foule d'illusions chez les aliénés. Ces illusions sont innombrables chez les maniaques; de là la nécessité de les placer dans des appartements dont les murs, parfaitement unis, ne sollicitent pas les fausses interprétations, et dans un lieu agréable, mais dont l'horizon soit borné, afin d'éviter la multiplicité des impressions, et par suite, la fréquence des illusions. Malgré cette précaution, ces infortunés trouvent encore des occasions d'illusions. La moindre nuance dans le ton des couleurs de leur appartement ou des objets d'ameublement est saisie avec vivacité et donne lieu aux interprétations les plus étranges.

Nous nous bornerons à citer un petit nombre d'exemples, mais qui nous semblent propres à bien faire sentir la ligne de démarcation que nous avons établie entre les trois genres d'illusions.

Comme exemple du premier genre, nous citerons un fait dont nous avons été témoins plusieurs fois; il est relatif à des malades qui, en lisant ou en écrivant, croyaient voir les lettres se mouvoir, chevaucher les unes sur les autres et à des degrés différents. L'une d'elles, auprès de laquelle j'avais fait de vives instances pour qu'elle écrivît à sa famille, m'interpella violemment en me disant : Comment voulez-vous que j'écrive, mes ennemis s'y opposent; à mesure que je forme les lettres, ils les enlèvent de sur le papier et me narguent à plaisir en les faisant voltiger devant mes yeux.

Comme exemples des deux autres genres d'illusions, nous citerons les faits suivants :

Nous avons dans ce moment dans l'établissement de Vanves un capitaine dont le délire partiel est surtout remarquable par l'impuissance de la volonté, qui voit dans le marbre de sa cheminée une foule d'objets plus fantastiques les uns que les autres. En général, il apprécie cette fantasmagorie comme elle doit l'être; mais quelquefois il est tellement convaincu de la réalité de ce qu'il croit voir, qu'il quitte sa chambre avec effroi et précipitation.

D'autres fois la vue du ciel suffit pour donner lieu à des illusions. Nous avons vu plusieurs aliénés qui, comme ceux dont parle Esquirol, prenaient des nuages, tantôt pour un corps d'armée, tantôt pour des ballons dirigés par des aéronautes. Nous avons eu aussi, et nous avons à Vanves, plusieurs malades qui font des collections de cailloux, de coquillages, et qui voient dans ces objets des paillettes d'or, des pierreries, des diamants. Leur conviction, à cet égard, ne saurait être ébranlée.

Une femme qui a occupé longtemps le premier chalet de notre section des agitées, à la Salpêtrière, auprès de laquelle nous avions l'habitude de nous arrêter, parce qu'elle réunissait tous les phénomènes du délire, éprouvait souvent des illusions de la vue; chacun des visiteurs lui retraçait le souvenir de l'un de ses parents ou d'une personne dont elle avait à se plaindre; et quelques-uns d'entre vous peuvent se rappeler de quelles invectives nous étions accablés, ou combien elle s'attendrissait sur le sort de ceux qu'elle regardait comme des victimes.

En examinant psychologiquement ces divers faits, on trouve qu'il y a évidemment substitution d'un produit de l'imagination à une impression dans le fait du nuage pris pour un corps d'armée et dans celui de cette femme qui nous injurie ou nous donne des témoignages d'intérêt, selon qu'elle voit en nous une personne amie ou ennemie qu'elle a connue anciennement. Mais dans les faits relatifs aux collections de cailloux, d'objets d'histoire naturelle, qui sont regardés comme très précieux et comme contenant de l'or, des pierreries, on ne peut distinguer si les malades ont simplement l'idée que le caillou contient de l'or, ou s'ils croient voir réellement de l'or dans le caillou, etc. Ces deux ordres de faits ne peuvent donc être constatés que par le rapport des malades, et chacun d'eux exprime un genre particulier d'illusion.

L'ouïe présente aussi un grand nombre d'illusions, et qui souvent en imposent pour des hallucinations, comme nous le verrons ultérieurement.

L'aliénation générale avec excitation et en particulier le *delirium tremens* sont les formes dans lesquelles on remarque le plus d'illusions de l'ouïe; c'est que, dans ces espèces de maladies mentales, l'énergie des sens correspond à l'activité désordonnée de l'intelligence. L'ouïe acquiert une telle impressionnabilité, que le plus léger bruit leur produit l'effet du canon ou de la tempête. J'en ai vu qui, quoique seuls, et pour éviter la douloureuse impression que leur occasionnaient leurs propres cris, se bouchaient hermétiquement les oreilles.

Pendant leur convalescence, ils me racontaient qu'ils avaient cherché à contenir leurs paroles, et que, n'ayant pu y parvenir, ils avaient pris le seul parti qui fût en leur pouvoir pour se prémunir contre les impressions qui leur étaient insupportables; ils ajoutaient que souvent leurs paroles leur paraissaient être celles d'interlocuteurs animés contre eux. D'autres m'ont assuré que le son, même éloigné, des cloches, avait été pour eux un véritable supplice, et avait produit un surcroît d'irritation qui allait quelquefois jusqu'à la fureur; ils s'imaginaient que leurs ennemis agitaient des cymbales à leurs oreilles pour les empêcher de dormir. Plusieurs se sont plaints d'avoir entendu avec la plus vive peine le roulement du tambour, qui leur paraissait être celui du tonnerre, et le cor de chasse, qu'ils prenaient pour le hurlement des bêtes féroces.

Dans tous ces faits, la vivacité maladive du sens de l'ouïe était tellement accrue, qu'elle devenait aisément un aliment pour le délire; elle appelait l'erreur le jugement, et de là l'espèce d'illusion que nous avons rangée dans la première catégorie, et dans laquelle le sens et l'esprit paraissent prendre une égale part.

Lorsque le jugement est faussé à l'occasion d'une impression normale, c'est l'illusion mentale. Comme exemple, je puis citer celui d'une malade atteinte d'aliénation partielle actuellement dans mon service, et qui ayant des habitudes de réserve et de décence, juge que ses compagnes sont des hommes, par cela seul qu'à ses yeux il n'y a que des hommes qui puissent tenir le langage qu'elle entend autour d'elle. On le voit donc, cette espèce d'illusion se rapproche de tous les autres phénomènes du délire avec prédominance de lésion du jugement; la seule différence qui existe, c'est que dans ce cas le délire a pour cause une sensation, au lieu de se passer tout à fait dans le domaine des idées.

Comme exemple du troisième ordre d'illusions, dans lequel le malade substitue sa préoccupation aux sons qu'il vient d'entendre, je puis citer celui de plusieurs aliénés qui, lorsqu'on leur parle, croient entendre des paroles tout autres que celles que l'on prononce; ils affirment que vous leur avez dit telle ou telle chose, qui est en rapport avec les idées qu'ils avaient dans le moment même. Souvent ils croient que vous leur avez fait des promesses, et il est impossible de les désabuser. Fréquemment aussi ces illusions deviennent la cause de leur colère et de leur vengeance. Lorsque de semblables illusions se manifestent par l'intermédiaire du sens de la vue, la lecture devient un aliment pour le délire.

Cette espèce d'illusion se fait remarquer dans les deux formes principales d'aliénation mentale; elle tient, dans la manie, à l'incessante mobilité des idées qui ne permet à l'aliéné de saisir que quelques-unes des paroles de l'interlocuteur; et, dans l'aliénation partielle, à la fixité d'idées, qui ne laisse que peu de place aux impressions du dehors. Dans les deux cas, le monde intérieur prévaut sur le monde extérieur, et de cette prééminence résulte la substitution d'une idée personnelle à une sensation faible et confuse.

L'odorat, dont la sensibilité est si souvent exaltée dans les maladies cérébrales, ne donne pas lieu néanmoins chez les aliénés à un aussi grand nombre d'illusions que la vue et l'ouïe. Au commencement et dans le cours de l'aliénation mentale, on voit des malades refuser des aliments, et quelquefois le refus tient aux mauvaises odeurs qu'ils y trouvent; odeurs qui restent indéterminées, ou sont rapportées à certai-

nes substances malfaisantes dont ils attribuent la présence à leurs ennemis. Dans ces circonstances, ou bien l'impression est dénaturée, et avec elle le jugement, ou bien il y a substitution de l'odeur imaginaire de la substance qu'ils redoutent; ou bien encore, à l'occasion d'une sensation réellement normale, le jugement faux intervient et imprime son cachet. Ainsi donc, dans le refus des aliments que font les aliénés, se trouve tantôt l'un, tantôt l'autre des trois genres d'illusions.

Le même fait du refus des aliments, appliqué au goût, donne les mêmes résultats, et il suffit d'ajouter que le goût et l'odorat entrent souvent dans la même sphère d'illusions.

L'organe cutané éprouve de notables changements chez les aliénés; tantôt sa sensibilité, rendue plus exquise par la maladie, fait mal apprécier les rapports des choses, et cette fausse appréciation donne lieu à l'illusion du premier genre: par exemple lorsque l'aliéné, au plus léger contact, s'écrie qu'on lui a fait un mal affreux, et se révolte comme si on avait voulu le tuer.

Comme exemples du second genre, je puis citer ceux de certaines malades qui, éprouvant une chaleur brûlante à la peau, prétendent qu'elles sont victimes de chauffeurs placés sous leur lit. Je puis citer également celui d'une femme qui, éprouvant une douleur dans une cuisse, sur laquelle existaient d'ailleurs des taches scorbutiques, se plaignait des mauvais traitements qu'on lui avait fait subir pendant la nuit. Enfin je citerai celui d'une autre femme qui, ressentant des douleurs résultant d'hémorrhoïdes enflammées, croyait être l'objet de coupables manœuvres de la part d'un de ses ennemis, qu'elle croyait logé en face de son dortoir. D'autres aliénés attribuent à l'influence de la physique les diverses sensations dont l'organe cutané est le siége.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. Couronné.

Observation de farcin chronique terminé par la morve aiguë.

Par M. le docteur Gressent, médecin adjoint du service.

Quoique les observations de farcin chronique terminé par la morve aiguë soient aujourd'hui fort nombreuses, on ne lira pas sans intérêt celle qui suit, une de celles qui pourront servir le plus utilement à l'histoire générale de la maladie par le soin avec lequel elle a été recueillie et rédigée. M. Gressent, en nous adressant cette observation, nous annonce qu'il a observé un autre cas de farcin chronique terminé par une guérison, qui ne s'est pas démentie depuis un an. L'intérêt qui s'attacherait à une guérison définitive et bien authentique d'un cas de farcin n'a pas besoin d'être signalé; nous ne pouvons donc qu'engager fortement notre distingué confrère à ne pas perdre son malade de vue et à nous faire part plus tard du résultat définitif.

Le 22 mars 1848, Jean-Baptiste Comal, enfant des hospices de Rouen, âgé de seize ans, est admis à la salle Saint-Joseph pour un abcès ulcéré situé à la face antérieure de l'épaule gauche et que l'interne de service regarde comme scrofuleux.

Pendant près d'un an, ce malade, confié aux soins de feu le docteur Blanche, fut soumis au traitement et au régime antiscrofuleux: ceci résulte du relevé des cahiers de prescriptions, où l'on remarque que des préparations opiacées furent aussi fréquemment administrées.

Lorsque, six mois après son entrée à l'hospice, j'eus l'occasion de voir le malade pour la première fois, à l'abcès de l'épaule avait succédé un ulcère étendu de la partie moyenne de la clavicule à la moitié interne du deltoïde; sa hauteur était d'environ un décimètre et son aspect me parut bien celui des ulcères scrofuleux; le caractère lent et froid de l'abcès qui l'avait précédé, le couleur blafarde et la mollesse des chairs qui en constituaient le fond, l'amincissement et le décollement de ses bords, le pus séreux fourni par sa surface ne permettaient guère d'autre opinion.

Mais, malgré l'usage longtemps continué tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de médicaments émollients, toniques, stimulants, altérants et narcotiques (1), variés suivant l'opportunité des circonstances, malgré même des applications de caustiques sur les fongosités, cet ulcère resta grisâtre, saignant, surtout à ses bords, très douloureux au contact de l'air, se recouvrant souvent de croûtes brunâtres adhérentes à sa surface, et ne donna par intervalles quelques éléments de cicatrices que pour les absorber quelques jours après. Du reste, aucun autre signe de scrofule ne se manifestait chez le malade.

Cependant, à la fin de mars 1849, époque à laquelle M. Couronné fut chargé du service médical de l'hospice, le malade, dès lors soumis à notre observation de chaque jour, accusait moins de souffrance. Depuis quelque temps déjà il avait repris de l'embonpoint; son appétit s'était considérablement accru; des îlots de cicatrice apparaissent sur plusieurs points de l'ulcère, et la peau de ses bords, amincie, recoquillée en certains points, projetait dans d'autres des lambeaux flottant sur sa surface et dont l'excision dut être pratiquée. A quelques jours de là, nous fûmes surpris de voir ces points cicatriciels, naguère si éphémères, se consolider, s'étendre, se réunir et former en huit ou dix jours une cicatrice presque complète, mais très mince (cette rapide modification survint en coïncidence de l'application de la poudre de tan).

(1) Cataplasmes émollients et laudanisés, houblon, sirop et vin antiscorbutique, saponaire, huile de foie de morue, opium, morphine, iode, proto-iodure de fer, onguent mercuriel, onguent styrax, poudres de kina, de tan, un aromatique, pommade iodurée, eau de Goulard, cautérisation avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le caustique de Vienne, collodium pour soustraire la plaie au contact de l'air.

Mais le 7 avril, sans aucune cause appréciable, l'articulation tibio-tarsienne droite devient douloureuse, rouge et tuméfiée à son côté interne; mouvements et pansements douloureux. — Cataplasmes laudanisés; 0,05 centigrammes d'opium.

Même état pendant dix jours. Anorexie.

Puis des symptômes locaux identiques se manifestent sur le côté externe de la même articulation. Les mouvements sont devenus presque impossibles en raison de l'extrême douleur qu'ils déterminent.

L'examen de l'état général donne: langue saburrale, toux sèche, quelques sueurs nocturnes, pouls peu fébrile, bruissement continuel dans les oreilles, tête pesante. Epistaxis répétés pendant plusieurs jours.

Le 20 avril, application d'un vésicatoire volant sur la malléole interne; *herpes labialis*. Trois jours après, la douleur qui siégeait sur la malléole externe ne se fait plus sentir, et le côté interne de l'articulation est lui-même moins douloureux, sauf au point le plus déclive, qui paraît rouge, tuméfié, ramolli.

On remarque que, depuis quelques jours, la cicatrice de l'épaule s'est spontanément ouverte sur plusieurs points et a fourni une suppuration assez abondante.

Le 25, la fluctuation paraît sensible dans la tumeur de la malléole interne. On continue l'application des cataplasmes, et deux jours après l'incision, faite à l'aide du bistouri, ne donne issue qu'à quelques gouttes d'un pus jaunâtre mal lié, gélatiniforme.

Le 30, l'abcès continue à fournir une petite quantité de cette suppuration; la douleur a disparu complétement du point qui en est le siége, mais elle a envahi l'articulation tibio-tarsienne gauche, où la palpation ne fait reconnaître qu'un léger gonflement œdémateux. Les mouvements de cette articulation sont très douloureux. Nausées, anorexie, frissons, surtout le soir. — Eméto-cathartique.

Le 1er mai, l'amaigrissement devient sensible, le malade fait entendre des plaintes fréquentes; on remarque une teinte bleuâtre des sclérotiques (l'auscultation et la percussion pratiquées à cette époque ne révèlent aucun symptôme de phthisie). Vomissements bilieux, selles abondantes, diarrhéiques. La douleur, presque éteinte dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, devient de nouveau violente dans l'articulation correspondante du côté droit et envahit aussi la face dorsale du tarse de ce côté. Langue saburrale. — Diète; eau de Sedlitz, un verre.

Le 2 mai, frissons, soif vive, langue saburrale. La région tarsienne droite se tuméfie, devient rouge et de plus en plus douloureuse, surtout au niveau des articulations cunéo-cuboïde-métatarsiennes. — 12 sangsues y sont appliquées, cataplasmes laudanisés; pilule d'opium, 0,05 centigrammes. La nuit un peu de sommeil.

Le 3, la langue un peu plus nette, persistance des frissons et de l'acuité des douleurs. — 10 sangsues à la même région que la veille, potion calmante, cataplasmes fortement laudanisés.

Les 4, 5 et 6 mai, la pression sur le tarse droit détermine des douleurs atroces et des cris aigus. L'état général persiste, à l'exception des frissons, qui ont disparu.

Du 6 au 12, un peu de diminution dans la violence des symptômes, peu de fièvre. L'appétit se réveille, le quart. — Compresses d'eau de Goulard sur le pied.

Des applications émollientes narcotiques et résolutives n'amenant aucune modification de la tumeur, une incision est pratiquée par M. Couronné et ne donne, comme celle de la malléole, qu'une petite quantité de pus mal élaboré.

A cette époque, 18 mai, la persistance et l'étrangeté de ces accidents, me faisant rejeter la pensée d'une résorption purulente que j'avais cue tout d'abord, me portent à soupçonner une infection farcineuse.

Interrogeant alors assez vivement le malade sur ses antécédents, il m'apprend qu'avant l'apparition de l'abcès pour lequel il était entré dans nos salles, il était garçon de ferme et avait soigné des chevaux malades dont quelques-uns même avaient succombé. Ces renseignements, confirmés par une lettre du maître chez lequel il avait servi, bien qu'incomplets, fortifient mes soupçons, à l'appui desquels surviennent, quelques jours après, les phénomènes suivants:

Une phlyctène se développe sur l'articulation des deux phalanges du gros orteil droit; cette phlyctène repose sur des téguments violacés. A sa rupture deux jours après, on voit un peu de sérosité purulente. Une ulcération grisâtre, de la grandeur d'un centime, lui succède et gagne chaque jour en profondeur. Les jours suivants, la peau du reste du gros orteil et du métatarsien correspondant s'enflamme et se détruit.

Bientôt l'exploration à l'aide du stylet fait reconnaître que ces os sont dénudés, et qu'une portion des cartilages de l'articulation inter-phalangienne est absorbée; on remarque en même temps des traînées de vaisseaux lymphatiques enflammés sur le trajet de la saphène interne, au pied, à la jambe et à la cuisse.

Vers les premiers jours de juin, l'articulation fémoro-tibiale droite devient douloureuse, se tuméfie et présente une rougeur circonscrite au niveau du condyle interne, qui fait craindre le développement d'un abcès sous-cutané. Cet état persiste pendant quatre à cinq jours. — Cataplasmes laudanisés.

L'intensité de ces nouveaux accidents semble diminuer au moment où des symptômes analogues, mais moins intenses, se manifestent dans l'articulation correspondante du côté gauche.

Ainsi réduit à l'immobilité des membres inférieurs, le malade ne jouissait plus que de la liberté de ses membres thoraciques, lorsqu'ils furent eux-mêmes envahis par des douleurs, sans gonflement, ni rougeur, qui se développèrent d'abord dans l'articulation radio-carpienne, puis dans la même articulation du côté gauche, et enfin dans l'articulation huméro-cubitale du membre droit, où la douleur fut toujours plus vive. — Continuation des cataplasmes laudanisés; pilules d'aconit de 0,03 centigrammes jusqu'au 22 juin.

Succombant à la douleur, et miné chaque jour par un marasme croissant, le malade devait bientôt céder aux efforts de la fièvre hectique. Mais à la visite du 22 juin, pouls à 140, chaleur âcre à la peau; la paupière supérieure gauche est envahie par un érysipèle borné d'abord au niveau du sourcil, et qui détermine l'occlusion de l'œil.

Le lendemain, l'érysipèle s'est étendu à la moitié de la région frontale, à la tempe, à la paupière inférieure, à la pommette du même côté. Toute cette région avait pris une teinte violacée, livide, gangréneuse; elle était considérablement tuméfiée, empâtée et s'était recouverte de phlyctènes également violacées. Des fosses nasales s'écoulait une matière jaunâtre, visqueuse, paraissant composée de mucosités purulentes. Chaleur mordicante à la peau; pouls à 160.

Plus de doute alors que la morve aiguë ultime ne dût être bientôt la terminaison de cette triste maladie.

Le 24, les phlyctènes se sont rompues; elles laissent écouler un liquide roussâtre mélangé de quelques flocons purulents, et apparaître des taches gangréneuses à la surface du derme qui est légèrement excorié. Le même jour, on voit se développer en dehors du sillon naso-génien gauche un groupe de phlyctènes confluentes grosses comme de petits pois, au nombre de douze environ, blanches à leur naissance, prenant bientôt la teinte bleuâtre et entourées d'une auréole de même couleur; gonflement de la lèvre supérieure, où se manifestent aussi quelques phlyctènes. On en trouve deux autres groupes, l'un au niveau du condyle externe du fémur droit, l'autre sur la face dorsale du tarse du même côté. Le jetage continue. Fièvre et céphalalgie intenses, délire, immobilité complète.

Le 25 juin, le gonflement de tout le côté gauche de la face est considérablement augmenté; l'empâtement et l'infiltration ont envahi le côté droit depuis le pourtour de l'orbite jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale; du pus s'écoule des paupières de l'œil gauche; toutes les taches gangréneuses et les phlyctènes signalées hier sont passées à l'état d'ulcérations fournissant un pus sanieux rougeâtre et fétide, et dont le fond est constitué par le derme désorganisé; quelques-unes d'entre elles sont en partie cachées par des lambeaux d'épiderme. La lèvre supérieure est presque complétement recouverte de la matière du jetage desséchée. L'ulcération dont elle est le siége a envahi la muqueuse jusqu'au niveau du repli gingivo-labial, et donne du pus qui recouvre les dents et la pointe de la langue pressée entre les deux arcades dentaires. Pouls misérable, à peine sensible.

Le malade exhalant à distance une odeur repoussante, littéralement immobile dans le décubitus latéral droit, fait entendre une respiration bruyante, entrecoupée de faibles gémissements. L'énorme gonflement de tout le côté gauche de la face, soulevée jusqu'au niveau du lobe du nez, dérobe à la vue le côté droit, à l'exception de l'œil et du front, qui sont aussi envahis par l'infiltration. Mort à deux heures de l'après-midi.

Le 26, autopsie 24 heures après la mort (1).

Toute la région orbito-fronto-temporale gauche présente un tissu violacé-noirâtre couvert çà et là de lambeaux d'épiderme. Le derme, recouvert d'une couche purulente, présente, après le lavage, une teinte rouge vineuse, des excoriations et des ulcérations de dimensions variables, mais moindres que celle d'une pièce de 1 franc. Sur la racine du nez, on voit une ulcération ronde d'un centimètre de diamètre, à fond grisâtre, purulent, avec auréole violacée. L'aile gauche du nez offre une petite pustule non ulcérée. Au côté externe du sillon naso génien gauche, on trouve une large ulcération encore recouverte de débris d'épiderme, sous lesquels existe une couche de pus couleur lie-de-vin; cette couche de pus enlevée, le derme apparaît ramolli, à mailles écartées, infiltré de pus, ulcéré plus profondément au centre, qui est gris, que vers les bords, dont la teinte est violacée.

La lèvre supérieure offre sur la ligne médiane une ulcération semblable aux précédentes, et qui a converti toute l'épaisseur de son tissu, dans la largeur de deux centimètres, en une masse spongieuse pleine de sang et de pus. Au-dessus de cette ulcération, la lèvre est encroûtée du produit du jetage.

Le cuir chevelu est rabattu en quatre lambeaux. L'examen du lambeau antérieur gauche permet de constater une infiltration générale de pus dans l'intervalle des diverses couches qui le constituent. La pression fait sourdre le pus par gouttelettes à la surface de section, et le péricrâne est perforé par un assez grand nombre d'ulcérations purulentes. Une couche de pus se voit aussi à la face externe des os sous-jacents. La paupière supérieure gauche présente le même état d'infiltration purulente. La conjonctive palpébrale est parsemée de points ulcéreux, d'où la pression fait suinter le pus; elle est, en outre, fortement ecchymosée au niveau de sa jonction avec la conjonctive oculaire, qui est très injectée. La cornée, épaissie, opaline, a presque complétement perdu sa transparence. Les muscles de l'œil sont baignés de pus au niveau de leur insertion sur le globe oculaire. Les humeurs sont intactes. Le périoste de l'orbite et des parties circonvoisines est décollé. Le sac lacrymal et le canal nasal sont pleins de pus.

Sur le lambeau antérieur droit, on distingue aussi de l'œdème, de l'infiltration, un peu de pus, la couleur violacée et une seule ulcération au niveau de la bosse frontale. Une pustule occupe l'angle interne droit de la paupière inférieure. Une incision pratiquée en ce point fait reconnaître des désordres moins avancés que du côté opposé, assez cependant pour que la veine angulaire soit pleine de pus, ainsi que le sac lacrymal.

Les deux lambeaux postérieurs du cuir chevelu ne sont que légèrement infiltrés.

Une coupe horizontale enlève la voûte crânienne. Entre la dure-mère et la table interne des os, se trouve une légère couche de pus très liquide dans la plus grande étendue, concret dans quelques points, où il se présente sous un aspect analogue à celui du pus tuberculeux. Arachnoïde et pie-mère

(1) Je dois ici une mention toute spéciale à M. Duchaussoy, interne fort distingué des hôpitaux de Rouen, pour le concours zélé qu'il m'a prêté dans cette laborieuse nécropsie.

très légèrement injectées. Cerveau sain. Deux autres coupes verticales antéro-postérieures, pratiquées de chaque côté de la cloison des fosses nasales, font voir ces cavités enduites d'une couche épaisse de mucosités purulentes jaunes-rougeâtres.

Les sinus frontaux et sphénoïdaux, et les cellules ethmoïdales offrent, surtout à gauche, une quantité assez notable de pus gélatiniforme mal élaboré. Leur muqueuse est vascularisée.

Après le lavage on voit sur le côté gauche de la cloison une ulcération au sommet de la fosse de ce côté, et une autre au niveau de l'épine nasale postérieure. Le côté de la cloison est sain.

Dans la fosse nasale gauche apparaît sur la muqueuse, qui tapisse le bord supérieur du cornet inférieur, une large plaque d'un rouge vif, surtout à ses bords, plus sombre à son centre, parsemée de pustules peu proéminantes, larges comme des têtes d'épingles et d'ulcérations de même dimension, paraissant provenir de la rupture des pustules semblables plus avancées; sur le reste de la muqueuse, qui est moins fortement colorée, on trouve de petites ulcérations confluentes en avant, surtout à la face interne du cartilage et de l'os propre du nez, isolées à la partie moyenne et des pustules en arrière. Si on soulève la membrane de Schneider, on trouve du pus assez abondant interposé entre elle et l'os, qui est fortement vascularisé et comme infiltré de pus.

La fosse nasale droite n'offre que quelques pustules miliaires à la partie antérieure du cornet inférieur; sa coloration est normale.

Bouche. — Au niveau de la commissure gauche des lèvres existe une large plaque ulcéreuse grisé au centre avec auréole ecchymotique fournissant du pus à l'incision et à la pression. Une ulcération semblable, mais plus petite et plus superficielle, siége sur la muqueuse de la joue au niveau de l'orifice du canal de Sténon du même côté.

Pharynx, larynx. — Trachée, état sain. Bronches injectées et remplies de mucosités purulentes et rougeâtres.

A la partie supérieure et antérieure du sternum on trouve le périoste décollé dans l'étendue de 2 centimètres carrés. Le tissu de l'os est friable et laisse échapper 10 grammes environ d'un liquide épais, rougeâtre, purulent, ressemblant assez bien à celui de l'hépatisation rouge.

Ganglions cervicaux sains.

Poumons. — Traces de pleurésie récente du côté gauche. Les poumons ont leur coloration et leur consistance normale; mais on sent sous la plèvre de petites tumeurs du volume d'un grain de chenevis à celui d'un pois, et qui soulèvent cette séreuse. L'incision fait voir un tissu aréolaire jaune-grisâtre, qui laisse exsuder à la pression des gouttelettes de pus sortant distinctes de chaque aréole. Ces tumeurs, sans aucune analogie avec les tubercules, occupent la surface des poumons et les scissures interlobulaires en nombre indéterminé. Trois foyers purulents, du volume d'un pois (abcès métastatiques); sont situés au centre du lobe supérieur du poumon droit.

Cœur. — Péricarde renfermant 100 grammes environ de sérosité citrine, décolorée. Caillots fibrineux organisés dans l'oreillette droite. Les autres cavités n'en offrent pas. La fibre musculaire est pâle. Volume normal.

Ganglions bronchiques sains.

Foie sain, n'offrant ni tubercules, ni foyers purulents.

Rate. — Volume au moins double du normal. Ramollissement au centre, où se voit un foyer purulent du volume et de la forme d'un haricot.

Tube digestif sain dans toute son étendue. Le gros intestin rempli de matières demi-solides bilicuses.

Organes génito-urinaires. — Pas d'altérations, sauf la décoloration des deux substances du rein, qui présente une teinte pâle uniforme.

Membres supérieurs. — La cicatrice du vieil ulcère est complète, mais très mince. Les saillies osseuses sont fortement dessinées sous elle. L'articulation sous-jacente (scapulo-humérale gauche), ouverte, fait voir une synoviale enflammée jusqu'à l'origine du cartilage d'encroûtement, qui est lui-même absorbé dans la hauteur d'un centimètre à partir du col anatomique et détruit aussi au centre de la tête; le tissu spongieux est à nu.

L'articulation huméro-cubitale du même côté présente la synoviale enflammée; mais les surfaces articulaires saines. L'articulation radio-carpienne est saine. Aucun muscle ne contient du pus. Le poignet ne présente point de lésions bien appréciables.

Du côté droit, articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale n'offrant que de légères traces de phlegmasie. Articulation radio-carpienne pleine de pus. Aucun muscle n'en contient.

Membres inférieurs. — L'articulation fémoro-tibiale droite offre sur la peau qui revêt le condyle externe la trace de pustules et d'ulcérations semblables à celles de la face, et dont on retrouve les analogues sur la tubérosité interne du tibia. Toute cette région est empâtée. L'articulation ouverte montre une synoviale fortement vascularisée, fongueuse dans toute son étendue, excepté sur les points de l'os que recouvre le cartilage. Beaucoup de pus gélatineux, pseudo-membraneux s'écoule.

Des désordres analogues, mais moindres, existent dans l'articulation correspondante du côté gauche.

L'articulation tibio-tarsienne droite offre un état semblable à celui de la fémoro-tibiale. La tibio-tarsienne gauche est saine.

Le pied droit est tuméfié, empâté, infiltré. On aperçoit sur la peau qui recouvre les cunéiformes une ulcération semblable à celles de la face et du genou droit; de plus un trajet fistuleux correspondant à l'incision pratiquée durant la vie. La dissection de la peau permet de voir le tissu cellulaire mortifié; le deuxième cunéiforme dépourvu de périoste, baignant par ses faces supérieure et latérale dans du pus sanguinolent et s'écrasant sous la moindre pression du scalpel. Les bronches nerveuses voisines n'offrent aucune altération dans leur continuité. L'artère pédieuse est aussi très saine.

Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil existe un trajet fistuleux pénétrant dans l'article, et qui, incisé, nous la fait voir pleine de pus rougeâtre et dépourvue de cartilage. Le métatarsien et les deux phalanges sont dénudées de leur périoste, dont les lambeaux sont imbibés de pus.

Les divisions terminales de la saphène qui longent le métatarsien offrent des parois épaissies blanches; elles contiennent du pus.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 août 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce envoie :

1° Un rapport sur une affection épidémique des membranes muqueuses des voies aériennes, par M. Chabanon, d'Uzès;

2° Une notice sur les eaux thermales d'Alet;

3° Le tableau des sources minérales de Bagnères-de-Luchon;

4° Des observations de statistique au dernier rapport sur les vaccinations, par M. le docteur Bayard, de Cirey-sur-Blaise.

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets. (Les conclusions sont adoptées.)

Suppuration dans le rhumatisme articulaire.

M. Andral lit la note suivante, sur un cas de rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort huit jours après son invasion.

Peu de temps s'est écoulé après qu'une intéressante discussion sur la nature du rhumatisme articulaire aigu a été soulevée au sein de l'Académie, et parmi les questions restées douteuses aux yeux d'un certain nombre de membres qui ont pris part à cette discussion, se trouve au premier rang la question relative aux altérations qui peuvent exister au sein des articulations.

Un cas vient de se présenter à mon observation à l'hôpital de la Charité, chez un sujet mort dans les premiers temps d'un rhumatisme aigu; j'ai cru devoir communiquer ce fait à l'Académie.

Un femme âgée de soixante-sept ans, pâle et faiblement constituée, entre à la Charité dans les premiers jours du mois de juillet dernier, atteinte d'une inflammation parvenue à l'état d'hépatisation du lobe inférieur du poumon gauche. Saignée une seule fois, elle est ensuite soumise à l'emploi du tartre stibié, dont elle prend chaque vingt-quatre heures, pendant cinq à six jours de suite, 30 centigrammes dans une potion appropriée. Elle guérit rapidement. Cette femme était convalescente de sa pneumonie; elle se nourrissait assez bien, et toutefois elle ne reprenait qu'assez lentement ses forces, lorsque, sous l'influence vraisemblable d'un courant d'air, elle fut prise tout à coup d'une vive douleur aux deux épaules, avec gonflement et rougeur légère de la peau autour de l'une et l'autre articulation scapulo-humérale. L'articulation huméro-cubitale droite était aussi douloureuse, mais à un faible degré, et sans tuméfaction; en même temps fièvre intense. Cette femme était évidemment atteinte de rhumatisme articulaire aigu exempt de toute complication. Aucun symptôme ne se montrait en particulier vers l'appareil respiratoire, récemment débarrassé d'une grave altération. Une saignée fut immédiatement pratiquée, et le caillot de sang, petit et nettement séparé du sérum, ressemblait à une crème blanche et épaisse. Cependant, je trouvai le lendemain la malade tellement affaissée, que je ne crus pas devoir réitérer l'émission de sang, et je tentai, chez elle, l'administration du sulfate de quinine, que je prescrivis quelques jours de suite à la dose de 60 centigrammes en vingt-quatre heures. La maladie, contre la loi ordinaire du rhumatisme, n'en marcha pas moins vers une terminaison fatale avec une effrayante rapidité, sans qu'aucune complication survînt, sans qu'aucun appareil présentât de phénomènes qui puissent expliquer la progression incessante de la maladie, sans qu'aucun bruit anormal se fît entendre au cœur, et sans que d'ailleurs le rhumatisme se fût étendu à d'autres articulations. La malade succomba huit à neuf jours après l'invasion de ses douleurs, n'ayant présenté autre chose qu'une douleur des deux épaules, assez vive pour lui faire pousser des gémissements continuels, un pouls de plus en plus fréquent, un état général d'angoisse et l'affaissement rapide qui me rappelait celui qu'on observe ordinairement dans la péritonite aiguë.

L'autopsie allait-elle nous montrer, dans la lésion latente de quelque organe, la cause de cette terminaison si rare du rhumatisme articulaire aigu? Cette lésion fut vainement cherchée; tous les organes crâniens, thoraciques et abdominaux étaient exempts d'altérations; le sang renfermé dans le cœur et dans les vaisseaux avait ses qualités ordinaires; nulle part il n'y avait ni traces de phlébite, ni rien qui pût faire croire à l'existence d'une infection purulente. Ce résultat négatif constaté avec soin, nous procédâmes à l'examen des articulations, et voici ce qu'elles nous présentèrent :

L'intérieur des deux articulations scapulo-humérales était rempli par un pus blanc, homogène, qui avait tous les caractères du pus phlegmoneux. La membrane synoviale présentait sur toute son étendue une rougeur des plus intenses; on y remarquait d'innombrables vaisseaux merveilleusement injectés et formant un lacis des plus serrés. Cette injection cessait brusquement sur le cartilage articulaire, qui avait conservé son aspect ordinaire. Parmi les nombreuses bourses muqueuses qui entourent l'articulation scapulo-humérale, il y en avait de chaque côté deux ou trois qui étaient également remplies de pus; elles communiquaient toutes avec la cavité articulaire, comme il arrive à plusieurs d'entre elles dans l'état physiologique, de telle sorte qu'en pressant sur elles on refoulait le pus qui les remplissait dans l'articulation, et réciproquement. En dehors de ces cavités, tout était resté dans l'état ordinaire : les fibres musculaires, le périoste, le tissu cellulaire n'avaient subi aucune lésion; celles que je viens de décrire étaient d'ailleurs parfaitement semblables par leur étendue et par leur intensité dans les deux articulations. La cavité articulaire du coude droit contenait une certaine quantité d'un liquide un peu lactescent; toutes les autres articulations furent examinées avec soin : on ne découvrit rien d'anormal.

Ce cas vous offre un exemple bien rare d'un rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort au commencement du second septenaire et sans existence de complication qui puisse expliquer cette terminaison si promptement funeste. On peut s'en rendre compte par les circonstances au milieu desquelles survient cette maladie: c'était chez une femme âgée et convalescente d'une pneumonie grave. Déjà, pendant le cours de celle-ci, elle s'était si rapidement affaiblie que je n'osai pas réitérer la saignée. Dans de pareilles conditions de l'organisation, on comprendra facilement que cette femme ait été entraînée par la nouvelle maladie aiguë qui vint la frapper dans sa convalescence. Mais, si j'ai cru devoir soumettre ce fait au jugement de l'Académie, c'est qu'il peut servir à la solution d'une question tout récemment agitée dans son sein, à savoir : la question du siége et de la valeur des altérations dont les articulations peuvent être atteintes dans le rhumatisme articulaire aigu. Dans ce cas, c'est dans la cavité articulaire même que ces articulations furent trouvées, et elles étaient constituées par une hypérémie intense des membranes synoviales et par la formation du pus.

Commission du choléra.

M. Guérin, au nom de la commission du choléra, expose que si un rapport n'a pas encore été présenté à l'Académie, ce n'est nullement par suite de la négligence qu'elle aurait mise à s'acquitter de sa mission, mais parce qu'elle n'a pu, jusqu'à ce jour, se procurer les documents envoyés au ministère par les médecins, et qu'un mauvais vouloir de l'administration retient dans les bureaux. Des démarches ont été faites en vain, et à plusieurs reprises, par les membres de la commission pour obtenir ces documents, et elle a appris, après avoir fait ces démarches, que le comité d'hygiène préparait un travail sur l'objet même pour lequel la commission était instituée. Dans ces conjonctures, la commission, pressée par une manifestation de l'Académie, n'a eu d'autre ressource que de proposer à cette Compagnie de tenter en son nom, auprès du ministre, une dernière démarche pour que tous les documents scientifiques arrivent à l'Académie comme par le passé, et conformément aux prescriptions de l'ordonnance même qui a institué l'Académie.

M. ROCHOUX. Le conflit prêt à s'élever entre l'Académie de Médecine et le comité d'hygiène ne présentant rien de scientifique, je crois devoir rétablir la question que vient de soulever M. Guérin, à ce qu'elle est en réalité, par ce simple récit.

La commission du choléra était nommée déjà depuis quelque temps lorsque des idées de contagion soulevées à cette tribune vous firent décider que la même commission, avant de vous présenter son travail entier, devrait vous faire connaître par un rapport spécial son opinion sur la contagion du choléra; c'est l'accomplissement de ce devoir que je viens demander pour la quatrième fois, en m'appuyant sur les motifs suivants.

Les documents que possède l'Académie touchant le choléra se classent, suivant la division établie par M. Guérin, en documents administratifs et en documents médicaux scientifiques. Si, pour son rapport, la commission voulait attendre l'arrivée de toutes les paperasses administratives que l'autorité pourrait lui envoyer, elle courrait grand risque de ne jamais achever son travail. Quant aux documents scientifiques, il n'en est pas de même, et j'appuierai cette manière de voir sur les propres paroles de M. le rapporteur. Depuis 1832, vous a-t-il dit, *la question de contagion n'a pas fait un pas au point de vue scientifique;* mais elle a marché dans l'opinion. Cela étant, je suis parfaitement fondé à dire que, pour quiconque a étudié avec un peu de soin en 1832 la question de la contagion, elle a dû être décidée dès cette époque aussi complétement qu'elle peut l'être aujourd'hui. En effet, il n'y a pas une ombre, une apparence de raison, de motif, de prétexte qu'on puisse alléguer de plus pour ou contre la contagion. Tout a été dit à son égard. Et s'il n'en était pas ainsi; si, d'après un certain nombre de faits bien observés, bien appréciés, il n'était pas possible de juger les analogues plus ou moins nombreux qui doivent se renouveler, il n'y aurait pas de science médicale, il n'y aurait aucune science. On n'arriverait jamais à pouvoir émettre une opinion fondée. C'est, au contraire, dans l'intime persuasion où je suis que tous les documents nécessaires pour traiter scientifiquement la question de la contagion sont au pouvoir de la commission, que je persiste à dire qu'il lui suffirait de deux ou trois semaines pour faire un rapport contre lequel on ne saurait élever aucune objection. Quant à demander au ministre la communication des documents dont la commission d'hygiène est en possession, il me semble voir, dans cette démarche, un moyen pour ajourner indéfiniment un rapport qui placera son auteur dans la nécessité de se prononcer résolument pour ou contre la contagion du choléra.

M. Robinet remarque l'espèce de mauvais vouloir qui se manifeste dans le pouvoir envers les sociétés savantes. Ainsi, récemment on a créé un prix important de médecine vétérinaire, et au lieu de faire juger les travaux du concours par l'Académie de Médecine ou par la Société d'agriculture, où existent deux sections de médecine vétérinaire, on a nommé une commission *ad hoc*. Il appuie donc la proposition de la commission. Cette proposition, appuyée par plusieurs autres membres, qui invoquent divers motifs, est adoptée à l'unanimité.

Électricité et diagnostic.

M. Martinet lit, sur l'électricité appliquée au diagnostic, une note terminée par les conclusions suivantes :

1° L'exploration de la contractilité et de la sensibilité à l'aide de l'électricité est un moyen précieux d'éclairer le diagnostic des maladies dans lesquelles ces deux facultés sont compromises, et de formuler avec plus d'exactitude qu'on ne l'a fait jusqu'ici leur degré d'intensité.

2° C'est par la conservation, la diminution ou l'abolition de la contractilité, lors du passage du courant électrique, dans les paralysies du mouvement, que se fonde particulièrement le diagnostic, comme c'est sur le degré de la sensibilité que se mesure la paralysie du sentiment.

3° La conservation de la contractilité électrique est le caractère distinctif des paralysies cérébrales, hystériques et rhumatismales. La diminution ou l'abolition de cette contractilité est, au contraire, un indice des maladies organiques de la moelle épinière et des cordons nerveux, de la paralysie saturnine et de cet autre qui résulte d'une profonde atteinte des centres nerveux, sans cependant qu'il existe la moindre altération matérielle.

4° Aucun autre procédé d'exploration ne peut, sous le point de vue de l'exactitude et de la rapidité de son application, remplacer ce mode d'investigation, qui semble appelé à soumettre les actions vitales à une étude non moins rigoureuse que celle à laquelle ont été soumises les altérations matérielles. (Commission déjà nommée pour l'examen des travaux de M. Duchenne.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 août 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Staphyloraphie.

M. Sédillot (de Strasbourg) transmet l'observation d'une nouvelle opération de staphyloraphie pratiquée avec succès sur une malade, dont la guérison eût été impossible avant l'application de son procédé. Il s'agissait d'une perforation accidentelle du voile du palais de la grandeur d'une pièce de 1 franc, dont les bords étaient complétement cicatrisés. La perte de substance produite par ulcération avait d'abord été plus étendue, mais avait diminué pendant que la guérison s'en achevait. La luette ne tenait de chaque côté au voile que par un mince cordon de fibres musculaires et de membrane muqueuse. La voix était horriblement nasonnée, et la malade demandait instamment la disparition de son infirmité.

Après diverses tentatives de dédoublement du voile et de renversement de bas en haut, et d'arrière en avant de la luette pour combler la perte de substance, M. Sédillot se décida à pratiquer la staphyloraphie d'après sa méthode.

La luette fut enlevée, et la perte de substance convertie en une plaie triangulaire très large, dont il paraissait douteux que l'on parvînt à rapprocher les bords. Les piliers furent séparés de la langue et des parois postérieure et latérale du pharynx.

On divisa par une incision verticale toute l'épaisseur du voile, près de la jonction des os maxillaire supérieur palatin, et de l'apophyse ptérygoïde, perpendiculairement à l'arcade dentaire supérieure, au niveau de laquelle le voile paraissait remonté, et il devint possible après l'avivement d'en maintenir par deux points de suture les deux moitiés réunies.

La tension des parties molles était néanmoins assez considérable pour que le nœud simple et le nœud du chirurgien fussent insuffisants pour en prévenir l'écartement; pendant qu'on pratiquait un second nœud superposé, M. Sédillot fut obligé de recourir au nœud de M. Fergusson, qui lui réussit très bien.

Les fils restèrent en place pendant trois jours, sans produire d'ulcérations très profondes. Cependant M. Sédillot jugea convenable d'appliquer un troisième point de suture intermédiaire aux deux premiers pour en diminuer la striction. Le 11 juin, sixième jour de l'opération, les deux premières ligatures furent enlevées, et le lendemain, 12 juin, le dernier fil placé fut également retiré.

La réunion de la plaie était alors achevée et paraissait jouir d'une suffisante solidité.

Les plaies accessoires s'étaient tuméfiées, rapprochées et en partie consolidées; pendant ce temps tout le voile était rougeâtre, épaissi, et circonscrivait entre son bord libre et la langue un espace quadrilatère plus large, plus élevé et moins mobile qu'à l'état normal.

Les premiers jours, la voix était nasonnante; mais, avec un peu d'attention, les mots dont la prononciation était la plus défectueuse pouvaient être exprimés naturellement.

L'amélioration fut si prompte qu'au 1er juillet la voix était redevenue nette, d'un timbre clair et sonore et sans aucune trace de nasonnement. Les liquides, qui avaient eu de la tendance, immédiatement après l'opération, à revenir par le nez, suivaient la voie régulière, et l'opérée quitta Strasbourg parfaitement rétablie.

Nouvelles de Marseille.

Un journal de Paris annonce que M. le ministre de l'agriculture et du commerce a consenti à reconstituer l'intendance sanitaire moyennant quelques modifications. Nos informations particulières et les nouvelles de Marseille que nous recevons à la date du 5, ne nous permettent pas encore de croire à cette concession, qui serait une grande faute après une petite. Les journaux de Marseille se livrent d'ailleurs à des théories étranges sur la contagion. Nous en dirons quelques mots dans notre prochain numéro.

NOUVELLES.

La statue en bronze de Larrey, due à notre célèbre statuaire David (d'Angers), sera inaugurée au Val-de-Grâce, aujourd'hui jeudi 8 août, à deux heures.

Le programme annonce que dans cette solennité les discours suivants seront prononcés :

1° Par M. le général Petit, au nom de l'armée ;

2° Par M. Bégin, au nom de la Commission et du Conseil de santé des armées ;

3° Par M. Roux, au nom de l'Académie des Sciences ;

4° Par M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de Médecine ;

5° Par M. Jomard, au nom de l'Institut d'Egypte ;

6° Par M. Depaul, au nom de la Société médicale d'Emulation.

7° Par M. Baudens, au nom du Val-de-Grâce.

Mutations dans le personnel de santé. — M. Malapert, chirurgien-major de 1re classe aux spahis de Constantine, désigné pour le 1er du génie.

M. Frainneau, chirurgien-major de 1re classe au 1er chasseurs, désigné pour le 11e d'artillerie.

M. Levie, chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire d'Ajaccio, désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Merchier, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Popincourt, désigné pour l'hôpital de Milianha.

M. Pommier, pharmacien aide-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital de Bitche.

M. Bourgeois, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Bitche, désigné pour l'hôpital de Bayonne.

M. Duprat, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital de Bitche.

M. Gisclard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital de Bitche.

M. Dreyfus, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bitche, désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Leguen, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bitche, désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Guiliano dit Castano, chirurgien-major de 1re classe au 2e escadron du train des parcs d'artillerie, désigné pour passer au 5e d'artillerie.

M. Schveing, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, désigné pour l'hôpital militaire de Colmar.

— Par décision ministérielle du 25 avril dernier, une commission composée de quinze membres, sous la présidence de M. le général de division Schramm, a été chargée d'examiner les rapports sanitaires qui ont été produits, aux inspections générales de 1848, par les chirurgiens militaires chefs du service de santé dans les corps de troupe, et de signaler ceux de ces officiers de santé qui ont rédigé les meilleurs mémoires.

Cette commission se composait de MM. Dubois, intendant militaire ; Alquié et Vaillant, médecins inspecteurs ; Bégin et Pasquier, chirurgiens inspecteurs ; Brault, pharmacien inspecteur ; Creuly, lieutenant-colonel du génie ; Lévy, médecin principal ; Baudens, chirurgien principal, adjoint au conseil de santé ; Faure et Boudin, médecins principaux ; Chambolle et Larrey, chirurgiens principaux; Berton, chirurgien-major à l'état-major de la 1re division ; Daozer, pharmacien principal.

Sur la proposition de cette commission, le ministre de la guerre a décidé que les noms des officiers de santé désignés ci-après seraient cités au *Journal militaire* dans l'ordre de mérite assigné à leurs travaux, savoir :

MM.

1. Ollagnier, chirurgien-major, 14e léger.
2. Judas, id., 8e cuirassiers.
3. Goutt, id., 11e d'infanterie légère.
4. Cohlentz, id., 12e d'infanterie légère.
5. Thomas, id., 12e d'artillerie.
6. Guerrin, id., 10e d'infanterie légère.
7. Villaret, id., 7e dragons, passé à l'hôpital de Toulon.
8. Antoine, id., 3e d'artillerie.
9. Méry, id., 34e de ligne.
10. Capron, id., 10e chasseurs.
11. Villette, id., 19e d'infanterie légère.
12. Clever, id., 52e de ligne, passé au 14e d'artillerie.
13. Dissez, id., 72e de ligne.
14. Germain, id., 9e hussards, passé à l'hôpital de Saint-Omer.
15. Guérin, id., 69e de ligne, passé au 7e d'artillerie.
16. Viguier, id., 13e chasseurs.
17. Durand, id., 9e d'artillerie.
18. Sancery, id., 15e d'artillerie (pontonn.).
19. Mestre, id., 3e de ligne, passé aux sapeurs-pompiers de Paris.

— L'Académie de médecine de Bruxelles a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau, pour la prochaine période triennale. Ont été réélus :

MM. Vleminckx, président;
Fallot, vice-président;
Verheyen, *idem;*
Marinus, secrétaire-adjoint.

DES MALADIES DE POITRINE

Et spécialement de la phthisie pulmonaire, catarrhe, asthme, etc.

Par le docteur Tirat, de Malemort, médecin de la Faculté de Paris. — 4e édition (1).

Nous ne viendrons pas aujourd'hui donner une analyse détaillée de ce livre, dont à une autre époque nous avons déjà eu occasion de parler, c'est-à-dire lors de sa première édition ; nous nous bornerons à rappeler les points qui nous ont paru les plus saillants.

Ainsi, la phthisie pulmonaire et toutes celles des maladies chroniques qui par leur nature peuvent dériver en maladie de poitrine sont considérées par ce praticien sous un point de vue qui nous semble aussi neuf que logique.

Le peu d'étendue que nous pouvons consacrer à cet article ne permet pas de suivre l'auteur dans les nombreuses citations qu'il fait des livres des savants médecins de toutes les époques qui viennent à l'appui de son opinion, non plus que dans les observations fort curieuses de cas de guérisons des personnes affectées de phthisie, de catarrhe et d'asthme, regardées comme incurables par les sommités de la science.

Nous dirons seulement qu'après avoir passé en revue dans différents chapitres l'habitation, l'alimentation et les vêtements, il arrive à considérer les climats les plus favorables aux personnes atteintes de maladies de poitrine.

Viennent ensuite des considérations détaillées et scientifiques sur les différentes causes des maladies de poitrine, sur les maladies chroniques considérées dans leurs rapports avec la phthisie.

En un mot, nous dirons que son livre (qui a été traduit en anglais) est le fruit d'une longue pratique et d'une consciencieuse observation ; que sa lecture ne peut qu'être très utile aux praticiens dans le traitement des maladies de poitrine, et que le docteur Tirat a rendu un service éminent à la science et à l'humanité par la découverte d'un nouveau mode de traitement qui, s'il ne guérit pas toujours, procure constamment une grande amélioration aux malades qui l'emploient.

En présence des heureux résultats obtenus par le docteur Tirat, et tous attestés par l'expérience, pourquoi la science hésiterait-elle à propager un mode de traitement auquel tant de malheureux malades doivent la vie ?

Le docteur Tirat vient d'adresser à l'Institut de France un mémoire, afin qu'une commission formée dans son sein puisse constater l'efficacité de sa médication.

M. Tirat a ajouté à cette nouvelle édition un Dictionnaire sur les aliments convenables aux malades atteints de maladies de poitrine et d'autres maladies chroniques.

(1) Un volume in-8° de 320 pages. Chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie nationale de Médecine, rue Hautefeuille, 19.—Paris.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 95. (23e ANNEE.) SAMEDI 10 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

Le prix d'abonnement est désormais fixé comme suit, pour PARIS COMME POUR LES DÉPARTEMENTS :

UN AN.	30 FRANCS.
SIX MOIS.	16 —
TROIS MOIS.	8 FR. 50 C.

Ceux de nos abonnés qui sont en retard pour leur renouvellement sont priés d'en envoyer le prix avant le 15 août, s'ils ne veulent pas subir l'augmentation.

PARIS, 9 AOUT 1850.

Inauguration de la statue de Larrey.

Pour exprimer l'émotion profonde qu'a produite en nous la majestueuse solennité à laquelle nous avons assisté hier, il nous faudrait pouvoir répandre notre cœur sur le papier. Par malheur notre plume trahit nos sentiments, et nous devons nous réduire à raconter simplement cette scène imposante de religiense, d'héroïque, d'émouvante poésie.

Quoi de plus religieux, en effet, que cette pensée de la commission du monument de Larrey, qui parmi tant de gloires littéraires, artistiques, politiques et guerrières qu'a vues briller le dernier demi-siècle, va choisir, pour la placer sur un piédestal, cette autre gloire si souvent oubliée ou méconnue et qui dans Larrey dominait toutes les autres, la gloire de l'homme de bien !

Quoi de plus poétique que cet imposant concours d'hommes éminents dans les sciences et dans les lettres, d'illustres généraux, de valeureux soldats, de glorieux débris d'une époque presque fabuleuse, tous réunis dans une commune pensée, celle de rendre en gloire à un citoyen vertueux tout ce que la patrie avait reçu de lui en héroïque dévouement.

Honneur donc à la commission ! Honneur à l'armée ! Honneur aux orateurs qui ont su trouver de si nobles inspirations pour célébrer une gloire utile ! honneur surtout au président de l'Assemblée nationale, qui seul avait le droit de parler au nom de la patrie, et qui s'en est montré le digne, l'éloquent interprète !

Grâce aux généreuses inspirations des hommes éminents dont la France s'honore, grâce aux hommages éclatants rendus à Larrey, à Broussais, à Bichat, à Parmentier, à Cuvier lui-même, on ne pourra plus désormais répéter avec ce grand naturaliste ces paroles décourageantes.

« Les hommes accordent la plus grande portion de gloire à ceux qui les tuent; l'autre partie à ceux qui les amusent; il n'en reste plus pour ceux qui leur sont utiles. »

Voici quelques détails sur cette grande solennité.

La statue de Larrey est placée à gauche de la cour d'honneur du Val-de-Grâce. L'illustre chirurgien est représenté en uniforme, debout, la tête découverte, et pressant sur son cœur le testament de Napoléon. Il a près de lui les instruments et les armes qui indiquent ses travaux, ses services, et les champs de bataille sur lesquels il montra son dévouement. Les noms de ces batailles sont inscrits sur une pièce de canon.

Quatre bas-reliefs, placés sur les quatre faces du piédestal, représentent les quatre principaux épisodes de la vie de Larrey, à la *Bérésina*, à *Austerlitz*, aux *Pyramides* et à *Sommo-Sierra*.

C'est tout ce qui nous est possible de dire aujourd'hui de l'œuvre considérée au point de vue de l'art (1).

Autour de la statue étaient disposées des estrades couvertes de tentes et destinées aux autorités, aux députations des corps constitués, des sociétés savantes, et aux personnes invitées. Des draperies, des faisceaux, des drapeaux et autres emblèmes analogues ornaient le lieu de la réunion d'une manière simple, mais parfaitement convenable.

A trois heures moins quelques minutes, M. Dupin, président de l'Assemblée nationale, accompagné de M. le lieutenant-général Petit, commandant de l'hôtel des Invalides et président de la commission de souscription; de M. le général Perrot, commandant supérieur des gardes nationales de la Seine, et de M. Bégin, membre du conseil de santé des armées, secrétaire de la commission de souscription, est venu prendre place en face du piédestal. Aussitôt des fanfares se sont fait entendre, et le voile qui couvrait le bronze a été enlevé, aux acclamations des assistants.

A ce moment, la grande cour du Val-de-Grâce offrait un spectacle à la fois pittoresque et imposant; les marches de l'église, converties en amphithéâtre et garnies de tout le corps médical militaire en grand uniforme; les autres gradins occupés par des membres de l'Assemblée législative, de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de Médecine, de la commission municipale de Paris, par une députation des militaires invalides et des vieux soldats de l'armée impériale revêtus de leurs uniformes de grande tenue : tout cela formait un tableau qu'encadrait merveilleusement bien la nombreuse population groupée sur tous les bâtiments environnants, à toutes les fenêtres, et jusque sur les toits.

A trois heures précises, le vénérable général Petit est monté à la tribune, et, dans une courte et brillante allocution prononcée avec une chaleur toute juvénile, il a rappelé les titres de Larrey à la reconnaissance de l'armée.

M. Bégin lui a succédé à la tribune. C'est à lui qu'il appartenait de retracer, au nom du conseil de santé des armées, la vie tout entière du célèbre chirurgien. M. Bégin s'est acquitté de cette tâche avec cette énergie, cette rapidité de style que tout le monde a appris à apprécier dans les écrits de cet honorable chirurgien.

M. Roux, au nom de l'Institut, avait à retracer les titres scientifiques de Larrey; il l'a fait avec cette élégance, cette facilité d'élocution qui est si naturelle dans la bouche de M. Roux, et surtout avec cette vive accentuation qui semble ne devoir s'affaiblir jamais chez le savant professeur.

M. Fréd. Dubois, au nom de l'Académie de Médecine, avait à disserter à peu près sur le même sujet que M. Roux; il lui fallait donc éviter l'écueil des répétitions : il y a réussi avec un bonheur digne des plus grands éloges. Son discours est une véritable œuvre littéraire que M. le président Dupin a plusieurs fois interrompue par des applaudissements.

A M. Dubois a succédé M. Jomart, noble et savant débris de cette grandiose expédition d'Egypte, qui aura légué à l'histoire un de ses plus glorieux épisodes, et à la science un de ses plus beaux monuments. M. Jomart, parlant au nom de l'Institut d'Egypte, s'est borné à raconter la vie de Larrey pendant son séjour sur cette antique terre, et a néanmoins trouvé le moyen d'émouvoir plusieurs fois jusqu'aux larmes un auditoire attentif à son éloquente parole.

M. Dépaul, au nom d'une société plus modeste (la Société médicale d'émulation), mais qui s'honore de compter Larrey parmi ses fondateurs, a déposé avec beaucoup de style et de convenance les hommages de ses collègues aux pieds du grand homme.

Enfin M. Baudens, parlant après tant d'orateurs, s'est borné, avec un tact exquis, à remercier, au nom de l'école du Val-de-Grâce, ceux qui venaient l'honorer dans un de ses plus illustres représentants, et il a heureusement terminé en rappelant à ses collègues que, si la statue de Larrey reflétait sur eux une partie de sa gloire, elle leur imposait aussi de grands devoirs.

C'est alors que M Dupin, sollicité par quelques généraux, est monté sur le fauteuil qu'il occupait et a improvisé ces magnifiques paroles :

Messieurs,

Si quelqu'un s'avisait jamais de contester aux chirurgiens militaires leur droit à l'assimilation avec les officiers de l'armée et l'honneur de porter l'épée, il suffirait, pour lui répondre, de raconter la vie de Larrey et de montrer sa statue !

Si je prends un instant la parole, Messieurs, ce n'est pas pour ajouter aucun récit aux discours si pleins de science et d'émotion que vous venez d'entendre, mais pour exprimer, autant qu'il est en moi, que Larrey n'a pas uniquement mérité les éloges et la reconnaissance de ses compagnons d'armes et de science, mais qu'il est digne de toutes les admirations et de tous les suffrages.

Oui, Messieurs, je l'ai dit ailleurs et je me plais à le répéter ici, la mission du chirurgien militaire est aussi une mission d'honneur, de dévouement et de dangers! Le courage du chirurgien militaire est un courage que j'appellerai supérieur! On vous a représenté Larrey à l'avant-garde avec ses ambulances, sous le feu de l'ennemi, courant les mêmes dangers que nos soldats; mais le courage du soldat est soutenu par ce sentiment naturel qui le porte à rendre à l'ennemi les coups qu'il en reçoit; le courage du chirurgien militaire est de recevoir tranquillement la mort à genoux devant un blessé, procédant aux pansements et aux opérations les plus difficiles avec la même précision, le même calme, la même maturité que dans nos amphithéâtres et dans nos hôpitaux !

Ces deux genres de courage ne s'excluent pas, il s'ajoutent l'un à l'autre. Honneur à qui les réunit! Nul plus que Larrey ne porta plus haut ce mérite; deux fois il eut la gloire de verser son sang en empêchant de couler celui des autres : en Egypte, dans cette expédition si glorieuse pour nos armes; à Waterloo, jour de deuil pour la patrie!

Partout et toujours Larrey se montra intrépide, en face du canon comme en face de l'épidémie. Il a servi avec une prodigieuse activité, avec un égal dévouement la marine, l'armée de terre, les invalides; il a professé avec profondeur l'art qu'il avait pratiqué avec tant d'éclat.

Il a bien mérité de l'armée,
Bien mérité de la science,
Bien mérité de la patrie;
Je salue sa gloire!
Il a bien mérité de l'humanité!

Nous ne chercherons pas à exprimer l'émotion qu'ont produite sur tous les assistants ces éloquentes paroles, couvertes d'unanimes applaudissements.

Dans les circonstances où se trouve le corps des chirurgiens militaires, la noble improvisation de M. Dupin est plus qu'un morceau d'éloquence, c'est l'œuvre d'un homme de cœur. Les chirurgiens militaires l'ont, du reste, ainsi compris; ils se sont rendus en corps, aussitôt après la cérémonie, au palais de la présidence, pour aller remercier l'illustre orateur, que malheureusement ils n'ont pas rencontré. Qu'il veuille bien nous permettre d'ajouter notre reconnaissance à celle de nos confrères de l'armée.

La cérémonie paraissait terminée lorsque M. Thierry, au nom de la commission municipale de Paris, M. Raciborski, au nom de la Pologne, et enfin un vieux soldat de l'empire, au nom de ses compagnons d'armes encore vivants, sont venus rendre en termes éloquents un dernier hommage à la mémoire du grand chirurgien.

L'espace nous manque aujourd'hui pour reproduire les paroles de MM. Thierry et Raciborski. Nous ne manquerons pas de remplir ce devoir dans notre prochain numéro.

Nous avons entendu plusieurs chirurgiens militaires de l'Empire regretter que l'un des membres de ce corps n'ait été appelé à prononcer quelques paroles dans cette solennité. Jamais Larrey n'a été plus grand que lorsqu'il était à la tête du corps de santé d'une armée de 100,000 hommes, et on eût entendu avec plaisir un de ces anciens et braves confrères célébrer la mémoire de son chef.

A cinq heures s'est terminée dans le plus grand ordre cette fête nationale qu'on a eu pendant quelque temps la crainte de voir troublée par le mauvais temps, mais à laquelle le ciel a bien voulu accorder sa protection.

H. DE CASTELNAU.

Discours de M. Bégin.

Messieurs,

Chacun de nous se rappelle sans doute en ce moment l'effet immense que produisit, à pareille époque, en 1842, la nouvelle inattendue de la mort du baron Larrey. Ce fut, pour la France entière, un événement, je devrais dire un malheur public. Depuis la chaumière jusqu'au palais, il était peu de familles dont Larrey n'eût conservé ou soulagé un père, un fils ou un ami. Partout on sentit que la France perdait un de ses meilleurs citoyens, l'humanité un de ses plus dévoués serviteurs : la douleur fut universelle. L'armée surtout en fut pénétrée; car elle se rappelait les paroles de l'empereur : « Si l'armée élève une colonne à la reconnaissance, elle doit l'ériger » à Larrey. »

C'est que le nom de Larrey était, en effet, un des plus populaires et des plus vénérés entre tous ceux qui, dans des carrières diverses, s'étaient illustrés pendant les deux grandes époques de la République et de l'Empire. Il se mêlait, en éveillant des pensées de paix, de bonté, de consolation, aux souvenirs héroïques ou terribles des campagnes les plus mémorables, des batailles les plus meurtrières, des triomphes prodigieux et des désastres inouïs de nos armées. Il n'est prononcé qu'avec la sympathique reconnaissance que les masses accordent aux grandes et pures vertus. Enfin, par les dernières lignes qu'il ait dictées, le plus grand génie de notre temps, en l'enveloppant dans sa gloire, l'avait associé à son immortalité.

C'est un des précieux priviléges de ce pays que de produire presque à point nommé les hommes dont il a le plus besoin. De grandes calamités, telles que des épidémies, des guerres, des invasions, des dissensions intestines, viennent-elles à fondre sur lui, bientôt, comme par enchantement, les dévouements surgissent, les efforts s'élèvent à la hauteur du péril, le dissipent ou réparent les malheurs que la puissance humaine n'a pu prévenir. Notre histoire

(1) Nous présenterons quelques réflexions à ce sujet dans notre prochain numéro, en donnant le croquis de la statue.

est glorieusement remplie de témoignages de cette fécondité providentielle, qui jamais, il faut l'espérer, ne nous fera défaut.

A l'époque où la guerre de la liberté appela sous les drapeaux une génération tout entière, les armées de la République n'eurent pas seulement à combattre sur le champ de bataille, à lutter contre de rigoureuses privations, elles trouvèrent dans la maladie, dans l'imperfection des secours donnés aux blessés, des ennemis plus redoutables, qui, maintes fois, compromirent leurs succès. Le service de santé se trouvait dans le plus déplorable dénuement. Il fallut puiser à toutes les sources et recourir à tous les expédients, même à celui des réquisitions, pour lui composer un personnel bien insuffisant et bien imparfait. C'est alors que Larrey, âgé de vingt-six ans, parut pour la première fois dans l'armée, à côté des Percy, des Heurteloup, des Noël, des Coste, des Desgenettes, des Lorenty, qui rivalisaient d'efforts pour organiser des hôpitaux, créer des ambulances, faire adopter et suivre les conseils d'une hygiène trop souvent dédaignée ou méconnue.

Larrey s'était essayé au service militaire par une pénible campagne à Terre-Neuve. A la suite de fortes études faites sous son oncle, Alexis Larrey, professeur à Toulouse, et correspondant de l'Académie royale de Chirurgie, il avait obtenu dans les concours de nombreux succès, et s'était imprégné des livres de Sabatier ; à la clinique de Desault, des principes de chirurgie auxquels il demeura toujours fidèle.

Attaché d'abord à l'armée du Rhin avec le grade de chirurgien aide-major (1), Larrey fut chargé de la direction de l'ambulance d'une division commandée par Kellermann et ensuite par Desaix. Depuis cette époque et jusqu'à la fin de la guerre, on le voit successivement chirurgien en chef adjoint, puis chirurgien en chef aux armées de la Corse, des Pyrénées-Orientales, de l'Angleterre, de la Méditerranée, et enfin à l'armée d'Orient, dont son nom est inséparable. Plus tard, il paraît comme chirurgien en chef de la garde des consuls, et ensuite de la garde impériale, à l'armée de réserve qui combattit à Marengo, à la grande armée en Autriche, en Prusse, en Pologne, en Espagne. Plus tard encore, chargé en chef du service de cette grande armée, il l'accompagne en Russie, en Saxe, en France, et partage ses dernières infortunes à Waterloo.

Telle fut, pendant vingt-cinq ans, la carrière de fatigue et d'incroyable activité que parcourut Larrey. Dès son début à l'armée du Rhin, il opéra dans les ambulances une révolution profonde qui changea les conditions de son service, et fit naître un enthousiasme général. Jusque-là, les ambulances ne constituaient pas cet appareil ingénieux que nous connaissons ; aussi mobiles que la troupe la plus légère, et pouvant suivre tous les mouvements, c'étaient des hôpitaux ambulants, ainsi qu'on les appelaient à juste titre, traînant sur de lourdes voitures un attirail considérable, devant, réglementairement, se tenir à une lieue en arrière du théâtre du combat, et ne pouvant y arriver que longtemps après l'action. Laissés sur le terrain, ou se traînant au hasard dans la campagne, les blessés restaient douze, vingt-quatre et quelquefois trente-six heures avant que l'administration pût les réunir et que l'art leur donnât des secours. Si l'armée faisait un mouvement rétrograde, ils tombaient inévitablement au pouvoir de l'ennemi, et l'on prévoit aisément dans l'un et l'autre cas quel devait être le sort du plus grand nombre.

Je ne décrirai pas les ambulances créées par Larrey pour prévenir tant de maux. Perfectionnées quelques années plus tard à l'armée d'Italie, appropriées en Egypte à la nature du pays et aux exigences d'une guerre alors sans exemple, imitées enfin par toutes les armées de l'Europe, elles eurent pour effet non-seulement de satisfaire à un besoin d'humanité, et de conserver à la patrie un grand nombre de défenseurs, mais d'augmenter la confiance des militaires de tous les grades, en leur montrant comme toujours assurés des secours immédiats, éclairés, efficaces, et un transport aussi commode que rapide dans des hôpitaux réguliers, pourvus de tout ce qui était nécessaire.

A la tête de son ambulance volante, Larrey et les chirurgiens sous ses ordres se trouvaient partout, se jetaient intrépidement au milieu de l'action, et allaient relever et panser les blessés jusque sous le feu de l'ennemi. C'est ce qu'attestent avec reconnaissance et admiration, dans les lettres privées, dans leurs correspondances officielles, Beauharnais, Delmas, Landremont, Desaix, Pérignon, Kléber, et surtout celui qui les dominait tous par son génie, et qui était le juste appréciateur du courage et du dévouement.

Dans son ardeur, il courut souvent les plus grands dangers, perdit ses équipages personnels, vit tomber auprès de lui plusieurs de ses collaborateurs, et reçut de graves blessures, notamment à l'armée du Rhin en 1793, à Saint-Jean-d'Acre, où l'ambulance était établie dans la batterie de brèche, et à Waterloo, où elle fut envahie par l'ennemi, qui le fit prisonnier.

Sur les champs de bataille, comme dans les hôpitaux, Larrey ne voyait parmi les blessés que des hommes souffrants ; il n'établissait entre eux d'autres différences que celles résultant des blessures elles-mêmes. Le rang, le grade, le titre, et jusqu'à la nationalité, disparaissaient en quelque sorte pour lui devant cette loi suprême de courir au plus pressé, de soulager d'abord les douleurs les plus vives. Sa sollicitude ne connaissait pas de bornes. Il entourait les blessés, comme il les appelait, d'une sollicitude paternelle, ardente, inépuisable. Tout blessé, ancien ou nouveau, avait droit à son intérêt, à sa protection. L'histoire a conservé le souvenir du zèle qu'il apporta dans la défense des jeunes soldats de Lutzen et de Bautzen ; de l'insistance pleine de dignité avec laquelle il combattit l'erreur prête à se commettre, et enfin des nobles paroles qui récompensèrent son inflexible opiniâtreté. « Un souverain, lui dit l'empereur, est trop heureux, M. Larrey, d'avoir des serviteurs tels que vous. »

L'observation et l'étude étaient pour Larrey des besoins de tous les instants. Pendant les campagnes les plus pénibles, à Terre-Neuve, en Egypte, en Espagne, en Pologne, en Russie, il trouvait, au milieu des labeurs de sa profession, à travers de continuels déplacements, des moments à donner aux recherches scientifiques. Configuration et constitution du sol, minéralogie, état du ciel, production animale et végétale, caractères physiques, mœurs, usages des habitants, maladies qui leur sont propres, épidémies dont ils subissent les atteintes, rien n'échappait à son esprit attentif et investigateur. Il nous a laissé cinq volumes de mémoires et campagnes, qui résument au point de vue de la science l'histoire de nos grandes guerres, et qu'on lira toujours avec le charme qui s'attache à de lointains voyages, à des aventures merveilleuses, non moins qu'avec l'intérêt sérieux qu'excitent des observations curieuses d'histoire naturelle, de médecine et de chirurgie.

Larrey prit une part considérable à la réforme dont l'Académie royale de Chirurgie donna le signal vers la fin du siècle dernier. A cette époque, l'art était encombré de mécaniques, d'instruments compliqués, de pratiques plus ou moins bizarres, héritage accumulé des temps d'ignorance, de préjugés ou fausse observation, et dont les traditions tyranniques ne permettaient pas de négliger l'emploi. Comme ses maîtres, Larrey voulut que le chirurgien fît beaucoup avec un petit nombre de moyens, qu'il se confiât avant tout dans son habileté, et qu'il pût approprier à ses opérations et à ses pansements les objets les plus usuels. La chirurgie militaire avait particulièrement à gagner à cette salutaire révolution, elle qui ne peut traîner à sa suite qu'un matériel nécessairement limité, et qui doit trouver dans le génie inventif de ses adeptes ses plus sûres ressources.

En suivant cette direction éminemment rationnelle, Larrey conquit bientôt une des premières places parmi les chirurgiens de l'Europe. Ses recherches ingénieuses sur plusieurs maladies, les opérations importantes qu'il imagina, les succès éclatants qu'il obtint frappèrent l'attention générale. On lui doit, entre autres perfectionnements, le traitement des fractures des os à l'aide d'appareils solides qui permettent sans danger de longs transports ; la fermeture instantanée des plaies de poitrine, alors que la vie menace de s'échapper avec le sang qui coule à flots ; enfin, ces pansements rares, inamovibles, sous lesquels nous avons vu, dans les plus funestes conjonctures, des blessures graves et jusqu'à des plaies d'amputation se trouver guéries lors de la levée du premier appareil, après plusieurs semaines de routes péniblement parcourues.

Placé fréquemment en face d'extrêmes pénuries, Larrey savait mieux que tout autre faire servir au soulagement du blessé ce qui lui tombait sous la main. L'étoupe du caisson d'artillerie, la mousse des arbres, l'herbe desséchée des champs se convertissaient en charpie ; une cravate, des lambeaux de vêtements lui fournissaient des compresses ; le cuir des bottes se façonnait en gouttières ou en attelles ; à défaut d'autre moyen plastique, le sang du blessé servait à coller ensemble, à consolider ces éléments hétérogènes. Et ces appareils improvisés, rendus trop souvent définitifs par la fatalité des circonstances, abritaient les blessures contre les injures de l'air, contre les chocs des objets extérieurs, et permettaient à la nature de commencer ou même d'achever l'œuvre de la cicatrisation.

Une question capitale s'agitait depuis les dernières guerres d'Allemagne, lorsque Larrey parut sur le champ de bataille. Elle consistait à savoir si, la nécessité de l'amputation d'un membre étant donnée, il valait mieux la retarder jusqu'à la chute des accidents primitifs de la blessure que la pratiquer immédiatement. Larrey se prononça pour cette dernière opinion, la soutint dans sa thèse inaugurale et la fit prévaloir. Mais ce principe de haute chirurgie, généralisé à toutes les blessures et appliqué avec résolution, valut à Larrey, et par suite à tous les chirurgiens de l'armée, des accusations de précipitation dans leur jugement, de prédilection regrettable pour les opérations sanglantes trop facilement accueillies et répandues. Il fallut, pour y mettre un terme, que la guerre arrivant aux portes et jusque dans les rues de la capitale, le chirurgien civil le plus éminent de l'époque, Dupuytren, déclarât qu'il reconnaissait fondées les règles suivies par la chirurgie militaire, et qu'en voulant éviter les amputations jugées nécessaires on perdait plus de blessés qu'on ne parvenait à conserver de membres.

Formé à la forte école chirurgicale de la fin du dix-huitième siècle, à la rigide discipline de son oncle, de Sabatier, de Desault, Larrey suivit les errements de ces grands maîtres. L'exactitude la plus rigoureuse et une extrême précision dans les parties même les plus minutieuses de leur service étaient pour eux une sorte de religion. Plusieurs y apportaient une certaine rudesse, à laquelle subordonnés et malades ne se soumettaient pas sans difficulté, mais qui avait sa source dans la légitime importance des moindres détails, dans le sentiment du danger que la plus légère omission peut faire courir à la vie de chacun. Sans être entièrement dépourvu de cette enveloppe un peu âpre qui s'allie si parfaitement chez les chirurgiens avec le cœur le plus affectueux, le plus compatissant, Larrey entraînait plutôt par l'exemple et la persuasion qu'il ne contraignait par le commandement.

Ce fanatisme du devoir ne le quitta jamais. A l'armée, au plus faible bruit, au plus léger engagement, il était debout, donnait ses ordres, et, sans attendre qu'on le suivît, s'élançait aux endroits où ses soins pouvaient être nécessaires. Pendant plus de trente ans, au Gros-Caillou ou aux Invalides, il arrivait à l'heure précise, s'acquittait avec le zèle d'un néophyte des moindres détails de ses fonctions, et souvent restait le dernier dans les salles. Jamais il ne lui arriva, pour aucun motif de plaisir ou d'affaire privée, de s'absenter de son service ; le besoin de la distraction lui était inconnu ; la maladie semblait impuissante à l'arrêter ; bien que déjà âgé et demeurant loin de l'hôpital, toujours, en toute saison comme à toute heure, on pouvait l'appeler, et on le trouvait empressé, heureux de pouvoir être utile. Dans les cas graves, pour le plus humble soldat, il se faisait donner un lit et passait la nuit dans l'établissement.

Après le service, après le progrès de l'art, venait, dans l'organisation de Larrey, le besoin de contribuer à l'instruction de ses collaborateurs. Au plus court instant de repos, à la plus fugitive suspension des opérations militaires, il ouvrait des conférences pratiques sur la structure des organes et leurs fonctions, sur les blessures par les armes de guerre et les complications qui les distinguent, enfin sur les meilleurs modes de traitement à leur opposer et les opérations qu'elles réclament. A Strasbourg en 1792 ; à Toulon, lors des préparatifs de la formation des armées de la Corse et de la Méditerranée ; au Caire, pendant les intervalles des expéditions ; à Vienne, après Austerlitz et Wagram ; à Victoria, à Moscou, à Dresde, il improvisa un enseignement pratique si profitable à tous en entretenant le goût de l'étude et en excitant l'émulation.

Sur le champ de bataille même, nous l'avons vu maintes fois saisir l'occasion d'enseigner et d'instruire. C'était par un mot, par un geste, par un phénomène qu'il faisait remarquer l'indication instantanée d'une lésion difficile à distinguer, d'une opération reconnue indispensable, d'un résultat prédit avec une certitude presque divine. Cette clinique sur le terrain, parfois interrompue par les événements de la bataille, offrait l'admirable contraste d'un groupe d'hommes de science s'appliquant avec passion à soulager et à conserver, tandis qu'autour d'eux planaient au loin la douleur et la mort.

Ce fut, en 1797, un grand bonheur pour Larrey que d'être appelé avec Desgenettes, Noel, Brongniard et quelques autres chefs également distingués dans cet hôpital du Val-de-Grâce constitué en école, pour y professer l'anatomie et la chirurgie ; malheureusement il fut bientôt arraché, par les nécessités du service actif, à ces paisibles fonctions, et l'école elle-même disparut dans la tempête. A quarante années d'intervalle, il aimait encore à s'entretenir des espérances que cette école avait fait concevoir, des services qu'elle commençait à rendre, de l'heureuse influence qu'elle eût exercée sur l'instruction et l'habileté pratique des officiers de santé militaires.

Il se rappelait avec une douloureuse amertume les difficultés si souvent éprouvées pour composer les ambulances de guerre, l'incertitude de leur recrutement improvisé, l'ignorance, l'indiscipline de la plupart des jeunes gens sortis par fournées des facultés de médecine, et surtout les maux incalculables qui résultaient pendant longtemps de leur insuffisance pratique. Il rêvait, avec une école spéciale, un corps d'officiers de santé militaires formé pour l'armée, instruit de son service, pénétré de son esprit, lui dévouant ses efforts et sa vie, et trouvant dans les soins donnés à tant de braves, dans un rayon de gloire partagé avec eux, la première des récompenses. Plusieurs fois il fut sur le point d'obtenir cette organisation si désirée, et toujours des campagnes nouvelles, des événements supérieurs faisaient ajourner la réalisation de projets dont les avantages n'étaient pas contestés.

On peut dire qu'il ne les abandonna jamais ; il applaudit à la reconstitution de nos écoles ; pendant longtemps il y suppléa, et plus tard il leur vint en aide par son enseignement clinique. Tous les jeudis, des praticiens en grand nombre, une foule de jeunes gens studieux, des étrangers que le désir de l'instruction appelait à Paris, se rendaient au Gros-Caillou, suivaient Larrey au lit des malades, recueillaient avec respect ses moindres paroles, et se retiraient émerveillés de sa profonde sagacité, aussi bien que de l'originalité, de la simplicité et de la pureté de sa pratique.

Larrey personnifia en quelque sorte pendant un demi-siècle la chirurgie de nos armées. Il mérite à juste titre le surnom de Paré de son époque. Entouré d'hommes de grande valeur, il conserve au milieu d'eux une physionomie qui lui est propre. D'autres ont eu peut-être une science plus profonde, des formes académiques plus exquises, une érudition plus vaste ; mais Larrey se distinguait entre tous par son infatigable activité, son courageux dévouement, la sûreté de son coup d'œil, la promptitude et la justesse de ses déterminations, une application incessante de ses facultés au service de l'armée et aux progrès de l'art dans leur application à ce service. On pourrait dire de lui, suivant le mot heureux d'un prince justement regretté, que c'était à la fois un soldat et un savant.

Ajoutons que Larrey porta le désintéressement, cette vertu inséparable de l'amour sincère de l'humanité, jusqu'à l'abnégation de lui-même et l'oubli de sa famille. Au siége d'Alexandrie, dans le désert, après Saint-Jean-d'Acre ; dans l'île de Lobau, avant Wagram, il sacrifia ses chevaux pour transporter ou pour nourrir les blessés réunis à son ambulance. Après quarante années d'exercice de son art, avec une supériorité hors ligne et dans les plus hautes fonctions, Larrey n'a guère légué à ses enfants qu'une renommée dignement soutenue par un fils dont le talent égale la modestie.

Il est des caractères que les passions les plus ardentes ou les plus aveugles sont obligées de respecter, et qui commandent en quelque sorte la considération et le respect. Tel fut celui de Larrey. Qui aurait pu ne pas honorer cet homme profondément honnête, étranger à tous les partis, dont la passion exclusive avait été de faire le bien ? Entouré de la considération générale, il ne connut jamais l'envie, ne compta que des admirateurs et des amis. Sous la République, les généraux près desquels il servait le comblèrent de témoignages d'estime et d'affection autant que le comportait la distance des rangs ; il obtint la confiance et l'amitié de l'empereur, qui le créa successivement chevalier de la Légion-d'Honneur lors de l'institution de l'ordre, officier au camp de Boulogne, commandeur après Eylau, baron à Wagram, et lui accorda en 1813, après Bautzen, une dotation de 3,000 fr. Il était chevalier de l'ordre de la Couronne-de-Fer. L'armée entière le connaissait, le protégea dans une circonstance solennelle, et respectait en lui le génie secourable dont l'intervention était toujours et partout présente et salutaire.

Après la chute de l'Empire, la Restauration le maintint dans la possession de tous ses emplois. Si la réaction de 1815 ne l'épargna pas complétement, ses effets ne furent pour lui que passagers. Expulsé de son siége au conseil de santé des armées, il y fut rétabli en 1821 avec le titre de membre honoraire. La chambre des représentants, en 1818, lui rendit, après une courte délibération à l'unanimité, et à titre de récompense nationale, la dotation impériale dont la loi générale de finance de 1819 avait entraîné la suppression. Ce jour de justice et de rémunération resta pour Larrey un des plus beaux de sa vie.

Rentré en 1830 dans la plénitude de ses attributions, Larrey retrouva au conseil de santé des armées son ancien collègue Desgenettes, et à titre d'honoraire, le savant et respectable Laubert, heureux de le revoir à leurs côtés. Là, il s'occupa encore et surtout des progrès des écoles et du travail à exciter parmi les officiers de santé des hôpitaux et des corps de troupes, manière la plus digne, selon lui, de témoigner à ses collaborateurs l'amour qu'il leur avait toujours porté. Dans sa haute position, il fut successivement honoré de missions spéciales en Angleterre, en Belgique, sur le littoral de la Méditerranée, en Italie, et enfin dans le midi de la France, lorsqu'il s'agit d'y combattre l'épidémie du choléra. Il prenait une part active aux travaux des Académies, dont il était un des membres les plus honorés. Enfin, il rédigeait la continuation de ses mémoires et la *Clinique chirurgicale*, qui sera toujours pour la chirurgie militaire, la source d'une solide et féconde instruction.

Tant de travaux suffisaient à peine à son activité. L'armée d'Afrique éveillait depuis plusieurs années les souvenirs de l'armée d'Orient. Il croyait que les conseils de sa vieille expérience pouvaient y être utiles. Maîtrisé par cette pensée devenue dominante, il part, accompagné de son digne fils, dont la tendresse s'alarme d'une si périlleuse entreprise. Son voyage à travers l'Algérie n'est qu'un triomphe prolongé ; partout il est accueilli, fêté avec enthousiasme ; ses avis sont sollicités avec empressement et suivis avec confiance.

Il arrive ainsi au terme de sa glorieuse mission ; mais alors sa santé, jusque-là inébranlable, fléchit tout à coup. Il s'embarque malade, se repose à peine à Toulon ; et, toujours insensible à ce qui le touche personnellement, vient succomber à Lyon, entre les bras de son fils, au milieu d'amis et de disciples éplorés. Mort digne de sa vie, sur le champ de bataille de la profession, et rendant un dernier service à cette armée qui avait eu toutes ses affections.

Tels ont été, Messieurs, les titres de Larrey à la reconnaissance publique. A peine sa mort fut-elle connue, que du deuil général surgit la pensée d'élever un monument à sa mémoire. La souscription ouverte à cet effet, et autorisée par le ministre de la guerre, fut aussitôt accueillie par les militaires, les administrateurs, les officiers de santé de tous grades, par les citoyens de toutes les conditions. Les pouvoirs publics lui vinrent généreusement en aide De plusieurs contrées de l'Europe arrivèrent des offrandes. Les étrangers eux-mêmes ne restèrent pas indifférents à cette glorification pour honorer celui qui, dans les vicissitudes de la guerre, avait étendu à tous sa sollicitude et ses soins.

Grâce à ce sentiment universel de sympathies, l'œuvre entreprise par la reconnaissance a pu être achevée, et la France voit enfin s'élever cette statue, où le génie d'un grand artiste a si heureusement reproduit la personne de Larrey, et l'expression de la bonté affectueuse, de la douceur mêlée d'énergie et de résolution qui l'animait. Ce monument, destiné à perpétuer le souvenir de la vie la plus pure, la mieux remplie, et à exciter dans le cœur une noble émulation, attestera à jamais que dans notre heureux pays il y a des couronnes pour tous les dévouements, de glorieuses récompenses pour tous les services.

Discours de M. Fr. Dubois.

Messieurs,

L'Académie nationale de Médecine ne pouvait rester étrangère à la solennité que la chirurgie militaire vient aujourd'hui inaugurer ; aux hommages qu'elle va rendre à la mémoire de son plus glorieux représentant, de *Jean-Dominique Larrey*.

Interprète des sentiments de l'Académie, chargé de porter la parole en son nom, je viens, Messieurs, joindre ma voix à la vôtre ; je viens célébrer avec vous cette grande illustration.

Larrey a laissé dans l'histoire un nom brillant et révéré, et dans nos cœurs de nobles et touchants souvenirs. Qui ne connaît cette glorieuse, cette retentissante biographie de Larrey ?

Né dans un petit village au pied des Hautes-Pyrénées, il fait ses

(1) Ce grade correspondait alors à celui de chirurgien major d'aujourd'hui.

premières études sous la direction de son oncle, Alexis Larrey, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulouse; puis il s'embarque à Brest, à bord de la *Vigilante*, en qualité de chirurgien auxiliaire; mais bientôt, fatigué de ses longues et inutiles croisières, il entre dans le service des armées de terre, et fait ses premières campagnes dans les guerres de la liberté, sur les bords du Rhin, dans les Pyrénées et en Italie.

Dans ces temps glorieux et formidables, Larrey, par une étrange fatalité, se trouve successivement attaché aux corps d'armée de généraux qui presque tous portèrent leurs têtes sur l'échafaud : le vieux maréchal Luckner, aussi étonné de se voir l'objet d'une soudaine et bruyante popularité, que de se voir bientôt après traîné devant le tribunal révolutionnaire; l'infortuné Custine, aussi brave, aussi intrépide sur les champs de bataille que faible et déconcerté à l'aspect de l'instrument de son supplice; le brillant et chevaleresque Beauharnais, qui ne croyait léguer à son fils que son épée pour toute fortune, et qui le laissait sur le chemin d'un trône.

Larrey accompagne ensuite des généraux que l'échafaud avait épargnés, mais que la guerre devait à son tour moissonner : c'est Desaix, c'est Dugommier, et tant d'autres, en attendant celui qui devait tous les surpasser en talents et en gloire, résumant dans sa puissante personnalité le génie de la guerre et celui de la politique. Mais bien avant cette époque Larrey s'était signalé dans nos armées par son rare sang-froid, sa prodigieuse activité et son dévouement sans bornes pour le soldat.

Fidèle à sa terrible mission, le génie de la guerre, génie exterminateur, venait d'imaginer un nouveau moyen de destruction, l'*artillerie volante*, qui ne pardonne pas même aux vaincus, qui poursuit et atteint les fuyards jusque dans le même tourbillon de poussière.

Que fait Larrey? Fidèle à sa philanthropique mission, son génie conservateur répond en imaginant un nouveau moyen de préservation; ses *ambulances volantes* qui vont à leur tour lutter de vitesse et d'audace.

C'est dans les défilés des montagnes d'Oberbüchel que Larrey en fit la première application; nos troupes étaient aux prises avec les Autrichiens; l'impatient Larrey ne peut se contenir; il se précipite au milieu du feu avec ses nouveaux moyens de transport, entouré de quelques jeunes officiers de santé et suivi de ses infirmiers, qu'il avait fait monter à cheval comme des soldats du train.

Les soldats sont à peine blessés qu'ils sont reçus dans les bras de Larrey et transportés dans les hôpitaux de première ligne.

Quel sublime spectacle, Messieurs, au milieu de ces scènes de destruction, que celui de ces jeunes chirurgiens courant sur les pas de Larrey, partout où le feu de l'ennemi fait d'horribles trouées! quel plus beau titre de gloire pour leur chef! Que de soldats, sans lui, allaient périr sous les pieds des chevaux ou sous les roues de l'artillerie! De combien de ses enfants la France ne lui a-t-elle pas été redevable! Que de familles n'a-t-il pas consolées! et de quelle reconnaissance les armées ne devaient-elles pas entourer sa personne! Mais sa plus digne récompense, il l'a trouvée dans son propre cœur, c'est lui-même qui nous l'a dit, et avec une admirable simplicité; c'était un des souvenirs les plus consolants de sa vie. Fort du bien qu'il avait ainsi fait, la conscience d'avoir accompli, il y puisait le principe de cette sérénité qu'on remarquait en lui au milieu des scènes les plus émouvantes.

Mais la conduite de Larrey n'était pas moins admirable dans ces jours de sombre douleur qui suivent les plus brillantes victoires. Je dirai même qu'ici son mérite était d'autant plus grand, que ses actes de courage et d'abnégation ne se passaient plus sous les yeux de l'armée.

Vous le savez, Messieurs, ce qui soutient le soldat dans ces terribles luttes; ce qui ajoute à ses forces, à son audace, c'est l'ardeur même du combat; c'est l'enivrement de l'attaque et de la défense; c'était, dans l'antiquité, cette immense clameur que poussaient les combattants. (*Moritur hominum clamor, clangorque tubarum.*) Dans nos guerres modernes, c'est le bruit du tambour, les accents du clairon, et jusqu'à ces retentissements et majestueuses détonations de l'artillerie; voilà surtout ce qui excite dans le sang des Gaulois cette *furia* qui frappe d'étonnement et de stupeur les ennemis de la France.

Mais le chirurgien militaire, ce *non combattant*, comme on l'appelle avec une sorte de dédain, que peut-il avoir par devers lui pour affronter les mêmes luttes, lui qui reçoit la mort et ne la donne pas?

Et le lendemain de la victoire, au milieu des fatigues, des anxiétés, des labeurs de l'ambulance, et dans les salles des hôpitaux, au sein des épidémies, où sont les témoins de ces nouveaux drames? Le danger est le même; la mort est toujours aussi instante; mais ce n'est plus cette mort dont a parlé le poète :

> Cette mort qui plaît à la victoire,
> Qui vole avec la foudre et que pare la gloire.

C'est une mort lente, obscure, douloureuse, dans un lit d'hôpital, une mort ignorée, loin du pays et de la famille, et qui ne peut laisser de souvenirs que dans le cœur de quelques amis. Eh bien, Messieurs, voilà ce que Larrey a su braver mille fois, et cela avec autant d'ardeur, autant de dévouement que sur les champs de bataille.

Voyez-le en Égypte, où, comme on l'a dit, toutes les grandes gloires ont été se former! avec quel empressement, avec quelle sollicitude il suit ses blessés dans le désert! il les suspend aux flancs des chameaux et des dromadaires, il s'enferme avec eux dans les hôpitaux et ne les quitte pas un moment.

Voyez-le après la bataille d'Essling; ils manquent de tout, d'abri, de nourriture, d'objets de pansement; mais leur providence Larrey est avec eux; il fait abattre les chevaux de luxe, en commençant par les siens, et donne ainsi à ses blessés du bouillon préparé dans des cuirasses. Les généraux, privés de leurs chevaux de luxe, sont furieux de ce qu'ils appellent l'attentat de Larrey; ils vont se plaindre à l'empereur.

Larrey aimait à raconter cet épisode. L'empereur le fait venir et, prenant un visage sévère, il l'interroge en présence de son état-major : Eh quoi! lui dit il, de votre propre autorité vous avez osé ainsi disposer des chevaux des officiers, et cela pour donner du bouillon à vos blessés? — Oui, répond Larrey. — Eh bien! réplique l'empereur, « je vous nomme baron de l'Empire. »

Mais après les bataille de Wagram et d'Eylau, la grande armée va passer le Niémen et marche sur Moscou.

Larrey est nommé, par un décret de l'empereur, chirurgien en chef de cette vaste agglomération d'hommes. Sa belle conduite à Smolensk, à Borodino, à Moscou est connue de tout le monde. Mais c'est surtout dans la retraite de l'armée, dans cet immense désastre, que Larrey déploya toute l'énergie de son caractère, toutes les forces de son âme.

L'empereur avait donné à l'armée un étrange spectacle, plein d'héroïsme encore s'il eût duré plus longtemps. Elle avait vu ce conquérant, naguère si redouté, si puissant, cheminer péniblement avec elle un bâton à main; mais les exigences de sa politique l'avaient bientôt éloigné de ses rangs; tandis que chaque jour, et jusqu'à la frontière prussienne, elle retrouvait son chirurgien en chef qui marchait intrépidement au milieu de cette masse confuse, un thermomètre à sa boutonnière et traînant par la bride le dernier cheval qui lui restait.

Dresde, Leipsick, Hanau, en 1813; Waterloo, en 1815, le trouvèrent aussi dévoué, aussi ardent qu'aux plus beaux temps de l'Empire. En 1830, dans les journées de juillet, il couvre de sa popularité et protège les blessés de la garde royale; et lorsqu'une nouvelle conquête de la France entraîna nos soldats sur le sol de l'Afrique, Larrey, qui avait atteint sa soixante-seizième année, voulut revoir les tentes des Arabes et les camps de nos jeunes soldats; mais il y puisa le germe d'une grave maladie, et bientôt il expira dans les bras d'un fils qui faisait son orgueil et qui déjà portait dignement le nom de Larrey.

Messieurs, je n'ai voulu qu'esquisser ici les traits principaux de cette bonne et forte nature, de cette âme patriotique. Vous n'attendiez certainement point de moi que je vous fisse connaître la personne de Larrey. Qu'aurai-je pu dire, après ceux qui viennent de le célébrer et au pied de ce monument?

Associé au nom glorieux de Napoléon, mêlé à tous les grands événements de l'épopée impériale, son nom était par cela même sauvé de l'oubli; il ne pouvait plus périr. Mais à l'aspect de cette noble image, de ce bronze qui respire, moi aussi, Messieurs, je suis tenté de m'écrier : Le voilà! c'est bien lui, c'est Larrey; il n'est plus couché dans son tombeau; il est là, debout; il domine, ou plutôt il protège cet asile de la science et de la douleur!

Grâce au génie des arts, grâce au talent du Phidias moderne, Larrey restera ici à tout jamais, et de sa personne, j'ose dire, comme un symbole de dévouement, de fidélité, de courage et d'honneur.

Larrey attendait de vous, Messieurs, cette espèce d'apothéose. Vous aviez rendu un pareil hommage, et dans ces mêmes lieux, à la médecine militaire, dans la personne de Broussais; vous ne pouviez faire moins pour la chirurgie militaire.

Tous ces jeunes officiers de santé auront encore à s'incliner devant ces deux maîtres; tout ce peuple de soldats sera de nouveau sous la tutelle de ces deux génies; aux uns ils montreront les sentiers qu'ils doivent suivre, les exemples qu'ils doivent imiter, aux autres ils diront que, si trop longtemps la patrie n'avait voulu couronner que des soldats victorieux, elle décerne aujourd'hui des couronnes, elle consacre des monuments à ceux qui ne se sont imposé d'autre mission que celle de conserver des citoyens : monuments pieux, impérissables, auxquels il ne manque que l'inscription romaine :

OB CIVES SERVATOS!

Discours de M. Baudens.

Messieurs,

Appelé à parler le dernier dans cette solennité, n'attendez pas de moi que je vienne retracer la vie de Larrey.

Je serai sobre; je prends la parole pour un devoir facile, pour remercier, au nom des professeurs de l'école du Val-de-Grâce, l'honorable assistance par qui vient d'être glorifiée, dans l'un de ses membres les plus éminents, la chirurgie militaire tout entière.

Que M. le président de l'Assemblée nationale, qu'on retrouve partout où il y a un noble encouragement à donner; que les hauts personnages de tous ordres ici présents me permettent en effet de reporter sur notre corporation un reflet de cette glorieuse journée.

Honneur à la commission du monument Larrey pour avoir réalisé le vœu de Napoléon! honneur à elle pour avoir choisi le Val-de-Grâce, quand le monde entier aurait pu revendiquer la statue du célèbre chirurgien, citoyen de toutes les nations par les services qu'il a partout rendus à l'humanité!

En plaçant le monument élevé à Larrey par l'armée reconnaissante à côté de ce temple offert à Dieu par la piété d'une grande reine, la commission s'est rappelée combien Larrey attachait un haut prix à son titre de professeur du Val de-Grâce, de cette école d'où a surgi cette pléiade de jeunes médecins militaires qui a donné aux facultés de médecine des professeurs, aux académies des membres illustres, à l'armée non-seulement des savants, mais des soldats, comme l'a dit un noble prince, digne appréciateur de tous les genres de mérite, et à jamais regretté. La commission a voulu qu'en tout temps les élèves d'une école qui ne doit et ne peut périr pussent s'inspirer des vertus du grand citoyen par la contemplation de ce bronze, que le burin et le génie du statuaire semblent avoir animé.

Et maintenant que pourrais-je ajouter, après les éloquentes paroles que vous venez d'entendre?

Un général illustré sur de nombreux champs de bataille nous a montré en Larrey le soldat sans peur, se jetant avec une froide intrépidité au fort de la mêlée pour arracher à la mort des blessés, heureux de verser son propre sang, pourvu qu'il parvînt à tarir celui qui s'échappait d'horribles mutilations.

L'un des glorieux survivants d'une création due au héros de l'armée d'Égypte, et dont il ne restera bientôt plus que les œuvres immortelles, vous a dit au nom de l'Institut d'Égypte, ce qu'était à vingt-cinq ans son collègue Larrey.

Il recueille sur le sol où Champollion viendra plus tard interpréter les siècles passés de précieux matériaux d'archéologie. Au milieu des sables de l'Égypte son âme de feu, ses inspirations ingénieuses savent trouver des secours inattendus dans des contrées où la civilisation, en se retirant, n'a laissé que ruines et désert; il crée pour ses ambulances de précieuses ressources là où manquent les choses indispensables à la vie. C'est que Larrey, comme saint Vincent de Paul, avait au cœur un inépuisable trésor d'ineffable bonté; il aimait les blessés avec ferveur, comme un père aime ses enfants; il les défendra avec héroïsme jusqu'au moment où la mort, pour en finir avec ce rude athlète qui si souvent l'a conjurée, l'emportera à son tour, sur cette même terre d'Afrique où un demi-siècle plus tard il viendra recommencer une lutte que son grand âge aura rendue par trop inégale.

L'Académie de médecine, qui eut pour fondateur, nous aimons à le rappeler, l'un des nôtres, Lapeyronie, chirurgien d'armée et du roi Louis XV, vient de payer à la mémoire du savant son tribut d'admiration; son éloquent secrétaire l'a dit : Le temps aura effacé le nom de Larrey gravé sur la pierre de l'Arc-de-Triomphe, l'airain de ce monument sera rentré dans la poussière, que les travaux de l'homme de la science vivront encore. C'est que les autres gloires de ce monde n'ont qu'un temps, celle du savant seule ne périt pas.

Mais c'est comme homme d'action, comme chirurgien militant qu'il faut voir Larrey, ainsi que l'a dit l'honorable inspecteur du corps de santé. C'est sur le champ de bataille que la grande nature de cet homme si heureusement doté se révèle dans tout l'éclat de sa force, dans toute la pompe et la majesté de son génie bienfaisant.

Il s'attache aux pas de Napoléon, du Nord au Midi, de l'Orient à l'Occident. Sans le perdre un instant de vue, il suit sa trace glorieuse et jonchée de débris sanglants. Fatigue, famine, projectiles, contagion, il brave tout, rien ne l'arrête, il marche poussé par une force invisible et surnaturelle; comme les hommes marqués du doigt de Dieu, il accomplit une mission providentielle.

Il aurait manqué à la couronne de Larrey son plus beau fleuron, si, comme ses collègues du Val-de-Grâce Desgenettes, Percy, Sérullas, Broussais, il n'avait pris part aux travaux d'une réunion de savants que le monde entier envie à la France; il était membre de l'Institut.

Notre vénérable maître, M. Roux, que la médecine militaire se fait gloire de revendiquer comme lui ayant appartenu, vous a apporté l'hommage de cette illustre assemblée. Je craindrais d'affaiblir, en ajoutant un seul mot, les nobles et durables impressions que sa parole vient de produire.

Après ces nombreux et éclatants témoignages émanés de sources si hautes et si pures, relevons-nous, chirurgiens militaires, fiers d'un si glorieux héritage; inscrivons dans nos fastes le nom cher et vénéré de Larrey, mais n'oublions pas que ce legs nous impose de grands devoirs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 juillet 1850. — Présidence de M. Danyau.

Tumeurs cutanées.

M. Huguier a examiné au microscope les tumeurs cutanées dont il a été question dans les deux précédentes séances, et il a reconnu qu'elles étaient constituées, non point, comme on avait pu le croire d'abord, par une hypertrophie des follicules de la peau, avec oblitération de ces glandules, mais par une hypertrophie du derme lui-même.

Ces tumeurs s'étaient développées à la suite de l'application d'un emplâtre irritant; c'est par erreur que le mot contusion avait été imprimé ici dans le compte-rendu qui mentionnait la présentation de ce cas à la Société.

Cancroïde du crâne.

M. Chassaignac. La plupart d'entre vous ont pu voir une femme âgée que j'avais envoyée ici, et qui portait à la tête une tumeur d'une disposition singulière. C'était comme une sorte de bourrelet qui entourait le crâne. J'aurais dit un diadème cancéreux, si la nature de cette tumeur avait répondu à son aspect encéphaloïde; mais il en était autrement. Quand elle a été soumise à votre observation, cette tumeur se composait d'une série continue de bosselures, les unes plus ou moins dures, les autres molles et fluctuantes. Cette production, qui avait succédé à l'ulcération d'une loupe, a fini par détruire le crâne, en pénétrant jusqu'à la dure-mère, à laquelle elle s'est arrêtée. La malade a succombé à une encéphalite ayant eu probablement son point de départ dans la dure-mère, qui était noire et comme sphacélée. La tumeur, en se ramollissant, s'était creusée d'une ulcération qui arrivait, comme nous venons de le dire, à la face externe de cette membrane sans la dépasser. C'était un cancroïde, et ce cas vient à l'appui des idées de M. Lebert.

M. Giraldès. A-t-on examiné les os?

M. Chassaignac. Oui; et nous n'y avons rien trouvé qui pût être considéré comme le germe ou le noyau d'éléments semblables à ceux qui constituaient la tumeur. Les recherches seront d'ailleurs poursuivies en ce sens.

Taille bi-latérale à travers des cicatrices périnéales.

M. Guersant lit un rapport sur plusieurs travaux de M. Cazenave (de Bordeaux), candidat à une place de correspondant. Il rend un compte favorable de plusieurs brochures, et spécialement de l'une d'entre elles, qui traite du coryza chronique. Il passe ensuite à l'examen des recherches inédites de l'auteur, parmi lesquelles il signale surtout une taille bilatérale, remarquable par cette circonstance, que des cicatrices périnéales exigèrent un lithotome plus fort que celui dont on se sert dans la pratique ordinaire.

Ces recherches, dit M. Guersant, contiennent encore d'autres faits importants, tous suivis de réflexions intéressantes; mais ce sont des faits de nature diverse, sans aucun rapport entre eux que l'excellent esprit avec lequel ils sont présentés, et, devant le règlement, qui exige un mémoire des candidats la commission se voit à regret dans l'obligation de se borner aux conclusions suivantes :

1° Adresser des remercîments à l'auteur;

2° Déposer son travail aux archives, en l'engageant à poursuivre ses recherches et à les communiquer à la Société quand elles seront complétées.

Ces conclusions sont adoptées.

Hémorrhagie vésicale mortelle à la suite du cathétérisme.

M. Vidal (de Cassis) lit un rapport sur un travail de M. Desormeaux, dont l'observation suivante forme la base :

Un vieillard de 62 ans, d'ailleurs très bien conservé et très robuste pour son âge, offrait les symptômes de la pierre. Après avoir fait à ce malade, à quelques jours d'intervalle, deux cathétérismes faciles, courts, et accompagnée d'un écoulement de sang si peu sensible que c'est à peine si un caillot de ce liquide obturait les yeux de la sonde, M. Desormeaux fit une troisième exploration avec cet instrument; elle fut aussi simple, et même moins douloureuse encore que les précédentes; le malade avait retenu ses urines. Il s'écoula d'abord un peu de sang, qui s'arrêta bientôt. C'était le matin, à la visite de l'hôpital; dans l'après-midi, l'hématurie reparut, mais cette fois avec une abondance et une opiniâtreté telles qu'elle résista aux topiques et aux lavements froids, et qu'elle entraîna la mort dans la matinée du lendemain.

A l'autopsie, on trouva la vessie distendue et remontant jusqu'à l'ombilic; elle était remplie de sang coagulé qui enveloppait la pierre. Le chirurgien ne put découvrir ni dans ce réservoir, ni dans la prostate, ni dans l'urètre, aucune altération qui pût expliquer l'hémorrhagie. Peut-être la source en était-elle dans la section supérieure de l'appareil urinaire; malheureusement l'auteur se tait sur ce point, qui ne paraît pas avoir attiré son attention. C'est une lacune que la commission regrette dans cet intéressant travail.

M. Desormeaux donne une théorie ingénieuse du mécanisme de l'hémorrhagie vésicale portée à un aussi haut degré; et il insiste sur l'indication de vider ce réservoir pour lui ren-

dre son ressort, ainsi qu'à la matrice dans les pertes utérines internes.

La commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De déposer son travail aux archives, comme un titre important aux suffrages de la Société. (Adopté.)

Coup de feu ; résection de l'humérus.

M. CHASSAIGNAC. Un homme, en se livrant à l'industrie qui consiste à ramasser les balles pendant le tir dans le polygone de Vincennes, en reçut une dans le bras, près du coude. Le projectile traversa la partie inférieure du membre en broyant l'os. Les esquilles étaient tellement nombreuses et le fragment inférieur tellement mobile, que je dus songer à une opération. Eu débridant longitudinalement l'orifice externe de la plaie, je m'aperçus que, malgré le voisinage de la fracture, la surface articulaire de l'humérus était intacte; alors je pris le parti de pratiquer une résection, en conservant cette surface, et c'est ce que je fis à l'aide de la scie à chaîne ; un trait de scie fut également porté sur le fragment supérieur, et malheureusement je ne suis pas certain que le nerf radial ait été complétement respecté. La moitié de la longueur de l'os fut ainsi retranchée ; ce tronçon osseux est loin d'être représenté par ces 25 esquilles anguleuses que j'ai recueillies, ce qui vient sans doute de ce qu'un grand nombre ont été perdues. Je fis le pansement par occlusion, et je soutins le membre avec une gouttière. Il n'y a eu aucun accident ; l'appareil a été levé au bout de 8 jours, et les choses furent trouvées en bon état. Ce qui m'a paru nouveau dans cette opération, c'est la résection pratiquée aussi près de l'article, et c'est là aussi le point que j'ai surtout désiré soumettre à la Société.

M. LARREY. J'ai vu également, au siége de la citadelle d'Anvers, des enfants du pays venir ramasser des balles et même des boulets à la fin de leur course ; et cette industrie n'était pas non plus sans danger pour eux, car il y en eut un qui fut atteint, sous mes yeux, par un projectile qui lui cassa la jambe.

Quant au blessé de M. Chassaignac, je désirerais savoir à quelle distance il a été frappé ; si la balle était à la fin de sa course, elle eût offert, selon moi, deux conditions propres à expliquer la fracture comminutive : le ralentissement de la vitesse et le mouvement de rotation dont alors elle est animée.

M. CHASSAIGNAC. La balle était partie de la carabine d'un chasseur de Vincennes ; mais je ne sais de quelle distance.

M. HUGUIER. Il est possible qu'il y ait quelque chose de fondé dans l'opinion de M. Larrey; elle rentre dans l'expérience si connue du carreau de vitre qui est percé, comme à l'emporte-pièce, par une balle à son maximum de vitesse, tandis qu'il est brisé en éclats si cette vitesse est faible. Mais il faut reconnaître aussi que les coups de feu tirés à bout portant produisent assez souvent des fractures comminutives; c'est ainsi que j'ai encore vu récemment une balle tirée de très près réduire la clavicule et l'omoplate en fragments extrêmement nombreux.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'effet comminutif du ralentissement même de la balle me paraît incontestable; celui de la rotation serait moins saisissable. Mais d'abord il n'y a pas plus de raison pour que cette rotation existe à la fin qu'au commencement de la course du projectile. Il est lancé dans tout son trajet par un mouvement de translation simple, ainsi que le prouve le tir avec la balle conique, qui atteint toujours le but la pointe en avant, bien que le centre de gravité de cette balle corresponde sensiblement à son centre de figure. La rotation transversale ne peut, si je ne me trompe, être imprimée au projectile que par un obstacle qu'il rencontre très obliquement, à un point quelconque de sa course.

M. HUGUIER. Ce que vient de dire M. Morel me paraît très exact; j'ajouterai que j'ai fait des expériences avec une carabine chargée à balle forcée. On sait que, dans cette arme, la balle s'allonge en passant de la chambre dans la partie attenante du canon; eh bien, cette espèce de lingot frappe tantôt le but perpendiculairement, tantôt obliquement, tantôt en travers.

M. DEGUISE fils. Au polygone de Vincennes le tir a lieu à une portée qui varie de 150 à 1,000 mètres, et les balles ne peuvent être recueillies qu'à 3 ou 400 mètres au delà du but. A cette distance extrême, les effets sont très différents. J'ai vu une balle s'enfoncer ainsi à peine dans la surface d'un des condyles du fémur et s'en détacher, par la suppuration, au bout de quelques jours ; et, dans d'autres cas, il y a des fractures comminutives.

M. FORGET. Le fait chirurgical dont il s'agit, considéré à un point de vue pratique, soulève une question grave d'opportunité et d'indication, par rapport à la conduite que doit tenir le chirurgien. Or cette question ne me semble pas avoir été suffisamment discutée par notre collègue. Etant donnée une blessure grave par arme à feu, compliquée d'une fracture comminutive siégeant sur un point très rapproché d'une grande articulation, et donnant lieu fréquemment, ainsi que M. Chassaignac lui-même le reconnaît, à une fissure qui la prolonge à une assez grande distance ; étant donnée une semblable blessure, quel parti devra prendre le chirurgien ?

La résection des extrémités osseuses, l'amputation du membre, tels sont les deux moyens extrêmes qui se présentent : M. Chassaignac a choisi le premier ; il peut avoir eu raison ; mais quels motifs ont décidé son choix ? Sa communication eût beaucoup gagné à ce qu'il voulût bien les exposer. Pour ma part, je me demande si le siége de la fracture ne laisse pas à craindre qu'elle se prolonge jusqu'à l'intérieur de l'articulation du coude; au milieu du délabrement des parties, l'effusion du sang, l'infiltration de ce liquide dans les tissus divisés ont bien pu masquer l'écueil, que M. Chassaignac a lui-même signalé, et contre lequel le mode de traitement qu'il a suivi échouerait presque infailliblement. Les accidents ultérieurs, tels qu'une ostéite tardive, une inflammation intra-articulaire, conséquences pour ainsi dire obligées d'une telle fracture, exigeraient en effet une opération secondaire non moins grave que celle que le blessé aurait déjà subie sans aucun profit.

M. Forget ajoute qu'un des inconvénients de la résection portant sur les extrémités des os longs est d'opérer la section de ceux-ci précisément dans le point où prédomine le tissu spongieux, où par conséquent la vascularité est plus abondante. Or cette double condition anatomique ne favorise-t-elle pas le développement de la phlébite osseuse, lésion presque constamment mortelle? D'autres considérations pourraient encore être invoquées contre la résection; je me bornerai à celles qui précèdent ; elles suffiront à déterminer notre collègue à entrer dans quelques développements sur les raisons chirurgicales qui ont motivé sa conduite.

M. HUGUIER. Je crains que la fracture ne s'étende au delà des parties retranchées, et qu'il ne soit resté des esquilles dans le foyer. De plus, en supposant que cette appréhension ne soit pas fondée, l'intervalle considérable laissé entre les fragments ne condamnera-t-il pas le membre à l'impuissance, ainsi que j'en ai vu deux exemples?

M. GIRALDÈS. Si le périoste n'a pas été ménagé, il ne restera pas de moyen de réparation.

M. CHASSAIGNAC. Les nerfs, les gros vaisseaux et l'articulation étaient intacts; j'ai pensé que, dans ces conditions, surtout pour le membre supérieur, l'indication était la résection, et, dans ce cas, en respectant l'articulation.

— *M. Foucault* (de Nanterre) présente une machine pour la réduction des luxations et des fractures. Deux tiges d'acier glissant parallèlement l'une sur l'autre, munies chacune à leur extrémité périphérique d'une paire de cuillères à forceps rembourrées et mues par des vis de rappel, — un mécanisme à crémaillère écartant l'une de l'autre, par le jeu des deux tiges, les deux forceps, telle est essentiellement cet appareil. — (Commissaires : MM. Deguise fils, Morel-Lavallée et Maisonneuve.

— *M. Tribes* adresse à la Société son rapport sur le choléra-morbus qui a régné à Nîmes en 1849.

— Le scrutin pour l'élection de M. Lebert, ne pouvant avoir lieu faute d'un nombre suffisant de votants, est renvoyé à la prochaine séance.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

NOUVELLES.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 2 août courant, un concours public sera ouvert, le 1er décembre 1850, devant la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire de clinique externe, vacante dans cette faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 30 novembre prochain, au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par les règlements.

— En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 6 courant, un concours public sera ouvert, le 20 novembre 1850, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour la place de chef des travaux anatomiques de cette faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudront prendre part à ce concours devront s'inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 20 octobre prochain.

— Le concours ouvert depuis plusieurs mois à l'administration des hôpitaux pour quatre places de médecin du bureau central s'est terminé hier par la nomination de MM. les docteurs Aran, Hérard, Bernutz et Gubler.

— Par décret du 29 juillet, sont nommés membres de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique :

MM. Thénard, membre de l'Académie des Sciences, professeur honoraire au Collége de France et à la Faculté des Sciences de Paris, ancien chancelier de l'Université ; — Orfila, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — Saint-Marc-Girardin, membre de l'Académie française, professeur à la Faculté des lettres de Paris, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — Dubois, ancien directeur de l'Ecole normale supérieure, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — Poinsot, membre de l'Académie des Sciences et du bureau des longitudes, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — Cousin, membre de l'Académie française et de l'Académie des Sciences morales et politiques, professeur à la Faculté des lettres de Paris, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — Giraud, membre de l'Académie des Sciences morales et politiques, ancien professeur à la Faculté de droit d'Aix, ancien conseiller titulaire de l'Université ; — l'abbé Dantel, recteur de l'Académie de Caen.

— Par décret du 31, sont nommés membres du conseil supérieur de l'instruction publique :

MM. Bellaguet, licencié ès lettres, chef d'institution à Paris; l'abbé d'Alzon, directeur de l'institution Tissot, à Nîmes; l'abbé Labbé, licencié ès lettres, chef d'institution à Yvetot.

— Par décret du 5 août, sont nommés pour l'année 1850-1851 :

Vice-président du conseil supérieur de l'instruction publique, M. Thiers;

Secrétaire dudit conseil, M. Saint-Marc Girardin, membre de la section permanente.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 5 août 1850, le conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session ordinaire le mardi 13 août.

Cette session durera huit jours.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 5 août 1850, M. Thénard est nommé *président*, et M. Giraud *secrétaire* de la section permanente au conseil supérieur de l'instruction publique, pendant 1850-1851.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 29 juillet 1850, M. Michelle, recteur de l'Académie de Besançon, est nommé directeur de l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Dubois, dont la démission est acceptée.

M. Michelle aura rang d'inspecteur général.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format ; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 96 (23e ANNEE.) MARDI 13 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés le jour de l'Assomption, la GAZETTE ne paraîtra pas jeudi 15.

Revue clinique hebdomadaire.

Ostéite grave du pouce, suite de piqûre. — Il y a peu de jours, quittait les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu un homme dont le séjour n'a pas été de moins de quatre mois, et qui a offert un des cas les plus dignes d'intérêt que puisse présenter la clinique chirurgicale.

J.-B. Verdier, âgé de vingt-cinq ans, graveur, entre le 28 mars dernier à la salle Saint-Côme, où il est couché au n° 31. Voici les renseignements que fournissent les questions qui lui sont adressées sur ses antécédents.

Son père jouissait d'une bonne santé; il a succombé aux suites d'une chute d'un lieu élevé.

Sa mère est vivante et bien portante. Il a cinq sœurs bien portantes aussi.

Lui-même, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution moyenne, jouit habituellement d'une bonne santé; il a eu cependant longtemps des fièvres d'accès qu'il avait gagnées en Corse. Peu de temps avant son entrée à l'hôpital, il a contracté une affection syphilitique dont il est récemment guéri.

Le 23 mars, il était occupé à graver un timbre humide; il se dénoua brusquement de la sphère de fonte sur laquelle il tournait, et le burin avec lequel il gravait vint heurter violemment le côté interne du pouce gauche, un peu au-dessous du niveau de l'articulation phalangienne. L'instrument dont il se servait était taillé en biseau sous un angle très aigu. Sur le moment, il ressentit une vive douleur. Il fit saigner la blessure, qui était à peine visible, et se remit au travail jusqu'à sept heures du soir (l'accident était arrivé à midi). Mais le lendemain il se réveilla avec une vive douleur au pouce; il pouvait à peine le remuer; ce doigt n'était pas cependant enflé sensiblement. A partir de ce jour, la tuméfaction se déclara et augmenta progressivement; le moindre attouchement causait au blessé des douleurs intolérables. Pendant quatre jours il ne fit usage que d'émollients. Voici ce que l'on constate au moment de l'entrée :

Etat phlegmoneux du pouce s'étendant à la moitié de la paume de la main; rougeur érysipélateuse remontant jusqu'à la moitié de la hauteur de l'avant-bras; vives douleurs spontanées, pulsatives, augmentant par la pression; fièvre; délire pendant la nuit. Trois incisions longues et profondes sont pratiquées. La première, à la face palmaire, le long du bord interne du premier métacarpien; deux à la face dorsale, le long des bords interne et externe de ce même os. L'incision palmaire fournit seule du pus; les autres font constater une infiltration purulente des tissus. — Cataplasmes.

Le 15 avril, sous l'influence des incisions, l'inflammation s'est rapidement limitée; le gonflement a diminué. Des trois incisions, deux sont cicatrisées; il ne reste plus qu'un point fistuleux à la face palmaire, et un autre à la face dorsale, tous les deux au niveau des extrémités inférieures des incisions, tous les deux correspondant au côté interne de l'articulation métacarpo-phalangienne. Il s'écoule par ces fistules une suppuration abondante. Le pouce est tuméfié dans toute l'étendue de la première phalange, douloureux au toucher. On constate une solution de continuité de cette première phalange, rendue sensible par une mobilité et une crépitation anormales. Etat général bon. — Manuluves émollients et aromatiques; pansement à plat.

Le 30 avril, la suppuration est très abondante; il y a une mobilité telle au niveau de la continuité de la première phalange, que l'on doit croire à une destruction presque complète de cet os. M. Jobert propose l'amputation. Le malade refuse, alléguant l'impossibilité dans laquelle il se trouverait de continuer son genre de travail; il serait obligé de faire un nouvel apprentissage d'une nouvelle carrière; il est trop âgé pour cela; il aime mieux mourir. Une nouvelle incision est faite le long de la face dorsale de la première phalange; un stylet fait sentir l'os dénudé de son périoste. — Même pansement.

Le 15 mai, extraction de la moitié inférieure de la première phalange; son tissu est raréfié, détruit dans une grande étendue. — Mêmes pansements; application de la main sur une palette.

Le 20 mai, extraction de la deuxième portion de la première phalange dans le même état que la précédente.—Mêmes pansements.

Le 10 juin, toutes les incisions sont cicatrisées, sauf quelques points fistuleux dont deux au niveau de la face dorsale de la première phalange; le pouce s'affaisse, la deuxième phalange se rapproche du métacarpien; il n'y a pas de douleurs. Cautérisations journalières des bourgeons charnus qui entourent les points fistuleux.

Le 20, un petit abcès occupe la face dorsale de la première phalange. On pratique une incision, par laquelle on extrait deux jours après une petite esquille qui complète les portions de phalange extraites précédemment.—Même pansement.

Le 3 juillet, extraction de la tête du premier métacarpien, dans le même état que les portions osseuses précédemment extraites.

Le 15, le pouce tend à reprendre son volume et sa forme normaux; il est peu raccourci. Quelques mouvements sont possibles; il n'existe aucune douleur; il ne reste plus qu'un point fistuleux au côté dorsal et interne de la tête du métacarpien. Il n'y a presque pas de suppuration. On supprime la palette. — Pansement simple.

Le 24, le malade quitte l'hôpital. Le pouce a repris à peu près son volume et sa forme normaux. Il semble qu'une nouvelle phalange se soit formée. On perçoit, en effet, une dureté semblable à celle de l'os. La tête du métacarpien est volumineuse; on sent là une sorte de tumeur dure, semblable à un cal. Les mouvements du pouce sont très étendus et existent tous, sauf les mouvements de flexion de la deuxième phalange; le petit point fistuleux précédemment noté existe encore.

Si nous avons aussi longuement rapporté ce fait, c'est qu'il a présenté en effet, à notre avis, des particularités dignes du plus haut intérêt, et qui pourraient peut-être servir à l'histoire de la régénération des parties osseuses; question enveloppée encore de bien des obscurités. Pour notre part, nous avons vu des cas où certains os ont été remplacés après une nécrose presque complète par un tissu fibreux, dense, résistant. Nous nous rappelons entre autres le fait d'un enfant de douze ans, ramoneur, que nous avions fait admettre dans le service du professeur Cloquet en 1836, pour une nécrose de la clavicule. L'os fut extrait entier, moins un centimètre à son extrémité sternale, et un centimètre et demi à son bout acromial. Au bout de quelques mois l'os avait été remplacé par un tissu fibreux, résistant, élastique cependant sous le doigt, mais d'une consistance assez grande pour permettre facilement tous les mouvements du bras.

Ici il n'en a pas été de même. Tout porte à penser qu'il y a eu jusqu'à un certain point régénération de l'os, du moins partielle, et que le blessé pourra reprendre les travaux exigeant une assez grande force, auxquels il se livrait avant son accident.

Anasarque aiguë. Ses causes. — Depuis la découverte de Bright, disait dernièrement à ses auditeurs M. le professeur Trousseau, on s'est peut-être un peu trop accoutumé à considérer toutes les anasarques aiguës comme la suite d'une néphrite aiguë. Il y a dans cette manière de voir un peu d'exagération. Nous avons vu dans ses salles une malade dont l'histoire se rattache à celle des anasarques, et dont voici en résumé l'observation.

Dans les premiers jours jours de juillet entre à la salle des femmes une jeune fille bien portante ordinairement, mais qui depuis cinq jours est enflée. Sa figure un peu pâle, bouffie, les parois du ventre et de la poitrine tuméfiés aussi. C'était une de ces anasarques commençant par les extrémités supérieures, et présentant les caractères de ceux qui semblent tenir à autre chose qu'à une cachexie. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que l'anasarque liée à la cachexie débute par les extrémités inférieures. Ici c'était la face qui était principalement occupée par la maladie; il y avait un léger mouvement fébrile; pas de maladies éruptives antérieures; l'invasion de la maladie avait eu lieu au milieu d'une santé parfaite.

Y avait-il là néphrite aiguë? Examinée par les procédés chimiques, l'urine ne présenta aucune trace d'albumine; ce qui ne veut pas dire qu'il n'y en ait pas eu précédemment. Dans quelques circonstances il arrive que l'albuminurie, à la suite de la scarlatine, ne dure que deux ou trois jours. Il ne serait donc pas impossible qu'il y en ait eu pendant un temps plus ou moins long, à une époque antérieure; mais la disparition de ce produit au moment de l'entrée de la malade semblait indiquer que le rein n'était pas affecté, du moins profondément. Et cependant dans l'incertitude où il était, M. Trousseau crut plutôt à une néphrite qu'à toute autre affection. Et cependant, ajoutait il, je ne me dissimule pas que ces anasarques peuvent survenir à la suite d'un catarrhe capillaire très intense. Chez cette fille, il n'y a rien de ce côté. Il n'y a rien du côté du cœur, ni endocardite, ni péricardite. La rate est saine et dans ses limites normales. Le foie est peut-être un peu plus volumineux qu'à l'état normal et déborde les fausses côtes, sans aucune douleur à la pression.

Certes, à la rigueur, il ne serait pas impossible que l'anasarque dépendît de l'hypertrophie du foie. Le foie est un organe capital d'hématose. Le sang en sort plus chaud qu'il n'y est entré, et rien n'empêche de croire que, le foie étant malade, le sang subit une altération assez profonde pour que le résultat en soit l'anasarque. Ici néanmoins, s'il y a maladie du foie, c'est bien peu de chose, et l'on aurait bien de la peine à admettre qu'elle eût pu déterminer une anasarque de cette intensité. On ne trouve donc dans aucun organe l'explication complète et satisfaisante de l'anasarque. Je suis encore

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La statue de Larrey. — La chasse aux somnambules. — La Californie et les médecins.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Un jour de grande et pieuse cérémonie comme celle à laquelle l'élite de la France a assisté jeudi dernier, on doit se borner à voir le beau côté des choses, et l'on fait bien d'en passer sous silence les côtés faibles. A Dieu ne plaise donc que je vous chicane pour en avoir agi ainsi. Mais qu'il me soit permis, à mon tour, d'exprimer franchement mes impressions telles qu'elles se sont produites, lorsqu'à tête reposée j'ai pu examiner, libre de toute préoccupation, l'œuvre destinée à *séculariser* la gloire de Larrey. Que le savant secrétaire de la rue de Poitiers ait vu *respirer* le bronze du *moderne Phidias* (pour parler son langage), je ne le conteste point, quoique, à vrai dire, je soupçonne l'éloquent panégyriste (ainsi que son jeune émule M. Depaul) d'avoir donné à sa plume, lorsqu'il a rédigé cette phrase, un tout autre guide que le sens de la vue. En tout cas, si le bronze respire, ce que je ne veux pas nier absolument, il y a une chose que je n'hésite pas un instant à soutenir, c'est qu'il ne pense pas. Ce n'est pourtant pas que sa tête ne soit assez développée pour contenir un beau cerveau, tout au contraire; la tête est assez bien, et l'on y retrouve quelque chose de ce feu sacré qui animait, dans l'occasion, le beau visage de Larrey. Mais est-il possible que jamais pareille tête se soit trouvée sur un tel corps, et si, comme le pense Cabanis, le physique agit sur le moral, est-il supposable qu'un corps ainsi conformé et planté de cette façon puisse renfermer un âme agissante et pensante? Je ne saurais l'admettre. Le moderne Phidias a incontestablement pris pour modèle de son bronze un des plus chétifs habitants du Valais ou du Marancin; à moins qu'il n'ait eu une réminiscence trop vive de ce juge phénoménal dont parle Jean-Jacques dans ses Confessions, ce qui reviendrait à peu près au même. Je sais bien que Larrey n'avait pas une taille d'Achille ou d'Apollon du Belvedère, et que l'artiste ait voulu respecter la vérité historique; ce n'est pas là une justification : Larrey, tout petit qu'il était, n'était pas dépourvu de noblesse dans sa démarche; sa pose avait toujours une certaine fierté de bon aloi, un certain cachet de supériorité; sa tête était toujours dans une telle harmonie que, de leur ensemble, rayonnait une intelligence élevée. Rien de tout cela ne se trouve dans le bronze du Val-de-Grâce; lorsque la face du grand homme est dérobée au spectateur, il pourrait croire que c'est Mayeux qu'on a mis sur un piédestal. Si je me permets cette comparaison, c'est parce que je l'ai entendu faire par plus de cent personnes, ce qui ne m'en démontre que trop la justesse peu consolante.

J'ai entendu, je dois le dire, les optimistes se consoler en se rejetant sur les bas-reliefs. Les bas-reliefs, je l'avoue, sont mieux réussis, et dignes du nom qui les a signés. Si c'est là une consolation, à la bonne heure. Mais alors je demande qu'on inscrive sur la grille du Val-de-Grâce :

Ceux qui viennent pour admirer le statue de Larrey
sont invités à ne regarder que les bas-reliefs.

— L'intrépide citoyen Carlier grandit tous les jours en audace et en cruauté. Non content de traquer sans relâche les vautours de la sociale, le voilà maintenant qui se met à la poursuite des colombes du mesmérisme, ces innocentes créatures qui ne demandent qu'à suivre la loi sacrée : croissez et multipliez. Il n'en a pas pris moins de sept dans ses filets la semaine dernière, lesquelles vous avez pu voir mettre en cage (et quelle cage, grand Dieu! pour d'innocents oiseaux); les unes pour vingt-quatre heures, les autres pour huit jours, d'autres enfin pour six semaines. On m'a raconté, à propos de cette chasse, une petite anecdote qui prouve combien peu de malice il entre dans l'âme de ces naïves somnambules, et quel grand dommage c'est de les troubler dans leurs badinages ingénus.

Un honorable délégué du citoyen Carlier, délégué qui, à l'indiscrétion professionnelle de ses pareils, associait une certaine dose de jovialité, se présenta, il y a quelques jours, chez une des plus aimables pythonisses de la *Boule-Rouge* (une de celles dont les visions extra-lucides sont certifiées et dûment contre-signées par un honorable confrère). Après avoir salué poliment, comme il convient à un citoyen bien élevé (il paraît qu'il en existe encore), il se pose en consultant. Le confrère ayant fait tomber sa Prudence en magnégnétisme :

Puisque cette belle dame a le divin pouvoir de lire dans le passé, le présent et l'avenir, dit le malicieux ambassadeur du citoyen Carlier, il est sans doute inutile que je lui dise l'objet de ma visite; elle le devine assez.

— Je m'en doute en effet, répondit-elle. Si cependant monsieur veut préciser les questions sur lesquelles il désire être éclairé, il ne peut y avoir aucun inconvénient.

— Mon Dieu, ma belle dame, je suis un peu pressé, et je vous

à me demander, ajoutait le professeur, si d'autres recberches ne me montreront pas l'anasarque à la suite de maladies du foie.

Ceci l'a conduit à présenter quelques considérations rapides sur quelques maladies qui peuvent être lc point de départ de l'anasarque. Un enfant prend la rougeole dans les salles; cette rougeole s'accompagne de hroncbite, et, sous l'influence de la maladie du poumon; une anasarque se déclare; il meurt, on ne trouve rien dans le rein. Le rein est un organe d'émonction; il est malade, anasarque. Le poumon est aussi un organe d'émonction par excellence. Certaines de ses affections déterminent des cachexies et par suite aussi des anasarques. Il doit ou peut en être de même pour le foie, qui, comme les deux appareils précédents, doit être rangé parmi les organcs d'émonction. L'expérience des faits porte à admettre que ces trois organes peuvent, quand ils sont lésés d'une certaine façon, déterminer un certain état du sang en vertu duquel l'anasarque se manifeste. Cet état particulier d'altération des trois organes que nous venons de nommer est-il toujours une inflammation? C'est là un point qui ne saurait être, dans l'état actuel de la science, résolu encore affirmativement.

Chorée. Affection intercurrente. — Nous avons eu l'occasion de voir dans les salles du même professeur une jeune fille qui, à la fin du mois de mai ou dans les premiers jours de juin, avait été admise dans le service pour une chorée très intense donnant lieu aux mouvements les plus singuliers et les plus extraordinaires. Au hout de huit jours de traitement par lc sirop de sulfate de strychnine, cette malade était complétement guérie, à ce point qu'elle put quitter l'hôpital. Tout allait bien, et depuis vingt-cinq jours environ elle avait repris ses occupations babituelles, lorsque dans les premiers jours de juillet une marmite d'eau bouillante lui tomba sur le pied. Immédiatement, on lui plongea le pied dans un seeau rempli d'eau de pompe bien froide; mais la frayeur avait été très grande; aussi, peu d'instants après l'accident, fut-elle prise de roidcur comme tétanique, avec impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement volontaire. Elle sortit de son bain avec une cborée des mieux caractérisées, et fut ramenée à l'hôpital avec une affection aussi folle que la première.

Cette fois, M. Trousseau ne voulut plus, au moins tout d'abord, recourir aux préparations de strychnine; il essaya l'ammoniure de cuivre, dont l'usage lui avait déjà réussi plusieurs fois dans le traitement de cette maladie; pendant deux jours, la malade prend ce nouveau médicament. Le troisième jour, elle est prise subitement d'une fièvre très violente, dont on cherche inutilement le point de départ. M. Trousseau pense aussitôt à une inflammation des ganglions lympbatiques. Toutes les fois qu'un enfant est pris d'une fièvre dont la cause lui échappe, M. Trousseau est d'avis qu'il y a lieu de soupçonner une affection des ganglions lympbatiques, et c'est à eux qu'il s'attaque. Ajoutons que souvent il réussit. Ce premier jalon posé, on examine le membre blessé, et que trouve-t-on en effet? une angioleucite très intense et très étendue occupant tout le membre inférieur depuis la brûlure jusqu'à l'aine.

Dès que la fièvre a paru, la chorée cesse. Ceci, jusqu'à un certain point, n'a rien qui doive surprendre. Tous les jours, on voit des accidents nerveux hystériques les plus violents diminuer ou même disparaître complétement lorsque survient, par une cause quelconque, une affection fébrile d'une certaine intensité. Nous rappellerons également que l'asthme dit essentiel, l'asthme nerveux, si l'on aime mieux, cesse tout à coup d'incommoder le malade s'il survient une affection inflammatoire du poumon. L'astbmatique ne pouvait se coucher dans son lit; devenu pneumonique, il dort horizontalement aussi bien que l'on pcut dormir dans une pneumonie, mais mieux qu'il ne pouvait faire lorsqu'il n'avait que son asthme. La pneumonie fait diminuer de même ou disparaître tout à fait les accidents de la coqueluche chez les enfants.

Nous ajouterons en passant un mot sur un fait curieux de ces révulsions morbides que nous avons observé il y a trois ans chez M. Cazenave à l'hôpital Saint-Louis, et que, si notre mémoire ne nous trompe pas, nous avons consigné dans une de nos Revues de cette époque. C'est celui beaucoup plus extraordinaire que les précédents d'une révulsion opérée sur la gale par une maladie inflammatoire aiguë. Un galeux fut pris d'une scarlatine. La gale disparaît. La scarlatine parcourt toutes ses périodes. Une fois l'affection intercurrente tout à fait terminée, la gale reparaît dans les points où elle existait avant l'apparition de la complication. Nous disons que ceci paraît heaucoup plus extraordinaire, parce que la gale est produite par un animalcule, l'acarus, dont la présence est actuellement démontrée péremptoirement pour tout le monde. Or pendant la suspension momentanée de la gale que devient l'acarus? que se passe-t-il pour lui pendant tout le temps que la gale est devenue latente? Cette digression une fois faite, revenons à la malade de M. Trousseau.

La chorée est une affection essentiellement spasmodique; elle a disparu sous les yeux de l'observateur au moment même où a commencé un travail inflammatoire violent dans un appareil d'organes étendu et important, le système lymphatique d'un des membres inférieurs. Preuve nouvelle, s'il en était encore besoin, de la vérité de ce grand axiome hippocratique : *Febris spasmos solvit.* La maladie nerveuse sera-t-elle complétement et définitivement guérie par cette complication? Il y a lieu de l'espérer, sans en être pour cela tout à fait certain.

Tout ceci, pour arriver à cette conclusion éminemment pratique (et l'on sait que c'est toujours à ce genre de conclusions que nous tendons), c'est que, lorsque le médecin a à juger l'influence de certaines médications dans le traitement des affections spasmodiques, il doit prendre garde, s'il y a d'un autre côté et dans un appareil organique important un travail inflammatoire, d'attribuer à la médication ce qu'il faut donner à la fièvre, devenue alors curative. Les anciens disaient que la fièvre, dans quelques cas, est curative; elle l'est ici, du moins momentanément, peut-être définitivement.

Plaie à la marge de l'anus, de nature douteuse. — Le 30 juillet, est entrée dans les salles de M. Velpeau une jeune femme présentant une affection assez insolite, siégeant à la marge de l'anus. Cette malade a déclaré d'abord qu'elle avait un abcès qui s'était ouvert la nuit précédente. En effet, l'examen de la région indiquée fit reconnaître une ulcération, près de laquelle on a constaté une bosselure assez considérable. Mais cette plaie n'offrait pas la physionomie des abcès ordinaires de la marge de l'anus. Il y a dans cet endroit une apparence de *macération* inaccoutumée, macération qui n'est pas le résultat du contact du pus, mais d'un liquide aqueux, sale. L'aspect de la plaie est assez celui des affections vénériennes de l'anus, de ces affections dont le nom vulgaire était autrefois la cristalline. L'ouverture de la plaie a une apparence blafarde, d'un blanc mat, assez analogue à celle d'un morceau de cadavre qui aurait macéré dans l'eau pendant plusieurs jours.

Faut-il, de ce seul caractère, l'aspect, conclure que cette femme a la vérole, ou l'a eue il y a peu de temps? Certes cela est possible, mais aussi l'on ne pourrait l'affirmer avec certitude. Voici les circonstances qui peuvent faire naître le doute. Elle a dix-neuf ans; il y a dix jours, elle est accouchée à la Maternité. Elle présente une petite déchirure du périnée, mais qui n'a pas intéressé toute l'étendue de cette partie, qui a une teinte blafarde comme celle de l'ulcération déjà décrite, et un peu d'induration.

Le premier jour, M. Velpeau n'a pas voulu porter le stylet dans l'abcès. D'abord, à une époque si rapprochée de l'ouverture, l'exploration est fort douloureuse, et puis, après tout, elle n'a pour but que de satisfaire la curiosité. S'il y avait une communication entre le rectum et le vagin, ce ne serait pas le moment de rien faire pour y remédier. Il a donc pensé qu'il valait mieux attendre.

Nous avons dit que près de l'anus existait une hosselure; elle est fluctuante, et formée évidemment par une collection de pus qui date de cinq ou six jours environ. C'est bien comme cela que se conduisent les abcès stercoraux. Mais ceux-ci contiennent un pus d'une odeur infecte, noirâtre; leur ouverture livre passage à des gaz; il y a décollement de la peau, et les téguments sont amincis. Les signes rationnels ne permettraient pas de dire qu'il y a ici abcès communiquant avec le rectum. Mais il est bon de dire qu'après l'accouchement, il n'est pas rare de voir se former à la marge de l'anus des abcès dont la conséquence peut être une fistule rectale ou vaginale. La disposition des parties rend, on le comprend du reste, les abcès de la marge de l'anus bien plus graves chez la femme que chez l'homme.

Revenons à ce que nous avons dit tout à l'heure sur la nature du liquide qui baigne la marge de l'anus. Cet aspect de macération indique moins l'existence de la sypbilis que s'il se présentait chez un homme. Chez la femme, il peut s'expliquer, et très rationnellement, par l'état puerpéral dans lequel se trouve la malade dont nous parlons. Chez les nouvelles accouchées, le vagin est le siége d'une sécrétion aqueuse tellement liquide, tellement abondante, qu'elle peut facilement donner aux parties qu'elle baigne l'apparence et la coloration suspectes signalées plus haut.

Une raison de plus et qui semblerait assez déterminante, c'est la décbirure du périnée. Les liquides du vagin ne stagnent pas dans ce canal autant que chez les autres femmes; ils tendent à s'écouler vers l'anus, en suivant l'espèce de gouttière formée par la déchirure. Ces liquides, très fluides, sont composés d'éléments complexes, d'eau, de pus, de flocons albumineux, de flocons de détritus de placenta ou de la muqueuse intra-utérine.

Voici donc deux causes qui peuvent expliquer l'espèce de macération de la plaie, la syphilis d'une part, l'écoulement puerpéral d'autre part. Certes, il ne serait pas impossible que cette femme eût la vérole, mais, disait le professeur, elle n'a pas ce cachet syphililique constitutionnel qu'ont tant de leurs semblables. Nous avons cru devoir rapporter ce fait pour mettre en garde contre des jugements un peu hasardés ceux de nos confrères qui, souvent interrogés en pareilles circonstances pour des expertises médico-légales, croiraient pouvoir attribuer trop d'importance à l'aspect extérieur, même très suspect d'une plaie. En semblable occasion, la prudence et le doute sont un devoir impérieux.

Amaurose névralgique. — Dans les livres on trouve mentionnées, à l'article des causes de l'amaurosc, une foule de circonstances ou de lésions bien différentes, qui toutes, par un mécanisme particulier, peuvent déterminer l'altération fonctionnelle, abolition de la vue. Il en est une peu connue, peu fréquente, dont nous avons rencontré dernièrement un exemple à l'hôpital Saint-Louis. Nous voulons parler de la névralgie considérée comme point de départ de l'amaurose. C'est ce qui nous a engagé à donner à cet article le titre que nous lui avons imposé, *Amaurose névralgique.*

Une jeune fille de dix-huit ans, d'une bonne santé habituelle, d'une constitution assez forte, est prise, sans cause connue, de douleurs dans le front, dans la tempe droite. Assez vagues d'abord, ccs douleurs n'affectaient pas le type intermittent; tantôt elles étaient continues, tantôt elles disparaissaient pendant un temps plus ou moins long pour reparaître ensuite, mais à intervalles indéterminés. Trois semaines après la première apparition des douleurs, elles commencèrent à devenir franchement intermittentes; elles paraissaient à une certaine heure de la journée, duraient un certain nombre d'heures, et s'apaisaient ensuite.

Quatre à cinq jours avant son admission à l'hôpital, cinq semaines après le commencement de la maladie, elle s'aperçut en s'éveillant qu'elle avait perdu la vue de l'œil droit. Depuis ce moment les douleurs augmentèrent, et, inquiète, la malade entra à l'hôpital pour se faire traiter.

Au moment du premier examen on trouva dans l'œil une dilatation assez marquée de la pupille, avec immobilité complète de l'iris. La vue de cet œil est absolument perdue. A peine, dans certains moments, la malade peut-elle discerner l'ombre de la grande lumière du soleil; elle ne peut distinguer aucun objet. Il existe un point douloureux sur le trajet du nerf de la 5e paire, sur le trajet du frontal au point d'émersion. Quelques douleurs également au point du passage de la branche auriculo-temporale.

Le traitement consiste en l'application d'un vésicatoire sur le front, au-dessus de la partie moyenne du sourcil, et d'un autre au-devant de l'oreille. Le premier ayant été séché, on en appliqua un autre, circulaire, autour de la place qu'il occupait. En même temps, M. Nélaton administra le sulfate de quinine à la dose de 0,40 gr. par jour.

Au moment où nous avons vu cette jeune fille, quinze jours après son entrée, on n'avait pas encore gagné beaucoup, et l'amélioration, si tant est qu'il y en eût une, était à peine sensible. Evidemment ce cas était une amaurose consécutive à une névralgie, ayant résisté au traitement le plus habituellement suivi de succès. M. Nélaton, à propos de ce fait, nous a raconté en avoir vu un exactement semblable à l'hôpital Saint-Antoine; une amaurose consécutive à une névralgie de la 5e paire. Le traitement par les vésicatoires et le sulfate de

---

serais obligé de me répondre immédiatement aux questions que j'aurai l'intention de vous faire.

— Puisque monsieur est pressé, et qu'il désire être renseigné sur quelques particularités de son avenir....

— Oh! faites excuse, ma belle dame, ce n'est point de mon avenir qu'il s'agit.

— J'en demande bien pardon à monsieur, il s'agit bien de son avenir, non pas directement et immédiatement, mais indirectement; en effet, si madame son épouse...

— Je ne suis pas marié, ma belle dame.

— Quand je dis épouse, j'entends parler de celle qui doit le devenir bientôt. Or...

— Tenez, ma belle dame, je vois que nous ne nous entendons pas très bien; je vais vous expliquer en deux mots l'objet de ma visite.

— Cela n'est nullement nécessaire; mais je répète à monsieur qu'il ne peut y avoir aucun inconvénient.

— Eh bien! ma belle enfant, je viens m'assurer que vous êtes en contravention avec les lois de la république, et vous prier de me permettre de vous accompagner au dépôt de la Préfecture de police.

Vous dire en quelle pâmoison se transforma le sommeil magnétique serait au moins inutile; d'ailleurs aurais-je le courage de m'appesantir sur une infortune aussi respectable, et que doit nécessairement partager un confrère généreux, dévoué, et qui de plus de revient sans doute pas de la Californie.

— A propos de la Californie, mon cher confrère, M. Cavel et compagnie croient-ils que nous en revenions tous pour nous proposer d'y aller? Cette locution peut vous paraître proudhonnienne; je vais vous prouver qu'elle est aussi cartésienne que le *cogito, ergo sum.* Depuis quinze jours je lis dans tous les journaux, et spécialement dans la presse médicale : *Société de San-Francisco.* — *Capital* TR..... OIS MILLIONS. — Pr.......nez des actions. — Société Californienne....., etc. Capital CINQ MILLIONS..... Pr.......nez des actions. — Et ainsi de suite; en tout une centaine de compagnies au capital de trois à cinq millions. Total : quatre cents millions. Or, voici mon raisonnement; suivez bien.

Par le temps qui court il n'y a guère d'or, si ce n'est en Californie;

On nous demande 400 millions pour aller en chercher.

Donc pour y aller il faut en être revenu.

Du reste, quoique je sois parfaitement sûr de ma logique, je ne dois pas vous cacher une nouvelle que j'ai apprise il y a quelques jours : on m'a assuré que sur deux cents habitants de Clichy environ, il y en avait une trentaine qui revenaient de la Californie. Je sais que nos confrères ont une raison bien meilleure pour ne pas céder aux séductions de toutes les *californiennes* les plus allèchantes; mais quand il ne s'en rencontrerait qu'un sur 18,000 susceptible d'être tenté, je me crois obligé de lui donner ce renseignement.

X...

Un rapport adressé par M. le ministre de la guerre à M. le président de la République est suivi d'un décret du 9 août courant dont la teneur suit :

Art. 1er. Les docteurs en médecine admis à servir dans l'armée feront un stage d'une année à l'hôpital du Val-de-Grâce, qui devient *Ecole d'application de la médecine militaire.*

Art. 2. Des conférences et des exercices pratiques auront lieu, pendant l'année scolaire, à l'Ecole d'application de la médecine militaire, d'après un programme qui sera arrêté par le conseil de santé des armées et soumis à l'approbation du ministre de la guerre.

Ces conférences et exercices auront pour objet : 1° la clinique médicale; 2° la clinique chirurgicale; 3° les opérations et appareils; 4° l'hygiène, la médecine légale militaire et les règles administratives; 5° les manipulations de toxicologie et de chimie appliquée à l'hygiène.

Art. 3. Cinq professeurs sont chargés des conférences et exercices énumérés ci-dessus; ils sont nommés, pour la première fois, par le ministre de la guerre sur une liste triple présentée par le conseil de santé des armées, et ne portant que des professeurs des anciens hôpitaux d'instruction et de perfectionnement.

Il sera pourvu aux vacances ultérieures par la voie de concours, dont les formes et conditions seront déterminées par un règlement.

Les dispositions de l'ordonnance du 16 septembre 1843, en vertu de laquelle il est alloué aux officiers employés comme professeurs dans les écoles militaires un supplément montant au tiers de la solde affectée à leur grade et à leur arme, sont applicables aux membres du personnel de santé militaire chargés des fonctions de professeur au Val-de-Grâce.

Art. 4. L'Ecole d'application de la médecine militaire, ainsi que le service médical de cet établissement, sont placés sous la direction d'un membre du conseil de santé des armées.

Ce directeur jouira d'un supplément de traitement de 1,500 fr. à titre de frais de bureau. Il devra loger au Val-de-Grâce.

Art. 5. Un règlement arrêté par le ministre de la guerre désignera ceux des officiers de santé faisant partie du cadre qui devront suivre les cours de l'Ecole d'application de la médecine militaire.

Art. 6. Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

quinine en fit promptement justice, et complétement. Les faits de ce genre prouvent combien sont étroites les connexions qui unissent entre elles les diverses parties du système nerveux, et combien aussi il y a de rapports entre ce que l'on appelle généralement les névroses et les névralgies. Z...

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Maladies de l'utérus.

Quelques considérations sur l'antéflexion et la rétroflexion, recueillies par M. A.-H. Margerie.

Au n° 9 de la salle des femmes est couchée une malade qui est venue réclamer nos soins à deux reprises différentes. Une première fois elle est entrée à l'hôpital à la suite d'hémorrhagies répétées, causées par un polype fibreux de l'utérus. Elle se trouvait dans un tel état de faiblesse et d'anémie, que le moindre retard apporté à l'ablation du polype pouvait mettre sa vie en danger; d'un autre côté, elle avait de fréquents accès de toux qui nous paraissaient devoir résister assez longtemps à la médication la plus active et la mieux appropriée. Aussi, malgré cette contre-indication formelle, nous n'hésitâmes pas à procéder à l'opération. Elle fut suivie de douleurs qui nous inspirèrent des inquiétudes assez vives; cependant, grâce à des soins convenables, à une bonne alimentation et à l'usage des préparations ferrugineuses, la malade alla chaque jour de mieux en mieux et sortit très bien guérie.

Elle est venue nous trouver une seconde fois pour de vives douleurs qu'elle éprouve du côté de l'utérus; nous l'avons examiné, et nous avons pu constater une antéflexion. Il y a cette différence entre les flexions et les versions de l'utérus que, dans les secondes, la matrice tout entière subit un mouvement d'inclinaison de telle façon, par exemple, qu'elle vienne presser par son fond sur la vessie et par son col sur le rectum; tandis que, dans les premières, le col reste en place en même temps que le corps se fléchit de manière à former un angle aigu ou un angle obtus en avant ou en arrière. Nous ne connaissons aucun moyen de remédier à l'antéflexion et à la rétroflexion, bien qu'on ait imaginé un grand nombre de procédés de guérison. On a essayé de redresser le corps de l'utérus au moyen de pessaires; mais les pessaires n'agissent pas seulement sur le fond de l'organe, ils agissent sur l'organe tout entier. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait que le col de la matrice fût préalablement maintenu dans une position fixe, et c'est ce qu'on n'a pas songé à faire. On a encore essayé de redresser l'utérus à l'aide d'une sonde dont la courbure s'adaptait à celle de la cavité de la matrice infléchie sur elle-même, et s'effaçait ensuite par le jeu d'un mécanisme quelconque. On n'a pas tardé à reconnaître les dangers attachés à l'emploi d'un pareil instrument, dangers qui résultaient à la fois et de sa présence même dans la cavité utérine, et de la double pression qu'il exerçait en raison de la flexion de l'utérus et du poids des viscères contre lesquels il avait à lutter. L'insuccès de ces diverses tentatives a fait qu'aujourd'hui encore nous sommes contraints d'avoir recours à des moyens palliatifs, aux pessaires, aux ceintures hypogastriques. Nous avons dit ce que l'on devait penser des pessaires; les ceintures hypogastriques procurent un soulagement réel en diminuant la pression des viscères qu'elles soutiennent en partie.

On a admis dans l'antéflexion et dans la rétroflexion l'existence d'une lésion organique; de plus, on a attribué cette lésion à une inflammation limitée à la partie antérieure ou à la partie postérieure de l'utérus. La paroi de l'organe devenue malade, à raison de sa composition fibro-musculaire, serait le siége d'une rétraction semblable à celle qu'on observe dans les muscles et dans les tendons, rétraction qui imprimerait au corps de l'utérus un mouvement dans lequel se trouverait entraînée la paroi restée saine. Cette manière de voir est d'accord avec tout ce que l'on connaît sur les rétractions des tissus, elle rend compte de tous les faits et saisit l'esprit comme une invention qui doit répondre à la réalité. Mais une grave objection se présente: sur quels faits cette explication est-elle fondée?

Une théorie, si simple et si satisfaisante qu'elle soit, doit avant tout reposer sur des faits bien observés. Il s'agit ici de savoir si l'anatomie pathologique renferme quelque donnée qui soit de nature à confirmer l'hypothèse.

Nous nous servons du mot hypothèse; le fait suivant va justifier cette expression. Une femme avancée en âge fut amenée dans notre service pour une vaste et profonde brûlure; elle mourut. On fit l'autopsie. Entre autres particularités on trouva une rétroflexion de l'utérus. Le col et le corps se touchaient à la manière des feuillets d'un livre. Nous examinâmes la matrice avec beaucoup de soin, et nous pûmes nous assurer qu'il était très facile de la redresser sans rencontrer aucune résistance de la part des tissus. Les rétractions ordinaires peuvent être vaincues, mais elles exigent toujours une dépense de forces plus ou moins considérable; c'est ainsi qu'il faut un violent effort pour triompher de la rétraction musculaire des cadavres; c'est ainsi qu'il est nécessaire de déployer une grande puissance pour rendre à sa rectitude naturelle un membre qui a été soumis à une flexion prolongée à la suite d'une fracture. Un pareil fait, loin d'expliquer la pathogénie des inflexions de l'utérus, la rend plus obscure; aussi vaut-il mieux avouer notre ignorance que de prétendre donner la raison d'un phénomène dont nous ne connaissons pas la cause.

Au commencement d'une discussion qui eut lieu l'année dernière à l'Académie de Médecine, M. Velpeau avait dit « qu'on perdait de vue les antéflexions et les rétroflexions; que ces affections étaient assez communes et qu'elles en imposaient souvent pour des engorgements du col ou du corps. » Nous avions observé un grand nombre de prolapsus de l'utérus et du vagin; nous avions également rencontré un grand nombre d'antéversions et de rétroversions, mais nous n'avions jamais eu l'occasion de voir d'antéflexions ni de rétroflexions. Cette assertion fut donc pour nous un sujet d'étonnement. Cependant, nous pensâmes qu'il fallait attribuer notre ignorance à ce qu'en examinant nos malades nous n'avions pas poussé assez loin nos recherches. Il arrive souvent, en effet, qu'en pareille circonstance on suspende toute exploration aussitôt qu'on a constaté une affection du col qui rend compte de tous les phénomènes ou que l'on s'est assuré de l'existence d'une affection névralgique.

Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment notre attention fut éveillée sur ce point; par un hasard, qui ne s'est pas présenté depuis, nous trouvâmes deux malades chez lesquelles la rétroflexion s'offrait avec les caractères les plus certains et une troisième chez laquelle elle paraissait probable.

Le diagnostic des flexions de la matrice est généralement assez facile : le col de l'utérus a conservé sa direction normale; il existe une saillie en avant ou en arrière. Dans l'antéflexion, on reconnaît sans peine cette saillie, qui se continue avec le col utérin; rarement il se développe dans la région qu'elle occupe des tumeurs avec lesquelles on puisse la confondre. Dans la rétroflexion, il est ordinairement plus difficile de sentir la continuité du col et du corps; d'un autre côté, la présence de scybales peut causer une méprise, malgré toutes les précautions qui doivent prémunir contre une pareille erreur.

Nous ne manquâmes donc pas, pour compléter notre diagnostic, de faire prendre un purgatif à nos malades; et chez l'une d'elles, nous reconnûmes qu'il s'agissait simplement d'une tumeur formée par des matières fécales endurcies. Chez les deux autres, un engorgement du col et des douleurs assez vives se joignaient à la rétroflexion. Placé que nous étions en face d'une maladie regardée comme incurable, nous nous contentâmes de combattre ces derniers symptômes par le repos et les cataplasmes.

Un de nos internes vint un jour nous avertir que chez l'une de ces femmes la rétroflexion avait disparu. Cette nouvelle nous trouva incrédule; cependant nous examinâmes la malade quelques jours plus tard : la rétroflexion existait encore. Au bout de quinze jours on vint une seconde fois nous prévenir qu'elle avait notablement diminué; cette fois nous pûmes nous convaincre de la réalité du fait.

Dans cet intervalle, l'autre malade demanda sa sortie : elle l'obtint. Huit jours après elle venait nous annoncer qu'elle ne souffrait plus et qu'elle était guérie. Elle l'était réellement. Nous ne trouvâmes plus chez elle la moindre trace de rétroflexion. Nous la vîmes quinze jours plus tard; elle était dans le même état.

La malade chez laquelle il était survenu une amélioration continua de rester dans nos salles; au bout de quelque temps, les douleurs qu'elle ressentait du côté de la matrice cessèrent complétement. Ici encore la rétroflexion avait complétement disparu.

Ainsi, de deux malades, l'une était guérie sous nos yeux, l'autre en dehors de nos soins et de notre surveillance. Chez la première comme chez la seconde, nous n'avions rien fait qui eût contribué à la guérison.

Ces faits, qu'il faut bien admettre, tout inexplicables qu'ils soient, démontrent une erreur physiologique, celle qui consiste à regarder les flexions de l'utérus comme des affections incurables. Ils semblent devoir être confirmés par la guérison prochaine de la malade que nous avons maintenant au n° 9 de la salle des femmes. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir leur importance au point de vue du pronostic, et surtout des décisions à prendre relativement à la conduite qu'il convient de tenir en pareille circonstance. On conçoit, en effet, que, s'il est bien avéré que les malades guérissent spontanément, on doit renoncer aux pessaires et à tous les moyens plus ou moins impuissants, plus ou moins dangereux qui ont été proposés.

Une autre erreur nous paraît encore démontrée; nous voulons parler de l'explication qui attribue à une rétraction fibro-musculaire les flexions de la matrice en arrière ou en avant. Peut-être l'exemple que nous avons rapporté n'est-il qu'une exception.

On se demandera sans doute comment il a pu arriver que des faits analogues à ceux que nous venons de rapporter n'aient pas été jusqu'à présent signalés; la raison en est sans doute que les chirurgiens, lorsqu'ils ont à traiter ces sortes d'affections, renvoient leurs malades au bout d'un temps très court.

DU PASSAGE DU CHARBON

Et d'autres substances insolubles dans la masse du sang à travers les parois du tube digestif.

Par le Dr Olsterlen, professeur.

Une grande question physiologique et thérapeutique est de savoir si des substances insolubles introduites dans le tube digestif peuvent être absorbées et passer dans le torrent circulatoire. Cette question, résolue négativement par l'aphorisme : *Corpora non agunt, nisi soluta*, n'est cependant démontrée par aucune série d'expériences rigoureuses. L'Académie de Médecine l'a si bien senti qu'elle a renvoyé naguère un rapport sur cette question à la commission qui l'avait rédigé en adjoignant deux nouveaux membres à cette commission. Le travail du professeur Olsterlen, qui avait servi en grande partie de base aux arguments de quelques orateurs opposés aux conclusions du rapport, n'étant pas connu en France, nous croyons devoir en publier la traduction, que nous devons à l'extrême obligeance de M. H. Gaultier de Claubry.

J'aurai peut-être besoin de me justifier, dit M. le professeur Osterlen, d'avoir pensé et d'avoir cherché à prouver que les matières solides et insolubles peuvent passer de la membrane muqueuse de l'intestin dans la masse du sang et par conséquent dans l'intérieur de l'économie. L'opinion contraire à cette manière de voir est, en effet, si généralement répandue et si bien passée à l'état d'axiome que je me vois presque obligé de réclamer l'indulgence pour les faits que je vais signaler et qui se trouvent en contradiction avec l'opinion vulgaire.

Ce qui m'a conduit à ces recherches n'a pas été l'amour des paradoxes, mais la conviction intime que la question n'a pas encore été envisagée sous tous les points de vue et qu'on a trop généralisé les observations qui tendent à faire nier l'absorption des substances insolubles.

Ainsi, il y a des faits de physiologie et de pathologie qui ne concordent que difficilement avec l'opinion commune : pour les expliquer, on a été jusqu'à imaginer la rupture des parois vasculaires; tandis que leur mécanisme, tout différent, offre la plus grande simplicité. Le mercure passe effectivement en nature à travers les membranes parfaitement intactes, et peut-être en est-il de même de certains autres médicaments, comme tendent à le faire penser quelques recherches récentes.

Pour résoudre ces questions aussi importantes pour la thérapeutique que pour la physiologie, j'avais institué autrefois à Tubingue des expériences, que j'ai continuées à Dorpat avec l'aide de mes collègues, qui m'ont mis à même de formuler quelques décisions positives.

Je nourris successivement six lapins, un jeune chat et deux jeunes coqs avec du charbon de bois divisé autant que possible et broyé à l'eau. Cette substance fut administrée pendant cinq à six jours, de sorte que les premiers animaux soumis à l'expérience prirent peu à peu environ une once de charbon et les autres un peu moins.

Je choisis le charbon, parce que son insolubilité dans le canal digestif ne pouvait pas laisser de doute et que ses particules les plus fines sont faciles à distinguer non seulement à leur couleur noire, sombre et uniforme, mais aussi à leur forme presque invariable, à leurs pointes, à leurs dentelures qui ne pouvaient permettre de confusion avec les molécules du pigment dans les cas où ces particules de charbon viendraient à passer dans le sang et dans les organes.

Presque tous les animaux auxquels cette substance fut administrée étaient dans leur état de santé habituelle lorsque je les sacrifiai en les faisant étrangler; le chat seul avait eu quelques dérangements intestinaux : tous les excréments présentèrent une couleur noire.

L'examen microscopique fut pratiqué avec le plus grand soin, afin d'éviter que de la poussière, du charbon ou d'autres substances répandues dans l'atmosphère ne vinssent se mêler aux substances placées sur le champ de l'instrument.

Je commençai par ouvrir les veines mésaraïques, et, après avoir soigneusement nettoyé le verre de l'objectif, j'y plaçai une goutte de sang retiré de la veine sur la pointe d'un couteau.

Ici encore, comme dans les excréments, je pus constater la présence de particules de charbon entièrement identiques avec celles qui avaient servies à l'alimentation, mais leur quantité n'était jamais considérable.

Ainsi une petite goutte de sang, un coagulum de la dimension d'une demi-ligne, ne contenait pas ordinairement au delà de cinq à six parcelles charbonneuses.

Ces parcelles mesuraient la plupart 1/300e ou 1/200e de ligne; d'autres, en nombre assez considérable, offraient 1/30e à 1/100e de ligne en longueur sur 1/180e ou 1/150e de ligne de longueur. D'autres, enfin, présentaient des dimensions telles qu'on pouvait s'en étonner à bon droit en songeant que ces petits corpuscules avaient dû, avant d'arriver dans le sang, traverser l'épithélium, les muqueuses et les parois vasculaires.

Ainsi quelques-unes avaient de 1/60 à 1/40 de ligne et même plus, soit en longueur, soit en largeur.

Parfois c'étaient des corpuscules allongés avec des pointes aiguës, des dentelures et des appendices en forme de queue. D'autres fois c'étaient des parties triangulaires ou de formes variées dans lesquelles on pouvait reconnaître jusqu'aux pores que l'on aperçoit quelquefois sur les fragments de charbon; de sorte qu'il n'y avait pas à se méprendre sur leur caractère, ni à les confondre avec des cellules pigmentaires.

Des corpuscules analogues existaient aussi en quantité assez considérable dans le sang du tronc de la veine-porte, dans les coagulum du cœur droit, dans les poumons, dans la rate; enfin il y en avait aussi, mais en moindre quantité, dans les reins et dans le sang de la veine-cave inférieure.

On examina aussi à l'autopsie du chat la lymphe du conduit thoracique, mais on ne put y constater de traces de charbon. Le sang de cet animal, de même que ses organes, en contenait également beaucoup moins que ceux des lapins et des coqs.

Outre les particules de charbon qu'il était impossible de méconnaître, je rencontrai partout des amas de petites molécules noires, arrondies, qui étaient souvent réunies par une masse transparente et amorphe.

Ces molécules, qui n'étaient peut-être que des charbons, pourraient peut-être appartenir à quelque autre substance.

Dans la bile et l'urine je ne trouvai rien que l'on pût considérer comme appartenant à la substance ingérée.

Ni ces organes, ni les vaisseaux, ni leur contenu, n'offraient la moindre altération appréciable à l'œil nu. Il en était de même de la muqueuse, de l'estomac et des intestins, dont le mucus présentait une coloration d'un noir-grisâtre due à la présence du charbon.

Dans plusieurs endroits les couches d'épithélium et les villosités étaient entièrement intactes; dans d'autres places elles semblaient moins abondantes.

Pour savoir si les corpuscules solides, mais entièrement arrondis, pouvaient effectuer leur passage dans le sang, comme cela arrive aux molécules de charbon, je fis avaler à deux lapins et à un jeune coq du bleu de Prusse récemment préparé, en l'administrant par le mode indiqué pour le charbon, mais en ne continuant que pendant trois jours seulement.

Les excréments prirent une couleur bleue; mais les animaux continuèrent à jouir de l'intégrité de leurs fonctions.

A l'autopsie, le sang des veines mésentériques, du tronc, de la veine-porte et d'autres organes, contenait un grand nombre de corpuscules arrondis ressemblant à tous égards aux particules du bleu de Prusse. Quelques-uns de ces corpuscules offraient même un reflet bleuâtre sur leurs bords, ou même dans leur partie centrale, si on éclairait convenablement. Cependant il est à remarquer que le bleu de Prusse convient moins à ce genre de recherches que le charbon ; que ces molécules n'ont rien de caractéristique dans leur forme, et que sous le microscope la couleur bleue n'apparaît d'une manière évidente que quand elles sont réunies en grand nombre ; ce qu'on ne peut pas toujours obtenir dans l'examen du sang.

C'est pour ces motifs et à plus forte raison qu'on ne peut employer le cinabre ou d'autres substances colorées en rouge ou en jaune.

Telles sont les expériences que j'ai voulu soumettre à l'attention des lecteurs ; elles pourront être variées de diverses façons et devront être répétées par d'autres observateurs avant que l'on puisse en tirer des déductions certaines et complètes.

Cependant, dès aujourd'hui, on peut affirmer que les matières solides et insolubles sont susceptibles de passer du canal intestinal dans les veines mosaraïques et dans le reste du système veineux.

Quant au mécanisme de ce phénomène, il m'a été impossible jusqu'ici de m'en former une idée. Il n'y a pas lieu de supposer, d'après l'examen anatomique de la muqueuse intestinale, que les ouvertures des villosités décrites par Bleuland puissent livrer passage à des molécules de charbon qui ont de 1/60 à 1/40 de ligne, ni surtout à des molécules qui présentent une forme arrondie ou quadrangulaire, et par conséquent des pointes ou des appendices aigus.

Il n'est pas démontré, non plus, que ce passage ait lieu au travers des intestins, des fibres (comme cela aurait lieu pour des aiguilles), ou bien par suite d'une rupture de l'épithélium, du derme muqueux et des parois vasculaires.

J'abandonne donc la solution de ces questions à d'autres plus expérimentés que moi, peut-être y gagnerons-nous une connaissance plus exacte de la structure intime de la muqueuse intestinale, surtout si on ne se laisse pas guider par des idées préconçues.

Inauguration de la statue de Larrey.

Voici les quelques paroles prononcées par notre digne confrère M. Thierry au nom du conseil municipal, qui était représenté à la cérémonie par MM. Boissel, Flon, Pelouze, Ségalas et Thierry, et qui y aurait assisté s'il n'eût été en séance pour terminer des affaires administratives qu'on ne pouvait remettre.

Il y a quelques années, sur la proposition de M. de Rambuteau, alors préfet de la Seine, le conseil municipal de Paris décerna à Larrey les honneurs d'une concession perpétuelle dans le cimetière du Père-Lachaise.

On avait pensé un instant que Larrey reposerait à côté de celui qu'il avait accompagné au milieu des batailles, et dont les restes sont aux Invalides.

Celui que l'empereur avait déclaré le plus honnête homme qu'il ait connu était digne de partager sa sépulture.

La commission municipale, fidèle aux traditions du conseil qui l'a précédée, s'associant à l'intention d'honorer toutes les gloires, a désigné une députation pour assister à l'inauguration de la statue du chirurgien en chef de la grande armée, et nous sommes venus ici remplir ce devoir.

Enfant de la révolution et de l'ancienne république, partout où la France a tiré son épée nous le rencontrons ; partout où le sang coule, où l'on reçoit des blessures, il est là ; en Egypte, en Russie, au milieu de nos discordes civiles, au pied de l'Atlas avec notre jeune armée d'Afrique, partout il est présent.

Dans son dernier voyage en Afrique, il s'entretenait avec M. Soudan, chirurgien en chef de l'armée ; il se rappelait les nuits qu'il avait passées en Egypte sous la tente du général Bonaparte, avec Desaix, Lannes, Subervie, s'entretenant de la patrie, de la gloire et de l'avenir de la République.

Dans sa longue carrière, ni la bonne, ni la mauvaise fortune ne portèrent atteinte à son noble caractère.

Il a été frappé à son retour en France comme un soldat à sa dernière étape, et il est mort dans l'exercice de ses fonctions d'inspecteur général du service de santé.

Reçois nos hommages, Larrey, comme si tu étais encore parmi nous ; ta statue, que nous saluons avec respect, conservera à la postérité le souvenir d'un grand dévouement et d'un héroïque courage !

Discours de M. Raciborski.

Ce savant confrère, après avoir rappelé comment le mélange continuel de sang français et de sang polonais sur les champs de bataille avait engendré une communauté d'idées et de sentiments entre les deux nations, et avoir expliqué la popularité dont jouit le nom de Larrey en Pologne, continue ainsi :

Maintenant que je vous ai fait connaître, Messieurs, les sentiments de cette nation amie, vous ne serez plus étonnés de me voir associer la Pologne à cette grande solennité qui nous réunit aujourd'hui dans ce panthéon de la chirurgie militaire. Le nom de Larrey est un des plus populaires parmi le peuple polonais. Tous les débris mutilés de cette armée de plus de cent mille âmes qui avait combattu dans vos rangs sont rentrés dans leurs foyers en emportant le souvenir de Larrey dans le cœur. J'en ai vu de mes propres yeux qui devaient leur vie aux opérations pratiquées par Larrey lui-même ; d'autres ne devaient leur salut qu'à l'habile organisation du service des ambulances et aux procédés ingénieux dont Larrey avait enrichi la chirurgie militaire. Ce sont les récits navrants de tous ces soldats, de ces invalides, qui ont mis en moi dès ma tendre jeunesse le germe du sentiment d'admiration que je devais éprouver plus tard pour ce Paré moderne.

Qu'il me soit permis, à moi déjà naturalisé parmi vous, mais tenant encore par de profondes racines à la Pologne, d'être dans ce moment l'interprète des sentiments de ce peuple ami pour la mémoire de l'illustre organisateur de la chirurgie militaire. Déjà les Polonais présents en France ont voulu prouver, par une nombreuse députation qui accompagnait les restes mortels de Larrey, combien ils déploraient la perte de cet homme illustre et si vénéré dans leur pays. Aujourd'hui je ne fais encore que traduire leurs sentiments en déposant une couronne de plus aux pieds de la statue de Larrey, au nom des chirurgiens et des invalides polonais.

NOTE SUR LE MONUMENT

élevé à la mémoire du baron Larrey.



Voici quelques détails purement descriptifs sur le monument de Larrey. Notre correspondant hebdomadaire s'est chargé d'apprécier l'œuvre au point de vue de l'art.

Le monument, élevé dans la cour d'honneur de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, se compose d'une statue en bronze et de quatre bas-reliefs, également en bronze, appliqués aux quatre faces du piédestal.

La statue et les bas-reliefs sont dus à M. David (d'Angers) ; le piédestal a été exécuté d'après les dessins et sous la direction de M. Achille Leclère.

Statue.

La statue représente Larrey en uniforme, debout, la tête découverte, et pressant sur son cœur le testament de Napoléon. Il a près de lui les livres les instruments et les armes qui indiquent ses travaux, ses services et les champs de bataille sur lesquels il montra son dévouement. Le noms de ces batailles sont inscrits sur une pièce de canon.

Bas-reliefs.

1° LA BÉRÉSINA. — Le pont de la Bérésina est encombré de militaires de tous grades et de toutes armes, de morts, de mourants, de canons et de chevaux. Divers épisodes retracent ce désastre ; mais alors qu'épuisés par les souffrances de toute nature, les hommes cédaient au sentiment d'un égoïsme excusable, et méconnaissaient la voix de leurs chefs, ils rendaient un insigne hommage de reconnaissance à celui qui les avait tant de fois secourus.

Les soldats ont entr'ouvert leurs rangs pour laisser passer Larrey, qui serre affectueusement la main d'un blessé. Un officier de cuirassiers cherche à lui frayer un passage, et de vieux guerriers mutilés le saluent avec respect.

2° AUSTERLITZ. — La *bataille des trois empereurs* est indiquée par les étendards de la France, de l'Allemagne et de la Russie.

Napoléon, entouré de son état-major, observe les mouvements des corps ennemis. Les chasseurs à cheval vont charger les hulans allemands ; des grenadiers de la garde enfoncent un carré de grenadiers russes ; les cosaques arrivent au galop, la lance en arrêt ; les tambours battent la charge, en tête des fusiliers de la garde qui marchent vers une redoute, où apparaît un officier tenant l'aigle, et élevant son chapeau en signe d'allégresse.

Au milieu d'un groupe de blessés, qui attendent ou qui ont reçu ses soins, Larrey, avec un de ses aides, panse un grenadier russe, et témoigne ainsi de son dévouement pour tous.

3° LES PYRAMIDES. — Bonaparte montre à ses soldats les pyramides. Il est à la tête de son état-major, où figurent Murat, Junot, Lannes et Berthier.

Un corps d'infanterie marche au pas de charge contre la cavalerie turque lancée au galop et le sabre au poing ; des Arabes et des Nègres se traînent aux pieds des soldats pour les poignarder.

Larrey, avec ses aides, secourt les blessés ; il s'apprête à opérer un officier, pendant que, derrière lui, un Arabe, armé d'un yatagan, tranche la tête d'un soldat français.

4° SOMMO-SIERRA. — Les Espagnols, repoussés par les Français, s'enfuient vers les montagnes en tirant leurs derniers coups d'espingole. Une batterie, défendue par eux, est emportée par une charge de lanciers qui décide la victoire.

L'empereur apparaît à distance avec quelques généraux ; près d'eux, le maréchal Victor, auquel est dû le succès de la bataille, donne l'ordre aux tirailleurs de la garde de poursuivre l'ennemi.

Différents groupes représentent la lutte désespérée des Espagnols.

Le baron Larrey préside aux soins à donner aux blessés ; un caisson des ambulances volantes est disposé pour les recevoir ; des soldats transportent un officier mis hors de combat, et tenant encore son sabre brisé, tandis que son fils, blessé aussi, l'embrasse tendrement.

NOUVELLES.

A la suite d'un pénible et brillant concours ouvert il y a plusieurs mois pour une place de prosecteur des hôpitaux, M. Froment vient d'être nommé. Les deux concurrents, et en particulier M. Triquet, ont soutenu la lutte avec beaucoup de distinction.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, ouvrira, le 14 août, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès-sciences et au 1er examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à deux heures et demie, celui de physique à une heure un quart, et celui d'histoire naturelle à trois heures et demie.

Lorsque le cours de chimie spéciale est terminé, le professeur déduit, pour les personnes inscrites à cet effet, les applications de la chimie aux arts et à l'industrie.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 97. (23e ANNEE.) JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

La nouvelle loi sur le timbre nous impose l'obligation de modifier de la manière suivante nos prix d'abonnement.

Désormais ils sont ainsi fixés pour Paris comme pour les départements :

TROIS MOIS.	8 FR. 50 c.
SIX MOIS.	16 —
UN AN.	30 —

PARIS, 16 AOUT 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie serait-elle sensible au reproche qu'on lui répète avec une certaine ténacité depuis quelque temps ? Nous le désirerions, dans son intérêt comme dans celui de la science et des travailleurs. En attendant que l'avenir fixe définitivement nos idées à cet égard, nous aimons à constater le zèle qui a été déployé dans la dernière séance. Quatre rapports dans un seul jour ! Voilà vraiment qui est digne de tous nos éloges.

Le premier a été fait par M. Soubeiran sur un travail exclusivement chimique de M. Filhol, sur les eaux de Bagnères-de-Luchon. On sait que personne ne fait de meilleurs rapports que M. Soubeiran, quand cet académicien veut bien s'en donner la peine. C'est ce qu'il a fait cette fois. Le nom de l'auteur d'ailleurs, déjà honorablement connu dans le monde scientifique, exigeait qu'on étudiât sérieusement son travail. Si le point de vue auquel il s'est placé n'eût pas été exclusivement chimique, nous aurions été heureux nous-même de lui rendre hommage plus longuement.

M. Civiale avait à apprécier un travail qui nous intéresse plus directement ; c'était un cas de cystite chronique présenté par M. le docteur Mordret, et présentant quelques particularités pratiques dignes d'attention. Or, les détails pratiques sont précisément ceux où se montre au plus haut degré la sagacité du célèbre chirurgien. Rien d'étonnant donc qu'il ait su donner de l'intérêt à un fait isolé, qui ne sortait que par quelques particularités secondaires de ceux qui sont consignés dans la science. Nos lecteurs trouveront, dans l'extrait étendu que nous donnerons de ce rapport, des préceptes importants dont ils auront souvent l'occasion de faire l'heureuse application dans le cours de leur carrière médicale.

Les observations dont M. Jobert avait à entretenir l'Académie, quoique émanant d'un observateur et d'un praticien distingué, M. Cazenave (de Bordeaux), ne paraissaient offrir, l'une du moins, que peu d'intérêt spécial. Aussi l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu s'est-il contenté d'en rendre un compte succinct à ses collègues, tout en appréciant avec convenance le mérite bien connu de M. Cazenave, et en faisant remarquer que l'une des observations communiquées par ce praticien apportait un nouveau fait qui prouve l'utilité, dans certains cas, de la méthode des incisions multiples, méthode dont la pratique est redevable, comme tout le monde le sait, à M. le docteur Vidal.

M. Lecanu a clos la série des rapports ; mais ce n'est pas le cas de dire : aux derniers les bons. Cet honorable *académicien* (puisqu'il faut bien l'appeler par son nom) semble créé et mis au monde uniquement pour perpétuer la vieille querelle des médecins et des apothicaires. Puisque Despréaux a dit qu'un sot trouve toujours un plus sot qui l'admire, il n'est pas absolument impossible que M. Lecanu trouve quelque aspirant d'académie ou autre qui l'encourage dans cette triste voie. Quant à nous, nous pensons et nous disons franchement que M. Lecanu emploierait mieux son temps en apprenant à faire de bons rapports et en écoutant ceux de ses collègues.

Malgré la lecture de ces quatre rapports, l'Académie a encore pu entendre un travail de M. Garnier sur une épidémie très intéressante de jaunisse qui a régné sur les troupes de l'expédition de Rome. Le sujet de ce travail, les conclusions importantes auxquelles l'auteur a été conduit, méritaient une grande sévérité d'observation, une grande précision de détail ; aussi avons-nous regretté que les prétentions de l'honorable auteur aient été littéraires plutôt que scientifiques.

Séance de l'Académie des Sciences.

Par l'organe de M. Velpeau, la contagion du choléra s'est donné carrière dans la dernière séance de l'Académie des Sciences. Nous aurions démontré une fois de plus l'erreur du savant professeur, si le rapport, aujourd'hui sans doute bien prochain, de la commission du choléra ne nous mettait dans l'obligation de discuter à fond sous peu de jours une dernière fois cette grave question. Nous nous contentons aujourd'hui d'affirmer que l'illusion des contagionistes vient uniquement de ce qu'ils se renferment dans un des éléments du problème, au lieu de considérer tous les éléments dans leur ensemble.

L'espace nous manque aujourd'hui pour insérer nos réflexions sur la nouvelle organisation, qui n'est qu'une reconstruction de l'école du Val-de-Grâce, ainsi que sur le décret suivant, qui prouve que l'entêtement de l'intendance sanitaire de Marseille l'emporte sur les progrès de la science et la puissance de l'autorité.

Un décret du 4 août porte :

ART. 1er. Les provenances des pays où règne la fièvre jaune pourront être, dans les ports de la Méditerranée, soumises, suivant les circonstances, à une quarantaine d'observation de trois jours au moins et de dix jours au plus.

ART. 2. Si, pendant la durée de la quarantaine, il ne s'est manifesté aucun cas de fièvre jaune, les provenances seront admises en libre pratique ; mais, s'il y a lieu, la quarantaine d'observation pourra, par décision de l'administration sanitaire, être prolongée de dix jours, à partir de la terminaison de la maladie dans le dernier cas constaté.

Autre échantillon de la faiblesse ministérielle.

On lit dans le Nouvelliste de Marseille du 12 août :

« M. de Lamartine est sorti ce matin du lazaret, de retour de son voyage en Orient. Il est descendu à l'hôtel des Empereurs, qu'il doit quitter demain pour aller habiter pendant quelques jours la villa des Bains du Prado. »

Si nos provenances du Levant doivent être soumises à la quarantaine en arrivant à Marseille, à quoi servent nos médecins sanitaires ? Si tout doit continuer comme par le passé, nous qui les avons défendus, nous serons les premiers à souscrire au projet de la commission des finances, qui est de les supprimer.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Résection des deux os maxillaires supérieurs en totalité.

Nous avons assisté tout récemment à une de ces opérations hardies qui depuis quelque temps se succèdent à de courts intervalles dans le service de l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin, et qui réalisent chacune un véritable progrès dans l'art chirurgical. Il s'agit cette fois de l'extirpation des deux os maxillaires supérieurs à la fois.

Un homme de soixante et quelques années était depuis deux ans affecté d'une tumeur cancéreuse qui avait graduellement englobé l'os maxillaire droit et la plus grande partie du même os du côté gauche. La lèvre supérieure était envahie ainsi qu'une partie de la peau du nez ; mais, en arrière, le voile du palais était parfaitement sain. Le malade, doué d'une forte constitution, réclamait ardemment l'opération et ne reculait devant aucune douleur, aucune difficulté. A toutes les questions qu'on lui adressait, à toutes les observations qu'on lui faisait, il répondait toujours : *Je veux vivre.*

Après de mûres réflexions, M. Maisonneuve, croyant en conscience devoir céder au *désir de vivre* si énergiquement exprimé par le malade, décida l'opération et l'exécuta le 2 août de la manière suivante :

Le malade est couché sur le dos, la tête un peu élevée par un oreiller. On le soumet à l'inhalation du chloroforme, sans toutefois pousser l'anesthésie jusqu'à la résolution complète.

Premier temps. — Une incision verticale est pratiquée sur la ligne médiane depuis le sillon fronto-nasal jusqu'à la partie moyenne de la lèvre supérieure. Une seconde incision perpendiculaire à la première, qu'elle transforme en une incision en T, réunit le grand angle de l'œil droit avec celui de l'œil gauche : il en résulte deux énormes lambeaux quadrilatères, dont le bord supérieur est représenté par une moitié de l'incision transversale et le bord libre de la paupière inférieure, dont le bord inférieur est constitué par une moitié du bord libre de la lèvre inférieure, dont le bord interne est entièrement formé par l'incision verticale et dont le bord externe se continue avec la zone correspondante.

Deuxième temps. — Ces deux lambeaux sont disséqués avec promptitude de l'un et de l'autre côté jusqu'au niveau des masséters, puis on procède à la ligature de quelques artères qui donnaient du sang.

Troisième temps. — M. Maisonneuve procède ensuite au placement de trois scies à chaînette destinées à la section des os. La première, introduite par la fente sphéno-maxillaire droite, vient sortir au-dessous de l'os jugal correspondant ; la deuxième, introduite par la fente sphéno-maxillaire gauche, vient sortir de même au-dessous de l'os jugal de ce côté ; la troisième, introduite à travers l'os unguis gauche, vient sortir à travers l'os unguis droit. L'introduction de ces trois scies a été prompte et facile.

Quatrième temps. — Après avoir disposé les scies à chaînes, M. Maisonneuve isole avec soin la tumeur et les os qu'elle englobe ; il la sépare surtout du voile du palais au moyen d'une incision transversale.

Cinquième temps. — Armé d'une forte pince de Liston, il isole les os maxillaires supérieurs du sphénoïde du côté gauche d'abord, puis du côté droit : il porte successivement les mors de la pince dans chacune des rainures de scie afin d'ébranler la masse, qui bientôt lui reste dans la main.

Quatre ligatures seulement et un bouton de feu furent nécessaires pour arrêter l'écoulement sanguin de cette horrible plaie.

Enfin, après s'être mis en garde contre l'hémorrhagie, M. Maisonneuve excisa avec les ciseaux toutes les portions malades que renfermaient encore les lambeaux et qui comprenaient le nez tout entier et le tiers moyen de la lèvre supérieure. Puis, il procéda à la réunion.

Les paupières furent reconstituées les premières. Il suffit pour cela de réappliquer dans sa place primitive le bord supérieur des lambeaux au moyen de quelques points de suture simple ; en second lieu, on réunit le bord interne des lambeaux sur la ligne médiane de manière à clore cet immense hiatus.

L'opération tout entière et le pansement n'ont duré guère que vingt minutes.

C'est la deuxième fois que l'habile chirurgien de Cochin ose ainsi attaquer les deux os maxillaires supérieurs. Déjà (voir la *Gazette des Hôpitaux* de 1849, p. 218) nous avons rendu compte de la première de ces opérations, dont le sujet est actuellement guéri. Nous espérons que cette nouvelle tentative sera couronnée du même succès. Nous dirons toutefois que cette dernière opération réalise sur la première un progrès considérable ; car, dans le premier cas, les os maxillaires seuls ont dû être enlevés ; les portions molles de la face et de la bouche, parfaitement intactes, avaient pu être conservées ; tandis que, dans le cas présent, le chirurgien a dû sacrifier non-seulement les os maxillaires supérieurs tout entiers, mais encore une grande partie des téguments de la face et toute la muqueuse palatine.

Nous appellerons enfin l'attention sur le procédé aussi simple qu'ingénieux employé par M. Maisonneuve pour opérer les sections des arcs-boutants osseux : trois traits de scie ont suffi pour obtenir ce résultat, et le passage de cet instrument n'a présenté aucune difficulté. N...

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

Myélite chronique partielle avec hémiparaplégie.

La myélite partielle est une affection excessivement rare. Les cas d'hémiparaplégie consécutive à cette localisation morbide restent clairsemés dans la science et à l'état presque douteux. Si l'esprit ne se refuse point à admettre que la phlogose, même à l'état de chronicité, puisse n'attaquer qu'une portion restreinte d'organe membraneux ou parenchymateux, malgré la tendance prononcée qu'a ce genre de travail morbide à l'extension par continuité, il est rationnel d'en inférer que, pour qu'elle ne progresse pas en étendue, la cause qui l'engendre doit rester bornée elle-même. Deux modes de progression sont propres à l'état inflammatoire : progression en intensité, qui peut le faire arriver depuis la chronicité absolue jusqu'au plus haut degré de l'acuité ; progression en dimensions, qui, du point le plus restreint d'un organe, lui fait gagner tout ou la plus grande partie de son étendue.

Ces deux modes de progression de l'état inflammatoire sont subordonnés à l'influence de l'action provocatrice directe et à la disposition organique. Pour nous servir d'une comparai-

son qui rendra mieux notre pensée; nous prendrons les phlogoses de la plèvre. Un tubercule isolé sur cette membrane donnera lieu à une inflammation périphérique restreinte et sourde si la plèvre est exempte de congestion antérieure; un refroidissement subit, qui supprime l'exhalation cutanée habituelle, déterminera une phlegmasie plus ou moins intense par la congestion plus ou moins prononcée et plus ou moins vaste qu'il occasionnera sur la surface pleurale.

Cet état pathologique reste donc directement subordonné au stimulus dont il reçoit l'impulsion et à la disposition organique, deux conditions essentielles à sa manière d'être.

Nous avons en ce moment dans notre service un malade qui nous intéresse à un très haut point, tant à cause de l'hémiparaplégie qu'il présente et que nous rapportons à une myélite chronique partielle, qu'à cause de la ténacité des accidents qui résistent à tous les moyens jusque-là employés.

En voici l'histoire abrégée :

Le nommé Julie, âgé de trente-neuf ans, taille et constitution moyennes, soldat au 27e de ligne, ayant dix-sept ans de présence sous les drapeaux, était sujet depuis fort longtemps à des douleurs rhumatismales qui avaient rarement frappé les articulations, siégeant de préférence sur les membranes fibreuses, les aponévroses. Il y a un an, ces douleurs semblèrent prendre domicile définitif le long du rachis, dans la région sacro-lombaire. En même temps survint, dans le membre pelvien droit, une faiblesse qui arriva promptement à un degré prononcé; des fourmillements, du refroidissement avec sudation continue accompagnèrent cet état de débilité du membre; la perversion de la sensibilité dans cette extrémité fut telle que la plante du pied n'avait plus la perception du sol sur lequel elle s'appliquait.

Julie est entré trois fois dans les hôpitaux dans le courant de l'année. Le 18 avril, il a été admis dans nos salles; c'est la quatrième entrée, sa position ne s'étant jamais améliorée.

Ce n'est pas seulement sa paralysie qui lui a fait demander, cette fois, son admission à l'hôpital. Les douleurs rhumatismales ont reparu avec une certaine acuité; c'est dans le trajet et suivant la longueur des membres qu'elles se manifestent. Par moments, ceux-ci deviennent libres; c'est alors au tour des membranes des cavités crânienne et splanchnique à être affectées. Ces douleurs ne sont suivies que de peu de réaction fébrile.

Le membre paralysé n'a pas encore souffert dans sa nutrition. Le simple toucher de la main indique une différence de température entre son congénère et lui. Celui du côté droit est refroidi, tandis que le gauche conserve sa chaleur normale. Même disposition par rapport à la sensibilité cutanée. C'est ainsi qu'on peut pincer impunément le membre droit, le piquer avec une aiguille, le malade ne semble pas en avoir la perception. La même manœuvre sur le membre gauche détermine des mouvements instinctifs, ce qui indique que toute la sensibilité est conservée.

Malgré cette anesthésie cutanée dans le membre pelvien droit, des douleurs, parfois vives, parcourent la partie charnue; les extrémités digitales conservent constamment un certain endolorissement. Il est le siége de fourmillements, d'engourdissements continus, et la peau y est toujours humide. Le malade se meut assez facilement dans son lit; ces mouvements ne suscitent aucune douleur, mais il ne peut s'en servir dans la sustentation et la progression. Il y a chez Julie une constipation presque habituelle, quelquefois opiniâtre, et des envies fréquentes d'uriner. Si l'on presse fortement sur les apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires et sur l'arête du sacrum, on détermine des douleurs dans la partie correspondante du canal rachidien. Le même phénomène se produit plus fortement encore par la percussion.

Si nous rapprochons ces signes locaux aujourd'hui observés des accidents qui depuis plusieurs années tourmentaient notre malade et qui sont évidemment de nature rhumatismale, nous sommes tenté de conclure de prime abord à une myélite partielle liée à la même influence.

Notre premier soin a été de combattre les douleurs rhumatiques nouvellement reparues. La saignée modérément employée, l'émétique à haute dose, agissant comme révulsif énergique sur le tube digestif, n'ont donné que des résultats faiblement satisfaisants; les bains de vapeur répétés et la teinture de colchique portée jusqu'à la dose de deux grammes ont fini par en triompher.

Pendant les deux mois suivants notre thérapeutique est dirigée contre la myélite partielle et l'hémiparaplégie consécutive, qui n'ont nullement été amendées par le précédent traitement. Quelques applications de sangsues en saignée continue sur l'extrémité inférieure de la moelle, des ventouses scarifiées, des vésicatoires, une série de cautères successivement appliquées le long des gouttières lombaires sacrées; les purgatifs salins d'abord, drastiques ensuite; les bains sulfureux et de vapeur; les frictions sur le membre malade avec des substances irritantes, ont laissé dans le même état cette affection rebelle, qui, cependant, n'a pas progressé. Nous voulions essayer de l'usage des eaux thermales pour la deuxième saison; notre malade n'a pu être compris parmi les militaires qui ont été désignés. Nous regrettons d'autant plus cet ajournement à trois mois, qu'il ne nous restera plus grande ressource par devers nous.

Il s'agit maintenant de justifier aussi convenablement que possible le diagnostic que nous avons porté, tant nous sommes enclin nous-même à regarder comme le résultat d'illusion en séméiologie la plupart des myélites partielles qui ont été relatées.

Les phénomènes observés du côté du membre inférieur droit appartiennent-ils bien à la paralysie? C'est de la dernière évidence. Reste donc à déterminer à quel genre de lésion pourrait être rapportée cette paralysie. Elle ne pourrait reconnaître pour cause qu'une lésion localisée du cerveau, une sciatique, la compression du nerf du même nom à son origine, ou enfin une lésion partielle de la moelle.

L'hémiparaplégie, quand la cause réside dans le cerveau, dépend toujours d'un état morbide localisé dans cet organe. Un tel état morbide et amenant de tels résultats surgit difficilement sans manifestation aucune. Notre malade n'a jamais éprouvé de céphalalgie un peu tenace et continue, son intelligence est toujours restée intacte; en un mot, rien n'indique que cette portion des centres nerveux ait jamais eu à souffrir. Nous pouvons donc exclure ce genre de cause.

Peut-on rationnellement admettre qu'il y a eu ici sciatique initiale, et que c'est à sa suite qu'est survenue la paralysie? Mais la sciatique se traduit par des signes non douteux. Ce sont des douleurs plus ou moins vives partant de la partie de la hanche correspondant à l'échancrure sciatique et parcourant le membre en tout ou partie, suivant le trajet du nerf. Ces douleurs amènent une grande gêne dans les mouvements, quelquefois leur impossibilité, mais non la paralysie. Notre malade n'a jamais éprouvé de douleurs analogues, et les mouvements encore possibles dans le membre ne manquent que de l'incitation nerveuse nécessaire. La sciatique, par la persistance, suscite dans le membre qui en est frappé une atrophie d'autant plus prononcée, qu'elle est de date plus ancienne. Notre malade conserve au contraire autant d'embonpoint dans l'une que dans l'autre extrémité.

Reste à déterminer en dernier lieu si la paralysie serait le résultat de la compression du nerf sciatique vers son origine, ou si elle est réellement due à une affection de la moelle.

Aucune tumeur n'est perçue sur le trajet du nerf, soit qu'on l'explore à l'extérieur, soit que le doigt introduit par l'anus se livre à des recherches internes; nous avons au contraire des douleurs à la partie inférieure du rachis, douleurs surexcitées par la pression et la percussion, et qui mettent évidemment à découvert l'origine de cette hémiparaplégie. Il s'agit donc bien en effet d'une lésion de la moelle et d'une lésion restreinte. Par une dernière analyse, cherchons à préciser la nature de cette lésion, et là finit notre tâche. Nous pouvons d'abord exclure toute affection aiguë. Parmi les affections chroniques susceptibles de n'atteindre qu'une portion latérale du cordon rachidien, nous ne voyons qu'une tumeur d'un petit volume développée dans la substance même du cordon ou à la face interne du canal osseux, et susceptible de comprimer la portion voisine de la moelle, ou une phlogose chronique restreinte et stationnaire.

L'absence de toute déviation, de toute déformation dans le corps des vertèbres et du sacrum, la négation absolue de signes syphilitiques, maladie dont le sujet n'a jamais été atteint; l'intégrité des organes thoraciques qui ne permet pas de croire à une diathèse tuberculeuse; toutes ces circonstances nous forcent à exclure l'idée d'une tumeur osseuse, syphilitique ou tuberculeuse, développée aux dépens des parois du canal rachidien, de tout tubercule projeté dans les mailles du cordon lui-même. En outre, la paralysie qui succède à ces genres de lésions arrive par gradation, et va en progressant si les tumeurs progressent, ou disparaît par l'habitude que la moelle se fait à la compression si les tumeurs sont petites et stationnaires.

Pour tous ces motifs, nous croyons avoir affaire à une myélite chronique localisée à une moitié latérale, et plus particulièrement au faisceau antérieur de cette moitié de la partie inférieure de la moelle. Considérant que Julie a été fort longtemps sujet au rhumatisme avant d'en venir à ces accidents, qu'il y a même eu une transition appréciable des douleurs rhumatiques siégeant dans les autres parties aux accidents aujourd'hui observés, nous pensons que cette myélite tient essentiellement du rhumatisme.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 août 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'instruction publique envoie l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Larrey;

Plusieurs états de vaccinations, entre autres celui dressé par M. Duponchel, sur les vaccinations faites sur les tribus arabes d'Oran.

Correspondance manuscrite. — Choléra.

M. Brochard envoie la relation médicale de l'épidémie de choléra qui a régné pendant l'année 1849 à Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir), avec un plan de la ville. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Le choléra est une maladie épidémique et contagieuse.

2° La cholérine et le choléra sont deux affections de nature identique, et qui peuvent se transformer l'une dans l'autre en se communiquant. (Commission du choléra.)

2° M. Calvy, médecin en chef des hospices civils de Toulon, transmet la copie d'un mémoire qu'il vient d'adresser à l'autorité sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1849 dans le Beausset (Var). (Même commission.)

M. Cloquet dépose, au nom de M. le docteur Martineng, de la Seyne, près Toulon, un mémoire sur le choléra de 1849 dans cette localité. (Même commission.)

— M. Soubeiran lit au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Patissier, Soubeiran, rapporteur, un rapport sur un travail de M. le professeur Filhol, de Toulouse, intitulé : *Recherches sur les eaux minérales de Bagnères-de-Luchon*. Ce mémoire a spécialement pour objet l'étude des phénomènes du blanchiment des eaux sulfureuses. Dans un second travail, il se propose d'étudier l'analyse quantitative des sources de Bagnères-de-Luchon. La commission propose, par l'organe de son rapporteur, de remercier M. Filhol de sa communication, de l'engager à adresser à l'Académie la suite de son travail, et de renvoyer ce premier mémoire au comité de publication pour être inséré dans les travaux de l'Académie.

M. le rapporteur exprime en outre le vœu que M. Filhol soit compris dans la première liste des candidats aux places de correspondants.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Civiale lit un rapport sur un cas très intéressant de cystite chronique. Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer l'extrait de ce travail à notre prochain numéro.

— M. Lecanu lit au nom d'une commission composée de MM. Gibert, Guibourt et Lecanu, rapporteur, un rapport sur les mémoires de MM. Gille et Blancard, concernant les *préparations des pilules d'iodure de fer*.

La commission reconnaît que, dans les dragées préparées par M. Gille, l'iodure semble devoir être parfaitement défendu de l'action oxygénante de l'air; mais elle pense que le procédé suivi pour leur préparation n'offre rien de nouveau, soit en ce qui concerne le choix des matériaux additionnés, capables d'abriter le médicament de l'action de l'air, soit en ce qui concerne leur mode d'application.

Elle considère au contraire le procédé de M. Blancard comme remplissant parfaitement son objet, à savoir : la conservation du proto-iodure de fer dans les pilules, à l'aide de manipulations particulières.

En conséquence la commission propose, par l'organe de son rapporteur, d'accorder l'approbation de l'Academie au procédé de conservation des pilules de proto-iodure de fer imaginé par M. Blancard. Elle demande, en outre, la publication dans le *Bulletin* de l'Académie du mémoire de ce praticien, en raison, tant des détails très précis de manipulation dans lesquels il est entré, que de l'indication des moyens plus ou moins nouveaux qu'il a mis en usage pour constater certaines altérations de l'iodure ferreux.

Après quelques observations de MM. Bouchardat, Gérardin, Moreau et H. Gaultier de Claubry, l'Académie adopte les conclusions du rapport avec quelques modifications, consistant à remplacer les mots : « approbation de l'Académie, etc.; » par ceux-ci : « décider que le procédé de M. Blancard, offrant des avantages, sera publié dans le *Bulletin*, etc.; » le reste comme dans le rapport.

— M. Garnier, médecin de l'hôpital militaire de Versailles, auparavant attaché à l'armée d'expédition de Rome, lit un mémoire sur une épidémie d'ictère qu'il a observée dans les troupes de l'expédition de Rome, et qui ne serait, suivant ce médecin, que le *typhus d'occident*.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 août 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Fistules vésico-utérines et utéro-vésico-vaginales.

M. Jobert (de Lamballe) adresse un mémoire sur les fistules vésico-utérines et utéro-vésico-vaginales. Il explique en ces termes, dans une lettre d'envoi, l'objet de ce mémoire :

« Ce point théorique et pratique de la science réclamait une étude approfondie de ces sortes de lésions. La symptomatologie, l'étiologie et le traitement de ces fistules n'avaient pas même été ébauchés. C'est pour combler cette lacune que j'ai entrepris une série de recherches dont j'ai cru devoir entretenir l'Académie.

» Jusqu'ici je ne m'étais occupé sérieusement que des fistules vésico-vaginales proprement dites.

» Les fistules qui font le sujet de ce mémoire ne m'avaient guère paru accessibles, dans le principe, au chirurgien. D'ailleurs, les dispositions anatomiques et la physiologie de la région m'avaient fait penser à leur incurabilité. Je dirai, dans le mémoire, comment je m'étais trompé. L'expérimentation a heureusement bien changé mes idées, et la réflexion m'a bientôt fait voir qu'elles n'étaient pas plus incurables que les fistules vésico-vaginales. »

Physiologie du cœur.

M. Faton, interne des hôpitaux de Paris, envoie un travail intitulé : *Etudes sur quelques points de la physiologie du cœur de l'homme*.

L'auteur résume son mémoire en ces termes :

« Pensant que l'observation du cœur retiré de la poitrine, si souvent faite jusqu'ici, était insuffisante pour dissiper les doutes qui résultent de la diversité des opinions émises par les physiologistes sur quelques points de la théorie des mouvements et des bruits du cœur, j'ai cherché d'autres moyens d'étude qui m'ont conduit à des conclusions dont voici le résumé :

» Le volume total du système vasculaire de la poitrine n'est pas sensiblement changé par le jeu des différentes parties du cœur pendant que cet organe exécute un battement complet.

» Les changements de capacité des oreillettes et des ventricules résultent principalement du déplacement de la cloison auriculo-ventriculaire, qui subit, par le fait des mouvements propres du cœur, des déplacements continuels plus étendus que ceux que subit toute autre paroi du cœur. La dilatation des cavités du cœur résulte principalement de l'antagonisme des fibres musculaires qui s'insèrent de chaque côté de cette cloison, de la tendance des poumons au resserrement et de l'afflux du sang à l'intérieur des cavités du cœur.

» La forme de la partie ventriculaire du cœur est nécessaire. De cette forme il résulte que la base des ventricules seule se déplace pendant leur systole, tandis que les autres parois diminuent d'étendue sans que leur surface extérieure subisse et fasse subir aux organes contigus de déplacement notable.

» Le cœur aspire le sang veineux, et contribue ainsi directement à son mouvement, et indirectement à celui de la lymphe. Cette aspiration est en partie la cause de l'absorption qu'exercent les veines et les lymphatiques. L'impulsion précordiale de la pointe du cœur est due en grande partie à la *poussée* qui s'exerce sur la paroi opposée aux orifices d'écoulement au moment de la contraction des ventricules.

» Le premier bruit normal du cœur est dû en partie à la tension brusque des cordages tendineux qui s'insèrent aux valvules auriculo-ventriculaires.

« Le cœur et les vaisseaux de la poitrine augmentent un peu de volume pendant l'inspiration, et diminuent pendant l'expiration. Les mouvements respiratoires contribuent à produire la circulation du sang, et leur grande énergie augmente notablement la vitesse de la circulation et la force d'aspiration du cœur. La vitesse de la circulation n'est pas en rapport exact avec la fréquence du pouls.

» Le sang veineux, quand le cœur est exempt de toute lésion, continue à affluer dans le cœur pendant la contraction des oreillettes. L'expiration ne produit pas de reflux, de cours rétrograde du sang veineux. »

Présence de l'urée dans le liquide amniotique.

M. Balard présente, au nom de M. Regnault, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, une note sur le liquide amniotique de la femme.

M. Regnault a extrait du liquide amniotique de l'urée, qu'il a pu isoler en cristaux. Il se propose de déterminer avec précision les autres principes immédiats contenus dans ce liquide.

Contagion du choléra.

M. Velpeau présente, au nom de M. Pellarin, un nouveau mémoire sur la contagion du choléra. L'auteur expose, dans ce mémoire, les faits exposés dans un mémoire récemment adressé à l'Académie de Médecine, et y joint la relation de quelques faits nouveaux.

Sur la demande de M. Velpeau et de quelques autres membres, ce travail est renvoyé à la section de médecine et de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 août 1850. — Présidence de M. Danyau.

M. Denonvilliers présente à la Société un enfant de seize jours sur lequel il a pratiqué avec succès une opération destinée à remédier à une imperforation de l'anus.

L'opération a consisté à aller, par une dissection poussée très profondément, chercher le rectum dont la partie inférieure manquait, à disséquer cet intestin après l'avoir ouvert, et à le fixer à l'aide de ligatures dans la plaie périnéale. Le résultat a été heureux.

Le fait communiqué par M. Denonvilliers présentait plusieurs points intéressants que nous devons nous borner à énumérer ici :

1° Un vice de conformation de la verge, qui n'a point d'enveloppe cutanée, et sur laquelle on voit une cicatrice ; indice de quelque altération survenue pendant la vie intra-utérine ;

2° L'absence d'une partie du rectum, la déviation du raphé des bourses et du périnée ;

3° La présence au périnée de deux vestiges de l'anus, placés sur une même ligne horizontale, et consistant l'un dans un petit pertuis terminé en cul-de-sac, l'autre dans une dépression avec froncement circulaire de la peau ;

4° Enfin et surtout, la rétention au-dessus du rectum du méconium solidifié et moulé, disposition importante en pratique et tout à fait différente de l'état de choses ordinairement observé.

M. Monod. Dans les cas, déjà assez nombreux, où j'ai dû pratiquer une opération analogue à celle de M. Denonvilliers, j'ai toujours trouvé le méconium accumulé dans la partie inférieure du rectum, immédiatement au-dessus de l'oblitération de cet intestin. Comme ce que j'ai vu est parfaitement conforme à ce que nous disent les auteurs, je me demande si l'exception rencontrée par notre collègue ne s'expliquerait point par un rétrécissement situé au-dessus du rectum.

M. Chassaignac. J'ai constamment vu, comme M. Monod, le méconium contenu dans la partie inférieure du rectum dilaté en ampoule ; mais je me rendrais compte autrement que lui de l'anomalie qui s'est présentée ici. Cet enfant a été opéré trois heures après sa naissance ; ordinairement cet intervalle est plus considérable ; il est rare qu'il ne soit au moins de vingt-quatre heures. Peut-être qu'alors un nouveau liquide est sécrété, qui s'ajoute au méconium dont, il hâte l'acheminement par en bas et dont il rend la présence plus sensible. Chez cet enfant, ce liquide additionnel n'aurait pas eu le temps de se former.

M. Nélaton. Ce qu'il y a d'exceptionnel dans le cas de M. Denonvilliers, ce n'est pas seulement l'élévation du siége du méconium, mais encore l'état solide de cette matière ordinairement liquide. Quant à l'explication de M. Chassaignac, elle me paraît difficile à concilier avec ce qui s'observe chez les fœtus morts pendant le travail ou presque immédiatement après, et chez lesquels le méconium est parvenu à la partie inférieure du rectum.

M. Guersant. Je rappellerai à la Société ce que j'ai déjà eu occasion de lui dire dans une autre circonstance ; cette anomalie m'a présenté trois variétés : 1° terminaison du rectum dans la fosse iliaque ; 2° transformation d'une certaine longueur de cet intestin en un cordon qui aboutit à l'anus ; 3° occlusion de cette partie du tube digestif par un simple diaphragme.

M. Danyau. Je regrette de n'avoir pas connu le fait de M. Denonvilliers à l'époque où celui que je vais rapporter se présenta à mon observation.

Un enfant né à terme et bien conformé n'avait pas encore eu d'évacuation vingt-quatre heures après la naissance. L'orifice inférieur du rectum était à l'état normal ; mais, à deux ou trois centimètres plus haut, cet intestin était oblitéré. Le doigt introduit jusqu'à cet obstacle ne sentait point au-dessus cette accumulation de méconium indiquée par tous les auteurs. Une sonde introduite dans la vessie me parut arriver sur le sacrum et le toucher par toute sa courbure ; je crus qu'il y avait une lacune dans la continuité du rectum, et je n'osai ponctionner le cul-de-sac intestinal, dans la crainte de percer la vessie. J'attendis au lendemain, et les tentatives inutiles que je fis pour découvrir la partie supérieure du rectum à l'aide d'incision dans le périnée et de pressions pratiquées sur l'abdomen me confirmèrent dans ma première idée, et le cas fut regardé comme au-dessus des ressources de l'art. L'enfant mourut ; l'oblitération du rectum consistait en un simple diaphragme au-dessus duquel il n'y avait que des gaz et une minime quantité de méconium. Ce liquide était contenu, et en très grande abondance, dans le colon transverse.

L'explication de M. Chassaignac ne pouvait donc pas s'appliquer au cas dont il s'agit ; mais il y en a peut-être d'autres auxquels elle conviendrait parfaitement. Il n'est pas très rare, en effet, que chez le nouveau-né la première selle n'ait lieu qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

M. Gosselin. Aux faits de MM. Denonvilliers et Danyau, j'en ajouterai un très analogue que j'ai observé avec M. Blandin. L'enfant était né depuis au moins vingt-quatre heures ; le chirurgien disséqua lentement le périnée dans la direction du prolongement du rectum. Ne trouvant pas l'ampoule que forme ordinairement cet intestin dilaté par le méconium, il plongea par la plaie un trocart à deux ou trois centimètres de profondeur. Il s'écoula un peu de méconium, et l'on crut que l'instrument était arrivé dans le rectum. L'enfant mourut. Le rectum, qui, à deux centimètres de la peau, se continuait en haut par un cordon filiforme, ne contenait dans sa partie supérieure, ainsi que le colon tout entier, qu'une matière muqueuse épaisse ; le méconium se trouvait au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Il y eut là une erreur fâcheuse, mais alors inévitable. Billard avait déjà signalé des faits semblables quant au siége du méconium.

M. Giraldès. M. Danyau n'a-t-il remarqué aucune altération dans les membranes intestinales ?

M. Danyau. Aucune ; rien d'insolite.

M. Forget. J'ai publié en substance un fait analogue, dont je pourrai dans la prochaine séance communiquer les détails à la Société.

M. Chassaignac. Je ne me rappelle pas si, dans le manuel de cette opération, les auteurs recommandent le cathétérisme ; mais je le crois indispensable, si l'on veut être sûr d'éviter la vessie en forçant l'ampoule rectale.

J'ai observé chez plusieurs nouveau-nés des selles épithéliales ; circonstance dont il est bon d'être prévenu dans ce cas.

M. le président, en raison de l'importance de la question et des faits nouveaux qui se sont produits, invite M. Denonvilliers à en faire l'objet d'un mémoire.

Correspondance.

MM. le général Petit et Bégin, président et secrétaire de la commission chargée d'élever, à l'aide d'une souscription nationale, un monument à la mémoire de Larrey, adressent à la Société l'invitation d'assister à l'inauguration de la statue de l'illustre chirurgien.

M. le président, en réponse à cette lettre, fait observer que la Société ne saurait manquer d'être représentée à cette solennité.

— M. Melays, professeur à l'Ecole secondaire de médecine de Rouen, écrit pour se porter candidat à une place de correspondant. Il envoie, à l'appui de sa demande, un mémoire manuscrit sur la *luxation sous-coracoïdienne de l'humérus*. (Commissaires ; MM. Michon, Maisonneuve et Robert.)

M. Fleury, chirurgien de la marine, sollicite également le titre de membre correspondant, en rappelant deux communications qu'il a lues à la Société.

La commission précédemment nommée est invitée à faire son rapport.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Inauguration de la statue de Larrey.

Ce discours ayant dû être communiqué à l'Institut avant d'être publié, l'auteur n'a pu le mettre plus tôt à notre disposition.

Discours du professeur Roux au nom de l'Institut.

Messieurs,

Heureuse la nation qui, dans des temps difficiles et pendant une de ces longues tourmentes qui ébranlent les empires et dont aucun peuple ne peut se dire à l'abri, voit naître dans son sein tous les hommes dont elle peut avoir besoin ; des hommes toujours égaux à eux-mêmes, quels que soient le caractère et la gravité des événements au milieu desquels ils surgissent, et qui, si on n'accorde pas à tous le titre de grand, méritent au moins au plus haut degré la reconnaissance de leur pays pour les éminents services qu'ils ont rendus ! Telle a été la France presque jusqu'à nos jours, depuis la fin du siècle dernier.

Dans quel autre temps, chez quel peuple, n'était peut-être déjà chez nous sous Louis XIV, a-t-on vu se produire un aussi grand nombre de ces hommes nécessaires, d'illustres guerriers, d'administrateurs habiles, d'hommes remarquables dans les arts, dans les sciences, dans les lettres ?

Parmi tant de capacités et d'utiles intelligences que le génie d'un nouveau César a fait éclore ou dont il a favorisé le développement, parmi tant d'hommes qui ont concouru de près ou de loin à l'accomplissement de ses desseins et se sont mus dans sa sphère, il en est peu dont le nom soit plus populaire et doive être répété aussi longtemps que celui de l'illustre chirurgien dont l'image est sous nos yeux. Larrey a bien mérité les honneurs posthumes qui lui sont rendus en ce moment, et c'est avec une véritable satisfaction que l'Institut, auquel il a appartenu et qui s'est honoré lorsqu'il a appelé dans son sein autant que son choix devait honorer Larrey lui-même, vient saluer le monument élevé à sa mémoire par la reconnaissance publique.

Grâces soient rendues à l'artiste célèbre dont le beau talent s'est empreint déjà sur la statue de notre Ambroise Paré, qui déjà aussi médite le nouveau caractère qu'il donnera à une nouvelle statue de Bichat, et qui a si heureusement reproduit les traits de l'homme que l'armée, la chirurgie militaire et la science ont également vénéré !

C'est bien ici que ce monument devait être placé, près de celui de Broussais, au Val-de-Grâce, principal foyer d'instruction des jeunes chirurgiens militaires, où Larrey a professé dans un temps ; d'où il est parti pour suivre nos armées d'abord sur les plages brûlantes du Nil, puis dans toutes les parties de l'Europe, jusque sur les bords glacés de la Bérésina.

Et quel heureux moment a été choisi pour l'inauguration à laquelle nous assistons ! Après quelques années écoulées depuis la mort de Larrey, la vérité, la vérité seule a dû dicter les paroles qui ont déjà été prononcées et présider à celles que nous devons encore entendre ; il n'y a pas à craindre l'exagération des sentiments presque inséparable de la vivacité des regrets qu'inspire la perte récente d'une grande célébrité.

D'un autre côté, les circonstances qui ont fait l'illustration de Larrey ne sont pas tellement éloignées que beaucoup de ses contemporains ne lui aient survécu et ne puissent joindre leur voix à la nôtre pour honorer la mémoire de celui qu'ils ont connu, dont ils ont pu admirer le beau caractère et dont quelques-uns même ont partagé les travaux.

Et sous un autre rapport aussi, quel singulier caractère la solennité qui nous rassemble n'emprunte-t-elle pas du moment où elle s'accomplit ! C'est sous la première République et durant la guerre qu'elle a eu à soutenir que Larrey a donné les premières preuves de son savoir et de son habileté ; en 93, dans cette année de si triste mémoire, où l'honneur français s'était réfugié dans les camps, c'est l'infortuné Beauharnais, général en chef de l'armée du Rhin, qui, à l'issue d'une grande bataille, signale de la manière la plus honorable les premiers élans de Larrey et les premiers services par ses ambulances volantes ; plus tard, attelé, pour ainsi dire, au char de Napoléon, il suit le grand capitaine dans ses conquêtes comme dans ses revers : c'est sous ses yeux qu'il donne tant d'éclat à la chirurgie des armées et se prépare l'insigne honneur d'avoir sa place dans le testament de Napoléon. Trente ans sont écoulés depuis la mort de l'auguste prisonnier de Sainte-Hélène ; et après cette période de temps marquée par tant de caprices de la fortune, par tant d'étranges volontés de la Providence, un monument est élevé à la mémoire de Larrey par la France de nouveau constituée en République, et au moment où la première magistrature de l'État est confiée à un neveu de Napoléon, petit-fils du général Beauharnais. Pourquoi faut-il que le chef de l'État, celui qui tient dans ses mains peut-être les destinées de notre patrie, n'ait pu obéir aux sentiments de son cœur, et venir ajouter par sa présence à l'éclat et à la grandeur de cette cérémonie !

Il y a peu d'instants, je rappelais le nom du plus grand physiologiste des temps modernes, de Bichat, dont Larrey était un contemporain d'âge, dont il fut aussi l'ami et l'un des compagnons d'études sous Desault. Pourquoi ne dirais-je pas une pensée qui s'est offerte à mon esprit ? Si elle se réalisait, le même monument dont nous faisons l'inauguration occuperait plus tard une autre place qui serait peut-être plus définitive, et j'oserais dire encore plus glorieuse, parce que Larrey y serait entouré d'autres illustrations. Bientôt, en effet, il faut l'espérer du moins, et personne ne le désire plus que moi, les vœux du Congrès médical s'accompliront ; une nouvelle statue de Bichat sera exposée aux regards des générations médicales futures là même où elles viendront puiser l'instruction. Sa place est choisie sous le péristyle de la Faculté de Médecine ; il est impossible que, l'impulsion une fois donnée, d'autres grandes renommées ne soient pas consacrées de la même manière. Un temps viendra où sous les portiques du beau monument que je viens d'indiquer, au pied des nouvelles statues, on lira les noms si chers à la science d'Ambroise Paré, de J.-L. Petit, de Vicq-d'Azyr, de Pinel, de Laënnec, voire même de Lavoisier, de Cuvier, en un mot, des hommes qui, en France, à de longs intervalles, auront le plus illustré les sciences médicales. Celui qui a si bien mérité qu'on lui donnât le titre glorieux de Paré moderne n'a-t-il pas sa place marquée dans cette sorte de panthéon médical ?

Messieurs, c'est l'Institut, c'est en particulier l'Académie des Sciences, à laquelle Larrey a appartenu et où il a retrouvé tant de ses compagnons d'Egypte, qui vient déposer au pied de ce monument les hommages de la science. Celui que l'Institut a chargé d'être son interprète éprouve quelque embarras pour remplir dignement cette honorable mission, et pourtant il l'a acceptée avec plaisir, il dirait presque avec empressement ; c'était pour lui une occasion de dire tout son dévouement pour la chirurgie militaire, d'exprimer combien lui sont chers les faibles liens qui l'y rattachent, et combien il se complaît dans des souvenirs auxquels déjà s'entremêle le nom de Larrey ; il n'a point oublié que, jeune chirurgien licencié de l'armée de Sambre-et-Meuse, il a été admis ici même, dans cet établissement nouvellement reconnu comme hôpital militaire d'instruction, à en suivre les cours ; qu'il y a fait ses premières études anatomiques ; qu'il y a entendu les leçons de Larrey sur l'anatomie et la chirurgie, celles de Desgenettes sur la physiologie ; et qu'ici encore, dans un concours que Larrey présidait, il a tenté sans succès de rentrer dans la chirurgie militaire, et d'obtenir une des places subalternes qu'on venait de créer. Y eût-il conquis un rang honorable ? C'est le secret de la Providence. Mais encore, comment satisferai-je au devoir qui m'a été imposé, et que puis-je dire sur Larrey après les paroles qui viennent d'être prononcées ?

Il appartenait à l'illustre général qui reçut à Fontainebleau, pour toute l'armée, les adieux de Napoléon, auquel est confiée la garde de son tombeau, à celui qui conduisit si souvent nos soldats à la victoire, d'être ici l'interprète de ses compagnons de péril et de gloire, et d'exprimer les sentiments de l'armée pour la mémoire de Larrey. Nulle voix ne pouvait avoir plus d'autorité pour rappeler le zèle et le dévouement sans bornes dont durant sa longue carrière Larrey s'est montré animé partout où il lui a été donné de suivre nos phalanges guerrières, soit au milieu de leurs si éclatants triomphes, soit dans les circonstances où elles ont été trahies par la fortune ; pour dire par quelles rares qualités il s'était rendu l'idole du soldat, combien de vies précieuses il a conservées, souvent même sur les champs de bataille, en exposant la sienne, et comment on a pu dire de lui qu'il était le héros de l'humanité suivant partout le génie de la guerre, et sachant proportionner ses ressources et ses moyens à la grandeur des désastres dans les combats les plus meurtriers.

Pareillement il appartenait à l'un des chefs actuels de la chirurgie de nos armées, à celui qui remplace si dignement Larrey au conseil de santé, et qui a été un de ses collaborateurs les plus actifs et les plus intelligents, de mettre encore une fois en lumière les principales circonstances d'une vie qui a été si souvent racontée, d'une vie si pleine d'événements, si accidentée, si bien connue de nous tous, et d'en suivre les principaux méandres depuis le moment où Larrey entre dans la carrière comme jeune chirurgien de marine, jusqu'au jour où, après avoir occupé les postes les plus élevés dans la chirurgie militaire proprement dite, et y avoir rendu les éminents services qui ont fait inscrire son nom sur les colonnes du monument élevé à la gloire de nos armées, et où, fatigué d'un trop long repos, qui convenait pourtant à son âge, il a voulu couronner sa vie en allant affronter le ciel brûlant de l'Algérie pour y visiter notre jeune armée d'Afrique et de jeunes collègues dont beaucoup avaient été formés à son école. Dernier acte de dévouement ! funeste voyage ! dans lequel Larrey a puisé le germe d'une mort qui pouvait se faire attendre encore longtemps. Nul plus que M. Begin ne pouvait retracer aussi bien tout ce qu'avait de particulier et d'utile en même

temps que de beau, de hardi, et souvent d'imprévu la pratique chirurgicale de Larrey, soit dans les hôpitaux, soit, et plus encore, sur le champ de bataille. Placé près de lui, dans tant de circonstances graves il a pu profiter lui-même de la fécondité de ses ressources, il a pu suivre les heureux perfectionnements que Larrey a apportés dans le traitement des lésions traumatiques, et surtout dans celui des blessures par armes à feu, et la révolution opérée dans la chirurgie militaire par la création des ambulances volantes.

Par cette seule création, qui permet d'enlever des blessés sous le feu de l'ennemi et de réparer immédiatement les plus graves résultats de cet art funeste de la guerre, Larrey a conquis à la chirurgie militaire une place d'honneur sur les champs de bataille. Par cette seule création il aurait pris un rang des plus distingués dans cette longue suite d'hommes dont s'honore la chirurgie militaire de notre nation. Je puis le dire sans avoir la crainte d'être accusé d'orgueil de corps; je le serais tout au plus d'un peu d'excès d'amour propre national. Combien la France a été de tout temps heureusement partagée sous ce rapport! dans quel autre pays a-t-on vu éclore et briller un aussi grand nombre de chirurgiens militaires de premier ordre? Oui, la Prusse a eu sous le grand Frédéric son Bilguer. Oui, les dernières guerres ont produit à l'étranger les Grafe, les Guthrie. Mais depuis Ambroise Paré, qui a si glorieusement conquis le titre de restaurateur de la chirurgie française, depuis cet homme de génie qui apporta une si heureuse réforme dans le traitement des plaies d'arquebusade, qui par la confiance qu'il inspirait et le prestige attaché à son nom ranima le courage des soldats au siége de Metz, que d'hommes en France ont appartenu à la chirurgie militaire, et s'y sont préparés à briller dans la chirurgie civile, ou bien y ont consacré d'une manière éclatante leur vie tout entière! et pourquoi n'invoquerions-nous pas ici, pour des temps déjà un peu reculés, les noms de Ledran, de J.-L. Petit, de Ravaton, de Louis, de Morand, de Lapeyronie, de Lamartinière, et pour des temps plus rapprochés de nous, de Thomassin, de Noël, de Sauceraute, de Sabatier, de Percy. Quelques-uns ont mérité par leurs travaux d'être appelés dans le sein de l'ancienne Académie des Sciences, comme, de notre temps et parmi les chirurgiens militaires les plus modernes, Larrey a été membre de l'Institut, comme l'avait été avant lui Percy: Percy, cette autre intelligence d'élite, l'auteur de la pyrothénie chirurgicale et de tant d'autres travaux importants; cet homme si remarquable par l'étendue et l'infinie variété de ses connaissances; cet homme, que l'ancienne Académie de chirurgie, dans les dernières années de son existence, avait couronné tant de fois, auquel elle aurait peut-être interdit le combat, en répétant pour lui l'*usque quo* de Lecat; Percy, qui a tant contribué aussi à l'avancement de la chirurgie des armées, et qui par les services qu'il a rendus aurait bien mérité aussi qu'on élevât à sa mémoire un monument durable.

Mais Larrey, né chirurgien, et chirurgien militaire, comme d'autres naissent poètes ou orateurs, ainsi que l'a dit un des hommes qui ont parlé sur sa tombe, ne fut pas seulement un chirurgien militaire dans l'acception commune du mot, et le chirurgien militaire le plus parfait des temps modernes. Il ne fut pas seulement l'homme de l'art actif, entreprenant, suffisant à tout, ne tenant compte aucun de la fatigue ni des dangers, ingénieux et fécond en ressources dans les circonstances les plus extraordinaires et les plus imprévues, imprimant à tous ceux qui l'entouraient et qui étaient chargés de le seconder l'activité et l'abnégation de soi-même, consolant comme un ami, comme un père les victimes de la fureur des combats, prodiguant ses soins aux soldats ennemis comme à ses frères d'armes; remplissant enfin, au dire de ceux qui l'ont connu particulièrement, qui ont pu l'observer dans ses nombreuses campagnes, remplissant, dis-je, avec un zèle qui n'avait d'égal que son désintéressement, une des plus saintes missions que l'homme ait pu s'attribuer. Et tel il s'était montré animé du feu de la jeunesse dans les premières batailles auxquelles il assista, tel on le vit partout où nos armées ont porté leurs pas, en Italie, en Espagne, en Egypte, en Allemagne, en Russie, en France même, dans des jours néfastes pour notre malheureuse patrie, et jusqu'au triste champ de Waterloo. Mais Larrey avait été doué par la nature d'une trop grande intelligence, il avait une trop grande activité d'esprit pour ne pas penser à faire profiter la science du fruit de ses observations. Que de choses il a pu voir dans ses pérégrinations si nombreuses, si extraordinaires à tous égards, si hors de toute comparaison! Il aurait manqué à sa mission, et ses contemporains, comme ceux qui lui succéderont, auraient peut-être moins honoré sa mémoire s'il n'avait pas eu la pensée de ses travaux scientifiques.

Heureusement donc un grand amour du travail, et les années de paix qui ont suivi la chute de l'Empire, lui ont permis de faire l'histoire de ses campagnes. Qui ne la connaît? Et qu'est-il besoin de rappeler tout l'intérêt qu'elle présente? C'est tout un code de chirurgie militaire, ou plutôt c'est la chirurgie presque entière renfermée dans un cadre historique. Des considérations, des vues, des études sur certains objets qui concernent plus particulièrement la médecine proprement dite, y ont trouvé place, telles que ses observations sur la peste, sur la fièvre jaune, sur la plique polonaise, sur les fièvres épidémiques des armées, etc., comme si rien n'avait pu passer sous les yeux de Larrey, au milieu de ses courses rapides et de ses plus pressantes occupations, sans qu'il y attachât sa pensée. C'est un vaste recueil de faits qui auront à jamais une grande valeur, quand même les doctrines auxquelles ils servent de base, ou qui les accompagnent, ne seraient pas acceptées généralement; car, on peut bien le dire sans que cela porte la moindre atteinte à la renommée de Larrey, il a eu ses erreurs, ses vues exagérées, ses préventions, ses oppositions mal fondées. A quel homme supérieur, dans quelque genre que ce soit, ne peut-on pas avoir à en reprocher? On ne remarque pas celles des hommes médiocres. Il a abusé de la cautérisation par le feu; il a rejeté sans motifs raisonnables la réunion immédiate des grandes plaies, méthode dont les nombreuses et si belles applications impriment à la chirurgie de ce siècle un caractère si remarquable. Il fut froid et indifférent à l'endroit des résections d'os, soit hors des articulations, soit dans les jointures, comme moyen de suppléer à l'amputation des membres, et de diminuer le nombre des mutilations de cette sorte, l'une des plus belles et des plus heureuses inspirations de la chirurgie moderne.

Mais, et toujours pour ne parler que de ce qui a trait à des points de pratique et de doctrine chirurgicale, on appréciera dans tous les temps ses vues sur le débridement dans les plaies par armes à feu; sur les avantages des amputations immédiates ou primitives dans les grands déchirements des membres; sa méthode de traitement des fractures par les appareils inamovibles; ses observations sur des cas rares de varices anévrismales; ses études sur la congélation, ou sur ce qu'il conviendrait peut-être mieux d'appeler les gelures, etc. On prisera les succès qu'il a obtenus le premier de l'extirpation de la cuisse; ses tentatives pour perfectionner l'amputation du bras dans l'article, mais bien plus la constatation faite par lui d'un fait remarquable, c'est qu'au contraire de l'extirpation de la cuisse, l'une des opérations les plus meurtrières de la chirurgie, l'extirpation du bras, n'a pas notablement plus de gravité que l'amputation de ce membre pratiquée dans sa continuité, etc., etc.

On ne sait pas assez généralement qu'à ses débuts, immédiatement avant la destruction de l'ancienne Académie de Chirurgie, Larrey fut sur le point de rivaliser avec Percy pour les couronnes que décernait cette ancienne Compagnie si justement célèbre. Elle avait proposé pour sujet d'un prix, dans un concours qui fut comme non avenu par le malheur du temps, la meilleure forme à donner aux aiguilles: Larrey descendit dans la lice, où il rencontra Lombard, Boyer et quelques autres, qui tous se rencontrèrent aussi pour faire subir aux instruments de ce genre les mêmes modifications dont le temps a démontré l'utilité.

On ne saurait trop le dire, la noblesse du caractère, la pureté des sentiments du cœur impriment au talent, au génie même plus d'élévation, plus de grandeur: les belles qualités de l'âme rendent l'un et l'autre plus vrais et plus dignes de nos hommages. A cet égard, rien n'obscurcit l'imposante physionomie de Larrey; elle est sans tache; toutes les actions de la vie de ce grand chirurgien dénotent les plus nobles sentiments: pleine et entière justice lui a été rendue par ses contemporains. Mais, aux yeux de l'histoire et pour la postérité, quel témoignage peut valoir celui qui est inscrit dans le testament de Napoléon? Larrey, c'est le plus vertueux et le plus honnête homme que j'aie connu; éloge sublime. C'est dans les mêmes termes exactement que l'empereur Marc-Aurèle s'est exprimé sur Galien, qu'il avait honoré de son amitié; c'est le même témoignage qui fut adressé directement par Louis XIV à Lamoignon pour le contraindre à accepter la place de premier président du parlement de Paris. Combien peu d'hommes ont acquis de justes droits à de tels éloges! Qu'il est glorieux de les recevoir de souverains tels que Marc-Aurèle, que Louis XIV, que Napoléon, dût-on ne considérer les souverains que comme les dépositaires de la puissance publique et les dispensateurs de la louange et des honneurs mérités!

Quelques mots encore, Messieurs, et permettez que je les adresse particulièrement aux jeunes adeptes de la science sur lesquels il ne se peut pas que la solennité dont ils sont témoins ne fasse pas une vive impression; à ceux surtout qui, se destinant à la chirurgie des armées, y font les premiers pas. D'après ce que j'ai dit précédemment, ils savent d'où vient l'affection si vive et si sincère que je porte à la médecine et à la chirurgie militaire; ils comprennent les vœux que je forme pour que l'éclat s'en perpétue en France. Il dépend de vous, jeunes officiers de santé des armées, que de tels vœux se réalisent, qu'un tel avenir s'accomplisse, et que de vos rangs sortent des hommes qui rivalisent avec les principaux d'entre vos devanciers. Qu'aucun de vous, toutefois, ne songe à devenir un nouveau Percy ou un nouveau Larrey: ce sont des hommes hors ligne à chacun desquels il a fallu et les éminentes facultés de l'homme lui-même et les circonstances extraordinaires, pour ne pas dire fabuleuses, au milieu desquelles ils ont vécu. Mais après eux combien de chirurgiens militaires qui vivent encore se sont acquis une renommée qui fait envie et peuvent être pris pour modèles! Cherchez à imiter dans leur dévouement, dans leur activité, dans leur tendresse paternelle pour le soldat et dans leur amour pour les progrès de l'art qu'ils pratiquent les Willanme, les Gama, les Guyon, les Pasquier, les Gimelle, les Alquié, les Bégin et l'honorable chef de l'établissement où nous sommes réunis, M. Baudens, dont la voix va bientôt se faire entendre. Et quel plus bel exemple encore à suivre que celui de l'héritier du nom de Larrey, nom qu'il porte si dignement, modèle de piété filiale, âme pure, esprit droit, dont les travaux déjà nombreux et marqués au coin du vrai savoir viennent d'être si bien récompensés par son admission à l'Académie de Médecine, qui déjà s'est distingué comme chirurgien militaire au siége d'Anvers, et qui, fort de ses propres moyens et entouré qu'il serait d'ailleurs de l'auréole attachée au nom de son père, ne se distinguerait pas moins s'il advenait, ce qu'à Dieu ne plaise, que la France eût encore à se montrer sur de grands champs de bataille!

NOUVELLES.

Par décret du 11 août, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur M. Letalenet, chirurgien-major attaché à l'état-major général des gardes nationales de la Seine.

— Nous avons dit, dans notre avant dernier numéro, que tous les médecins militaires s'étaient rendus au palais de l'Assemblée nationale pour remercier l'illustre président du discours qu'il avait prononcé à l'inauguration de la statue de Larrey... M. Dupin était absent; mais il n'en a pas moins été touché de la démarche du corps des officiers de santé. Dans une lettre écrite à M. Hipp. Larrey, et à la publication de laquelle s'oppose la modestie bien connue de ce savant confrère, le grand orateur remercie nos confrères de l'armée, et leur renouvelle l'assurance des sentiments qu'il a publiquement et si éloquemment exprimés.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 98. (23e ANNEE.) MARDI 20 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS ABONNÉS.

La nouvelle loi sur le timbre nous impose l'obligation de modifier de la manière suivante nos prix d'abonnement.

Désormais ils sont ainsi fixés pour Paris comme pour les départements :

Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

De l'hémorrhagie cérébrale.

(Suite. — *Voir* le numéro du 6 août.)

Des formes de la maladie. — Il existe dans l'hémorrhagie cérébrale des degrés tellement distincts, qu'ils peuvent constituer véritablement trois maladies différentes pour la forme. Hippocrate avait, du reste, parfaitement reconnu ces nuances diverses dans l'apoplexie; mais les degrés qu'il avait admis étaient arbitraires, car ils n'étaient pas fondés sur l'anatomie pathologique. Nous ne pouvons pas non plus prétendre que ces formes soient constamment et dans tous les cas entièrement distinctes. Il y a dans toutes les maladies, même dans celles qui paraissent le mieux tranchées, dans la pneumonie, par exemple, des nuances intermédiaires qui peuvent les faire varier à l'infini. La nature ne peut être aussi exacte que nous pourrions le désirer.

Dans la *forme la plus faible* de l'hémorrhagie cérébrale, les symptômes se manifestent par un simple engourdissement, par un étourdissement léger. Ces accidents peuvent durer de huit à quinze jours; puis le mouvement reparaît, l'étonnement disparaît, et le malade revient complètement à la santé sous l'influence des moyens de traitement les plus simples. C'est cette forme d'hémorrhagie que nous avons constatée chez Pinel, dans le cerveau duquel nous trouvâmes huit hémorrhagies de la grosseur d'un petit pois.

La congestion locale, si petite, si circonscrite qu'elle soit, est essentiellement différente par ses phénomènes, par sa durée surtout, et par sa disparition rapide.

L'*hémorrhagie moyenne* est formée par un caillot qui varie de la grosseur d'un marron ou d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule. Dans ce cas il n'y a jamais irruption dans les ventricules cérébraux. L'hémiplégie est alors complète; le malade est frappé profondément. La disparition des accidents est lente et graduelle. Si la pulpe cérébrale a été broyée, les accidents ne disparaîtront point, et cela se comprend, puisqu'il est impossible que la réparation du point du cerveau disparu puisse se faire; cette hémorrhagie moyenne est la forme la plus fréquente.

L'*hémorrhagie forte* est le plus haut degré que la maladie puisse acquérir; il y a une véritable sidération. Le mouvement et le sentiment sont abolis, d'un côté d'abord, puis du côté opposé plus ou moins rapidement. L'état comateux et le signe de paralysie générale ne tardent pas à se manifester; l'hémorrhagie acquiert au moins le volume d'un œuf de poule; les parois du ventricule sont rompues; il y a également déchirure du septum médian; l'hémisphère du côté sain est comprimé et aplati. On comprend combien, dans ces cas, la guérison est difficile.

La *marche* de la maladie dont nous nous occupons est des plus importantes à considérer, et présente pour cela un haut degré d'intérêt. C'est elle qui fixe le diagnostic, c'est le flambeau qui l'éclaire: aussi, quand la maladie a marché déjà depuis un certain espace de temps, est-il difficile d'en méconnaître la nature. Par conséquent, dès le début de l'affection, il est difficile de se prononcer sur la nature du mal.

L'*invasion* est ordinairement subite; il n'existe pas de phénomènes précurseurs. Ce fait est important, et rend le diagnostic presque certain. Je ne veux pas dire qu'il n'existe jamais d'exceptions, mais les faits anormaux sont tellement rares, que l'on peut dire que sur sept cas on verra six fois l'hémorrhagie débuter ainsi que je viens de l'indiquer. Dans les cas exceptionnels, on pourra constater un peu de céphalalgie, du fourmillement dans les membres, et d'autres phénomènes qui appartiennent, en général, à l'hypérémie cérébrale; mais lorsque ces symptômes existent dans une moitié du corps, et qu'ils constituent alors véritablement des phénomènes précurseurs de quelque valeur, je le répète, ils sont extrêmement rares dans l'hémorrhagie cérébrale.

Nous allons retrouver dans la *progression* l'avantage d'avoir établi des degrés dans l'hémorrhagie cérébrale. Ainsi, dans la forme la plus légère, la maladie marche constamment vers la résolution; il y a constamment tendance à la diminution des accidents, et il est rare qu'au bout d'un mois les phénomènes morbides n'aient pas complètement disparu.

Dans un degré plus fort, quand l'hémorrhagie a acquis le volume d'un œuf de pigeon et qu'elle n'a pas fait irruption dans les ventricules, que les phénomènes de paralysie sont par conséquent plus prononcés, la diminution de la maladie peut être graduelle, ou bien la maladie est stationnaire; dans quelques cas enfin, elle augmente. Quand la maladie doit se terminer par la guérison, et si le malade n'est pas âgé et se trouve dans des conditions de santé d'ailleurs satisfaisantes, le sentiment revient peu à peu dans le membre pelvien d'abord; l'état comateux disparaît dans les deux ou trois premiers jours, et, dans les cas favorables, les membres, après cinq ou six mois, ont repris à peu près leurs fonctions normales. La maladie reste stationnaire quand la guérison a lieu par l'établissement du kyste, par la cicatrisation. Cet état est inévitable s'il y a eu perte de substance dans le cerveau. On comprend toute l'impuissance de la thérapeutique dans ces paralysies persistantes; autant vaudrait chercher à faire revenir les mouvements dans un membre amputé.

Je vous ai dit que les accidents augmentaient dans d'autres circonstances; cela peut arriver de plusieurs manières différentes. Il peut se faire d'abord que l'hémorrhagie se produise goutte à goutte, ce qui est très rare; d'autres fois, elle peut être compliquée d'un ramollissement; plusieurs hémorrhagies successives peuvent se faire dans le même foyer, dans la même cavité; et enfin, l'hémorrhagie peut se faire, en outre, dans les méninges, dans l'arachnoïde.

Dans la troisième forme d'apoplexie, il y a résolution générale des membres; le coma est profond, et la mort ne tarde pas à arriver par une véritable asphyxie.

Il est facile de voir, après ce que nous venons de dire, quelle peut être la terminaison de cette maladie, dont la marche varie suivant le degré, et surtout l'âge du sujet.

Dans la maladie qu'on a appelée *apoplexie foudroyante*, la mort n'est jamais instantanée et subite. Cette forme de la maladie laisse vivre pendant quelques heures. Dans les autopsies que j'ai eu occasion de faire à la Salpêtrière sur des malades mortes subitement, je n'ai jamais rien trouvé dans le cerveau; mais, le plus souvent, du sang était épanché dans le péricarde et provenait d'une rupture du cœur. Dans la même année, il m'a été donné de voir cinq cas de rupture du cœur.

La mort subite peut arriver encore d'une autre manière, et voici un fait qui le prouve d'une façon bien évidente. Je terminais ma visite à la Salpêtrière, je venais de signer les cahiers de visite, quand une malade qui était à côté de moi tomba tout à coup et mourut immédiatement. Cette malade était épileptique, et à la suite d'une frayeur qu'elle avait eue à la vue d'une malade qui s'était jetée par la fenêtre, elle était affectée d'une hémichorée; elle n'avait pas eu d'accidents du côté du cœur: aussi je soutins immédiatement qu'elle n'était pas morte d'une rupture du cœur, mais d'une affection de la moelle qui avait dû produire sa rupture au niveau des olives. A l'autopsie, nous trouvâmes une hémorrhagie considérable qui avait coupé le bulbe à sa portion la plus dure.

Quand la paralysie a duré un certain nombre d'années, il semble qu'elle doive être inguérissable, et cependant, s'il n'y a pas eu perte de substance, la guérison peut encore s'opérer. Vous avez tous entendu parler de paralytiques qui ont jeté leurs béquilles et se sont servis de leurs membres sous certaines influences. C'est ainsi qu'au siége de Lyon, et lors de l'incendie de l'hôpital, tous les paralytiques retrouvèrent leurs jambes pour fuir le lieu du désastre. Une femme, âgé de cinquante ans, paralytique, dominée par certaines instigations dans un moment où les miracles étaient moins rares qu'ils ne le sont maintenant, fit dire des neuvaines, et, au neuvième jour, jeta ses béquilles, se mit à marcher en criant au miracle. L'administration des hôpitaux s'enquit de l'affaire, et le rapport dévoila que cette femme avait feint une maladie qui l'avait fait entrer vingt ans plus tôt à la Salpêtrière. On comprend, du reste, assez bien qu'une émotion morale vive agissant sur les centres nerveux puisse modifier profondément l'innervation, et faire disparaître des accidents qui ne sont plus que des paralysies par habitude; mais il est évident que, dans ces cas, le cerveau n'a pas éprouvé de perte de substance.

Le *pronostic* de l'hémorrhagie cérébrale est variable selon les degrés, selon que le sujet est jeune, vigoureux, ou bien déjà affaibli par l'âge. Hippocrate a porté sur l'apoplexie un pronostic toujours grave. D'après ce que nous savons maintenant, ce pronostic fâcheux est peut-être exagéré. Lorsqu'une première attaque a été légère, je dois dire que c'est un avertissement tellement heureux et avantageux pour le malade au point de vue du traitement prophylactique, que le pronostic, dans ce cas, ne pourrait être que favorable au malade qui voudra suivre un traitement qui pourra le mettre à l'abri de nouveaux accidents.

Je ne veux pas insister davantage sur ce pronostic, que nous avons en quelque sorte formulé en nous occupant des symptômes et des formes de la maladie.

Causes. — Nous allons vous parler d'abord des causes inhérentes à l'individu, et nous devons dire de suite que les relevés qu'a fait à ce point de vue M. Rochoux ont servi à apprécier beaucoup mieux la nature des causes diverses qui peuvent produire l'hémorrhagie cérébrale.

Cette affection s'est observée à tous les *âges*; les enfants n'en sont pas exempts, quoique cependant ces cas soient des exceptions. Nous avons dans nos salles deux jeunes sujets, une jeune fille âgée de vingt-quatre ans et l'autre âgée de trente-deux ans, qui sont atteintes de cette maladie. Mais c'est surtout de quarante à cinquante ans, de cinquante à soixante ans, et comme maximum de soixante à soixante-dix ans que l'on observe le plus fréquemment cette maladie. Passé cet âge, l'hémorrhagie cérébrale deviendrait très rare d'après les relevés; mais je ne crois pas que ces relevés soient justes, car les individus sont beaucoup plus nombreux à l'âge de soixante ans qu'à celui de quatre-vingts : la population est moins forte; il resterait donc à savoir si, dans une population égale, il y a plus ou moins d'hémorrhagies cérébrales. Je mets en fait que l'aptitude à être atteint de cette maladie est d'autant plus considérable qu'on avance en âge.

D'après les relevés de M. Falret et un grand nombre d'autres, le *sexe* masculin serait pour les deux tiers dans la proportion.

Vous savez ce que je vous ai dit de la *constitution* qui prédispose aux hémorrhagies cérébrales; à la Salpêtrière, c'étaient les femmes maigres qui étaient frappées le plus ordinairement. La constitution apoplectique, dont on a fait une image tout à fait pittoresque et à laquelle on a donné comme caractère le développement des épaules, la coloration de la face, la saillie des yeux, etc., expose tout au plus aux congestions, et, d'après les relevés de M. Rochoux, nous voyons qu'il n'y a pas plus d'individus gras que d'individus maigres qui aient été frappés de la maladie.

Il y a quelques années, l'Académie de Médecine posa la question de savoir si le *volume du cœur* favorise l'hémorrhagie cérébrale. En 1804, un compétiteur de M. Magendie, M. Legallois, avait résolu affirmativement cette question, qui était devenue une proposition admise dans la science. J'ai pu moi-même constater la vérité de ce fait à la Salpêtrière. Cependant, j'ai cru voir que les maladies du cœur pouvaient produire des accidents cérébraux sous l'influence d'une autre cause; c'est surtout dans les cas où l'obstacle à la circulation existe après la naissance de la sous-clavière que l'hémorrhagie cérébrale peut se produire plus facilement. Quand l'obstacle existe entre la carotide et le cœur, dans les cas, par exemple, de rétrécissement aortique, il y a moins de chances pour la détermination de l'hémorrhagie cérébrale. Il est très certain que toutes les fois que la circulation cérébrale ne s'accomplit pas dans toute son intégrité, il y a des chances pour qu'il se produise une hémorrhagie dans le tissu de l'encéphale. Il n'existe guère dans la science que 20 ou 30 cas de ce genre. M. Magendie lia la carotide d'une jeune fille qui avait une tumeur à la face et qui compromettait la vie; le lendemain de cette opération, cette malade avait une hémiplégie complète du côté opposé. Les ossifications des vaisseaux sont également des prédispositions constantes des hémorrhagies. M. Rochoux n'admet pas l'influence de la circulation sur la production des hémorrhagies cérébrales, et cela parce qu'il n'a pas trouvé plus de maladies du cœur chez les apoplectiques que chez d'autres malades. Mais ce n'est pas un fait négatif, et, en présence des faits contraires et nombreux que j'ai pu observer, cette raison ne peut me suffire. M. Cruveilhier a constaté également ces observations, et à la Salpêtrière il est rare que dans tous ces cas on ne trouve pas d'ossification dans les vaisseaux. Si donc nous ne pouvons affirmer le fait avec certitude, disons au moins qu'il y a de grandes probabilités en sa faveur. L'*hérédité* n'a pas, quoi qu'on en ait dit, d'influence bien positive sur la production de cette maladie.

Des mémoires sérieusement élaborés ont nié l'influence de la *grossesse* et celle de l'*accouchement* sur l'hémorrhagie cérébrale. Je n'accepte pas les conclusions de ces travaux, car j'ai été à même de voir un grand nombre de cas d'hémiplégie survenue chez des femmes dans cette position. Morgagni a cité l'exemple d'un apoplectique chez lequel il n'avait trouvé que six vertèbres cervicales, et des médecins haut placés dans la science ont pensé que cette disparition anormale avait pu avoir quelque influence sur la production de l'apoplexie. J'ai ouvert plus de 600 apoplectiques, et je n'ai jamais rencontré cette singulière anomalie.

Les *saisons* ont une véritable influence sur la production de l'hémorrhagie cérébrale : cette maladie est beaucoup plus fréquente en hiver qu'en été. Un froid intense produit beau-

coup plus souvent cette affection et même le ramollissement que la grande chaleur. Les chaleurs violentes sont aussi des causes de cette maladie, et il n'est pas rare de voir des soldats et les gens habitués à vivre à la campagne ressentir l'influence des températures extrêmes et être frappés de cette maladie nerveuse sous l'influence de modifications hygiéniques aussi énergiques.

L'excès des *boissons* donne lieu souvent à une apoplexie que l'on a appelée crapuleuse. On sait avec quelle facilité l'état d'ivresse favorise les congestions sur le cerveau. L'usage des *narcotiques*, le *travail intellectuel* porté trop loin, en agissant d'une manière soutenue, déterminent chez les gens de lettres, dans le dernier cas, des congestions favorables à la détermination de cette maladie.

Les *passions violentes*, les chagrins, les veilles sont autant de causes qui peuvent produire vers le cerveau un raptus de sang subit et d'autant plus dangereux qu'il n'aura pas été graduel.

Les *excès vénériens*, l'acte vénérien lui-même peuvent tuer de deux manières différentes :

1° Si les excès sont soutenus en agissant comme cause prédisposante ;

2° En déterminant au moment du coït un afflux de sang vers le cerveau, état qui peut développer alors une hémorrhagie. Vous n'êtes pas sans avoir entendu parler de personnages célèbres qui sont morts au moment de l'acte vénérien. On a prétendu que dans ces cas il y avait eu une rupture du cœur; mais j'ai été à même de constater que la mort était arrivée après que l'on eut constaté les signes non douteux d'une hémiplégie complète. Ch. Fremy.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Piorry.

Généralités sur la diagnose et sur la médecine moderne. — Questions et observations relatives aux fièvres d'accès, aux splénopathies et à l'hémitarthrite.

Recueillies par M. Hutin.

La présence de quelques médecins étrangers dans notre service nous a conduit aujourd'hui à faire de nombreuses expérimentations plessimétriques, ou plutôt à dessiner les organes malades sur un grand nombre d'individus ; la rate dans sept ou huit cas, le cœur dans trois ou quatre autres, le foie chez cinq ou six, des masses tuberculeuses pulmonaires chez plusieurs autres, etc., ont été appréciés, limités, déterminés, avec le plus grand soin. Il est résulté de cette étude un positivisme absolu, comme diagnose et comme indication thérapique, et cela dans presque tous les cas qui ont été ainsi observés. C'est là un très grand avantage de la médecine moderne et de la médecine française en particulier. C'est là la conséquence logique et inévitable des travaux de Morgagni. Sans anatomie pathologique toutes ces recherches ne seraient pas possibles, ou du moins seraient infécondes; mais aussi, sans les premiers travaux d'Avenbrugger, sans les études de Laënnec, celles de ceux qui les ont suivis, ces investigations n'auraient pu être effectuées, tant il est vrai que les médecins sont de tous les pays ; l'Italie, l'Allemagne et la France ont leur part de gloire dans cette grande étude des organes de l'homme ; et si l'on avait pour les médecins la reconnaissance que l'on devrait avoir, on placerait peut-être bien haut la science qui, ayant pour ainsi dire soulevé le voile qui couvrait les lésions profondes, rend en quelque sorte le corps de l'homme transparent, pour faire voir de quelle manière les organes souffrent et de quelle façon ils sont altérés. L'avenir est à de telles méthodes ; réunissons nos efforts pour que le présent, sous de tels rapports, devienne le plus tôt possible l'avenir, et faisons en sorte que les honorables médecins qui nous font l'honneur de nous suivre conspirent avec nous dans cette louable intention.

S'il fallait revenir encore sur la grande question des fièvres d'accès, n'est-il pas évident que nous aurions encore à citer aujourd'hui sept à huit faits absolument confirmatifs de l'opinion qui rapporte le symptôme fièvre intermittente à des lésions des plexus spléniques et de la rate? Sur quatre observations de splénomégalier considérables que vous avez observées, il y avait fièvre d'accès. Dans trois d'entre elles, malgré des doses énormes de sulfate de quinine, la fièvre persiste, et l'état anatomique est rebelle, au moins dans certaines limites à l'action des sels de quinine. Dans un autre fait, la rate est presque revenue à son état normal, et la fièvre a complètement cessé. Dans un autre cas, une névralgie intercostale, *à gauche*, à la hauteur de la rate, donne lieu à une petite fièvre quotidienne, moins tranchée que les accidents périodiques des autres malades. Vous avez vu un cas bien autrement remarquable sur la *diminution instantanée de la rate par l'alcoolé de quinine, en* 30 *secondes. Cinq personnes très familiarisées avec la percussion ont constaté une diminution de* 2 *centimètres dans le diamètre vertical de cet organe.*

Mais parlons d'un malade de notre service, qui peut nous démontrer, une fois de plus, l'utilité des saignées réitérées dans la curation de l'hémite-arthrite. (Rhumatisme articulaire aigu.)

Cet homme, distillateur, *travaillant dans une cave*, a été atteint, le 25 du mois dernier, des symptômes de l'hémite comme 10, et d'une polyarthrite existant comme 10, total 20, en supposant 30 le maximum. Presque toutes les articulations étaient prises ; il n'y avait rien du côté du cœur. Cet homme est extrêmement robuste. Entré à l'hôpital le 30 juillet, *le traitement ne fut commencé que le* 31. A cette époque, *deux saignées* furent pratiquées le premier jour, et des *boissons à haute dose* furent prescrites. *Un soulagement instantané en fut le résultat. Une troisième saignée* fut pratiquée le lendemain. Le malade fut soulagé; cependant il souffrait encore d'une manière notable. Le surlendemain (*quatrième jour du traitement*) *une nouvelle saignée* fut encore pratiquée, et alors la fièvre fut calmée; le pouls devint beaucoup moins fréquent, moins fort, et déjà les articulations étaient moins enflammées, moins douloureuses. Un très léger bruit de souffle eut alors lieu dans les artères et aux orifices du cœur, mais sans douleur et sans aucun autre signe d'endocardite ou de péricardite ; de sorte qu'il était tout naturel de le rapporter à l'hydrémie, d'autant plus que cet homme était devenu assez pâle. Les accidents étant calmés, on suspendit les saignées.

Le 7 août, les symptômes reprirent de l'intensité; une nouvelle saignée fut pratiquée le jour même, et aujourd'hui il n'a plus de fièvre. Le mal est tout à fait calmé dans les jointures, qui sont remuées avec facilité; de sorte qu'en sept jours, à partir du traitement, une des hémite-arthrites les plus graves que l'on puisse supposer est à peu près complètement dissipée, et qu'il ne reste plus dans les jointures que les désordres qui, résultats inévitables de phlegmasies internes, ne peuvent se dissiper en vingt-quatre heures, quels que soient les moyens que l'on emploie. Nous ne nous étendrons pas sur les réflexions auxquelles conduit cette observation, car ce serait répéter absolument ce que nous avons dit à l'Académie. Remarquons seulement qu'aucune espèce d'inconvénient n'est résulté de l'emploi de cette méthode, et que le malade est aujourd'hui dans un état on ne peut plus satisfaisant.

Addition à la séance de l'Académie de Médecine du 13 août 1850.

Extrait du rapport de M. Civiale sur une observation de cystite chronique adressée à l'Académie par M. Mordret, chirurgien sous-aide attaché à l'hôpital de l'île d'Oléron.

L'Académie nous a chargés, MM. Amussat, Bégin et moi, de lui rendre compte d'une communication de M. le docteur Mordret, relative à un cas grave et compliqué de maladie de l'appareil urinaire.

Un homme de trente-huit ans éprouvait depuis son enfance des besoins d'uriner très rapprochés et de la difficulté à les satisfaire: souvent même il fallut recourir à la sonde afin de débarrasser la vessie. Peu à peu l'état du malade empira; il survint accidentellement de la fièvre et du trouble dans les fonctions; *parfois* aussi on eut de la peine à passer la sonde dans la vessie. Le 29 novembre 1847, il survint une rétention complète d'urine, et malgré des tentatives répétées dans lesquelles une algalie fut forcée, le chirurgien ordinaire, ne réussissant pas à pratiquer le cathétérisme, appela deux confrères à son secours. La vessie, énormément distendue, faisait une saillie considérable dans la cavité abdominale, notamment à droite.

En remontant à l'origine de la maladie, on apprit que Collet avait toujours eu une vie très régulière, bien qu'il eût été soldat, et qu'il n'avait jamais eu de maladies vénériennes. Il avait fait à l'âge de dix à douze ans une chute, à laquelle on attribua les premiers accidents. On avait employé un grand nombre de moyens du ressort de la médecine, mais sans succès.

On s'occupa d'abord de la rétention d'urine. L'un des consultants essaya sans succès d'introduire une sonde; il franchit deux obstacles ; il fut arrêté à un troisième. L'auteur de l'observation fut plus heureux, et retira 2 kil. 600 gr. d'une urine bourbeuse, fétide, rougeâtre, contenant, dit l'auteur, une grande quantité de pus et de flocons albumineux. La vessie ne fut pas entièrement vidée ; l'accumulation des mucosités dans l'alcalie interrompit l'écoulement du liquide ; on la retira pour la nettoyer. Deux heures après on voulut la réintroduire, mais sans succès ; tandis qu'une sonde flexible à courbure fixe pénétra aisément dans la vessie, d'où l'on retira une nouvelle quantité d'urine de même nature, mais moins épaisse. On fixa la sonde dans le canal.

Le sixième jour, l'auteur de l'observation fut rappelé. La fièvre persistait; il était survenu quelques accidents du côté de l'estomac ; le malade avait de la diarrhée, et de plus il n'avait pas uriné depuis la veille. La sonde, ne fonctionnant plus, fut retirée, et l'urine s'écoulant ensuite en petite quantité et par regorgement, on se borna à prescrire quelques moyens sédatifs.

Quatre jours après les consultants se réunirent pour la troisième fois. Les besoins d'uriner étaient impérieux ; la vessie surdistendue avait un volume considérable. On essaya inutilement de passer la sonde, et il fut décidé qu'on pratiquerait la ponction de la vessie. Toutefois, l'opération fut remise au lendemain.

Dans la soirée du même jour, M. Lafargue, médecin ordinaire, pressé par instance du malade, essaya derechef d'introduire la sonde, par laquelle il s'écoula une grande quantité d'urine. Les accidents diminuèrent.

Cependant on pratiqua la ponction sus-pubienne, comme cela avait été décidé la veille. On ne retira qu'une très petite quantité de pus sanguinolent. C'est en vain qu'on enfonça et qu'on retira la canule; il ne vint pas d'urine. On crut à l'existence d'*une vessie à colonne*. Ici nous laissons parler l'auteur: « Et notre erreur fut encore augmentée par la résistance que nous éprouvâmes chaque fois que nous introduisions un stylet mousse dans la canule ; il tombait dans une cavité beaucoup trop petite pour constituer à elle seule toute la vessie. Notre intention était d'élargir l'ouverture sur une sonde cannelée, et de placer une sonde à demeure afin d'évacuer la vessie chaque fois qu'il en serait besoin, et d'y faire quelques injections émollientes. Mais nous renonçâmes à notre projet, vu la résistance obtenue par la simple ponction. Dès lors nous désespérâmes de sauver notre malade; et afin de ne pas trop lui laisser entrevoir sa position, nous crûmes devoir laisser la canule dans la vessie. Il succomba le lendemain. » Vingt heures après l'opération, l'autopsie fut faite en présence de MM. les docteurs Sagnes, Mordret, Girard et Lafargue. Il y avait une grande rigidité du corps et une odeur de putréfaction très prononcée. On se borna à étudier les organes urinaires, et même l'examen ne fut pas complet.

L'abdomen ayant été ouvert par une incision cruciale au-dessous de l'ombilic, on trouva des adhérences très fortes entre les organes.

La vessie se présentait sous la forme d'une tumeur, grosse comme un petit œuf d'autruche, très dure, s'élevait de trois travers de doigt au-dessus des pubis. Le péritoine qui la recouvrait était épaissi et présentait de nombreuses arborisations. Sur les côtés de la vessie, près du col, existaient deux tumeurs du volume d'un œuf, celle de droite plus petite, mais fort dure, et celle de gauche plus volumineuse, moins dure; la membrane muqueuse de la vessie, épaissie dans quelques endroits, amincie dans d'autres, était considérablement ramollie, et même détruite dans une grande étendue; au col de la vessie l'altération était moins profonde.

La couche musculeuse, fortement hypertrophiée, présentait des colonnes charnues distinctes et aussi fortes que celles du ventricule gauche du cœur. Les parois vésicales avaient un centimètre et demi d'épaisseur.

Derrière la vessie se trouvait une poche qui aurait pu contenir un litre de liquide. Elle communiquait avec la cavité vésicale par une ouverture assez large pour admettre l'extrémité du doigt. Son orifice était situé près du col vers la partie médiane, et son contour, très élastique et entouré de fibres charnues bien développées, offrait tous les caractères d'un véritable sphincter.

Sur les côtés du col vésical et un peu en bas existaient deux autres ouvertures ne différant de la première que par leurs orifices, qui pouvaient admettre tout au plus un tuyau de plume. Ces deux ouvertures communiquaient dans deux poches latérales formant les tumeurs dont nous venons de parler.

L'organisation de ces trois poches était la même, dit l'auteur; leurs parois, d'un millimètre d'épaisseur, étaient formées par le péritoine, quelques expansions de la couche musculeuse et par la membrane muqueuse de la vessie. Dans la cavité postérieure, la membrane muqueuse était ramollie et ulcérée sur plusieurs points, tandis qu'on ne remarquait aucune trace de destruction dans les cavités latérales.

Ces cavités contenaient un mélange très fétide de pus, de sang et d'urine. Ce liquide remplissait aussi l'excavation pelvienne jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral. Il s'était épanché par deux larges perforations de la poche postérieure situées à deux centimètres l'une de l'autre, et établissant des communications entre elle et la cavité abdominale.

La masse intestinale était refoulée en haut et séparée du liquide épanché par un feuillet très épais et très enflammé du péritoine. A la partie prostatique, on rencontra de grands désordres. La membrane muqueuse, décollée en plusieurs endroits, formait des ponts sous lesquels s'était engagée l'extrémité de l'algalie, ce qui avait fait supposer des rétrécissements urétraux dont on ne trouva pas de traces. Une fausse route plus étendue et ancienne, du moins en apparence, conduisait dans la vésicule séminale gauche considérablement hypertrophiée.

M. Mordret présente ce fait comme nouveau, à raison surtout « de la situation, de la régularité des trois poches, de la » disposition des couches qui en constituent les parois, de la » symétrie de leurs ouvertures, formant, dit-il, les trois som» mets d'un triangle aquilatéral, ce qui lui paraît tout à fait » extraordinaire dans l'histoire des productions pathologi» ques. »

Cette observation, sans être aussi extraordinaire que l'auteur paraît le penser, mérite cependant de fixer l'attention. M. Mordret l'a parfaitement compris; il se demande d'abord : « Était-il possible de diagnostiquer la nature des altérations, dont la vessie était le siége, par la simple observation des symptômes offerts pendant la vie du malade ? La ponction de la vessie était-elle suffisamment autorisée? Quelle est la nature des trois poches constatées à l'autopsie? Sont-ce trois vessies ? sont-ce trois abcès? L'une et l'autre hypothèse me semblent admissibles et susceptibles de soutenir la discussion. »

Et d'abord, en ce qui concerne la première question, il est à remarquer que, quand il est appelé auprès d'un malade en proie à une rétention d'urine, le chirurgien est immédiatement dominé par une seule pensée, l'imminence du danger. Il a hâte d'agir, afin d'enrayer la marche des accidents et d'arriver dans la vessie à travers les difficultés de tout genre qui peuvent se présenter. Les signes et les symptômes n'ont qu'une valeur relative à l'accumulation de l'urine dans la vessie. En dehors de ce fait capital, ils laissent le praticien dans l'incertitude quant aux dispositions spéciales de l'organe et aux complications de la maladie.

Par l'étude des phénomènes morbides, on a été conduit à penser qu'on avait affaire à une cystite chronique compliquée de rétrécissement urétral. Mais, de toute évidence, la phlegmasie de la vessie était consécutive. C'est manifestement par les rétentions d'urine prolongées et répétées qu'avaient été préparés et amenés la cystite et les désordres consécutifs que l'autopsie a révélés. D'un autre côté, l'urètre n'était point rétréci, comme on l'avait présumé; c'est donc à d'autres états morbides qu'il faut rapporter la production des phénomènes morbides, les altérations organiques et les difficultés pour passer la sonde.

Dans le plus grand nombre des cas de rétention d'urine, même prolongée, dès que la sonde est parvenue dans la vessie le liquide s'écoule, le ventre s'affaisse, la tumeur hypogastrique formée par la vessie disparaît et le malade éprouve un grand soulagement, qui se soutient. Or, le malade Collet fut à peine soulagé par le cathétérisme, la sonde en permanence ne fonctionnait pas; il y avait des besoins impérieux d'uriner et la tumeur formée par la vessie avait toujours un volume énorme.

On pouvait conclure de ce fait que la présence de l'urine retenue dans la vessie n'était pas la cause unique des accidents, qu'il s'y joignait des complications organiques plus ou moins graves, contre lesquelles la ponction pourrait être inefficace. La première de ces complications est ordinairement l'hypertrophie de la vessie.

On sait que lorsqu'un obstacle s'oppose à l'expulsion de l'urine, la vessie irritée, stimulée, a une action exagérée,

comme le dit Hunter, et peut éprouver dans sa texture des altérations diverses. Tantôt ses fibres musculeuses se fatiguent d'une lutte inutile; elles cessent d'agir, cèdent devant le liquide qui arrive sans cesse et s'allonge extraordinairement; tantôt, au contraire, elles résistent, et par l'effet de l'accroissement de l'irritabilité, elles acquièrent du développement, de l'épaisseur, de la force dans la proportion de la résistance que rencontre l'expulsion du liquide urinaire. Dans les cas de cette dernière catégorie, les fibres musculaires de la vessie, à peine perceptibles dans l'état normal, grossissent, deviennent saillantes, s'isolent, s'arrondissent, se dessinent derrière la membrane muqueuse et forment des cordons entrelacés, des colonnes charnues que tous les anatomistes connaissent.

Par suite de ce développement, de cet entre-croisement successif des fibres charnues de la vessie, qu'on a observé même dans l'enfance, les parois de l'organe prennent une épaisseur qui peut aller jusqu'à deux pouces.

Dans quelques cas, au lieu d'être seulement hypertrophiées, les parois de la vessie augmentent d'épaisseur par le fait d'un travail phlegmasique auquel les tissus prennent d'autant plus de part que la maladie est plus ancienne. Ici, on trouve la tunique celluleuse épaissie, indurée, notamment vers le trigone ou l'insertion des uretères, au point qu'il est quelquefois fort difficile de diviser les tissus avec un bistouri. Là, il se forme dans l'épaisseur même des parois de l'organe, ou un épanchement diffus, ou un amas de petits foyers de matière purulente, ainsi que Paré, Ruysch, Chopart en citent des exemples, et comme l'un des commissaires l'a observé dans un cas récent.

Dans certains cas même, la vessie est remplie de dépôts tuberculeux, de masses molles de matière médullaire, qui tantôt adhèrent avec plus ou moins de force aux parois du viscère, et tantôt pénètrent dans les tissus de manière à produire des épaississements plus ou moins étendus. Enfin, il n'est pas rare de trouver, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la vessie, des tumeurs de nature diverse et d'un grand volume. C'est ce que constatent les pièces anatomiques réunies dans les musées, ce que prouvent d'ailleurs les faits publiés par un grand nombre d'observateurs, tels que Houstel, Desault, Portal, Deschamps, Chopart, Montagnon, Dupuytren, Crosse, Belmas, Fabrice de Hilden, Blondeau, Zacutus, et surtout Colot, qu'on ne lit pas assez.

De cette série de faits il résulte que la tumeur vésicale qu'on observe après le cathétérisme évacuatif peut dépendre de toute autre chose que de l'accumulation d'une certaine quantité d'urine dont la sonde n'aurait point procuré l'issue. Avant de se décider à pratiquer la ponction vésicale, il est donc nécessaire de multiplier les explorations, de peser avec une extrême circonspection les indications qui se présentent, et d'interroger avec le plus grand soin les antécédents. Dans le cas qui nous occupe, la tumeur abdominale datait de l'enfance. En ce qui concerne les poches annexées à la vessie, et sur la nature desquelles M. Mordret conserve de l'incertitude, elles rentrent dans l'histoire des cellules vésicales, dont on possède tant d'exemples, et qui offrent des variétés si multipliées. Lorsque les parois vésicales s'hypertrophient, elles ne conservent pas une épaisseur égale dans tous les points. Au lieu de former un plan continu, les faisceaux charnus s'isolent et laissent entre eux des espaces d'autant plus grands que les colonnes sont plus développées, et que la distension du viscère est plus considérable. Dans ces espaces, la membrane muqueuse, n'étant pas soutenue, cède aux efforts du liquide et s'insinue à travers les colonnes charnues quand la vessie se contracte avec force. De là résultent des espèces de boursouflures désignées sous les noms de hernies, ou cellules vésicales, les unes très petites et contenues dans l'épaisseur même des parois du viscère, les autres plus volumineuses, formant au dehors de la vessie des tumeurs dont la forme varie beaucoup, et dont le volume est quelquefois beaucoup plus grand que la vessie elle-même.

Ces cavités communiquent avec le réservoir de l'urine par des ouvertures proportionnées à leur volume, et celui-ci est presque toujours en raison inverse de leur nombre. Leurs orifices, à bords ordinairement arrondis, sont lisses et recouverts par la membrane muqueuse vésicale, qui se continue dans les cellules sans interruption, ce qui distingue les cellules des abcès et des perforations dans les parois vésicales.

Dans certains cas cependant, les ouvertures de communication entre la vessie et les grandes cellules s'agrandissent extraordinairement; leurs bords s'amincissent et s'effacent; les poches anormales tendent à se mettre de niveau avec le réservoir de l'urine. Il arrive un moment même où ces cavités ne sont séparées que par des espèces de collets, de brides ou d'éperons, d'où résulte une cavité unique en apparence, mais irrégulière et essentiellement différente de celle que la vessie présente dans l'état normal. De là les vessies lobulées, irrégulières, dont on s'est beaucoup occupé, et qu'on a souvent prises pour des vessies multiples, qui ont donné lieu à tant d'interprétations fautives relativement à l'extraction des calculs urinaires. C'est à cet ordre de faits que se rapportent les cavités anormales décrites par M. Mordret. Sous le rapport de leur structure et des fibres charnues qu'on y a reconnues, elles n'ont rien présenté qui n'ait été vu dans beaucoup d'autres cas.

Les grandes cellules vésicales se rencontrent près du col, sur l'un et l'autre côté du bas-fond, derrière les uretères; on en trouve aussi fréquemment au sommet du viscère. S'il y en a un grand nombre, c'est sur les points que je viens d'indiquer qu'on trouve les plus vastes; tels sont les faits cités par Bassius, Boudon, Sanson et d'autres. M. Bassereau rapporte même un cas presque en tous points semblable à celui que nous analysons. Le malade mourut à l'hôpital de la Pitié d'une rétention d'urine. Le cathétérisme, d'abord impossible, fut enfin pratiqué, et la sonde donna issue à une grande quantité d'urine; cependant la vessie continua de faire une saillie considérable au-dessus des pubis. A l'autopsie, dont le résultat fut présenté à l'Académie le 13 janvier 1833, on reconnut que la tumeur abdominale était formée par la vessie, qui était étranglée par le détroit supérieur du bassin. A droite et à gauche de la face postérieure du viscère, on voyait des ouvertures communiquant dans des cellules de différentes grandeurs; à droite, derrière le trigone, une de ces ouvertures communiquait dans une poche semblable à la vessie, et qui aurait pu contenir la tête d'un enfant. Comme dans le cas de M. Mordret, les parois de la poche présentaient des colonnes charnues entre-croisées; l'urètre était libre, et, à l'entrée de la portion prostatique, existait une fausse route. Il y avait, de plus, de petits foyers purulents dans la prostate et des calculs dans plusieurs cellules vésicales. MM. Mercier et Florimond ont observé à Bicêtre des cas analogues, dont l'un fut présenté à l'Académie le 27 octobre 1848.

A l'autopsie, M. Mordret a été surtout frappé en voyant que les désordres étaient plus considérables dans la poche postérieure que dans les cellules latérales, et surtout dans la vessie proprement dite. Mais il n'y a rien là qui doive surprendre et qui n'ait été observé. On comprend, en effet, que les lésions soient plus constantes et plus profondes dans les cellules où l'urine et les dépôts qu'elle forme ont plus de tendance à séjourner. Aussi est-ce dans ces cavités accidentelles qu'on trouve et la membrane muqueuse détruite, et les incrustations de matière calcaire, et les amas de substance tuberculeuse ou médullaire ramollie. Du reste, que ces destructions de membrane muqueuse aient lieu spontanément et sans traces appréciables de phlegmasie, comme on l'a vu dans beaucoup de cas; qu'elles soient précédées d'un ramollissement, ce qui n'est pas rare non plus, elles peuvent être même beaucoup plus étendues qu'on ne l'a vu dans ce cas. Quelquefois la surface presque entière de la vessie et la partie profonde de l'urètre sont dépouillées aussi bien que les cellules; on voit, pour ainsi dire, à nu le tissu cellulaire sous-jacent, et surtout la couche musculeuse qu'on dirait avoir été disséquée.

De même, eu égard à la profondeur des ulcérations et aux communications qui se sont établies entre la vessie et la cavité abdominale, le fait de M. Mordret n'ajoute qu'un exemple de plus à ceux que l'on connaissait. Ces communications peuvent même être plus nombreuses et plus étendues qu'on ne le voyait ici. Dans le seul musée de l'hôpital de Saint-Barthelomée à Londres, on trouve une douzaine de pièces dans lesquelles ces particularités sont parfaitement distinctes; c'est d'ailleurs ce que révèlent chaque jour les autopsies.

Quant à la configuration de ces ouvertures accidentelles, à leurs bords arrondis, épaissis et indurés, ou ramollis, amincis et festonnés, toutes les variétés imaginables ont été également observées.

Le fait qui nous occupe n'est pas non plus sans analogues en ce qui concerne les épanchements circonscrits dans la cavité abdominale. Ils sont la conséquence du travail morbide développé nécessairement, mais avec une rapidité variable dans les poches distendues et irritées par les matières qui stagnent dans leur intérieur.

Ces épanchements et les conséquences qu'ils entraînent varient suivant le nombre et la grandeur des perforations, leur mode de formation, les lieux auxquels elles aboutissent, et aussi suivant que la contractilité vésicale est accrue ou diminuée. Parfois les désordres sont peu apparents dans la cavité péritonéale et hors de proportion avec les phénomènes observés pendant la vie; c'est lorsque, à la suite d'une chute, d'un coup, de toute autre violence, ou par le séjour permanent d'une sonde rigide ou mal placée, la vessie et les cellules distendues par l'urine se rompent que le liquide fait irruption dans la cavité abdominale et que le malade succombe très promptement. Il n'y a alors que les traces de l'inflammation aiguë, toujours très fugaces. Au contraire, dans les cas analogues à celui qui nous occupe et qui sont les plus nombreux, lorsque la vessie se contracte faiblement et qu'au lieu d'une grande crevasse brusquement opérée il n'y a d'abord qu'un pertuis résultat de l'érosion progressive des tissus, le liquide, au lieu de faire irruption, filtre en quelque sorte dans les tissus, le plus souvent au-dessous du péritoine, qu'il décolle, qu'il soulève, et forme une collection plus ou moins grande en dehors de cette enveloppe. Si parfois le péritoine lui-même est érodé, perforé, c'est le résultat d'un travail inflammatoire consécutif plutôt que d'une rupture proprement dite. Faisons remarquer, en outre, que ces désordres ont lieu principalement dans les cas de maladies anciennes, lorsque les parois de la vessie ou des cellules ont subi les différentes phases de la phlegmasie et de la suppuration. C'est alors aussi que les liquides lentement épanchés dans la cavité abdominale se réunissent en foyers isolés; les tissus voisins sont refoulés; il s'établit un travail inflammatoire et par suite des adhérences entre les tissus, qui se consolident par la persistance de l'état morbide; et il résulte de là des cavités dont les parois ne manquent pas de solidité, quoique formées d'éléments fort divers.

Sous ce rapport aussi l'observation de M. Mordret n'est qu'une preuve de plus des épanchements circonscrits dans la cavité péritonéale soit d'urine, soit d'un mélange de pus, d'urine, de sang, de mucosités ou de toute autre nature. Quelques malades paraissent avoir vécu longtemps avec ces sortes de collections, qui ne produisent le plus souvent aucun symptôme propre à les faire connaître pendant la vie; on ne les découvre qu'après la mort.

M. Mordret n'hésite pas à assurer que les poches supplémentaires de la vessie, soumises à son examen, étaient des abcès. Assurément les abcès des parois vésicales ne sont point rares, soit que le pus s'infiltre sous forme de nappe entre les couches de la vessie, qu'il se recueille en un ou plusieurs foyers, ou qu'il forme une masse considérable. Il est reconnu aussi que les praticiens les plus habiles ont méconnu ces abcès pendant la vie, et qu'ils sont restés dans une complète incertitude sur la nature de la maladie. Mais il leur a suffi, pour être fixés, de procéder avec soin à l'examen des parties après la mort.

Il y a, il est vrai, quelques cas rares de maladie lente, dans lesquels les parois des cellules sont usées, amincies, perforées par un travail phlegmasique, au point de perdre leurs caractères propres, et de présenter, non une surface interne plus ou moins lisse et régulière, mais une cavité rugueuse avec des anfractuosités, des bosselures, des brides s'étendant d'un point à un autre. Alors on a pu croire avoir sous les yeux, non une cellule, mais une poche purulente, surtout lorsqu'au lieu d'orifices réguliers, arrondis, à bords lisses et épais, ces cavités présentent des ouvertures irrégulières, considérablement agrandies et à bords minces et festonnés. Mais dans le cas qui nous occupe, il n'était guère possible de se méprendre, tant les caractères étaient tranchés. Les cellules étaient circonscrites; leurs ouvertures arrondies, à bords épais, formaient, ainsi que le dit l'auteur, un sphincter dans lequel on découvrait des fibres charnues. La structure des poches était la même que celle de la vessie. Or on n'observe rien de semblable dans les cas d'abcès.

Sous le rapport des fausses routes à la partie profonde de l'urètre, malheureusement il n'est pas rare de voir le col vésical labouré, déchiré, transpercé par les instruments dans les tentatives inhabiles de cathétérisme, alors même qu'il n'existe ni rétrécissement, ni déviation de la partie profonde de l'urètre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 4 juillet 1850. — Présidence de M. Fouquier.

M. Foucart lit un rapport sur un travail manuscrit que M. le docteur Huette adresse à la Société pour obtenir le titre de membre correspondant. Les conclusions du rapporteur sont favorables à la demande, et la nomination de M. Huette, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

—M. Dupertuis présente un appareil pour maintenir la réduction des fractures du col du fémur. L'auteur en explique la composition et l'usage de la manière suivante : « Le malade est couché sur un lit de sangles ou autre lit dont le pied est dégagé; la fracture étant réduite, une serviette pliée en trois sert à fixer le bassin et les extrémités supérieures du fémur. Un coussinet est placé entre les jambes, depuis l'entre-deux des genoux jusqu'au-dessous des malléoles. Deux petites serviettes pliées en cravatte sont placées, l'une au-dessus des genoux, l'autre au-dessus des malléoles, servant à fixer les jambes et les cuisses. Une petite guêtre lacée et garnie de ouate est placée à l'extrémité inférieure de la jambe malade. De chaque côté de cette guêtre se trouve un anneau dans lequel on passe une ficelle qui, placée sur le dos d'une chaise, forme poulie et supporte un poids de 1 à 3 kilogr., suivant la force du malade et la résistance musculaire.

» Sous le pied du côté sain, on met encore une serviette en cravatte, dont les extrémités libres sont liées ensemble de manière à former une anse dans laquelle on fixe un cordon partant de l'extrémité supérieure du lit, où il est attaché de manière à simuler un étrier sur lequel le malade trouve un point d'appui.

» Cet appareil est simple, facile, très supportable par les malades; il permet de les tourner sur les côtés plusieurs fois par jour, suivant leurs besoins. Le raccourcissement est moins sensible. Sur trois malades récemment guéris, et soumis à cet appareil, le raccourcissement le plus prononcé n'est que de deux centimètres.

» On comprend, en effet, que, les extrémités inférieures étant ainsi fixées l'une avec l'autre, les contractions musculaires sont balancées par le poids placé au pied du malade; l'étrier adapté à la jambe saine empêche le malade de glisser au pied du lit, lui sert d'arc-boutant lorsqu'il s'agit de le retourner, ce qui rend les mouvements qui pourraient s'opérer dans la fracture beaucoup plus difficiles qu'avec un appareil placé sur un membre isolé. »

M. Boyer demande à M. Dupertuis ce qu'il a observé sur l'influence de la rotation du pied en dehors.

M. Dupertuis répond qu'il n'y a pas eu de rotation par suite de la disposition de l'appareil.

M. Foucart trouve l'ensemble de l'appareil très ingénieux; mais la plupart des parties qui entrent dans sa composition et, entre autres, le poids, n'offrent rien de nouveau.

M. Dupertuis n'a pas la prétention d'avoir inventé un nouvel appareil; il a eu surtout pour but, dans la composition de celui qu'il présente, la simplicité et la facilité à se le procurer. Dans le traitement des fractures, il a renoncé à l'appareil de Scultet, auquel il préfère la gouttière de Mayor garnie de ouate, qui offre l'avantage d'éviter l'atrophie du membre, l'œdème, les eschares au talon, et, en cas de plaie, de surveiller le déplacement.

M. Belhomme engage M. Dupertuis à amener à la Société des malades guéris; cet argument sera irréfragable.

M. Guersant pense que la communication de notre confrère est à prendre en considération; mais il faut bien se garder de dire : voilà un appareil meilleur que tous les autres. On a obtenu des succès avec tous les appareils; on a même guéri sans appareil et sans presque de raccourcissement. Toute la différence dans les résultats vient de la variété des fractures; il faut faire la part des circonstances tirées de la forme de la fracture.

M. Pédelaborde a cherché à éviter le raccourcissement pour prévenir la claudication; il a cependant vu un malade qui boitait, bien qu'il n'y eût pas de raccourcissement. Il n'y aurait donc pas constamment un rapport nécessaire de cause à effet entre le raccourcissement et la claudication.

M. Courserant. L'appareil de M. Dupertuis présente deux modifications très importantes, le poids et l'étrier. Le reste de l'appareil, tel qu'il est, était employé à l'hôpital Saint-Louis, et on en a obtenu d'aussi bons résultats qu'avec ceux qui étaient plus compliqués.

M. Belhomme. L'on vise maintenant, dans la réduction des luxations et des fractures, à la simplicité des appareils. J'ai assisté à des expériences de M. Mayor; c'est étonnant ce que l'on peut faire avec quelques pièces de linge, telles que serviettes, triangles, etc., etc.! Les oreillers que Dupuytren employait étaient encore quelque chose de plus simple. Le poids et l'étrier, voilà le point original de l'appareil que présente M. Dupertuis.

— M. Dancel lit un rapport sur un travail de M. le docteur Félix Hatin relatif au choléra asiatique. Le rapporteur conclut à des remerciments, qui sont adoptés.

M. Tanchou, tout en approuvant les conclusions du rapporteur, ne peut pas admettre certaines idées émises dans le mémoire, relatives à l'étiologie et au traitement du choléra; c'est, suivant lui, une hypothèse purement gratuite que de faire consister la cause de cette redoutable maladie dans la présence de prétendus miasmes répandus dans l'air: nous ignorons absolument ce que c'est que le choléra. Conformément à cette hypothèse des miasmes cholériques, M. Hatin prône les évacuants et rejette les saignées; or, ce dernier moyen thérapeutique est un de ceux qui ont le plus constamment réussi à M. Tanchou. Il la pratique, non-seulement au moment de la réaction où elle doit toujours être faite, sous peine de voir sur-

venir des congestions fréquentes et dangereuses ; mais même dans la période de cyanose, pour peu que le pouls offre encore de la résistance. Il cite deux cas de choléra qu'il a eu occasion d'observer dans la même maison : le premier était un homme de 45 ans, qui ne fut pas saigné et mourut ; le second, une femme de 75 ans qui était mourante ; elle fut saignée deux fois et se tira d'affaire. En somme, il a saigné un grand nombre de cholériques à la période de cyanose et de sueur, et plusieurs d'entre eux ont dû leur guérison à ce moyen. Il ne faut donc pas, comme le conseille M. Hatin, rejeter les saignées comme inutiles ou dangereuses.

M. Dancel admet la saignée au moment de la réaction, et pourvu qu'il n'y ait pas de sueurs trop abondantes ; mais il ne les admet pas au début de la maladie.

— M. Magne présente à la Société un petit instrument en verre, destiné à bassiner l'œil avec certaines substances médicamenteuses réduites à l'état de vapeur. Il se compose de l'œillère ordinaire reposant, à la façon d'un entonnoir, sur un cylindre creux qui lui sert de pied et avec lequel elle fait corps ; une petite ouverture ronde établit une communication entre ces deux cavités. Veut-on maintenant, à l'aide de ce petit appareil, diriger sur un œil malade une vapeur thérapeutique, il suffit d'introduire la substance destinée à lui donner naissance dans le cylindre creux, de saisir ce dernier avec la main, dont la chaleur naturelle suffira pour opérer la production de la vapeur médicamenteuse, et d'appliquer l'œillère sur le globe oculaire.

Dr G. Picard, *secrétaire annuel*.

AFFECTION PARTICULIÈRE DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Analyse de la lymphe.

Par le Dr Fetzer.

La rareté des cas où il a été possible de recueillir de la lymphe sur l'homme vivant donne de l'intérêt au fait suivant, intéressant encore parce que la maladie qui a occasionné la lymphorrhée est spontanée, tandis qu'elle a été traumatique dans tous les cas connus.

Obs. I. — Une fille de seize ans, non encore menstruée, mais portant une double hernie, remarqua pour la première fois, pendant l'été de 1847, que son ventre était couvert de petites élévations en forme de tubercules ; cependant elle n'y prit pas garde, et ce ne fut qu'en janvier 1848 qu'elle les montra au docteur Fetzer. Une bande brunâtre, de la largeur de trois doigts, s'étendait de l'ombilic vers la gauche et se portait en arrière vers la colonne vertébrale, en devenant plus pâle et plus étroite. Sur cette bande brune on voyait, à un pouce au-dessous de l'ombilic et à 2 lignes en dehors de la ligne blanche, environ dix-huit éminences mamelonnées, de la grosseur du mamelon de l'homme, indolentes, flasques, dépressibles, mais qui reprenaient leur volume primitif dès qu'on cessait de les comprimer. De temps à autre pendant le mois de juillet, la malade ressentit quelques douleurs lancinantes le long de la bande brune.

Le 31 juillet, à la suite d'une promenade, il s'écoula de cette région, au dire de la malade et de sa mère, environ 250 grammes d'un liquide laiteux.

L'écoulement reparut trois jours plus tard, et continua sans interruption jusqu'au 6 août.

On voyait suinter des deux plus grosses éminences un liquide laiteux, alcalin, en quantité considérable. Ce liquide recueilli se séparait d'abord en trente minutes, plus tard au bout de quinze, dix et même quatre minutes, en un sérum laiteux, trouble, qui devenait clair par l'éther, et en un coagulum transparent assez gros, qui rougissait visiblement à l'air.

L'auteur, ayant agrandi l'une des ouvertures avec des ciseaux, put introduire une sonde dans le vaisseau ; le liquide s'écoula dès lors par torrent. On cautérisa avec le nitrate d'argent pour arrêter ce flux qui affaiblissait beaucoup la malade.

Depuis, il n'y a pas eu d'écoulement, mais le nombre des nodosités s'est multiplié au point que toute la bande brune de la peau dont il a été question plus haut en est parsemée.

L'analyse microscopique a montré un grand nombre de vésicules graisseuses, des globules lymphatiques normaux et d'autres globules lisses, discoïdes, jaunes, qui paraissent être des globules sanguins en voie de formation.

L'analyse chimique a été faite par le professeur Schlossberger. Sur 1,000 parties, on a trouvé :

Eau	930,63
Matière albumineuse	47,26
Graisse	0,29
Matières extractives	8,30
Sels	9,54

La quantité de fibrine n'a pu être évaluée exactement, parce que le filtre sur lequel on avait placé le coagulum fut perdu après la première dessiccation.

M. Schlossberger estime cette quantité à 4 sur 1,000.

(*Archiv. fur physiologische Heilkunde* et *Gaz. méd.*)

DE L'INFLUENCE DE LA BILE

sur la formation de la graisse dans l'organisme animal,

Par le docteur Van Den Broek.

Sous ce titre, l'auteur publie des recherches qui ont été entreprises dans le but de contrôler celles de Meckel, faites en 1845, et desquelles il résultait que la bile avait la propriété de transformer en graisse le sucre de raisin. Déjà les résultats de Meckel avaient été contestés, et quelques auteurs avaient constaté que la substance obtenue en faisant digérer, à la température du corps humain, du sucre de raisin dans de la bile n'était point de la graisse. Les recherches de M. Broek, faites sur une plus grande échelle, ont conduit aux mêmes résultats, et se terminent par les conclusions suivantes :

1° Les recherches chimiques, pas plus que les observations microscopiques, ne fournissent aucune preuve que la bile fraîche change le sucre de raisin en graisse.

2° La formation d'acide lactique provenant du sucre de raisin digéré dans la bile fraîche n'est l'objet d'aucun doute. Cet acide lactique sépare les acides gras et les acides de la bile de leurs combinaisons ; et comme ces derniers se dissolvent également bien dans l'éther absolu et dans l'éther qui contient de l'eau, ils augmentent la quantité de l'extrait éthéré. La biline aussi est séparée par l'éther qui contient de l'eau, et très peu par l'éther absolu.

3° Pendant la digestion de la bile fraîche, sans sucre ou avec sucre du raisin, il se développe de l'acide carbonique en quantité variable dans les deux cas. Le premier cas prouve qu'il existe dans la bile de l'acide carbonique libre ou des carbonates doubles ; la plus grande partie d'acide carbonique qui se développe sous l'influence du sucre de raisin s'explique par le changement du sucre en acide lactique, changement qui s'accompagne de dégagement d'acide carbonique et par la décomposition du carbonate de la bile par l'acide lactique. (*Ibid.*)

EFFETS AVANTAGEUX

Des fumées des racines de salsepareille dans le traitement des accès d'asthme.

Les feuilles de *datura stramonium* sont peut-être le seul médicament dont on fasse un usage un peu général dans les maladies des voies respiratoires, au moins employées en fumées. Il est bien évident, cependant, que ce mode particulier d'administration du médicament, indépendamment de ce qu'il constitue un véritable traitement topique, donne les moyens d'agir avec une bien plus grande rapidité et une plus grande sûreté que lorsqu'on administre le médicament par la bouche ou par le rectum. On s'étonne donc qu'on n'ait pas essayé de faire fumer aux malades dans les maladies des organes respiratoires des substances très variées, et c'est pour appeler l'attention vers des expérimentations de ce genre que nous dirons quelques mots d'une tentative faite par M. Colledani avec les racines de salsepareille proprement dite que ce médecin fait fumer à ces malades (c'est une substance beaucoup trop chère), mais bien les troncs de cette racine qui restent après l'incision.

C'est dans le traitement de l'asthme spasmodique que ce médecin dit avoir eu à se louer surtout de faire fumer de la salsepareille ; et tantôt, quand le mal était chronique, il a obtenu seulement une grande amélioration ; tantôt, quand il était aigu et récent, il est parvenu ainsi à une guérison complète. Il fait fumer la salsepareille dans une pipe longue, à foyer un peu large et un peu clos, afin que la fumée ne se perde pas et soit facilement inspirée. M. Colledani cite deux faits, l'un d'un campagnard affecté d'accès d'asthme spasmodique depuis son enfance, et qui vers la fin de sa vie ne trouvait de soulagement qu'en fumant cinq ou six pipes de salsepareille de suite. Dans le second fait, chez un homme de trente-quatre ans, qui avait des accès d'asthmes effrayants, qui l'empêchaient de prendre un seul instant de repos, et qui avait essayé sans succès une infinité de remèdes, le même moyen fut employé, et le malade se débarrassa de ses accès, au point que, pendant sept mois, il est resté dans un état très satisfaisant.

Nous livrons ces résultats à nos lecteurs sans aucune réflexion ; il y a là des faits que l'expérience seule peut confirmer ou infirmer. (*Giornale di Progressi.*)

NOUVELLES.

Par décrets individuels en date du 9 août 1850, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Officier : M. Lacger, chirurgien-major de 1re classe en Algérie.

Chevaliers : MM. Dziewonski, chirurgien aide-major de 2e classe au 1er régiment de la légion étrangère ; Ducastaing, chirurgien-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; Durand, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou ; Bernès, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles ; et Lacordaire, chirurgien-major de 2e classe au 7e régiment de chasseurs.

— Au nombre des questions qu'a soulevées l'examen particulier du budget des hospices est venue se placer celle de l'impôt perçu au profit des pauvres sur les recettes théâtrales. Le conseil municipal ne le trouve pas assez productif, et, pour le féconder, il a déclaré qu'il frapperait à l'avenir les billets gratuits du même droit que les billets payants. Au point de vue moral et économique, on ne peut qu'applaudir à cette décision. Reste à savoir si elle est aussi digne d'approbation au point de vue du succès des entreprises théâtrales, qui se trouvent déjà dans une position si critique.

— Le déménagement de l'Académie de Médecine est enfin commencé. L'Académie tiendra sa première séance, dans le nouveau local de la rue des Saints-Pères, le mardi, 3 septembre prochain.

— Les nouvelles reçues à Londres, de l'Inde Occidentale, contiennent des détails déplorables sur la condition de Mexico. Le choléra exerçait d'affreux ravages dans la capitale de cette république. Le *Trait d'Union* dit que, du 25 juin au 2 juillet, il y a eu dans cette ville, 2,000 cas, dont 1,234 décès ; ce qui donne 286 cas par jour, sur lesquels 176 morts.

— *Mutations dans le personnel de santé*. — M. Pomonti, chirurgien aide-major commissionné au 16e de ligne, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Brault, chirurgien aide-major commissionné au 25e léger, est promu chirurgien aide-major de 2e classe au même régiment.

M. Champneuf, chirurgien aide-major de 2e classe aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer au 23e léger.

— Une indisposition de notre correspondant l'a obligé à renvoyer à jeudi le *Courrier du Monde médical*.

La *Gazette des Hôpitaux*, dont le désir constant est de conserver la place honorable qu'elle occupe dans la presse médicale, publiera une *Histoire de l'origine des hôpitaux* par le docteur Félix Roubaud. Ce travail se recommande autant par l'érudition que par les vues philosophiques qu'il renferme. Cette publication commencera très incessamment, et continuera à paraître sans interruption.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format ; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 99. (23e ANNEE.) JEUDI 22 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 21 AOUT 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un intéressant rapport de M. Gibert et des lectures non moins intéressantes faites par MM. Follin, Audouard et Hutin, enfin une curieuse présentation de M. Jobert, ont rempli la fructueuse séance d'hier. En outre, M. Personne a communiqué, sur les huiles de foie de morue et de raie, un travail chimique et pharmaceutique d'un grand intérêt. Il n'est pas bien certain, qu'alors même qu'on devrait rapporter à l'iode les propriétés médicales des huiles analysées par M. Personne, l'ingénieuse préparation par laquelle il veut les remplacer produisît les mêmes effets; mais cela ne nous paraît non plus nullement impossible : l'expérience peut seule en décider. Mais si celle-ci répondait d'une manière affirmative, M. Personne aurait rendu un grand service à la thérapeutique, qui, dans tous les cas, doit lui savoir gré de ses louables et savants efforts.

L'Académie a presque entamé une discussion en règle sur la curieuse observation analysée par M. Gibert. Les lumières qui ont jailli des observations de M. Emery et de la courte réponse de M. Gibert ne nous permettent pas d'émettre une opinion sur l'objet de la discussion; mais les remarques de M. Emery nous semblent dignes de toute l'attention des praticiens ; elles nous paraissent avoir en leur faveur au moins autant de probabilités que celles du savant rapporteur.

M. Audouard a une fois de plus cherché à jeter quelque jour sur l'étiologie de la fièvre jaune, que le savant auteur attribue, comme tout le monde sait, à une infection spéciale produite par les navires qui font la traite des noirs. Les arguments que l'auteur invoque sont rationnels et séduisants ; mais aujourd'hui encore, nous devons le dire, comme le disait il y a nombre d'années la commission de l'Institut, les faits ne sont pas encore assez nombreux ni, pour la plupart, assez rigoureusement établis, pour qu'on puisse accepter comme définitivement démontrée l'opinion du laborieux médecin, à qui la science devra toujours compte de ses opiniâtres et importants travaux.

Nos lecteurs apprécieront eux-mêmes plus tard les intéressantes communications de MM. Hutin et Jobert. Enfin, un de nos collaborateurs leur présentera quelques réflexions sur le fait si remarquable et si bien observé de M. Follin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Des principales formes du lupus et de son traitement.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

De toutes les formes de lupus, la plus grave est celle qui détruit en profondeur; la manière dont elle débute dans quelques cas donne un démenti formel à l'opinion qui assigne au lupus un tubercule comme point de départ constant. Il peut arriver en effet qu'elle commence par une induration tuberculeuse ; mais il est vrai de dire que très souvent elle s'annonce par une congestion passive ou subaiguë. La partie de la peau qui est le siége de cette congestion ne tarde pas à s'exulcérer; il en résulte une solution de continuité qui fait chaque jour de rapides progrès ; une croûte de consistance molle la recouvre d'abord, cette croûte se détache, et laisse à nu une surface qui doit à des sortes de végétations et de fongosités de présenter un caractère particulier. Cependant la marche envahissante de la maladie continue ; il se produit une perte de substance considérable.

C'est principalement au voisinage du nez qu'on observe cette forme du lupus; dans quelques cas elle s'étend à la fois par la peau et par les membranes muqueuses, et en suivant cette double voie elle exerce d'horribles ravages. Vient-elle à se montrer sur la lèvre supérieure, par exemple, elle a bientôt atteint les gencives ; ces parties deviennent le foyer d'un travail de destruction analogue à celui qui se passe dans les téguments; les dents s'ébranlent et tombent. Il est facile de se représenter par la pensée l'étendue et les aspects divers des dévastations que peut causer cette cruelle affection et le spectacle hideux offert par les malades qui en sont victimes. Nous nous rappellerons toujours une jeune femme d'une grande beauté chez laquelle il y a quelques années les dents, l'extrémité du nez, le voile du palais ont été détruits dans un espace de temps très court. A part cette affreuse infirmité, la santé de cette femme est très bonne ; elle a des enfants bien portants. On peut voir dans nos salles deux malades qui se trouvent dans un état analogue. Nous avons obtenu chez elles une amélioration très marquée.

Une autre forme de lupus moins grave que la précédente, mais non moins difforme et non moins effrayante; est le lupus avec hypertrophie. Il commence toujours par une éruption de tubercules, tubercules peu saillants, assez durs, de couleur fauve, autour desquels s'établit un gonflement qui a son siége dans le tissu cellulaire. Le gonflement est beaucoup plus prononcé que dans l'éléphantiasis; ses progrès sont tels, que les tubercules disparaissent entièrement, et que les yeux se trouvent presque complétement recouverts.

A cette forme de lupus se rattache une variété qu'il est assez rare de rencontrer; elle consiste dans des fongosités qui se développent sur les ulcérations même du lupus. Nous avons vu ces fongosités dépasser une élévation de 3 centimètres sur le lupus d'un membre.

Telles sont, avec le lupus qui détruit en surface, les différentes espèces de lupus. Nous y avons ajouté une affection qui se présente sous les apparences du lupus ordinaire, mais qui n'en a pas les caractères précis ; nous voulons parler du lupus syphilitique. Il se montre ordinairement à un âge où il n'est pas naturel de penser que le malade ait contracté la syphilis par suite de rapports sexuels; il se manifeste sous la forme de tubercules qui participent à la fois des tubercules syphilitiques et des tubercules du lupus, et qui affectent le même siége que les derniers sans avoir tout à fait la forme, la saillie, le volume, la consistance et la couleur spéciale des premiers. Nous en avons deux exemples sous les yeux. Dans l'un la maladie s'est déclarée à l'extrémité du nez par un petit groupe de tubercules qui n'étaient pas aplatis comme ceux du lupus, et qui d'un autre côté survenaient dans des conditions d'âge au milieu desquelles on ne pouvait supposer l'existence d'une syphilis, ou du moins d'une syphilis acquise.

Il serait difficile de donner une description exacte du lupus syphilitique, même en se bornant aux cas qui s'éloignent le plus du lupus non syphilitique. Il n'est pas nécessaire de faire remarquer qu'il peut se rapprocher de cette dernière affection par une infinité de nuances intermédiaires.

Le lupus syphilitique revêt dans quelques circonstances les caractères de la syphilide serpigineuse. Nous l'avons vu chez un jeune homme, où il occupait un des membres, se montrer sous forme de tubercules volumineux, arrondis et disposés en demi-cercle, qui laissaient des cicatrices indélébiles sur les points qu'ils avaient envahis. Cette éruption, dans l'âge où l'on observe ordinairement les syphilides, eût été prise pour une syphilide serpigineuse.

Nous pensons donc, en dehors de l'opinion qui considère les scrofules comme une dégénération de la syphilis par l'effet de transmissions successives, opinion que nous ne partageons pas, nous pensons qu'il existe une affection syphilitique héréditaire dont la forme pourrait faire croire à la présence du lupus, bien qu'elle diffère de cette maladie par un caractère fondamental. Il paraît bien démontré aujourd'hui que le lupus se distingue essentiellement par une véritable dégénérescence de tissus; dans le lupus syphilitique il existe une simple induration tuberculeuse. C'est là ce qui nous a autorisé à supposer qu'on pareille circonstance nous pouvions nous abstenir d'applications locales, et obtenir la guérison par l'emploi des moyens antisyphiliques. Notre pratique a été suivie de succès.

Les causes du lupus sont inconnues ; s'il est vrai de dire que dans la plupart des cas les malades qui en sont atteints présentent tous les attributs de la constitution scrofuleuse, il ne l'est pas moins d'ajouter que dans d'autres ils en sont entièrement exempts. On a surtout occasion de faire cette remarque au sujet du lupus érythémateux.

Le lupus est beaucoup moins commun dans les villes que dans les campagnes; on ignore la raison de cette différence : il est naturel de la rapporter à l'alimentation. On sait en effet qu'en France la nourriture des paysans se compose presque exclusivement de végétaux. Si les conditions hygiéniques sont en général moins favorables pour les habitants des villes, l'usage plus fréquent et en plus grande quantité de la viande compense largement les inconvénients auxquels elles peuvent donner lieu. Il est bon de rappeler, à côté de ces faits, que l'on voit le lupus chez des enfants appartenant aux familles les plus riches.

Du reste, on doit le considérer comme une maladie de l'adolescence; il peut se montrer sur tous les points du corps; mais par une préférence bien fâcheuse il atteint le visage, et principalement les parties voisines du nez, dix-neuf fois sur vingt. La plupart des cas de lupus des membres appartiennent à la forme syphilitique; de ce nombre sont ceux qui ont été décrits par M. Huguier.

Le diagnostic ne présente en général aucune difficulté ; la seule affection avec laquelle on pourrait confondre le lupus est le *noli me tangere*. Mais le noli me tangere consiste dans un bouton unique, très douloureux, dont les caractères ne sont nullement ceux du lupus, qui, lorsqu'il est passé à l'état d'ulcération, présente une plaie de mauvais aspect, à bords saillants et découpés, où l'on ne trouve ni l'hypertrophie, ni les fongosités dont sont accompagnées les ulcérations du lupus.

La confusion est encore possible avec certaines formes de syphilides, telles que la syphilide tuberculeuse, surtout lorsqu'on n'a pour s'éclairer que l'âge du malade et les circonstances commémoratives. L'âge du malade est un caractère accessoire; cependant il peut, lorsqu'on y joint l'âge de la maladie, fournir un élément précieux de diagnostic. Si un homme, par exemple, est âgé de trente-six ou de quarante ans, et si la maladie au sujet de laquelle s'élèvent des doutes remonte seulement à dix-huit ou vingt mois, il s'agira évidemment d'une affection syphilitique, puisque le lupus ne se montre que dans l'adolescence et rarement après la vingtième année. Du reste, les tubercules syphilitiques, à part leur coloration spéciale, sont plus volumineux, plus saillants et plus durs que ceux du lupus ; ces derniers ont une couleur fauve et un aspect luisant; leur consistance est plus molle, et ils sont le siége, à leur surface, d'une desquamation légère.

L'impétigo syphilitique se reconnaît sans peine à ces croûtes jaunes, épaisses et peu adhérentes, ainsi qu'aux caractères communs des syphilides.

Le traitement du lupus doit être un traitement mixte. Il y a peu de temps encore que cette maladie était considérée comme une affection locale et combattue exclusivement par des moyens topiques. A nos yeux le traitement général doit constituer la base de la médication. Nous avons vu des malades guérir par la seule influence de l'huile de foie de morue et de l'iodure de potassium donnés à l'intérieur. Nous pensons toutefois qu'on ne doit pas négliger les remèdes purement locaux; on aura donc recours aux caustiques, mais on prendra le soin de choisir ceux qui, comme le bi-iodure de mercure, peuvent déterminer une inflammation résolutive sans entraîner une perte de substance trop profonde.

TRAITEMENT DU RHUMATISME.

Nouvelle observation et réflexions sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le colchique.

Par M. le docteur BERTON, chirurgien-major attaché à l'Ecole d'état-major et à la 1re division militaire.

J'ai déjà publié récemment une observation de guérison de rhumatisme articulaire aigu traité par le colchique (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 16 juillet dernier). Voici un fait nouveau et analogue que je m'empresse également de communiquer à ceux de mes confrères particulièrement appelés à être juges dans la question à l'ordre du jour, concernant l'opportunité des diverses méthodes de traitement dans cette grave maladie. Je ne produirai ici que les principaux détails, tenant également à la disposition des intéressés de plus minutieux renseignements s'il en était désiré. Sans récuser l'importance des faits recueillis dans les hôpitaux et contradictoirement à quelques avis, je pense que ceux qui proviennent de la pratique civile ont bien leur importance, surtout en ce qui concerne les résultats thérapeutiques. Soit, en effet, que les prescriptions fussent ici plus intelligemment, plus minutieusement suivies, ou que l'action des remèdes ne soit point contrariée, modifiée, comme il peut en être dans les lieux de réunion de malades par la présence ou l'absorption des miasmes, etc., il m'a toujours paru évident que, généralement, on guérissait plus facilement, plus souvent en ville que dans les hôpitaux. Cette opinion, que partagent d'ailleurs aussi plusieurs médecins, est chez moi la conséquence de ce que j'ai vu dans différents services hospitaliers civils et militaires, dans ceux dont j'ai moi-même été chargé dans les hôpitaux de cette dernière catégorie, et des comparaisons établies sous ce rapport avec les résultats obtenus dans diverses pratiques civiles et en particulier aussi dans la mienne. Si l'on a reproché ou si l'on reproche aux faits provenant des clientèles particulières de ne pas présenter toujours au même degré toutes les garanties d'authenticité de ceux recueillis dans les hôpitaux, c'est aux médecins qui les publient à fournir toutes les preuves possibles de loyauté et de bonne foi, à indiquer d'une manière claire et précise les détails et les circonstances, sans les commenter d'abord, et à produire même, quand c'est possible, quelques données qui permettent à la rigueur quelque contrôle; de remonter à l'origine ou du moins de s'adresser à l'auteur de l'observation pour en obtenir au besoin un complément de renseignements. C'est ainsi, du reste, que je me suis efforcé de faire dans mes précédentes publications ; dans mon dernier article même j'indiquai l'adresse du malade (sachant qu'il pouvait être visité sans nul inconvénient), et j'offris en outre de donner tous les développements qui pourraient être désirés au delà de ceux déjà fournis. J'agis encore de même

en cette dernière circonstance et je fais les mêmes offres.

Je fus appelé le 16 juillet dernier, rue de la Victoire, hôtel de la Victoire, pour le sieur C..., employé dans une compagnie d'assurance. C'était un jeune homme de vingt-neuf ans, brun, sanguin, assez replet, d'une forte constitution. Il souffrait depuis la veille, se plaignait de la main, du poignet et de l'épaule du côté droit; ressentait un peu d'oppression par suite d'une douleur présternale. Il y avait, en outre, de la constipation, de l'anorexie, de la soif, de l'agitation, de l'insomnie et de la fièvre : le pouls, plein et large, battait 110 fois par minute.

Les jours suivants, la nuque et la région dorsale supérieure devinrent douloureuses; puis successivement se prirent le pied gauche, le genou droit, les deux mains, qui restèrent aussi longtemps gonflées et endolories. En dernier lieu, enfin, une médiocre douleur se manifesta vers la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, et le genou droit, presque indolent, s'hydarthrosa. Il y avait eu, vers le milieu de la durée de la maladie et durant quarante-huit heures, une suspension de toute douleur, qui fit croire au malade à sa guérison dès lors; mais différentes articulations s'affectèrent successivement et le rétablissement ne fut complet que le 15 août. La durée de la maladie fut donc de trente et un jours; elle avait été de vingt-neuf dans l'observation que j'avais précédemment publiée. Il est à remarquer que, vers le douzième jour, il y avait eu aussi une intermittence telle, que le malade s'était levé et voulait aller à ses affaires.

Toutes les conditions les plus favorables au traitement par les évacuations sanguines répétées se trouvaient encore ici réunies; et pas plus que dans le cas précédent une seule goutte de sang ne fut tirée; enfin, pareillement aussi furent prescrites les boissons émollientes, quelques verres d'eau de Sedlitz, des onctions et embrocations locales avec le baume tranquille laudanisé, des cataplasmes arrosés de ce mélange ou de laudanum sur les articulations les plus douloureusement gonflées, une douzaine de bains de vapeurs et le vin de colchique à la dose de 20 à 40 gouttes par jour.

A l'objection qui pourrait être faite que la médication dans l'une et l'autre de ces observations n'a pas été bornée à l'emploi du colchique, je répondrai que, à part quelques bains de vapeurs, on n'a guère fait que satisfaire aux indications qui se présentaient, ce qu'on suit d'ailleurs dans tous les modes de traitement : y avait-il constipation, on donnait un ou deux verres d'eau de Sedlitz, des lavements; existait-il de l'insomnie, on administrait le soir quelques centigrammes d'opiatique, de poudre de Dower, etc. J'observerai, d'autre part, que dans un temps, découragé du peu de succès des différents modes actifs de traitement préconisés contre le rhumatisme articulaire aigu, je m'étais borné à tous ces mêmes moyens, sauf l'usage du colchique automnal, et que les résultats n'avaient pas été aussi évidemment et brièvement efficaces que dans les circonstances où le colchique a été employé. Il est en outre à remarquer que, à la suite de ce genre de traitement, les malades passent, pour ainsi dire, brusquement de l'état de maladie à l'état de santé sans jamais se traîner dans ces convalescences hoiteuses où les retient, presque anémiques, l'application rigoureuse de ces formules surdébilitantes, convalescences qui sont le plus souvent de véritables états morbides et dont la durée, ajoutée à celle bien réelle de l'affection, forme un temps fort long de souffrances et de malaise; car il ne faut pas d'ailleurs confondre avec le terme véritable de la maladie les intermittences fréquentes qui se rencontrent dans les manifestations de la fièvre et des douleurs. Tout cela soit dit sans prétendre prendre part à la récente controverse à la suite de laquelle les calculs de M. Requin ont prouvé que dans les faits publiés par M. Bouillaud la durée moyenne du rhumatisme aigu, traité par les saignées coup sur coup, a été de plus de vingt-sept jours et non de quatre, suivant l'assertion de ce dernier médecin, assertion encore contredite dans la judicieuse analyse simultanément publiée dans ce journal par M. de Castelnau.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 août 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Le ministre de l'agriculture et du commerce envoie trois échantillons d'eaux minérales à analyser, et plusieurs états de vaccinations, ainsi qu'un échantillon de remède secret contre les affections cutanées.

Accidents produits par le chloroforme.

M. le docteur Delarue communique une observation d'accidents très graves et presque mortels produits par des inhalations de chloroforme, quoique celles-ci aient été faites avec toutes les précautions convenables.

Huiles de foie de raie et de morue.

M. Jacques Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, préparateur de chimie à l'Ecole de pharmacie, envoie des recherches sur les huiles de foie de morue et de raie, et sur la préparation d'une huile iodée pour les remplacer dans l'usage médical.

L'importance qu'ont depuis quelque temps dans la thérapeutique les huiles de foie de morue et de raie nous engage à reproduire textuellement le travail suivant, dû à un observateur consciencieux et distingué.

Dès que la thérapeutique eut constaté les propriétés médicales de l'huile de foie de morue, les pharmaciens recherchèrent à quel principe on devait attribuer l'action de ce nouveau médicament, et MM. Girardin et Preisser, de Rouen, ayant constaté la présence de l'iode dans cette huile, en conclurent qu'elle renfermait de l'iodure de potassium. Ces mêmes chimistes reconnurent aussi l'iode dans l'huile de foie de raie, que l'on cherche à employer concurremment avec la première, et dirent même que l'huile de foie de raie contenait plus d'iodure de potassium que l'huile de foie de morue.

Ce fut donc à l'iodure de potassium ou à l'iode, dont on connaît les merveilleuses propriétés médicales, qu'on attribua l'action thérapeutique de ces huiles.

Il y a quelques années, M. Gobley ayant reconnu la présence du phosphore dans quelques échantillons d'huile de foie de raie, attribua à son tour les propriétés médicales de cette huile à cet agent minéral.

Les huiles de foie de raie et de morue contiennent-elles de l'iodure de potassium ou de l'iode, et est-ce à cet agent qu'elles doivent leurs propriétés?

Les différentes espèces de ces huiles que fournit le commerce contiennent-elles une même quantité d'iode?

Ces mêmes huiles renferment-elles du phosphore, et faut-il attribuer leur action à ce dernier principe?

Telles sont les questions que je chercherai à résoudre par les expériences et les faits que je vais exposer.

Le procédé que j'ai employé pour constater l'iode dans ces huiles, consiste à les saponifier avec un excès de potasse à l'alcool, à incinérer le savon obtenu et à traiter le produit de l'incinération par l'alcool à 36°. Il suffit d'ajouter la dissolution d'amidon à quelques gouttes d'acide sulfurique dans le résidu de l'évaporation de la solution alcoolique pour produire l'iodure bleu d'amidon. Le chlore, dans ce cas, n'agit qu'avec la plus grande difficulté, à cause de la présence d'un petit excès d'alcali.

J'ai dû me borner à ces essais et conclure, de l'intensité plus ou moins grande de la coloration en bleu, les différences de quantités dans l'iode cherché, ce corps n'existant dans ces huiles qu'en quantités trop minimes pour être dosé par la balance.

J'ai essayé de cette manière deux huiles de foie de morue : l'une, qui est employée depuis longtemps dans les hôpitaux, et sur les propriétés de laquelle on est définitivement fixé; l'autre, que le commerce anglais cherche depuis quelque temps à introduire dans la thérapeutique, et sur laquelle, je crois, on n'est pas encore assez édifié.

La première est assez épaisse, d'une couleur très foncée, d'une odeur peu agréable, et renferme des flocons qui en troublent la transparence. Elle se prépare en laissant les foies de morue éprouver un commencement de putréfaction dans des tonneaux.

La seconde, parfaitement transparente, ressemble à la plus belle huile d'amandes douces, d'une saveur et d'une odeur qui n'ont rien de désagréable. Elle est certainement préparée par un procédé différent du premier, ou bien purifiée par un procédé qui n'a pas encore été publié.

L'huile de foie de raie, soumise aux mêmes expériences, a été préparée en soumettant le foie de la raie à une douce chaleur, puis séparée par le filtre des matières étrangères qu'elle tenait en suspension. Elle est assez fluide, ce qui rend sa filtration facile, d'une couleur foncée et d'une odeur de sardine très forte.

Le foie de raie, résidu de la préparation de l'huile, a été également traité de la même manière. Les résultats obtenus sont les suivants :

Ces trois huiles, ainsi que le foie, résidu de la préparation de l'huile, renferment de l'iode.

L'huile de foie de morue des hôpitaux de Paris en renferme plus que la belle huile de foie de morue du commerce anglais; elle en renferme plus aussi que l'huile de foie de raie préparée comme je l'ai dit plus haut. Enfin, le résidu de la préparation de l'huile de foie de raie en contient beaucoup plus que l'huile qui en a été séparée.

Si c'est à l'iode que ces médicaments doivent leurs propriétés, on voit qu'il n'est pas tout à fait indifférent d'employer l'une ou l'autre de ces huiles dans la thérapeutique.

Mais ces huiles renferment-elles de l'iode ou bien de l'iodure de potassium?

Sans chercher à résoudre cette question d'une manière absolue, je suis porté à penser que ces huiles ne renferment pas d'iodure de potassium, mais qu'elles contiennent de l'iode faisant partie constituante des éléments des corps gras. Pour appuyer cette manière de voir, je citerai l'observation suivante, que tous les pharmaciens connaissent et que j'ai été à même de vérifier :

Quand on fait un mélange d'iodure de potassium et de matière grasse, comme pour la pommade iodhydratée, au bout de peu de jours d'exposition à l'air, ce mélange devient jaune, à cause de la mise en liberté de l'iode par l'action simultanée de l'oxygène de l'air et des acides gras produits par le rancissement de la matière grasse. Plus tard, cette coloration disparaît presque complétement. On serait tenté de croire que cette décoloration est due à la volatilisation de l'iode mis en liberté; mais l'expérience suivante conduit à une autre conclusion :

J'avais à ma disposition une assez grande quantité de pommade hydriodatée, assez vieille, puisque la préparation datait au moins de deux ans; elle offrait une séparation assez bien faite entre l'oléine et la margarine pour pouvoir recueillir l'oléine en la jetant seulement sur un filtre.

Cette matière liquide, parfaitement transparente, calcinée avec la potasse et traitée comme je l'ai dit plus haut, m'a fourni l'iodure bleu d'amidon, preuve de l'existence de l'iode.

La matière solide de la graisse, soumise à la presse entre des papiers Joseph, puis cristallisée à plusieurs reprises dans l'alcool absolu, m'a donné également de l'iode par le même procédé.

Ainsi, dans ce cas, si une portion de l'iode mis en liberté a pu se volatiliser, la majeure partie s'est combinée avec le corps gras, ainsi que le fait le chlore dans son action sur les matières organiques.

Eh bien! ne peut-on pas dire que c'est par une réaction analogue que l'iode se trouve faire partie de ces huiles animales?

Puisque les tissus mêmes de ces animaux vivant au sein d'une dissolution étendue, il est vrai, d'iodure de potassium, contiennent une petite quantité d'iode (très probablement au même état que dans la dissolution où il a été puisé), comme l'a prouvé tout dernièrement M. Dorvault et comme je m'en suis assuré; que le foie de ces animaux en renferme plus que les autres tissus, ce que j'ai constaté par expérience, n'est-il pas rationnel d'admettre, d'après le mode de préparation de ces huiles cité plus haut, que l'iodure de potassium contenu dans le foie est décomposé sous l'influence simultanée de l'air et des acides gras formés par le rancissement de ces huiles, et que l'iode mis en liberté s'est combiné avec les éléments de l'huile de la même manière que cela a lieu pour la pommade hydriodatée?

La recherche du phosphore a été faite comme il suit :

L'huile saponifiée par la potasse à l'alcool a été mélangée avec du nitre, et le mélange soumis à la déflagration; le produit obtenu, saturé par l'acide chlorhydrique pur, la dissolution filtrée et neutralisée par l'ammoniaque, puis additionnée de chlorure de baryum pour précipiter l'acide phosphorique. Le foie, résidu de la préparation de l'huile de raie, cité plus haut, a seulement été déflagré avec le nitre, et le produit traité de la même manière.

Les résultats obtenus sont les suivants :

L'huile de foie de morue des hôpitaux n'a pas donné la plus légère trace de phosphate de baryte.

Deux huiles de foie de raie, l'une dont je ne connais pas le mode de préparation, l'autre préparée comme je l'ai déjà décrit, toutes deux, du reste, parfaitement transparentes, ne m'ont fourni également aucune trace de phosphate de baryte.

La liqueur acide et filtrée obtenue avec le foie a laissé précipiter, au contraire, du phosphate de chaux par la simple saturation avec l'ammoniaque.

Ainsi, si l'on a rencontré du phosphore dans quelques échantillons de ces huiles, ce principe minéral ne peut parvenir que du phosphate de chaux contenu dans les débris du foie qui sont le plus souvent en suspension dans ces huiles et en altèrent la transparence.

Je suis donc fondé à dire que ce n'est pas au phosphore que l'on doit attribuer l'action médicale de ces huiles, comme cela avait été avancé.

Si c'est à l'iode qu'il faut attribuer l'action thérapeutique de ces huiles animales, le praticien n'est pas sûr, comme je l'ai dit plus haut, d'avoir à sa disposition un médicament toujours identique.

C'est pour éviter cet inconvénient que j'ai cherché à préparer une huile iodée, qui contient une quantité déterminée et constante d'iode et dans le même état de combinaison, comme je suis en droit de le supposer, que dans les médicaments précités.

Pour préparer cette huile, je fais dissoudre 1 gramme d'iode dans 100 grammes d'huile d'olives ou d'amandes douces; la dissolution, d'abord assez colorée, se décolore peu à peu, et, au bout de trente-six à quarante heures, elle a repris sa teinte ordinaire. Mais, au bout de peu de temps, elle reprend peu à peu une teinte brune, que je fais disparaître facilement en agitant le liquide huileux avec une solution de bicarbonate de soude. Il est préférable d'employer le bicarbonate au carbonate neutre, car ce dernier émulsionne trop fortement l'huile et rend sa séparation difficile.

Quand cette huile iodée s'est décolorée, elle offre une réaction acide facile à constater par le papier de tournesol. Cet acide provient de l'acide iodhydrique produit, car je me suis assuré en dosant l'iode enlevé par le bicarbonate de soude qu'on enlève ainsi la moitié de ce corps à l'état d'acide iodhydrique.

Ainsi, 300 grammes d'huile d'amandes douces ont été traités par 3 grammes d'iode, et j'ai dosé à l'état d'iodure d'argent 1 g. 275 d'iode enlevé au mélange par la solution de bicarbonate.

Ainsi cette huile, préparée comme je viens de le dire, contient 0 g. 50 d'iode pour 100 d'huile.

Je me suis assuré que la glycérine, de même que les acides gras, coopère à l'absorption de l'iode lorsqu'on saponifie l'huile ainsi obtenue par l'oxyde de plomb. La glycérine, ainsi que le savon plombique obtenu, contient de l'iode.

Cette huile, du reste, n'offre aucune saveur étrangère et ne présente à la vue et au goût aucune différence avec les mêmes huiles iodées.

Reste maintenant à la thérapeutique de vérifier les propriétés médicales de ce nouveau composé.

Conclusions. — 1° Les différentes huiles de foie de morue et de raie ne contiennent pas toutes une même quantité d'iode, et il est très probable que ces éléments ne s'y trouvent pas à l'état d'iodure de potassium, mais bien à l'état de combinaison intime avec le corps gras.

2° Ces huiles ne renferment pas de phosphore, et, si l'on y en a rencontré accidentellement, ce phosphore provenait de débris de la substance du foie tenue en suspension dans l'huile essayée. Par conséquent, ce n'est pas à cet agent minéral que l'on doit attribuer, ainsi qu'on l'a fait, les propriétés médicales de ces huiles.

3° Si on doit attribuer l'action thérapeutique de ces huiles à l'iode qu'elles renferment, ne serait-il pas plus rationnel de leur substituer une huile préparée de toutes pièces contenant une quantité connue et constante d'iode et au même état que celui-ci se trouve dans les huiles précitées?

4° Dans la réaction de l'iode sur les matières grasses, une partie de ce corps leur enlève à l'état d'acide idhryodique une certaine quantité d'hydrogène, auquel une autre portion se substitue équivalent à équivalent, et constitue un composé dans lequel l'iode fait partie des éléments de l'huile.

5° La possibilité de préparer une huile offrant toujours la même proportion d'iode et au même état de combinaison où ce corps se trouve dans les huiles de foie de raie et de morue devrait engager les praticiens à faire usage d'un médicament qui offrirait d'ailleurs l'avantage d'être dépourvu de la saveur et de l'odeur repoussantes que l'on rencontre dans ces dernières.

Cas remarquable d'affection noire de la peau.

M. Gibert lit un rapport sur deux observations présentées

par M. Bousquet, de Saint-Cbinian (Hérault), et dont la dernière surtout mérite d'être reproduite avec les commentaires du rapporteur.

Une femme âgée de vingt et un ans, à la suite d'une toux convulsive qui présentait quelque analogie avec la coqueluche, vit se développer aux paupières une teinte bleuâtre qui ne tarda pas à devenir noire et à envahir toute la figure, s'arrêtant brusquement aux oreilles et au cou, parties dont la couleur resta naturelle. On aurait dit d'abord que le visage avait été enduit d'une couche d'indigo et plus tard d'une couche de cambouis, en sorte que la malade ressemblait à une négresse quant à la figure. Le lavage enlevait la couche noire (qui déteignait aussi sur le linge), et alors la peau était d'un blanc légèrement bleuâtre, comme le paraît celle du menton fraîchement rasé chez les hommes qui ont la barbe noire; mais la couche colorante enlevée ne tardait pas à se reproduire.

Pendant tout le temps que la figure resta noire, la malade éprouva une violente céphalalgie; la toux avait complétement disparu. Un traitement révulsif et dérivatif fut mis en usage, et la peau du visage fut lavée avec une décoction de quinquina animée d'eau-de-vie camphrée.

La coloration avait commencé vers la fin du mois d'août 1849; le teint parut s'éclaircir au commencement de décembre, puis dans un seul jour (le 9) la teinte noire disparut tout à fait.

Vingt-cinq jours plus tard, cette femme ayant mis les pieds nus sur le sol, la teinte noire reparut momentanément, mais pour se dissiper en peu de jours.

Il est à remarquer que, pendant toute la durée de cette bizarre affection, les menstrues n'ont offert aucun dérangement.

L'auteur croit ce fait unique dans la science. En examinant, en effet, les observations qui sembleraient au premier abord avoir quelque analogie avec la précédente, on n'en trouve aucune qui présente réunies toutes les conditions qui se rencontrent dans le cas signalé à l'attention de l'Académie par M. Bousquet.

Ainsi, le fait consigné en 1817 par M. Rostan dans le *Bulletin de la Faculté de Médecine* est à la vérité un exemple de coloration noire de la peau survenue subitement dans l'espace d'une nuit à la suite d'une violente impression de chagrin. Mais on n'y rencontre point cette exbalation dont le produit tachait le linge, et, d'après l'autopsie, la coloration paraissait siéger dans le corps muqueux de la peau et être constituée par une véritable altération du *pigmentum*.

Dans les cas de ce genre, la coloration est ordinairement permanente et persiste jusqu'à la mort.

Toutefois, on observe aussi cette altération passagère du *pigmentum* dans le *pilligriosis nigra*, maladie de la peau assez rare, dont quelques exemples se sont offerts à nous à l'époque où régnait épidémiquement cet *érythème des extrémités* que les accidents nerveux qui l'accompagnaient chez plusieurs sujets avaient fait désigner en 1828 par quelques médecins sous le nom d'*acrodynie*.

Mais dans le *pilligriosis nigra* (dont Alibert a rapporté une observation sous le titre d'*Ephélides scorbutiques*), il n'y a point de transsudation de la matière colorante, et le linge mis en contact avec les taches ne se colore point en noir.

Au contraire, dans une observation publiée par Billard dans les *Archives de Médecine*, en 1831, sous le nom de *Cyanophatie cutanée*, la matière colorante, comme dans le fait de M. Bousquet, se faisait jour à travers la peau et colorait le linge dont on se servait pour essuyer les téguments; seulement cette matière était bleue au lieu d'être noire.

Dans l'observation que nous venons de citer, l'auteur admet que la matière colorante qui pénétrait la peau et transsudait au debors était fournie par le sang (1). Nous croyons aussi que chez la malade de M. Bousquet, c'est à une altération de couleur du sang qu'il faut rapporter la coloration de la peau en noir et l'espèce de sueur noire qui s'opérait à sa surface. En sorte que ce fait devrait être rapproché des exemples connus de *sueur du sang*, plutôt que des cas de coloration noire proprement dite, soit temporaire, soit permanente, qui tiennent à une altération du *pigment*.

Quoi qu'il en soit, dans l'observation de M. Bousquet, comme dans quelques autres publiées dans les journaux de médecine, la coloration de la peau (ainsi que la sueur-mère partielle) se dissipa au bout d'un certain temps, sans que l'on puisse bien démontrer que cet heureux résultat doit être attribué aux moyens de traitement, d'ailleurs très rationnels, mis en usage par le médecin. (Remercîment à l'auteur; renvoi au Comité de publication. — Adopté.)

M. Emery pense que l'observation recueillie par M. Bousquet est tout simplement une *acne sebacea;* la rapidité instantanée avec laquelle a disparu la couleur noire, au lieu de militer en faveur d'une affection hémorrhagique, prouve précisément en faveur de l'acné; car il n'est guère possible d'admettre qu'une extravasion de sang puisse ainsi disparaître subitement, quel que soit le traitement que l'on emploie.

Ectopie du cœur avec éventration de la plupart des organes digestifs.

M. le docteur Follin, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, lit une note très intéressante, dont nous extrayons ce qui suit :

.... Il y a trois semaines je fus appelé auprès d'une dame que je devais accoucher. Elle était à la fin du sixième mois de sa première grosse, et sans cause connue, fatigue ou émotion morale, elle venait de perdre par le vagin une énorme quantité d'une eau jaunâtre, comparable par sa couleur aux eaux de l'amnios. L'examen que je fis, le toucher que je pratiquai me permirent de constater qu'aucun travail n'était commencé. Aucune douleur ne se faisait sentir. En plaçant l'oreille sur la partie latérale droite de l'abdomen, à peu près au milieu d'une ligne étendue de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure, on distinguait le double tic-tac des battements du cœur du fœtus. Ces battements étaient bien reconnaissables, quoique faibles.

Cette sortie subite et abondante de certaines eaux m'engagea à condamner cette dame à un repos absolu. Elle le garda huit jours, puis se leva, et marcha en continuant à perdre une certaine quantité d'eau jaunâtre.

Le lundi, 12 août, elle commença à éprouver dans l'abdomen quelques légères douleurs, qui augmentèrent dans la nuit et le lendemain. Vers deux beures, elle accoucha naturellement d'un enfant qui offrait de nombreux vices de conformation.

Cet enfant fit trois ou quatre inspirations, quelques légers mouvements des bras, puis toute vie apparente sembla s'éteindre en lui. Toutefois son cœur, situé en dehors de la poitrine, continua à battre, et nous pûmes en observer les mouvements. M. le docteur Cazcaux et deux de mes collègues, MM. Cribier et Dionis, ont bien voulu m'assister dans cet examen. Avant d'aborder ce terrain physiologique, je vais rapidement indiquer les principales particularités que présente cet enfant.

La tête, les deux bras, et la partie supérieure de la poitrine sont normalement conformés; mais de la partie inférieure et antérieure du côté gauche de la poitrine et du côté gauche de la paroi abdominale, on voit sortir plusieurs viscères importants.

Le cœur fait saillie à travers une perforation du diaphragme. Cet organe, dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche, a subi une inversion telle, que sa face postérieure est dirigée en avant; aussi distingue-t-on très nettement les oreillettes et les ventricules. Le cœur est complétement recouvert par son enveloppe péricardique, et la pointe du péricarde est fixée par un long filament fibreux au tégument externe. Les gros troncs vasculaires font communiquer le cœur avec l'intérieur de la cavité splanchnique. A gauche du cœur on aperçoit deux petits lobules appartenant au poumon gauche. Ces portions du poumon communiquent avec la cavité pleurale par un pédicule assez mince qui les relie au reste de la masse pulmonaire. Au-dessous du cœur, on voit le foie, dont la forme générale n'a pas changé. Le petit lobe de Spigel occupe, par rapport à l'estomac, sa position normale. A gauche du foie, on trouve l'estomac et la rate, qui lui est fixée par l'épiploon gastro-splénique. Au-dessous d'eux nous distinguons une certaine étendue de l'intestin grêle. Point de trace apparente de gros intestin dans sa position ordinaire.

En écartant l'intestin grêle, qui flotte librement, on reconnaît de chaque côté les reins, assez volumineux, et au-dessus d'eux de petits corps qu'à leur configuration générale j'ai cru être les testicules surmontés de leur épididyme.

L'appareil génital externe se compose d'un appendice assez analogue à un clitoris, lequel est entouré par deux replis cutanés.

De chaque côté et au-dessous, dans une sorte de rigole, on distingue deux petits pertuis qui correspondent aux ouvertures des uretères; car la vessie fait défaut.

Il n'existe point d'ouverture anale; mais un peu au-dessus de l'appendice génital on trouve dans une sorte d'enfoncement deux ouvertures, dont l'une correspond à la terminaison de l'intestin grêle, et l'autre à celle d'un gros intestin qui se cache derrière l'intestin grêle, et après un pouce et demi de trajet se termine en cul-de-sac.

Deux pieds-bots doivent être ajoutés à l'ensemble de ces vices de conformation.

Après cet examen rapide de la disposition des parties, racontons ce que nous ont offert les battements du cœur.

Après qu'eurent cessé quelques inspirations, nous vîmes le cœur qui continuait à battre d'une façon à peu près régulière. L'accouchement eut lieu à deux beures environ, et depuis ce moment jusqu'à quatre beures ces contractions n'ont pas cessé. Toutefois, notre examen n'a pu être fait régulièrement que pendant une demi-beure. A dix heures du soir, certaines contractions se manifestaient encore; mais elles avaient une très grande faiblesse, et ne naissaient qu'à de rares intervalles.

Le lendemain matin, à sept heures, sous l'influence d'une légère piqûre, les oreillettes se contractaient encore; mais tout avait cessé dans les ventricules.

Ces battements du cœur étaient rares, 13 par minute environ, mais parfaitement réguliers du reste.

Voici ce qu'on observait : Les oreillettes et les ventricules étant dilatés, on voyait, par un mouvement brusque et rapide, les oreillettes se contracter en subissant un mouvement de retrait qui ne laissait point se dessiner les fibres musculaires.

Aussitôt ces oreillettes revenaient à leur volume primitif et à leur immobilité.

Immédiatement après, les ventricules se contractaient. Cette contraction, bien différente par son expression de celle des oreillettes, se faisait d'une manière lente et graduelle de la pointe à la base. On aurait dit le sang lentement exprimé des cavités ventriculaires. Toutefois, entre la contraction des oreillettes et celle des ventricules, il existait un intervalle appréciable à la vue plutôt qu'aux instruments chronométriques ordinaires. L'appréciation du temps qui séparait ces deux contractions pourrait peut-être s'évaluer à un quart de seconde.

Après leur contraction, les ventricules se remplissent sans mouvement brusque. On dirait que les fibres musculaires se relâchent. Dès lors, les cavités ventriculaires sont gonflées et remplies de sang avant la contraction des oreillettes. Vient ensuite un temps d'immobilité assez considérable.

Pendant la contraction des ventricules, la pointe du cœur était portée en avant et à droite; en même temps le cœur exécutait sur son axe une véritable rotation, un vrai mouvement de roulis. Rappelons-nous ici l'espèce d'inversion que le cœur a subie.

La contraction des fibres ventriculaires s'effectuait de la pointe à la base. Très forte et très distincte à la pointe, elle diminuait de bas en haut tellement qu'à la base cette contraction était peu appréciable.

Pendant cette contraction des ventricules, le cœur représentait assez distinctement les figures données par M. le professeur Gerdy sur la structure musculaire de cet organe.

Dans chaque ventricule, la contraction des fibres paraissait indépendante de celles du ventricule voisin; chaque système se contractait isolément, et c'est vers la ligne médiane du cœur au point qui correspondait à la cloison interventriculaire que le mouvement m'a paru s'arrêter. La contraction serait donc surtout énergique sur les bords latéraux du cœur. Ce défaut d'harmonie se traduit encore dans ce fait, que le ventricule du côté gauche, chez notre enfant, est le premier à s'élever et à se porter en avant.

Nous avons essayé de percevoir avec le stéthoscope ou l'oreille quelques bruits de ce cœur. Trois d'entre nous ont distinctement et à plusieurs reprises entendu des bruits secs et parcheminés. L'un de nous a cru les entendre doubles à chaque fois. Mais nous n'avons pu, à cause de la rapidité de ces contractions, les rattacher à l'une ou l'autre d'entre elles.

Cet examen a toujours été fait sans que le stéthoscope appuyât sur le cœur.

Quand les mouvements du cœur se sont affaiblis, on trouvait souvent deux contractions ventriculaires pour une des oreillettes. Puis, peu à peu, les contractions ventriculaires se sont effacées et les oreillettes seules ont continué à battre.

Toute sensibilité et tout mouvement avaient depuis longtemps disparu chez cet enfant dont le cœur seul exprimait un fait vital.

Fièvre jaune.

M. Audouard lit une note dans laquelle il cherche à démontrer que la fièvre jaune est le produit de l'infection produite par les miasmes qui s'élèvent des vaisseaux négriers lorsque ces bâtiments sont exposés à des températures élevées, et que l'absence de chargement permet au fond du navire d'approcher de la surface de l'eau, et de subir ainsi plus directement l'action de la chaleur. Par exception, l'infection peut se manifester à bord d'autres bâtiments mal tenus sous le rapport de la propreté.

Ablation de la mâchoire inférieure.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, lit l'observation extrêmement intéressante d'un invalide qui avait eu la mâchoire inférieure entièrement emportée par un boulet de canon, et qui a vécu néanmoins trente-cinq ans après cet accident. Nous publierons en détail ce fait remarquable.

Rhinoplastie.

M. Bégin, au nom de M. Jobert, présente un cas fort intéressant de rhinoplastie.

La séance est levée à cinq beures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 14 août 1850. — Présidence de M. Trousseau.

Épanchement pleurétique. Mort subite. Thoracentèse.

M. Requin. Il s'est passé dans mon service un fait qui m'a paru digne de l'intérêt de la Société, après la discussion qui a occupé plusieurs de nos séances à propos de la thoracentèse.

Un homme âgé de cinquante ans, d'une constitution très forte, très replet, alla consulter M. Gerdy, qui constata, chez lui, l'existence d'un épanchement pleurétique considérable, et dont ce malade paraissait ne pas s'être aperçu. Quand je vis cet homme, je constatai aussi évidemment l'existence d'une pleurésie latente occupant le côté droit du thorax. Ce malade n'éprouvait aucun autre signe de la maladie que ceux fournis par la percussion et l'auscultation, qui purent faire constater la présence de cette affection. Il n'avait point eu de douleur de côté, pas d'essoufflement; il n'avait pas encore, au moment de notre examen, de dyspnée bien appréciable. Ce malade entra dans le service, y resta à peu près deux mois, pendant lesquels nous employâmes les remèdes dits rationnels pour arriver à la guérison, sans avoir pu obtenir de résolution bien notable dans la quantité du liquide épanché. Le malade se levait, pouvait se promener, mangeait avec assez d'appétit.

Le 17 juillet il se coucha à onze heures, sans avoir rien éprouvé de notable; à six heures du matin, il était pris d'un accès de suffocation peu intense; à sept heures, la dyspnée avait augmenté; à huit heures, malgré les soins de l'interne de garde, qui était resté près de lui, la face devint livide, le cœur cessa de battre, et le malade tomba mort sur son lit.

Ce fait présente donc un premier degré d'importance en ce qu'il prouve, ainsi que je vais achever de le démontrer par l'autopsie, que l'on peut mourir d'un épanchement pleurétique. Nous avons en outre à examiner si, dans ce cas, il n'eût pas été convenable de pratiquer la thoracentèse, opération qui aurait peut-être pu empêcher l'accident funeste qui a terminé cette maladie.

A l'autopsie, nous reconnûmes qu'il existait dans la plèvre du côté droit une quantité de sérosité que nous pûmes évaluer à cinq litres. La plèvre pariétale était tapissée entièrement par de fausses membranes assez épaisses. Le poumon, presque carnifié, était refoulé en haut contre la colonne vertébrale, et offrait un volume peu considérable; il ne surnageait pas, et nous regrettâmes vivement qu'un coup de bistouri, en entamant son tissu, vînt nous empêcher de pratiquer l'insufflation, qui, dans ce cas, aurait présenté une grande importance. Ce poumon était lui-même tapissé de fausses membranes, dont quelques débris flottaient dans le liquide, et formaient des adhérences entre les deux feuillets séreux de la plèvre. La plèvre et le poumon du côté gauche étaient sains; le péricarde renfermait un peu de sérosité. A cause de cette mort subite, nous recherchâmes avec soin dans le cœur et dans le cerveau les causes de cette mort. Il n'y avait absolument rien dans le cerveau, pas même d'état congestionnel. Sur la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, jus-

(1) On lit aussi dans les *Annales cliniques de Montpellier*, janvier 1822, l'observation d'une femme chez laquelle le hasard fit découvrir, à la suite d'un accouchement naturel, la coloration en noir des téguments de l'abdomen. Cette coloration diminua graduellement, et finit par disparaître en une douzaine de jours.

qu'à la partie inférieure de l'aorte, nous trouvâmes un peu d'épaississement de l'endocarde, quelques concrétions fibrineuses, plusieurs plaques jaunâtres criant sous le scalpel. La tunique interne de l'aorte présentait des bandes longitudinales rougeâtres, lésions qui, en définitive, n'avaient pu déterminer l'accident que nous avons signalé. Le système veineux était généralement gorgé de sang. Il est donc très certain que ce malade n'était mort que par suite de l'épanchement pleurétique que nous avons constaté pendant la vie et après la mort: épanchement chronique simple; et je viens, en définitive, vous demander si l'opération de la thoracentèse n'aurait pas dû être pratiquée dans cette circonstance, et si cette opération n'aurait pas pu prévenir l'accident qui est arrivé?

M. Marotte. Cette observation est malheureusement fort incomplète, et il est extrêmement fâcheux qu'on n'ait pas pu pratiquer l'insufflation du poumon, point capital qui aurait pu juger la question. Cette observation est donc, en somme, peu concluante.

M. Requin. Je sais, en effet, que cette observation présente des lacunes fâcheuses; mais elle prouve toujours qu'on peut mourir d'une pleurésie latente, que ces pleurésies latentes sont de beaucoup plus dangereuses que la pleurésie aiguë. Enfin, elle soulève une question, pour la thoracentèse, que je désirerais soumettre à l'examen de mes collègues.

M. Hardy. Il n'est pas, je pense, de médecin qui ne soit d'avis, et qui ne regarde comme une chose grave l'existence d'une pleurésie chronique. La mort n'est pas, dans cette maladie, une terminaison rare; mais la question que nous avons eu à discuter a porté, non pas sur la pleurésie chronique, mais sur l'hydrothorax aigu, ce qui est bien différent. Je regrette aussi vivement que l'on n'ait pu établir par l'insufflation si le poumon était simplement carnifié ou hépatisé. On sait parfaitement que, d'après les recherches faites par notre collègue M. Legendre, le poumon hépatisé ne peut s'insuffler, tandis que lorsqu'il n'existe que la seule carnification, l'insufflation peut se faire. La thoracentèse, on le comprend, aurait pu être indiquée dans un cas et contre-indiquée dans l'autre. Il resterait encore à savoir si la fausse membrane n'aurait pas pu offrir quelque résistance à la dilatation du poumon après la thoracentèse.

M. Marotte. J'ai remarqué que, dans certaines pleurésies chroniques, lorsque les parois thoraciques étaient arrivées à un certain degré de distension, le tissu cellulaire, les séreuses étaient tellement comprimés que l'absorption devenait matériellement impossible; la thoracentèse est donc bonne dans ce cas, et détruit cette compression qui rend les tissus absorbants imperméables. Dans un cas, je fus obligé de pratiquer à deux reprises différentes cette opération, et ce ne fut qu'à la seconde fois que les phénomènes d'absorption se manifestèrent.

M. Trousseau. Le fait rapporté par M. Requin me paraît très important. M. Requin nous demande d'abord à quelle époque aurait pu être pratiquée l'opération de la thoracentèse? Mais il aurait fallu savoir à quel moment remontait la maladie, et je regrette vivement que l'on ne soit pas parvenu à savoir, par des renseignements, à quelle époque le malade avait pu s'apercevoir de quelques symptômes qui, quoique fugaces, n'en avaient pas moins été des indices précieux pour le médecin. La durée de la maladie est un fait grave, car il nous permettrait de penser que le malade avait été atteint, en définitive, d'une pleurésie chronique ou d'un hydrothorax: ce qui n'est pas la même chose au point de vue de l'indication de l'opération.

Les fausses membranes, nous a-t-on dit, étaient, sur la plèvre costale, de l'épaisseur d'un demi-centimètre et, sur le poumon, à peu près d'un tiers de centimètre; il est évident que la pression atmosphérique, que la poussée de l'air dans le poumon au moment du vide produit par l'absence du liquide, au moment de l'opération, aurait suffi pour rompre ces liens et permis au poumon de se dilater. La rupture de ces liens arrive assez fréquemment et coïncide au moment où le malade, aux premières inspirations, perçoit une vive douleur au niveau de ces adhérences. Cette pression suffit, non-seulement pour produire cette simple déchirure, mais encore pour opérer le décollement de fausses membranes très larges et très étendues. Il ne faut pas, du reste, un grand effort pour produire l'insufflation dans un poumon carnifié, puisque le souffle du fœtus suffit pour produire cet effet, et que, d'après les expériences de M. Bouchut et contrairement aux recherches de M. Legendre, on peut insuffler non-seulement un poumon carnifié, mais encore un poumon à l'état d'hépatisation lobulaire.

Quant à l'indication de la thoracentèse, ce n'est pas, je le répète, dans l'orthopnée que se trouve cette indication, puisque, dans les cas que j'ai cités, il n'y avait jamais eu d'orthopnée; mais l'indication est dans l'épanchement excessif: c'est la quantité de l'épanchement qui fait mourir et qui, dans les observations que j'ai pu faire, m'a présenté la seule indication à l'opération.

M. Legroux. Il me semble que M. Trousseau a modifié sa manière de voir, et que, dans ses premières observations, il avait regardé d'autres accidents, et notamment l'essoufflement, comme pouvant rendre la mort imminente et fournir les indications les plus positives à l'opération.

M. Béhier. J'ai rédigé, au moment de cette première discussion, les procès-verbaux de nos séances, et je ne me rappelle pas avoir consigné autre chose que ce qu'a pu nous dire M. Trousseau de l'épanchement excessif comme principale indication de la thoracentèse.

M. Legendre. Je n'ai jamais dit que le poumon carnifié ne pût pas s'insuffler; mais j'ai cherché à établir, dans les recherches que j'ai pu faire, que la pneumonie lobulaire n'était pas de l'hépatisation.

M. Bouchut. D'après des expériences qui me sont propres et que j'ai pu répéter un grand nombre de fois, il est évident, pour moi, que l'on peut toujours insuffler un poumon hépatisé. Le procédé peut avoir quelque influence sur la réussite de l'expérience; il ne suffit pas, en effet, d'essayer une seule fois de pousser de l'air dans le poumon, mais bien deux, trois fois, et à plusieurs reprises, en maintenant la langue sur l'embouchure de la canule: alors l'insufflation peut se faire et sans la moindre rupture. Je l'ai produite dans des pneumonies au troisième degré.

M. Legendre. Dans ce dernier cas, l'insufflation, en effet, est possible, car le tissu du poumon est ramolli; mais dans l'hépatisation rouge, elle est matériellement impossible, car, dans ce cas, ainsi que les travaux de Laënnec et de M. Magendie l'ont prouvé, on trouve dans le tissu spongieux, dans les mailles de ce tissu aréolaire les éléments plastiques du sang: le poumon semble alors en quelque sorte farci de fibrine. Il faut faire attention que les pneumonies doubles ne sont pas franchement inflammatoires, et que ce n'est, dans les inflammations, que les hépatisations franches, qui sont par conséquent rarement mortelles, que le fait de l'insufflation est matériellement impossible.

M. Béhier. J'ai eu occasion de répéter les expériences de M. Legendre, et je dois dire qu'il m'a été impossible, malgré les efforts que j'ai pu faire et à plusieurs reprises, d'insuffler des poumons véritablement hépatisés. J'ajouterai que des recherches microscopiques récentes sont venues confirmer les travaux sur l'infiltration de lymphe plastique dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire. Il est important, dans ces cas aussi, de ne pas confondre la simple congestion avec l'hépatisation.

M. Bouchut. Je n'ai pas toujours choisi moi-même les poumons que j'ai insufflés, et j'ai répété souvent ces expériences sur des poumons que M. Guersant lui-même m'avait choisis, et sur lesquels il espérait confirmer des faits auxquels il ne voulait pas ajouter foi en premier lieu.

M. Legendre. Le poumon congestionné est ordinairement ratatiné, tandis que l'hépatisation augmente le volume du poumon qui remplit la cavité thoracique. Le poumon hépatisé n'est pas livide, il est d'une couleur rouge-acajou. Il y a également des bronchites capillaires ou des pneumonies vésiculaires bien différentes de l'hépatisation.

M. Legroux. La coloration ne signifie rien, et n'offre qu'un signe extrêmement infidèle pour juger l'état du poumon. Laënnec n'admettait, pour caractériser l'hépatisation, que la présence de granulations rouges dont la description se trouve dans un ouvrage.

M. Valleix, trouvant que la discussion ne peut éclaircir cette question, propose de nommer une commission qui recommencera les expériences faites par MM. Bouchut et Legendre. En conséquence, M. le président compose cette commission de MM. Bouchut, Legendre, Béhier, Valleix et Barthez.

Congrès scientifique de France.

Le Congrès scientifique de France ouvrira le 3 septembre sa dix-septième session à Nancy. Les sociétés savantes sont priées de communiquer la statistique de leurs travaux et de se faire représenter à la réunion par un ou plusieurs de leurs membres. Tout porte à croire, à en juger par les nombreuses adhésions de la France et de l'étranger, que cette solennité aura un grand retentissement. On sait que les mémoires lus en séance publique sont régulièrement publiés chaque année par le bureau du Congrès.

La *Gazette des Hôpitaux* croit devoir s'associer à ce grand essor communiqué aux sciences dans les départements en publiant le programme de la section des sciences médicales, programme du reste dans lequel on n'est pas rigoureusement obligé de se renfermer, puisque chacun est libre d'apporter à l'assemblée le tribut de ses lumières sur une question quelconque.

1. Comment se digèrent et s'assimilent les matières féculentes et sucrées? Les idées nouvelles émises récemment sur ce sujet peuvent-elles supporter un examen sérieux?

2. Peut-on apprécier les analogies et les différences qui existent entre le fluide nerveux et le fluide électrique?

3. Existe-t-il des signes infaillibles pour distinguer les palpitations du cœur qui proviennent d'un vice organique de celles qui dépendent d'une altération du sang ou d'une affection purement nerveuse?

4. Préciser les cas dans lesquels l'iodure de potassium doit être préféré aux préparations mercurielles et aux sudorifiques dans le traitement des maladies syphilitiques.

5. Quelles sont les causes du goître et du crétinisme endémiques à Rosières-aux-Salines (Meurthe)?

6. Indiquer les différentes maladies où la méthode hydrothérapique est applicable, et celles où elle est contre-indiquée.

7. Quelles sont les maladies endémiques dans le département de la Meurthe, et particulièrement dans la ville de Nancy? A quelles causes doit-on en attribuer le développement, et quels sont les moyens les plus efficaces pour les prévenir et pour les combattre?

8. Ne serait-il pas convenable que le gouvernement établît près de chaque cour d'appel une commission de médecins et de chimistes chargés de dresser ou de réviser tous les procès-verbaux d'expertisés médico-légales réclamés par l'autorité judiciaire?

9. Les altérations de la bile doivent-elles être considérées comme causes ou comme effets des maladies auxquelles elles sont liées?

10. Valeur de la miotomie en général, et de la strohotomie en particulier.

11. Les recherches chimiques et microscopiques sur le sang ont-elles amené jusqu'ici des résultats applicables à la thérapeutique?

12. La fièvre typhoïde a-t-elle été observée sur les animaux herbivores? S'il en est ainsi, quels sont les caractères, la marche et les lésions cadavériques qu'elle présente chez ces animaux?

13. Quelle est la valeur des inspirations d'éther ou de chloroforme employées comme moyens thérapeutiques dans les différentes espèces de maladies nerveuses?

14. Quels sont les services rendus à la physiologie par les vivisections?

15. Quelle est la meilleure méthode de traitement dans la fièvre typhoïde?

16. Quelle devrait être l'organisation du service médical vétérinaire dans chaque département?

17. Quels sont les moyens à employer pour amener la disposition de l'empirisme vétérinaire, si fatal aux agriculteurs?

18. Quels sont les moyens à employer pour prévenir les maladies épizootiques qui règnent dans différentes localités?

19. L'usage du sel commun exerce-t-il une action avantageuse sur la santé des bestiaux?

Bally.

NOUVELLES.

L'Académie de Médecine ne tiendra pas séance mardi prochain, à cause des dérangements occasionnés par son déménagement. La séance du mardi suivant aura lieu, ainsi que nous l'avons déjà dit, dans son nouveau local, situé rue de Saints-Pères, en face de notre bureau.

— Nous avons reçu de M. Lecanu une lettre que le défaut d'espace nous oblige à renvoyer à notre prochain numéro.

— Une lettre d'Alexandrie, datée du 8 août, annonce que le choléra vient de se manifester dans cette ville. On y comptait huit cas par jour. Le choléra a aussi éclaté au Caire, où le nombre des cas est de trente à trente-cinq par jour. (*Sémaphore de Marseille*.)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 100. (23e ANNEE.) SAMEDI 22 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Chancre induré à forme phagédénique. Syphilis constitutionnelle. — M. Ricord nous a fait voir dans son service un malade dont l'histoire est assez curieuse et exceptionnelle pour qu'il nous semble bon de la rapporter ici avec quelques détails.

Un homme actuellement couché au n° 23 est entré à l'hôpital portant une ulcération du prépuce, et une à la partie inférieure du gland près du frein, cette dernière à base dure et avec complication inflammatoire assez étendue et profonde pour ne pas permettre de retrouver l'induration bien nette et bien tranchée. La base du chancre était entourée, si nous pouvons nous exprimer ainsi, d'une atmosphère phlegmoneuse, noyant en quelque sorte l'induration spécifique. Cette circonstance est une de celles sur lesquelles insiste volontiers M. Ricord, parce qu'elle est des plus essentielles au point de vue du diagnostic du chancre induré.

Mais s'il avait pu rester quelque doute sur la nature de l'affection, il existait un phénomène qui persiste encore aujourd'hui et qui permettait de conclure à l'induration, c'est l'état dans lequel se trouvaient les ganglions inguinaux. On constatait dans la région inguinale une pléiade ganglionaire absolument semblable à celle que l'on rencontre dans les cas de chancre induré simple, c'est-à-dire des ganglions développés, isolés les uns des autres, indolents, résistants, élastiques, et sans aucune tendance à la suppuration. En résumé, on devait admettre l'existence de l'induration du chancre, partant conclure à la non-suppuration des ganglions et au non-phagédénisme de l'ulcération. Or voici ce qui arriva.

Le chancre, au lieu de suivre la marche ordinaire de l'ulcère simple dans ces conditions, c'est-à-dire au lieu de guérir promptement, l'induration seule persistant comme un noyau, le chancre a pris le caractère phagédénique, non pas ce que l'on pourrait appeler le phagédénisme *circulaire*, mais le phagédénisme *excentrique*, avec une légère tendance à la forme serpigineuse. Cet homme avait suivi un commencement de traitement mercuriel, qui fut suspendu aussitôt que l'on vit se développer les accidents dont nous venons de parler. Comment se fait-il qu'avec un traitement méthodique comme celui auquel il avait été soumis, ce malade se trouve aujourd'hui dans un état semblable? Quelle est la cause du phagédénisme exceptionnel de ce chancre induré?

Rappelons d'abord que pour M. Ricord le phagédénisme n'est jamais une conséquence nécessaire de la cause qui a produit le chancre, mais bien le résultat d'une condition particulière de l'individu. C'était donc à ces conditions individuelles qu'il fallait s'adresser pour en avoir raison.

Le sujet portait habituellement le gland découvert; la maladie fit survenir un peu d'engorgement. Il ne semblait pas qu'il y eût là paraphymosis aigu, mais seulement engouement des tissus, suffusion œdémateuse, et comme accident secondaire inflammation; en un mot, paraphymosis graduel. Certes, cette explication pouvait à la rigueur paraître suffisante; l'étranglement rendait compte de l'accident. Mais, de bonne foi, et après un examen attentif du malade, il n'était pas assez considérable pour que l'on pût mettre tout sur son compte. Il était assez peu intense pour que M. Ricord ne voulût pas faire de débridement, dans la crainte de voir se transformer en plaies chancreuses les surfaces de l'incision qu'il aurait fallu faire. Là donc n'étaient pas entièrement les conditions du phagédénisme.

Une cause puissante du phagédénisme, c'est l'affection tuberculeuse. Il est arrivé souvent que l'état tuberculeux latent, non manifesté par aucun symptôme appréciable, a été dévoilé par la marche d'une ulcération primitive ou d'un accident constitutionnel. C'est une conséquence forcée à laquelle on arrive par voie d'exclusion. Chez le malade actuel, M. Ricord n'a pas encore cherché par la percussion et l'auscultation la preuve matérielle, les signes physiques de la lésion pulmonaire; mais il a maintenant la certitude que l'explication qu'il donne est la véritable, et ceci pour plusieurs raisons. D'abord des questions précises qui lui ont été adressées sur ses antécédents ont appris que son père est mort d'une affection tuberculeuse. Il tousse lui-même très souvent, s'enrhume facilement, et a été pris il y a quelques semaines d'un rhume plus violent que d'habitude. Ces circonstances rapprochées de l'aspect particulier de la plaie de la verge forment un ensemble de raisons suffisantes pour que l'on soit complétement fixé sur la nature de l'affection, qui n'est autre chose qu'un phagédénisme tuberculeux.

Le diagnostic rationnel porté par le chef de service a été celui-ci : chancre induré; engorgements inguinaux indolents; phagédénisme consécutif.

M. Ricord regarda comme certaine l'apparition, dans un temps plus ou moins éloigné, d'accidents constitutionnels. L'induration du chancre prouve que la constitution est prise. Il a déjà, comme nous l'avons dit plus haut, subi un commencement de traitement mercuriel, que l'on a dû interrompre lorsque s'est montré le phagédénisme, et parce que le mercure favorise la marche phagédénique des ulcères, et parce que l'affection tuberculeuse est mal impressionnée aussi par les préparations hydrargiriques.

Un mot encore sur une particularité du fait. Le malade aura, disons-nous, des accidents constitutionnels. Or le chancre est phagédénique, et il est d'observation que le chancre phagédénique n'est jamais suivi d'accidents généraux de cette espèce. Ce que nous avons dit plus haut prouve surabondamment qu'il n'y a dans tout cela aucune contradiction. Le phagédénisme, dans le cas actuel, n'empêche pas l'infection constitutionnelle, parce qu'il est secondaire et déterminé par une cause en dehors de la syphilis elle-même.

Maintenant, si ces accidents surviennent, comme tout porte à le croire, ils seront vraisemblablement d'une mauvaise nature. Le malade est déjà modifié syphilitiquement, tuberculeusement et mercuriellement; son sang est dans des conditions mauvaises de plasticité. C'est dans des cas de cette espèce que l'on peut trouver une corrélation entre les accidents primitifs et les accidents constitutionnels, ceux-ci prenant la forme ulcérante profonde, l'organisme n'ayant pas dans son ensemble de moyen suffisant de résistance à la maladie.

Iritis. Affection complexe de l'œil. — Un homme de quarante-quatre ans, journalier, d'un tempérament lymphatique, ayant le système musculaire peu développé, d'une constitution détériorée, est entré il y a peu de jours à la Clinique, salle de chirurgie. Il raconte que, n'ayant pu trouver d'ouvrage, il a été employé à remuer de la poudrette. Il se livrait à cette besogne depuis quelque temps déjà, lorsque, il y a quatre semaines, il fut pris d'une fièvre chaude, dit-il, avec insomnie, agitation, douleurs de tête; en même temps l'œil gauche est devenu rouge, douloureux. Un médecin de la Villette, consulté pour cet accident, lui fit une saignée, et lui ordonna un collyre dont le malade se servit pendant quelques jours.

Dès qu'il sentit un peu d'amélioration dans son état, cet homme cessa de se soigner et reprit ses occupations. Cependant il ne put les continuer longtemps; le 9 août, il se présenta au Parvis-Notre-Dame, d'où il fut dirigé sur le service où il est actuellement. Voici l'état que l'on constate au moment de la première visite.

Indépendamment de l'état général assez misérable dans lequel se trouve le sujet, on observe un œdème des paupières supérieure et inférieure de l'œil gauche; les veines qui serpentent dans l'épaisseur des paupières sont dilatées, signe sur lequel on n'insiste peut-être pas assez généralement. La conjonctive palpébrale n'est pas enflammée; le globe de l'œil est un peu saillant. Il y a une légère exophthalmie commençante.

Examiné en lui-même, le globe oculaire présente un état variqueux des veines de la conjonctive, donnant à cette membrane une teinte non pas d'un rouge vif, mais d'un rouge brun-noirâtre. La conjonctive ne fait pas saillie sur la cornée comme dans le chémosis. Dans sa moitié supérieure, la cornée est parfaitement saine; mais dans la partie moyenne, on y distingue une ligne courbe assez analogue à la trace que laisserait une incision, et qui semble annoncer une sorte d'amincissement. La cornée elle-même est transparente, et l'on peut voir à travers son épaisseur une certaine quantité de pus dans la chambre antérieure, occupant près de la moitié de sa hauteur et dessinant une espèce de croissant à concavité supérieure. Les deux tiers inférieurs de la pupille sont obturés par cette couche de pus. La vision est confuse, incomplète. La cornée est bombée, saillante, et peut-être est-ce à cette saillie que serait dû l'amincissement apparent dont nous avons parlé de la partie moyenne de cette portion de l'organe oculaire. Rappelons, en passant, qu'il existe ici une différence d'opinion entre Scarpa et Richter au sujet du staphylome de la cornée; l'un prétendant qu'il y a amincissement, l'autre, au contraire, qu'il y a épaississement.

La moitié supérieure de l'iris, la seule qui soit visible en raison de la présence du pus qui cache la moitié inférieure, est évidemment plus pâle que la partie correspondante de l'iris du côté opposé. Sauf cette pâleur plus grande, la coloration elle-même n'a pas changé. On a écrit que, lorsque l'iris est naturellement d'une coloration grise et qu'il survient un travail inflammatoire, cette coloration passe à celle dite *vert de mer*. Il en est quelquefois ainsi; mais dans le cas actuel, il n'y a rien de semblable. Du reste, pas de déformation de la pupille et pas de fausses membranes apparentes.

Pendant les premiers jours, il y a eu douleur violente au-dessus du sourcil et dans la partie latérale de la tête; cette douleur a diminué d'intensité, et n'existe plus que dans la partie latérale gauche. La région temporale n'est plus le siége d'aucune sensibilité. Il y a eu douleur profonde dans l'intérieur de l'orbite; mais pas de photophobie, non plus que d'épiphora.

Quelle est la maladie dont est affecté ce sujet? Il y a inflammation de la conjonctive, mais secondaire; aussi n'y a-t-il pas eu lieu de la combattre par des collyres. Il y a également kératite, mais ce n'est encore là qu'un épiphénomène, une suite de la maladie principale. Est-ce donc l'iritis qui a été le point de départ de la maladie? Dans la kératite simple, on n'observe pas ces douleurs profondes dans l'intérieur de la tête, mais il y a photophobie, larmoiement. L'existence de ces douleurs et l'absence des deux autres phénomènes portent à croire qu'il existe autre chose qu'une kératite simple.

Voici, suivant le professeur, quelle a dû être la marche de l'affection :

L'iritis a existé la première; puis la chambre antérieure de l'œil s'est enflammée, et du pus s'est produit, probablement en petite quantité; en effet, il est adhérent, comme visqueux, ce qui n'arriverait pas s'il était très abondant. A l'iritis a succédé une *ophthalmite* générale. Maintenant, il existe un hypopion. On sait que l'hypopion a été traité de plusieurs façons, entre autres par la ponction de l'œil, pratique que nous avons vue réussir souvent entre les mains de notre habile confrère M. Desmarres. Dans le cas actuel, M. Jarjavay, vu l'adhérence et le peu de liquidité du pus, n'a pas cru devoir recourir à ce moyen; de plus, il a jugé peu prudent d'agir de cette manière sur un œil aussi violemment enflammé. Il y a près d'un an qu'à Lourcine il eut à traiter une iritis syphilitique à peu près dans les mêmes conditions physiques que celle-ci. Quelques applications de vésicatoires dans la région temporale en firent promptement justice, et déterminèrent la résorption du pus. Le traitement mis en usage chez le malade dont nous avons raconté l'histoire aura pour base l'emploi du calomel poussé jusqu'à salivation.

Kyste hydatique du foie. — Nous avons promis de tenir nos lecteurs au courant de l'observation de kyste hydatique du foie opéré par le bistouri que nous avons publiée dans notre *Revue clinique* du 27 juillet dernier. Le peu de temps qui s'est écoulé depuis la publication de cet article nous dispense de rappeler aucune des particularités de ce fait. Bornons-nous à exposer ce qui est survenu depuis l'opération, quelles en ont été les suites, quels ont été les moyens mis en usage, quel est enfin l'état actuel du sujet.

Nous avons constaté avant-hier que le foie avait subi un mouvement de retrait extrêmement prononcé. Au lieu de descendre au-dessous de l'ombilic, comme la percussion le démontrait avant l'opération, le bord inférieur du foie est élevé au moins de trois centimètres au-dessus. Le gonflement de la région épigastrique et des régions hypochondriaques a beaucoup diminué; on aperçoit aujourd'hui, se dessinant bien nettement, le rebord des fausses côtes. Le fond de l'abcès a remonté et sa capacité est maintenant bien moins grande.

Nous avons dit comment, tous les jours, après avoir introduit une pince dans l'ouverture extérieure de l'abcès, on évacuait tout le liquide purulent et bilieux qu'il contenait en provoquant de fortes secousses de toux. Dès le huitième jour, on employa un système de lavage assez grossier en apparence, mais qui en réalité n'était autre chose qu'une injection à double courant. La canule d'un clysopompe, dont le réservoir était chargé d'eau de guimauve, fut introduite dans l'ouverture de l'abcès, et, à côté de cette canule, on plaça, dans l'ouverture aussi, une sonde de femme. On faisait agir alors l'instrument, après avoir affleuré le liquide. Le pus est d'abord chassé, puis ensuite le liquide de l'injection passe de plus en plus clair et transparent. Dans les premiers jours, on faisait traverser l'abcès par trois mesures de liquide contenant chacune un demi-litre environ d'eau de guimauve. Ce n'était qu'après ce temps que le liquide passait clair. Aujourd'hui, dès la moitié de la première mesure, on ne voit plus sortir de pus, preuve bien évidente que le fond de l'abcès est moins éloigné et qu'il a grandement diminué de capacité.

A deux ou trois reprises, pendant ces injections, la malade a ressenti une vive douleur dans l'épaule. Cette douleur était due à la contusion des parois du kyste par le jet du liquide lancé par la canule. Ce qui le prouve, c'est que l'on put à plusieurs reprises faire cesser ces douleurs en ralentissant le jet du liquide ou les faire se reproduire en en augmentant la force. Le point douloureux répondait non à l'endroit où passe le nerf diaphragmatique, mais au voisinage de l'articulation scapulo-humérale. Quelle est la nature de cette douleur sympathique si connue et jusqu'à présent si inexpliquée qui se produit dans la région de l'épaule dans les cas de blessures ou de maladies du foie? Nous ne sachions pas que personne en ait encore donné d'explication satisfaisante. Peut-être sera-ce longtemps encore impossible.

Pour nous résumer en deux mots, l'état général de la malade est redevenu satisfaisant; elle mange trois portions avec appétit; toutes les fonctions se font régulièrement. La maladie marche vers la guérison.

Fistules vésico-vaginales. — A nos yeux, un procédé chirurgical ou une méthode thérapeutique quelconque n'ont pas pris rang dans la science par ce fait qu'ils réussissent entre les mains de leur auteur seulement. Il faut que l'expérience des autres, de ceux qui les ont étudiés et mis en pratique, soit venue confirmer les résultats annoncés et prouver que le succès est possible dans toutes les mains habiles; sous ce rapport, l'opération de la fistule vésico-vaginale au moyen de l'autoplastie par glissement de M. Jobert était peut-être un peu en arrière, en ce sens que ce n'était presque que dans les mains du savant chirurgien de l'Hôtel-Dieu qu'elle réussissait et qu'il semblait s'être réservé le monopole du succès. Nous avons assez souvent entretenu nos lecteurs des opérations de ce genre pratiquées par M. Jobert pour n'avoir pas à y revenir aujourd'hui. Nous voulons mentionner ici deux faits nouveaux de fistules de ce genre heureusement terminés et traités suivant le procédé nouveau de M. Jobert par un habile opérateur, M. Maisonneuve.

Le premier fait est celui d'une femme de vingt-sept ans, entrée le 3 juin dernier à l'hôpital Cochin, couchée au n° 2 de la salle Saint-Jacques. Au premier examen, cette femme paraissait être dans des conditions d'incurabilité absolue tant était considérable la perte de substance qui existait au bas-fond de la vessie. Malgré l'énormité des désordres que l'on constatait, M. Maisonneuve voulut tenter l'opération ; mais il fut obligé, pour augmenter les chances de réussite, d'ajouter à l'ingénieux procédé de M. Jobert une légère modification, fondée, du reste, sur les mêmes principes que ceux qui avaient guidé l'inventeur.

Au-dessus de l'urètre, il fit une incision, qu'il prolongea comme les branches d'un fer à cheval des deux côtés de la vessie. Une autre incision fut faite entre la vessie et l'utérus, de telle sorte que la vessie se trouva tout à fait isolée, circonscrite par une incision circulaire, isolée du pubis, du vagin, de l'utérus, et maintenue dans sa position seulement par ses adhérences à la partie supérieure. Ceci fait, l'opérateur aviva les bords de la fistule et les rapprocha par plusieurs points de suture avec d'autant plus de facilité que les tissus voisins ne pouvaient en rien s'opposer à la parfaite coaptation des bords de la plaie. La modification apportée par M. Maisonneuve au procédé primitif a consisté dans une incision de plus, celle qui circonscrit l'urètre. En effet, l'impossibilité où l'on se serait trouvé d'amener suffisamment les parties profondes près de l'ouverture vaginale devait être compensée par une pratique qui permît de refouler l'urètre en arrière, et c'est ce qu'a obtenu le chirurgien. L'urètre, aujourd'hui que la cicatrisation est faite, est placé plus profondément que dans l'état normal. Le résultat, sans être encore tout à fait complet, est tel que la guérison absolue est désormais certaine. Il ne reste plus qu'un petit pertuis fistuleux, dont M. Maisonneuve se propose de tenter l'oblitération dans quelques jours. Mais, en attendant, le bas-fond de la vessie, qui n'existait plus, est rétabli.

La seconde femme, couchée au n° 3 de la même salle, présentait une fistule fort étendue aussi, circulaire, de six centimètres de diamètre, avec une destruction pareille du bas-fond de la vessie; c'est une femme de trente-quatre ans, entrée le 13 mars. Chez elle, M. Maisonneuve a pratiqué simplement l'opération comme elle a été décrite par M. Jobert, sauf peut-être qu'il a prolongé les incisions sur les parties latérales, mais il n'a pas été forcé de détacher et d'isoler l'urètre par une incision supérieure, comme dans le cas précédent. Puis il a avivé les bords de la fistule dont la circonférence présentait un développement de dix-neuf centimètres. Les bords ont été réunis par des points de suture. Aujourd'hui, la guérison est parfaite. Il y a quelques jours, il existait encore un petit pertuis de la largeur d'une petite tête d'épingle. Ce petit pertuis a été touché avec le nitrate acide de mercure, et depuis lors rien n'a plus coulé par le vagin. La capacité de la vessie est redevenue assez grande pour qu'elle puisse contenir 300 grammes d'urine. Devant nous, M. Maisonneuve a injecté plus de 500 grammes d'eau tiède que la vessie a parfaitement contenus et qu'elle a ensuite rejetés au dehors avec un effort d'expulsion bien manifeste. L'opération a eu lieu au commencement du mois d'avril.

Fracture du col du fémur. Diagnostic. — Nous avons vu dans les salles du même chirurgien un fait assez intéressant, parce qu'il se rapporte à une question de diagnostic fondée sur l'existence d'un caractère qui, admis par les uns, rejeté par les autres, paraît cependant avoir une certaine valeur.

Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-deux ans qui fit une chute sur la hanche le 19 juillet, et fut apportée à l'hôpital. Aux autres signes d'une fracture du col du fémur se joignait celui-ci, à savoir : l'existence d'une ecchymose considérable dans la région trochantérienne. Au premier examen, M. Maisonneuve déclara qu'il devait y avoir fracture extra-capsulaire; la consolidation aujourd'hui complète a prouvé qu'il ne s'était pas trompé, car les fractures intra-capsulaires se réunissent rarement par un cal osseux, si tant est même que cela se rencontre quelquefois. Pour sa part, A. Cooper n'en a vu aucun exemple. Si l'on en admet la possibilité, on devra du moins convenir que fréquemment aussi elle n'a pas lieu, tandis que la réunion osseuse de la fracture extra-articulaire est très commune et la plus fréquente.

Le caractère sur lequel nous voulons attirer l'attention à propos de ce fait, c'est l'ecchymose. Son existence fit sur-le-champ présumer au chirurgien que la fracture devait être extra-capsulaire, et que par conséquent il y avait de grandes chances de guérison.

C'est A. Cooper qui a surtout insisté sur l'ecchymose, comme pouvant servir au diagnostic différentiel des fractures extra et intra-capsulaires. Suivant lui, elle existe toujours dans la première, jamais dans la seconde. Admettant que la solution de continuité en dedans de la capsule peut s'opérer sous l'influence des causes les plus légères, il ajoute qu'elle ne présente ni contusion, ni ecchymoses; tandis que la rupture du fémur en dehors de la capsule qui succède à une cause violente doit nécessairement offrir ces deux phénomènes.

Des chirurgiens distingués, parmi lesquels nous citerons M. Nélaton, pensent que le mécanisme de la fracture intra-capsulaire indiqué par A. Cooper est souvent hypothétique; que la chute sur le trochanter produit plus souvent la facture extra-capsulaire, mais peut produire aussi l'autre, que par conséquent la contusion et l'ecchymose appartiennent aux deux variétés de la fracture du col du fémur.

A vrai dire, nous eussions préféré à cette discussion, fort logique du reste, une phrase où M. Nélaton eût résumé les faits de fracture intra-capsulaire où l'on avait observé cette ecchymose. Quoi qu'il en soit, il semble de tout ceci rester prouvé que, si cette ecchymose existe dans le cas de fracture intra-capsulaire, ce n'est que rarement, et que cette ecchymose est un signe, sinon absolu et infaillible, du moins probable, que la fracture est extra-capsulaire; ce qui peut être utile pour le pronostic.

Z...

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— M. Falret.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Des illusions.

(Suite de la cinquième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 30, 31 juillet et 8 août.)

Nous allons maintenant passer aux illusions internes, qui presque toutes se rapportent à notre second genre d'illusions. La douleur éprouvée par les malades dans l'une ou l'autre des cavités splanchniques est interprétée par eux à travers le prisme de leur délire; en un mot, c'est dans l'intelligence seule, et principalement dans le jugement, que réside la cause de l'illusion.

Commençons par citer plusieurs exemples :

Une malade d'une constitution très débile, qui a des hallucinations de l'ouïe, de la vue et du tact, presque toujours relatives au maire ou curé de son village, éprouve fréquemment des douleurs dans le bas-ventre et dans la poitrine; ces douleurs ne sont jamais rapportées à leur cause naturelle : elle croit que les mêmes personnes qui lui disent tant d'injures et la frappent se plaisent à la tourmenter de toutes les manières, et que M. le curé surtout, qui peut chasser le diable, peut aussi le loger dans son ventre. Lorsque les douleurs de poitrine et de bas-ventre se manifestaient simultanément, elle s'est plusieurs fois infatuée de l'idée que le diable se tenait debout pour s'en aller, et que M. le curé cherchait toujours à le retenir.

Une autre femme, qui éprouvait une grande pesanteur et une grande gêne dans les parties génitales, s'imagina qu'elle avait un loup dans son corps, et cette idée était pour elle le sujet de tourments et de frayeurs continuels. L'examen que nous fîmes nous fit constater un prolapsus de l'utérus; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'un pessaire soigneusement appliqué pendant plusieurs années fit disparaître pour toujours cette illusion, quoique la malade n'ait pas guéri de son délire prédominant, qui roulait sur des idées mystiques.

Une autre malade, qui avait tout à la fois une phthisie pulmonaire et un anévrisme du cœur, éprouvait souvent des douleurs dans la région précordiale accompagnées de mouvements de cœur tellement violents qu'elle s'imagina avoir un animal dans la poitrine; sa conviction à cet égard était si forte qu'elle essaya plusieurs fois de lui donner issue pour se délivrer des angoisses qu'elle attribuait à sa présence. L'ouverture du corps montra les caractères anatomiques de la phthisie pulmonaire la plus avancée et un cœur volumineux, sans être énorme, mais avec adhérences du péricarde avec la plèvre costale.

Un homme, très distingué par sa position sociale et par son intelligence, fut atteint de mélancolie hypochondriaque; parmi les phénomènes du délire très complexe que nous avons remarqués, se trouvait une illusion bien étrange : ses déplacements de gaz, qui avaient lieu fréquemment dans ses intestins, le jetaient dans l'anxiété la plus grande; étonné qu'une si petite cause donnât lieu à un si triste résultat, nous lui en demandâmes l'explication avec le témoignage du plus vif intérêt, et pendant longtemps il garda à cet égard le silence le plus obstiné; plus tard, il nous avoua qu'il croyait avoir des oiseaux dans le ventre et qu'il craignait de les voir s'échapper et de dévoiler ainsi cette déplorable infirmité.

Terminons tous ces détails par le fait suivant : M. *** dans un état de mélancolie profonde avec hallucinations de l'ouïe, éprouvait des frayeurs continuelles; elles allaient quelquefois jusqu'à la terreur qu'exprimait tout son corps au plus haut degré. Les aliments lui inspiraient de vives inquiétudes dès son entrée dans notre établissement; au commencement du repas, il mangeait sans hésitation; mais, dans son cours, il s'arrêtait fréquemment, et, portant ses mains vers son estomac, il s'écriait : Holà! oh! oh!

Nous avons essayé de le faire manger seul, et son hésitation à manger a continué avec les mêmes exclamations. Bientôt, il a refusé toute espèce d'aliments. Lorsqu'il portait les mains vers l'estomac, il ouvrait de grands yeux, paraissait absorbé et dans l'effroi : ce n'est que lorsqu'il a fallu le contraindre à manger qu'il a fait l'aveu que sa femme lui avait fait avaler des vipères qui le dévoraient; c'était dans l'intention de les faire mourir qu'il refusait de prendre de la nourriture; il a persisté dans son refus jusqu'à sa mort, tant sa conviction était profonde, et il répétait toujours que les vipères lui dévoraient les intestins. L'autopsie cadavérique n'a pu être faite.

Comme on le voit d'après ces exemples, la sensation de douleur qui provient d'une maladie quelconque des organes du bas-ventre ou de la poitrine, apparente ou non, donne lieu chez les aliénés à une foule d'illusions. On a bien vu que la douleur perçue par un esprit malade pouvait devenir la source de nombreuses associations d'idées délirantes; qu'un malade, par exemple, qui croit avoir le diable dans le corps, attribuera à sa présence toutes les douleurs qu'il ressentira dans le bas-ventre; mais on n'a pas assez remarqué que le même malade croira sentir dans le bas-ventre ou dans la poitrine des douleurs, alors même qu'il n'y aura aucune maladie dans ces organes, par cela seul qu'il sera pénétré fortement de l'idée que le diable ne peut pas résider dans son corps sans le faire souffrir. Le médecin doit être attentif pour discerner s'il y a réellement maladie, car faire cesser cette maladie c'est ôter un aliment au délire.

Un exemple de délire particulier provoqué par la douleur est celui que m'a offert un officier confié à nos soins, et qui, ayant eu un abcès considérable dans les parois de l'abdomen, s'imagina avoir dans le bas-ventre deux chiens de Terre-Neuve éclatants de blancheur. Lorsque les douleurs étaient plus intenses, il croyait qu'ils se battaient dans son ventre, et cherchait à les apaiser en passant doucement la main sur les parois abdominales, comme pour les caresser. Sa conviction était si profonde, que lorsque l'abcès fut ouvert il se mit à appeler ces chiens, sans faire la moindre attention à la douleur ni à la quantité énorme de pus qui s'écoulait. Le même malade croyait grandir à volonté, faire grandir ou rapetisser les personnes qui l'entouraient; mais l'idée prédominante, chez lui, était qu'il construisait une flotte, et il était dans le ravissement lorsqu'après des manœuvres réitérées des bras et de tout son corps, il croyait avoir fait un bâtiment et qu'il le lançait sur l'Océan.

L'idée des chiens de Terre-Neuve surgit avec la formation de l'abcès et disparut à son ouverture, preuve évidente, selon nous, que la douleur donna lieu à une association d'idées délirantes, au lieu d'être interprétée conformément à l'idée dominante du malade. Lorsqu'on lui en parlait, il répondait qu'ils s'étaient échappés, et qu'il ignorait ce qu'ils étaient devenus.

Ainsi donc, les aliénés éprouvent ou croient éprouver dans la poitrine ou dans le bas-ventre des sensations diverses, alors que leur esprit est seulement préoccupé d'un idée fixe, ou bien ils sentent réellement des douleurs, ce qui est très fréquent, et ces sensations douloureuses se transforment en leur délire habituel ou bien deviennent la source d'un délire particulier qui n'a aucun rapport avec le délire prédominant.

Les illusions ne sont pas seulement nombreuses chez les aliénés, elles sont souvent opiniâtres. Il est tout aussi difficile de les en désabuser que de les convaincre d'une erreur purement intellectuelle; du moment qu'ils ont pris une personne ou un lieu pour un autre, qu'ils ont donné à un objet quelconque une nature, une qualité, une valeur qu'il n'a pas, vainement, dans le plus grand nombre de cas, fait-on appel à une application plus attentive des sens, leur témoignage reste invinciblement illusoire; à plus forte raison s'il s'agit d'illusions occasionnées par des sensations internes ou organiques, si des spasmes intérieurs font croire à un malade qu'il a dans le ventre un animal, un poison, une lésion grave; il faut même que ces illusions de source interne soient bien nombreuses, bien exagérées, bien persévérantes pour qu'on puisse en inférer l'existence du délire; quelque grandes, quelque obstinées qu'elles soient, de semblables erreurs donnent difficilement la conviction de l'existence de la folie, tandis que la plupart des illusions externes dénotent manifestement un dérangement du cerveau. En effet, malgré les innombrables phénomènes psychologiques anormaux qu'ils présentent, les hypochondriaques que tyrannisent des illusions d'origine organique ne passent pas pour délirer; c'est que la plupart de leurs appréhensions sont possibles : passée cette limite, il y a délire et non pas erreur; ainsi, par exemple, le jugement ne pouvait être équivoque à l'égard de tous les faits que nous avons cités, ainsi qu'à l'égard d'un général aliéné dont parle Esquirol, qui, éprouvant quelquefois de la douleur dans un genou, frappait et apostrophait cette articulation comme si elle eût recélé un voleur.

La longue persévérance des illusions chez les aliénés qui ne délirent que partiellement est un fait étonnant et néanmoins constaté par l'observation la plus répétée.

Parmi les exemples que nous pourrions citer, nous choisissons le suivant, observé par Guislain; nous le rapportons en abrégé : une mère dont la fortune s'était épuisée en vaines démarches pour soustraire son fils au service militaire tombe dans une profonde mélancolie; jour et nuit elle pleure, et appelle à grands cris son fils, dont elle ne reçoit plus de nouvelles. L'égarement était à son comble, lorsqu'une idiote entre dans l'hospice qu'elle habitait; à sa vue, elle s'écrie : *c'est mon Frédéric!* et dès ce moment elle cesse de se lamenter; elle recouvre sa santé physique et s'adonne au travail; elle prodigue pendant plusieurs années les soins les plus touchants à cette fille, qu'elle prend pour son fils; enfin, cette idiote ayant été atteinte de phthisie pulmonaire, les soins deviennent de tous les instants; l'idiote succombe, et notre mélancolique se console de la mort de ce fils imaginaire, mais en répétant sans cesse qu'elle ne tardera pas à le rejoindre.

En dehors de cette idée, ajoute Guislain, point d'autre aliénation mentale. Pour nous, quoique à nos yeux cette illusion soit déjà un délire complexe, nous pensons que cette mélancolique présentait d'autres phénomènes de délire et que Guislain a jugé suffisant de rapporter l'idée dominante. Qui croirait, en effet, que dans un délire aussi borné une illusion aussi étrange et aussi complète ait pu durer plusieurs années sans interruption, et que les impressions produites par le corps de l'idiote et le souvenir de l'image si différente de *Frédéric* ne se soient pas trouvées une seule fois en opposition pour dissiper l'illusion de cette tendre mère? Une réflexion s'offre encore : n'était-ce pas une de ces mélancolies dans lesquelles le sentiment, plus exalté que perverti, aurait pu être soudainement ramené à l'état normal par le retour de ce fils tant pleuré?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 août 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Élection.

Il est procédé au scrutin pour l'élection de M. Lebert, qui réunit l'unanimité des suffrages. En conséquence, M. Lebert est proclamé membre titulaire de la Société de Chirurgie.

Absence du rectum.

M. FORGET donne lecture de l'observation qu'il avait annoncée dans la dernière séance.

L'anus, en apparence normal, était formé par la peau soulevée de bas en haut, et formant une petite cavité conoïde d'un centimètre de profondeur. En écartant les fesses, on pouvait effacer les plis qui bordaient cette cavité pseudo-anale, et on voyait son fond s'abaisser et se tendre transversalement. Dans la pensée que le rectum pouvait être voisin des téguments, M. Forget fit une ponction exploratrice avec un trocart de petit calibre; le résultat en fut négatif. Il incisa alors la peau, et disséqua dans la direction suivie par le trocart. Ne trouvant rien qui ressemblât à l'intestin, il prit le parti de plonger plus avant un bistouri droit à lame étroite, le tranchant tourné vers l'une des tubérosités ischiatiques. Cette opération n'eut aucun succès. Jugeant, par la profondeur à laquelle la lame avait pénétré, qu'il y aurait plus que de la témérité à persister dans cette même voie, M. Forget proposa d'établir un anus contre nature; les parents s'y refusèrent, et l'enfant fut envoyé en nourrice, où il succomba au bout de huit jours, après avoir présenté les signes d'une vive inflammation intestinale. L'autopsie montra l'extrémité du colon se terminant à la hauteur de l'angle sacro-vertébral par un cul-de-sac distendu par des gaz et par le méconium épaissi. A partir de ce point, l'intestin est continué jusqu'à la fausse cavité anale par un cordon fibreux aplati. Ce cordon, à son origine, se confond, sans ligne de démarcation apparente, avec les plans fibreux et musculaire du colon, dont il semble être le prolongement. Entre lui et la matrice, le péritoine forme un léger cul-de-sac; et un peu plus bas, ce ruban fibreux adhère intimement à la paroi du vagin; en bas, il s'épanouit dans le plan musculeux du périnée, et par un faisceau distinct il adhère au coccyx. La dissection des parties molles intra-pelviennes fit voir que le bistouri plongé dans leur épaisseur avait labouré ce plan fibreux, et qu'il s'était heureusement arrêté un peu au-dessous du cul-de-sac péritonéal.

En signalant ce fait, M. Forget dit qu'il a eu pour but: 1° d'apporter un élément nouveau à l'étude anatomique de ce vice de conformation; 2° de montrer que des contractions musculaires et un mouvement d'abaissement et de tension peuvent exister au niveau de la cavité anale sans indiquer nécessairement le voisinage de l'intestin; 3° enfin, de mettre en évidence la difficulté du diagnostic sur le point occupé par l'intestin en pareil cas, et les accidents auxquels on s'expose en persistant à vouloir arriver jusqu'à lui par la filière du bassin.

Cancer récidivé en respectant le lambeau autoplastique.

M. CHASSAIGNAC présente un vieillard qu'il a opéré il y a un an d'un cancer de la paupière inférieure, en remplaçant la perte de substance par un lambeau emprunté à la joue; la récidive a eu lieu, mais en respectant le lambeau autoplastique. M. Chassaignac a enlevé le bouton carcinomateux qui s'était reproduit à l'angle interne de l'œil, et la plaie de cette nouvelle opération est actuellement cicatrisée. L'observation sera communiquée en entier dans une prochaine séance.

Ostéite du métacarpe; indications.

M. CHASSAIGNAC demande l'avis de la Société pour un second malade qu'il soumet également à son examen. Le troisième métacarpien de la main droite est affecté d'une ostéite avec tuméfaction considérable de l'os. Les deux métacarpiens voisins participent-ils à l'altération, ou y sont-ils restés étrangers? qu'y a-t-il à faire? Telles sont les questions que M. Chassaignac désirerait voir résoudre, surtout la dernière.

M. MARJOLIN. Ce malade a été longtemps dans mon service. Il a eu des hémoptysies, des sueurs, et l'examen de sa poitrine a donné des inquiétudes sérieuses sur l'intégrité du sommet des poumons; d'un autre côté, le stylet permet de constater la dénudation et conséquemment l'altération des deux métacarpiens latéraux, en sorte que, si l'on enlevait tous les os malades, on ne conserverait de la main que le pouce et le petit doigt. L'état général et l'état local me paraissent donc repousser l'opération.

M. MICHON. Je crois que la lésion dont le troisième métacarpien est le siége est une ostéite tuberculeuse, et qu'elle est bornée à cet os. Sous le rapport de la circonscription de l'affection locale, une opération serait donc possible; mais laquelle? On ne saurait songer à une résection de la partie moyenne de l'os; l'extension du mal jusqu'à l'articulation supérieure s'y oppose. Enlèverait-on le métacarpien tout entier, en conservant le doigt? Mais ce doigt manquerait de soutien, et l'altération de ses tendons obligerait d'ailleurs à le sacrifier. Il ne resterait donc de praticable que l'extirpation du métacarpien avec le doigt.

L'état général est moins encourageant; le sujet est manifestement strumeux, et je ne me déciderais à l'opération qu'après m'être parfaitement rassuré sur l'état de la poitrine; car cette opération serait plus difficile et plus compliquée qu'il ne le semble au premier abord, et s'il y avait des tubercules pulmonaires, je craindrais qu'elle n'en précipitât la marche.

M. GUERSANT. A l'hôpital des Enfants, cette affection n'est pas rare, et c'est presque toujours une carie ou une nécrose. Dans ce cas, je crains beaucoup que les deux os voisins ne soient compromis. De plus, cet homme a toute l'apparence d'un phthisique, et lors même que l'auscultation n'accuserait pas nettement une lésion pulmonaire, je n'opérerais pas; je m'en tiendrais au traitement général, que j'ai vu réussir assez souvent.

M. MAISONNEUVE. Pour moi, l'état suspect des poumons, et même une phthisie, je ne dirai pas très avancée, mais confirmée, ne contre-indiquent pas l'opération dans le cas de lésions graves des os ou des articulations. J'ai vu souvent qu'en débarrassant ainsi l'économie d'un foyer dangereux, on guérissait la lésion locale en même temps qu'on relevait la santé générale. J'ai obtenu de ces succès, non pas seulement sur des sujets épuisés par une simple suppuration chronique, — condition avantageuse dans les amputations, ainsi que l'a démontré M. Gerdy depuis longtemps, — mais par la phthisie; je les ai rendus, non pas à la santé, mais à un état meilleur. Dans ces cas, selon moi, l'opération est évidemment indiquée, urgente; je n'hésite donc pas à la conseiller pour le malade de M. Chassaignac.

M. ROBERT. La question est grave; les faits qui pourraient servir à la résoudre sont si divers qu'il est difficile d'en dégager une règle. Je citerai, comme exemple, la fistule à l'anus, qui guérit ou ne guérit pas, sans qu'on puisse saisir la raison de cette différence.

Mais il y a ici un point qui n'a pas été touché, et sur lequel j'insisterai, c'est, après l'ablation du mal, sa répétition sur un autre point du squelette. Voici à cet égard un fait remarquable que j'ai eu l'occasion d'observer assez récemment; il y a environ deux ans. Un clerc de notaire eut d'abord une tumeur blanche du cou-de-pied, pour laquelle on pratiqua l'amputation sus-malléolaire; puis l'affection reparut au genou, et l'on amputa la cuisse. Ensuite un métacarpien devint malade, et enfin un autre métacarpien se prit plus tard. Je refusai d'opérer pour ces deux dernières lésions. Je prescrivis un traitement général, et j'envoyai le malade aux eaux de Baréges, d'où il est revenu guéri. La récidive est donc ici une contre-indication nouvelle d'une grande importance. Il faut donc commencer par un traitement interne; et si la guérison de la maladie locale n'a pas lieu, on se décide à l'opération dans le cas où l'état général le permet.

M. VIDAL (de Cassis). Quant à l'influence que l'état de la poitrine doit exercer sur la détermination du chirurgien, il y a des distinctions à faire. Je mets d'abord de côté les sujets qui n'ont que l'apparence de la phthisie; chez ceux-là les opérations réussissent très bien. Elles réussissent encore, quoique moins sûrement, dans le cas de phthisies consécutives à de longues suppurations. Mais dans les phthisies primitives, qui ont précédé la lésion locale, il n'en est plus de même. Il y a là une disposition générale qui modifie complétement les indications. J'ai été appelé pour une ostéite tuberculeuse d'un doigt, qui se présentait dans cette dernière condition. Le médecin proposa d'amputer le doigt; j'opposai la diathèse. Le médecin répondit qu'il se chargeait de la diathèse. J'en fis venir un second; ce n'était pas trop pour une diathèse; ils s'en chargèrent tous deux. J'enlevai le doigt; mais le résultat fut malheureux.

Dans les phthisies primitives on guérit quelquefois, mais très rarement. Cela m'est arrivé à moi-même avec M. Dubois (d'Amiens) pour une fistule à l'anus. Dans les phthisies consécutives, si l'opération ne réussit pas toujours, elle offre beaucoup plus de chances.

M. GUERSANT. Je respecte les ostéites de la main; je me borne à un traitement interne, et je m'en trouve très bien. Il y a de petits malades qui portent pendant un an, deux ans, cette affection compliquée de suppuration et de fistules; ils peuvent perdre une ou deux phalanges; mais, sous l'influence de la médication antiscrofuleuse, ils finissent par guérir, en conservant un doigt raccourci et difforme, mais toujours utile. Au contraire, lorsqu'il s'agit de tumeurs blanches désespérées des grandes articulations, j'ampute toujours, malgré la phthisie consécutive; car j'adopte entièrement sous ce rapport la distinction de M. Vidal. J'ai vu souvent ainsi, avec M. Ernest Boudet, des poitrines tuberculeuses s'améliorer après l'opération. Pour le malade de M. Chassaignac, j'attendrais les effets du traitement interne.

M. CHASSAIGNAC. J'attendrai, je suis fixé; c'est là un des avantages de ces discussions cliniques.

Amputation des deux maxillaires supérieurs

M. MAISONNEUVE. J'ai déjà pratiqué deux fois l'ablation des deux maxillaires supérieurs. Dans le premier cas il s'agissait d'une nécrose phosphorique. La malade a guéri; je la présenterai à la Société.

Le cas actuel, dont je soumets les pièces à votre examen, offrait des conditions moins favorables: un cancer avait envahi les deux os.

Voici comment je procédai à cette opération:

1° Une incision verticale divise les parties molles sur la ligne médiane depuis la racine du nez jusqu'au bord libre de la lèvre; 2° une incision horizontale réunit les angles internes des deux yeux. Les deux lambeaux sont disséqués et rabattus sur les parties latérales; 3° une scie à chaînette est passée dans chacune des deux fentes spheno-maxillaires, et les os sont ainsi coupés dans ce point; une troisième scie à chaînette est engagée transversalement à travers les os unguis, et opère la section d'arrière en avant; 4° un coup de bistouri détache le voile du palais de la voûte palatine; 5° séparation des maxillaires d'avec les apophyses ptérygoïdes.

L'extraction de la pièce osseuse a été facile; malheureusement j'ai dû enlever une portion de la peau et le nez presque tout entier. Les lambeaux furent réunis par la suture; la plaie était agglutinée; la déglutition se faisait assez bien; mais le malade était âgé; il s'est affaibli peu à peu, et a fini par succomber.

J'avais été frappé, comme la première fois, de la facilité de l'opération et du résultat satisfaisant qu'elle donne.

A l'autopsie, nous n'avons trouvé ni cancer, ni abcès métastatiques nulle part.

M. GIRALDÈS. Comme on a dit que le phosphore portait son action sur les maxillaires par l'intermédiaire des dents gâtées, je demanderai si, chez la première malade de M. Maisonneuve, les dents étaient effectivement altérées.

M. MAISONNEUVE. Oui, elles l'étaient, ce me semble; c'est un point que je vérifierai.

M. MOREL-LAVALLÉE. Dans l'opération analogue que j'ai pratiquée il y a un an, les deux maxillaires étaient cancéreux aussi, mais inégalement; le droit l'était tout entier; le gauche, dans sa partie interne, jusqu'au niveau de la dent canine.

Je ne décrirai pas de nouveau le procédé que je suivis; je rappellerai seulement qu'une incision unique, l'incision courbe de M. Velpeau, étendue de l'angle des lèvres à la tempe, me fut parfaitement suffisante; qu'après avoir coupé la cloison des fosses nasales avec une scie cutellaire, je passai par la fosse nasale gauche une scie à chaîne qui fut ramenée par la bouche, et retranchai du maxillaire correspondant toute la partie affectée. La charpente cartilagineuse du nez et une partie de la charpente osseuse furent ainsi conservées, en sorte que, la plaie réunie, l'aspect de la face était à peine altéré. Peut-être dans l'ablation totale des deux maxillaires conserverait-on cet avantage, en taillant un seul lambeau médian à l'aide d'une incision courbe de chaque côté, lorsque l'état des parties molles le permettrait. J'ajouterai que j'avais fait la section de l'apophyse zygomatique le plus en avant possible et en biseau aux dépens de sa face profonde. De cette façon, l'extrémité de cette arcade fournit aux chairs de la face un appui qui les soutient sans les offenser, et diminue ainsi la difformité.

Quant à l'amputation totale des deux maxillaires, il y a déjà assez longtemps qu'elle avait été faite pour la première fois, ainsi qu'on peut le voir dans le livre de M. Velpeau.

M. MICHON. Il me semble que l'âge avancé du malade affecté de cancer, que l'état d'épuisement où il se trouvait contre-indiquaient une opération aussi considérable.

M. MAISONNEUVE. J'ai opéré ce malade, parce que, abandonné à lui-même, il devait succomber inévitablement, et que, en le débarrassant du mal qui le rongeait, j'espérais le sauver.

M. MICHON. Il est évident qu'en entreprenant une opération majeure on espère sauver le malade; mais, dans le cas en discussion, il s'agit de savoir si cette espérance pouvait être fondée, et je n'hésite pas à me prononcer pour la négative: le sujet était, d'après ce que M. Maisonneuve lui-même nous en a dit, par son âge et le degré d'épuisement où il était réduit, hors d'état de supporter l'opération.

M. MOREL-LAVALLÉE. M. Michon trouve que le dernier malade de M. Maisonneuve était trop malade pour être opéré; moi, je crains que la première ne fût pas assez malade. C'est une crainte que les éclaircissements de M. Maisonneuve dissiperont sans doute; mais, comme il ne s'est pas expliqué sur ce point, il me permettra de les lui demander.

M. MAISONNEUVE. Je répondrai à M. Michon que l'état du malade était désespéré; que sa dernière chance de salut, si faible qu'elle fût, était l'opération, et j'ai dû la pratiquer plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine.

Quant à la première malade, je dirai, en la présentant dans une prochaine séance, les motifs qui m'ont déterminé à l'opérer.

— *M. Heyfelder*, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen, écrit pour solliciter le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa demande une brochure, qui a précisément pour objet la *résection totale des deux maxillaires supérieurs*, opération que ce chirurgien a pratiquée deux fois. En adressant des remercîments à M. Heyfelder pour l'envoi de son travail, il lui sera donné connaissance de l'article du règlement qui exige des candidats la présentation d'un mémoire *inédit*.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

SUBSTITUTION DE L'HUILE IODÉE

à l'huile de foie de morue.

Nous avons rendu compte, dans notre dernier numéro, d'une communication faite à l'Académie par M. J. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, qui propose de substituer l'huile iodée à l'huile de foie de morue. M. Personne a cru, de bonne foi, être l'inventeur de ce nouveau mode d'administration de l'iode. C'est une erreur que nous ne saurions plus longtemps partager avec lui, et qu'il importe de rectifier. Depuis longtemps M. Marchal (de Calvi) fait usage de l'huile iodée dans le traitement des affections de nature scrofuleuse. Notre numéro du 1er février 1848 contient un article de notre honorable collaborateur M. le docteur Foucart sur la méthode du chirurgien du Val-de-Grâce, article qui commence par ces mots: « M. Marchal (de Calvi) a introduit dans la thérapeutique un nouveau mode d'administration de l'iode. Nous voulons parler de l'huile iodée, dont il a été peu question jusqu'ici dans le public, et qui n'a guère été employée qu'à l'hôpital du Val-de-Grâce et à l'hôpital du Midi, » et qui se termine ainsi: « Si les faits ultérieurs confirment les résultats obtenus par M. Marchal, notre confrère et ami du Val-de-Grâce aura rendu service non-seulement à la thérapeutique, mais, on peut le dire, au pays, en l'affranchissant du tribut que la France paye à l'étranger pour l'acquisition de l'huile de foie de morue, qui deviendrait inutile. » L'article dont il s'agit renferme des développements d'un grand intérêt, et l'exposé de plusieurs faits dans lesquels l'huile iodée a été administrée avec le plus grand succès. En revendiquant pour M. Marchal (de Calvi) le mérite d'une importante innovation, nous rendons hommage à la vérité, et nous remplissons un devoir.

EMPLOI DU LIN CATHARTIQUE

dans les affections rhumatismales chroniques.

Le lin cathartique est un de ces médicaments indigènes qui,

après avoir joui d'une grande réputation comme remède populaire dans le traitement des affections rhumatismales, est tombé ensuite dans un discrédit profond. Nous sommes de ceux qui pensent qu'il y a grand avantage à ne pas négliger les moyens empruntés à la matière médicale indigène, surtout lorsque ces moyens possèdent une efficacité réelle.

Les effets cathartiques de cette espèce de lin étaient connus depuis longtemps, puisque cette circonstance a fait donner son nom à cette plante. Elle est commune dans une grande partie de la France, où elle se trouve surtout dans les terrains pierreux et calcaires. M. Butler-Lane, qui propose de revenir aujourd'hui à l'emploi de ce médicament, s'est assuré qu'en épuisant la plante sèche par l'eau chaude on peut en obtenir un sixième de son poids d'un extrait très soluble dans l'eau, extrait que l'on peut administrer en pilules à la dose de 25 à 50 centigrammes, deux ou trois fois par jour, sans avoir autre chose qu'un effet purgatif et diurétique, sans nausées, sans coliques et sans superpurgation. On pourrait aussi administrer l'infusion de lin cathartique; mais cette infusion a une odeur nauséeuse qui doit lui faire préférer l'extrait. M. Butler-Lane a fait usage de cette substance dans les affections rhumatismales chroniques, principalement dans celles qui affectent le système musculaire, dans les maladies catarrhales et dans certains cas d'ascite avec maladie du foie. Dans toutes ces circonstances, il n'a eu, dit-il, qu'à se louer d'avoir tiré de l'oubli ce médicament.

(*Med. Times*, juillet, 1850, et *Bull. de Thérap.*)

COPHOSE DE NATURE INCONNUE JUSQU'ICI,

produite par la formation d'une production épidermoïde dans le conduit auditif externe.

Tout le monde connaît la cophose qui résulte de l'obstruction du conduit auditif par l'induration du cérumen. Voici une nouvelle espèce de cophose dont nous ne sachions pas qu'il ait été publié d'exemple jusqu'ici, qu'au premier abord on pourrait facilement confondre avec la cophose par obstruction ou engorgement par le cérumen, et qui, une fois reconnue, emportera avec elle son indication. C'est à M. Bartolozzi que nous devons la connaissance de cette cause nouvelle de surdité, et du moyen à l'aide duquel on pourrait, le cas échéant, y remédier. Voici le fait :

Un homme de quarante-huit ans était devenu complétement sourd depuis plusieurs années, à la suite d'un refroidissement de la tête. M. Bartolozzi, après un examen très attentif, n'avait pu découvrir le point de départ de cette incommodité, lorsqu'en observant encore le conduit auditif gauche, il lui sembla que sa surface, blanche, marquée de stries noires, sèche, n'offrait pas son état normal, et que la membrane du tympan manquait de transparence. Il y plaça du coton imbibé d'une solution d'acétate de plomb. Deux jours après, il remarqua quelques lamelles dans les quatre ou cinq lignes les plus profondes du conduit. Mais sa surprise fut grande lorsque, en essayant de les détacher avec des pinces, il amena, sans avoir besoin d'employer beaucoup de force, un feuillet entier ayant la forme exacte du conduit auditif, avec un fond qui doublait la membrane du tympan. L'individu sentit à l'instant le bruit des voix avec une intensité telle qu'il en fut vivement fatigué. Il fallut lui boucher le conduit avec du coton, et l'habituer ensuite peu à peu à supporter la perception des sons. La membrane que cette production nouvelle recouvrait parut rouge, injectée, comme érysipélateuse; mais elle reprit bientôt son aspect naturel. M. Bartolozzi opéra de la même façon sur l'autre oreille, si ce n'est qu'il ne put extraire le cylindre que par lambeaux. Le sujet fut complétement guéri.

(*Il Progresso* et *Gazette Méd.*)

NOUVEAUX DÉTAILS SUR L'EMPLOI DU SUMBUL

dans le traitement de l'épilepsie.

En publiant, il y a quelques mois, le résultat des premières expériences faites en Angleterre avec le sumbul, nous disions que nous tiendrions nos lecteurs au courant des résultats que ces expériences pourraient fournir ultérieurement. Ces expériences ne confirment pas complétement les espérances qu'ont pu fonder quelques personnes sur l'emploi de ce médicament dans l'épilepsie; cependant on ne saurait nier que ce médicament ait agi d'une manière favorable dans plusieurs cas, non pas en guérissant la maladie (jusqu'ici nous ne connaissons aucun moyen qui ait paru avoir une aussi grande efficacité), mais en éloignant les accès et en les rendant moins intenses. Parmi les faits observés par M. Todd, nous citerons celui d'un homme de trente-quatre ans, qui, dès l'âge de dix-neuf ans, à la suite d'une chute sur la tête, fut pris d'accès caractérisés par une perte de connaissance avec écume à la bouche, mouvements convulsifs de la face et lacération de la langue, accès qui laissaient toujours un peu de faiblesse dans le côté gauche du corps. Ces accès, qui revenaient d'abord tous les jours, devinrent moins fréquents; au bout de dix mois, ils ne se reproduisirent plus que tous les quinze jours. Les traitements qu'il subit furent très variés. Pendant une année, il prit du sous-carbonate de fer sans aucun succès; plus tard il essaya le nitrate d'argent, et les accès furent un peu retardés; cependant jamais il ne resta plus de trois mois sans accès.

Il y avait une quinzaine de jours qu'il n'avait pas eu d'accès quand il entra dans le service de M. Todd; le système nerveux paraissait avoir reçu une profonde atteinte : les doigts étaient constamment en mouvement, et la sensibilité était affaiblie dans le côté gauche du corps. Le malade prenait depuis trois jours le médicament, lorsque les accès revinrent; mais déjà il y avait eu modification. Il tomba sans pousser de cri et sans perdre connaissance, et il resta une minute environ dans une espèce de vague. Pendant les quatre jours qui suivirent, il eut encore des demi-accès avec chute, mais sans perte de connaissance. De jour en jour, ces accès perdirent de leur intensité; il y eut d'abord six jours, puis douze jours d'intervalle, et les accès étaient toujours annoncés par un sentiment d'engourdissement dans le bras gauche. Plus tard, il y eut trois, puis quatre semaines d'intervalle, et encore les accès étaient-ils infiniment diminués d'intensité. La main gauche, qui était surtout le siége de mouvements comme convulsifs à son entrée à l'hôpital, n'était plus agitée et conservait seulement un certain degré d'engourdissement. Le malade avait bon appétit et se trouvait très soulagé.

(*The Lancet.*)

NOUVELLES.

Une explication franche avec M. Lecanu nous ayant convaincu que nous nous étions mépris sur les intentions de cet honorable académicien, nous déclarons volontiers d'abord que nos expressions n'avaient pas rendu exactement notre pensée à son égard, et ensuite que nous regrettons d'avoir mal interprété le sens de ses paroles, et porté ainsi atteinte à sa juste susceptibilité.

— On écrit de Malte, le 11 août :

« Les relevés officiels donnent en moyenne 60 cas de choléra par jour, dont 40 décès. L'épidémie a complétement cessé dans les troupes. On a blâmé la conduite des médecins, qui non-seulement n'allaient pas voir les malades, mais encore effrayaient les personnes disposées à donner des soins à ceux que frappe l'épidémie, en leur disant que le mal est contagieux. L'évêque, indigné de ce que les prêtres imitaient l'exemple des médecins, est allé lui-même le 8 août à Caspiena, et y a administré la communion à tous les malades. »

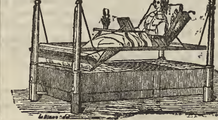
(*Daily-News.*)

On voit à quoi aboutissent les tristes succès des contagionistes; ce qui ne les empêchera pas de soutenir qu'il y a toutes sortes d'inconvénients à ne pas admettre la contagion, tandis qu'il n'y en a aucun à accepter l'opinion contraire, même quand elle ne serait pas vraie.

Les dernières nouvelles de San-Francisco, apportant les détails du terrible incendie qui avait détruit une grande partie de la ville, annonçaient l'arrivée de *Jacques-Laffitte* sur rade au moment du départ du courrier. On sait que sur ce navire se trouvait la première expédition des associés travailleurs de la *Californienne*, ainsi qu'une grande quantité de marchandises appartenant à cette Compagnie; ces marchandises se seront vendues à des prix fabuleux, l'incendie qui avait eu lieu ayant fait tripler et quintupler leur valeur. Nous apprenons que les autres opérations commerciales qu'a faites M. Hochgesangt, directeur de la *Californienne*, ne seront pas moins lucratives; entre autres, nous citerons cent mille briques expédiées en juin dernier par le *Uncas*, d'Anvers, et achetées pour 850 fr. (8 fr. 50 c. le mille), valant aujourd'hui, à San-Francisco, 56,000 fr., le cours du mille étant 112 piastres (soit 560 fr.).







Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 101. (23e ANNEE.) MARDI 27 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 26 AOUT 1850.

Expériences sur les propriétés antiseptiques et antirabiques des cédrons.

Nous lisons aujourd'hui dans quelques organes de la presse quotidienne le singulier avis suivant :

C'est demain ou après-demain qu'arrive à Paris le général de Castro, ex-président de la république de Costa-Ricca. Il est accompagné de son premier ministre, M. le docteur Toledo.

C'est le docteur Toledo qui avait envoyé à M. Hervau, chargé d'affaires de la république de Costa-Ricca en France, pour être remis à l'Académie des Sciences, un certain nombre de graines d'un arbre nommé dans le pays *Cedrore*. Cette graine a la propriété de guérir la rage et la morsure des serpents les plus dangereux.

On attend l'arrivée du docteur Toledo pour faire l'expérience de cette graine. Tous les médecins les plus célèbres de Paris assisteront à cette grave opération.

M. Auguste Guillemin, étudiant en médecine, s'est offert pour que l'on expérimentât ce précieux antidote en se faisant mordre à l'avant-bras par une vipère.

Malgré les avis contraires, M. Auguste Guillemin n'en a pas moins persisté dans sa résolution, et c'est vers la fin du mois que cette expérience aura lieu, soit à la Clinique, soit à l'Hôtel-Dieu.

Au préalable, M. Guillemin sera endormi à l'aide du chloroforme ; son bras sera placé devant une cage n'ayant qu'une faible ouverture donnant juste le passage à la tête du dangereux reptile, qui sera irrité d'avance par l'un des médecins assistants.

Plusieurs animaux recevront une et plusieurs piqûres pour établir la gradation de ce remède, que nous devons à la nature végétale de Costa-Ricca.

Si ce n'est pas là une pure réclame en faveur du docteur Toledo, et que ces expériences, dont nous n'avons jusqu'à présent nulle connaissance, soient réellement projetées, nous aimons à croire qu'elles ne se feront pas comme l'annonce l'avis. Nous sommes toujours disposés à admirer les dévouements utiles qu'inspire l'amour de la science et de l'humanité ; mais on nous trouvera peu disposés à encourager les dévouements stériles. En fait d'antidotes, les expériences sur les animaux sont assez concluantes pour qu'on puisse se passer des expérimentations sur l'homme, et pour qu'on doive attendre les occasions naturelles, malheureusement trop fréquentes, qui se présentent pour essayer un nouveau médicament. Nous ne saurions donc approuver les intentions de M. Guillemin, dans le cas où ces intentions seraient réelles ; et nous aimons à penser, dans tous les cas, qu'il ne se trouvera pas dans les hôpitaux un seul médecin ou chirurgien disposé à irriter une vipère pour faire mordre un de ses semblables. Entre un homicide volontaire et une telle expérience la nuance serait très légère.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

De la transmission de la syphilis des parents à l'enfant, de l'enfant à la nourrice et réciproquement.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Une des questions les plus graves que puisse soulever l'étude de la médecine est, sans contredit, celle qui a pour objet la transmission de la syphilis du père ou de la mère à l'enfant, de l'enfant à la nourrice et réciproquement de la nourrice à l'enfant. Nous allons essayer d'en tracer un exposé à la fois succinct et complet.

On trouve dans Hunter l'observation suivante : Une femme met au monde un enfant de complexion assez faible ; comme elle est bien portante et qu'elle a beaucoup de lait, elle prend un enfant étranger, elle lui donne le sein gauche et réserve le sein droit à son propre enfant. Au bout de six semaines environ, le sein gauche devient, dans la partie correspondante au mamelon, le siége d'ulcérations multiples ; les glandes de l'aisselle se tuméfient. Cependant les ulcérations s'étendent rapidement, communiquent entre elles et détruisent le mamelon. Quelque temps après, l'enfant étranger est pris d'une éruption ; il meurt de consomption.

La femme suit un traitement mercuriel qu'on est forcé de suspendre après très peu de jours, à cause de la fièvre, de la diarrhée et des autres accidents qu'il détermine. Deux ans se passent, elle devient enceinte une seconde fois ; l'enfant dont elle accouche est couvert d'une éruption squameuse. Elle le confie aux soins d'une nourrice ; il meurt au bout de huit ou neuf semaines.

A quelque temps de là, la nourrice est prise d'ulcérations et d'éruptions syphilitiques ; on la traite par le mercure, elle est atteinte de salivation et meurt.

La femme met au monde un nouvel enfant ; il est faible et chétif, et ne vit que l'espace d'un mois. Pendant une année environ elle a encore des ulcères, et finit par guérir.

Hunter présente cette série de faits comme une de celles qu'on ne doit pas rattacher à la syphilis, bien que les apparences soient favorables ; Babington, un de ses annotateurs, fait remarquer qu'elle offre exactement la filiation des accidents ordinaires, et cherche à réfuter l'opinion de Hunter. M. Ricord, dont la polémique actuelle, toute de circonstance, n'offre pas un caractère bien sérieux, mais qui, dans ses notes à Hunter plus que dans tous ses autres écrits, a fait preuve d'un talent réel, partage l'avis de Babington ; comme lui, il est disposé à penser qu'il s'agit d'une affection syphilitique. Toutefois il pose ses réserves, et fait remarquer qu'on n'a pas encore bien déterminé la nature absolue des accidents qui peuvent se transmettre des enfants aux nourrices ; que tel accident réputé secondaire, transmissible, pourrait bien avoir été primitif ; mais il avoue que, malgré l'obscurité des faits, dans un grand nombre de cas, on ne peut nier la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant et de l'enfant à la nourrice.

L'école moderne n'accepte pas le fait de Hunter au point de vue des explications qu'on en peut donner ; elle ne l'accepte pas pour deux raisons : la première, c'est que, suivant elle, la syphilis ne peut se transmettre que de dehors en dedans ; la seconde, c'est que les symptômes secondaires, toujours d'après ses propres doctrines, ne sont pas contagieux.

Ce fait peut assurément paraître curieux et même extraordinaire, mais au moins il n'est pas rare ; chaque jour, dans la pratique, il s'en présente qui ont avec lui la plus grande analogie. Très souvent on est appelé auprès d'un enfant nouveau-né atteint d'une éruption que tout le monde s'accorde à reconnaître comme étant de nature syphilitique. On peut bien, dans quelques cas, admettre que la syphilis a été importée du dehors et a été transmise à l'enfant par suite de circonstances fortuites plus ou moins bizarres ; mais, dans d'autres, il est impossible d'accepter une pareille explication : il faut bien alors s'incliner devant la réalité, et avouer que l'infection vient du père ou de la mère.

En général, la transmission de la syphilis par la mère n'a pas été niée, mais elle a été expliquée de différentes manières. Suivant les uns, la transmission ne peut se faire que d'une manière directe : l'enfant prend le mal au passage. On ne possède peut-être pas un exemple authentique d'un pareil mode de contamination. Dans le plus grand nombre des cas, il n'existe, au moment de l'accouchement, aucune lésion syphilitique du côté des parties génitales. Suivant les autres, le virus syphilitique va directement infecter l'enfant dans le sein de la mère.

En dehors de ces explications, il reste constant que, très souvent, des enfants, au moment de leur naissance ou peu de temps après, présentent les signes d'une affection vénérienne générale qu'ils doivent à leur mère. Nous pourrions citer plusieurs faits de ce genre ; nous en avons observé un grand nombre, nous pourrions y joindre ceux que M. Vassal a réunis dans une brochure très intéressante.

La transmission de la syphilis par le père a été moins facilement admise ; pour notre part, nous la croyons plus fréquente que la transmission par la mère. Nous avouons qu'il est difficile d'obtenir ici des renseignements qui ne laissent rien à désirer ; mais on ne pourra pas non plus s'empêcher de convenir que dans certaines circonstances il est facile d'acquérir la certitude que des jeunes femmes n'ont jamais été affectées de maladies syphilitiques, contrairement à ce qui est arrivé pour leurs maris. Nous citerons à l'appui le fait suivant : Deux personnes nouvellement mariées ont d'abord un enfant bien portant ; le mari, au bout de quelque temps, s'écarte des habitudes de conduite régulière auxquelles il avait été fidèle jusqu'alors ; il contracte une affection vénérienne, se fait soigner, et, lorsqu'il se croit guéri, entretient de nouvelles communications avec sa femme. Quatre enfants viennent successivement au monde et meurent après dix mois environ d'existence. Nous avons vu les deux derniers ; ils furent pris l'un et l'autre d'une roséole syphilitique à laquelle succédèrent des ulcérations sur divers points du corps et une carie du talon.

Il n'est personne qui n'admette la transmission de la syphilis de l'enfant à la nourrice ; seulement, on retrouve encore ici les explications de l'école moderne, explications suivant lesquelles l'enfant a été infecté primitivement, parce qu'on a approché de ses lèvres un vase ou une cuillère sur lesquels avait été déposé du virus syphilitique, ou parce qu'il a subi le contact de ce virus de toute autre manière. S'il y a eu infection primitive, ajoute-t-on, c'est que les accidents secondaires sont impropres à communiquer la syphilis. La transmission n'est pas un fait récusable, mais elle ne peut avoir

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La méthode des *contre-mouvements.* — La médecine interférentielle.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Quoique je n'aie pas beaucoup à me louer de la cautérisation auriculaire à l'endroit de la reconnaissance, je ne me décourage cependant point, et je vais aujourd'hui essayer de faire la fortune de deux autres méthodes non moins remarquables ; car enfin, mon cher confrère, vous ne pouvez l'ignorer, c'est bien moi qui ai fait la fortune de la cautérisation auriculaire, laquelle sommeillait depuis des siècles dans Hippocrate, dit-on, et depuis plusieurs mois dans une feuille peu retentissante, lorsque j'eus la générosité d'aller la réveiller et de la présenter dans le monde ; il est vrai que depuis ma présentation d'autres protecteurs l'ont plus coquettement habillée et patronnée avec plus d'autorité ; mais je n'en suis pas moins, et j'y tiens, le mineur qui a déterré cette perle fine. J'aurais donc quelques droits bien incontestables à sa reconnaissance. Mais, grâce à Dieu, je pratique assez convenablement cette divine maxime de l'Evangile : Faites le bien pour le bien et non pour la reconnaissance qu'il peut vous procurer.

C'est en conséquence de ce principe, et sans me préoccuper de ce qui pourra m'advenir, que je me permets de vous recommander la méthode thérapeutique suivante, je devrais plutôt dire la doctrine, car c'est bien plus qu'une méthode. Je répare en même temps un tort de l'Académie à qui cette doctrine avait été proposée et qui n'a pas même daigné s'apercevoir du trésor scientifique qu'on lui confiait. Cette doctrine, que l'auteur appelle, d'après son maître Fourier, la *théorie des contre-mouvements,* renferme en elle les moyens de découvrir le meilleur traitement à toutes les maladies et bien d'autres choses encore. Laissons d'abord parler l'auteur, qui commence son exorde en citant Fourier :

« L'analogie donnera aux études les plus rebutantes, telles que l'anatomie, plus de charme que n'en offre aujourd'hui celle des fleurs. »

Ne vous demandez pas comment l'analogie pourrait donner du charme aux études rebutantes ; vous n'êtes peut-être pas assez initié aux mystères harmoniques pour le comprendre, et d'ailleurs cela importe peu, puisque nous n'en sommes ici qu'à l'exorde. Mais nous entrons dans le cœur de la question :

« Parmi les heureux résultats que donnera cette méthode, continue l'auteur, citant toujours son maître, il faut placer avant tout la découverte des remèdes spéciaux à toutes les maladies. Il n'est aucun mal qui n'ait un ou plusieurs antidotes tirés des trois règnes ; mais la médecine n'ayant pas de théorie régulière pour procéder à la recherche des remèdes inconnus, elle est obligée de tâtonner pendant des siècles et même des milliers d'années, jusqu'à ce que le hasard lui livre un remède ; aussi n'a-t-elle pas encore trouvé les absorbants naturels de la peste, la rage et la goutte. On les découvrira par la théorie des quatre mouvements. La médecine, ainsi que toutes les autres sciences, va sortir de sa longue enfance, et s'élever par le calcul des *contre-mouvements* à toutes les connaissances qui lui furent si longtemps refusées. »

A la bonne heure, voilà qui s'appelle parler ou plutôt écrire et raisonner ! Il s'agit maintenant de prouver que le grand prophète n'a pas *blagué*, suivant l'expression généralement agréée du célèbre Proudhon. Voici comment le disciple applique les principes de son maître, et en démontre irréfragablement l'excellence.

« Tâchons, par exemple, en suivant le conseil de Fourier, de découvrir, à l'aide du calcul des *contre-mouvements*, l'absorbant de la rage.

» *Première question.* — La vache ayant fourni à l'homme un remède contre une terrible maladie, la variole, la chèvre ne pourrait-elle pas en fournir un autre ? »

Que pouvez-vous, mon cher confrère, répondre à une pareille question ? Evidemment toutes les raisons inclinent en faveur de la chèvre. Dans tous les cas :

« Qui nous guidera dans cette recherche ? » — On ne peut évidemment que répondre avec l'auteur : — « *La théorie des contre-mouvements.* » Mais comment expliquer cette théorie ? L'auteur va nous l'apprendre par un raisonnement bien simple :

« Je remarque dans la chèvre, dit-il, un goût dominant, extraordinaire, le goût du tabac.

» *Le chien, au contraire*, a une antipathie *très prononcée pour cette plante.*

» Il y a conséquemment entre le chien et la chèvre des *affinités antipathiques*, ou, en d'autres termes, des *contre-mouvements.* »

Il me paraît difficile que Descartes lui-même eût pu trouver une objection contre une logique aussi serrée. Le raisonnement qui suit n'est pas moins inexpugnable :

« *Notez que le tabac est l'antidote* contre diverses maladies par-

lieu par les symptômes secondaires; elle a donc lieu par les symptômes primitifs, qui, eux, n'ont pas été contractés d'une manière médiate, mais d'une manière directe.

La transmission de la syphilis de la nourrice à l'enfant ne doit faire, à nos yeux, l'objet d'aucun doute, bien qu'elle soit plus difficile à démontrer que les précédentes. Telle est la conviction profonde à laquelle nous a conduit notre propre expérience. Les faits qu'on peut invoquer à l'appui de cette doctrine n'échappent pas toujours aux objections plus ou moins fondées qu'on a élevées dans cette circonstance, mais il en est un certain nombre au milieu desquels il n'est pas permis de supposer qu'un enfant contaminé l'ait été par son père ou par sa mère. Il est difficile d'obtenir la vérité de la part de la mère; mais, quoi qu'on en dise, on trouve encore même de nos jours un grand nombre de familles où la sévérité des mœurs offre une garantie suffisante de la moralité d'une jeune femme au sujet de laquelle ne s'est d'ailleurs élevé aucun soupçon; d'un autre côté, s'il n'est pas rare de rencontrer des jeunes gens qui, atteints d'affections syphilitiques, refusent de faire des aveux propres à éclairer sur la nature de leur maladie, on ne voit jamais de pères de famille hésiter à donner tous les éclaircissements désirables lorsqu'il s'agit de la santé de leurs enfants.

Quoi qu'il en soit, la transmission de la syphilis de la nourrice à l'enfant se fait de deux manières, par les symptômes primitifs et par l'allaitement. Ce dernier mode s'observe très souvent. Nous pouvons à titre d'exemple rapporter le fait suivant, dont nous avons été témoin avec MM. Blache et Monod. Un enfant, dont le père accusait des symptômes vénériens primitifs, avait été pris six ou sept mois après sa naissance d'une éruption sypbilitique des mieux caractérisées. La nourrice paraissait bien portante; on la conserva et on soumit l'enfant à un traitement approprié. On n'obtint aucun résultat. On cessa l'allaitement; au bout de six semaines, l'enfant était entièrement guéri. Du reste, il ne répugne nullement de penser que la transmission de la syphilis ait lieu par la voie de l'allaitement; nous ne craindrons pas de nous compromettre en avançant que, parmi les adversaires de cette doctrine, il n'en est pas un seul qui voudrait confier son propre enfant à une nourrice robuste, bien portante, ne laissant rien à désirer, en un mot, mais présentant les accidents secondaires ou tertiaires de la syphilis.

Les divers modes de contamination vénérienne dont nous venons de nous occuper ne résistent nullement, comme on pourrait le préjuger, aux explications théoriques. Que se passe-t-il, en effet, dans la transmission de la syphilis du père ou de la mère à l'enfant? Si l'on admet que la syphilis est une maladie constitutionnelle, l'enfant, dans tous les cas, se trouve aux lieu et place de ses parents. Il importe ici d'établir deux catégories bien distinctes : dans l'une, la syphilis contractée est congéniale; dans l'autre, elle est héréditaire.

Dans les cas de syphilis congéniale, le père ou la mère, soit au moment de la génération, soit dans le cours de la grossesse, ont été atteints d'une syphilis aiguë. Il peut alors arriver que l'enfant naisse privé de vie, ou bien qu'il vienne au monde affecté de syphilis ou qu'il en soit atteint au bout de quelques jours. Dans l'un et l'autre de ces derniers cas, les symptômes vénériens seront primitifs. Il n'y a rien dans tous ces faits qui doive paraître extraordinaire; ne voit-on pas les fœtus avoir la variole dans le sein de leur mère?

On observe la syphilis héréditaire lorsque le père ou la mère ont eu des symptômes primitifs à une époque antérieure à la procréation; en d'autres termes, lorsqu'ils sont atteints d'une syphilis secondaire. Il existe alors un état constitutionnel qui peut laisser subsister pendant quelque temps les apparences d'une santé parfaite, mais à la suite duquel éclatent toujours des accidents secondaires. C'est sous l'influence de cet état que s'opère la transmission, non plus par la contagion, mais d'une manière purement organique. Les symptômes syphilitiques, au lieu de se montrer au moment ou quelques jours après la naissance, ne se manifestent qu'au bout de six, huit, dix mois et même d'un temps beaucoup plus long. Ils consistent dans des éruptions squameuses, des roséoles syphilitiques, des caries du talon et d'autres accidents secondaires.

La transmission de la syphilis par la nourrice peut se faire de deux manières : par contagion, ce qui rentre dans les cas ordinaires, ou par allaitement. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance qu'il y a à savoir si un enfant contaminé l'a été par sa nourrice; c'est une question qui se présente chaque jour dans la pratique et à la solution de laquelle sont attachées les conséquences les plus graves. Lorsque l'enfant à l'âge de huit ou quinze jours vient à offrir une éruption d'ecthyma et des pustules plates; lorsqu'en même temps la nourrice ne porte pas la moindre trace de symptômes primitifs actuels, on peut affirmer que l'infection syphilitique ne vient pas de la personne qui allaite l'enfant. Dans les circonstances opposées, il importe de renvoyer la nourrice.

L'enfant peut aussi transmettre la syphilis à la nourrice; à ce sujet, nous rappellerons le fait que Portal a raconté : un nourrisson confié aux soins d'une femme de Montmorency lui communiqua la sypbilis; cette femme, à son tour, la communiqua à son mari et celui-ci à une autre femme, presque tout le village se trouva de la sorte infecté.

Disons en terminant que c'est surtout dans l'observation attentive des faits qu'on trouve la solution des questions dont nous venons de parler; disons encore que, dans les études de ce genre, il importe de ne jamais perdre de vue cette maxime :

Periculosum credere et non credere.

DE L'HYPERTROPHIE PARTIELLE
de la glande mammaire,

Par M. le Dr Lebert.

Nous avions eu d'abord l'intention de faire une analyse d'un travail présenté par l'auteur à la Société anatomique comme titre pour devenir membre de cette Société; mais l'importance, la nouveauté et tout à la fois la concision des détails de ce mémoire n'ont pas tardé à nous convaincre que toute analyse, quelque étendue qu'elle fût, ne pourrait en donner qu'une idée imparfaite. Nous nous sommes, en conséquence, décidé à le publier tout entier, bien convaincu que nos lecteurs nous en sauraient gré.

On sait combien le cancer du sein est grave dans sa nature, fâcheux dans son issue, et peu modifiable dans sa marche par les secours de la médecine et de la chirurgie. Nous avons à parler, dans les pages suivantes, d'autres tumeurs du sein qui, encore souvent confondues avec le cancer, en diffèrent cependant bien notablement, tant par leur composition anatomique que par leur marche clinique et leur innocuité, aussi bien démontrée que leur curabilité. Evidemment les hommes qui ont le plus chaleureusement plaidé en faveur de l'opération du cancer du sein n'ont souvent extirpé que des hypertrophies partielles de la mamelle, croyant avoir affaire à un cancer, erreur que nous avons vu maintes et maintes fois commettre par les premiers chirurgiens des hôpitaux de Paris.

Les tentatives qu'on a faites d'un autre côté pour séparer ce genre de tumeurs de celles qui sont vraiment cancéreuses ont été tout à fait infructueuses, parce qu'on a manqué de précision à la fois dans leur description anatomique et dans leur étude clinique.

L'*hypertrophie générale* de la mamelle est connue depuis longtemps; mais comme elle est rare, comme elle est généralement au-dessus des ressources de l'art lorsqu'elle est étendue, tandis qu'elle est presque sans inconvénient lorsqu'elle n'a pas de grandes dimensions, sa connaissance est bien moins importante que celle de l'*hypertrophie partielle*.

C'est à cette dernière affection qu'appartiennent la plupart des tumeurs décrites par M. Cruveilhier sous le nom de corps fibreux de la mamelle; par M. Velpeau, sous le nom de tumeurs fibrineuses et sous celui d'adénoïdes; par Abernethy, sous le nom de *mammary-sarcoma;* par sir A. Cooper, comme tumeurs mammaires chroniques; par Muller, sous le nom de cysto-sarcoma. Il faut de plus, rapporter à cette catégorie une partie des tumeurs décrites par les auteurs anglais sous le nom de *tumor mammæ hydatides*, sous le nom de mamelle irritable. Malgré ces indications, ces auteurs ne nous ont point tracé la description complète et juste de cette maladie. Celui qui l'a le mieux décrite est sans contredit A. Cooper; mais encore résulte-t-il de la lecture de son travail qu'il n'a fait sa description que d'après des cas particuliers; qu'il a négligé plusieurs des types sous lesquels cette tumeur peut se montrer et se développer, et qu'il n'en a point reconnu la véritable nature. Mes premières observations sur ce point remontent à l'hiver de 1842. C'est à l'occasion d'une polémique que j'ai publié une de mes premières observations sur ce point dans un journal de médecine, au commencement de 1845; dans la même année, j'ai donné, dans ma *Physiologie pathologique,* la pathogénie de cette affection, accompagnée de plusieurs observations. Plus tard, en 1846, j'ai inséré un mémoire sur les tumeurs du sein dans un journal de médecine publié à Zurich, et l'hypertrophie partielle de la mamelle y est, pour la première fois, décrite d'une manière précise. Enfin, en 1848, j'en ai tracé une description plus complète dans un volume de mémoires de chirurgie et de physiologie pathologique, que j'ai publié à Berlin.

Aujourd'hui je suis bien plus à même encore d'indiquer les principaux caractères de cette maladie, si importante à connaître, ayant pu réunir trente observations détaillées, dont la moitié à peu près ont été recueillies à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, auquel je ne saurais assez témoigner toute ma gratitude pour les nombreuses pièces qu'il a bien voulu mettre à ma disposition. Les autres faits recueillis proviennent de divers hôpitaux de Paris et de ma pratique particulière. Sans avoir la prétention de croire ce nombre suffisant pour tracer l'histoire complète de cette maladie, ces faits nous ont cependant offert l'occasion d'étudier les principales variétés anatomiques et cliniques que cette affection peut offrir; et, de plus, notre description, toute documentale, pourra servir de point de départ aux observateurs futurs, qui y trouveront une certaine garantie pour la justesse du diagnostic, dans l'examen microscopique fait de toutes celles de ces tumeurs qui ont été décrites.

§ Ier *Anatomie pathologique de l'hypertrophie partielle la mamelle.*

Nous rappellerons avant tout les principaux caractères de la glande mammaire à l'état normal. La mamelle, entourée d'une couche assez notable de tissu adipeux, se compose de dix-huit à vingt lobes principaux, qui, extérieurement, sont recouverts par une couche de tissu fibrillaire assez condensé pour délimiter la glande sous forme d'un disque rond, aplati et légèrement bosselé à sa surface. Cette couche de tissu fibrillaire se continue dans l'intérieur de la glande de façon à former une véritable charpente autour des lobes et lobules du tissu glandulaire. Chaque lobe principal donne naissance à un conduit galactophore élargi sous forme d'ampoule près de l'auréole, et rétréci de nouveau dans le mamelon, qui réunit ce faisceau de conduits, et dont les ouvertures extérieures donnent issue au lait. Les conduits et les lobes se subdivisent en secondaires et en tertiaires, et c'est ainsi qu'on arrive à l'élément glandulaire primitif, bien appréciable seulement, à l'état normal, vers la fin de la gestation et pendant l'allaitement, et qui se compose de petites vésicules en moyenne de 1/20e à 1/10e de millimètre, pouvant atteindre cependant 1/6e et au delà, et offrant une extrémité allongée et arrondie. Les lobules terminaux se composent d'une membrane propre anhyste et d'une couche épithéliale qui en revêt la face interne, et dont les cellules ont une paroi pâle de $0^{m},^{m}01$ à $0^{m},^{m}012$. Elles contiennent un noyau rond ou ovoïde de $0^{m},^{m}005$ à $0^{m},^{m}0075$, et renferment un à deux nucléoles punctiformes. Les nerfs de la glande suivent la distribution lobulaire, sans arriver cependant aux lobules primitifs, tandis que les vaisseaux se distribuent bien à ceux-ci; les capillaires affectent la forme d'anses terminales, s'anastomosant les uns avec les autres et suivant les contours du lobe, où ils forment des vaisseaux plus droits qui se subdivisent jusqu'à l'extrémité du cul-de-sac glandulaire. Nous n'avons pas fait de recherches sur la distribution des vaisseaux lymphatiques par rapport aux éléments primitifs de la glande.

La glande lactifère est donc, en somme, une glande lobée en forme de grappe, disposée dans une charpente fibreuse, entourée d'une couche de tissu fibrillaire, qui adhère lui-même au tissu adipeux ambiant; elle est composée de lobules glandulaires primitifs, et revêtue dans son intérieur d'une couche d'épithélium dont la forme et les dimensions offrent un cachet particulier.

Passons maintenant à l'anatomie pathologique.

Tout en présentant des caractères généraux et communs, nous devons cependant, dès à présent, signaler les principales variétés que peuvent affecter ces tumeurs. L'hypertrophie peut porter essentiellement sur les lobules de la glande, ce

---

ticulières à la race canine. » — (Apprenez ceci en passant, dans le cas où vous l'ignoreriez.)

« Or il s'agirait de savoir si l'on ne découvrirait pas sur le pis de la chèvre un virus analogue à celui que la vache a donné pour la guérison de la variole, et si ce virus, appliqué sur une partie quelconque du chien ou de l'homme, ne produirait pas sur l'un et sur l'autre une fièvre, une rage factice, passé laquelle ils seraient à jamais affranchis de ce mal effroyable. » — Cette manière de doute est ici, vous le comprenez bien, une pure figure de rhétorique : il est bien évident que dès que la chèvre aime le tabac et que le chien le déteste, le pis de l'animal cornu doit renfermer un vaccin antirabique. L'auteur en est tellement certain, qu'il n'hésite pas à le proposer comme sujet des expériences à faire pour démontrer la certitude de sa théorie, et qu'il continue en ces termes :

« Si les médecins veulent ordonner les recherches nécessaires au Jardin-des-Plantes, je suis prêt à leur offrir mon bras pour qu'on injecte des différents virus......... qu'on aurait trouvés sur le pis de la chèvre! » — L'auteur, comme vous voyez, n'est pas seulement un fort logicien; je le soupçonne aussi d'être pas mal spirituel et quelque peu farceur; ce qui suit ne fait que me confirmer dans mon idée :

« Si, *à Dieu ne plaise*, l'hydrophobie réelle venait à s'emparer de moi, je leur indiquerai (aux médecins, bien entendu), toujours suivant mon système d'analogie, un remède pour me guérir. Ce remède ne sera pas l'acide muriatique oxygène, suivant le dictionnaire de Boiste; *ce sera la nicotine.* »

Ce qui veut clairement dire, mon cher confrère, qu'à défaut du vaccin capriolique, il vous suffira de quelques centigrammes de nicotine pour guérir la rage.

Je pourrais m'arrêter là, et j'aurais déjà surabondamment prouvé la solidité; la *rationnalité* de la doctrine des contre-mouvements. Encore un petit échantillon cependant, qui est à la fois instructif et amusant, et qui corrobore bien mon opinion sur la jovialité de l'auteur. Il s'agit cette fois de la stérilité. Voici comment notre auteur applique à cette question intéressante la théorie des contre-mouvements :

« *Méthode pour guérir de la stérilité.*

« Le cheval, l'âne, le zèbre et le quagga présentent un *quadrille* parfait où prédominent les quatre passions *cardinales*. L'âne, dans ce quadrille, a pour attribut l'*amour*, et le *bleu* étant attribué à cette passion, on peut d'abord conclure que la plante d'attraction de l'âne est d'une couleur bleue. Cette plante est le chardon, qui, *dans mon raisonnement*, doit participer de la nature énergique et lubrique de l'âne. Cette opinion, ancrée dans mon esprit depuis longues années, est confirmée par la lecture du dictionnaire de Boiste, qui dit, au mot *Chardon*. « .... excite les règles et l'amour; en confiture contre l'*impuissance!* »

» Vous n'ignorez sans doute pas, Messieurs, que dans le système de Fourier la gamme des sons, des couleurs, des métaux correspond aux passions *animiques*. Le fer est attribué à l'amitié, l'étain à l'amour, etc. Je remarque que Fourier ne s'est pas trompé, du moins pour le fer; car c'est avec le lactate de fer que l'on guérit la chlorose des filles et des jeunes plantes. L'amitié, toujours dans le système fouriériste, est attribuée à la jeunesse.

» Il s'agirait de savoir si l'étain a une influence analogue sur le tempérament amoureux.

» Bref, pour guérir un sujet de la stérilité, il faut lui faire prendre force conserve de chardon :

» Lui administrer, sous la forme la plus convenable, de l'étain mélangé à cette conserve, et en outre le scarabée dont je ne me rappelle pas le nom, et qui se trouve toujours dans la fleur de chardon.

» Boisson, lait d'ânesse; diète pendant le traitement.

» J'ai appris que l'Académie de Médecine avait fait maintes expériences sur le problème de la guérison de la stérilité. Je crois l'avoir résolu de la manière la plus simple et d'après les indications données par la nature. La médecine mathématique qui procédera de la sorte devra s'appeler la médecine *interférencielle.* »

Va pour la médecine interférencielle! Cette médecine me plaît; elle enterre jusqu'au-dessous des couches primitives toutes les théories, toutes les doctrines de la sympathie et autres, et je lui voue toute mon admiration, après avoir accordé une larme à mon ami Demeaux et à mes confrères les maréchaux-ferrants!

Vous me demanderez sans doute le nom et l'adresse du savant auteur de la doctrine des contre-mouvements; votre désir est trop naturel pour que j'y résiste; adressez-vous donc à M. H..., rue Pierre-Sarrazin, no 6.

Les contre-mouvements m'ont entraîné un peu loin et légèrement brouillé la cervelle, non habituée à contempler des vérités aussi élevées, à suivre des raisonnements aussi profonds. A mardi donc quelques détails plus à la portée des intelligences courantes. X...

On n'oubliera pas que l'Académie de Médecine ne tient pas séance demain et que la séance de mardi prochain aura lieu dans le local de la rue des Saints-Pères.

qui lui donne une forme grenue; lorsqu'elle occupe de préférence les lobes, elle est plus largement lobulée; porte-t-elle à la fois sur l'élément glandulaire et la portion fibreuse, son aspect devient plus homogène; lorsqu'elle affecte de préférence les lobes, elle est plus largement lobulée; porte-t-elle à la fois sur l'élément glandulaire et la portion fibreuse, son aspect devient plus homogène; lorsqu'elle affecte de préférence le tissu fibreux, à l'exclusion de l'élément glandulaire, l'aspect du tissu peut aller jusqu'à celui du tissu fibro-colloïde. L'bypertrophie enfin peut être compliquée de l'existence de kystes clos et de kystes interstitiels ou lacuneux. Sur 30 tumeurs de ce genre, 10 affectaient le tissu glandulaire avec bypertrophie simultanée de la charpente fibreuse et développement surtout des lobules primitifs; 8 fois l'hypertrophie portait plutôt sur les lobes et lobules, mais moins sur les lobules terminaux, avec hypertrophie également de la charpente fibreuse; deux fois celle-ci était tellement hypertrophiée que la substance glanduleuse proprement dite avait complétement disparu; 10 fois enfin, c'est-à-dire dans un tiers des cas, nous avons rencontré simultanément l'bypertrophie et la formation kysteuse avec ses diverses variétés.

Les tumeurs constituées par l'bypertrophie partielle de la mamelle sont ordinairement situées à la circonférence externe et n'occupent la région du sein tout entière que lorsqu'elles ont acquis un développement considérable, ou lorsque des kystes existent dans leur intérieur; mais ordinairement on trouve alors la partie non hypertrophiée de la mamelle, aplatie à la face antérieure ou postérieure de la tumeur; elles sont généralement peu adbérentes au tissu qui les entoure. Nous n'avons jamais rencontré d'adhérences avec le muscle pectoral, et, dans un dixième de cas seulement, avec le mamelon, lorsque la maladie avait duré depuis longtemps, acquis des dimensions notables ou renfermait des kystes volumineux. Une enveloppe celluleuse délimite ordinairement la tumeur d'une manière nette en dehors. Quant à ses connexions avec la glande, il est presque impossible de les déterminer rigoureusement, vu qu'on n'enlève que la tumeur et qu'on laisse le reste. Cependant une dissection soignée des portions enlevées démontre plus souvent ces connexions qu'on ne supposerait au premier aspect. La mobilité et l'indépendance apparente de ces tumeurs de tout le reste de la glande, qu'il n'est pas très rare de constater, n'ont du reste rien de surprenant, lorsqu'on pense qu'une tumeur du volume d'une noisette, d'une noix, et au delà, qui est constituée par l'bypertrophie d'une portion primitivemrnt miuime de la glande, peut ne plus être unie au tissu de celle-ci que par un conduit d'un quart ou d'un demi-millimètre de calibre. Le volume de ces tumeurs varie entre celui d'une noisette, d'une noix, d'un petit œuf, lorsque l'bypertrophie est surtout lobuleuse; mais elle peut acquérir des dimensions beaucoup plus considérables, celle d'un ou de deux poings, le poids même de plusieurs livres, lorsque l'hypertrophie est lobaire, fibro-colloïde ou accompagnée de kystes. Nous avons deux fois pu suivre la répartition de filets nerveux aux lobes de ces tumeurs, et une fois même ils étaient hypertropbiés. Ces engorgements sont ordinairement d'une bonne consistance élastique, assez résistants, grenus ou lobulés à la surface et dans l'intérieur, plus homogènes cependant lorsque la charpente fibreuse est plus développée. En prenant dans ces cas des tranches minces, et en les regardant par transparence, on peut encore constater l'existence de petits lobules granuleux au milieu de ce tissu fibroïde. En comprimant la substance hypertrophique, on n'en fait point sourdre de suc trouble comme dans les cancers; parfois l'amas de très petits lobules ou celui de matières grasses renfermées dans les vésicules, peut ressembler au suc cancéreux; mais en poussant plus loin l'examen, on parvient toujours à les distinguer.

Quelquefois, lorsque le tissu a le caractère fibro-colloïde, il en sort un suc jaunâtre, transparent et comme synovial. Il n'est pas rare, et nous en indiquerons plus loin la proportion, de rencontrer plusieurs de ces tumeurs dans l'un ou les deux seins, avec un état général parfait, tandis que les tumeurs multiples du sein, dans le cancer, ne se rencontrent que dans les cas d'une infection avancée.

Lorsque la tumeur occupe de préférence l'élément glandulaire, elle offre un aspect tout à fait granuleux avec le cachet propre au tissu glandulaire en général. La teinte varie alors du blanc jaunâtre au jaune rosé, et peut aller jusqu'au violet, s'il y a une forte hypérémie; quelques lobules présentent une teinte jaune-terne ou jaune d'ambre lorsqu'ils sont le siége d'une infiltration graisseuse, et si on ouvre ces lobules on fait sortir leur contenu, qui forme comme de petits vermisseaux d'un blanc jaunâtre. Il est plus rare de rencontrer dans ces lobules un contenu hémorrhagique. Lorsque la charpente fibreuse est en même temps bypertrophiée, le tissu est moins francbement grenu. Les lobules primitifs peuvent atteindre par l'hypertrophie un ou plusieurs millimètres, et on recherberait vainement alors, à l'examen microscopique, ces petits culs-de-sac glandulaires que l'on aperçoit si bien dans d'autres circonstances, et que l'on voit bien alors à l'œil nu ou à la loupe.

Il arrive que les lobes secondaires s'hypertrophient d'une telle façon, que les lobes tertiaires et terminaux disparaissent complétement. C'est alors que la tumeur prend la forme d'un disque hombé ou lobulé. Nous avons vu une tumeur de ce genre atteindre le volume et la forme d'un cerveau d'adulte, les intervalles entre les lobes ressemblant aux circonvolutions; les lobes eux-mêmes paraissent, dans ce cas, avoir subi une transformation fibro-colloïde.

Lorsque le tissu fibro-celluleux devient le siége principal du travail hypertrophique, ou s'accompagne par places du même travail dans le tissu glandulaire, la tumeur prend aussi des dimensions assez notables, et elle offre à la coupe un tissu fibro-gélatineux, généralement peu vasculaire ou offrant par places seulement une vascularité dense qui ressemble, au premier aspect, à des épanchements sanguins. Cette substance est généralement infiltrée d'un suc transparent et gluant qui se trouve aussi dans de nombreuses lacunes, dont des portions entières de ces tumeurs sont parsemées.

Les kystes qui se trouvent, dans un tiers des cas, dans l'hypertrophie partielle de la mamelle, méritent de fixer tout particulièrement notre attention. Nous les distinguons avant tout des kystes hydatifères. Quant aux kystes séreux, nous ignorons jusqu'à quel point ils ont du rapport avec la dilatation des éléments normaux de la glande. Les kystes remplis de matières crémeuses ou butyreuses que l'on voit survenir quefois, un certain temps après l'accouchement, s'accompagnent également, d'après deux faits de ce genre que nous avons eu occasion d'observer, d'un travail hypertrophique. Tous ces kystes peuvent se diviser en deux grandes catégories, les kystes clos et les kystes lacuneux, suivant qu'ils sont formés par la dilatation des cavités normales de la glande, ou creusés dans l'épaisseur de son squelette fibreux.

Nous avons vu les kystes *clos* atteindre le volume d'une noix, d'un œuf de dinde et au delà; et c'est dans ces circonstances qu'entourés d'une portion hypertrophique de la mamelle, ils ont produit une distension de la peau qui les recouvrait, avec injection vasculaire assez vive et rétraction apparente du mamelon, caractères qui, dans un cas, ont stimulé ceux de l'encéphaloïde. La dissection de la pièce nous a montré plus tard que le mamelon était parfaitement sain et simplement caché et enfoncé au milieu des parties bombées autour de lui. On est quelquefois assez heureux pour pouvoir reconnaître l'épithélium de la glande mammaire sur la paroi interne de ces kystes, d'autres fois les cellules de cet épithélium sont fortement altérées par imbibition et par diffusion. Le contenu des kystes est tantôt transparent et gluant, tirant un peu sur le jaune, tantôt d'un rouge brun couleur de chocolat : ce qui tient à des épanchements sanguins. Plus rarement, lorsque l'hypertrophie s'est formée à l'époque de la lactation, les lobes sont infiltrés d'une matière crémeuse, dans laquelle le microscope et l'analyse chimique démontrent la présence des éléments du lait; nous avons de plus observé des kystes plus petits, entre le volume d'une lentille et d'un haricot, qui présentaient encore l'aspect lobulé, et dont l'intérieur était rempli d'une matière butyreuse. Parmi les matières grasses qui se rencontrent dans ces divers kystes, il faut mentionner avant tout la cholestérine. Les kystes clos peuvent être symples ou multiloculaires; la pocbe principale conduit alors dans des petite pocbes secondaires.

Les kystes *lacuneux* sont ordinairement multiples, beaucoup plus que ceux que nous venons de décrire; ils varient entre le volume d'une lentille et celui d'une petite noisette, et se trouvent limités par la charpente fibreuse de la glande; ils peuvent communiquer les uns avec les autres; il en résulte des cavités irrégulières, indépendantes des conduits galactophores et des culs-de-sac glandulaires. Le liquide qui les remplit est jaunâtre et gluant, quelquefois plutôt brun et poisseux. Nous avons observé une fois une dernière variété des kystes; c'était une véritable condensation du tissu fibro-celluleux qui à l'état normal sépare les lobules; il formait des espaces clos dans lesquels on pouvait reconnaître des lobes de tissu glandulaire hypertrophié et très vascularisé, tenant par des filaments à la surface interne de cette paroi kysteuse.

Examen microscopique. — Nous avons vu si souvent méconnaître la nature de ces tumeurs, qu'il est essentiel d'apprécier les différences qui, à l'examen microscopique, peuvent à peu près constamment les faire distinguer des tumeurs cancéreuses. Bien fréquemment on y constate, avec de faibles grossissements, de 20 à 40 diamètres, la présence des éléments primitifs du tissu glandulaire, les culs-de-sac terminaux, isolés ou réunis par groupes de 2 ou 3, quelquefois en forme de grappe ou de feuille de chêne. Leur forme est généralement arrondie et ovoïde, quelquefois pointue en forme de lancette, d'autres fois légèrement échancrée au fond. Nous avons vu leur largeur varier en moyenne entre 1/6 et 1/12 de millimètre. Ordinairement la membrane anhyste qui délimite extérieurement ces lobules primitifs n'est visible que par ses contours parfaitements nets; mais nous lui avons vu subir deux sortes d'altérations, dont l'une était constituée par un épaississement considérable qui lui donnait une épaisseur de $0^{m},{}^{m}01$ et au delà, sans que le microscope y fît découvrir aucune structure particulière. L'autre modification est un épaississement fibreux de cette paroi; on voit alors, au milieu de la substance anhyste, un certain nombre de fibres longitudinales s'épanouissant en éventail ou convergeant vers la pointe du lobule, ou s'entre-croisant en divers sens.

L'élément de beaucoup le plus essentiel de ces tumeurs est l'épithélium qui revêt la surface interne de ces lobules, et que l'on recontre quelquefois en quantité considérable sans qu'il soit possible de voir les lobules primitifs eux-mêmes. C'est un épithélium ordinairement arrondi; nous l'avons cependant vu une fois cunéiforme et une fois cylindrique. Les cellules ont un diamètre de $0^{m},{}^{m}01$ à $0^{m},{}^{m}012$, atteignant exceptionnellement $0^{m},{}^{m}015$; elles sont munies d'nn noyau rond ou ovoïde variant entre $0^{m},{}^{m}005$ et $0^{m},{}^{m}0075$; on rencontre un grand nombre de ces noyaux sans enveloppe. Dans leur intérieur ils renferment un ou deux nucléoles tout à fait punctiformes de $0^{m},{}^{m}0012$ à $0^{m},{}^{m}0015$. Il est fréquent de voir ces cellules infiltrées de granules graisseux qui masquent le noyau et distendent les parois en leur donnant une largeur qui va jusqu'à $0^{m},{}^{m}02$. L'amas de ces globules devenus granuleux donne aux lobules la teinte-jaune terne que nous avons mentionuée plus haut; on y trouve alors en même temps des cristaux assez nombreux de cholestérine. On peut observer tous les degrés intermédiaires entre une simple expansion membraneuse d'épithélium dans l'intérieur des lobules et un amas si considérable, que les lobes en sont complétement remplis et distendus. D'autres fois, au contraire, l'épaississement fibreux de la paroi lobulaire devient tel, que l'épithélium disparaît à peu près.

Les éléments fibreux ou fibro-gélatineux de l'bypertrophie de la charpente fibreuse de la glande sont quelquefois disposés d'une manière concentrique autour des lobes et lobules; d'autres fois ils ont fait disparaître ceux-ci en majorité, et on ne reconnaît alors qu'un feutrage de fibres entremêlées d'éléments fibro-plastiques et d'un tissu anhyste demi-transparent.

Le contenu des kystes enfin montre, à l'examen microscopique, ou des épithéliums altérés, ou des globules sanguins blancs et rouges, tantôt déformés, tantôt infiltrés de granules. Les paillettes brillantes que l'on y aperçoit à l'œil nu sont formées par des cristaux de cholestérine.

(*La suite à un prochain numéro*).

Traitement du rhumatisme,

Par le docteur Desrivières.

Il y a environ trois ans, à l'époque des grandes chaleurs de l'été, la dame d'un nommé Petit-Jean, tailleur de pierres, boulevard Montmartre, 42, me fit appeler pour des douleurs aiguës qui la clouaient depuis quelques jours sur son lit, sans pouvoir remuer ni bras, ni jambes, avec rougeur et chaleur aux articulations, avec fièvre générale et altération. Je pratiquai tout d'abord une saignée; et comme la langue indiquait un état saburral, je prescrivis un éméto-cathartique, me proposant tout à la fois de purger et de pousser à la peau. Egalement dans ce but, je prescrivis des boissons sudorifiques, et je fis envelopper les articulations de flanelle; puis, comptant sur l'intensité de la chaleur qu'il faisait, surtout dans l'appartement de la malade, j'attendis le résultat de cette médication. Or, le cinquième jour, il se déclara une sorte d'éruption miliaire sur tout le corps, et quatre à cinq jours après il s'établit une desquamation des plus complètes, lesquelles ont entièrement débarrassé la malade de son rhumatisme aigu, et depuis ce temps, plus rien de semblable n'est apparu chez la dame Petit-Jean.

— Il y a quatre semaines, M. Barrier, tailleur, rue Neuve-Saint-Marc, n° 7, me fit appeler pour une affection qui le chagrinait d'autant qu'ayant perdu une de ses jambes par suite d'un coup, il craignait de voir l'autre compromise. Or, ce malade, qui est d'un fort embonpoint et tailleur, fatigue beaucoup de la jambe qui lui reste, et une tumeur lui était survenue pour ainsi dire tout d'un coup, sans cause connue, formant une saillie rouge et pointue en avant de la rotule. Après m'être assuré autant que possible que le mal ne communiquait point avec l'articulation, je tentai de fortes compressions avec les deux mains, de façon à rompre le sac contenant le liquide, et à obtenir une résorption sous-cutanée. Y suis-je arrivé ou non, je ne puis l'affirmer; mais je prescrivis des frictions avec l'onguent napolitain et l'usage de bandes compressives; puis quelques légers purgatifs à l'intérieur. Or, il a suffi de quelques jours pour voir la tumeur complétement disparaître, tandis qu'une sorte d'infiltration s'établissait à mesure autour de la cheville; mais celle-ci a bientôt disparu à son tour du moment que le genou n'a plus été comprimé, et qu'en outre le malade s'est mis à l'usage d'un peu de tisane nitrée. Maintenant cette affection du genou reparaîtra-t-elle? C'est possible, mais toujours est-il qu'il n'en est plus question pour le malade.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE CYANHYDRIQUE.

Emploi de la sonde œsophagienne et des douches froides sur la tête.

Le fait suivant, observé par M. Christison, offre de l'intérêt à plusieurs égards.

Un homme de soixante ans, dont la tête était dérangée par des excès et des pertes d'argent, voulut se suicider en avalant de l'acide cyanhydrique. La chose faite, il en avertit sa femme, et immédiatement il tomba sans connaissance sur un sofa sans pousser un cri et sans éprouver aucune convulsion, mais avec une respiration lente et gênée. Il était nuit, et il se passa près d'une demi-heure avant qu'on pût avoir du secours. Lorsque M. Christison arriva, deux confrères commençaient à pomper avec la sonde les liquides qui pouvaient se trouver encore dans l'estomac. A la respiration convulsive avait succédé bientôt une respiration régulière avec inspiration soufflante et expiration plaintive. L'immobilité avait été complète dès l'abord et les membres étaient dans le relâchement complet; les yeux étaient largement ouverts, les pupilles un peu contractées, la face et la tête rouges et congestionnées, le pouls à 100 pulsations, faible et régulier; la perte de connaissance était si complète que l'introduction de la sonde avait pu avoir lieu sans que le malade parût s'en apercevoir; on retira ainsi environ six onces d'un liquide aqueux, presque transparent et incolore, n'exbalant presque aucune odeur spéciale, au moins pour les assistants, car M. Christison crut y sentir une légère odeur d'amandes amères. L'estomac fut évacué ainsi à plusieurs reprises; on approcha à diverses fois un flacon d'ammoniaque sous les narines sans que la connaissance parût revenir. Dans ces circonstances, M. Christison songea au moyen de Herbst; il fit soutenir la tête du malade en debors du sofa au-dessus d'un baquet, et, saisissant un pot d'eau à large ouverture, il versa sur la tête de l'eau froide en abondance d'une hauteur d'un pied environ, et cela pendant deux minutes. A mesure que l'eau tombait sur la tête, la respiration devenait plus profonde, plus large et moins bruyante; la tête et la face perdaient leur turgescence, et l'on vit les yeux se tourner de côté dans la direction d'une personne qui adressait au malade une question à voix haute. Immédiatement, et sans aucun traitement, le malade revint à lui, quoique d'une manière lente; une heure et demie après le moment où il avait donné l'alarme, il pouvait répondre oui ou non aux questions qu'on lui adressait et se tourner sur le côté sans aucun aide; cependant, si on l'abandonnait à lui-même, il retombait dans l'assoupissement avec plaintes et tendance au frissonnement. Au bout de trois heures, la sensibilité était revenue, quoiqu'il y eût toujours de l'assoupissement. Le malade dormit la nuit profondément; le lendemain, il avait toute sa connaissance et son intelligence naturelle. M. Christison analysa le liquide retiré de l'estomac, et y re-

connut la présence d'une quantité notable d'acide cyanhydrique; il apprit ensuite du malade qu'il avait acheté chez un droguiste 4 grammes environ de cet acide, que l'on sut être au 30e, de sorte que l'empoisonnement avait eu lieu par une dose de 7 à 10 centigr. d'acide anhydre.

Nous appellerons l'attention sur la modification que M. Christison a fait subir au procédé de Herbst; il a remplacé les affusions froides proprement dites par une simple douche sur la tête de deux minutes de durée, et ce moyen a suffi pour tirer le malade de l'état comateux dans lequel il était resté, malgré les aspirations d'ammoniaque et l'introduction de la sonde stomacale. Nul doute cependant que la pompe stomacale n'ait été pour quelque chose dans la guérison, en débarrassant l'estomac d'une partie du poison qui n'avait pas encore été absorbé. C'est donc un moyen qui ne devra jamais être négligé dans les cas de ce genre. (*Monthly journal.*)

— Quoique cette observation ne soit pas aussi concluante qu'on pourrait le désirer en faveur des affusions froides, puisque celles-ci n'ont été employées qu'une demi-heure après l'empoisonnement, et que, lorsque l'acide prussique n'a pas causé la mort pendant cet espace de temps, il y a beaucoup de chance, pour le malade de guérir naturellement, cependant on doit tenir grand compte de ce fait; il est de nature à confirmer les recherches du docteur Herbst et celles qu'après lui a faites M. Orfila. A ce sujet, nous regretterons que les praticiens d'Angleterre, où les empoisonnements par l'acide cyanhydrique semblent être bien plus fréquents que chez nous, ne profitent pas plus exactement des occasions qu'ils ont d'étudier cette espèce d'empoisonnement dont l'histoire chez l'homme est encore fort incomplète.

CORRESPONDANCE.

Engorgement splénique et hémorrhagies.

Nous n'avons pu publier plus tôt la lettre suivante de M. Rochoux que nous avons reçue depuis fort longtemps.

Monsieur et très honoré confrère,

M. Piorry suppose que je ne lis pas ses ouvrages, si remplis d'inplis d'intérêt (1); son erreur, à cet égard, lui sera complétement démontrée s'il lit à son tour les lignes suivantes :

Hippocrate, j'en conviens volontiers, n'a pas dit que les hémorrhagies de siége très varié auxquelles le gonflement de la rate est susceptible de donner lieu pussent être aggravées par la diminution brusque dans le volume de cet organe, que procure ordinairement l'administration du sulfate de quinine. En revanche, il a très bien connu et décrit l'état cachectique avec disposition aux hémorrhagies causé par les affections spléniques ; et s'il se fût agi de la question *générale*, je n'aurais pas manqué de citer le remarquable passage ainsi conçu : « Ceux chez qui la rate est gonflée ont l'haleine » puante ; et quand ils ne sont atteints ni d'hémorrhagie, ni de mau- » vaise odeur de la bouche, il leur survient aux jambes de mauvais » ulcères produisant des cicatrices noires (1). » De même, si l'influence exercée par le gonflement de la rate sur la sanguification eût été en cause, j'aurais eu grand soin de reproduire le passage où Hippocrate, en parfait accord avec mon ingénieux collègue, signale ce fait en disant : « Ceux dont la rate descend bas ressentent » de la chaleur aux pieds, aux genoux et aux mains, et du froid au » nez et aux oreilles. Il importe alors de s'assurer si la *ténuité de* » *leur sang* dépend de cette cause ou existe naturellement. (2) » Mais, dans ma note, il s'agissait d'une question spéciale et très circonscrite, savoir : la part que prend le gonflement de la rate à la production de l'hématémèse (3). Dès lors il m'a bien fallu citer les auteurs qui, sous le rapport de la physiologie, de l'anatomie pathologique, voire même de l'érudition, avaient, il y a déjà cent ans, traité de la manière la plus satisfaisante un point scientifique que M. Piorry n'a pas même abordé, comme on peut s'en assurer par la lecture des observations auxquelles il me renvoie. Voici, en attendant, l'analyse exacte et complète.

No 9088. Gonflement de la rate ; hémorrhagie gastrentérique. *Il n'y a pas eu d'autopsie.* — No 9943. Gonflement de la rate ; hémorrhagie dans le tissu cellulaire de l'aisselle. — No 9944. Diminution d'un gonflement de la rate sous l'administration du sulfate de quinine. — No 9947. Fait analogue. — No 9948. Gonflement de la rate ; mort par rhinnorrhagie. — No 9949. Gonflement de la rate avec rhinnorrhagie et ecchymose de la paupière inférieure droite ; guérison. — No 9950. Gonflement de la rate avec hémoptysie ; guérison. — No 9951. Gonflement de la rate; angibromorrhagie mortelle. *Il n'y a pas eu d'autopsie* (4).

Voilà tout ce que contient l'ouvrage du célèbre inventeur de la plessimétrie, sans un seul mot concernant l'hématémèse en particulier. Ne pouvant le citer que pour des omissions, j'avais mieux aimé garder un silence tout bienveillant que sa réclamation irréfléchie m'a forcé de rompre et d'expliquer. Aura-t-il beaucoup à s'en applaudir ?

Agréez, etc. ROCHOUX.

7 août 1850.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 6 août 1850, p. 372.

(1) *Prædictorium*, lib. II, sect. 2, p. 111, edente Foësio.
(2) *De morb. vulgaribus*, lib. VI, p. 1170, no 30.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 3 août 1850, p. 366.
(4) *Traité de Médecine pratique*, tome VI.

Couleur noire accidentelle de la peau.

Laignes (Côte-d'Or), le 13 août 1850.

Monsieur et très honoré confrère,

En lisant aujourd'hui, dans votre estimable journal, l'observation d'une femme transformée en négresse à la suite d'une coqueluche ou d'une impression de froid aux pieds, je me suis rappelé avoir été consulté, il y a six ou sept ans, pour une fille de l'âge de seize ans, chez qui, sans cause connue, la moitié inférieure de la peau du ventre était devenue noire au point de ressembler à une vieille plaque de cheminée. Cette maladie, qui était déjà ancienne, avait commencé par un point noir qui s'était étendu comme une tache d'huile, sans toutefois dépasser l'ombilic. Au rapport de la malade, la couleur de la peau était plus noire à l'approche des règles, et elle s'éclaircissait au fur et à mesure qu'elle s'éloignait de cette époque. Sa mère me fit remarquer que les poils des parties génitales étaient blonds du côté droit et presque noirs du côté gauche.

Aucun accident important ne compliquait cette affection.

Cette fille, maintenant femme et mère, est blonde et d'un tempérament très nerveux.

J'ignore complétement si la peau a repris sa teinte normale. Je me souviens qu'elle me dit être guérie après avoir employé pendant un temps assez long de l'eau saturnée dans laquelle elle trempait des compresses dont elle se couvrait le bas-ventre.

Je vous adresse cette observation sans y ajouter de réflexions, mais seulement comme un fait à mettre à côté de ceux de ce genre et dont quelque médecin habile expliquera un jour l'étiologie.

Agréez, etc. GALLEREUX, D.-M.

NOUVELLES.

Ecole d'application du Val-de-Grâce. — Voici la liste des candidats proposés par le conseil supérieur de santé pour les cinq chaires de l'Ecole d'application établie au Val-de-Grâce :

Clinique médicale : MM. Lévy, ancien titulaire, Maillot, Laveran.

Clinique chirurgicale : MM. Baudens, ancien titulaire, Sédillot, Larrey.

Hygiène militaire : MM. Champouillon, ancien titulaire, Cazalas, Fabre.

Médecine opératoire : MM. Lustreman, ancien titulaire, Goffres, Mounier.

Chimie : MM. Millon, Poggiale, ancien titulaire, Langlois.

— Par décrets individuels en date du 16 août 1850, sont nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

M. Hottegindre, chirurgien-major de 2e classe au 13e régiment d'infanterie de ligne ;

M. Pitron, chirurgien-major de 2e classe au 6e régiment de hussards ;

M. Mayaud, chirurgien-major de 2e classe au 3e régiment de hussards ;

M. Devineau, chirurgien aide-major de 1re classe au 1er régiment d'artillerie.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Humel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Meige, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Douillot, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie est désigné pour l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 102 (23e ANNÉE.) JEUDI 29 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'artérite.

(Troisième article. — *Voir* les nos des 30 juillet et 6 août.)

De l'artérite valvulaire. — Nous désignons sous le nom d'artérite valvulaire la maladie inflammatoire du centre du système artériel qui porte particulièrement son action sur les valvules sigmoïdes, et qui détermine en elles des lésions de manière à les faire cesser d'obturer l'orifice qu'elles doivent fermer, et même d'exister : c'est donc une maladie inflammatoire soit de l'origine de l'aorte, soit de l'origine de l'artère pulmonaire.

Je vais d'abord vous indiquer les altérations anatomiques qui se produisent dans ces valvules sigmoïdes par leur induration inflammatoire.

Anatomie pathologique. — Au premier degré, elles consistent seulement dans un léger degré d'épaississement de la plicature qui forme la valvule, et la perte de diaphanéité de ce plancher. Les valvules prennent une coloration d'un rouge-jaunâtre, et l'on peut déjà observer des inégalités à la surface du plancher valvulaire, inégalités résultant de rugosités qui s'y produisent par points limités et lui donnent un aspect insolite. Le tubercule d'Arantius et le bord de la valvule sont souvent épaissis régulièrement en prenant une coloration d'un rouge-jaunâtre; du reste, la disposition anatomique des valvules reste la même, et elles continuent à jouer comme à l'état physiologique.

L'induration inflammatoire peut être chronique, et alors l'induration porte spécialement sur la commissure des valvules qui se rencontrent par leur convexité, et elles se raccourcissent, elles s'épaississent; et pendant qu'elles deviennent cartilagineuses, crayeuses, leur sinus augmente, s'étend, devient plus profond, puis des indurations plus ou moins prononcées se font voir dans l'artère-aorte autour des valvules malades : c'est la continuité d'induration de l'artérite valvulaire qui a lieu jusque dans le cylindre artériel.

Quoique les valvules sigmoïdes soient indurées et agrandies dans leurs sinus, cependant elles sont encore mobiles, mais elles le sont moins; elles font moins plaquer la membrane qui les forme contre la membrane interne de l'artère, et y occasionnent par suite un rétrécissement : de là la production de bruits anormaux.

En ce moment les valvules sigmoïdes sont encore mobiles, la circulation se fait encore assez bien, mais avec plus de difficulté; alors apparaît l'hypertrophie du cœur, et le malade peut encore accomplir ses fonctions régulièrement, quoique la circulation ne soit déjà plus si facile.

Mais bientôt l'induration amène l'inocclusion des valvules sigmoïdes, et la plus simple manière dont elle se produise est celle-ci : le plan des valvules reste, mais le plancher se rompt; il se forme une perforation à travers une valvule qui résiste cependant par son bord et les fibres élastiques qu'elle contient, et alors le plancher valvulaire de l'aorte présente l'aspect d'un gril; et si cette perforation se produit sur un côté seulement, la valvule est détachée de la paroi de l'aorte comme serait un ligament fixé par ses deux extrémités, ainsi que vous avez eu occasion de le voir ici dernièrement. Dans d'autres circonstances, l'induration des parois valvulaires porte inégalement sur les valvules, et il en résulte des inocclusions, car les bords et le tubercule d'Arantius ne s'adaptant pas exactement pour fermer l'orifice aortique, il se produit une ouverture triangulaire au centre des trois valvules réunies.

L'inocclusion arrive encore autrement : une valvule s'épaissit, s'agrandit dans ses parois, et il se fait des concrétions dans son centre, sur le tubercule d'Arantius et sur les ligaments qui circonscrivent son bord ; elle s'agrandit, empêche les autres valvules de fermer, ou bien le sang qui retombe sur le plancher valvulaire renverse en bas cette valvule agrandie, et elle ne peut se relever : de là inocclusion de l'orifice aortique.

Dans d'autres circonstances, les tubercules d'Arantius sont pris d'induration et augmentent de volume; en se croisant dans l'intérieur des valvules, ils donnent lieu à d'autres formes d'inocclusion.

Comme dans l'artérite ordinaire, par l'obstacle apporté au libre passage du sang du ventricule dans l'artère il y a production de bruits anormaux, et comme, de plus, l'artérite valvulaire n'empêche pas le sang de rentrer dans le ventricule au moment de la diastole, il se produit encore d'autres bruits anormaux qui détermineront à coup sûr le diagnostic de cette affection.

Signes. — Le sang est chassé dans l'aorte par la contraction du ventricule; il rencontre des rugosités sur son passage, il se fait un bruit de frottement systolique se prolongeant dans la périsystole. Si les valvules sigmoïdes ferment encore exactement, les bruits s'arrêtent là, et tout rentre dans la forme normale jusqu'à la systole prochaine; mais si les valvules sigmoïdes ne ferment pas complétement, il se fait un retour du sang qui rentre dans le ventricule, et on a dans ce moment même un autre bruit de frottement. Ce retour du sang arrive quand la systole est terminée, et comme il se prolonge jusqu'à ce que la diastole soit complète, il peut masquer entièrement le bruit de diastole du cœur : c'est le bruit de frottement de va-et-vient.

Ajoutons à ces signes ceux qui se rattachent à l'hypertrophie consécutive du ventricule, l'impulsion systolique énergique de la pointe du cœur contre les parois de la poitrine, l'éloignement de la pointe au-dessous de la cinquième côte et son éloignement du sternum, l'impulsion précordiale et la matité plus étendue, on jugera par là du développement de l'hypertrophie, et on aura l'ensemble des signes qui se rapportent à l'artérite valvulaire à ses divers degrés. Ces signes vous sont maintenant familiers; il vous sera donc facile de suivre les maladies résultant de l'induration des valvules aortiques, et, par là, vous pourrez porter des pronostics sans presque risquer de vous tromper, car il n'en est guère de plus sûr que celui de cette affection.

Maintenant ces signes ne sont plus difficiles à comprendre, et si on a le bruit de frottement périsystolique, on aura la réunion des signes caractérisant les affections qui portent à la fois sur l'aorte et sur les artères coronaires. Supposons une collection de malades : l'un a un bruit de frottement périsystolique venant d'une induration des valvules sigmoïdes se prolongeant sur l'aorte; l'autre a une induration des valvules sigmoïdes, mais qui ne se prolonge pas sur l'aorte : il donne alors un bruit de frottement systolique, et le bruit périsystolique ne se prolonge pas sur la grosse artère, car elle n'est pas malade. S'il y a inocclusion des valvules, on aura deux bruits de frottement successifs qui constitueront le bruit de va-et-vient, signe qui se rattache à l'inocclusion ou à la destruction des valvules sigmoïdes exclusivement. Enfin, un malade a une destruction des valvules sigmoïdes et une induration simultanée des artères coronaires du cœur; on aura alors le bruit de va-et-vient et, avec cela, une prolongation du second temps sur le trajet de la base du cœur, ou frottement péridiastolique.

Vous voyez qu'avec peu de signes et les modifications du seul bruit de frottement on peut diagnostiquer les diverses altérations qui se produisent dans les grosses artères par suite des indurations de leurs parois ou de leurs valvules, et reconnaître la coïncidence qui arrive dans ces diverses maladies.

Artérite anévrismale. — En décrivant les lésions anatomiques que l'on rencontre dans les artères que l'inflammation a frappées chroniquement, nous avons signalé les cas dans lesquels on a trouvé le diamètre artériel augmenté et l'artère accrue en longueur, de manière à décrire sous la peau des courbures insolites ou tout au moins plus prononcées que celles qu'elle présente physiologiquement. Ces cas, où l'inflammation chronique a déterminé en même temps que la disparition des fibres de la tunique moyenne l'augmentation de la longueur de l'artère, sont le point de départ des lésions anévrismales que l'on observe dans les artères enflammées. Ces lésions consistent en deux modes d'altérations diverses : la première forme, plus simple, se borne à l'augmentation de diamètre de l'artère; la seconde, plus fréquente, est la formation dans l'épaisseur des tuniques d'une cavité communiquant avec le tube artériel par la rupture de la membrane interne et de la membrane moyenne.

Il s'est élevé des discussions, à la suite des travaux de Scarpa, pour savoir s'il y avait des anévrismes vrais formés par la première lésion dont nous venons de parler; Scarpa n'avait cru qu'à la deuxième forme, et comme cette opinion a été adoptée par beaucoup de chirurgiens et ensuite de médecins, on n'a plus pensé qu'il pût se former d'anévrismes vrais, et on a cessé de les considérer comme se rattachant à la même lésion que les anévrismes faux consécutifs.

Cette discussion n'est pas nouvelle dans la science; on la trouve mentionnée dans Fernel, et cet auteur, après avoir discuté la question en se fondant sur des ouvertures de corps, a pensé qu'il y avait des anévrismes vrais, et qu'à côté il existait aussi des tumeurs prenant naissance par la perforation des tuniques internes des artères. C'est là l'opinion qui est exacte et qu'il faut conserver; les anévrismes vrais existent réellement, mais on ne les trouve que là où ils peuvent se produire; ils peuvent se produire quand il y a eu destruction des fibres résistantes et rétractiles de la tunique moyenne par la force de l'impulsion circulatoire ; c'est pour cela qu'on ne les voit que près du cœur; ainsi dans l'aorte et particulièrement dans l'aorte ascendante : là on trouve des dilatations comprenant tout le pourtour de l'artère, qui devient alors sphérique et comme utriculaire. On rencontre aussi sur le trajet de cette artère des dilatations limitées à un segment et formant des impressions infundibuliformes, et ailleurs l'aorte est allongée et présente la forme d'un S romain.

Quand l'artère est dilatée de manière à présenter un renflement fusiforme, comme on en voit des exemples mentionnés dans Scarpa lui-même, ou sphérique, on trouve des indurations inflammatoires chroniques plus ou moins étendues dans la paroi de cette artère, et on observe au point dilaté la disparition des fibres transversales de la tunique moyenne, la confusion l'une avec l'autre des trois tuniques, qui deviennent fibreuses et revêtent la forme d'un tissu cellulaire condensé : en outre, constamment le cœur est plus ou moins hypertrophié.

Il est incontestable que dans ces sortes de lésions l'inflammation, en apportant un obstacle au libre glissement du sang par l'induration des parois artérielles, a commencé à développer l'hypertrophie du cœur, et l'inflammation, en indurant la tunique moyenne, a favorisé la dilatation du vaisseau sous l'influence des contractions plus énergiques du cœur hypertrophié et par la résistance apportée au glissement du sang par les parois artérielles indurées, de sorte que la force circulatoire vient se perdre d'une manière insolite dans l'endroit de l'artère affectée, car la masse liquide y est plus considérable qu'à l'état physiologique. Par là on se rend facilement compte de la formation des dilatations artérielles par suite de l'induration des parois et par la destruction de la tunique moyenne et de l'hypertrophie du cœur coïncidant toujours avec cette lésion.

Quand les tuniques artérielles indurées sont devenues le siége de ces petites paillettes osseuses, de ces dégénérescences cartilagino-osseuses ou même calcaires; quand elles présentent de ces matières stéatomateuses et ramollies qui affaiblissent leur texture, il ne faut qu'une circonstance assez simple et facile à produire pour qu'il s'établisse une communication entre le calibre de l'artère et ses parois; il arrive que de petites fissures transversales et des solutions de continuité ont lieu dans les membranes internes de l'artère : le sang tend à s'y infiltrer, et, si cette petite ulcération est placée près d'un éperon où le sang arrive brusquement, il peut se produire un décollement de la membrane externe et une agglomération de la matière fibrineuse du sang déposé entre la tunique moyenne et la tunique externe. Cette petite cavité peut devenir plus profonde par la pression circulatoire continue; enfin, elle peut se convertir en un utricule où le sang dépose de la matière fibrineuse en forme de stratifications. Cet utricule communique avec l'artère par une ou deux solutions de continuité anfractueuses, irrégulières ou arrondies, mais toujours indurées, présentant des traces d'inflammation chronique des parois artérielles. Dans d'autres cas, on trouve ces sacs anévrismatiques et près de là une dilatation anévrismale proprement dite.

C'est le résultat de la solution de continuité de la tunique interne des artères et de l'impulsion continue du sang qui amène le décollement de la tunique externe et la formation de la poche anévrismale, poche qui peut affecter différentes formes, s'allonger parallèlement à l'artère ou prendre tout autre aspect extérieur : elle porte sur les parties voisines de l'artère molles ou dures; à mesure qu'elle s'accroît, l'impulsion du sang y détermine physiquement des battements plus ou moins prononcés. Cette impulsion mécanique, qui se produit environ soixante fois par minute, refoule les tissus extérieurs et détermine une phlogose chronique qui continue dans ces tissus voisins avec l'existence de la poche anévrismale; de là les adhérences entre la poche anévrismale et les organes qui l'entourent; de là l'adhérence avec le périoste quand elle repose sur un os, son usure progressive avec celle de la partie osseuse correspondante, usure qui permet à l'anévrisme de se loger dans l'épaisseur des os; de là la section opérée d'os assez gros, de côtes, par exemple, de manière à faire saillir à l'extérieur la poche anévrismale sur les points correspondant à l'os érodé. L'inflammation fixe les parties externes sur la tumeur, les use, et bientôt la rupture de la poche se fait à l'extérieur. Cette rupture peut aussi se faire dans les cavités séreuses ou dans le trajet des bronches, ou même dans d'autres artères; ainsi, nous avons trouvé une tumeur anévrismale de l'aorte ouverte dans l'artère pulmonaire.

Dans la cavité du sac anévrismal, on trouve des couches de fibrine déposées et stratifiées; on les trouve également dans les infundibulum des anévrismes vrais; c'est le résultat du refroidissement en quelque sorte de la stase de la couche externe de la colonne sanguine : car, toutes les fois qu'un liquide coule dans une cavité, la couche la plus externe se sépare en se collant sur les parois de cette cavité; à l'état physiologique, c'est la source de la membrane fine qui forme l'épithélium tapissant la tunique interne de l'artère; à l'état pathologique, cette adhérence devient plus forte; de là ces stratifications fibrineuses et ces couches superposées dans les sacs anévrismaux. Ces couches superposées n'empêchent pas, en général, que le sang vienne s'agiter au centre de la poche, au centre de ces concrétions, les accroisse et ne forme le noyau d'une augmentation de masse de l'anévrisme, ou ne soit la cause d'une dilatation physique qui augmente le volume de la poche anévrismale.

Sur des cadavres présentant des artérites étendues, il peut y avoir plusieurs poches : sur des cadavres où il y a des anévrismes, on trouve toujours des artérites, qui peuvent même être quelquefois très éloignées, excepté quand il y a des bles-

sures directes de l'artère qui expliquent l'absence de l'artérite primitive.

Diagnostic. — Voici un malade qui a un anévrisme vrai de l'aorte ascendante ou des parois de l'aorte descendante; toujours il a de l'hypertrophie du cœur et des traces étendues d'artérite; par quel moyen pourra-t-on diagnostiquer cet anévrisme? Ces signes sont faciles à concevoir, mais assez difficiles à trouver.

Dans l'anévrisme vrai de l'aorte ascendante, il y a battement impulsif comme à la pointe du cœur, mais dans la partie de la poitrine occupée par l'aorte ascendante : ce battement se perçoit à la main; il soulève les parois de la poitrine de manière à montrer la convexité de la tumeur sur le côté droit du sternum, sous les articulations synchondro-sternales de la deuxième et de la troisième côte du côté droit; l'impulsion sera aussi forte que celle de la pointe du cœur, et on aura un mouvement impulsif correspondant à la périsystole.

Si l'anévrisme vrai se trouve siéger dans l'aorte descendante, l'impulsion sera forte sur les parois latérales de la colonne vertébrale, et on percevra la percussion impulsive comme s'il y avait un cœur supplémentaire. Il est rare qu'il ne porte pas son action sur les nerfs qui émergent de la moelle en ce point, et ne réveille pas des douleurs violentes irradiées sur le trajet des nerfs intercostaux et même des nerfs du plexus brachial : dans ce cas, la tumeur a dépassé certaines limites et on a plutôt affaire à l'anévrisme faux.

Rien de plus facile que de se rendre compte de cette impulsion énergique qui a lieu sur le trajet de l'artère dilatée quand on pense qu'il n'y a plus là la tunique moyenne pour réagir par son élasticité sur la colonne de sang : l'impulsion de l'ondée sanguine vient finir sur ses parois; de là la cause des battements perçus par le malade; de là la cause de la percussion énergique de la colonne de sang poussée par le cœur contre les parois de l'artère.

Quand il y a une cavité anévrismale commençante, il y a d'autres signes. L'impulsion du cœur pousse la colonne sanguine dans l'artère aorte en l'additionnant avec la colonne qui y est déjà et en transmettant aux parois artérielles une portion de l'impulsion mécanique produite par le cœur, impulsion qu'elles rendent bientôt par l'élasticité de leurs parois : l'impulsion circulatoire transmise par le cœur chasse le sang avec plus de force, distend l'artère et fait pénétrer plus de sang dans la tumeur anévrismale; de là ces pulsations isochrones à celles du cœur qui se produisent dans cette tumeur et qui se perçoivent aux yeux quand elle est assez superficielle. L'oreille appliquée sur la tumeur perçoit l'impulsion du cœur avec le bruit impulsif qui s'y rattache venant se terminer dans la tumeur anévrismale. Le bruit de percussion systolique se continue sur le trajet artériel, et de là les vibrations sonores se terminent ou sur les parois de l'artère dilatée ou sur celles du sac annexé à l'artère.

Tout n'est pas terminé là : la tumeur anévrismale distendue par le sang qui y est introduit de force ne revient qu'un peu sur elle-même, car elle n'a plus de parois élastiques; mais, quand les effets physiques de la contraction du cœur ont cessé, les parois artérielles reviennent sur elles-mêmes pour prolonger l'impulsion circulatoire dans les divisions artérielles; dans ce moment, elles poussent une ondée sanguine dans le sac anévrismal, ondée qui ne peut plus résulter de la systole du cœur : il y a donc deux impulsions successives dans une tumeur anévrismale fausse; ce sont là les signes pathognomoniques des tumeurs anévrismales développées sur le trajet des artères par rupture des deux tuniques interne et moyenne et décollement de la tunique externe.

DE L'HYPERTROPHIE PARTIELLE
de la glande mammaire,

Par M. le Dr Lebert.

(Suite. — *Voir* le numéro précédent.)

§ II. *Pathologie de l'hypertrophie partielle de la mamelle.*

A. *Symptômes.* — Le début de cette maladie est ordinairement latent, et les malades ne s'aperçoivent le plus souvent que d'une manière accidentelle d'une petite tumeur mammaire, qui alors présente tout au plus le volume d'une noisette ou d'une amande, et offre un grand degré de mobilité.

Cependant, tout en étant roulante sous le doigt, cette tumeur est attenante à la glande, et on ne peut pas la déplacer bien loin. Elle est située à la circonférence de la glande; il n'est pas rare d'en constater de bonne heure plusieurs dans l'un ou les deux seins. Ce fait s'est présenté dans un cinquième de nos observations. Quoique les malades soient ordinairement impressionnées d'une manière fâcheuse par la découverte de cette tumeur, leur santé reste cependant bonne. La grosseur ne s'accroît que très lentement, excepté lorsque des kystes se forment de bonne heure dans son intérieur. Tout en atteignant successivement un volume plus considérable, celui d'une noix, d'un œuf de poule et au delà, la tumeur reste immobile et ne contracte d'adhérences ni avec les téguments, ni avec les parties musculaires profondes. Au toucher, elle offre à travers la peau une surface irrégulière, grenue, comme noduléc; elle donne quelquefois la sensation que donnerait un paquet de graines de riz. Le palper démontre de plus une consistance élastique assez dure, mais qui ne présente ni la rigidité du squirrhe, ni la mollesse presque fluctuante de l'encéphaloïde. Lors même que des kystes se développent de bonne heure, et que le sein se déforme, un examen attentif peut le plus souvent cependant fixer le diagnostic. La conservation de la santé générale, l'absence de glandes lymphatiques engorgées tout autour du sein malade, la sensation d'une fluctuation assez manifeste, autour de laquelle le toucher reconnaît une substance plus consistante, finement grenue et lobulée, l'absence d'adhérences avec les parties sous-jacentes, et au besoin le résultat d'une ponction exploratrice, fourniront des renseignements fort utiles. Toutefois, nous convenons que des cas peuvent se présenter, dans lesquels le diagnostic précis avant l'opération n'est pas possible; mais l'opération une fois pratiquée, toute espèce de doute peut être levé par l'examen anatomique et microscopique attentif, et le point le plus essentiel, la fixation du diagnostic, peut alors se faire d'une manière à peu près certaine. Nous avons dit plus haut que ces tumeurs paraissaient généralement périphériques; il faut que nous précisions ce point, qui n'est pas sans importance pour le diagnostic. Nous avons noté avec exactitude la *position* de ces tumeurs chez 25 de nos malades. Sur ce nombre, 18 fois la position était tout à fait à la circonférence, tandis que 7 fois elle était plus centrale et plus étendue. Parmi les positions périphériques, celle en haut et en dehors est la plus fréquente, nous l'avons notée 7 fois. 2 fois le côté inférieur et externe, 4 fois la partie latérale et externe, et 5 fois plusieurs points à la fois de la circonférence, dont 2 fois dans un et 3 fois dans les deux seins, constituaient le siége de ces grosseurs. Dans les 7 autres cas la tumeur, plus volumineuse, se rapprochait davantage du milieu de la glande, et nous avons pu constater, soit avant, soit surtout après l'opération, l'existence de kystes plus ou moins volumineux, et l'aplatissement atrophique, pour ainsi dire, de la mamelle, près ou derrière la portion notablement hypertrophiée de la glande. Les tumeurs solides de ce genre ne nous ont offert un volume considérable qu'après une longue durée de la maladie, et lorsque le tissu fibrillaire avait notablement participé au travail morbide. L'hypertrophie lobulaire donne aussi lieu, ainsi que la transformation fibro-gélatineuse, à des tumeurs de dimensions notables. C'est ainsi que nous avons vu ces tumeurs atteindre le volume d'une tête de fœtus et au delà, et le poids de 2, de 4 et de 6 livres, sans qu'il existât de kystes volumineux. La grande distension des tissus tégumentaires, produite alors par ces tumeurs volumineuses, peut y provoquer des adhérences, de la rougeur et même un travail ulcéreux. Cependant, la longue durée du mal comme affection purement locale, le retentissement nul ou insignifiant sur les parties environnantes du système lymphatique, l'absence d'adhérences au muscle grand pectoral, éclaireront le chirurgien dans ce cas, comme nous l'avons signalé pour les kystes, avant l'opération; et, s'il était resté des doutes, l'examen attentif des parties enlevées démontrerait la nature non cancéreuse de la tumeur.

La *forme* du sein offre aussi des caractères très importants à connaître. Voici les renseignements précis que nos observations nous fournissent à cet égard. Notée avec détail dans 25 cas, elle a été 18 fois normale, à part une légère saillie ou un aspect un peu bombé à l'endroit où une tumeur qui commençait à être volumineuse avait son siége; le mamelon était intact pour la coloration, la forme et l'absence d'adhérences. Nous avons trouvé 7 fois le sein malade beaucoup plus volumineux que celui de l'autre côté, dont trois fois par suite de kystes volumineux qui en avaient bombé le milieu d'une manière lisse et uniforme; les veines cutanées étaient également plus développées dans ces cas. Chez une seule de ces malades, le mamelon était rétracté. Une fois le sein était très volumineux, uniformément bombé, sans qu'il existât de kystes, mais sans altération aussi du mamelon et de la peau ambiante. Deux fois la peau de la surface était rougie, adhérente même dans un cas à la surface de la tumeur; mais, chez ces deux malades, le mal avait mis douze ans avant d'atteindre des dimensions considérables, ce qui n'avait pas empêché l'état général de rester fort bon, et de laisser les glandes lymphatiques voisines dans une parfaite intégrité. Dans une seule de nos 25 observations, nous avons trouvé le sein largement ulcéré; mais cet ulcère ne présentait aucun des caractères que nous observons dans le cancer de la mamelle. C'était une tumeur qui pesait près de 6 livres; en s'étendant elle avait fait disparaître par usure la peau qui la recouvrait, et ce n'est que superficiellement qu'elle était recouverte d'une couche mince de matières purulentes; l'état général était resté bon, aucun ganglion ne s'était engorgé, et l'opération, pratiquée il y a quinze mois, n'a été suivie, jusqu'à présent, ni de récidive, ni d'aucune détérioration de l'ensemble de la santé. En tenant compte de ces détails, il est impossible de ne pas reconnaître une bien grande différence entre les tumeurs que nous décrivons et les tumeurs cancéreuses.

Nous ne trouvons pas de différences moins tranchées lorsque nous analysons ce que nos observations nous apprennent sur les douleurs dans l'hypertrophie partielle de la mamelle. Cherchées avec soin chez 22 malades, elles ont été à peu près nulles pendant toute la durée dans 8 cas, excepté une légère sensation de gêne ou de pesanteur après des excès de fatigue ou de travail. Chez six malades, les douleurs étaient à peu près nulles dans l'intervalle des époques. Mais à l'approche et pendant la durée de celles-ci, ces femmes éprouvaient dans le sein malade un sentiment de plénitude, de tension, allant même jusqu'à une gêne parfois douloureuse, et s'irradiant volontiers du côté du bras correspondant. Deux malades éprouvaient de temps en temps des douleurs lancinantes; chez l'une d'elles, les douleurs ont été vives et fréquentes pendant quelque temps, puis elles ont cessé tout à fait. Chez deux autres, il y avait de temps en temps des douleurs vives, d'autres fois une sensation vague de malaise, habituellement un sentiment de plénitude et de tension aux époques, et de loin en loin un engourdissement pénible dans le bras du côté malade; mais toutes ces diverses sensations cessaient souvent pendant plusieurs semaines. Dans trois cas, les douleurs, après avoir été rares et peu notables, devinrent vives et continues, ce qui, chez une de ces femmes, tenait au développement d'un kyste volumineux, tandis que chez les deux autres les douleurs, nulles pendant onze ans, ne s'étaient développées avec intensité que pendant la dernière année qui avait précédé l'opération. L'examen anatomique des pièces démontra, dans l'une, un travail phlegmasique de toute la superficie, et dans l'autre, de nombreux nerfs hypertrophiés se rendant aux lobes de la tumeur. Chez l'une et l'autre de ces femmes, l'opération a été suivie d'un bon succès; du reste, malgré les souffrances, la santé générale ne s'était jamais dérangée. Dans un dernier cas enfin, pour lequel nous avons pratiqué l'amputation au commencement de cette année, les douleurs étaient surtout vives de huit à dix jours après chaque époque menstruelle, et persistaient pendant cinq à six jours.

Si la participation du système lymphatique est généralement nulle ou peu considérable dans la maladie qui nous occupe ici, il est bon cependant de noter que trois fois sur nos trente observations nous avons trouvé un petit ganglion engorgé dans l'aisselle; mais la tumeur du sein ayant été extirpée, cet engorgement a disparu de lui-même. Une fois nous avons observé une inflammation superficielle des vaisseaux lymphatiques de la région mammaire et axillaire du côté malade, irritation que nous avons fait disparaître promptement par des émissions sanguines, des bains, et l'emploi intérieur et externe des iodures.

Nous avons enfin à signaler d'une manière nette et précise un fait déjà mentionné plusieurs fois en passant; c'est l'absence constante de tous les signes de l'infection cancéreuse. Ainsi, absence de l'altération du teint, des forces et de l'embonpoint; absence de tumeurs cancéreuses superficielles, ganglionaires ou viscérales; absence enfin de ce dépérissement caractéristique de l'intoxication carcinomateuse. Voilà donc des preuves suffisantes de la nature bénigne et purement locale de ce genre de tumeurs. Ce fait n'est nullement infirmé par les récidives que l'on observe quelquefois; car la plupart du temps, elles ne tiennent qu'à la continuation de la maladie première, et cèdent ordinairement à l'ablation complète, si toutefois leur extirpation devient nécessaire.

Nous ferons avant tout observer que fort heureusement nous ne pouvons pas donner de détails précis sur la durée totale de cette maladie, vu que ce n'est que très exceptionnellement que les malades en meurent. Lorsqu'on opère, le mal ne revient ordinairement pas, et si par hasard il y a récidive, une seconde ou rarement une troisième opération amène une guérison complète; et enfin la tumeur n'est pas étendue et ne renferme point de kystes; elle peut persister pendant toute la vie sans graves inconvénients. Nous ne pouvons par conséquent indiquer ici que la durée que la maladie avait présentée jusqu'au moment où les malades ont été soumises à notre observation, et, même en procédant ainsi, nous trouvons encore une marche bien plus lente que dans le cancer du sein. Les deux tiers de nos malades n'ont réclamé le secours de l'art que deux ans après le début apparent de leurs tumeurs, et il est même très probable que la première origine de ces engorgements remontait bien plus haut encore. Toutes les malades qui ont été opérées dans le courant de la première année portaient des kystes au milieu des tissus hypertrophiés, et la simple accumulation d'un liquide rendait, comme partout ailleurs, compte de l'augmentation plus rapide de la tumeur. Lorsque cette complication n'existe pas, il est fréquent de voir le mal persister pendant quatre, cinq, six et dix ans sans qu'il augmente beaucoup. Quant aux nombreuses tumeurs que nous avons vu extirper lorsqu'elles n'avaient encore que le volume d'une amande ou d'une noix, nous avons la conviction qu'on aurait pu les laisser pendant longtemps encore sans y toucher avec le bistouri, à en juger par ce que nous avons observé dans les cas non opérés.

Voici, du reste, ce tableau de la durée, allant, pour la plupart de ces femmes, jusqu'au moment de l'opération :

6 mois à 1 an	6
1 an à 2 ans	2
2 ans à 3 ans	3
3 ans à 4 ans	0
4 ans à 5 ans	2
5 ans à 6 ans	2
6 ans à 7 ans	1
7 ans à 8 ans	3
8 ans à 10 ans	0
10 ans à 12 ans	3
12 ans à 13 ans	1
	25

Le résultat de l'opération que l'on pratique, à notre avis, trop légèrement, lorsqu'il s'agit de tumeurs petites et concrètes, est bien autrement favorable que celui du cancer du sein. Parmi nos trente malades, quatre seulement n'ont point été opérées; deux d'entre elles vivent encore et portent leur mal depuis longtemps sans que leur santé générale ait souffert; nous aurions pu augmenter ce nombre notablement si nous avions voulu nous fier aux souvenirs de notre pratique; mais nous avons préféré laisser de côté tous les cas sur lesquels nous n'avions pas de notes écrites. Deux fois nous avons trouvé une hypertrophie partielle de la mamelle comme mal accidentel chez des femmes qui avaient succombé au cancer, l'une à une affection cancéreuse du mésentère, et l'autre à un cancer du sein; et, malgré cette coïncidence, nous n'avons pas trouvé un atome de matière cancéreuse dans ces tumeurs hypertrophiques. Parmi les vingt-quatre femmes opérées, deux seulement sont mortes, l'une d'une pneumonie intercurrente, l'autre d'un érysipèle. Une seule opération a été pratiquée pour récidive. La récidive n'est pas extrêmement rare, d'après les renseignements que nous avons recueillis auprès de notre ami M. Broca, qui a suivi un certain nombre de ces malades, et les a généralement fort judicieusement observées tant sous le rapport clinique que pour la détermination de la nature des parties enlevées par l'opération. Il a vu qu'une seconde opération amenait alors ordinairement la guérison complète. On comprend, du reste, très bien que, lorsqu'on a enlevé un lobe hypertrophié de la glande, un autre lobe puisse s'hypertrophier quelques années plus tard; mais ce que l'on n'a jamais observé, et c'est là le point capital, ce sont des récidives accompagnées d'engorgements glandulaires et de signes d'infection.

En thèse générale, la marche de ces affections est donc lente et bénigne, et lors même que, par moments, elle paraît devenir plus rapide, on parvient le plus souvent à la ralentir de nouveau par l'usage des fondants et des antiphlogistiques,

à moins qu'il ne se soit formé des kystes dont le contenu, on le sait, ne se résorbe pas. Il arrive quelquefois, après une longue durée de dix et de douze ans, que la tumeur s'enflamme, que les téguments se prennent, et qu'alors il faut enlever la tumeur de peur que le mal local n'altère la santé par les souffrances, l'ulcération et d'autres inconvénients; mais ici encore l'observateur attentif trouvera bien des caractères qui le garantiront contre une erreur de diagnostic.

C. *Causes.* — Les causes de l'hypertrophie partielle du sein sont fort obscures. Nous discuterons la valeur de celles auxquelles on a attribué une certaine importance.

1° *Age.* Nous avons pris l'âge de vingt-sept femmes atteintes d'hypertrophie mammaire, et celui d'un grand nombre d'autres femmes atteintes de cancer du sein; nous en avons déduit une moyenne pour chacune de ces deux affections, et nous avons comparé. Nous avons vu que le cancer est rare avant l'âge de trente ans, tandis que l'hypertrophie partielle de la mamelle se rencontre souvent chez les jeunes femmes et même chez de jeunes personnes au-dessous de l'âge de vingt ans; mais on est allé évidemment trop loin en envisageant cette maladie comme propre aux jeunes femmes et à l'âge moyen de la vie.

Voici quelques proportions tirées du tableau que nous allons communiquer : un tiers des femmes avaient moins de trente ans, et sur ce nombre il s'en trouvait quatre qui n'avaient pas vingt-cinq ans. Un autre tiers avait de trente à quarante ans, et un dernier tiers de quarante à cinquante-cinq ans, mais en tout les 6/7 n'avaient pas dépassé quarante-cinq ans, et plus de la moitié était au-dessous de trente-cinq ans. L'âge moyen que nous avons trouvé de cinquante ans pour le cancer de la mamelle, n'a été, pour l'hypertrophie de la mamelle, qu'un peu au-dessus de trente-six ans (36 4/9). Voici du reste le tableau :

15 à 20 ans	1
20 à 25 ans	3
25 à 30 ans	5
30 à 35 ans	6
35 à 40 ans	4
40 à 45 ans	5
45 à 50 ans	2
50 à 55 ans	2
	27

2° *Etat des fonctions sexuelles.* — Sir A. Cooper, dans sa description de la tumeur mammaire chronique, a prétendu que cette maladie affectait de préférence des personnes mal réglées, ou de jeunes femmes stériles. Cependant un examen attentif de tout ce qui a rapport à ce point de la question nous a démontré qu'il y avait là une étrange exagération. Les femmes soumises à notre observation étaient généralement bien réglées, et les variétés de la menstruation observées sur elles ne différaient en rien des variétés physiologiques de cette fonction. Quant à la stérilité, nous l'avons rencontrée dans une plus forte proportion. Sur onze femmes qui avaient passé l'âge de trente ans et qui étaient mariées depuis longtemps, nous avons trouvé cinq femmes stériles et six qui avaient eu de deux à six enfants.

3° *Santé antérieure.* — Rien dans les antécédents des femmes soumises à notre observation ne nous a paru souffrir une liaison de causalité avec leur affection mammaire. Absence d'influence scrofuleuse, syphilitique, tuberculeuse; absence, en un mot, de toute cause pathologique prédisposante.

4° *Violence externe.* — Nous avons cherché ailleurs à démontrer que les preuves nous manquaient pour attribuer à un coup la production des cancers du sein, quoique, au fait, on comprenne que, chez une personne prédisposée, un coup porté sur le sein puisse devenir une cause occasionnelle du développement d'un cancer; mais, entre les choses possibles et les faits démontrés, il y a une différence énorme. Au contraire, pour l'étiologie de l'engorgement partiel de la mamelle, nous devons admettre les violences extérieures comme une cause réelle, car six fois nous avons pu suivre toute la filiation des phénomènes entre la violence externe et la tumeur; celle-ci avait paru à l'endroit même où le coup avait été porté, et cela au bout de quelques mois seulement, pendant lesquels il y avait d'abord eu gonflement avec ou sans ecchymose de la région contuse, puis des douleurs, et une induration, qui peu à peu avait diminué pour fixer plus tard de nouveau l'attention par l'existence de la tumeur. Voilà à quoi se résument toutes nos connaissances sur l'étiologie de cette maladie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 août 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Présence de l'iode dans les eaux douces, les plantes, et les animaux terrestres, etc.

M. Chatin envoie un mémoire intitulé : *Recherches sur l'iode des eaux douces, des plantes et des animaux terrestres*, etc. L'auteur établit dans ce travail l'existence de l'iode dans les eaux douces, et la constatation de la présence de ce corps dans les plantes et les animaux terrestres, etc. Il résume son travail dans les propositions suivantes.

I. La présence de l'iode dans diverses plantes aquatiques de l'Europe, de l'Asie, de l'Afrique, de l'Amérique et de la Nouvelle-Hollande confirme ce que nous avons déduit de l'analyse des espèces des environs de Paris; savoir, la présence de ce corps dans la masse du globe et la généralité des eaux douces.

Si l'on recherche comparativement l'iode dans la *lessive* des cendres d'espèces végétant également bien dans l'eau et hors de l'eau, les réactifs indiquent sa présence chez les individus venus dans l'eau, à l'exclusion de ceux développés sur la terre.

II. L'état du globe aux diverses époques des végétations anciennes pourrait se déduire de la présence et de la proportion de l'iode dans les débris enfouis de ces dernières.

III. Les animaux d'eau douce (spongilles, limnées, glanorbes, sangsues, écrevisses, goujons, grenouilles, salamandres, foulques, rats d'eau, etc.) contiennent de l'iode. En les comparant aux plantes développées dans la même eau, on reconnaît que la proportion de l'iode y est même un peu plus grande que dans ces dernières.

IV. La présence de l'iode dans les eaux douces peut être directement et facilement constatée. Des recherches faites à cet égard sur environ 300 rivières, fontaines et puits, on peut conclure en général :

1° Que l'iode existe en proportion variable dans toutes les eaux qui sourdent du globe;

2° Que la richesse des eaux en iode peut être présumée d'après la nature plus ou moins ferrugineuse des terrains qu'elles lavent;

3° Que la proportion d'iode croît ordinairement dans les eaux avec celle du fer, de telle sorte que les eaux regardées comme *ferrugineuses* peuvent être tout aussi bien nommées *eaux iodurées*;

4° Que les eaux des terrains ignés sont plus iodurées, en moyenne, et surtout plus uniformément que celles des terrains de sédiment;

5° Que les eaux de la *craie verte* et des *oolithes* ferrugineux tiennent le premier rang parmi celles-ci; qu'elles peuvent même se placer avant celles des terrains ignés;

6° Que, tout en étant riches en iode, les eaux de la formation houillère viennent après celles de certains terrains ignés ou de sédiment ferrugineux;

7° Que les eaux des terrains essentiellement calcaires et magnésiens sont très peu iodées; que l'iode est surtout rare dans les marnes irisées, gangue habituelle du sel gemme;

8° Que les iodures ne sont pas nécessairement proportionnées aux chlorures;

9° Que les rivières alimentées par les glaciers (Rhin, Rhône, Durance, Isère, Garonne, etc., etc.) sont peu iodurées, surtout à l'époque de la grande fonte des neiges;

10° Que les eaux des rivières sont en moyenne plus iodées, moins chargées de sels terreux, et surtout plus uniformément iodées que celles des sources;

11° Que les eaux de puits qui sont, comme on le savait, les plus chargées de sels de chaux et de magnésie, sont en même temps des plus pauvres en iode.

V. Le rapport qui existe entre le fer et l'iode des eaux, la facile décomposition de l'iodure de fer et la décomposition complète de l'iodure des eaux dans l'évaporation sans addition de potasse, rendent probable que l'iode s'y trouve à l'état d'iodure de fer.

VI. L'iode existe dans les plantes et les animaux terrestres.

VII. Les potasses du commerce et la plupart des sels dont elles font la base sont iodurés; mais le nitrate de potasse, la crème de tartre, l'émétique et le tartrate double de potasse et de soude sont privés d'iode. Les sels ammoniacaux et les soudes sont aussi iodurés, ainsi que le chlorure de sodium des marais salants réputé pur. Le sel gemme et le sel des salines de l'Est sont presque complétement privés d'iodure.

VIII. Les liqueurs fermentées contiennent de l'iode.

Le vin, le cidre et le poiré sont plus iodurés que la moyenne des eaux douces.

IX. Le lait est encore plus riche en iode que le vin, et le lait d'ânesse l'est plus que celui de vache.

Les œufs (non la coquille) sont très iodés. Un œuf de poule pesant 50 grammes est plus ioduré qu'un litre de lait de vache; il l'est autant que deux litres de vin ou de bonne eau.

X. L'iode existe dans la terre arable. Abondant dans le soufre, les minerais de fer et de manganèse, le mercure sulfuré; il est rare dans le gypse, la craie blanche, les calcaires grossiers et siliceux, etc.

XI. C'est sur les plantes des eaux ferro-iodées que devront porter les essais ayant pour but l'extraction économique de l'iode des eaux douces.

XII. Une proportion trop minime d'iode dans les eaux potables de certaines contrées paraît être la cause principale du goître. Le changement d'eau, et tout au moins l'usage du vin, des eaux ferro-iodées, du cresson de bonne eau, d'une nourriture animale, des œufs surtout, sont rationnellement indiqués contre cette affection. Il serait encore utile que le sel des marais salants fût substitué, dans les contrées à goître, au sel de roche qui s'y trouve habituellement et qui s'y consomme.

La plupart des corps regardés par les thérapeutistes comme pectoraux et antiscrofuleux sont riches en iode.

Analyses du sang entreprises dans le but d'étudier les fonctions de la respiration et de la nutrition.

M. Clément, chef des travaux chimiques à l'école d'Alfort, adresse une nouvelle note sur des analyses du sang faites dans le but d'étudier les fonctions de la respiration et de la nutrition.

Dans une note précédente, l'auteur faisait remarquer qu'un animal sain étant donné, si l'on parvenait à exagérer chez lui les fonctions de la respiration et de la nutrition à l'aide de douleurs vives soutenues et entrenues pendant six heures environ, on pouvait constater, entre autres choses remarquables :

1° Que la fibrine et l'albumine du sang diminuaient d'une manière absolue pendant tout le temps que les douleurs exerçaient leur action sur l'organisme;

2° Que la matière colorante du sang augmentait d'une manière relative;

3° Que la diminution de l'albumine semblait devoir être attribuée en grande partie à une double combustion, l'une se passant dans le poumon, l'autre dans la trame des tissus;

4° Que la diminution de la fibrine devait être produite par le travail chimico-vital qui s'accomplit indubitablement au sein des organes, et dont l'action s'exerce principalement sur l'élément fibrineux du sang.

Il restait alors à démontrer expérimentalement que le poumon est le siége d'une combustion, et, de plus, que l'élément brûlé est l'albumine du sang.

Dans le but de résoudre ce double problème, M. Clément a tenté cinq nouvelles expériences sur cinq individus différents de l'espèce chevaline. Parmi ces animaux, trois étaient en santé; le quatrième était affecté de la pousse, et le cinquième avait subi la section des nerfs pneumo-gastriques.

Dans les quatre premiers essais, l'auteur a pratiqué sur chaque cheval deux saignées successives. La première, pratiquée à la jugulaire, a donné du sang qui se rendait au poumon; la seconde, faite à la carotide, a fourni du sang artériel qui sortait du poumon.

Dans le cinquième essai, il a pris du sang à la jugulaire seulement; mais, la première fois, avant la section des nerfs, et, la seconde fois, six heures après cette section. Le résultat fourni par ces cinq analyses tendrait à prouver :

1° Que l'eau, ainsi que l'ont signalé déjà il y a longtemps d'abord M. Lassaigne, ensuite et plus tard M. Marchal (de Calvi), est moins abondante dans le sang veineux que dans le sang artériel;

2° Que l'albumine, qui est en quantité plus grande dans le sang veineux avant son entrée dans le poumon, a diminué dans le sang artériel après la sortie de cet organe;

3° Que la fibrine, qui se trouve à peu près dans des rapports égaux dans le sang veineux et dans le sang artériel, domine cependant dans ce dernier;

4° Que les globules diminuent relativement à l'augmentation de l'eau et à celle, quoique faible, de la fibrine;

5° Que l'albumine brûle dans le poumon;

6° Que, pendant cette combustion, elle produit de l'eau, qui passe en partie dans le sang artériel, et détermine la diminution apparente des globules colorés;

7° Que, la respiration pulmonaire se faisant d'une manière incomplète, comme dans le cas de pousse, la combustion s'affaiblit;

8° Que cet affaiblissement est prouvé : 1° par la formation d'une quantité d'eau moins abondante que dans l'état normal; 2° par l'augmentation de l'albumine dans le sang artériel; 3° par la diminution de la fibrine et des globules, qui ne se séparent qu'avec une certaine difficulté;

9° Que, lorsque le poumon n'est plus sous l'influence nerveuse nécessaire à l'accomplissement normal de ses fonctions, 1° il n'élabore plus le sang que d'une manière incomplète; 2° il exhale beaucoup d'eau sans en produire sensiblement de nouvelle; 3° il ne brûle que peu ou point d'albumine, cette dernière étant plus abondante dans le sang des artères que dans celui des veines; 4° et enfin que, la vie s'éteignant dans tout l'organisme, la fibrine ainsi que les globules augmentent en même temps que l'albumine elle-même. (Commissaires : MM. Magendie, Velpeau et Lallemand.)

Monstruosité par inclusion.

M. Bouchacourt, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, communique l'histoire d'une tumeur du rectum renfermant les débris d'un fœtus, extirpée à l'aide de l'excision combinée avec la ligature, chez une jeune fille âgée de six ans.

Cette observation se rattache à l'histoire des monstres doubles, *endocymiens*, par inclusion abdominale, dont M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a réuni quelques exemples dans son *Histoire des anomalies de l'organisme chez l'homme et les animaux.* Elle éclaire en outre l'anatomie pathologique des tumeurs, et particulièrement des polypes du rectum. (Commissaires : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire et Lallemand.)

Rôle du cérumen dans les maladies de l'oreille.

M. Mène envoie un troisième mémoire sur les maladies de l'oreille. Ce mémoire est relatif aux effets produits par la suppression du cérumen sur l'ouïe.

L'auteur conclut, des observations contenues dans ce travail :

1° Que dans l'acte de l'audition, le cérumen joue un rôle de premier ordre;

2° Que ses altérations portent le trouble dans les fonctions de l'oreille;

3° Enfin, que sa suppression donne lieu à une diminution sensible de l'ouïe. (Commissaires : MM. Andral et Velpeau.)

— M. le Dr J. Lemaire prie l'Académie d'accepter le dépôt d'une note cachetée contenant l'exposition d'une méthode nouvelle de thérapeutique applicable à un grand nombre d'affections. Cette méthode, dit l'auteur dans sa lettre d'envoi, est fondée sur l'affinité qu'ont pour l'eau certains sels et d'autres agents chimiques non irritants. Elle consiste dans l'application de ces substances sur la peau ou sur les membranes muqueuses que la main peut atteindre. (Le dépôt est accepté.)

Sur un nouveau procédé de palatoplastie.

Par M. Botrel, ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'auteur rapporte l'observation suivante de palatoplastie pratiquée par un procédé qu'il n'a trouvé décrit nulle part.

Un homme portait au milieu de la voûte palatine une perforation de nature spécifique qui laissait pénétrer l'extrémité du petit doigt; elle était d'ailleurs elliptique et assez régulière. Je fis à l'aide d'un bistouri, de chaque côté de son extrémité antérieure, une incision transversale de 8 millimètres environ. De son extrémité externe j'en fis partir une seconde, que je dirigeai parallèlement au bord correspondant de l'ouverture, un peu obliquement en dehors cependant, de manière à avoir un lambeau un peu large à sa base et mieux nourri; cette incision descendit à 2 millimètres au-dessous du niveau de la commissure postérieure. La fibre muqueuse ayant été bien divisée jusqu'aux os, le décollement en fut facile, et l'on eut alors deux lambeaux trapézoïdes tenant au palais exclusivement par leur base, qui est postérieure. Ils furent avivés le long de tout leur bord interne, et la fente fut prolongée par une incision médiane postérieure de 2 millimètres environ, afin d'obtenir plus aisément l'adhérence en ce point. Alors, à

l'aide de deux aiguilles courbes, je passai de bas en haut une anse de fil dans l'extrémité antérieure de ces lambeaux, et les deux chefs furent ramenés hors de la bouche. Une sonde à courbure fixe fut introduite dans la fosse nasale, vint faire saillie à travers l'ouverture du palais et fut ramenée en avant; j'y attachai les deux chefs du fil, qui vinrent sortir par les fosses nasales et furent fixés solidement à la tête. De cette manière, les deux lambeaux palatins bouchèrent la fente correspondante et se trouvèrent suffisamment en contact. Au bout de six jours, l'anse de fil fut coupée et enlevée; les lambeaux restaient en place, et la guérison s'est ainsi effectuée. Au moment où le malade a quitté Paris, il présentait encore un tout petit orifice, qui permettait à peine l'introduction du corps d'une épingle ordinaire.

Le procédé employé dans cette circonstance permet un déplacement plus facile et un moindre tiraillement des lambeaux. Au contraire, quand les deux incisions ont été faites transversalement et que le lambeau a sa base en dehors, c'est beaucoup plutôt un tiraillement qu'un déplacement que l'on obtient; aussi ce procédé me paraît devoir réussir dans le plus grand nombre des cas, si l'on prend soin surtout de placer une serre-fine près de la base des lambeaux. Quant à la possibilité de la chute des serres-fines dans le pharynx, elle ne peut donner lieu à aucun accident sérieux, car il est toujours facile de les munir d'un fil qui viendrait s'attacher hors de la cavité buccale et en préviendrait ainsi la déglutition.

(*Revue médico-chirurgicale.*)

GUÉRISON D'UNE CATARACTE

avec amaurose traumatique,

Par le docteur Fischer.

Un forgeron est blessé par un éclat de cuivre enflammé, qui lui endommage l'œil à tel point qu'après vingt-cinq jours de traitement seulement cet homme put reprendre son travail. La cornée, la sclérotique, la conjonctive avaient été le siége d'inflammations successives qui avaient nécessité des moyens énergiques. En même temps il existait une douleur déchirante le long du trajet du nerf sus-orbitaire jusque vers l'occiput. Depuis le moment de l'accident, la vision était perdue dans cet œil.

Six mois après, cet homme vint trouver le docteur Fischer; il voulait être débarrassé d'une opacité dans l'œil qui avait été blessé. On voyait alors un nuage dirigé vers le bas de la cornée, hors de l'axe visuel; il existait aussi quelques adhérences filamenteuses entre la face inférieure de l'iris et la face postérieure de la cornée; le cristallin, complétement opaque, était légèrement déplacé vers le bas. L'opération de la cataracte fut exécutée et réussit parfaitement. Au bout de quinze jours, le malade put se lever; mais l'œil restait toujours entièrement insensible à l'action de la lumière.

Des douleurs intermittentes ayant reparu le long du trajet du nerf frontal, on résolut d'entreprendre un traitement spécial pour cette amaurose traumatique, qui, selon toute apparence, tenait, d'une part, à la commotion des nerfs ciliaires, et, de l'autre, à une extravasation sanguine entre la rétine et la choroïde. En conséquence, on donna à l'intérieur le merc. idoat. flavus, demi-gramme par dose; une décoction de sénégue avec sel ammoniac, quatre cuillerées à bouche par jour. A l'extérieur, on appliqua tous les deux jours une mouche de Milan sur le trajet du nerf sus-orbitaire. Après quinze jours de l'emploi de ces moyens, un matin, à son réveil, le malade distingua un nuage qui se mouvait continuellement de haut en bas.

On appliqua environ huit vésicatoires, et après avoir employé à plusieurs reprises des vapeurs ainsi composées:

Spirit. salis ammoniac caust.
Liquor anod. min. Hoffmann.
Ol. mentz pip.

la vision s'améliora à tel point que le malade distinguait les caractères d'impression les plus fins; il resta cependant un léger strabisme convergent.

OBSERVATION D'ILÉUS CONGÉNIAL.

Par M. le docteur Schuz.

Le docteur Schüz fut appelé à la campagne chez un enfant âgé d'un jour, venu à terme, bien constitué, qui n'avait pas encore eu d'évacuation alvine et qui rendait tout ce qu'il buvait; plusieurs lavements déjà administrés avaient été rendus aussitôt, en même temps qu'une petite quantité de mucus blanchâtre, gélatineux. L'excrétion urinaire n'est pas troublée; l'enfant est très agité, gémit beaucoup; abdomen ballonné. Ouverture anale très petite, étroite, à peine si l'on parvient à introduire l'extrémité de l'auriculaire jusqu'à un demi-pouce dans le rectum. Il est impossible d'arriver plus loin soit avec des sondes élastiques, soit avec des cathéters solides de divers numéros. Supposant une imperforation du gros intestin à partir d'un demi-pouce au-dessus de l'anus, l'auteur tenta de pratiquer une ouverture artificielle par le rectum. Un filet de sang s'écoula pendant un quart d'heure aussitôt après l'opération; le sang reparut encore; il n'y eut point d'évacuation de méconium, et l'enfant succomba dans la nuit.

A l'autopsie, on trouva la cavité abdominale remplie par 4 à 6 onces de sang liquide d'un brun-rougeâtre; la mort avait été le résultat d'une hémorrhagie intérieure.

Le gros intestin présente la disposition suivante: le cœcum et l'appendice vermiculaire avaient une dimension normale et étaient remplis de ces mucosités blanchâtres dont nous avons parlé. Mais à partir de là jusqu'au rectum, le gros intestin avait tout au plus la grosseur d'un fort tuyau de plume; d'apparence pâle, très mobile, il renfermait une petite quantité de mucosités.

L'intestin grêle était normalement développé jusqu'à son extrémité inférieure, et de plus en plus distendu, à mesure qu'on approchait de la fin. Pas de méconium.

En examinant les diverses parties de l'intestin grêle, on arriva à un double bourrelet, et au delà duquel il était distendu en forme de boudin par un méconium épais, tandis qu'au-dessous de ce double bourrelet jusqu'à sa jonction avec le gros intestin, c'est-à-dire dans une longueur de 3 à 4 pouces, l'intestin grêle était rétréci et racorni jusqu'au volume d'une plume de corbeau; en même temps il était presque entièrement oblitéré, car c'est avec peine qu'un stylet de baleine put trouver la lumière du canal intestinal et y avancer.

Quant à l'hémorrhagie observée immédiatement après l'opération, elle provenait d'une perforation du rectum par le thorax, qui avait pénétré dans la cavité abdominale, et de là dans l'anse intestinale de l'intestin grêle le plus proche, en intéressant des vaisseaux assez considérables.

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Girard, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Nancy, est désigné pour celui du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.

M. Licke, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour celui du Val-de Grâce, détaché aux Invalides.

M. Miche, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.

M. Robelin, chirurgien sous-aide à l'hôpital d'Ajaccio, est désigné pour celui du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides.

M. Cousturier, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Ely, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Noguès, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Gros-Caillou.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 103 (23e ANNÉE.) SAMEDI 31 AOUT 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 30 AOUT 1850.

De l'empoisonnement PAR L'EAU DE LAURIER-ROSE.

Les expériences de M. Orfila, bien plus que les vagues assertions de Pline, de Dioscoride et de Galien, voire même que l'observation incomplète de Libantius, ont démontré d'une manière positive ce que les recherches de M. Grognier avaient déjà en partie mis en lumière, les propriétés toxiques des préparations de laurier-rose administrées par les diverses voies de l'absorption. Ces expériences, on ne peut plus concluantes, sont au nombre de dix, et peuvent être ainsi résumées :

A. *Introduction de l'extrait de laurier-rose par le tissu cellulaire.*

1re *expérience.* 7 gr. d'extrait de laurier-rose sous la peau du dos d'un chien ; mort en 20 minutes.

2e *expérience.* 2 gr. 60 cent. du même extrait sous la peau ; mort en 32 minutes.

3e *expérience.* 8 gr. d'extrait introduit dans l'estomac ; mort en 22 minutes.

4e *expérience.* 1 gr. 30 cent. d'extrait introduit dans la veine jugulaire ; mort en 7 minutes.

5e *expérience.* 2 gr. d'extrait introduit dans la veine jugulaire ; mort en 8 minutes.

6e *expérience.* 4 gr. d'extrait introduit dans la veine jugulaire ; mort en 4 minutes.

B. *Expériences avec l'eau distillée.*

7e *expérience.* 280 gr. d'eau distillée (faite avec 500 gr. de poudre de feuilles de laurier et une quantité d'eau indéterminée) introduite dans l'estomac. Pendant 58 heures, pas d'accidents; puis symptômes d'empoisonnement et mort 19 heures après, c'est-à-dire 77 heures après l'ingestion.

8e *expérience.* 24 gr. de la même eau ; pas d'accidents pendant 24 heures. Nouvelle ingestion de 280 gr.; mort en 50 heures. On n'indique pas le moment où se développèrent les premiers accidents.

C. *Expériences avec la poudre.*

9e *expérience.* 16 gr. de poudre humectée sous la peau de la cuisse; mort 1 heure 40 minutes après.

10e *expérience.* 16 gr. de poudre dans l'estomac ; mort 3 heures après.

Ces expériences, sur lesquelles il y aurait à faire plus d'une remarque physio-pathologique, ne pouvaient laisser de doute sur l'influence funeste qu'aurait, chez l'homme, l'ingestion d'une préparation de laurier-rose. Toutefois, il restait encore à démontrer cette influence par des faits positifs; car on ne saurait guère considérer comme tels ceux auxquels j'ai fait allusion précédemment. M. Langlois, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Metz et chimiste extrêmement distingué, a eu, avec deux de ses confrères, la triste occasion de constater un de ces faits ; il a bien voulu me l'adresser, et je m'empresse de le porter à la connaissance des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux.* On pourrait désirer plus de détails sur les phénomènes morbides éprouvés par le sujet de l'observation ; mais, tel qu'il est, ce fait n'en offre pas moins un vif intérêt. On remarquera la sagesse des conclusions qui terminent l'observation ; elles peuvent servir de modèle à toutes celles qu'on pourrait avoir à formuler dans des cas analogues.

H. DE CASTELNAU.

A Monsieur de Castelnau, *rédacteur principal de la* GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur,

Dernièrement à votre passage à Metz j'ai eu l'honneur de vous parler d'un cas d'empoisonnement par les feuilles de laurier-rose. La victime était un ancien notaire de Rocroy, détenu dans les prisons de la ville. Une note relative à cet empoisonnement nous a paru devoir offrir assez d'intérêt pour trouver place dans votre journal. Je crois avoir compris votre pensée en vous faisant parvenir aujourd'hui un extrait du rapport que nous avons adressé à l'autorité judiciaire.

Nous fûmes chargés, MM. Bernard, Bachelet, Isnard et moi, de procéder à l'examen du corps du sieur R..., qui avait succombé après quelques heures de souffrance. On ignorait la cause d'une mort si rapide.

Du tribunal de la cour d'appel, où l'événement était arrivé, le cadavre fut apporté à l'hôpital Bon-Secours, et déposé dans le local destiné à recevoir les morts. Nous fîmes enlever et visiter les vêtements, pour savoir s'ils ne renfermaient pas quelque substance toxique dont le sieur R... aurait pu se servir dans une intention de suicide. On n'a rien trouvé.

Le cadavre est celui d'un homme de trente-six ans environ, d'une très faible constitution ; on ne remarque à l'extérieur aucune blessure. Le bras gauche porte la marque récente d'un cautère, et la poitrine les traces d'un vésicatoire. Sur la tempe gauche existe un petit emplâtre d'extrait d'opium.

La chaleur du corps n'a pas encore entièrement disparu ; les membres sont presque sans roideur; la mâchoire inférieure seule est fortement appliquée sur l'os maxillaire supérieur.

Les pupilles sont sensiblement dilatées.

Comme il n'y avait pas plus de trois heures que le sieur R... avait succombé, l'examen des organes internes a dû être remis au lendemain. C'est alors seulement que M. le procureur de la République nous fit connaître que le sieur R... avait bu le jour de son décès, en quittant la prison pour se rendre au tribunal, une décoction de feuilles de laurier-rose. On nous remit le vase dans lequel on avait préparé cette décoction; il contenait encore une partie du liquide et toutes les feuilles. Nous avions à déterminer si cette boisson renfermait des éléments toxiques de manière à pouvoir donner la mort.

Nous avons dû d'abord nous occuper de l'autopsie.

Poitrine. — Les poumons présentent un grand nombre d'adhérences; la section de leur tissu laisse écouler une assez grande quantité de sang noir.

Les ventricules du cœur sont distendus par du sang noir demi-liquide; les veines-caves sont également remplies de sang.

La muqueuse trachéale et bronchique est fortement colorée en rose.

Abdomen. — Le foie offre la consistance ordinaire et la coloration normale.

L'estomac contient une petite quantité de liquide que nous avons soigneusement recueilli, ainsi que celui trouvé dans le duodénum.

La surface de l'estomac est recouverte çà et là de petites gouttelettes de sang coagulé, au-dessous desquelles on remarque une injection assez prononcée de la muqueuse. La même injection s'étend jusqu'au duodénum.

L'œsophage est aussi rouge à l'intérieur; la rougeur s'arrête à 3 ou 4 centimètres au-dessous du pharynx.

La rate a sa consistance et sa couleur ordinaire.

La vessie contient une très petite quantité d'urine. La région prostatique et membraneuse de l'urètre est malade ; la muqueuse en est ramollie et rougeâtre.

Cerveau. — Les enveloppes de cet organe sont légèrement injectées par du sang noir. En coupant par tranches la substance cérébrale, on voit qu'elle est faiblement sablée; sa consistance est normale. Le cervelet et le cerveau ne se font remarquer par aucune altération. Les ventricules ne contiennent pas de sérosité. Les sinus de la dure-mère ne renferment pas de sang.

L'examen cadavérique ne signale, comme on le voit, que deux faits importants à noter, la rougeur vive de l'estomac et la dilatation des pupilles. Il est donc indispensable de compléter cet examen par l'analyse chimique.

La petite quantité de liquide contenu dans l'estomac a été, comme nous l'avons déjà dit, recueillie avec soin dans un flacon ; l'organe lui-même fut mis dans un vase. Un troisième flacon a servi à renfermer le duodénum et une portion du foie.

Les trois vases, bouchés et cachetés, furent portés au laboratoire de chimie de l'hôpital militaire. Il en a été de même du vase contenant la décoction et les feuilles de laurier-rose (*Nerium oleander*).

Les effets dangereux de cette plante sont connus depuis longtemps; l'homme ne semble cependant les avoir ressentis que dans les pays méridionaux, où les principes qu'elle renferme acquièrent des propriétés bien plus actives que dans nos climats.

Les auteurs rapportent que des personnes furent très indisposées et finirent par succomber pour s'être exposées aux émanations des lauriers-roses.

En 1810, non loin de Madrid, plusieurs soldats périrent après avoir mangé un rôti qu'ils avaient fait cuire en se servant d'une broche faite avec une tige de laurier-rose.

Dans sa *Toxicologie,* M. Orfila mentionne divers cas d'empoisonnement d'animaux par la poudre des feuilles de cet arbrisseau, et par de l'eau dans laquelle ces mêmes feuilles avaient été mises à macérer. Les moutons périssent promptement lorsqu'on leur fait boire le produit de cette macération.

Nous devons encore au savant toxicologue français la relation d'un grand nombre d'expériences que lui-même a entreprises sur les chiens dans le but d'apprécier avec exactitude l'action malfaisante de quelques-unes des préparations obtenues avec le laurier-rose. Il a surtout expérimenté sur l'extrait aqueux des feuilles. Cet extrait, administré de diverses manières et à la dose de 2 à 8 grammes, a constamment donné lieu à des accidents graves qui se sont manifestés par des vomissements, de l'abattement, et toujours terminés par la mort. M. Orfila en tire naturellement la conclusion que l'extrait aqueux, appliqué sur le tissu cellulaire ou introduit dans l'estomac, est un poison très actif.

Ces expériences faites sur les animaux nous indiquaient que nous avions tout d'abord, dans les circonstances où nous nous trouvions, à rechercher combien le verre de décoction que le sieur R... avait pris le matin avant de se rendre au tribunal contenait d'extrait. Le liquide qui recouvrait les feuilles a été filtré. Après la filtration, nous en fîmes évaporer au bain-marie 50 grammes dans une capsule de porcelaine dont le poids était connu. L'évaporation, conduite avec soin, nous a fourni 1 gramme 30 centigrammes d'extrait.

En admettant ensuite qu'un verre ordinaire représente à peu près la cinquième partie d'un litre ou 200 grammes, le sieur R... aurait donc pris en une fois environ 5 grammes 20 centigrammes d'extrait aqueux de laurier-rose, ce qui constitue une dose très forte pour les animaux et non moins forte sans doute pour l'homme.

Nous avons voulu, de plus, nous assurer si à cette boisson, déjà très vénéneuse par elle-même, on n'avait pas encore ajouté quelque autre substance toxique. Nous y avons fait passer à cet effet un courant d'hydrogène sulfuré, qui n'a donné lieu à aucun précipité.

Ces recherches ne pouvaient suffire, elles devaient se compléter par l'examen des parties organiques qui avaient été enfermées dans des bocaux au moment de l'autopsie.

Le liquide de l'estomac, dont la quantité ne s'élève pas au delà de 80 grammes, a une légère teinte rose; il est trouble et rougit faiblement la teinture de tournesol. Avant de le soumettre à l'action de l'hydrogène sulfuré, il a été filtré; la filtration s'est faite très lentement. Le gaz n'y a produit aucun précipité, même au bout de vingt-quatre heures. La chaleur le coagule, phénomène dû à la présence d'une petite quantité de sang.

Nous ne nous sommes pas contentés de la réaction négative de l'hydrogène sulfuré, nous avons désiré encore par d'autres expériences nous assurer de la non-existence d'un poison végétal, et particulièrement de la strychnine ou de la morphine. Tout le liquide soumis d'abord, comme nous venons de le dire, à l'influence de l'acide sulfhydrique a été ensuite évaporé jusqu'à siccité et le résidu de l'évaporation traité par l'alcool concentré. La liqueur alcoolique, après avoir été filtrée, fut aussi réduite en consistance d'extrait, en ayant eu la précaution de n'employer qu'une douce chaleur. Cet extrait est tout à fait sans amertume. Il rougit sensiblement par l'acide nitrique; la dissolution aqueuse prend une couleur d'un bleu-verdâtre par le perchlorure de fer, mais elle reste sans action sur l'acide iodique. Les deux premières réactions sont celles que produirait la morphine; mais cet alcaloïde réduirait de plus l'acide iodique, dont le radical mis en liberté colorerait l'amidon en bleu. Il était intéressant de rechercher si ce phénomène ne se montrerait pas aussi par l'extrait alcoolique de la décoction de feuilles de laurier-rose. Nous avons obtenu cet extrait en traitant convenablement la boisson dont le sieur R... avait fait usage, et nous avons pu constater qu'il rougit aussi par l'acide nitrique et devient bleu-verdâtre par le perchlorure de fer.

Ainsi donc, l'extrait alcoolique fourni par le liquide de l'estomac et celui obtenu avec la décoction de laurier-rose ont les mêmes caractères chimiques, ce qui tendrait à prouver, si on ne le savait déjà, que le sieur R... a réellement bu de cette décoction

C'est au tannin qu'est due la coloration bleue par le persel de fer et le phénomène produit par l'acide nitrique à une action spéciale des acides forts sur la matière colorante des feuilles de laurier-rose.

Nous eussions arrêté là nos investigations s'il ne nous avait paru utile de poursuivre encore nos recherches jusque dans le tissu de certains organes où viennent se réunir ordinairement les dernières parcelles des poisons minéraux absorbés. De ces derniers, nous n'avions guère à nous préoccuper que de l'arsenic qui aurait pu passer entièrement dans le torrent de la circulation sans qu'il en restât la moindre trace dans l'estomac, ce qui paraissait toutefois peu probable, à cause de la promptitude avec laquelle la mort était survenue. Les matières rejetées pendant les vomissements n'avaient pu être recueillies.

Pour rechercher l'arsenic dans les tissus, nous avons produit dans une capsule de porcelaine, à l'aide de l'acide sulfurique concentré, la carbonisation de la majeure partie de l'estomac, du duodénum et d'une forte proportion du foie. Le charbon réduit, la poudre a été soumise à l'action oxydante de l'eau régale. On a chauffé ensuite pour chasser l'excès d'acide et fait bouillir le charbon dans un litre environ d'eau distillée. La liqueur provenant de cette ébullition fut introduite, après avoir été filtrée, dans l'appareil de Marsh fonctionnant à blanc depuis une demi-heure sans fournir la moindre trace d'arsenic. L'introduction de la liqueur n'a fait

naître aucun changement; l'appareil a fonctionné sans produire la plus petite tache métallique sur les fragments de porcelaine approchés de la flamme de l'hydrogène. Il ne s'est rien déposé non plus dans le tube à combustion, quoiqu'il ait été entouré de charbons incandescents sur une partie de son étendue.

Nos expériences sur les organes, relatives à la recherche de l'arsenic, ont donc été suivies de résultats négatifs, comme celles entreprises dans le même but sur le liquide de l'estomac.

Des faits ci-dessus nous avons été conduit dans notre rapport aux conclusions suivantes :

1° La mort du sieur R..., survenue après quelques heures de souffrance, ne peut être attribuée aux faibles altérations organiques que l'autopsie a signalées.

2° La cause de cette mort semble au contraire avoir résidé dans l'ingestion d'une substance active, dont le passage dans les voies digestives a été suivi d'une vive irritation de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum.

3° Ces organes ne renferment aucune substance vénéneuse applicable à l'œil nu ou armé d'un microscope.

4° L'analyse chimique n'a pu non plus y déceler la présence d'une substance toxique appartenant à la catégorie de celles auxquelles sont dus ordinairement les empoisonnements.

5° Quelques réactions nous ont permis de reconnaître dans le liquide de l'estomac certains principes contenus dans les feuilles de laurier-rose.

6° L'extrait aqueux de cette plante constitue, d'après les expériences de M. Orfila, un poison très actif.

7° Le sieur R... ayant pris en une fois sous forme de décoction 5 à 6 grammes de cet extrait, nous sommes conduits à penser et même à affirmer que l'ingestion de cette substance est l'unique cause de sa mort.

Metz, le 23 août 1850.

LANGLOIS.

Revue clinique hebdomadaire.

Traitement de la sciatique par la cautérisation de l'oreille. — Nous voilà, en vérité, depuis trois ou quatre ans revenus au temps des miracles. Hier c'était le coton-poudre, qui, d'agent brutal de destruction, se transformait sous la main du chirurgien en substance agglutinative et protectrice des plaies, en collodium; c'était l'éther, et bientôt après le chloroforme, auxquels on a cru pendant un instant que l'on devrait la suppression de la douleur dans les opérations de chirurgie. Aujourd'hui, voici que l'on guérit la sciatique en cautérisant légèrement l'oreille. Où s'arrêtera-t-on? Et, nous pouvons le demander aussi, de toutes ces merveilles que restera-t-il dans cinquante ans? Jusqu'à ce jour nous n'avions pas voulu parler ici du nouveau traitement de la sciatique. Des expériences nombreuses avaient été faites cependant depuis plus de deux mois par des hommes dans la bonne foi et la véracité desquels nous avions pleine et entière confiance, et parmi lesquels nous placerons en première ligne notre savant maître M. le professeur Malgaigne. Aujourd'hui, nous avons assez vu pour qu'il soit de notre devoir de donner place à ces faits dans notre *Revue clinique*. Et puis, avouons-le, même après avoir vu, nous sommes presque tenté de dire avec un célèbre thérapeutiste : Hâtons-nous de parler de ce mode de traitement pendant qu'il guérit encore.

C'est dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, que nous avons observé les faits dont nous allons aujourd'hui rendre compte.

Au numéro 1 de la salle Saint-Antoine entre le 13 août le nommé Pierre Hénaut, domestique, d'une constitution assez forte, mais un peu nerveux. Cet homme se plaint d'une vive douleur qui lui est survenue depuis huit jours, et qu'il attribue à un refroidissement qu'il aurait gagné après avoir frotté. Il y a deux ans, il dit avoir éprouvé une maladie pareille, et avoir été traité dans le service de M. Valleix. Depuis six mois c'est la seconde rechute.

Au moment de son entrée il est complétement apyrétique, et la douleur dont il se plaint, partant des lombes, occupe toute la région fessière droite, le pli de l'aine, la partie antérieure et interne de la cuisse jusqu'au genou, qu'elle ne dépasse pas. Les points les plus douloureux sont la tubérosité ischiatique, la crête de l'os iliaque, le pli de l'aine. Le point douloureux le plus élevé dans les muscles sacro-lombaires se trouve à la hauteur du rein droit. Le malade ne peut se tenir debout, ni se coucher sur le côté droit. Il ne peut ployer la cuisse de ce côté sans que l'on voie survenir une sorte de contraction tétanique des muscles de cette région. Le malade n'a rien fait encore comme traitement, et ne peut trouver un instant de repos.

Le 14, M. Jobert applique un bouton de feu sur la racine de l'anthélyx, et cautérise la peau sans intéresser le cartilage. Le malade accuse aussitôt une diminution très notable de la douleur, se lève et marche presque sans souffrir. Il ne se plaint que de la persistance de la douleur lombaire. Il continue à marcher dans la journée, n'éprouvant qu'une sensibilité très supportable.

Le lendemain, il dit ne plus ressentir qu'une légère impression vers la région lombaire.

Le 18, il sort complétement guéri, marche facilement et sans aucune douleur. L'application du cautère ne lui a fait que peu de mal, et a déterminé chez lui, à ce qu'il prétend, une sorte de frémissement dans tout le côté gauche. Nous n'avons pas revu le malade depuis cette époque.

Un second sujet a été opéré devant nous le 26, lundi dernier. C'est un homme de trente ans, sabotier, d'une bonne constitution, qui, il y a un an, a éprouvé déjà une douleur de la même espèce que celle dont il se plaint aujourd'hui. Cette douleur fut traitée à l'hôpital Necker par des ventouses scarifiées et des bains simples. L'attaque a duré trois mois environ. Cet homme est, dit-il, sujet à des crampes; à la suite d'une crampe violente, il y a onze jours, la douleur sciatique reparut, et a persisté jusqu'à ce moment. Il ne marche qu'avec la plus grande difficulté. On n'a encore employé aucun traitement.

Le 26, M. Jobert, sur la demande de M. Vigla, applique le bouton de feu à la racine de l'anthélyx et cautérisa la peau. Immédiatement après, le sujet, qui n'avait pas été prévenu de l'opération qu'il allait subir, et encore sous le coup de la légère émotion que la surprise lui avait fait éprouver, déclare souffrir beaucoup moins. Il se lève et marche d'un pas assez ferme jusqu'au bout de la salle sans souffrir. Nous le revoyons une heure après; il affirme qu'il est tout à fait guéri.

A propos de ce fait, M. Vigla raconta aux personnes qui venaient d'y assister le résultat d'une cautérisation pareille faite par lui trois jours auparavant en ville.

Il s'agissait d'une demoiselle de cinquante-deux ans, habitant Metz, et qui depuis quatre ou cinq mois éprouve dans le membre inférieur droit une névralgie sciatique des plus intenses et des plus rebelles. La médication employée se composa d'application de vésicatoires pansés avec la morphine, de l'emploi de l'essence de térébenthine. Un jour même, la douleur fut tellement forte que M. Vigla, pour agir plus rapidement, dut se servir de l'ammoniaque liquide comme vésicant. Sous l'influence de cette médication mixte, une légère amélioration s'était manifestée, qui paraissait devoir se soutenir; au bout de quinze jours d'amendement, rechute des plus violentes.

Vendredi 23 août, M. Vigla se décide à cautériser la racine de l'anthélix avec un petit fer en bouton rougi à blanc. Quelques minutes après, la malade se lève et marche, n'éprouvant plus, dit-elle, qu'un peu d'engourdissement dans le membre malade. Cet engourdissement, accompagné d'une douleur excessivement légère, était, le surlendemain, la seule chose qui restât de la maladie.

Ce procédé de la cautérisation de l'oreille pour la guérison de la sciatique semble avoir été emprunté à la médecine vétérinaire, qui applique le feu à l'intérieur du pavillon de l'oreille du cheval pour faire disparaître le tic douloureux de la jambe.

M. Jobert se rappelle avoir lu dans un vieil auteur l'indication d'un traitement de la névralgie dentaire par l'incision au moyen de ciseaux de la racine de l'hélyx. Il essaya à plusieurs reprises ce traitement à l'hôpital Saint-Louis. Presque toujours la disparition du mal a été instantanée; mais chez plusieurs individus, elle ne s'est pas maintenue.

Que si l'on nous permettait de citer, à l'occasion des faits précédents, une anecdote qui nous a été racontée il y a quelques jours par un de nos excellents confrères et amis, le docteur Langlet, d'Albert (Somme), nous dirions que ce confrère donnait des soins depuis plusieurs semaines à un homme affecté d'une névralgie faciale des plus intenses; il avait employé toutes les méthodes thérapeutiques, et cela infructueusement, lorsque le malade se décida à consulter un rebouteur renommé des environs. Le rebouteur examina le sujet et, sans hésitation, lui arracha une des grosses molaires, fort saine, du côté malade. La douleur disparut comme par enchantement, et la guérison se maintint. Quel est le médecin qui oserait priver un malade d'une dent non malade, dans l'espoir tout au moins problématique de guérir une névralgie faciale?

Incision de l'hélyx pour guérir la névralgie dentaire; avulsion d'une dent pour guérir une névralgie faciale; cautérisation de l'anthélix pour la névralgie sciatique, ne sont-ce pas là des faits de la même espèce, de ces faits qui échappent à toute analyse, à toute interprétation, qui vont à l'encontre de toutes les idées reçues, et déroutent également anatomistes, physiologistes et pathologistes?

Nous donnerons, dans notre *Revue* prochaine, des nouvelles des résultats obtenus chez les deux opérés de M. Vigla.

Orchite. Ampuiation partielle, ou résection du testicule. — Nous avons vu sortir, il y a quelques jours, du service de M. Jobert, un homme qui a subi une opération singulière et qui, tant à cause de son originalité qu'en raison du succès dont elle a été suivie, mérite d'être décrite; nous voulons parler d'une amputation partielle, ou plutôt d'une résection du testicule, ce dernier mot rendant mieux compte, à notre avis, de la nature de l'opération, que nous n'avons vue décrite ni indiquée nulle part.

Henri Mette, âgé de soixante-trois ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juin, et est couché à la salle Saint-Côme, n° 30.

Il a connu ses parents. Son père, qui toussait habituellement, a succombé à une pleurésie; sa mère est morte de vieillesse. Lui-même est d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée. Il a fait plusieurs maladies graves. Il tousse habituellement aussi, principalement aux approches de l'hiver. Ses crachats ont souvent été teints de sang. Enfin, il est sujet aux hémorrhoïdes.

Il y a douze ans, pour la première fois, il contracta une blennorrhagie qui guérit au bout d'une quinzaine de jours, sans autre traitement que l'usage des émollients. Un an plus tard, après un voyage pendant lequel il resta trente heures en voiture, il éprouva de la difficulté à uriner. M. Ségalas, consulté, constata un rétrécissement, et introduisit des bougies de plus en plus volumineuses, que le malade retirait pour uriner; on faisait prendre en même temps au sujet des bains et de la tisane de graine de lin. Au bout de quinze jours de traitement, on introduisait des bougies d'un fort diamètre, et comme il urinait avec la plus grande facilité, il cessa le traitement. Mais l'introduction des bougies avait provoqué le retour de l'écoulement, que le malade a toujours conservé depuis lors, sauf quelques courts espaces de temps pendant lesquels il disparaissait.

Il y a quatre ans, mêmes accidents de dysurie causés par le rétrécissement, et même traitement pendant quelques jours seulement.

Il y a quinze mois, et pour faire cesser son écoulement, il fit des injections d'eau blanche dans le canal de l'urètre; mais à la seconde ou troisième, il survint un gonflement du testicule droit, qui fit cesser l'usage des injections et leur fit substituer les émollients locaux et généraux. Trois jours après, les choses étaient revenues à leur état normal.

Vingt-quatre ou vingt-cinq jours avant son entrée à l'hôpital, nouveaux accidents causés encore par le rétrécissement. Le malade introduit lui-même des bougies; mais après huit jours de traitement, tuméfaction subite des testicules, qui persiste malgré l'usage des émollients auxquels le sujet a recours aussitôt. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 26 juin; voici l'état qu'il présente :

Il urine assez facilement; l'écoulement persiste, mais peu abondant. Le testicule droit a le volume d'un œuf de poule. Cette tuméfaction s'accompagne d'empâtement et de rougeur de la peau du scrotum du côté correspondant; un peu de douleur également. Le cordon est volumineux, dur; quant à la tumeur elle-même, elle est uniformément dure, sans bosselures, ni inégalités bien appréciables.

Le lendemain de l'entrée, application de 20 sangsues sur le trajet du cordon. Le surlendemain, apparition d'un petit abcès superficiel sur la face antérieure de la tumeur, au niveau de la racine de la verge. Cet abcès est ouvert deux ou trois jours après; il s'écoule une petite quantité de pus presque concret.

Au bout de quelques jours, nouvel abcès sur la face antérieure, un peu plus volumineux que le premier. Son ouverture, le surlendemain de sa formation, ne donne lieu qu'à l'écoulement d'une très petite quantité de pus; mais une sonde cannelée, introduite par cette ouverture, pénètre de cette cavité dans celle du premier abcès, en passant par-dessus une masse couverte de bourgeons saignants, laquelle paraît être le testicule. Une sonde introduite dans le canal rencontre un obstacle au niveau de la fosse naviculaire, et ne peut aller au delà.

L'auscultation fait reconnaître que la respiration se fait mal au sommet des deux poumons; le malade porte des varices aux deux membres inférieurs.

En présence d'accidents de ce genre et d'une altération organique aussi grave que celle qui paraissait exister, M. Jobert prit la résolution de pratiquer une opération au moyen de laquelle il pût empêcher les désordres de se propager aux parties voisines.

Le 8 juillet, il y procède. Une incision transversale réunit les deux ouvertures existant déjà; des extrémités de cette ligne partent quatre incisions perpendiculaires à la première, deux en haut, deux en bas, disposées à peu près comme les branches d'un H; on peut alors disséquer deux lambeaux quadrilatères, un supérieur, un inférieur, qui, renversés, laissent voir le testicule à nu. L'extrémité supérieure de l'organe est couverte de fongosités; c'est la masse dont nous avons signalé l'existence un peu plus haut. M. Jobert enlève ces fongosités et avec elles une portion du testicule en avant de l'insertion de la tête de l'épididyme. Plusieurs lamelles du tissu testiculaire sont enlevées successivement jusqu'à ce que l'on arrive au tissu sain. Parvenu à cette limite, on reconnaît facilement la couleur et la texture propre du testicule. Quelques conduits séminifères peuvent être dépelotonnés. Pendant l'opération, il s'écoule peu de sang en nappe. On panse à plat et l'on exerce à l'aide de rondelles d'agaric une compression méthodique sur la plaie.

Le 9 juillet, le malade se trouve bien; il n'y a presque pas eu de fièvre traumatique, pas d'hémorrhagie; on enlève l'appareil; la surface de la plaie est rosée; on lave et l'on panse à plat.

Le 12, la suppuration est franchement établie dans la plaie, qui ne diffère en rien d'une plaie ordinaire. Le testicule se recouvre de bourgeons charnus, et l'on ne voit pas les conduits séminifères se dépelotonner. On touche avec le nitrate d'argent. Pansement à plat.

Le 23, l'engorgement inflammatoire du testicule a presque complétement disparu. Cet organe n'est pas plus volumineux que celui du côté opposé. La cicatrisation marche bien; il s'est formé à la partie inférieure de la racine de la verge un nouvel abcès que l'on a dû ouvrir.

Depuis ce jour jusqu'à la guérison complète, on touche tous les jours la surface de la plaie avec le nitrate d'argent, et l'on continue les pansements à plat. Le malade est sorti complétement guéri il y a peu de jours.

On voit la différence qui existe entre l'opération telle que l'a pratiquée ici M. Jobert et la castration telle qu'on la fait ordinairement. Il est vrai que les cas d'altération de l'organe où une partie seulement du testicule est prise ne sont pas des plus fréquents, et que souvent, le testicule ne fût-il que partiellement désorganisé, il est plus prudent de l'enlever en entier que d'en laisser une portion où la maladie serait susceptible de se reproduire. Mais lorsque, comme dans le fait actuel, on acquiert la certitude qu'une bonne partie de l'organe est encore saine, on ne peut qu'approuver une opération qui, par cela même qu'elle ne constitue pas une castration complète, se trouve ne plus offrir des dangers aussi grands que ceux qu'entraîne toujours cette dernière méthode.

Nécrose des deux os maxillaires supérieurs. Leur ablation sous-cutanée. Guérison. — La découverte de nouvelles industries amène quelquefois la production de maladies nouvelles. C'est ainsi que la fabrication des allumettes phosphorées dites allumettes chimiques a rendu fréquentes les nécroses des os maxillaires. Nous n'avons point à faire ici l'histoire de cette maladie, non plus qu'à examiner en vertu de quel mécanisme c'est plutôt sur les os maxillaires supérieurs que sur tout autre appareil que le phosphore porte son action. Il est plus que probable que c'est le séjour des vapeurs phosphorées introduites par l'inspiration dans les sinus maxillaires qui est la cause déterminante de la maladie. Quoi qu'il en soit, à une maladie nouvelle on a dû chercher une médication nouvelle aussi, et l'ablation de l'os maxillaire supérieur, déjà plusieurs tentée à des époques antérieures, est devenue plus fréquente depuis l'établissement des manufactures des allumettes de cette espèce. L'opération pratiquée dans le cas dont nous allons brièvement tracer l'histoire a présenté ceci

de remarquable que le chirurgien a enlevé non pas un seul, mais les deux os maxillaires supérieurs en totalité, et qu'au contraire du manuel opératoire employé jusqu'à ce jour il n'a été obligé de faire aucune incision sur les téguments de la face, sur laquelle conséquemment il n'existe aucune trace matérielle de l'opération que la déformation des traits du visage. Nous reviendrons à la fin de cet article sur la différence qui existe entre le procédé inventé et mis à exécution par M. Maisonneuve et celui qui est connu en médecine opératoire sous le nom de procédé Gensoul.

Une jeune fille de vingt ans, allemande, vient à Paris pour être employée dans une fabrique d'allumettes chimiques phosphorées. Pendant trois mois, elle travaille dans cette fabrique au *trempage* des allumettes; cette opération, comme l'indique son nom, consiste à tremper les allumettes préalablement soufrées dans le mélange destiné à s'enflammer par le frottement. Les ouvriers et ouvrières occupés à ce travail sont plongés tout le jour dans une atmosphère remplie de vapeurs phosphorées.

Au moment où elle commença à se livrer à cette occupation, elle avait deux ou trois dents cariées. Peu de semaines après, elle éprouva des douleurs dans la mâchoire supérieure, auxquelles succéda un gonflement qu'un médecin consulté par elle considéra comme une simple fluxion dentaire et traita par les émollients et les astringents. Peu à peu, le gonflement envahit les deux côtés de la mâchoire supérieure et s'accompagna de douleurs violentes, d'élancements, etc. La malade reste environ six mois dans cet état; puis, le mal ne faisant que s'aggraver, deux abcès s'étant formés, l'un au-dessous de l'œil gauche, l'autre au niveau de la dent canine droite, elle se décida enfin à entrer à l'hôpital Cochin il y a environ un an.

Un examen attentif fit reconnaître à M. Maisonneuve que les deux os maxillaires supérieurs étaient affectés d'un travail de carie et de nécrose. Les limites du mal étaient assez difficiles à préciser; l'énorme suppuration, l'excessive fétidité qu'elle exhalait, l'impossibilité où elle se trouvait de manger aucun aliment qui ne fût imprégné de cette suppuration et de cette odeur avaient amené un amaigrissement tel, que la vie était en danger et prochainement compromise. On fit comprendre à la malade que la seule chance de salut, pour elle, était l'ablation des os malades. L'opération fut acceptée, et voici comme elle fut pratiquée.

Une incision demi-circulaire, à convexité antérieure, circonscrit en dedans de l'arcade dentaire supérieure toutes les parties molles de la voûte palatine jusqu'au voile du palais. Le lambeau résultant de cette incision est détaché avec les doigts et la spatule, et laissé adhérent par sa base au voile du palais. Une deuxième incision est faite au-devant de l'arcade dentaire, et sert à isoler des os maxillaires toutes les parties molles qui les recouvrent. Cet isolement est prolongé avec les ciseaux, le bistouri et les doigts jusqu'aux os de la pommette des deux côtés, d'une part; et d'autre part, jusqu'aux os propres du nez et aux orbites.

Les os étant ainsi mis à nu, sans aucune incision extérieure aux téguments, le chirurgien saisit une pince de Liston, introduit un des mors dans la bouche, l'autre dans les fosses nasales, et écarte les deux os maxillaires, qui, déjà isolés en partie par la maladie, deviennent vacillants. Il est alors facile, à l'aide de quelques pesées, de les ébranler complétement et d'en faire l'extraction.

Les parties osseuses ainsi extraites comprenaient :

1° Tout l'os maxillaire et une partie de l'os molaire du côté gauche;

2° Tout l'os maxillaire droit, moins la portion qui supporte la dernière dent et une partie de l'os molaire droit;

3° Enfin, le vomer.

Cette énorme plaie intérieure est comblée par le rapprochement des lambeaux palatins, qui avaient été préalablement disséqués, et que l'on réunit à la partie postérieure des lèvres et interne des joues par quelques points de suture. Il ne s'est écoulé que peu de sang pendant l'opération; les douleurs éprouvées par la malade ont été assez vives; l'opération a duré en tout vingt minutes, y compris les sutures.

La réunion des lambeaux palatins avec les parties molles voisines ne s'est opérée par première intention qu'imparfaitement. Pendant environ trois semaines, on a eu une suppuration assez abondante, mais beaucoup moins fétide qu'avant l'opération. Quelques parcelles d'os se sont ultérieurement détachées; enfin, la cicatrisation complète a été terminée au bout de quatre mois.

Malheureusement, la maladie avait gagné la partie latérale de l'os frontal du côté gauche. Dans ce point, l'altération des os n'est pas complétement arrêtée. Déjà plusieurs portions assez volumineuses ont été enlevées; mais cependant, au point où en sont les choses, tout fait espérer que la guérison ne tardera pas à être complète. La suppuration est aujourd'hui presque insignifiante, l'étendue des os dénudés très peu considérable; la santé générale est, du reste, très bonne; la malade a repris de l'embonpoint et des couleurs.

Depuis que l'opération est faite, il s'est formé dans la région gingivale un tissu résistant qui supplée jusqu'à un certain point aux arcades dentaires, et permet à la malade, sinon de broyer des aliments très durs, au moins de manger du pain, des viandes molles, enfin de se nourrir presque comme à son ordinaire.

Nous avons dit que l'opération pratiquée ici était entièrement neuve, et différait du tout au tout de celle de M. Gensoul. M. Gensoul est le chirurgien qui a le premier trouvé et formulé un procédé pour l'ablation du maxillaire supérieur. Mais pour enlever l'os, il prescrit de faire d'abord une incision verticale étendue depuis le grand angle de l'œil jusqu'à la lèvre supérieure, qu'il divise au niveau de la dent canine. Du milieu de cette incision, ou plutôt à la hauteur de la base du nez, il en trace une seconde qui se prolonge jusqu'à 1 centimètre au-devant du lobule de l'oreille, et une troisième qui descend d'environ 10 à 12 millimètres, en dehors de l'angle externe de l'orbite, jusqu'au point de terminaison de la seconde. Il en résulte un lambeau quadrilatère que l'on dissèque et que l'on relève sur le front.

Nous avons fait voir que M. Maisonneuve n'a pratiqué aucune incision extérieure, partant, a épargné à la malade les cicatrices qui en auraient été la conséquence nécessaire. Il y a, certes, dans ce procédé opératoire, que nous pouvons appeler sous-cutané, une véritable supériorité. La malade de M. Maisonneuve, que nous avons vue dans les salles de l'hôpital Cochin il y a quelques jours, et qui y est encore, présente, il est vrai, une physionomie assez singulière, en raison du retrait qu'ont dû subir les parties molles privées de leur appui solide naturel; mais la difformité eût été bien plus grande et bien plus choquante si elle se fût compliquée de cicatrices labourant le visage dans tous les sens.

Enfin, et pour terminer, nous dirons que M. Maisonneuve considère l'opération qu'a subie cette malade comme excessivement grave; mais que, lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un des os maxillaires supérieurs seulement, il la regarde comme beaucoup moins dangereuse qu'on ne le pense ordinairement. Pour lui, l'ablation d'un seul os maxillaire supérieur ne paraît pas compromettre plus sérieusement l'existence que ne le ferait une amputation du bras, par exemple. Z...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 août 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Imperforation ou absence de l'extrémité inférieure du rectum.

M. CHASSAIGNAC, revenant à l'occasion du procès-verbal sur ce vice de conformation, demande s'il ne conviendrait point de n'opérer que 24 ou 36 heures après la naissance, afin que le méconium ait eu le temps de descendre, et que son accumulation puisse fournir au chirurgien un indice important.

M. GUERSANT. La règle ici est d'attendre que l'ampoule rectale soit formée, et souvent elle l'est avant l'époque dont vient de parler M. Chassaignac. On peut donc, suivant les cas, opérer un peu plus tôt ou un peu plus tard.

M. DANYAU. La conduite proposée par M. Chassaignac serait certainement bonne à suivre dans certains cas; mais il en est d'autres où l'on devrait s'en écarter. Des accidents peuvent se déclarer avant 24 heures; le développement du ventre, des vomissements même de matières stercorales, etc., ainsi que je l'ai observé avec M. Guersant; dans cette circonstance il n'est évidemment pas permis de différer l'opération.

— M. COLSON, membre correspondant, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet dans les précédentes séances, adresse un mémoire sur les *vices de conformation de l'anus et du rectum*. Le secrétaire présentera prochainement à la Société une analyse de ce travail en donnant lecture des principaux passages.

Atrésie des voies lacrymales. Autopsie.

M. VIDAL (de Cassis), au nom d'une commission dont MM. Lenoir, Marjolin et Morel-Lavallée faisaient également partie, lit un rapport sur un travail que M. Auzias avait présenté à la Société, accompagné de pièces anatomiques.

Parmi les sujets destinés au cours de médecine opératoire de M. Auzias, était le cadavre d'une femme morte d'une maladie de matrice.

Après avoir constaté la nature cancéreuse de cette affection, l'attention de cet anatomiste fut attirée vers une tumeur lacrymale gauche, de la forme et du volume d'une noisette. Voulant connaître la cause matérielle de cette dilatation du sac lacrymal, notre confrère en explora les aboutissants et trouva que l'orifice inférieur du canal nasal n'existait pas. La membrane muqueuse du nez, au lieu de pénétrer dans ce conduit pour aller se confondre avec la membrane qui tapisse les voies lacrymales, passait sur son extrémité inférieure et formait là une cloison qui séparait anormalement les voies lacrymales des cavités nasales. Les *points*, les *conduits* lacrymaux correspondants étaient libres; une soie de sanglier les parcourait et arrivait facilement dans le sac. Celui-ci était anormalement dilaté, contenait du muco-pus avec prédominence du mucus; sa membrane interne portait les traces d'une phlegmasie.

Le sac du côté droit était aussi dilaté que celui du côté gauche; mais il était vide. Sur sa paroi interne étaient des parcelles de muco-pus, et çà et là des plaques rouges. Tout le canal nasal était libre; il communiquait largement avec le nez. Mais l'atrésie était plus élevée; elle portait ici sur les conduits lacrymaux. En effet, si on introduisait une soie de sanglier par les points lacrymaux, elle était arrêtée par un obstacle invincible, et on voyait, le sac ayant déjà été ouvert, l'extrémité de la soie soulever les pseudo-membranes épaisses qui tapissaient cette cavité. Du reste, à droite comme à gauche, dans le reste de l'appareil lacrymal et dans les parties voisines, tout était à l'état normal.

Il y avait donc ici, continue M. Vidal, deux oblitérations des conduits en rapport avec les deux sacs lacrymaux : une en bas, l'autre en haut; une du côté du nez, l'autre du côté de l'œil.

Selon M. Auzias, ces atrésies reconnaîtraient la même cause; elles seraient de même nature; elles ne différeraient que par le siége; elles seraient dues à une inflammation qui aurait débuté dans les deux sacs, et de là se serait propagée, pour un côté, vers les fosses nasales, pour l'autre vers la conjonctive.

M. Auzias ne se borne pas à un exposé lucide de l'état anatomique des parties, à une appréciation judicieuse des causes; il saisit les indications, et de ces prémisses arrive par l'analogie à des conclusions thérapeutiques qui auront l'assentiment des praticiens. Si on admet, avec M. Auzias, la phlegmasie de l'appareil excréteur des larmes, on devra, comme lui, débuter par les antiphlogistiques. Puis, quand l'inflammation aura perdu de son acuité, quand viendra l'état chronique, on aura recours aux résolutifs, aux désobstruants, à des injections qu'on variera. Enfin viendront les corps étrangers, qu'on ne devra pas laisser à demeure dans les voies lacrymales; ils exerceront une compression excentrique des voies lacrymales, comme les bougies, les sondes ordinaires exercent une compression excentrique de l'urètre dans les cas de rétrécissement de ce canal.

Voilà un aperçu que vous trouverez peut-être fort imparfait. Dans toute autre compagnie, le travail même de M. Auzias paraîtrait une banalité; car tous nos livres parlent des atrésies des voies lacrymales; on indique leurs différents siéges, leur nature; elles portent sur les *points*, les *conduits* lacrymaux, sur la partie supérieure, moyenne, inférieure du canal nasal. Ces atrésies sont traumatiques, par corps étranger, par exostose, par épaississement de la membrane muqueuse, etc. Le tout est parfaitement encadré comme un tableau à qui il ne manque rien. Eh bien! Messieurs, il manque quelque chose à ce tableau; il lui manque la réalité; il lui manque d'avoir été fait d'après nature. Parcourez les classiques les plus estimés, les monographies les plus complètes qui traitent des *maladies des yeux*, vous ne trouverez rien, ou presque rien, sur l'anatomie pathologique des voies lacrymales.

On doit donc accueillir avec faveur le travail de M. Auzias. Ce travail, en effet, remplit un vide; car c'est certainement la meilleure anatomie pathologique que nous possédions de l'appareil excréteur des larmes. Je vous ai déjà dit que les auteurs admettaient un rétrécissement de la partie supérieure, un rétrécissement de la partie moyenne et un rétrécissement de la partie inférieure du canal nasal. Mackensie, qui peut passer pour un des ophthalmologistes ayant écrit le plus sous l'inspiration des faits, admet cette division. Il signale comme rétrécissement le plus fréquent celui de l'extrémité inférieure du canal, précisément celui que nous trouvons au côté gauche de la pièce présentée par M. Auzias. Il est probable que Mackensie ne s'avance pas légèrement sur le siége de cette atrésie. La coïncidence de cette opinion avec le fait anatomique de M. Auzias doit donc avoir une grande valeur en ophthalmologie. Mais il vaudrait mieux, pour la science, qu'il y eût coïncidence de deux faits. Malheureusement l'auteur anglais ne cite qu'une autopsie faite par Janin, et cette autopsie établit précisément le contraire de l'opinion de Mackensie. Janin, en effet, décrit un rétrécissement de la partie supérieure du canal nasal là où le sac finit. Ce rétrécissement affectait la disposition du poignet d'une manche de chemise; il y avait plissement de la membrane muqueuse.

Vous avez déjà tous prévu que, si les faits de la nature de celui qui vous a été présenté par M. Auzias se répétaient, si on constatait souvent que c'est l'extrémité inférieure du canal nasal qui est rétrécie, oblitérée, il y aurait lieu à un nouvel examen des procédés dits curatifs de la fistule lacrymale. Et, à ce point de vue, les procédés qui consistent à attaquer d'abord la partie supérieure du canal nasal perdraient de leur valeur, malgré les noms imposants qui les appuient; car vous savez que le moindre fait anatomique vaut mieux, dans certaines circonstances, que le plus grand nom. Il faudrait alors accorder plus d'importance aux procédés qui agissent de bas en haut, et qui se groupent autour de la méthode de Laforest.

Il est évident que, si les rétrécissements du canal nasal portaient sur son méat inférieur, s'ils étaient diaphragmatiques, comme celui qu'on a pu constater sur la pièce que vous avez eue sous les yeux; il est évident qu'alors un cathétérisme par les fosses nasales, une cautérisation, une perforation par la même voie pourraient fournir des résultats bien autrement heureux que les divers moyens qui arrivent dans le canal par le sac, c'est-à-dire de haut en bas, en sens contraire de la méthode de Laforest.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, si on avait appliqué sur la femme disséquée par M. Auzias la méthode de Foubert ou de Dupuytren, si on avait voulu introduire dans le canal une canule, et surtout une canule très courte, comme on l'a conseillé dans ces derniers temps, on aurait pu ne pas arriver jusqu'au rétrécissement, jusqu'à l'oblitération. Maintenant je m'explique une circonstance que j'ai quelquefois constatée en opérant moi-même et en voyant opérer Dupuytren. Vous savez qu'après l'introduction de la canule on ferme la bouche et les narines de l'opéré, et on l'invite à faire un effort d'expiration. L'air sort alors par la partie supérieure de la canule et par la plaie du sac, qui a servi à son introduction. Mais il arrive aussi, rarement à la vérité, que cet air ne sort pas. Eh bien! il est probable qu'on a affaire alors à une atrésie, à une oblitération du méat inférieur du canal nasal, et que la canule n'est pas allée jusqu'à l'obstacle.

D'autres considérations plus élevées, plus pratiques, vous seront inspirées sans doute par le mémoire de M. Auzias; car c'est en même temps l'œuvre d'un anatomiste et d'un chirurgien.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer :

1° Des remercîments à l'auteur;

2° L'envoi de son travail au comité de publication;

3° De prendre bonne note de cet antécédent pour le jour où M. Auzias briguera l'honneur de faire partie de la Société de Chirurgie.

M. MAISONNEUVE. Je me suis assuré, par des dissections assez nombreuses et surtout par la résistance que j'ai éprouvée dans l'opération, que le siége le plus fréquent de l'oblitération des voies lacrymales était à l'union du sac avec le canal nasal. Je ne crains pas de me tromper en disant qu'il en est ainsi 19 fois sur 20. Le fait de M. Auzias est donc d'autant plus intéressant qu'il est exceptionnel.

M. CHASSAIGNAC. Je ne crois pas qu'on puisse acquérir par le cathétérisme du canal nasal des notions précises sur le siége de ses rétrécissements; il y a là des arrêts, des obstacles de toute nature trop divers pour qu'on puisse toujours les distinguer avec une suffisante exactitude. On ne peut, selon moi, chercher la solution de la question que dans les autopsies.

A cette occasion, je rappellerai à la Société le cas d'atrésie congéniale des points lacrymaux que je lui ai présenté il y a quelque temps; c'est le seul que je connaisse; je n'en ai point trouvé d'autres dans les auteurs.

M. Vidal (de Cassis). Les données que l'opération a fournies à M. Maisonneuve sur ce point sont complétement opposées à celles que Maekensie a puisées à la même source. Je n'en attache que plus de prix aux dissections que M. Maisonneuve a faites des voies lacrymales à l'état pathologique ; je l'engage à en consigner les résultats sur une note qui, annexée au travail de M. Auzias, serait d'une grande importance pour la solution de la question.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Hernies inguinales intra-iliaque et antévésicale.

M. Gosselin lit un rapport sur un mémoire que M. Parise avait adressé sous ce titre à la Société de Chirurgie, à l'appui de sa candidature à la place de membre correspondant.

Nous donnerons dans un prochain compte-rendu l'analyse de ce rapport en même temps que la discussion dont il sera l'objet.

Le travail de M. Parise est renvoyé au comité de publication. Le scrutin pour l'élection de ce candidat aura lieu à la prochaine séance.

— M. Larrey présente un cas de difformité faciale consécutive à un coup de feu. Ce malade sera ultérieurement l'objet d'une discussion au point de vue de l'opération autoplastique que son état peut réclamer.

Guérison spontanée d'une hernie crurale étranglée.

M. Chassaignac présente comme exemple de ce mode de terminaison un vieillard de soixante-deux ans apporté à l'hôpital Saint-Antoine le 24 juillet avec tous les symptômes d'une hernie crurale étranglée. La hernie, habituellement réductible, ne l'était plus depuis vingt-quatre heures; elle avait pris l'aspect marronné, était très douloureuse et s'accompagnait de vives douleurs abdominales. Après des tentatives réitérées, mais impuissantes, de taxis, M. Chassaignac propose l'opération. Le malade s'y refuse d'une manière absolue. On donne un bain.

Le surlendemain 26, abattement extrême, pouls petit et fréquent, vomissements abondants de matières fécales, ballonnement du ventre, sur lequel se dessinent les hosselures intestinales; matité de la moitié inférieure du ventre, particulièrement à droite et aux régions qui confinent à la hernie. Celle-ci est un peu moins douloureuse, comme cela s'observe quand la gangrène est survenue. Même refus du malade de subir l'opération, malgré les instances des personnes présentes et de plusieurs autres qui le voient dans la journée.

Le 29, la matité du ventre s'étend de bas en haut en irradiant à partir du siége de la hernie; hallonnement de plus en plus prononcé.

Le 30, l'état général cesse d'empirer. Le hallonnement persiste. Aucune selle depuis l'entrée du malade et malgré les lavements.

Le 31, même état.

Le 3 août, les accidents commencent à s'apaiser, quoique la tension de l'abdomen persiste encore. Retour des selles. — Potage.

Le 8, liberté du ventre, appétit.

Le 17, sortie de l'hôpital.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Nouvelles du choléra.

Marseille. — Les dernières nouvelles de Marseille, contrairement aux affirmations de certains journaux, assurent qu'aucun cas de choléra ne s'est déclaré dans cette ville.

Antilles. — Les ravages du choléra diminuent de jour en jour dans ce pays, comme aux Etats-Unis. On espère que les fraîches brises de l'automne chasseront tout à fait le fléau.

— L'épidémie, après avoir régné avec une médiocre intensité dans le Schleswig, tend à disparaître complétement de ce pays.

— On écrit de Malte à la date du 17 août 1850 que le choléra a repris avec fureur pour la troisième fois. Deux fois il a semblé s'affaiblir et disparaître, et toujours il a repris une recrudescence qui aujourd'hui est portée à son plus haut période. Il y a plus de 100 attaques par jour dans les deux îles de Malte et de Gozzo et plus de 50 sur 100 succombent.

NOUVELLES.

Le budget de la ville de Paris vient d'être voté par le Conseil municipal pour l'année 1851. La subvention faite par la ville aux hospices s'élève à plus de six millions et demi.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Ucciani, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour celui du Gros-Caillou.

M. Costa, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour l'hôpital du Roule, à Paris.

M. Dehous, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Dunkerque, est désigné pour celui du Roule, à Paris.

M. Fleury, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est désigné pour celui du Roule, à Paris.

M. Bordères, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Valenciennes, est désigné pour celui de Strasbourg.

M. Foucault, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Belle-Isle, est désigné pour celui de Strasbourg.

M. Muller, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubeuge, est désigné pour celui de Strasbourg.

M. Bedié, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour la division d'Alger.

M. Lefebvre, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Montlouis, détaché au Roule, est désigné pour la division d'Alger.

M. Peyroux, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour la division d'Alger.

M. Achard, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides, est désigné pour la division de Constantine.

M. Champouillon, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour la division de Constantine.

M. Delcominète, chirurgien sous aide à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour la division de Constantine.

M. Molinard, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour la division de Constantine.

M. Rey, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides, est désigné pour la division de Constantine.

M. Remy, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, détaché au Roule, rentre à celui de Lille.

M. Potor, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, rentre à celui de Saint-Omer.

M. Aulas, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides, rentre à celui de Valenciennes.

Électricité médicale.

Longtemps restreinte dans le domaine de la physique, l'électricité est aujourd'hui considérée, par tous les praticiens éclairés et judicieux, comme un moyen certain, efficace, pour combattre les paralysies générales ou partielles, les rhumatismes aigus ou chroniques, les névralgies, l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, l'asthme, l'amaurose, la surdité, etc.

C'est donc pour faciliter l'emploi de ce puissant agent physiologique, et pour rendre ses applications plus nombreuses dans la pratique, que divers moyens ont été tentés, que diverses machines ont été tour à tour proposées par des praticiens habiles et expérimentés: mais de tous les appareils qui ont été imaginés dans ce but, soit en France, soit à l'étranger, le plus simple à la fois, le plus doux et le plus énergique, est le nouvel appareil électro-médical de MM. Breton frères, dont l'usage est depuis longtemps adopté pour le service des hôpitaux. Profondément pénétrés de cette vérité, que de la perfection des machines dépend toujours le succès de l'électricité en médecine, ces habiles mécaniciens n'ont rien négligé pour faire subir à cet appareil tous les perfectionnements que le temps et l'expérience devaient leur suggérer. C'est ainsi que par une disposition toute nouvelle et à l'aide d'un procédé fort ingénieux, on peut aujourd'hui régler avec certitude l'action de l'électricité, et déterminer les secousses les plus intenses ou les rendre presque insensibles.

La pile qui, seule jusqu'à ce jour, offrait quelque inconvénient pour la marche régulière de l'appareil, vient d'être supprimée dans le nouveau.

De tels avantages, joints à l'excessive modicité de son prix, expliquent la préférence que lui accordent sur toutes les machines connues les médecins les plus distingués de Paris.

Nous ne saurions donc trop le recommander à nos confrères pour le traitement de ces affections si nombreuses et si variées qui nécessitent l'emploi de l'électricité galvanique.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SÉRIE. — TOME II. — N° 104. (23e ANNÉE.) MARDI 3 SEPTEMBRE 185

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

De l'hémorrhagie cérébrale.

(Suite. — *Voir* le numéro du 20 août.)

Les *récidives* peuvent se présenter d'une manière assez fréquente dans l'hémorrhagie du cerveau. Une première peut en amener facilement une deuxième, et celle-ci en déterminer une troisième. Nous avons vu comment une première atteinte de cette maladie pouvait être une chose avantageuse comme avertissement et comme pouvant servir à prévenir, par un traitement convenable, de nouvelles manifestations de cette maladie.

Complications. — Ce sont, en général, les complications qui rendent, dans cette affection, le diagnostic obscur, difficile, le pronostic plus grave et qui vient singulièrement modifier le traitement. Les complications les plus fréquentes de l'hémorrhagie cérébrale sont la congestion, le ramollissement, la méningite, l'encéphalite, les suffusions séreuses, les affections chroniques de l'encéphale, les affections étrangères au cerveau.

La *congestion* est la complication la plus constante de l'hémorrhagie cérébrale, à tel point qu'il n'y a presque pas d'hémorrhagie sans congestion. L'afflux de sang dans les veines et dans les vaisseaux existe en quantité assez grande pour gêner l'action du cerveau. De là, variation dans la marche de la maladie. Cette marche irrégulière de la maladie fait que souvent un individu frappé de cette affection, après avoir offert des signes de paralysie générale, n'est plus qu'hémiplégique après avoir été saigné; tandis que, sous l'influence d'une nouvelle congestion, la maladie peut reparaître le lendemain.

Il est donc important de se rappeler que la congestion, étant une maladie passagère, légère ou forte, peut apporter, à une époque plus ou moins éloignée, des modifications notables dans la marche et dans les symptômes d'une affection dont le développement a pu être parfaitement régulier.

Nous avons vu, en parlant de l'anatomie pathologique, que le *ramollissement* existait assez souvent autour du foyer sanguin. Ces ramollissements s'observent rarement avant le septième jour; cependant, j'en ai vu persister au bout de la troisième année.

Lorsque, dans un membre paralysé subitement, on verra se manifester de la lourdeur, de la pesanteur, que ce phénomène s'accompagnera d'accidents généraux, de céphalalgie surtout et d'autres symptômes qui viendront déranger la marche normale de la maladie, on pourra penser qu'il s'est formé un ramollissement consécutif.

La *folie*, le *délire* se manifestent quand il y a une altération persistante du cerveau. Le malade tombe en enfance; il n'a plus le sens droit (*delira*, hors du sillon); il rit, il pleure sans motif.

La *méningite* s'observe assez rarement; elle se manifeste par un état fébrile au début, par un état comateux qui ne tarde pas, plus tard, à amener la mort.

L'*encéphalite* peut se montrer, qu'elle soit diffuse ou locale.

On a observé des *suffusions séreuses* même sans travail inflammatoire; mais cet accident existe beaucoup plus fréquemment dans le ramollissement. Le coma est le seul symptôme qui se manifeste, et il ne tarde pas à être suivi de la mort.

Dans quelques circonstances, j'ai trouvé la pie-mère imbibée de matière gélatineuse qui formait alors une sorte d'enveloppe de même nature au cerveau.

Enfin, les *affections chroniques* de l'encéphale peuvent exister comme complication, de même que parmi les *affections étrangères* au cerveau on voit apparaître des pneumonies, des inflammations gastro-intestinales, des maladies du cœur, et plus souvent des eschares gangréneuses, qui viennent compliquer la maladie dont nous nous occupons maintenant.

Pour vous montrer combien ces complications sont fréquentes, et quels désordres elles viennent apporter dans la marche et dans le diagnostic des maladies dont nous nous occupons, je vais vous raconter l'observation d'un chef d'escadron d'artillerie dont la maladie a été le sujet d'interprétations diverses par des médecins fort distingués.

Ce malade est âgé de cinquante-cinq ans; son tempérament est sanguin, légèrement lymphatique; sa santé a toujours été parfaite; il n'a jamais fait d'excès, il est même d'une sobriété rare. Nous ne trouvons donc pas de causes bien manifestes à sa maladie. Le 21 janvier, il se couche bien portant; il s'éveille, et s'aperçoit qu'il était pris dans tout le côté droit du corps d'un engourdissement avec faiblesse : il était hémiplégique. Il n'avait pas eu de phénomènes précurseurs; ceci est important à noter. Il se recouche; le mouvement ne tarde pas à revenir, à tel point que, dans la journée, il peut marcher dans son appartement et même dans la cour de sa maison. Ce phénomène était déjà une première anomalie. Au bout d'une heure, les accidents de paralysie recommencent; on lui fait une saignée, le mouvement revient, et, le soir, les accidents avaient complétement disparu. Ces accidents anormaux ont provoqué, de la part des médecins qui ont soigné le malade, des avis différents : les uns, ne voyant que la marche graduelle des accidents, ne voulurent admettre que l'existence d'un ramollissement; les autres ne virent, avec plus de raison, que les signes d'une hémorrhagie. Si nous nous rappelons, en effet, que les congestions accompagnent souvent les hémorrhagies, nous pouvons admettre que c'est au moment d'une nouvelle congestion qu'il y a eu rupture d'un vaisseau et accidents d'hémiplégie persistante résultant de l'hémorrhagie. Il n'y a pas eu chez ce malade de phénomènes précurseurs. Il est vrai qu'à un certain moment les accidents ont été graduellement en augmentant; mais vous savez que je vous ai dit que l'hémorrhagie, dans certaines circonstances, pouvait avoir cette marche, mais cela pendant quelques heures, pendant quelques jours au plus.

Ce malade n'a pas de céphalalgie, il n'a pas de fièvre; il n'y a pas de trouble dans les sens; la sensibilité n'est pas abolie; la bouche est déviée, et la langue reste embarrassée. De nouvelles saignées ont été faites; on a mis des vésicatoires; tous les moyens ordinaires ont été employés, et depuis cinq mois le mouvement s'est rétabli dans la jambe, au point que le malade peut faire facilement une course de plus d'un kilomètre. C'est après avoir vu le malade dans mon cabinet, c'est après avoir constaté la marche décroissante des accidents et les différentes phases de la maladie que j'ai pu, malgré l'avis de plusieurs médecins, affirmer que ce malade n'avait pas de ramollissement, mais bien une hémorrhagie cérébrale.

Du diagnostic différentiel. — Vous voyez que nous nous trouvons déjà à une distance énorme de la paralysie considérée comme une maladie, et ce que nous vous avons dit, en nous servant de l'hémorrhagie cérébrale comme point de comparaison, tend évidemment à vous faire reconnaître cette maladie des autres affections cérébrales.

Une des maladies du cerveau qui, par sa fréquence, peut le plus souvent gêner le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, est, sans contredit, la *congestion cérébrale*, qui accompagne, du reste, fréquemment l'hémorrhagie cérébrale. M. Andral admet huit sortes de congestion; d'autres auteurs n'en reconnaissent que quatre. Cette division est peu pratique et fort peu utile. Ces espèces multipliées peuvent avoir un intérêt scientifique quelconque; mais au point de vue clinique, les prédominances symptomatiques qu'elles présentent, soit du côté de l'intelligence, ou du côté du mouvement ou du sentiment, offrent peu d'importance. Nous ne reconnaîtrons donc que deux degrés de congestion cérébrale : l'un faible, simple congestion, hypérémie qui se retrouve dans une foule d'affections diverses et qui n'offre que peu de rapport avec l'hémorrhagie cérébrale; l'autre, fort, constitue le *coup de sang* des anciens. C'est de cette dernière forme que nous nous occuperons ici.

La congestion cérébrale à ce degré frappe tout à coup; elle produit la perte de connaissance, la résolution du membre, la perte du sentiment et du mouvement; le pouls est fort, développé. Malgré l'assertion de quelques auteurs, il n'est pas douteux que ces accidents ont pour caractère essentiel de disparaître rapidement, soit d'eux-mêmes, soit après une émission sanguine. Il ne reste pas de paralysie, point extrêmement important à noter; car l'hémorrhagie forte peut être suivie de la mort, et l'hémorrhagie faible présente des phénomènes persistants de paralysie, et cela dans tout un côté du corps. Dans la congestion, les accidents existent aussi bien d'un côté que de l'autre; mais les congestions sanguines n'offrent pas toujours la même marche. Il existe des congestions locales qui peuvent être confondues avec des hémorrhagies moyennes. Dans ces cas, une jambe, le bras, un muscle seulement peuvent être frappés de paralysie; mais, généralement, lorsque ces accidents dépendent d'une hémorrhagie cérébrale, ils offrent une durée plus considérable que lorsqu'ils se sont développés sous l'influence d'une congestion locale, qui est d'ailleurs un phénomène pathologique très rare.

Ramollissement. — M. Rochoux, en 1812, fit un premier travail sur le ramollissement cérébral : c'était, je crois, ce sujet qui lui servit de thèse inaugurale; mais ce ne fut guère que dans les années 1815, 1816 que les premières recherches sérieuses sur la nature du ramollissement furent suivies avec quelques succès. Un médecin distingué et instruit faisait à cette époque un cours de clinique : il se présenta à son observation un malade hémiplégique, que le professeur reconnut être atteint d'apoplexie, d'hémorrhagie cérébrale. Ce malade mourut; on apporta le cadavre à l'amphithéâtre, et on ne trouva rien dans le cerveau. Cette appréciation fut loin de me satisfaire; je cherchai avec plus de soin, et, dans quelques cas semblables, je remarquai qu'un des hémisphères était plus rouge, moins dense, et cela généralement. Je fis aussi cette autre remarque, c'est que pendant la vie le malade portait souvent la main à la tête et se grattait le crâne machinalement. Plusieurs cas semblables s'offrirent à mon observation et à plusieurs reprises. Chez ces malades, qui me présentè-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Adieux à la rue de Poitiers. — Salut à la rue des Saints-Pères. — Continuation des infortunes du magnétisme. — Les sourds-muets qui parlent et entendent. — Un nègre blanchi. — Une fausse nouvelle.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Mon intention était de continuer aujourd'hui la tache que j'avais commencée dans ma dernière lettre, et de vous exposer une doctrine assez neuve sur la curation de la rage. Pressé par les événements, je suis obligé de remettre mon projet à un autre jour, et de vous entretenir de divers objets moins importants, il est vrai, mais dont il serait trop tard de vous parler dans ma prochaine correspondance.

Je ne puis, par exemple, me dispenser de faire mes adieux à cette solitaire rue de Poitiers, si célèbre à tant de titres, et où tant de fois l'éloquence des Dupuytren, des Pariset, des Dubois, et aussi celle moins éclatante des Desportes et des Villeneuve, vinrent charmer nos oreilles; je ne puis quitter sans la saluer cette enceinte où j'ai vu s'agiter tant d'idées et de doctrines, décerner tant de couronnes bien méritées, et dans laquelle enfin j'ai trouvé pour la spécialité dont je m'occupe une mine si féconde d'observations. Adieu donc, rue de Poitiers! quoi qu'on ait dit de l'humidité de tes murs et des dispositions peu monumentales de ton amphithéâtre, je ne puis me séparer de toi sans t'accorder une larme de regret et sans te promettre de te conserver une place dans mon souvenir! Puisse la rue des Saints-Pères se montrer ta digne émule et, s'il est possible, ta rivale victorieuse!

Et maintenant qu'un juste tribut d'éloges et de regrets lui est accordé, puisque la rue de Poitiers est morte, vive la rue des Saints-Pères! De celle-ci, mon cher confrère, je n'ai rien à vous dire, puisque vous l'habitez vous-même, que vous vous trouvez même en face du nouveau temple d'Esculape, et que, grâce à cette heureuse situation, les bureaux de la *Gazette* sont déjà sans doute la salle des Pas-Perdus de l'Académie. Cependant, puisque vous ne l'avez pas encore dit, vous ignorez peut-être en quoi consistera la séance d'inauguration du nouveau local. C'est là un point qui a été assez vivement discuté dans les conseils académiques. Les uns, en petit nombre, assez amoureux du faste et de la représentation, voulaient une solennité en règle avec tentures, habits brodés, discours, etc.; d'autres, plus nombreux, pénétrés surtout du caractère de grave simplicité qui doit toujours et partout être l'attribut de la science, voulaient que la première séance de la rue des Saints-Pères s'ouvrît, comme une séance ordinaire, par la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance. Enfin, un troisième parti, tenant à peu près le milieu entre les deux extrêmes, a demandé que le président signalât par une simple allocution ce jour qui fera nécessairement époque dans les annales de l'Académie et exprimât en même temps la reconnaissance de ce corps savant pour les hommes dont les efforts généreux ont contribué à lui donner un asile définitif. L'opinion de ce dernier parti nous paraît la meilleure : c'est celle qui a triomphé. J'aurais cependant désiré qu'on ajoutât quelque chose à ce programme, comme qui dirait un banquet; non pas un de ces banquets où l'on braille sans manger, mais un vrai banquet où l'on dîne et où l'on cause. Du reste, il est temps encore de réparer cet oubli, et je confie ma motion à l'éloquence des trop rares académiciens qui savent encore ce que c'est que de dîner; car, si nous l'avons jamais méritée, nous sommes, nous autres médecins, diablement en train de perdre l'honorable réputation que nous avait faite le savant auteur de la *Physiologie du goût*.

— Heureusement que ce pauvre magnétisme a la vie dure, et bien lui en prend, car en vérité bien d'autres succomberaient devant l'opiniâtreté de M. Carlier et la rigueur tout à fait surprenante des robes noires. Il semble vraiment que messieurs du palais veuillent se fâcher contre le charlatanisme. Ce n'est plus, en effet, par 15 fr. d'amende et vingt-quatre heures de haricots qu'ils procèdent, mais bien par billets de 500 fr. et par treize mois de prison! Nous voilà, en vérité, sur un bon chemin, et, pour peu que la justice persévère dans cette voie, pour peu que le ciel nous conserve M. Carlier, nous pourrions bien voir toutes les sibylles aller dresser leurs trépieds aux Madelonnettes. Lisez plutôt le jugement qui suit, rendu sur l'appel d'un magnétiseur célèbre et d'une magnétisée plus célèbre encore :

« Le tribunal reçoit les époux Montgruel, opposants au jugement par défaut rendu contre eux le 31 juillet dernier, lequel les condamne à treize mois de prison et 500 fr. d'amende; faisant droit sur ladite opposition, par les motifs énoncés audit jugement, et en outre, attendu que dans les prospectus imprimés et répandus à profusion, Montgruel, qui en est l'auteur et les a signés, représente sa femme comme ayant la science universelle, lisant dans le corps humain, caractérisant les maladies, prescrivant les traitements à suivre et assurant la guérison radicale des cas les plus difficiles où la science ne peut prononcer; expliquant les songes, visions et apparitions, comme à Memphis, à Delphes, à Alexandrie, les pytho-

rent ces sortes de mouvements automatiques, je trouvai au centre de l'hémisphère cérébral une partie blanche, molle, diffluente. C'est alors que je publiai le résultat de ces recherches en décrivant cette lésion cérébrale encore peu connue. Pinel, en effet, n'avait rien trouvé dans ces cas, et Morgagni n'y avait entrevu qu'un fait anatomique sans conséquence. On me fit beaucoup d'objections très sérieuses sur l'existence de cette maladie nouvelle : les faits se multiplièrent; mais je ne pouvais arriver à d'autre conclusion, sinon que cette maladie offrait une grande analogie avec l'hémorrhagie cérébrale.

Pendant longtemps, je fus tourmenté de l'idée de ne rien trouver durant la vie qui pût me faire établir de différence entre ces deux affections. C'était devenu pour moi un véritable chagrin scientifique; quand un jour, me promenant sur le boulevard de la Salpêtrière, poursuivi de cette idée fondamentale que les mêmes fonctions ne peuvent résider que dans le même organe, j'en arrivai à être fortement convaincu que ces deux modes d'altération ne pouvaient pas se produire de la même manière. Je me rappelai alors que dans certains cas les malades éprouvaient de la douleur de tête et d'autres phénomènes précurseurs attribués généralement à d'autres influences pathologiques. Mon attention se fixa dès lors sur ces phénomènes lents, qui, en définitive, constituent toute la différence qui existe entre le ramollissement et l'hémorrhagie de l'encéphale. Ces phénomènes précurseurs offrent quelque différence dans leurs symptômes. C'est ainsi que dans l'hémorrhagie il n'y a pas de céphalalgie locale et l'intelligence reste assez nette; tandis que dans le ramollissement la stupeur est portée à un degré considérable, au point, dans quelques cas, de simuler la stupeur typhique, et la céphalalgie locale est constante. Mais c'est dans la marche de ces deux affections que je constatai des différences bien autrement importantes à signaler : ainsi, une hémorrhagie légère guérit rapidement. La marche du ramollissement, quelque peu considérable qu'il soit, est constamment croissante : une hémorrhagie moyenne guérit presque toujours. Un ramollissement moyen ne guérit jamais. Le plus souvent, on peut arriver au diagnostic avec un degré de certitude satisfaisant; mais tous les cas ne se présentent pas avec le degré de certitude que je viens de vous présenter. Examinons donc maintenant les cas exceptionnels.

Dans certaines circonstances, l'hémorrhagie cérébrale se présente avec des phénomènes précurseurs constitués par des fourmillements, des crampes, des engourdissements. Dans ces cas, il s'est formé une hémorrhagie pendant le ramollissement. Il convient alors de rester dans le doute.

Il peut arriver encore que dans le ramollissement il n'y ait pas de phénomènes précurseurs. Il existe, en effet, des maladies latentes qui ne se manifestent que plus tard, et dont la marche a été tellement lente qu'elles n'ont donné lieu à aucune manifestation morbide bien appréciable. Il est certains cancers de l'estomac, certaines phthisies pulmonaires dont la marche a été si lente que l'altération de l'organe ne s'est manifestée par aucun trouble bien manifeste; puis, en définitive, il arrive toujours un moment où la fonction ne peut plus s'effectuer; les accidents alors se manifestent avec rapidité, et l'individu succombe. La même chose peut arriver pour le ramollissement, et nous devons admettre pour les maladies du cerveau des cas exceptionnels que nous rencontrons dans les autres ordres d'organes, dans le poumon, par exemple, où il n'est pas rare d'observer de ces pneumonies qui échappent à tous nos moyens d'investigation. La nature a ces bizarreries : nous ne pouvons la faire autrement. Dans ces cas, il faut être réservé, rester dans le doute. Ces cas se présentent à peine une fois sur quatre-vingts : mais, en général, nous pouvons assurer que la marche régulière du ramollissement est fatalement croissante; le coma, l'altération des sens, du mouvement, du sentiment se manifestent peu à peu : rien de pareil ne s'observe dans la marche ordinaire de l'hémorrhagie.

On s'est étonné que dans certains cas de ramollissement la saignée ait pu produire une amélioration notable; mais cette amélioration, qui n'a pu être qu'apparente, a été dans d'autres cas due à la disparition d'une hypérémie cérébrale concomitante. Plusieurs fois les émissions sanguines ont dû, au contraire, produire un accablement plus ou moins rapidement suivi de la mort. Dans quelques cas anormaux, l'amélioration a pu être manifeste; mais, si l'on a pu suivre longtemps la maladie, la marche devra tôt ou tard expliquer la nature de l'affection, car cette marche est essentiellement différente dans les deux cas. Toutes ces anomalies sont, en définitive, très rares, et il est fâcheux que dans certains livres on se soit plu en quelque sorte à accumuler les observations complexes sans faire entrer en ligne de compte les cas normaux. Cela explique la confusion qui a existé dans les maladies dont nous faisons l'histoire. La science ne se compose pas d'observations et de cas curieux, anormaux, extraordinaires; et, sans crainte de paraître moins savant que d'autres, j'ai cherché avant tout à être clair et à présenter les phénomènes sous leur véritable jour.

Ch. FREMY.

NOUVEAU PROCÉDÉ

pour la cure radicale des hernies.

Par M. VALETTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Nous avons entretenu nos lecteurs, il y a trois mois environ, d'une opération de hernie pratiquée par M. Gerdy, d'après son procédé d'*invagination*, et nous avons constaté le succès obtenu, momentanément du moins, par ce professeur. Nous avons insisté en même temps sur l'innocuité presque constante de ce procédé, qui compte aujourd'hui plus de soixante opérations. C'est un procédé fort analogue, ou plutôt une modification du procédé de M. Gerdy, que propose M. Valette. Les avantages qu'il trouve à son procédé sont de permettre une invagination plus complète, de produire des adhérences plus solides, et néanmoins d'être plus innocent que tous les autres, dont l'application n'a été, suivant l'auteur, que *trop souvent* suivie de la mort. Evidemment l'auteur s'est trompé, au moins en ce qui concerne le procédé de M. Gerdy, auquel il est très douteux que le nouveau soit supérieur sous le rapport de l'innocuité. Quant à l'inefficacité, l'expérience seule pourra prononcer. Quoi qu'il en soit, voici la description du nouveau procédé que donne l'auteur dans le travail qu'il vient de publier dans la *Revue Médico-chirurgicale*.

Cette opération consiste :

1° A refouler, dans toute l'étendue du canal inguinal, et même au delà un bouchon tégumentaire;

2° A le maintenir en place pendant un temps suffisant;

3° A obtenir, au moyen de la cautérisation, des adhérences solides et dans une grande étendue.

L'appareil instrumental se compose :

1° D'un embout ou cheville A, B, en bois d'ébène; sa longueur est de 11 à 12 centimètres; sa grosseur, variable, est proportionnée à la dilatation de l'anneau (en moyenne, cette pièce de l'instrument a le volume du doigt médius); elle est arrondie à son extrémité B, quadrilatère à son extrémité A, qui est garnie d'une virole métallique supportant la vis perpendiculaire E. Cet embout est, en outre, creusé d'un canal courbe D, C, pour le passage d'une longue aiguille E f. L'ouverture d'entrée de ce canal est en D, centre de l'embout; son ouverture de sortie est en C sur la face antérieure de l'instrument, et à 2 centimètres environ de l'extrémité B.

2° D'une plaque métallique G h de forme ovalaire, présentant une fenêtre allongée; et, à une ses extrémités, une ouverture arrondie pour s'adapter sur la vis L de l'embout; un écrou à poulet M sert à la fixer et à la rapprocher plus ou moins de la face supérieure de l'embout.

Ceci posé, voici la description du manuel opératoire :

Premier temps. — Le malade étant couché sur le dos, les cuisses demi-fléchies, on procède à la réduction de la hernie. L'indicateur gauche, introduit dans le canal, y refoule un bouchon aux dépens des téguments voisins. L'embout est alors glissé le long du doigt auquel il est substitué, et dont il remplit évidemment l'office.

Deuxième temps. — L'aiguille, poussée en avant, sort de son canal et traverse successivement les téguments refoulés et la paroi antérieure du canal inguinal.

Troisième temps. — La plaque métallique G h est mise en place, et l'écrou est serré de façon à assurer le contact du bouchon tégumentaire et de la paroi antérieure du canal.

Un coup d'œil jeté sur la figure fera facilement comprendre que l'appareil, ainsi disposé, ne peut guère se déplacer. Je le fixe, du reste, pour plus de sureté, à l'aide d'une ceinture et d'un mécanisme que je décrirai dans le mémoire que je compte publier bientôt. Je suis obligé de laisser de côté ces détails secondaires, pour ne pas abuser de la bienveillance de l'Académie.

Quatrième temps. — La peau est dénudée, au moyen de la pâte de Vienne, dans toute l'étendue circonscrite par la fenêtre de la plaque G h; la pâte de chlorure de zinc est ensuite appliquée. La cautérisation, dont on peut calculer la puissance (plus tard je dirai comment on peut arriver à ce résultat), est faite assez profondément pour que l'eschare comprenne en épaisseur la paroi antérieure du canal inguinal et la portion du bouchon qui est en contact avec elle. L'opération est alors terminée.

Lorsque l'eschare est éliminée, des adhérences très fortes se sont établies entre les parties du bouchon et du canal épargnées par la cautérisation. L'appareil est enlevé à la chute de l'eschare (du septième au dixième jour). L'ulcération se cicatrise avec rapidité, et le tissu inodulaire vient encore ajouter à la force des adhérences que l'on cherche à obtenir.

J'ai pratiqué l'opération que je viens de décrire très succinctement sur cinq malades de mon service. Elle est, je puis l'affirmer, d'une exécution facile, d'une innocuité qui a étonné les nombreux témoins qui ont voulu suivre mes opérés; enfin son efficacité me paraît sûre.

Les limites dans lesquelles je dois me renfermer ne me permettent pas d'entrer dans les développements nécessaires pour faire naître la conviction; mais dans quelque temps j'espère pouvoir publier un assez grand nombre d'observations pour que la question paraisse résolue à ceux qui les liront; jusque-là, ma méthode soulèvera probablement bien des préventions, mais elles tomberont devant l'évidence des faits. Ce qui s'est passé autour de moi m'en donne la certitude; le moment n'est pas éloigné où les chirurgiens guériront enfin une affection à laquelle on n'oppose aujourd'hui que des moyens palliatifs.

Dans un second travail publié dans le même journal à la suite de cette description, M. Valette rend compte ainsi qu'il suit des faits qu'il a observés jusqu'à ce jour, et qui sont bien de nature a encourager de nouvelles tentatives.

Jusqu'à présent j'ai opéré cinq malades. Je ne vous parlerai pas des deux premiers. Ces deux observations sont consignées dans la thèse que M. Dumez, interne à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a soutenue devant la Faculté de Paris le 13 juin 1850. Un mot seulement sur l'état que présentaient les malades.

Il s'agissait de deux hernies très volumineuses, aussi grosses que la tête des malades, à peu de chose près; elles ne pouvaient pas être contenues par un bandage, et ces deux malheureux étaient dans l'impossibilité de se livrer à l'exercice de leurs professions. Tous deux sont sortis de l'Hôtel-Dieu complétement guéris. Voici maintenant mes trois nouveaux faits.

OBS. I. — Antoine Rogemond, âgé de cinquante-deux ans, cultivateur, habitant Colombier (département de l'Isère), entre à l'Hôtel-Dieu le 30 avril 1850, et est couché dans mon service, salle Saint-Sacerdos, n° 35. Il est affecté d'une hernie inguinale gauche du volume d'un œuf de poule, parfaitement réductible. Le canal inguinal est conservé; on y introduit avec facilité le petit doigt.

Le 15 mai, l'opération est pratiquée. Dans la journée, la douleur est assez vive, mais parfaitement localisée. Le pouls reste à 65.

Le 17, le caustique seul est enlevé.

Le 22, l'eschare tombe. Le malade n'a pas presenté le moindre symptôme alarmant; il n'y a pas eu de fièvre. L'embout ne paraissant pas au fond de la plaie, je fais une nouvelle application de chlorure de zinc.

Le 25, la nouvelle eschare se détache. L'appareil est enlevé le 26.

Le 4 juin, la plaie est complétement cicatrisée. Le doigt ne peut plus pénétrer dans le canal, dans le trajet duquel on sent le bouchon tégumentaire.

Le 7, le malade se lève; le 20, il sort de l'Hôtel-Dieu. On a beau le faire tousser, explorer l'anneau avec le plus grand soin, je constate, et un grand nombre de personnes constatent avec moi, que la hernie n'a pas la moindre tendance à se reproduire.

Ainsi, Rogemond n'a pas présenté un seul symptôme inquiétant. A part la douleur qui accompagne toujours les ap-

---

nisses et les sibylles de l'antiquité, excellant dans l'art *incompréhensible* de pénétrer les sentiments les plus intimes, les arcanes les plus secrets du cœur, de l'esprit et de la conscience, nulle affection, nulle intention n'échapperait à sa pénétration, franchissant les temps et les espaces;

» Que, pour donner créance à cette fastueuse nomenclature de mérites divers, le prospectus signale un certain nombre de faits dans le but évident d'attirer dans le piége les esprits faibles et crédules;

» Que tous ces faits, communs à la femme Montgruel comme au mari, caractérisent au plus haut degré les manœuvres frauduleuses telles qu'elles sont définies par l'article 405 du Code pénal;

» Déboute les époux Montgruel de leur opposition au jugement par défaut dudit jour, 31 juillet dernier; ordonne qu'il sera exécuté selon sa forme et teneur;

» Condamne les époux Mongruel aux dépens. »

Je supprime de ce jugement le nom d'un troisième condamné que j'ai eu la douleur d'y trouver, par malheur pour la profession. Mais nulle profession plus que la nôtre n'apprend plus cruellement à connaître les larmes dont l'homme arrose cette triste terre, et en présence de certaines fautes et de certaines infortunes, on se sent plus disposé à la compassion qu'à la satire.

— Voici, par exemple, qui nous laisse l'esprit plus libre. Vous avez sans doute lu comme moi l'avis suivant, inséré une ou plusieurs fois dans tous les organes de la presse quotidienne.

« M. le ministre de l'intérieur a invité l'Académie à lui faire connaître le jugement qui sera porté sur les résultats des essais faits par M. Baudelocque pour rendre à un jeune enfant sourd-muet de naissance la faculté de l'audition, résultats qui sont tels, selon M. Baudelocque, que cet enfant peut, comme un autre, profiter de l'enseignement oral. »

Cet avis, à l'exactitude duquel on ne peut rien reprocher, peut être très intéressant pour le public; mais ce qui ne l'aurait pas été moins sans doute, c'eût été d'y ajouter le complément suivant, non moins véridique que l'avis :

« L'Académie a répondu qu'elle n'avait nullement été mise à même d'apprécier la véracité du fait annoncé par M. Baudelocque. »

C'est sans doute par oubli que ce complément a été omis; nous le recommandons à notre estimable confrère et, au besoin, à nos confrères de la presse quotidienne.

— Du reste, les avis de cette nature conçus dans ces termes disent trop ou trop peu. Le mieux, suivant nous, est de prendre une position et de suivre l'exemple de nos amis les Américains, nos maîtres dans ce genre et même, dit-on, dans plusieurs autres. Jugez-en par cet échantillon qui me tombe sous la main :

« *Un nègre blanchi.* — Barnum est l'homme des découvertes extraordinaires, des prodiges, des curiosités inouïes, des merveilles impossibles. Sous ce rapport, sa réputation est faite; et quand on pense à tout ce qu'il a déjà mis au jour de monstres et de bizarreries naturelles, on se demande s'il est possible qu'il trouve encore quelque chose. Oh! ne craignez rien : Barnum trouvera du nouveau, n'en fût-il plus au monde; et pour preuve, voici ce qu'il a en ce moment en sa possession : un homme de couleur, presque un nègre, qui est en train de devenir blanc! Rien que cela. Cet homme travaille, depuis quelque temps déjà, à changer la nuance de sa peau à l'aide d'une plante qu'il a découverte, mais dont il ne veut pas dire le nom. Il a constaté cette singulière propriété pendant qu'il était esclave dans le Sud; et, gardant son secret avec la plus parfaite discrétion, il a résolu d'en tirer parti d'abord pour lui-même. Le jus de la plante merveilleuse, lorsqu'on l'applique sur quelque partie du corps, fait lever la peau comme une brûlure; puis elle tombe par écailles. C'est là du moins ce que dit l'*inventeur*. Il présente déjà des témoignages authentiques de ses assertions : il a, dit-on, rendu ses bras, ses jambes, une partie de sa figure et de son cou d'une blancheur fort satisfaisante, et il compte bien d'ici à un an avoir complété sa métamorphose. Il garde, du reste, le plus profond secret sur sa vie passée; car il ne voudrait pour tout au monde retomber au pouvoir du maître auquel il a échappé. La liberté lui est d'autant plus chère que prochainement il aura la livrée qui, même au Sud, la lui assurerait. Ce phénomène est assez surprenant pour que la science songe à l'étudier.

(*Courr. des Etats-Unis*).

Voilà qui s'appelle parler. Le lecteur français aurait peut-être besoin qu'on ajoutât que le célèbre Barnum vend, que dis-je, donne une eau pour blanchir la peau; mais le lecteur américain, attendu qu'il n'a pas la prétention d'être le plus spirituel des lecteurs, le devine parfaitement sans qu'on le lui dise. Que de leçons nous avons encore à prendre de cette bonne sœur d'en delà l'Océan!

— Depuis longtemps je vous gardais pour la bonne bouche une charmante nouvelle; c'était le mariage d'un de nos confrères à la vie déjà très accidentée avec une ravissante célébrité, dont M. Renauldin a certainement plus d'une fois admiré, du plus près possible, le prodigieux talent. Par malheur j'ai attendu trop longtemps, et la nouvelle a été démentie quelques jours après avoir été annoncée. Ce qui prouve qu'il ne faut jamais remettre au lendemain ce qu'on peut faire la veille. Voilà un proverbe auquel je n'avais pas songé depuis longtemps; permettez-moi de profiter de l'occasion pour le méditer à loisir.

X...

plications de caustique de chlorure de zinc, je ne trouve pas le moindre phénomène pathologique à vous signaler. Notez que ce malade était, ainsi que les autres, très attentivement observé par un grand nombre de personnes, qui étaient bien éloignées de pronostiquer une pareille simplicité symptomatologique.

Obs. II. — Louis Noël, âgé de vingt ans, ouvrier mécanicien, né à Paris, qu'il a habité toute sa vie, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Louis, n° 2) le 23 avril 1850.

Ce malade avait quitté la capitale quinze jours avant cette époque, et se dirigeait sur Marseille. Il avait franchi la distance de Paris à Lyon en quinze jours; mais il avait fait une partie du chemin soit en chemin de fer, soit sur les bateaux à vapeur. Il estimait à cinquante lieues ce qu'il avait fait à pied. Arrivé à Lyon, il fut obligé de s'arrêter, parce que la hernie dont il était porteur ne pouvait être contenue par son bandage; il avait une connaissance parfaite de son état. Il nous dit que sa hernie était congéniale; qu'il savait que ces affections n'étaient pas curables: il nous demandait seulement un appareil plus parfait que celui qu'il possédait.

Cette hernie, située du côté droit, avait pris, par suite de la négligence des parents qui n'avaient fait porter un bandage qu'assez tard, un développement considérable. Je l'estime à la moitié de la tête du malade; elle était parfaitement réductible, et le doigt pénétrait avec la plus grande facilité dans l'anneau inguinal; il ne restait pas trace de canal: les deux orifices inguinaux étaient confondus.

L'opération fut pratiquée le 15 mai, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves. (Je ne saurais trop répéter que toutes mes opérations ont été faites publiquement, et qu'un grand nombre de confrères, attirés par la nouveauté de l'opération, ont constaté l'état de mes opérés avant, pendant et après l'opération.)

Le 17 mai, le caustique est enlevé; le malade a souffert dans la journée du 16, mais le pouls n'a pas trahi la moindre réaction.

Le 18, jugeant que j'aurais à détruire une assez grande épaisseur de tissus pour arriver jusqu'à l'embout, j'enlève avec le bistouri, porté en dédolant, une certaine épaisseur de l'eschare, et je fais une nouvelle application de pâte de chlorure de zinc.

Le 19, à part la douleur produite par le caustique, il n'y a pas le moindre phénomène à signaler.

Le 23, l'eschare commence à se détacher, la partie est sensible, mais l'inflammation ne s'étend pas au delà d'un rayon très petit; état général très bon.

Le 25, l'eschare est détachée. Je n'aperçois pas la face antérieure de l'embout au fond de la plaie; je n'hésite pas à faire une troisième application de caustique.

Le 30, l'eschare se détache.

Le 5 juin, j'enlève l'appareil.

La plaie marche avec rapidité vers la cicatrisation, qui est complète le 20 juin.

Le 22, le malade se lève. Je constate et fais constater que, soit pendant la marche, soit dans les efforts de toux, l'intestin ne sort pas. En explorant l'anneau ou du moins l'ouverture qui livre passage au cordon testiculaire, le doigt est arrêté; l'ouverture qui livrait passage aux intestins est fermée par un bouchon volumineux qui paraît résistant. Je conseille au malade de soutenir la cicatrice au moyen d'un très léger bandage, afin de donner le temps au tissu inodulaire de prendre plus de solidité, et je fais tous mes efforts pour tenir le malade en observation le plus longtemps possible. Il reste levé toute la journée, marche, court sans éprouver la moindre gêne et sans s'apercevoir que la tumeur ait la plus légère tendance à se reproduire. Au bout de quelques jours, il insiste pour sortir de l'Hôtel-Dieu, qu'il quitte le 30 juin.

Obs. III, recueillie par Jantet, interne du service. — Lombard (Pierre), âgé de vingt-huit ans, cordonnier, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 janvier 1850 et est couché au n° 32 de la salle Saint-Sacerdos. Ce malade est d'une constitution faible, détériorée. Les membres inférieurs sont grêles, bizarrement contournés; il est, en outre, affecté d'une hernie inguinale du côté gauche; le scrotum est distendu par l'intestin; la tumeur a 22 centimètres de hauteur, 30 centimètres de circonférence, 9 seulement à son pédicule; elle est, du reste, parfaitement réductible; l'anneau est prodigieusement dilaté; on pouvait, en forçant un peu, introduire à la fois trois ou quatre doigts dans la cavité abdominale. Lorsque la hernie est abandonnée à elle-même, elle se manifeste même dans la position horizontale. Le malade a inutilement cherché un bandage qui puisse maintenir l'intestin. Des troubles assez graves existent depuis longtemps dans les fonctions digestives.

Le 1er juillet, M. Valette pratique son procédé de cure radicale.

La hernie était réduite; l'embout est introduit à travers l'anneau, et refoule un bouchon tégumentaire jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ. L'aiguille est poussée dans son canal et perce la portion refoulée et la paroi abdominale antérieure; la plaque fenêtrée est mise en place; le derme est dénudé au moyen de la pâte de Vienne appliquée à travers la fenêtre. Au bout de cinq minutes, on applique la pâte de chlorure de zinc; le tout est maintenu en place vingt-quatre heures. La diète est prescrite.

Les souffrances sont vives pendant six heures. Aucun trouble ne se manifeste; le pouls est calme, régulier; la peau est douce au toucher; la nuit est tranquille.

Le 2 juillet, vingt-quatre heures après l'opération, M. Valette, jugeant que l'eschare formée ne serait pas assez épaisse, fait une seconde application du caustique. Les souffrances sont toujours assez grandes; mais on constate toujours le même calme, la même régularité dans le pouls. Le malade demande à manger.

Le 4 juillet, l'eschare commence à se détacher. Le 6, elle est tombée. Une nouvelle application de caustique est jugée nécessaire. Le 11, une dernière application est faite.

Le 22, lorsque l'eschare est tombée, on aperçoit l'embout au fond de la plaie.

Le 24, l'appareil est enlevé. Depuis cette époque, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

Le 27, la plaie est réduite à 2 centimètres de largeur et à 3 de longueur; des bourgeons charnus, vermeils se développent. L'ouverture qui laissait passer les intestins est fermée par un bouchon volumineux.

Le 5 août, la plaie est, à peu de chose près, cicatrisée. M. Amussat, qui se trouve de passage à Lyon, examine le malade et constate l'état qui vient d'être décrit.

DES SERRES-FINES DE M. VIDAL (DE CASSIS).

De leurs avantages dans la réunion des plaies.

Par M. Goyrand, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix.

Déjà il a été question plusieurs fois dans notre journal des nouveaux instruments imaginés par M. Vidal (de Cassis) pour la réunion des plaies.

Leur emploi, nous le voyons avec satisfaction, se généralise dans les départements. Un chirurgien distingué, M. Goyrand, nous écrit ce qui suit:

Voici trois faits qui mettent dans tout son jour l'utilité des serres-fines.

« Obs. I. — Le 19 mars, à une heure de l'après-midi, j'enlevai un kyste du volume d'une noisette sur la pommette droite d'un enfant de dix ans. La peau adhère à la partie moyenne du kyste. Par une incision elliptique obliquement dirigée en bas et en avant, je circonscris la portion de peau adhérente. Je dissèque le kyste avec soin; il contient une matière pultacée. Il n'y a pas de vaisseau à lier. La plaie a 35 millimètres de longueur. Les bords se rapprochent très facilement. J'assure leurs rapports au moyen de six petites serres-fines droites. Pas d'autre appareil.

» Le lendemain, 20, à huit heures du matin, j'enlève trois serres-fines.

» A une heure, vingt-quatre heures après l'opération, j'enlève les trois dernières. La réunion est parfaite. Il ne s'est pas formé un atome de suppuration.

» Obs. II. — Le 18 mai dernier, mon ami M. le docteur Mourret me fit appeler à Salon pour opérer une de ses clientes atteinte d'un cancer ulcéré du sein droit.

» La malade était une femme de la campagne âgée de cinquante-huit ans, assez forte, bien constituée, d'un embonpoint médiocre. La glande mammaire était tout entière dégénérée, squirrheuse. Elle n'avait pas sensiblement augmenté de volume. Au centre de la tumeur, en dehors du mamelon, était un champignon cancéreux. La tumeur était très mobile. Dans l'aisselle se trouvait un ganglion lymphatique engorgé, mais non dégénéré. Sa souplesse ne me laissa pas de doute à cet égard. Je pratiquai l'opération assisté de M. Mourret, et de deux de nos confrères de Salon.

» La femme fut endormie en une minute par le chloroforme. J'enlevai la glande mammaire avec une portion de peau elliptique au centre de laquelle se trouvait le champignon cancéreux. L'amputation du sein fut faite avec rapidité. Le plus grand diamètre de la tumeur était transversal. L'ellipse par laquelle je la circonscrivis avait la même direction. La plaie résultant de l'opération avait 22 centimètres d'étendue transversale. Ses deux bords se rapprochaient très facilement. Je liai six artères, et je réunis les bords de la plaie au moyen de onze petites serres-fines coudées. Le rapprochement fut parfait.

» Ne voulant pas laisser la plaie à découvert, je plaçai, au-dessus et au-dessous de la ligne de réunion, des compresses longuettes auxquelles je donnai assez d'épaisseur pour qu'elles formassent un plan élevé au-dessus de la saillie des serres-fines. Ces petits instruments se trouvèrent ainsi dans le sillon que les compresses laissaient entre elles. Je fixai l'appareil au moyen d'une longue bande.

» Le 19, vingt-six heures après l'opération, M. Mourret enleva cinq serres-fines. La plaie était parfaitement réunie. Ce médecin, habitué à laisser en place les fils des sutures pendant quatre jours, ne crut pas devoir enlever les six dernières serres-fines avant le 22; mais, en me rendant compte des suites de l'opération, il m'écrivait qu'il était bien convaincu qu'on aurait pu enlever toutes les serres-fines après quarante-huit heures; que déjà à cette époque la réunion était parfaitement solide.

» Les fils des ligatures ne se détachèrent que du dixième au douzième jour. Un léger suintement purulent se fit jusqu'alors par leur trajet. Le dixième jour, un petit abcès se forma vers l'angle externe de la plaie. On le couvrit d'un cataplasme, et le lendemain l'abcès s'était vidé spontanément. Il n'y avait plus la moindre douleur.

» Le 5 juin, il ne restait plus de cette grande plaie qu'une cicatrice absolument linéaire dans toute son étendue. Il est impossible, m'écrivait M. Mourret, de voir une réunion plus parfaite.

» Obs. III. — La femme Reynier, de la commune de Ventabrenc, âgée de cinquante-deux ans, femme brune, forte, d'une constitution sèche, est atteinte d'un squirrhe du sein droit. Ce squirrhe, résultant de la dégénérescence de la partie externe de la glande mammaire, est bien circonscrit. La partie interne de la glande et le mamelon sont intacts. La peau adhère à la tumeur, et présente dans une partie de l'étendue de celle-ci une teinte brune assez foncée. Il y a un paquet de ganglions squirrheux caché profondément dans l'aisselle. La tumeur axillaire, mobile, est plus douloureuse que le squirrhe primitif.

» Pas de doute sur la nature de la tumeur et l'urgence de l'opération; je la pratiquai le 8 juin.

» Le sein est plat, très petit. J'ai dit que sa partie externe était seule dégénérée. Je me décide à n'enlever que la portion squirrheuse. J'excise avec le squirrhe une portion de peau elliptique. La plaie résultant de l'opération est oblique en bas, en avant et en dedans. Son angle supérieur est prolongé jusque dans l'aisselle. La dissection de la tumeur axillaire présente des difficultés, à cause de sa situation profonde. Après l'avoir détachée de toutes parts, je lie en masse son pédicule dans le fond de l'aisselle, et je l'excise à quelque distance de la ligature. Six artères ont été liées dans l'opération.

» Les bords de l'incision sont très facilement affrontés. Je rapproche et réunis au moyen de serres-fines toute la partie de la plaie qui correspond au sein et à la partie thoracique (15 centimètres); mais je laisse l'extrémité axillaire béante.

» Le 9 au matin, vingt-quatre heures après l'opération, j'enlève quatre serres-fines; je trouve la plaie bien réunie. Le soir, j'en enlève quatre autres, et ne laisse en place que celle qui limite la portion de la plaie que j'ai voulu laisser béante. Celle-ci est enlevée le 10, quarante-huit heures après l'opération.

» L'adhésion de tous les points qui ont été rapprochés est parfaite. Il ne s'est fait de suintement purulent que dans le trajet des ligatures. La partie même de la plaie qui est immédiatement au-dessous de la portion laissée béante, bien qu'une abondante suppuration se soit établie au-dessus, est restée parfaitement réunie. »

Voilà des faits qui parlent assez en faveur des petits instruments de M. Vidal pour que nous soyons dispensé d'insister sur leur utilité. Si l'on songe à la facilité de leur application, au peu d'inconvénients qu'il y a de les déplacer et de les replacer pendant le temps qu'il faut à la réunion; si l'on considère surtout qu'ils évitent à la plaie d'être en contact avec toute espèce de corps étranger, on s'expliquera la faveur dont ces instruments jouissent déjà auprès des praticiens les plus expérimentés.

DE L'ACTION DU CHARBON

sur les dissolutions métalliques;

Par M. Esprit, pharm. à Rouen.

Depuis longtemps déjà, MM. Chevallier, Girardin, Graham et Weppen avaient signalé quelques-uns des phénomènes intéressants qui se produisent dans cette occasion; mais ces divers chimistes avaient tous fait leurs expériences en se servant de noir animal complétement purifié. M. Schœbein, au contraire, a fait usage de noir de fumée et de coke, c'est-à-dire de deux variétés de charbon d'une composition assez complexe, et peu favorable, par conséquent, pour étudier le rôle propre au carbone et le distinguer de celui que l'on doit attribuer aux matières étrangères qui l'accompagnent.

Le noir de fumée, en effet, d'après l'analyse de M. Braconnot, ne contient que 79 1/2 de carbone, les 21 autres parties se trouvent composées de matières résineuses, de sulfate, de phosphate d'ammoniaque, de chlorures, etc., toutes substances qui peuvent et doivent même avoir une influence marquée sur les résultats de l'expérience. On peut, il est vrai, se débarrasser en grande partie de ces impuretés; mais il eût été bon de savoir si la précaution avait été prise, et la note ne le mentionne pas. Je dirai la même chose du coke, qui contient toujours dans des proportions variables suivant la manière dont il a été préparé, du soufre et des sulfures dont il devient nécessaire de tenir compte.

Quant à la réduction des dissolutions métalliques en présence du charbon, c'est un fait qui ne me paraît pas toujours constant; et c'est avec regret que je ne crois point pouvoir adopter l'opinion d'un chimiste aussi habile que M. Schœbein, quand il prétend que le bichlorure de mercure se trouve ramené à l'état de protochlorure.

Il est bien certain que lorsque l'on traite, même à froid, une dissolution de sublimé par de la poudre de charbon, on ne trouve plus dans le liquide filtré aucune trace de sel mercuriel, et il pourrait paraître assez naturel de supposer tout d'abord qu'une réduction s'est opérée avec formation d'un protochlorure insoluble resté sur le filtre. Cependant, il est facile de répéter l'expérience suivante, que j'ai indiquée dans une thèse sur les propriétés du charbon; thèse soutenue l'année dernière devant l'Ecole de pharmacie de Paris.

Une dissolution faite avec 1 gramme de sublimé et 100 d'eau distillée, traitée par 20 grammes de charbon animal bien lavé, a fourni une liqueur dans laquelle la potasse, le sulfure ammoniaque et l'iodure potassique n'ont pu accuser la présence d'un sel mercuriel; mais en lavant avec un mélange d'alcool et d'éther le charbon qui avait servi à la précédente expérience, j'ai rapidement redissous le sublimé et en assez grande quantité pour qu'il devînt possible, en trempant l'extrémité d'un tube dans le liquide alcoolique, de tracer des caractères d'un rouge très vif sur une soucoupe de porcelaine humectée d'une dissolution d'iodure de potassium.

C'est cette expérience, répétée plusieurs fois et toujours avec le même succès, qui me porte à croire que le charbon ne se comporte point, en présence des dissolutions métalliques, comme un simple agent de réduction, mais que son action se rapproche plutôt de celle qu'il exerce dans une autre circonstance; je veux parler de la décoloration de l'indigo, dont il s'empare d'abord, pour le céder ensuite à une lessive alcaline, c'est-à-dire à un corps ayant une tendance à se combiner avec l'acide sulfurique de l'indigo plus forte que celle dont jouit le charbon. Faut-il donc attribuer à la seule porosité l'action exercée dans ces circonstances? Je ne le crois pas davantage. Car, pour que cette propriété pût suffire à nous expliquer d'une manière complétement satisfaisante le phénomène produit, il faudrait que le même charbon, dans le même état de porosité, se comportât d'une manière identique avec tous les corps dissous. Eh bien, c'est le contraire qui a lieu, et les expériences de M. Heberger constatent avec quelle différence d'énergie sont décolorées des dissolutions de principes colorants différents. Tel charbon qui décolore 49 parties d'une dissolution d'indigo n'en décolerera plus que 31 de curcuma, et 26 seulement d'une troisième substance.

Je crois donc qu'il y a autre chose qu'une simple réduction

dans l'action exercée par le charbon, autre chose même qu'un simple enchâssement, si je puis m'exprimer ainsi, des molécules salines dans les pores du charbon, où elles me paraissent retenues par une force particulière, une affinité spéciale semblable à celle de l'acide sulfurique ou de l'alcool pour l'eau, ou de l'eau elle-même pour un sel dissous. L'affinité de l'eau, comme celle du charbon, ne s'exerce point sur tous les corps indistinctement et avec le même degré d'énergie ; prenons un exemple : le sulfate de baryte est insoluble dans l'eau, le sulfate de chaux s'y dissout difficilement, le sulfate de magnésie, au contraire, y est très soluble ; ces trois sels cependant ont la même composition SO^5 MO ; dans tous les trois, c'est le même acide se combinant à une base plus ou moins insoluble, et, chose remarquable, c'est l'oxyde, qui se dissolvait le moins difficilement, qui forme précisément le sel le plus insoluble : en effet, une partie de baryte se dissout dans 10 parties d'eau chaude et dans 30 d'eau froide, tandis que la chaux exige 778 d'eau froide et 1,270 d'eau bouillante d'après Dalton ; quant à la magnésie, on peut la considérer comme complétement insoluble, puisque 5,142 parties de liquide n'en dissolvent qu'une seule de cet oxyde.

Si je ne craignais point d'allonger encore cette lettre déjà trop longue, je me résumerais en disant :

Que, pour étudier l'action exercée par le charbon sur les dissolutions de sels métalliques, il est nécessaire d'employer un charbon entièrement exempt de sulfures et de sels calcaires, dont la présence complique l'opération et ne permet plus d'apprécier aussi facilement le rôle qui est propre au charbon et celui qui appartient aux substances étrangères dont il est accompagné ;

Que l'absorption des sels métalliques en dissolution n'est point le plus souvent le résultat d'une réduction, mais plutôt le fait d'une action mécanique, qui n'est point exclusivement déterminée par la porosité, dont il faut tenir cependant grand compte, mais qu'elle est due plutôt à une force particulière, à une affinité spéciale inhérente au charbon : c'est l'expression qui peint le mieux ma pensée.

DE LA PRÉSENCE DU PLOMB, DU CUIVRE ET DE L'ARGENT DANS L'EAU DE MER,

Et sur l'existence de ce dernier métal dans les plantes et les êtres organisés.

Il résulte des recherches de MM. Malaguti, Durocher et Sarzeau que l'eau de la mer, contrairement aux analyses d'autres chimistes, renfermerait du plomb, du cuivre et de l'argent, dont la présence peut être démontrée soit directement, soit en expérimentant sur les fucus, qui puisent dans l'eau de la mer les principes dont ils sont formés. C'est dans ces fucus seulement que le cuivre et le plomb ont été constatés, tandis que l'argent a pu être reconnu directement dans l'eau de la mer.

Ces chimistes attribuent la présence de ces métaux à la décomposition des sulfures de plomb, de cuivre et d'argent par l'eau salée.

Nous ajouterons que cette opinion peut très bien être fondée, mais qu'on peut encore expliquer l'existence de ces métaux en considérant que le fond des mers doit en être jonché et que l'action directe exercée sur eux par l'eau salée contribue beaucoup à en faire passer une certaine quantité dans ce liquide.

Nouvelles du choléra.

Le *Toulonnais* annonce que le choléra vient d'envahir la province de Constantine, et qu'il y fait une foule de victimes.

— L'épidémie semble aussi s'être propagée du Schleswig jusqu'à la Prusse. On annonce qu'il a fait plus de 200 victimes dans un jour à Berlin.

— Il n'y a toujours que de bonnes nouvelles de Marseille.

NOUVELLES.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 30 août 1850, un concours public sera ouvert le 15 décembre prochain devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg pour deux places d'agrégés, savoir : l'une pour la section de chimie, de physique et de toxicologie ; l'autre pour la section de pharmacie et d'histoire naturelle médicale.

Les candidats nommés à la suite de ce concours entreront en exercice à partir du jour de leur institution.

Les pharmaciens reçus par l'une des trois écoles supérieures de pharmacie de la république, qui désireraient prendre part à ce concours, devront déposer au secrétariat de l'école de pharmacie de Strasbourg les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement, avant le 15 octobre 1850, époque où la liste sera close irrévocablement.

— Par décret du 29 août 1850 ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

Commandeurs : MM. Sédillot (C.-Em.), chirurgien principal en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg ;

Fée (A.-L.-A.), pharmacien principal en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg.

Chevalier : M. Tisserand (J.-L.-E.), chirurgien aide-major de 1re classe au 12e d'artillerie.

— Notre collaborateur M. le docteur A. Foucart, ancien lauréat (médaille d'or), vient d'être nommé chef de clinique de la Faculté de Médecine.

— La plus belle partie de l'héritage de M. de Blainville vient d'échoir à M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Ce savant distingué vient d'être nommé à la chaire de *zoologie et d'anatomie comparée* à la Sorbonne. Le choix de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire sera approuvé de tous ceux qui connaissent sa science et son talent professoral.

— L'administration civile des hôpitaux de Lyon a pris une de ces mesures mesquines dont nous désirons qu'elle n'ait pas à regretter les suites. Elle a enlevé le logement, la nourriture et l'éclairage aux internes des hôpitaux, excepté à ceux de l'Antiquaille et du Perron, en leur assurant pour tout traitement 650 fr. la première année, 750 fr. la seconde, et 850 fr. la troisième. Les internes des deux hôpitaux exceptés n'auront plus que 50 fr. de traitement.

— Hier, dimanche, M. le ministre de l'agriculture et du commerce a présidé la distribution des prix aux élèves de l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, sous le hangar à ferrage, transformé en une belle salle artistement décorée, en présence de 300 élèves de l'Ecole et d'un public nombreux.

Nous avons constaté comme tout le monde, avec satisfaction, la présence du ministre à cette cérémonie. Nous voudrions de même pouvoir applaudir à la présence du ministre de l'instruction publique à la distribution des prix de la Faculté.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Carahin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides, rentre à celui de Maubeuge.

M. Mauduit, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Strasbourg, rentre à celui de Dunkerque.

M. Chevrel, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, rentre à celui de Rennes.

M. Ropert, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, détaché aux Invalides, rentre à celui de Belle-Isle.

M. Vizerie, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, rentre à celui de La Rochelle.

M. Fourgeaud, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, rentre à celui de l'île d'Oléron.

M. Dezotteux, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Dunkerque, rentre aux ambulances de la division de Constantine.

M. Puel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour la division de Constantine.

M. Chapuy, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Metz, est désigné pour la division de Constantine.

M. Rech, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour la divison de Constantine.

M. Champion, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour la division de Constantine.

M. Perruy, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour la division de Constantine.

M. Parguez, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour la division de Constantine.

— Bien des associations médicales fondées à Paris à la suite de la révolution de 1848 ont déjà cessé d'exister. L'une des dernières, le *Cercle médical de France*, vient de disparaître à son tour, laissant un exemple de fidèle gestion que nous nous plaisons à enregistrer. Une somme de 527 fr. 75 c., excédant des recettes, a été placée à la caisse d'épargne par les soins de son président, l'honorable docteur Caffe ; l'emploi de cette somme et des intérêts sera ultérieurement fixé par tous les membres du *Cercle* réunis en assemblée générale.

— Le roi de Prusse vient de conférer les insignes de l'ordre du Mérite à MM. Biot et Burnouf, membres de l'Institut de France.

— La bataille d'Idstedt a fourni une nouvelle preuve du dévouement des chirurgiens militaires et des dangers qu'ils courent pendant les combats.

Le nombre des médecins aux officiers de l'armée est à peu près dans le rapport de 1 à 30. Or, ontre 22 officiers schlewig-holsteinois tués, il y a eu 2 médecins (rapport de 1 à 11) ; en outre, 18 médecins n'ont pas hésité à accepter volontairement la captivité chez les Danois pour soigner leurs compatriotes blessés et prisonniers.

— On a beaucoup parlé dans ces derniers temps des télégraphes électriques ; mais l'on ignore généralement le nom de leur inventeur. C'est Sœmmering, le célèbre anatomiste, à qui l'on doit de si beaux travaux sur les organes des sens. En 1808, il proposa à l'Académie des Sciences de Munich de construire un télégraphe dont les fils seraient mis en communication avec les pôles d'une pile. A l'autre extrémité de leur parcours, ces fils plongeaient dans l'eau, et chacun d'eux, répondant à une lettre, laissait dégager du gaz hydrogène qui le faisait reconnaître. (*Presse médicale belge.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SÉRIE. — TOME II. — N° 105. (23e ANNÉE.) JEUDI 5 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 4 SEPTEMBRE 1850.

Séance d'inauguration de l'Académie de Médecine.

La séance d'inauguration a été, ainsi que nous l'avions annoncé, moins qu'une séance solennelle et plus qu'une séance ordinaire. Des étrangers, pour la plupart hommes très éminents à divers titres, avaient été conviés à cette séance, que M. le ministre du commerce est venu aussi honorer de sa présence.

M. Bricheteau, président de l'Académie, a pris le premier la parole. Dans un discours d'une très discrète étendue, il a rappelé l'origine de l'Académie, l'idée qui avait présidé à sa fondation, les vicissitudes qu'elle avait subies avant d'arriver à une installation qui pût sembler définitive, et enfin les services éminents que cette compagnie a rendus à la science et au gouvernement. Dans ce discours, M. Bricheteau a su exprimer avec beaucoup de réserve et de dignité et en même temps avec une fermeté louable, et les devoirs qui sont imposés à l'Académie, et les privilèges auxquels elle a droit de prétendre.

Au discours de M. Bricheteau, dont l'esprit a été justement applaudi, a succédé un *rapport* de M. le secrétaire perpétuel. Quand nous disons rapport, c'est pour nous conformer au titre modeste qu'a choisi l'auteur ; mais en réalité les pages lues par M. Fr. Dubois constituent un fragment historique aussi remarquable par l'élégance et la clarté du style, la justesse et l'élévation des pensées, que précieux par les objets dont ce morceau historique nous donne une connaissance plus intime, c'est-à-dire l'Académie royale de Chirurgie et son illustre secrétaire perpétuel Louis.

Dans ce remarquable rapport, que nous mettons tout entier sous les yeux de nos lecteurs, l'Académie trouvera quelques souvenirs qu'il faudrait oublier, et plus d'un exemple qu'il faudrait tâcher de suivre. Plus d'une fois nous nous sommes plu à reconnaître les services que l'Académie a rendus, ceux qu'elle rend chaque jour, ceux qu'elle peut rendre encore. Mais nous n'avons pas hésité non plus à lui dire dans l'occasion qu'elle ne faisait pas tout ce qu'on pouvait attendre d'elle. Nous désirons donc vivement dans son intérêt propre, surtout dans l'intérêt de la science, que les nobles exemples si éloquemment rappelés par M. Dubois ne soient point perdus. Nous désirons ardemment que l'Académie marque l'inauguration d'un local nouveau par l'inauguration d'un zèle plus grand encore que celui qu'elle a déployé jusqu'à ce jour. Plus que jamais elle en a besoin ; car c'est ainsi, c'est en rendant à la science des services signalés, c'est en étendant le cercle de sa gloire et de son autorité qu'elle réduira à une complète et ridicule impuissance des attaques qui sont d'autant moins près de cesser qu'elles sont alimentées par des intérêts personnels.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. PIORRY.

Gangrène traumatique du poumon.

Les cas d'inflammation du poumon à la suite de blessures (*trauma-pneumonite* de la nomenclature) sont fort rares, ou du moins on les rencontre à peine dans les services de médecine. Il est bien plus rare encore d'y voir des pneumo-nécrosies (gangrène du poumon) de cause traumatique.

Un cas remarquable de l'un et de l'autre, qui se trouve actuellement au n° 13 de la salle Saint-Raphaël, mérite, sous un grand nombre de rapports, de fixer l'attention.

Un maçon, Pheller, âgé de vingt-huit ans, est entré à l'hôpital le 15 juillet 1850. Cinq jours auparavant, cet homme, d'une constitution robuste, fut frappé à la partie antérieure de la poitrine par une pierre énorme qu'il cherchait à soutenir pendant que ses camarades faisaient de vains efforts pour la soulever. Il tomba sur le côté droit postérieur du corps. Une demi-heure après il fut atteint d'une pneumorrhagie assez abondante. Jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, on ne fit aucun traitement. Le diagnostic ne fut point évident dans les premiers jours ; les crachats continuèrent à être sanguinolents. On soupçonna l'existence de tubercules. Cependant la percussion n'avait pas été pratiquée avec tout le soin désirable. Il y a huit ou dix jours, l'hémorrhagie, qui devenait plus forte, et qui n'avait été arrêtée ni par les saignées, ni par le ratanhia, ni par les sucs d'herbes donnés à haute dose, conduisit à examiner de nouveau le thorax avec le plus grand soin. On trouva dès lors en arrière et à droite, dans un espace de la largeur de la main, une matité très marquée, et l'auscultation fit reconnaître des ronchus extrêmement larges et humides. Alors le sang rendu par les crachats était abondant, tantôt rouge, tantôt brunâtre, et exhalant une odeur gangréneuse caractéristique de la pneumo-nécrosie. Il n'y avait pas pourtant ces crachats verdâtres semblables à ceux qui avaient été trouvés par Laënnec dans des cas pareils.

On fit respirer au malade de la créosote ; on appliqua de la glace sur les parties où le poumon se trouvait. Les râles avaient évidemment le caractère caverneux. La glace fut aussi donnée à l'intérieur, mais le tout sans aucun succès. Le malade continua toujours à cracher du sang dont l'odeur était horriblement fétide.

Hier, 13 août, le malade expectora d'une manière incessante une quantité considérable de sang rouge mélangé avec de l'air et une masse d'apparence charnue qui présentait, à la première vue, les caractères d'une petite portion de poumon dont le volume était à peu près celui du pouce. L'hémorrhagie n'en continua pas moins ; mais quelques moments après le malade éprouva une difficulté excessive à respirer, fit des efforts d'inspiration extrêmes ; sa face fut profondément altérée, ses yeux éteints ; il paraissait si près de la mort, qu'il rendit spontanément des fèces, comme le font les agonisants.

Il était évident que du sang et des caillots étaient engagés dans les voies de l'air et allaient causer la mort, qui paraissait inévitable. Cependant on ne se découragea pas entièrement. Nous pensâmes bien à faire aspirer les liquides contenus dans les voies de l'air ; un élève s'offrit même pour pratiquer cette opération. Le chef de service ne voulut pas le permettre, attendu qu'il y avait, chez le malade, une gangrène du poumon, et qu'il aurait pu en résulter des accidents très fâcheux pour l'élève. On n'avait pas sous la main les moyens mécaniques d'aspiration ; d'ailleurs, la trachéotomie paraissait une opération inutile, attendu que la gangrène du poumon était si grave que la mort semblait, un peu plus tôt, un peu plus tard, être inévitable. Si l'on eût pratiqué la trachéotomie, il aurait encore fallu l'aspiration, sans cela elle eût été inutile ; car l'obstacle était évidemment plus bas que l'ouverture, qui eût été pratiquée au larynx ou à la trachée. Les ronchus humides existaient même en arrière, dans toute l'étendue du poumon, ce qui prouvait que le sang avait pénétré dans toutes les parties déclives de l'angiaire (conduit de l'air).

On se borna donc à favosiser l'expectoration en faisant pencher la tête du malade sur la poitrine, en le plaçant sur son séant et en l'engageant à faire d'énormes efforts pour expectorer. En agissant ainsi, on fut assez heureux pour faire sortir des bronches une nouvelle masse encore d'apparence charnue et pulmonaire, crépitant sous le doigt. Cherchant à l'étirer pour en reconnaître la forme, elle se présenta sous l'aspect d'une bandelette divisée d'une manière dichotomique dans divers points de son étendue et remplie de vésicules aériennes. Ce corps étranger était évidemment la cause matérielle qui avait déterminé d'aussi terribles accidents. Un moment après, la respiration était beaucoup moins bruyante et infiniment plus libre. On prescrivit le tartrate antimonié de potasse à la dose de 50 centigrammes, qui fut administré par cuillerées toutes les dix minutes ; et ce matin, contre toute attente, l'état du malade est infiniment amélioré. Le sang qu'il crache est brunâtre, presque noir, a par conséquent séjourné dans le conduit de l'air ; il est aussi très abondant. Toutes les dix minutes, pendant notre examen, un crachat semblable est expectoré ; la fétidité de ces crachats est extrême. Le pouls, qui hier était si faible, est revenu à un état de force et de régularité tout à fait convenable. Le facies est infiniment moins mauvais. Pour le moment la vie est conservée.

L'examen de ces masses pneumoniformes rendues par cet homme a été fait par M. Charcot, et cela, à l'aide du microscope ; elles ne présentaient aucun vestige de vésicules pulmonaires. De nombreuses bulles d'air étaient emprisonnées dans la fibrine récemment coagulée, et lui donnaient l'apparence du poumon.

Aujourd'hui on continue l'emploi du tartre stibié, celui de l'inspiration de la créosote. Il ne se fait plus d'hémorrhagie, attendu que les crachats sont noirs et non plus rouge-rutilant. On ne fait plus usage de la glace, et l'on continue le vin de Bagnols, qui avait été prescrit les jours précédents.

Quoi qu'il arrive ultérieurement de ce malade, son histoire nous inspire les réflexions suivantes :

1° Une cause traumatique a déterminé ici une lésion matérielle du poumon, dont la conséquence a été d'abord des stases vasculaires, des hémorrhagies, probablement une pneumonite, certainement une nécrosie, puis une pneumospéie (caverne pulmonaire), et à la suite de la séparation de l'eschare une nouvelle pneumorrhagie.

2° Cette hémorrhagie a eu pour conséquence la formation d'un coagulum fibrineux qui, mélangé de beaucoup d'air, donna naissance, dans le poumon, à de vastes caillots.

3° Ces caillots, engagés dans les grosses bronches, ont été un instant sur le point d'anoxémier (asphyxier) le malade.

4° L'indication principale et du moment est de faire évacuer ces corps étrangers.

5° Du sang est resté dans l'angiaire en quantité considérable ; l'indication est donc de hâter cette évacuation ; sans cette précaution, le séjour du sang dans les bronches et sa décomposition seraient inévitables ; il faut donc avoir recours au tartre stibié, le meilleur et peut-être le seul véritable expectorant.

6° Ce même médicament est très utilement administré à la suite des hémorrhagies pulmonaires, alors que le sang est devenu noir et qu'il ne coule plus.

7° Ce fait est remarquable encore au point de vue de l'aspect des crachats, qui n'est pas le même que celui qui est observé, en général, dans la pneumo-nécrosie.

8° On a vu le parti que l'on a tiré ici des efforts d'expectoration que l'on a fait pratiquer au malade. Ce n'est pas la première fois que de tels moyens ont réussi à faire dissiper des symptômes d'hypoxémie. On trouvera, dans notre article *Broncemphraxie* de notre *Traité de Médecine pratique*, des faits et des réflexions en rapport avec l'observation précédente dont nous aurons peut-être plus tard à donner la suite.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Des illusions.

(Suite de la cinquième leçon. — *Voir* les numéros des 21 et 23 mai ; 20 juin ; 2, 11, 23, 30, 31 juillet ; 8 et 24 août.)

Les considérations générales que nous avons présentées sur les illusions, les faits particuliers que nous avons cités doivent, selon nous, entraîner la conviction que l'illusion est un phénomène qui a son siége et sa cause dans l'intelligence et le cerveau, et que c'est aux altérations du jugement et de l'imagination qu'il faut s'élever pour apprécier sa véritable nature.

C'est assez dire combien notre théorie des illusions diffère de la doctrine d'Esquirol. Vous savez, en effet, que, selon cet illustre médecin, la différence essentielle entre l'illusion et l'hallucination réside dans l'altération des sens et des nerfs destinés à transmettre les impressions dans l'illusion, tandis que dans l'hallucination le cerveau seul est lésé.

Pour nous, nous soutenons que rien n'est plus difficile, pour ne pas dire impossible, que de constater dans la très grande généralité des cas, l'intervention maladive des sens dans l'illusion. Comment s'assurer, en effet, qu'il y a lésion de ces parties, alors que rien n'est apparent, comme dans les affections nerveuses (et c'est le cas le plus fréquent), tandis que les phénomènes psychologiques sont toujours manifestes et suffisent pour en donner une explication satisfaisante. Néanmoins la difficulté de reconnaître dans la pratique l'altération des sens ne doit pas faire rejeter toute influence de ces organes sur la production des illusions, et aussi avons-nous cherché dans notre théorie à apprécier cette influence en établissant un genre particulier d'illusions basé sur cette participation des sens. Mais ce que nous soutenons, c'est d'abord que ce genre d'illusions est loin d'être le plus fréquent, et ensuite, que, même dans ce cas comme dans tous, l'intervention de la lésion de l'intelligence est indispensable pour constituer le phénomène maladif ; qu'elle seule constitue l'illusion, et que l'impression le plus souvent normale, n'en est que la cause occasionnelle.

Des hallucinations. (Sixième leçon.)

Que l'illusion ait lieu par suite d'une maladie des sens ou des organes de transmission, ou qu'elle se produise malgré l'intégrité des sens, une impression entre comme élément dans ce phénomène ; l'hallucination, au contraire, est un phénomène purement psychique. L'illusion se manifeste à la présence des objets extérieurs, l'hallucination suppose leur absence. Quiconque croit voir, entendre, flairer, goûter, toucher distinctement, tandis que la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, les téguments ne reçoivent aucune impression ; celui-là est halluciné. C'est là sans doute un phénomène bien extraordinaire, alors même qu'on a une longue habitude de l'observation des aliénés, et cependant le sommeil met fréquemment l'homme le plus sain d'esprit dans cette étrange situation. Les rêves nous offrent l'image la plus parfaite des hallucinations, et constituent même souvent de véritables hallucinations.

C'est en examinant ce phénomène dans des circonstances différentes que nous pourrons mieux saisir sa nature, et qu'on arrivera un jour à apprécier son importance relative

parmi les autres phénomènes du délire, et à trouver les moyens les plus propres à faire triompher de sa ténacité.

Si on connaissait les conditions par suite desquelles les organes, les fonctions animales perdent graduellement de leur énergie pour aboutir au sommeil, si on connaissait les conditions diverses du sommeil complet et de celui qui est entrecoupé par des rêves, on aurait par cela même des connaissances précieuses sur la cause intime des hallucinations; mais pour l'appréciation de ce phénomène psychique, comme pour celle des autres phénomènes du même genre, on manque des lumières que donnerait la connaissance de l'état normal.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'état de rêve ayant les hallucinations pour caractère doit avoir des analogies avec celui qui constitue les hallucinations pendant la veille. Cependant, parmi bien d'autres différences, nous en remarquerons une qui nous paraît principale; la voici : Le rêve est un état dans lequel le monde intérieur prévaut sur le monde extérieur; celui-ci est comme n'existant pas; l'âme reste en présence de ses manifestations anciennes et sans concevoir la volonté de les rapporter à la source première dont elles émanent; aussi ne reconnaît-elle ni le temps, ni les lieux, tant elle est absorbée dans la contemplation des images qu'elle reproduit. Dans l'hallucination, au contraire, l'âme, au lieu de se replier sur elle-même, se retourne en quelque sorte vers le monde extérieur, et ce retour est un des éléments les plus essentiels de l'hallucination.

Il est une autre différence plus saillante qui distingue en quelque sorte l'aliéné de l'homme qui rêverait tout éveillé; c'est que le plus souvent les hallucinations des fous se bornent à un sens, à un objet, ou à une série identique d'objets. Dans les rêves, au contraire, la perception fantastique de choses absentes ne saurait être prévue; elle s'offre au hasard, sans continuité et dans le domaine de tous les sens. Cependant, et c'est ce qui constitue une autre différence, dans les rêves les représentations des images prédominent de beaucoup dans le sens de la vue, et dans la folie les hallucinations sont plus fréquemment relatives à l'ouïe.

Un des rêves qui ont le plus d'analogie avec les hallucinations est celui du célèbre compositeur Tartini, pendant lequel fut composée la sonate connue sous le nom de *Sonate du Diable*. Ce célèbre compositeur s'étant endormi après avoir essayé en vain de terminer une sonate, cette préoccupation le suit dans son sommeil; il rêve; et, livré de nouveau à son travail et désespéré de composer avec si peu de verve et de succès, il voit tout à coup le diable lui apparaître et lui proposer d'achever sa sonate s'il veut lui abandonner son âme. Entièrement subjugué par cette première hallucination, il continue son rêve, accepte ce marché proposé par le diable, et l'entend alors très distinctement exécuter sur le violon cette sonate tant désirée, avec un charme inexprimable d'exécution. Il se réveille alors, dans le transport de son plaisir, court à son bureau, et note de mémoire le morceau qu'il avait terminé en croyant l'entendre. Qui de nous, à l'imitation de Moreau (de la Sarthe), ne reconnaîtrait dans ce rêve une véritable hallucination? En effet, un aliéné confié à nos soins et à ceux de M. Voisin, dans l'établissement de Vanves, nous a offert une hallucination complètement analogue. Il assistait à la représentation de scènes de comédie; il voyait et entendait des acteurs les jouer. Ce spectacle le faisait rire aux éclats, et c'était lui qui le composait dans le moment même. Que manquait-il à cette hallucination pour être complétement identifiée avec le fait précédent, sinon d'avoir eu lieu pendant le sommeil et d'être suivie d'un réveil qui eût permis au malade de mettre par écrit ses compositions, comme d'ailleurs il en exprimait le vif regret pendant l'intermittence? Ces regrets sont d'ailleurs partagés par ceux qui ont pu apprécier la richesse de son imagination et la culture de son intelligence, et il leur est permis de croire que ces compositions auraient pu, dans leur genre, avoir la même supériorité que la Sonate du Diable.

L'analogie remarquable qui existe entre les rêves et la folie, avec ou sans hallucinations, trouve une nouvelle preuve dans ce fait incontestable et très fréquent, savoir : que les rêves précèdent l'éclat de la folie et la reproduisent lorsqu'elle est guérie. Odier, de Genève, fut consulté, en 1778, par une dame de Lyon, qui, pendant la nuit qui précéda l'aliénation mentale dont elle fut atteinte, avait en rêvant cru voir sa belle-mère s'approcher d'elle avec un poignard dans l'intention de la tuer. Cette impression vive et profonde, se prolongeant pendant la veille, acquit une intensité et une fixité mélancoliques et tous les caractères d'une véritable maladie mentale. Un maniaque, auquel le docteur Grégory avait donné ses soins et qui était parfaitement guéri, eut une semaine après son rétablissement des rêves dans lesquels il fut assailli par les mêmes pensées rapides et tumultueuses et par les mêmes passions violentes qui l'avaient agité pendant la folie. Il y a actuellement dans mon service plusieurs faits de ce genre, et je vous ai montré mademoiselle ***, chez laquelle des rêves avec représentations de la vue et de l'ouïe ont ramené plusieurs fois des accès d'aliénation mentale avec hallucinations prédominantes de l'ouïe.

Le somnambulisme, soit naturel, soit accidentel, présente aussi plusieurs particularités qui ont des analogies avec les hallucinations; et comment en serait-il autrement, puisque le somnambulisme ne semble qu'un degré plus marqué de certains rêves? L'homme dans cet état n'entretient plus les mêmes rapports avec le monde extérieur; il combine des mouvements qui semblent coordonnés par la volonté, puisqu'il évite les chocs et les chutes avec la plus grande habileté, et cependant il semble ne point voir ou du moins sa vue paraît tout à fait confuse. L'intelligence dans le somnambulisme est évidemment en action, puisque les somnambules écrivent souvent des choses qu'ils n'avaient pu écrire pendant la veille, qu'ils entretiennent une conversation et qu'ils font des actions impliquant des pensées régulières, et cependant, après le somnambulisme, ils ne conservent aucun souvenir de leurs pensées, de leurs sentiments, de leurs actes, comme si la conscience avait été frappée de nullité pendant toute sa durée.

Les faits prouvent qu'un état particulier, mais analogue au somnambulisme naturel, peut survenir sous une influence quelconque de l'homme sur l'homme. Cet effet est-il produit par l'imagination ou par l'intermédiaire d'un fluide appelé magnétique? Il est impossible de s'assurer de l'existence de cette dernière explication, mais l'influence de l'imagination ne saurait être contestée : on a des exemples nombreux de cette influence dans les annales du mysticisme à tous les âges du monde. Mais, que ce soit par l'action de l'imagination ou par l'intermédiaire d'un fluide particulier, l'existence de certains faits de somnambulisme magnétique ne saurait être révoquée en doute, quelque précaution qu'on prenne à les dépouiller du merveilleux dont ils ont été si souvent entourés.

Il importe pour l'étude des hallucinations de rechercher ces faits avec le désir sincère de chercher la vérité partout où elle se trouve, quoique toujours avec un véritable esprit de critique. Les phénomènes qui se passent dans le système nerveux sont si extraordinaires et si peu connus qu'on doit explorer avec soin toutes les circonstances de leur manifestation. Lorsqu'on voit, par exemple, le simple chatouillement des pieds produire quelquefois des accidents affreux et donner lieu généralement à des convulsions de rire, comment ne pas être disposé à admettre qu'un simple contact suffise pour plonger dans le sommeil et par suite dans un état de rêve? Encore une fois, il ne faut rien négliger pour arriver à une connaissance aussi difficile que celle qui regarde le système nerveux.

L'état normal offre aussi quelquefois avec l'hallucination des analogies assez frappantes. Sens-tu comme moi, demanda un jour Louis Lambert à M. de Balzac, son condisciple, sens-tu comme moi s'accomplir en toi, malgré toi, de fantasques souffrances? Par exemple, si je pense à l'effet que produirait la lame de mon canif en entrant dans ma chair, j'y ressens tout à coup une douleur aiguë, comme si je m'étais réellement coupé; il n'y a de moins que le sang.

Louis Lambert ajoute : « En lisant le récit de la bataille d'Austerlitz, j'en ai vu tous les incidents; les volées de canon et les cris des combattants retentissaient à mes oreilles, m'agitaient les entrailles; je sentais la poudre, j'entendais le bruit des chevaux et la voix des hommes, j'admirais la plaine où se heurtaient des nations armées comme si j'eusse été sur la hauteur du Santon. »

Silvio Pellico, poète dès l'âge de dix ans et si célèbre par son livre intitulé : *Mes prisons*, éprouva plusieurs fois certains états voisins de l'hallucination avant et pendant sa longue captivité. Durant son séjour à Lyon, le poème *Des tombeaux*, par Foscolo, lui fit une telle impression qu'il éprouva le mal du pays : l'Italie envahit toute son âme, un seul livre absorbe toutes ses pensées; il croit lire *tombeaux* sur le titre de tous les livres. Quelques jours après, sous la vive impression de la lecture de ce poème, Silvio Pellico a franchi les Alpes par la pensée, et il est à Milan, dans la ville même habitée par Foscolo.

A ces faits, qui témoignent de tant d'analogie avec l'hallucination chez les hommes sains d'esprit, ajoutons les considérations suivantes.

On n'a peut-être pas assez remarqué ce fait qui se produit fréquemment dans les conversations un peu animées, savoir : qu'on croit avoir entendu des paroles qui n'ont pas été réellement prononcées, et ces paroles ont souvent donné lieu à de fâcheuses provocations. Cette audition est-elle due à quelques consonnances particulières, à quelque fausse interprétation, ou bien a-t-on cru entendre sortir de la bouche de son interlocuteur des paroles qui n'étaient que l'expression de sa propre pensée? Tout en convenant de la fréquence des cas du premier ordre, nous ne balançons pas à admettre des cas du second ordre, et c'est admettre dans l'état de santé des phénomènes bien analogues à ceux de l'hallucination; mais ces phénomènes sont passagers, comme la cause qui les a produits, et toutes les circonstances extérieures tendent à détourner l'esprit de ces hallucinations transitoires.

Mais ce ne sont pas là les seuls faits qui, dans l'état normal, se rapprochent des hallucinations. Pour bien comprendre ce phénomène, si remarquable en lui-même et dans ses liaisons avec les autres phénomènes du délire, il importe de l'étudier dans ces moments heureux, plus ou moins fréquents selon la diversité des esprits, mais observables chez tous et par tous, où l'homme a une aptitude singulière à se représenter les scènes dont il a été témoin, les paysages qui l'ont charmé, les personnes qui l'ont vivement ému. Le poète jouit particulièrement du privilége de substituer des images aux pensées qu'il veut exprimer, et ce n'est que lorsque son expression est en rapport avec son imagination qu'il parvient à captiver la nôtre.

L'hallucination, dégagée du délire, n'est que l'extrême de cette aptitude qu'a l'imagination de l'homme; dans certaines conditions, cette aptitude est très développée. Qui croirait, de prime abord, que l'enfance soit une condition favorable au développement de cette aptitude? C'est, en effet, une chose bien digne de remarque que la disposition des enfants à se représenter les choses qui les ont frappés et à prolonger leurs rêveries à plaisir, de manière qu'un tableau en engendre un autre; cette disposition se manifeste spontanément, ou sous l'influence de la volonté qui évoque ou repousse ces représentations. C'est sans doute à cette disposition qu'il faut rapporter le caractère particulier du délire des enfants dans les épidémies de folie mystique, délire qui était principalement relatif à des hallucinations.

Au nombre des circonstances favorables à l'essor de l'imagination, nous placerons l'ennui qu'éprouve quelquefois l'homme et qui l'entraîne à quitter le monde des tristes réalités pour se lancer dans le monde idéal; et qui n'a fait ses châteaux en Espagne? On s'abandonne quelquefois avec délices aux rêves de son imagination, et l'exaltation d'esprit dans laquelle on se trouve alors produit mille images, souvent associées de la manière la plus bizarre, qui se croisent, se heurtent pour se séparer et se mêler de nouveau. Quelquefois ces images surgissent et disparaissent aussitôt sans laisser aucune trace; d'autres fois elles sont réfléchies avec une vivacité persévérante. Ainsi donc, à l'âge et chez les personnes où l'imagination jouit d'une grande activité, cette faculté enfante mille images qui se succèdent avec plus ou moins de rapidité ou de charme, et captivent l'esprit humain jusqu'à ce que le souffle de la raison vienne les dissiper, comme le vent chasse devant lui les nuages de fumée qui se trouvent sur son passage. Il semble vraiment qu'il soit dans la condition intellectuelle de l'homme que les idées folles voltigent en quelque sorte dans son esprit et n'attendent, pour y prendre domicile, que l'incurie de la raison; on les voit prédominer non-seulement dans les rêves de l'homme endormi, mais encore dans les rêves de l'homme éveillé. Dans cette situation, l'esprit de l'homme se représente tous les objets qui l'ont impressionné et toutes les combinaisons d'images qui s'y sont associées, avec les couleurs des divers pays où elles ont eu lieu. Ces reproductions d'images sont vaporeuses, indéterminées, incomplètes, irrégulières et grotesques, ou bien elles ont des formes arrêtées, circonscrites et parfaitement harmoniques.

Il est certain que, dans toute méditation profonde, la représentation vive d'une image peut en être le point culminant; et dans ce cas, plus commun qu'on ne pense chez les compositeurs de tout ordre, surtout parmi les poètes, rien d'insolite, rien d'anormal ne défigure les belles créations de l'esprit. C'est évidemment un état d'excitation cérébrale, mais ce ne peut être là un témoignage de folie : ce qui enlève d'ailleurs tout doute à cet égard, c'est que ces représentations, quelque actives qu'elles soient, n'exercent aucune influence sur les déterminations.

Comme circonstances propres à produire cet état de l'âme, nous citerons tous les sentiments de la nature humaine excités à un certain degré, la puissance de certains sites, des souvenirs amers ou agréables : toutes ces circonstances extérieures ou inhérentes à l'homme peuvent faire naître une image et en faire affirmer la réalité matérielle, au moins pour un instant; mais la réflexion et les impressions extérieures reprennent bientôt leur empire, et, si l'apparition ne cesse pas, la raison la juge et l'apprécie. L'aliéné, au contraire, chez lequel se manifeste cette faculté de reproduction d'images ne jouit pas de la possibilité de redresser son jugement, et il confond nécessairement le souvenir avec la réalité.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 septembre 1850. — Présidence de M, Bricheteau.

Quoique nulle décoration extérieure ou intérieure n'annonce une solennité, une animation inusitée se montre autour et dans l'intérieur un peu étroit de l'enceinte académique. Des siéges disposés dans l'hémicycle, au-dessous du bureau, sont bientôt occupés par MM. Thierry, Davesnes, Trélat, Pasquier, Alquié, etc. M. Dumas, ministre de l'agriculture et du commerce, vient s'asseoir dans un fauteuil placé à la droite du président.

A trois heures, M. le président ouvre la séance, et lit un discours dont nous extrayons les passages suivants, faute de pouvoir le publier textuellement :

Messieurs, l'Académie de Médecine, qui compte aujourd'hui trente années d'existence, fut fondée sous le règne de Louis XVIII, prince éclairé, favorable aux sciences et aux lettres. Ce fut l'œuvre de deux médecins diversement célèbres, Portal et Pariset.....

Le premier bienfait de l'institution académique fut de réunir dans un même faisceau les différentes branches de la science médicale, qui peuvent, ainsi rassemblées, s'éclairer et s'entre-aider mutuellement. La médecine et la chirurgie, dont Chirac et Lapeyronie avaient demandé avec tant d'instance la fusion, sont en effet, Messieurs, deux parties d'un même tout qu'on ne peut séparer sans violer la nature des choses. On dut y ajouter la pharmacie, qui, par ses connaissances en chimie appliquée, ses préparations habiles, fournit à la thérapeutique un secours précieux, sans lequel il y a bien peu de médications efficaces et de traitements heureux...

La médecine vétérinaire devait aussi faire partie de l'institution, car les animaux domestiques dont elle s'occupe sont composés des mêmes éléments que nous, mus par les mêmes besoins, soumis aux mêmes influences extérieures, et finalement affectés de maladies presque entièrement semblables. Ajoutons que les expériences faites sur les animaux avec le concours de l'art vétérinaire éclairent depuis longtemps la physiologie, la thérapeutique et la médecine légale.

L'Académie fut spécialement fondée pour relever les ruines de l'Académie de Chirurgie et de la Société royale de Médecine. A l'origine de la première de ces institutions scientifiques, la chirurgie française, déjà illustrée par A. Paré et quelques-uns de ses élèves, avait déjà une renommée européenne. Néanmoins cette partie de la médecine était loin d'occuper la place qu'elle méritait dans le domaine des sciences; elle ne possédait encore aucun corps de doctrine; et ce fut, dit Pariset, pour affermir ses premiers progrès par des progrès ultérieurs, que l'Académie de Chirurgie fut instituée. Il suffit d'avoir lu attentivement les mémoires que cette Société célèbre publia avec maturité dans l'espace d'un demi-siècle pour se convaincre qu'elle ne trompa pas l'espoir de ses fondateurs, et qu'elle avait constitué la science chirurgicale. Ce résultat est assurément un des meilleurs arguments qu'on puisse produire en faveur des académies.

La Société royale de Médecine aurait pu rivaliser de gloire avec l'Académie de Chirurgie, si elle eût apporté plus de sévérité dans le choix des nombreux écrits qu'elle publia pendant sa courte existence; mais ces écrits sont loin d'avoir le même degré de sagesse, de précision, de fécondité que les publications de son aînée. Ce sont des matériaux précieux, il est vrai, mais réunis à la hâte pour les besoins à venir de la science.....

L'Académie de Médecine, à son origine, se trouvait placée dans des conditions différentes de celles que nous venons d'indiquer; la science médicale avait fait d'immenses progrès. Son domaine s'était agrandi de la salutaire influence

des sciences accessoires, des méthodes naturelles, des classifications, qui, alors même qu'elles sont imparfaites, contribuent à nous tirer du labyrinthe des systèmes et à mettre de l'ordre dans les études. La médecine s'était, en outre, enrichie d'innombrables travaux d'anatomie pathologique, qui seront toujours les bases les plus solides de la pathologie; enfin ses conquêtes cliniques venaient d'être couronnées par l'admirable découverte de l'auscultation.

Dans cet état de choses, quoique bien incomplet sur plusieurs points, la science médicale reposait cependant sur des bases plus stables, avait des principes plus certains, d'après lesquels les faits nouveaux pouvaient se rattacher aux faits anciens, ce qui permettait enfin d'ajouter de nouvelles assises à l'édifice sans en bouleverser les fondements.

Les attributions scientifiques de l'Académie devaient nécessairement se régler sur l'état actuel de la science; elles devaient consister surtout à traiter et à discuter des questions isolées à l'ordre du jour, à soumettre les nouvelles idées, comme les nouvelles découvertes de son ressort, à l'épreuve du doute philosophique, à peser la valeur de certaines théories qui voudraient s'introduire en médecine ou se mettre à sa place, à examiner enfin une multitude de remèdes nouveaux que ne manqueraient pas de proposer les nombreux travailleurs de notre profession.

. . . .

Vous savez, Messieurs, que l'Académie ne fut pas exclusivement fondée dans l'intérêt de la science proprement dite, elle reçut aussi la mission de répondre aux demandes du gouvernement sur tout ce qui concerne la santé publique et principalement sur les épidémies, les endémies, les épizooties, la médecine légale, la propagation de la vaccine, les eaux minérales, les remèdes secrets, etc.

La plupart de ces attributions étaient autrefois dévolues à des commissions spéciales, qui délibéraient à huis clos et ne présentaient pas de garanties suffisantes. Ici, au contraire, les garanties abondent; tout se fait au grand jour de la publicité; toutes les questions qui vous sont soumises par l'autorité sont publiquement discutées, publiquement résolues.

Est-il besoin de vous rappeler la discussion vive et passionnée sur la fièvre jaune à l'occasion des documents si laborieusement recueillis par Chervin, cet homme d'une incroyable persévérance, qui avait consacré son avoir et usé sa vie pour résoudre une question d'étiologie et d'hygiène publique, à savoir : que la fièvre jaune n'était pas contagieuse, qu'il fallait abolir les quarantaines et démolir les lazarets? l'affaire médico-légale du docteur Hélie relative à un accouchement laborieux, consciencieusement débattue dans le sein d'une commission, dont les conclusions, approuvées par l'Académie, furent cependant considérées comme non avenues par le même tribunal qui avait consulté la Compagnie : nouvel exemple de l'incertitude qui plane sur les décisions judiciaires. Nous citerons encore la discussion si longue, si animée qui surgit à l'occasion du rapport sur la peste, d'où sortit l'institution des médecins sanitaires qui représentent la médecine française en Orient. A côté de ces questions hygiéniques et médico-légales se groupent d'autres sujets plus scientifiques qui vous ont également occupés; et d'abord la discussion mémorable sur la contagion de la morve aiguë et sa communication à l'homme soulevée par un membre de l'Académie, celle qui concernait la statistique médicale, le traitement de la fièvre typhoïde, l'opération de la paracentèse dans les épanchements thoraciques, les tumeurs fibreuses du sein, etc.

Dans toutes ces discussions scientifiques, comme dans toutes ses réponses à l'autorité, ses rapports sur diverses communications, sur les prix à distribuer, etc., l'Académie n'a pas cessé de montrer un zèle et un empressement qui justifient, nous le croyons du moins, la confiance qu'on lui avait accordée et les espérances qu'elle avait fait naître. Quatorze volumes de mémoires, quinze volumes de bulletins de ses séances témoignent de son activité et de son constant labeur. Aujourd'hui que le gouvernement lui donne une preuve de sa sollicitude en la plaçant dans des conditions meilleures, elle ne peut manquer de redoubler de zèle dans les travaux qu'il lui sera donné d'accomplir.

Après ces détails relatifs aux conditions scientifiques dans lesquelles s'est trouvée et se trouve encore placée l'Académie, M. le président trace un historique des transactions par lesquelles il a fallu passer pour obtenir le local dont on prend aujourd'hui possession; il fait ensuite une description complète des dispositions de ce local et termine par les paroles suivantes :

Ceux qui conservent le souvenir des événements passés pourront peut-être se dire que les édifices ont aussi leurs destins, *habent sua fata!* Il y a un peu plus d'un demi-siècle qu'un ministre de l'ancienne République, François de Neufchâteau, inaugurait dans le même lieu l'enseignement de la clinique médicale; c'était sous le Consulat, le premier jour de prairial an VII; Corvisart portait également la parole; la médecine s'installait dans le même vaisseau où, grâce à la bienveillance du gouvernement, l'Académie se trouve aujourd'hui réunie. Ce sont, Messieurs, de grands souvenirs, de nobles antécédents, dont nous saurons nous rendre dignes par la ferveur que nous apporterons dans nos travaux, par notre assiduité à nos réunions, par notre zèle enfin pour tout ce qui touche les intérêts de la science et de l'humanité.

M. F. Dubois lit le rapport suivant, sur le contenu des archives en ce qui concerne l'Académie royale de Chirurgie et la Société royale de Médecine :

Première partie. — *Académie royale de Chirurgie. Documents relatifs à Louis, secrétaire perpétuel.*

Messieurs, l'ordonnance de 1820, en vous donnant l'honorable et difficile mission de continuer les travaux de l'Académie royale de Chirurgie et de la Société royale de Médecine, avait prescrit que les registres et les archives de ces deux corps savants seraient remis entre vos mains.

Une lettre de feu le professeur Pelletan constate que cette remise a été faite en son temps à mon prédécesseur. L'Académie reçut alors, non pas des registres, mais cette grande quantité de cartons poudreux que vous avez pu voir si longtemps dans une des pièces de votre ancien local.

Occupé d'autres travaux, mon illustre prédécesseur, Pariset, ne chercha jamais à en examiner le contenu. C'étaient des richesses qui restaient complétement inconnues, et dont la science ne pouvait faire son profit.

Dès que votre confiance m'eut appelé à l'honneur de remplir les fonctions de secrétaire perpétuel, je pensai qu'il était de mon devoir de procéder à un examen attentif de tous ces papiers, d'en faire un inventaire exact et de les classer méthodiquement.

J'invoquai pour cela l'assistance éclairée de M. Daremberg, votre bibliothécaire; M. Daremberg s'y prêta avec le zèle et l'empressement qu'on lui connaît, et, grâce à son remarquable esprit de recherches et à ses connaissances étendues dans l'histoire de la médecine et de la chirurgie, nous fîmes de véritables découvertes dans ce monceau de cartons brisés pour la plupart.

Les documents que nous y avons trouvés étaient de deux ordres, les uns, et c'étaient les plus nombreux, provenaient de l'ancienne Société royale de Médecine, et les autres de l'Académie royale de Chirurgie; ceux-ci étaient incontestablement les plus précieux. On pouvait les subdiviser suivant qu'ils étaient relatifs à l'organisation même de l'Académie, à son régime intérieur et à son personnel, ou à sa comptabilité et à sa publication. J'ai vérifié moi-même et fait mettre dans un ordre complet tous les mémoires envoyés à la Société, avec les rapports faits en séance quand ceux-ci ont pu être retrouvés. On pourra les consulter au besoin dans la série des rapports que je me propose de vous soumettre. Je ferai connaître successivement et en détail tous les documents; j'y joindrai une indication des autographes les plus curieux. Presque tous les savants de l'Europe, dans le dix-huitième siècle, ont été en correspondance avec les deux Sociétés; de là une série de lettres dont j'ai commencé le classement.

Les documents qui concernent l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie sont très nombreux, presque tous écrits de sa main. Je me propose d'en commencer aujourd'hui l'exposition; ce sera l'objet de ce premier rapport. Parler de Louis (Antoine), de ses immenses travaux, de cette existence si glorieuse et si tourmentée, c'est faire l'histoire de l'Académie de Chirurgie.

L'établissement de cette Société remontait à l'année 1731. Nous en avons trouvé la première mention officielle dans une lettre de M. de Maurepas, en date du 12 décembre 1731, à Maréchal, premier chirurgien du roi.

M. de Maurepas l'informe que Sa Majesté approuve le projet de la formation d'une Société académique sous sa protection et sous l'inspection de son premier chirurgien; société qui sera au nombre de 70 membres, dont 10 sous le nom d'académiciens libres, et 60 sous la dénomination d'académiciens ordinaires.

Quant au laps de temps pendant lequel l'Académie de Chirurgie a continué ses travaux, nous avons dans nos archives une série précieuse de documents; c'est le relevé très complet des assemblées publiques depuis son premier établissement, en juin 1731, jusqu'à sa suppression, par décret de la Convention nationale, en août 1793.

L'Académie avait inauguré ses séances sous les auspices les plus heureux. J.-L. Petit présidait l'assemblée; Morand, secrétaire, fit une sorte de discours d'ouverture dont nous avons le manuscrit; Maréchal, Lapeyronie, Petit, Malaval prirent successivement la parole; nous n'avons que les plumitifs des autres séances; mais ces plumitifs, je le répète, sont très complets, dans un ordre parfait, et pourront servir merveilleusement à l'histoire de cette Compagnie.

Disons cependant que, dès les premiers temps de son institution, on s'aperçut que l'Académie réclamait de nombreuses modifications dans son organisation, qu'on y avait introduit des germes de troubles et que ses travaux languissaient.

Lapeyronie, qui venait de succéder à Maréchal, ne se dissimulait pas les difficultés que rencontrait, même de la part de ses propres membres, l'établissement qu'il avait contribué si puissamment à fonder. Nous avons de lui une lettre autographe datée de Versailles le 29 décembre 1740, et adressée à Faget, directeur de l'Académie; il stimule vivement ses collègues; il leur indique les travaux auxquels ils doivent se livrer. « Il est vrai, dit-il, que ces travaux sont pénibles, qu'il faut y employer bien du temps; mais pour qu'ils ne soient pas sans fruit, je ferai tous mes efforts pour obtenir du gouvernement des récompenses proportionnées à ces mêmes travaux; mais, ajoute Lapeyronie, je me suis lié les mains jusqu'à ce moment. La publication de notre premier volume les déliera, et ce sera alors que je demanderai des grades pour le corps en général et pour les particuliers qui se distingueront : j'ai lieu d'espérer en obtenir : en attendant, je fournirai moi-même aux frais des livres lorsqu'ils manqueront. »

On voit que ce grand homme préludait en quelque sorte à cette générosité sans exemple qui devait tant ajouter à sa gloire; mais en attendant le jour où il se proposait d'assurer matériellement l'avenir de l'Académie royale de Chirurgie, il venait de découvrir, pour ainsi dire, dans la foule, un jeune homme doué des plus beaux talents, d'un esprit étendu et judicieux, bien qu'un peu irritable, et qui devait un jour faire la force et l'honneur de l'Académie : on pense bien que je veux parler de Louis (Antoine), le futur secrétaire perpétuel de la compagnie.

Né à Metz en 1723, d'une famille noble et très considérée dans le pays, Louis avait fait ses premières études dans une maison dirigée par les jésuites. Son père étant chirurgien-major de l'hôpital militaire de Metz, c'est dans cet établissement que le jeune Louis fit en quelque sorte ses premières armes; il eut tout d'abord son père pour maître et pour guide. Ses progrès furent tellement rapides qu'avant d'avoir atteint sa 21[e] année il avait fait avec distinction plusieurs campagnes dans les armées en qualité d'aide et de chirurgien-major.

C'est à cette époque que Lapeyronie le fit venir à Paris; ses débuts furent brillants et justifièrent l'attente de son protecteur. Un concours était ouvert pour la place de *gagnant-maîtrise* à l'hospice de la Salpêtrière; Louis ne craignit pas de se mesurer avec des hommes éprouvés, et il sortit vainqueur de la lutte, aux applaudissements des maîtres de l'art. Un chirurgien de la trempe de Louis ne pouvait être qu'une précieuse acquisition pour la jeune Académie; il avait par devers lui la haute protection de Lapeyronie. Mais pour entrer dignement dans ce corps, Louis commença par se mettre au nombre des concurrents; l'Académie décernait annuellement des prix; Louis obtint un premier accessit en 1744; mais en 1745, son mémoire sur les *émollients* fut couronné par la compagnie.

Ses différends avec le fameux Lecat, chirurgien de Rouen, remontent à peu près à cette époque. Louis avait lu, en 1746, dans les séances publiques de l'Académie, un mémoire sur la taille pratiquée chez la femme; on connaît son procédé : une double section faite latéralement ouvre un accès facile aux tenettes et une libre issue aux calculs. Ce procédé parut judicieux; mais Lecat vint en réclamer la priorité. Lecat était un chirurgien passionné, avide de renommée; il prétendait que quatre ans auparavant, en 1742, il avait proposé un gorgeret dilatateur à lames tranchantes, qui opérait précisément la section latérale de Louis. Il en résulta entre Louis et Lecat une discussion animée, trop souvent personnelle, qui ne dura pas moins de deux années, et une inimitié qui n'eut point de terme.

C'est dans le cours de cette même année 1746 que Louis entra à l'Académie royale de Chirurgie; cette compagnie lui avait conféré, dans sa séance publique annuelle, le titre de membre associé; il n'était encore âgé que de vingt-trois ans, mais les portes de l'Académie durent s'ouvrir devant un mérite aussi éminent.

Il semble que la mort ait attendu que le protégé de Lapeyronie fût définitivement attaché à l'Académie et en mesure pour ainsi dire d'assurer l'avenir de cette Société pour frapper son illustre fondateur; l'année 1747 sera à jamais mémorable dans l'histoire de la chirurgie française par les dispositions que Lapeyronie fit insérer dans son testament.

Le détail de ces dispositions testamentaires n'est pas suffisamment connu; c'est un acte inouï de munificence qu'on ne saurait trop célébrer, et je croirais manquer là mémoire de à cette âme généreuse si je ne reproduisais ici ce qu'on peut regarder comme un véritable monument.

J'ai trouvé dans nos archives deux copies de ses dispositions, toutes deux écrites de la main de Louis; c'était la charte de l'Académie royale de Chirurgie; c'est d'après l'une de ces copies que je vais textuellement les rapporter.

« Le 17 avril 1747, au château de Versailles, par-devant deux notaires, au bailliage de Versailles; je donne et lègue à la communauté des maîtres en chirurgie de Paris ma terre de Monsigny, ses circonstances et dépendances situées dans l'élection de Château-Thierry.

» Je veux et entends que les revenus de cette terre soit employés :

» 1° A un prix qui sera distribué chaque année et qui sera d'une médaille d'or de la valeur de 500 livres;

» 2° Un jeton d'argent de quatre marcs du cent, qui seront distribués chaque jour d'assemblée aux quarante académiciens du comité, le secrétaire compris dans le nombre des quarante, à raison d'un jeton par académicien, et, dans le cas que quelques-uns desdits académiciens ne se seraient pas trouvés à l'heure fixée par le règlement, j'entends qu'ils n'auront point de part à la distribution des jetons, et que ces jetons non distribués seront partagés, savoir : moitié au secrétaire de ladite Académie et l'autre moitié aux adjoints en commençant par les plus anciens à raison d'un jeton chacun;

» 3° En 500 livres qui seront partagées chaque année pour deux cours d'accouchement, qui seront faits l'un aux élèves en chirurgie et l'autre aux sages-femmes;

» 4° Enfin, en dépenses pour l'utilité et le progrès de la chirurgie.

» Je donne et lègue ma bibliothèque......, plus 200 livres pour être employées en nouveaux achats de livres et 300 livres aussi chaque année pour le bibliothécaire qui sera nommé par mes successeurs,

» Après le décès des deux dames, mes sœur et nièce usufruitières, je lègue les deux tiers de mes revenus aux chirurgiens de Paris et l'autre tiers à ceux de Montpellier.

» Je veux et entends que les deux tiers légués aux chirurgiens de Paris soient employés :

» 1° A 3,000 livres pour chaque année au secrétaire perpétuel de l'Académie de Chirurgie;

» 2° A 2,500 livres payables aux cinq adjoints des professeurs fondés par le roi à raison de 500 livres chacun, sous la condition de faire chacun un cours pareil à celui des professeurs dont ils sont adjoints;

» Enfin, en dépenses qui seront jugées nécessaires pour les progrès et l'avantage de la chirurgie et principalement de l'Académie royale de Chirurgie.

» Je prie monseigneur le chancelier, MM. les secrétaires d'État du département de Paris et mes successeurs premier chirurgien du roi de ne jamais permettre qu'aucun des fonds que je lègue par mon présent testament soit employé aux besoins soit généraux, soit particuliers des communautés de maîtres en chirurgie de Paris et de Montpellier; mais je les supplie de vouloir bien agir de concert pour que les revenus soient uniquement employés à ce qui pourra procurer les progrès de la chirurgie et l'avantage de l'Académie royale de Chirurgie. »

Voilà, Messieurs, je l'ai déjà dit, le plus grand et le plus judicieux des actes de libéralité dont l'histoire des hommes de science fasse mention. Jusque-là l'Académie royale de Chirurgie ne s'était soutenue que par son propre zèle et par le seul amour de la science. Instituée par patente royale; soumise, pour son administration, son régime intérieur, ses élections et ses promotions, aux décisions royales, elle allait se trouver dotée et subventionnée par l'un de ses fondateurs, c'est-à-dire dans une parfaite indépendance des caprices du pouvoir; mais le décret de 1793 vint lui prouver qu'il n'est point d'institution au monde qui puisse se dire indépendante

de toute espèce d'événements. Je reviens à Louis : la mort de Lapeyronie avait été pour lui un cruel événement, il ne put jamais s'en consoler ; ses contemporains s'accordaient à dire que chaque année, dans le discours d'ouverture de son cours de physiologie, il rappelait avec attendrissement tout ce que Lapeyronie avait fait pour lui dans sa jeunesse, et des larmes accompagnaient ses paroles.

Il avait cependant trouvé dans Lamartinière, successeur de Lapeyronie, non-seulement un second protecteur, mais un juste appréciateur de son mérite.

Morand venait de rentrer à l'Académie, non pas, comme en d'autres temps, avec le simple titre de secrétaire, mais avec celui de *secrétaire perpétuel*; Quesney s'était activé et avait pris le titre de *secrétaire honoraire ;* Louis se trouvait adjoint à Morand en qualité de *commissaire pour l'extrait*. En réalité, c'était Louis qui se chargeait de tout le travail ; parfois, cependant, il refusait de se plier aux exigences de Morand : on en référait alors au premier chirurgien du roi, à Lamartinière, qui, sachant parfaitement à quoi s'en tenir sur le mérite de Morand, cherchait, en y mettant tous les égards possibles, à faire prévaloir les idées de Louis.

Ainsi, dans une lettre datée de Fontainebleau le 11 octobre 1759, Lamartinière demande à Morand si, avec un peu de patience, de remontrances et d'égards, on ne pourra pas ramener l'esprit de M. Louis ; mettez-y, lui dit-il, autant de politesse et d'égards que vous en êtes capable ; il faut faire en sorte de ne point révolter un homme qui peut autant faire d'honneur au collége que M. Louis.

Quesney avait publié le premier volume des *Mémoires de l'Académie de Chirurgie ;* il s'agissait de publier le second en 1752, l'Académie ayant déjà vingt ans d'existence. C'était un travail au-dessus des forces de Moraud ; c'est à grand'peine s'il peut fournir quarante-huit pages de sa composition. Louis y fit insérer son éloge de J.-E. Petit, et cinq mémoires sur des questions importantes de chirurgie.

Je viens de dire qu'il avait accepté les fonctions de *commissaire pour les extraits ;* Andouillé était *commissaire pour les correspondances*. Celui-ci devait répondre au nom de l'Académie à tous les savants étrangers qui envoyaient des travaux à la Société.

On pouvait s'acquitter de ces fonctions de différentes manières, ou bien adresser tout simplement des lettres de remercîments, en général louangeuses, banales au fond et sans intérêt, ou bien exprimer aux auteurs et avec pleine connaissance des faits les jugements portés par l'Académie ; en y joignant des éloges de conduite, des encouragements et même au besoin des paroles de blâme. On doit prévoir que c'est le dernier procédé que Louis a suivi ; il a laissé des modèles en ce genre pendant les absences que fit son collègue Andouillé de 1757 à 1759 ; et comme il tenait note de tout, nous avons trouvé dans les Archives *trois cahiers* écrits de sa main, contenant les copies de toutes les lettres qu'il a dû ainsi écrire au nom de l'Académie ; c'est un recueil d'un prix inestimable ; c'est l'Académie elle-même qui résume en peu de mots ses jugements sur les travaux qui avaient été soumis à son examen ; c'est une critique polie, bienveillante, mais qui comprend sa mission et ne manque jamais à ses devoirs.

Voici à cet égard quels étaient les usages de l'Académie. Le commissaire pour la correspondance rédigeait d'abord les lettres, en s'inspirant des rapports faits à l'Académie ; il reproduisait brièvement les opinions émises dans le sein de la compagnie, et cela était d'autant plus nécessaire, qu'à cette époque aucun journal ne rendait compte de ce qui se passait en séance. L'auteur ne pouvait connaître le jugement porté par l'Académie sur son œuvre que par la lettre que lui adressait le commissaire. Cette lettre elle-même n'était point lue devant l'Académie ; de sorte que rien n'était écrit en son nom sans son assentiment : circonstance qui ajoute encore à la valeur de ses documents. D'abord ce sont des *Lettres chirurgicales* dues à la plume de Louis, écrites avant qu'il ne fût secrétaire perpétuel ; puis ces lettres ont été lues devant l'Académie royale de Chirurgie et approuvées par elle.

Pour en donner une idée, je me bornerai à en citer deux ou trois. J'aurais pu les prendre au hasard, tant Louis avait apporté de soins et de conscience dans leur rédaction.

Je prendrai d'abord la seconde du premier cahier ; elle est adressée à M. Henry, chirurgien à Auxerre ; elle est datée du 18 mars 1757. Le rapport avait été fait par Levret. M. Henry avait soumis à l'examen de l'Académie une *machine* propre, suivant lui, à réduire les *luxations* et à contenir certaines *fractures*. L'inventeur donnait, bien entendu, cette machine comme supérieure à toutes celles qui étaient alors connues.

On va voir avec quelle prudence, avec quelle réserve Louis fait parler l'Académie ; une telle lettre serait un excellent modèle à suivre pour sauvegarder l'honneur et la dignité d'une compagnie savante.

La voici :

« L'Académie royale de Chirurgie a examiné, Monsieur, la machine qu'on lui a envoyée de votre part et que vous *croyez* préférable à toutes celles qui sont connues pour la réduction des luxations et pour contenir certaines fractures.

» Dans la persuasion où l'on est que les machines même les mieux organisées peuvent être aussi infidèles et aussi dangereuses que les autres moyens lorsqu'elles ne sont pas dirigées suivant les bons principes, l'Académie a toujours exhorté ceux qui lui en ont présenté de nouvelles à étudier à fond la nature des luxations et des fractures dans le *Traité des maladies des os* de M. Petit, qu'elle regarde comme un livre classique, et dans les ouvrages des grands praticiens anciens et modernes. C'est par les lumières que fournit cette étude qu'on peut apprécier le mérite des nouvelles productions en fait d'instruments.

» Pour le cas dont il s'agit, l'Académie suspend son jugement sur le vôtre jusqu'à ce que vous ayez reconnu par expérience la bonté et la supériorité que vous lui *croyez* sur les autres moyens admis par les bons auteurs.

» J'ai l'honneur d'être, etc. »

On conviendra qu'il est impossible de renvoyer plus poliment les gens à l'école. Vous proposez un nouveau moyen de réduire les luxations et de contenir les fractures, veuillez d'abord étudier à fond la nature des luxations et des fractures, et, pour cela, lisez M. Petit ; l'Académie se défie des machines, toujours aveugles dans leurs actions, souvent infidèles et dangereuses, et, pour ce qui vous concerne, *elle suspend son jugement.*

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 septembre 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Appareils destinés à porter la chaleur et le froid sur diverses parties du corps, etc.

M. Fourcault lit un mémoire sur des appareils destinés à porter la chaleur sèche et le froid anhydre sur toutes les parties du corps dans le traitement des maladies internes et externes. Il met sous les yeux de l'Académie divers modèles d'appareils qu'il désigne sous les noms d'hydrophore vaginal et d'hydrophore utérin, suivant leur destination. L'hydrophore vaginal est confectionné en caoutchouc vulcanisé ou en baudruche ; son cul-de-sac, plus ou moins étendu, correspond au col de l'utérus ; son ouverture est fermée par une rondelle en bois ou en métal, percée de deux trous, où vient s'adapter le conduit d'une pompe foulante, d'un clissoir, d'un irrigateur, et celui qui doit porter le liquide sortant de la gaîne vaginale dans un baquet ou dans une baignoire ; le pourtour de l'ouverture de cette gaîne est fixé sur la rondelle au moyen d'un bourrelet ou d'un anneau élastique. A l'aide de ce léger appareil, on établit un double courant dans le vagin sans que l'eau soit en contact avec la membrane muqueuse, et la femme, sans sortir de son lit, ou étant sur un divan, dans un bain tiède, au milieu de la vapeur, reçoit une douche, une irrigation dont elle peut sans inconvénient prolonger la durée. Ainsi, par l'action sédative et astringente du froid anhydre, on combattra les irritations et les engorgements du col de l'utérus, les vaginites anciennes, les leucorrhées rebelles ; on évitera ainsi dans bien des cas des opérations graves, et l'on aura moins souvent recours aux injections humides si souvent inefficaces. La chaleur, en agissant simultanément sur la peau, excitera son tissu, favorisera la circulation dans le réseau capillaire externe et rétablira la transpiration insensible, si souvent ralentie ou suspendue dans ces affections chroniques.

L'hydrophore utérin, semblable au précédent pour la forme, sinon pour sa longueur et pour la largeur de son cul-de-sac, est introduit dans la matrice par une tige cylindrique en bois, offrant un ou deux conduits propres à établir au besoin un double courant, ou seulement à dilater la gaîne utérine au moyen de l'air et de l'eau. L'eau agit par la compression et par la réfrigération dans la suppression des hémorrhagies ; tandis que l'air ne les arrête que par son action compressive. D'ailleurs, les deux procédés peuvent être mis en usage, comme moyen hémostatique dans d'autres cas, et aussi pour dilater des conduits qui sont le siége de rétrécissements plus ou moins considérables.

Les pessaires en caoutchouc vulcanisé peuvent être également dilatés par l'eau ou par l'air, et afin de faciliter leur application, M. Fourcault les fixe sur un support en bois ou en métal, ayant à sa partie supérieure un bouton fixe ou mobile au moyen d'un conduit formant une double anse, l'une extérieure et l'autre intérieure, suivant la courbure du pessaire ; celle-ci est percée de trous pour favoriser la sortie de l'eau ou de l'air qui doit le dilater ; celle-là se termine par un conduit unique par où ces fluides sont introduits dans la cavité, et elle rentre rapidement dans le vagin, où elle se loge et où le doigt peut facilement la saisir lorsque, par un mécanisme facile, on fait exécuter au bouton du porte-pessaire un mouvement de bascule. La femme peut donc elle-même placer et retirer son pessaire avec assez de facilité.

En suivant cette voie de perfectionnement, M. Fourcault a été conduit à modifier cet instrument, à en faire un pessaire obturateur en fermant son canal central par un diaphragme en gutta-percha, en caoutchouc ou par une substance douce, spongieuse, de manière à mettre à volonté un obstacle à la fécondation.

Dans une seconde partie de ce travail, M. Fourcault s'est proposé de rechercher les cas dans lesquels ce pessaire agénésiaque pourrait être utilement employé. Il pense que ce moyen pourrait être mis en usage dans les cas suivants :

1° L'étroitesse ou une conformation vicieuse du bassin mettant un invincible obstacle à l'accouchement naturel ;

2° Les maladies héréditaires graves, comme celles qui altèrent profondément la constitution ;

3° La débilité et l'état cachectique des deux époux ;

4° La prostitution, la débauche et une profonde misère ;

5° La surpopulation chez les peuples pauvres ou parmi ceux qui cherchent à prévenir par l'infanticide les calamités qu'elle entraîne.

Eaux minérales de Cransac.

M. Blondeau, professeur de physique au lycée de Rhodez, adresse la première partie d'un mémoire sur les eaux minérales de Cransac. L'auteur informe l'Académie qu'en s'occupant des eaux minérales sous un point de vue nouveau il a été conduit à y découvrir des principes encore ignorés, et qui jouent, à ce qu'il croit, un rôle important dans leur action sur l'économie.

Il a trouvé dans toutes les eaux minérales un peu énergiques qu'il a eu l'occasion d'analyser du sulfure d'arsenic en dissolution ; il pense que c'est à cet agent qu'il faut attribuer l'action tellement forte de certaines eaux qu'elles peuvent occasionner la mort lorsqu'elles sont prises sans discernement.

Le sulfure d'arsenic n'est pas le seul que l'on rencontre dans les eaux minérales. Ainsi, il a trouvé dans celles de Chaudesaigues des sulfures de fer, d'arsenic, de manganèse en quantités assez considérables pour que ces eaux thermales produisent de fortes incrustations de ces sulfures.

Nouvelles du choléra.

Algérie. — On lit dans l'*Echo d'Oran* du 18 août :

« Il est une nouvelle que nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs, c'est que le choléra est en pleine décroissance sur tous les points. A Bone, un seul cas en dix jours ; à Guelma extinction presque complète ; à Constantine, pas de nouveaux cas ; à Sétif, rien ; à Philippeville, rien ; à Bougie, rien. Les correspondances du sud annoncent l'apparition du fléau à Tougourt et à Temacin, et sa diminution à Biskara. »

D'un autre côté, une correspondance particulière nous marque ce qui suit, à la date du 22 août :

« Bone, Guelma, Batna, Sétif, Bougie ont en chacun quelques cas de choléra ; mais là où il exerce de véritables ravages, c'est à Sidi-Okba, à Biskara et dans le pâté de montagnes qui environnent Bougie et Sétif. Sidi-Okba a déjà perdu le tiers de ses habitants. La Kabilie de Sétif comptait, il y a quelques jours, 1,613 morts. A Biskara, la population arabe est ravagée, et la garnison a déjà fait de sensibles pertes. Nous avons à regretter la mort de deux chirurgiens sous-aides, MM. Philippe et Lacombe, et de deux capitaines de la légion étrangère dont les noms m'échappent.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 106. (23e ANNEE.) SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal parait trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Balano-posthite. Arthrite blennorrhagique. — Voici un fait recueilli par nous dans les salles de l'hôpital des Cliniques, et qui nous a semblé intéressant sous plusieurs points de vue que nous examinerons après avoir rapporté l'observation brièvement.

Le 20 août est admis et couché au n° 16 un homme de vingt-trois ans, employé, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution médiocre. Cet homme, dont l'intelligence paraît assez bornée, raconte qu'il y a six semaines, il a contracté une blennorrhagie qui dure encore. Quinze jours après l'apparition de l'écoulement, douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, survenues sans que le malade puisse les rapporter à aucune cause connue. Il ne s'est point exposé au froid ni à l'humidité, ne s'est pas fatigué, et n'a pas fait de plus longues courses qu'à l'ordinaire. Interrogé avec soin sur la question de savoir si l'écoulement a diminué à ce moment de la maladie, et si cette diminution a précédé ou suivi l'apparition de cette douleur articulaire, le malade répond qu'en effet, à peu près à la même époque, l'intensité de l'écoulement a diminué; il dit se rappeler d'une manière positive que la douleur a précédé cette diminution d'abondance.

Au moment où le sujet ressentit les premières douleurs, il ne s'aperçut ni de gonflement, ni de rougeur des téguments de l'articulation. Ce ne fut qu'assez longtemps après que le coude-pied augmenta de volume et que la peau devint rouge.

A la première visite, le 21 août au matin, on constate une tuméfaction générale, mais non très considérable, de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Les saillies des tendons extenseurs, des malléoles, sont cependant comprises dans cette tuméfaction, qui les absorbe. Rougeur très peu prononcée, assez notable néanmoins pour que l'on ne puisse la révoquer en doute. Les mouvements communiqués déterminent une vive douleur. La marche est impossible. Le malade a gardé le lit pendant tout le mois qui vient de s'écouler. Deux saignées générales ont été pratiquées par le médecin qui le soignait en ville.

On prescrit 25 sangsues sur l'articulation; cataplasmes émollients; deux portions.

Le lendemain, M. Jarjavay examine les parties génitales. Il s'aperçoit, à son grand étonnement, qu'il n'y a pas d'urétrite, non plus que d'écoulement par le canal de l'urètre, mais seulement inflammation très vive de la membrane préputio-glandulaire, dont la surface sécrète une énorme quantité de pus. Le malade assure que l'écoulement dont il a signalé l'existence n'a jamais été d'une autre nature et n'a jamais eu d'autre siége qu'aujourd'hui.

Le 23, les douleurs du coude-pied sont moins vives, les parties sont moins tendues. — Nouvelle application de 25 sangsues au même endroit.

Le 26, on constate une diminution très sensible de la tuméfaction; les tendons des orteils deviennent plus saillants, se dessinent mieux, ainsi que les malléoles; les douleurs sont moins vives. — Encore 20 sangsues.

Le 30, l'amélioration continue. On pratique l'opération du phimosis par le procédé de M. Jules Cloquet.

Le 1er septembre, amendement très sensible dans l'état inflammatoire du gland et du prépuce. La suppuration est beaucoup moins abondante. Le malade entre en convalescence.

Nous avons dit que ce fait soulevait plusieurs questions d'une certaine importance; celle-ci d'abord : une simple balano-posthite, mais intense, sans écoulement urétral, peut-elle être accompagnée d'une arthrite, et dans ce cas l'arthrite est-elle de même nature que l'arthrite dite blennorrhagique?

Dans l'arthrite blennorrhagique, la diminution de la suppuration précède-t-elle ou suit-elle le développement de la maladie articulaire; en un mot, est-elle cause ou effet; y a-t-il métastase ou révulsion?

Nous devons dire, en réponse à la première question, que nous ne connaissons jusqu'à présent aucun fait que l'on puisse invoquer à l'appui de cette opinion, qu'il y aurait arthrite blennorrhagique en l'absence d'écoulement urétral. M. Ricord affirme n'avoir jamais rencontré un cas d'arthrite véritablement blennorrhagique qui ne coïncidât avec une inflammation de la muqueuse du canal. Cette opinion est également celle d'un jeune confrère, chirurgien militaire, M. Auguste Lefebvre, qui vient tout récemment de soutenir à la Faculté une dissertation inaugurale remarquable sur l'arthrite blennorrhagique. Chez le malade actuel, il n'y a pas eu depuis son entrée d'écoulement urétral, et cependant il nous paraît difficile de ranger autre part que parmi les arthrites blennorrhagiques l'affection dont le sujet est atteint.

Une objection pourrait être faite. Le malade s'est-il bien observé; est-il certain qu'au commencement de la maladie la balano-posthite n'ait pas été accompagnée d'urétrite, laquelle aurait cessé? Rien ne porte à le croire. Le sujet, eût-il eu une urétrite, n'avait aucun intérêt à la cacher, et aurait, nous le pensons, avoué la blennorrhagie comme il a dû avouer la balanite qu'il présentait alors. Ce serait là la seule objection sérieuse que l'on pourrait faire, en ajoutant que sous l'influence de la révulsion produite par l'inflammation articulaire l'écoulement aurait disparu sans laisser de trace. Mais ce serait ici une simple hypothèse à l'appui de laquelle on ne pourrait invoquer aucune preuve, et d'ailleurs, nous le répétons, le malade n'aurait eu aucun intérêt à cacher cette circonstance.

Et, de plus, nous dirons : si un simple cathétérisme chez un homme ne présentant aucun écoulement urétral a pu déterminer une arthrite blennorrhagique, comme M. Velpeau en a cité un fait dans sa *Clinique chirurgicale*, qu'y a-t-il de plus étonnant à voir une balano-posthite intense déterminer un résultat analogue? Nous sommes donc, en résumé, de l'avis de M. Jarjavay, qui voit, dans ce cas, un exemple d'arthrite dite blennorrhagique déterminée par une simple balano-posthite intense.

Passons à la seconde question : La diminution ou la suppression de la suppuration précède-t-elle ou suit-elle le développement de l'arthrite; est-elle cause ou effet? Vouloir résoudre cette question d'une manière absolue serait de la présomption.

Il existe des cas où la suppression de l'écoulement a précédé la production de l'arthrite. Ici l'on peut admettre la métastase, quoique l'on puisse également, et nous disons ceci pour ceux qui aiment peu la doctrine des métastases, attribuer la production de l'arthrite à la même cause qui a déterminé la suppression de l'écoulement.

Dans une seconde catégorie de faits, une arthrite se produit pendant le cours de la maladie primitive, de l'affection vénérienne, sans que cette affection constitue autre chose qu'une prédisposition; le rhumatisme est déterminé par une cause occasionnelle le plus souvent appréciable, telle que le froid, un excès de fatigue, une contusion, etc.

Enfin, dans une troisième série de faits, il n'y a d'autre cause déterminante de l'arthrite que l'existence de la blennorrhagie. C'est à cette dernière série que nous devons rapporter le fait que nous venons de citer, tout en tenant compte de cette circonstance que ce n'était pas un écoulement urétral, mais ce que l'on appelait, il y a peu de temps encore, une blennorrhagie bâtarde qui existe chez le sujet.

Ces considérations, pour nous, ne sont pas nouvelles. Nous les avons, il y a quatre ans, consignées dans un travail adressé à la Société de médecine de Bordeaux et publié dans le journal de cette Société. L'expérience des faits nous a depuis cette époque de plus en plus confirmé dans notre manière de voir, que nous avons eu le plaisir de voir partagée par plusieurs honorables confrères. Nous ajoutions et nous croyons pouvoir faire encore au cas actuel l'application de cette réflexion : Dans ces deux dernières catégories, il y a quelquefois suppression de l'écoulement consécutive au développement du rhumatisme quand celui-ci est très intense. Ce n'est point alors une métastase qui s'opère, mais il y a simplement révulsion produite par un travail inflammatoire plus intense dans le point secondairement pris que dans celui primitivement affecté. C'est très probablement ce qui s'est passé chez ce sujet, qui nous a affirmé que deux ou trois jours après l'apparition du gonflement articulaire la suppuration avait diminué d'abondance. Nous disons probablement, parce que nous n'admettons jamais sans restriction les assertions des malades, lorsque nous n'avons pas été à même de les vérifier par nous-même.

Enfin, le dernier point sur lequel nous attirons l'attention, c'est le siége que dans ce cas a affecté l'arthrite. On sait que le lieu d'élection pour le rhumatisme blennorrhagique, c'est le genou. Ici, sans cause connue, c'est l'articulation tibio-tarsienne qui a été prise. C'est, d'après la statistique que nous avons établie dans notre travail, celle qui est le plus souvent affectée après le genou.

Phlébite spontanée. Guérison avec rétablissement de la circulation. — Une femme de cinquante-quatre ans, cuisinière, entre à la Clinique le 22 juillet dernier. Depuis longtemps elle porte des varices; dans ces derniers temps, elle a fait des excès de travail toujours debout. Six jours avant son entrée à l'hôpital, il se manifeste une tuméfaction de la partie interne de la jambe droite avec rougeur, chaleur, s'étendant jusque vers le milieu de la hauteur de la partie interne de la cuisse. On constate une traînée rouge partant de la malléole interne jusqu'au milieu de la cuisse, située sur le trajet de la veine saphène interne, présentant au toucher la sensation d'une corde de deux centimètres environ de diamètre. De distance en distance, on sent des nodosités au niveau des valvules. Œdème de la partie dorsale du pied. On prescrit des frictions avec l'onguent napolitain et des cataplasmes.

Le 25, l'état de la malade est meilleur, la tuméfaction est moindre ainsi que la rougeur. Le lendemain, toute trace de maladie a disparu sur la jambe, l'œdème du pied diminue; mais on note encore à la partie inférieure de la cuisse une saillie cylindrique rouge, très enflammée. Pendant les quelques jours qui suivent, le travail inflammatoire se prolonge vers la partie supérieure de la cuisse, où l'on trouve avec la rougeur de l'angioleucite une sorte de corde suivant, à la partie interne, la direction de la fémorale. Vomissements et selles liquides. Tuméfaction et douleur des ganglions de la région sous-maxillaire. Application de sangsues sur le trajet de la fémorale enflammée.

Sous l'influence de cette émission sanguine locale, l'état de la malade s'améliore sensiblement; plus de rougeurs à la jambe ni au genou. Le cordon qui répond à la saphène est moins volumineux. Quelques nodosités qui répondent à certains points de la veine.

Le 1er août, les douleurs ont un peu diminué dans la région sous-maxillaire.

Le 2, la rougeur de la cuisse a considérablement diminué; la région sus-hyoïdienne est moins douloureuse.

Le 3, tout paraît rentrer dans l'ordre. Il ne reste qu'une légère rougeur à la cuisse. On supprime le cataplasme à la jambe et au pied.

Le 4, rechute. On dirait une bouffée inflammatoire qui s'empare du membre inférieur une seconde fois et suit le trajet des vaisseaux. — Cataplasmes émollients.

Le 6, des veines variqueuses se développent sur les membres inférieurs, teinte bleuâtre du membre, œdème de la jambe et du pied. De ce moment au 16 août, pas de changement bien notable dans l'état de la malade; diminution du gonflement de la jambe, mais persistance d'un peu d'œdème au pied.

Le 20, tout allait bien, lorsque tout à coup on s'aperçut le matin, à la visite, du développement d'une phlébite de la saphène interne du côté gauche. Cordon noueux et douloureux dans la moitié supérieure de la cuisse. A la partie interne du genou, nouveau cordon et nodosités, rougeur de la peau, s'étendant jusqu'au quart supérieur de la jambe. Tout à fait en bas, autres nodosités. Pas de symptômes généraux de réaction fébrile; la malade ne se plaint que de douleurs. — Application de sangsues; cataplasmes.

Les jours suivants, la rougeur et la douleur diminuent; résolution; cependant on sent encore les cordons veineux.

Le 25, les veines sont moins remplies, libres dans beaucoup de points sur la jambe droite. Sur la jambe et la cuisse gauches, persistance des cordons signalés, mais moins volumineux.

Le 30, il n'y a plus que deux points engorgés, au niveau du genou et à la partie supérieure de la cuisse.

Le 2 septembre, on ne rencontre plus qu'un petit noyau à la partie supérieure de la fémorale, et un autre au niveau de la région poplitée, sur le trajet de la saphène interne du côté gauche.

Nous avons rapporté ce fait en détail, parce qu'il nous a semblé des plus curieux et des plus intéressants. Il présente en effet un exemple de phlébite spontanée, adhésive, survenue dans un membre, avec établissement d'une circulation collatérale pendant l'oblitération des vaisseaux veineux principaux, puis résorption des caillots, perméabilité nouvelle des veines malades, et disparition de la circulation veineuse supplémentaire. Au bout de quelques jours, et une fois obtenue la guérison du membre droit, nouvelle phlébite du membre inférieur gauche, avec succession de phénomènes exactement semblables à ceux que l'on avait observés à droite; le tout terminé par la convalescence. Les cas de ce genre sont assez rares dans la science pour mériter d'être enregistrés avec soin.

Cautérisation de l'oreille dans la sciatique. — Nous avons promis de donner des nouvelles des deux malades ainsi traités, et dont nous avons rapporté l'histoire dans notre dernière *Revue*.

Le sabotier couché au n° 8 de la salle Saint-Antoine, et qui fut cautérisé par M. Jobert le 26 août, affirmait, une heure après l'opération, qu'il était complétement guéri. Depuis ce moment la douleur n'a pas reparu, et le malade a voulu sortir le troisième ou quatrième jour après l'application du feu. Nous ferons observer que par précaution, et pour éviter toute influence des idées préconçues, on avait eu soin de ne pas parler devant le malade de la méthode que l'on se proposait d'employer, ni des résultats obtenus chez d'autres individus. Aussi fut-il très surpris de la médication mise en usage sur lui, et doit-on ajouter toute créance à la déclaration qu'il fit de la disparition de toute douleur.

La demoiselle âgée dont M. Vigla a rapporté le fait en quelques mots à ses auditeurs a éprouvé, avons-nous dit, une amélioration sensible dans son état; cependant un engourdissement bien marqué a persisté. En somme, la malade trouve que la méthode lui a procuré un soulagement incontestable. Mais ce soulagement n'a pas été plus grand que celui qu'avait apporté chacun des moyens révulsifs ou autres qui jusqu'alors avaient été prescrits et essayés contre cette névralgie rebelle.

Depuis le 26 août, la cautérisation auriculaire a été mise

en usage dans le même service chez une femme affectée de sciatique double, et en même temps d'une légère complication catarrhale. Les deux oreilles ont été touchées successivement : le résultat a été négatif; la douleur n'a pas été modifiée, ni dans son intensité, ni dans son étendue. La complication catarrhale a-t-elle été pour quelque chose dans le peu de réussite du moyen nouveau ? Nous ne savons. On voit que jusqu'à présent l'expérience a confirmé les résultats annoncés par M. Malgaigne, d'après sa pratique personnelle. Le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis admet environ un tiers de guérisons instantanées et complètes, un tiers de demi-succès, et enfin un dernier tiers d'insuccès. Nous y reviendrons encore si l'occasion se trouve de nouveau, ou si quelque considération nouvelle se présente à ce sujet.

Amputations partielles ou résections du testicule. — Nous devons, avant de terminer cette *Revue*, réparer une erreur par omission et tout à fait involontaire que nous avons commise dans l'article consacré à un sujet chez lequel M. Jobert a pratiqué l'amputation partielle du testicule.

Les termes dans lesquels est rédigé cet article pourraient donner à croire que l'opération originale dont il est ici question appartient exclusivement à M. Jobert, qui l'aurait pratiquée le premier. Notre devoir, avant tout, est d'être impartial et de rendre hommage à la vérité. C'est à M. Malgaigne qu'est due la première idée de cette résection testiculaire ; c'est également lui qui l'a pratiquée le premier. Nos lecteurs auront, du reste, fait déjà eux-mêmes cette rectification, en se rappelant une leçon clinique faite il y a quelques semaines à peine par le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 juillet dernier.

Dans cette leçon se trouvent consignés deux faits de résections partielles du testicule pratiquées chez des sujets affectés, l'un de fongus tuberculeux, l'autre de fistules tuberculeuses de l'organe. Chez les deux malades, les parties désorganisées furent enlevées couche par couche avec l'instrument tranchant. Dès que l'on fut arrivé aux parties saines du testicule, on tenta la réunion, et, dans les deux cas, on parvint à obtenir la guérison sans être obligé de recourir à l'amputation totale de l'organe. Outre que l'opération est beaucoup moins dangereuse, on sait que la castration réagit d'une manière fâcheuse sur le moral des malades, et les plonge dans un chagrin qui souvent abrège leur existence. N'y eût-il que cette considération, elle doit être d'une haute importance pour le chirurgien.

On comprendra facilement les motifs qui nous ont décidé à écrire ces quelques lignes de rectification. Nous devions à M. Malgaigne de lui restituer une idée ingénieuse et utile qu'il a émise et appliquée le premier, et M. Jobert est un esprit trop original et trop riche de son propre fonds pour que nous hésitions, même à son préjudice, à rendre à chacun ce qui lui appartient. Z...

Addition à la séance de l'Académie de médecine du 3 septembre.

Suite du rapport de M. Fr. Dubois.

La troisième lettre est plus sérieuse, ou du moins elle touche à des points plus délicats, plus difficiles à traiter.

Il est admis en principe dans le monde savant que tout observateur connu comme un homme honorable doit être cru sur parole ; si, dans le récit des faits scientifiques, on était tenu d'administrer ses preuves, comme en matière judiciaire, il n'y aurait plus de sciences possibles; mais ceci suppose une condition, c'est que dans le même récit des faits, la vérité paraît respectée de tout point, et qu'aucune contradiction ne vient faire suspecter la bonne-foi de l'auteur. Or, M. Delafitte, lieutenant de M. le premier chirurgien du roi à Tarta, avait envoyé à l'Académie diverses observations, puis des éclaircissements sur ces mêmes observations, et il se trouvait que l'auteur, oubliant ce qu'il avait d'abord annoncé, donnait une version qui ne s'accordait plus avec la première, et qu'il paraissait avoir voulu induire l'Académie en erreur.

C'était grave, et il était difficile de dire à un auteur, au nom d'un corps savant, sinon qu'il en avait imposé, du moins qu'il s'était contredit, et que les choses n'avaient pas pu se passer comme il l'avait dit. Le rigide Louis n'a pas manqué ici à son devoir, il l'a même fait sans trop voiler les choses.

Mais c'est la sixième lettre qui va nous offrir un remarquable exemple de cette inflexible rigidité de Louis quand il trouvait que, d'une part, on manquait à ses devoirs envers l'Académie, et que, d'autre part, on manquait à la science.

M. Devilliers, greffier de M. le premier chirurgien du roi, au Mans (c'était dans la hiérarchie chirurgicale un titre aussi recherché que celui de lieutenant), avait été nommé correspondant de l'Académie en 1752.

Ce M. Devilliers avait fait insérer dans un journal du temps, dit *Recueil périodique d'observations*, la relation d'une ouverture de corps faite par lui. Aux termes des règlements, c'était manquer à ses devoirs de membre correspondant; il aurait dû donner la préférence à l'Académie.

Gardien vigilant des prérogatives de sa compagnie, Louis lut en séance, le 14 juillet 1757, la lettre qu'il se proposait de lui adresser au nom de l'Académie.

Malheureusement pour M. Devilliers, l'observation qu'il avait portée ainsi à la connaissance du public n'avait pas une grande valeur, et Louis ne manqua pas de le lui faire sentir, avec politesse sans doute, mais avec très peu de ménagement pour l'amour-propre du correspondant.

Cette lettre de Louis est curieuse à plus d'un titre; elle donne une idée des obligations que les correspondants contractaient envers l'Académie de l'autorité avec laquelle le commissaire de ce corps pouvait leur parler, et enfin de la manière dont Louis s'acquittait de cette tâche.

Je la reproduirai textuellement :

« Lorsque l'Académie royale de Chirurgie, Monsieur, vous a accordé des lettres de correspondance, vous avez contracté avec elle l'engagement honorable de lui faire part de vos découvertes et de vos observations. Par une conduite contraire à cet engagement, vous avez communiqué au *Recueil périodique d'observations de médecine* la relation succincte de l'ouverture du corps d'un homme mort de rétention d'urine, en qui vous avez trouvé quatre uretères.

» L'Académie ne peut empêcher aucun de ses membres de donner ses observations particulières aux journaux; mais elle désirerait qu'on s'abstînt, dans ce cas, de prendre la qualité par laquelle on lui appartient; elle aurait même le droit de l'exiger, aux termes de l'article 48 du règlement donné par le roi en 1751, et qui est imprimé en tête du second volume de nos mémoires. Cet article est ainsi conçu : « Aucun académicien ne pourra prendre cette qualité dans les ouvrages qui n'auront pas été approuvés par l'Académie; ceux qui contreviendront au présent article seront exclus de plein droit de l'Académie. » Jugez, Monsieur, si l'ordonnance est si sévère contre les propres membres de l'Académie sans considérer le mérite de l'ouvrage, de ce qu'elle pourrait être contre ceux qui ne lui sont pas attachés par des liens aussi étroits. On souhaiterait cette soustraction de qualité à titre de bienséance lorsqu'on publie des choses qui ne sont pas d'une grande valeur. Votre observation est un fait anatomique fort simple; vous avez vu quatre uretères parce qu'ils s'y sont trouvés; cela ne suppose ni capacité, ni vue, ni esprit de recherches, et cela ne vous a donné lieu de tirer aucune conséquence utile.

» La réflexion par laquelle vous terminez l'exposé de ce fait, toute courte qu'elle est, a paru manquer de justesse. Ce qui devait sauver le malade concourut, dites-vous, à sa mort; mais ce qui devait sauver le malade, c'était les quatre uretères, qui présentaient plus de débouchés à l'urine qu'on n'en a ordinairement, et ce ne sont pas ces quatre uretères qui ont concouru à la mort, ce sont les pierres qui bouchaient ces canaux : en sorte que le malade serait mort bien plus tôt s'il n'avait eu que deux uretères.

» Voilà, Monsieur, ce que l'Académie me charge de vous mander. Je serais bien plus satisfait d'avoir quelque chose d'agréable à vous dire de sa part; je vous prie de croire qu'en mon particulier je suis avec beaucoup d'estime et de considération, Monsieur, votre très humble serviteur, etc. »

Je m'arrête, Messieurs, avec regret, dans des citations qui m'entraîneraient trop loin; il me suffira d'avoir signalé l'importance de ce recueil de lettres; c'est un véritable cours de chirurgie pratique. L'Académie royale de Chirurgie dictait, et Louis tenait la plume!

C'est dans le cours de cette même année 1757 que Louis fut nommé substitut de Dufouart à l'hôpital de la Charité; c'était alors la plus grande école de chirurgie pratique. Presque tous les grands maîtres y avaient passé depuis 1724.

Mais malheureusement pour la science et pour lui-même, Louis n'y put rester en exercice que quatre ans, c'est-à-dire jusqu'en 1761. Louis était d'un caractère élevé et généreux, mais facile à blesser. Presque toujours en querelle avec les frères de la Charité, qui prétendaient gouverner jusqu'aux services de chirurgie, Louis, après de longues luttes, finit par se retirer. Il prit même le parti de rentrer dans le service militaire, et il se rendit à l'armée du Rhin en qualité de chirurgien-major consultant.

Il avait dû suspendre ses fonctions à l'Académie; mais la paix ayant été conclue en 1763, la compagnie vit heureusement rentrer dans son sein celui qui devait le plus contribuer à ses travaux et à sa gloire.

Les tomes II et III des Mémoires avaient paru, il est vrai, sous le secrétariat de Morand; mais c'est à peine si celui-ci avait participé à leur rédaction; 12 pages 1/2, c'était tout ce qu'il avait pu insérer dans le troisième volume; Louis en avait donné 238 sur 656!

Quant aux tomes IV et V, la proportion de ses travaux dépassa tout ce qu'on pouvait attendre d'un seul homme. Dans le tome IV, sur 750 pages, il en donna 393; et dans le tome V, sur 893, il en donna 481! plus de la moitié. Mais il est temps de dire comment il en devint le seul rédacteur.

Il y avait dans le sein de l'Académie un *comité dit de librairie*; c'était notre comité de publication. Il devait prendre connaissance de toutes les pièces destinées à l'impression; le règlement le voulait ainsi; mais Morand prétendait qu'en sa qualité de secrétaire perpétuel il ne devait pas être tenu de soumettre sa rédaction aux membres de ce comité, et déjà il avait fait imprimer les quatre premières feuilles du quatrième volume; mais l'Académie avait alors à sa tête un directeur d'une grande fermeté; c'était Pibrac, qui trouva lui-même un appui constant dans Lamartinière. Nous avons dans nos archives toute leur correspondance à ce sujet.

Les quatre feuilles d'épreuves furent soumises au comité, avec le reste de la copie de Morand. Ici il faut rendre hommage à la loyauté de Louis; il a déposé dans les archives non-seulement ses remarques sur le texte de Morand, mais ce texte lui-même en épreuve, afin qu'on pût juger de la force et de l'impartialité de ses observations. La dernière séance du comité à ce sujet eut lieu le 22 juillet 1764. Pibrac, dans sa lettre de communication, avait supplié ses collègues de juger par eux-mêmes, pour l'honneur de M. Morand et pour l'honneur de l'Académie, et Pibrac ne fit pas en vain cet appel à l'honneur et à la conscience des membres de ce comité. Ceux-ci, bien que parents et amis pour la plupart de Morand, déclarèrent d'une voix unanime qu'il fallait mettre *au rebut* tout ce que le secrétaire perpétuel avait préparé pour entrer dans le quatrième volume, et qu'il fallait charger M. Louis de la composition et de la publication de ce volume.

C'est par suite de ces débats, qui durèrent près d'une année, que Morand dut se démettre de sa place de secrétaire perpétuel en faveur de Louis.

Morand y mit toutefois quelques conditions; celles, par exemple, de partager avec son successeur les trois mille livres léguées par Lapeyronie et d'être nommé directeur pour l'année suivante.

Une fois nommé secrétaire perpétuel, Louis se livra avec plus d'ardeur que jamais à ses travaux académiques. J'ai déjà parlé de la part qu'il avait prise à la composition des volumes des Mémoires. Mais comme secrétaire perpétuel il avait d'autres devoirs à remplir. D'une part il avait à prononcer dans les séances publiques *les éloges* des membres décédés et à faire des discours sur les prix décernés par la Société. Pour les éloges, il n'en était pas à ses débuts. Indépendamment de l'éloge de J.-L. Petit, inséré dans le second volume des Mémoires de l'Académie, il avait prononcé en 1759, aux écoles de chirurgie, les éloges de Bailleul, Malaval et Verdier.

Son premier éloge comme secrétaire perpétuel a été celui de Rœderer, prononcé en 1765; son dernier celui de Pipelet, en 1792, un mois avant sa mort. Dans l'intervalle, il a composé cette longue série d'éloges, presque tous inédits, que l'Académie possède dans ses archives, et qu'il se proposait de publier lui-même en une seule édition vers la fin de sa vie.

Mais ce genre de production lui-même, qui semblait ne devoir lui concilier que des félicitations et des amitiés, fut pour lui une source de persécutions et de chagrins. C'est que Louis s'était fait une loi dont il ne s'est jamais départi; à savoir : d'être historien et non panégyriste; de n'accorder jamais de louanges aux dépens de la vérité. Mais il sut bientôt ce que devait lui coûter cette manière de comprendre les éloges académiques.

Le 6 avril 1769 il prononça l'éloge de Lecat. On connaissait l'inimitié qui les avait divisés; on avait peut-être des préventions; lui-même sentait tout ce que sa position avait de difficile et de délicat. La mort de Lecat était récente; ses amis, ses parents étaient présents à la séance; il avait à la fois, comme il l'a dit lui-même, à satisfaire aux égards que méritaient la compagnie, le public et la vérité. Il ne se souvint que d'une chose, c'est que l'éloge de Lecat devait faire partie de l'histoire de l'Académie, laquelle histoire devait être lue dans des temps éloignés, où l'amitié, les affections, les souvenirs qui préviennent les contemporains ne devaient plus avoir la même influence. Sans cesser d'être juste, impartial et même bienveillant, il sut donner une peinture exacte et fidèle des talents et du caractère de Lecat.

Mais qu'arriva-t-il? Un mois après le 6 mai, il reçut de la veuve de Lecat la lettre suivante conservée dans nos archives :

« Monsieur, je serais fâchée de vous laisser ignorer l'amertume cruelle que j'ai ressentie à la nouvelle de ce qui s'est passé à la séance publique de l'Académie de Chirurgie concernant la mémoire de mon mari.... Vous n'avez pas craint d'aller fouiller dans sa tombe pour arroser sa cendre d'un fiel d'autant plus amer qu'il a séjourné longtemps dans votre cœur. Que n'ai-je hérité du génie et de l'esprit qui l'anima! je me ferais un triomphe et une gloire de venger la mémoire d'un époux que vous n'avez jamais attaqué impunément lorsqu'il pouvait se défendre. Sa réputation, que vous avez toujours craint et dont l'éclat vous a toujours blessé, vivra éternellement, et la satire que vous avez lancée contre elle mourra avec son auteur. »

Cette lettre avait été dictée à la veuve de Lecat par les ennemis de Louis; ce n'est pas là le langage de la douleur.

La réponse que fit Louis est pleine de dignité et de modération.

La voici :

« Madame, on vous a trompée dans les rapports qu'on vous a faits de ce qui s'est passé à l'occasion de l'éloge de M. votre mari prononcé à la séance publique de l'Académie royale de Chirurgie. Je me suis fait un honneur et un devoir de lui rendre toute la justice qu'il méritait, et j'ose dire qu'il est moins loué dans les divers ouvrages périodiques qui ont célébré ses talents et ses vertus, d'après les renseignements que vous avez fournis, que dans le discours que j'ai consacré à sa mémoire. Les injures que vous me dites d'après des bruits vagues et si peu fondés et les sentiments honteux que vous me prêtez ne me feront pas changer. La science en général et la chirurgie en particulier regrettent M. Lecat, et je souscris avec grande satisfaction à tout le bien qu'on a dit de lui. Ma réputation, qu'il m'est précieux de conserver, ne peut souffrir aucune atteinte de vos injustes emportements : M. le premier chirurgien du roi et la Compagnie dont j'ai l'honneur d'être l'interprète ont approuvé mon travail. Je croirais même pouvoir me flatter de votre approbation s'il vous était possible d'examiner de sang-froid ce que j'ai dit et de me savoir gré de ce que j'ai tu.

» Je suis avec respect, Madame, etc. »

Mais les choses n'en restèrent point là; Lecat avait laissé un gendre dans l'Académie, David; celui-ci avait rédigé une plainte en forme contre l'éloge de Lecat, plainte adressée à l'Académie et qui se terminait par les conclusions suivantes :

« Je demande :

» 1° Que M. Louis remette dans ce jour à M. le directeur la pièce intitulée : *Éloge de Lecat*, pour en faire l'usage que l'Académie trouvera bon;

» 2° Qu'il soit tenu de déclarer publiquement qu'il reconnaît M. Lecat pour un très habile anatomiste, pour un excellent physicien et pour un très grand chirurgien, qualités qu'on ne lui accorderait sûrement pas d'après le portrait que M. Louis en a voulu faire;

» 3° Enfin, que la délibération qui aura été prise à ce sujet par l'Académie soit inscrite dans ses registres. »

La demande de David tombait dans le ridicule; il eût été curieux de mettre aux voix l'obligation imposée à M. Louis de reconnaître M. Lecat pour un très excellent physicien, un très grand chirurgien, etc., etc. ! Cependant, les ennemis de Louis avaient poussé de telles clameurs que l'Académie crut devoir nommer une commission pour examiner de nouveau et sincèrement l'éloge de Lecat; cette commission, composée de Bordenave, Fabre, Sabatier et Goursaud, fit son rapport le 8 juin suivant; Sabatier en fut l'organe; son manuscrit est dans nos archives. La conclusion est que l'éloge prononcé par M. Louis est un tableau exact de la vie de M. Lecat, qui y est représenté comme un homme de beaucoup d'esprit, avide de

connaissances, très versé dans son art, zélé pour l'honneur des lettres et pour celui de la chirurgie, etc.

Je viens de vous montrer, Messieurs, que le hasard place quelquefois un secrétaire perpétuel dans une position difficile et délicate; lorsqu'il a, par exemple, à prononcer l'éloge d'un collègue qu'il comptait parmi ses ennemis, qui l'avait peut-être en d'autres temps blessé, outragé; nous venons de voir que ceci est arrivé à Louis; mais, ce qu'il y a de plus étrange, c'est que le même David, ce gendre de Lecat qui s'était mis à la tête des adversaires de Louis, dut à son tour devenir l'objet d'un des éloges prononcé par Louis! Enlevé par une mort prématurée à l'âge de quarante-sept ans, il fut publiquement et dignement loué par l'homme qu'il avait si vivement poursuivi.

C'est ainsi que Louis se vengeait de ses adversaires.

Voilà les accusations que Louis avait sans cesse à repousser et les débats dans lesquels il usait en quelque sorte sa vie; et, comme il avait pris le parti de ne plus livrer ses éloges à l'impression, qu'on ne les connaissait que par une lecture rapide, ses ennemis avaient pu accréditer le bruit que c'étaient autant de critiques et de satires; s'il nous est donné un jour de les publier, on verra que, cherchant à les élever à la hauteur de l'histoire, il les a tous écrits avec la plus grande impartialité et que parfois il a été plutôt indulgent que sévère; c'était du reste l'opinion de Sue, qui déjà de son temps les avait lus et examinés avec attention, qui les avait trouvés corrigés de la main de Louis; c'est à Sue, en effet, que nous devons la conservation de ces précieux manuscrits : il les avait réunis, annotés pour la plupart et conservés ainsi dans les cartons de la Société.

Il est maintenant une question qui resterait peut-être ici à examiner; ce serait celle de savoir jusqu'à quel point la critique peut s'exercer dans l'éloge académique. Le secrétaire d'une Académie doit-il, comme le veut Louis, se placer dans des conditions de parfaite et rigoureuse impartialité? doit-il, le lendemain de la mort de ses collègues, et comme on le faisait, dit-on, pour les anciens rois d'Egypte, se poser en juge de leurs faits et de leurs gestes, de leur vie tout entière? En théorie, le principe a été posé, je le sais, et Louis renvoyait sans cesse ses adversaires à l'article de l'*Encyclopédie;* mais on vient de voir ce qui en est résulté pour lui-même dans l'application. Le sage Fontenelle s'est bien gardé, dans le cours de sa longue carrière académique, de montrer cette sévérité à l'égard de ses collègues; tout en acceptant la vérité seule, on l'a vu insister de préférence sur les travaux qui pouvaient faire honneur à leur mémoire, en montrer le mérite, la valeur, disant sans doute avec Horace : *Ubi plura nitent, non offendor maculis!* Telle n'a pas été non plus la règle de conduite de Vicq-d'Azyr, l'éloquent interprète de la Société royale; ce qu'il cherchait surtout à saisir dans ses beaux éloges, c'était l'idée éloquente qui avait dû être le principe des actes de ses confrères et le louable mobile de leurs travaux : c'est ainsi, disait-il, que dans Fothergill j'ai vu l'amour de l'humanité; dans Haller, l'amour de la gloire; dans Linnée, l'amour de la nature, etc.

S'il m'était permis d'avoir ici une opinion, Messieurs, je dirais qu'entre Louis et Vicq-d'Azyr je n'hésiterais pas un moment; malgré mon admiration pour le savoir de Louis, mon respect pour ses décisions, c'est l'opinion de Vicq-d'Azyr que j'adopterais : Vicq-d'Azyr était plein de sensibilité, et, quand il écrivait, c'était son cœur autant que son esprit qui conduisait sa plume.

« Telles ont été mes vues, s'écriait-il, dans la rédaction des éloges dont je suis chargé depuis dix années.

» J'atteste les mânes de ces grands hommes que je n'ai pas à me reprocher d'avoir négligé la moindre circonstance qui pût intéresser leur gloire, que je ne parlais jamais sans émotion de leurs succès; et que si mes talents avaient égalé mon zèle, ils auraient été loués d'une manière digne d'eux. »

Mais je reviens à Louis. Sa vie était remplie d'amertume; les critiques de Valentin avaient empoisonné son existence, à ce point qu'il avait conçu des projets sérieux de retraite; en vain Lamartinière cherchait à le consoler et lui citait l'exemple des hommes de génie, tous persécutés pendant leur vie : « Quelles n'ont pas été, lui écrivait-il, les peines de notre célèbre et respectable ami J.-L. Petit? Faites comme lui, roidissez-vous contre les difficultés. » Ranimé un moment par ces paroles, Louis publia en 1774 le Ve volume des *Mémoires de l'Académie;* mais à partir de ce moment, et pendant les dix-huit dernières années de sa vie, il garda un silence qui fut une véritable calamité pour la chirurgie.

Conformément à ses devoirs, il continua de prononcer des éloges; mais la publication des Mémoires de la Société fut complétement interrompue. Il ne traîna plus dès lors qu'une vie décolorée et languissante; notre ancien collègue Desgenettes a décrit d'une manière saisissante l'état dans lequel il a trouvé ce grand chirurgien en 1792 : « Admis devant ce savant, dit-il, dont la figure si belle exprimait habituellement une gaîté douce et expansive, je le trouvai pâle et amaigri. » — « Je n'ai été heureux que dans ma jeunesse, dit Louis à Desgenettes, quand mes succès n'avaient point encore éveillé l'envie. » On était en 92; il confia tous ses chagrins à Desgenettes, et finit par lui donner un conseil qui prouvait toute sa sagacité :

« Si je n'avais l'honneur et le plaisir de vous revoir, lui dit-il, et que vous voulez accepter un conseil, prenez, monsieur, du service dans l'armée....... Le conflit sera européen, et vous trouverez plus de paix et de sécurité au milieu des armées que dans l'intérieur de la France, que je crois menacée du plus grand trouble et des plus grands malheurs. »

Peu de jours après, le 20 mai, il succombait aux progrès d'une affection du cœur. Il fut enterré comme il l'avait demandé, sans appareil et sans pompe, au milieu des pauvres et dans le cimetière de la Salpêtrière.

L'Académie royale de Chirurgie ne survécut pas longtemps à son illustre secrétaire perpétuel; quinze mois après, un décret de la Convention mettait fin à son existence.

Nous avons trouvé dans nos archives deux plumitifs de sa dernière séance, l'un de la main de Sabatier, l'autre de celle de Sue, secrétaire par intérim; ils sont à peu près identiques. Il y a quelque chose de profondément triste dans cette rédaction; on partage presque l'émotion et la terreur de ces derniers représentants de l'Académie (1).

Je copie textuellement : « Séance du 22 août 1793. Lecture du dernier plumitif adopté sans observation.

» Le directeur annonce qu'un décret du 8 du présent mois ayant supprimé toutes les Académies, celle de Chirurgie était du nombre, et qu'il croyait, en conséquence, que c'était le cas de clore les travaux de l'Académie en prenant un arrêté qui prouvera sa soumission et son respect pour les décrets de la Convention nationale.

» Le secrétaire a de suite rédigé l'arrêté suivant, dont la minute a été signée par le directeur et par lui :

» Ce jourd'huy, 22 août mil sept cent quatre-vingt-treize, l'an II de la République française une et indivisible, les membres qui composaient l'Académie de Chirurgie et qui n'avaient pu se réunir le jeudi, quinze du présent mois, à cause de la fête, se sont assemblés dans le lieu et à l'heure ordinaires de leurs séances; le secrétaire par intérim a fait la lecture du procès-verbal de la dernière séance; et ensuite, sur la réquisition du directeur, la lecture du décret de la Convention nationale du huit de ce mois, lequel décret est ainsi conçu : « *Toutes les » Académies et Sociétés littéraires et scientifiques patentées » ou dotées par la nation sont supprimées.* » L'Académie, pour obéir à la loi, arrête qu'elle lève la séance.

» *Signé :* Sabatier, président; Sue, secrétaire. »

Telle fut, Messieurs, la dernière séance de l'Académie royale de Chirurgie. Mais, dans les Etats civilisés, les sociétés savantes ne meurent pas; dissoutes momentanément par l'anarchie révolutionnaire, elle renaissent dès que l'ordre se rétablit, elles revivent et reprennent leurs travaux. Ainsi, le gouvernement ne tarda pas à rétablir la Société de l'Ecole, puis celle de la Faculté, et enfin, après un intervalle de vingt-sept ans, il reconstitua trois sociétés en une seule, sous le nom d'*Académie de Médecine*. Ainsi la tradition ne s'est point perdue, et ses archives elles-mêmes, que j'ai entrepris de vous faire connaître, ne sont en quelque sorte pour vous que des papiers de famille, des titres de noblesse qui, s'il en était besoin, vous forceraient ou plutôt vous *obligeraient* à suivre les exemples que vous ont laissés ces hommes éminents.

Ce discours est suivi d'unanimes applaudissements auxquels participe très activement M. le ministre du commerce.

(1) Terreur d'autant mieux fondée que, peu de jours auparavant, le 18, ils avaient été obligés de se rendre dans le sein de la commune pour se justifier du délit qualifié d'*incivique*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 août 1850. — Présidence de M. Danyau.

Élection.

Le scrutin est ouvert pour l'élection de M. Parise, qui est nommé membre correspondant de la Société de Chirurgie, à l'unanimité.

Sonde et spéculum à injection récurrente.

M. Chassaignac. Cette sonde, fabriquée par M. Charrière, permet de faire dans l'urètre des injections à toutes les profondeurs et avec tous les degrés d'impulsion, sans qu'il pénètre une goutte de liquide dans la vessie. Ainsi que vous le voyez par l'expérience que je fais devant vous dans cette cuvette, l'eau ressort en deux jets récurrents par les yeux de l'instrument. Mon but est simplement de prendre date, par cette présentation; quand mes recherches seront complétées, je ferai connaître la destination spéciale de cet instrument.

M. Vidal (de Cassis). L'instrument de M. Chassaignac pourrait être appliqué dans la forme aiguë et dans la forme chronique de la blennorrhagie. Dans la première, en raison de la turgescence de la muqueuse urétrale et quelquefois des tissus environnants, la présence d'un corps étranger aussi volumineux pourrait être nuisible. Dans la seconde, l'inflammation peut être circonscrite, et réclamer l'action circonscrite des médicaments; mais alors mieux vaut porter sur le point malade le topique astringent ou caustique avec la sonde de M. Lallemand. D'ailleurs, les injections qu'on fait avec les seringues urétrales ordinaires ne sont-elles pas nécessairement récurrentes, puisque le liquide arrêté au col de la vessie est forcé de refluer vers le méat urinaire? Il y a là, en effet, un obstacle infranchissable.

M. Larrey. Je crains que M. Chassaignac ne se fasse illusion sur l'utilité de son ingénieux instrument; mais, pour l'apprécier, il est indispensable de savoir dans quel but il a été imaginé.

M. Morel-Lavallée. La discussion me paraît, en effet, manquer de base, si l'on ignore dans quelle vue cette sonde a été construite. Evidemment M. Chassaignac n'en a pas conçu l'idée sans avoir une indication à remplir, et je me joins à M. Larrey pour l'engager à nous confier le secret de son invention.

Quant au jeu de l'instrument en lui-même, abstraction faite de son but thérapeutique, ce serait, selon moi, s'abuser que de croire que l'injection refluera en entier vers le méat urinaire, sans dépasser l'extrémité oculaire de la sonde. En effet, de deux choses l'une : ou le liquide sera poussé avec douceur, et alors il s'écoulera en bavant par les yeux de l'instrument, et s'il ne s'engage pas sensiblement au delà, il se comportera comme s'il était introduit avec une sonde ordinaire, sans avoir la force de rien entraîner, sans former, en réalité, de courants récurrents, c'est-à-dire que l'instrument perdra son caractère spécial en manquant le but que se propose son auteur; ou bien l'injection sera faite avec une certaine énergie; et, dans ce cas, l'obstacle qu'offrira à sa sortie la réaction des parois de l'urètre déterminera, au niveau des yeux de la sonde, une dilatation du canal, dilatation qui s'étendra, avec le liquide, au delà de l'extrémité profonde de l'instrument, — de façon encore, je le crains, qu'il ne réponde point à l'intention de son habile inventeur.

M. Cullerier. Je ne reviendrai pas sur les objections présentées par M. Vidal; je doute, comme lui, que l'action irritante de l'instrument en permit l'application dans l'urétrite aiguë, et, dans la blennorrhée circonscrite l'emploi du caustique solide me paraît également préférable. Mais je demanderai à M. Chassaignac, qui a imaginé cet instrument pour empêcher l'injection urétrale de pénétrer dans la vessie, s'il connaît un seul exemple de cette pénétration? Pour moi, j'ai prescrit des injections de nitrate d'argent très concentrées, puisque je suis allé jusqu'à 8 grammes de sel pour 32 grammes d'eau; j'ai bien vu des orchites, des abcès, mais jamais d'accidents vésicaux ni aucun symptôme de nature à faire soupçonner que l'injection fût arrivée dans le réservoir urinaire.

M. Robert. J'engage instamment M. Chassaignac à nous dire dans quelle vue il a imaginé son instrument, s'il veut qu'il soit l'objet d'une discussion sérieuse.

M. Chassaignac. Je le répète, je voulais aujourd'hui seulement prendre date par cette présentation; mes recherches ne sont pas encore terminées; mais, puisqu'on le désire, rien ne s'oppose à ce que j'en fasse connaître le point de départ. J'ai sur les écoulements blennorrhagiques un principe, que j'ai peut-être puisé dans la lecture de Hunter : je suis convaincu qu'en enlevant pendant quinze ou vingt jours d'une surface blennorrhagique le liquide pathologique qu'elle sécrète, on obtiendrait la guérison. Cette idée m'est venue en voyant des injections continues faire promptement disparaître une vaginite qui avait résisté à tous les autres moyens; voilà la destination de la sonde à injections récurrentes.

Quant aux objections, je ne me dissimule la portée d'aucune de celles qui m'ont été adressées. Celle qui a trait à l'action irritante de l'instrument me paraît très sérieuse; cependant, elle ne peut être jugée que par l'expérience, qui n'a pas encore eu le temps de prononcer.

Les injections faites avec la seringue ne peuvent pas, dit-on, pénétrer dans la vessie; sans doute, pratiquées comme elles le sont ordinairement d'une manière essentiellement temporaire, momentanée; mais, si elles étaient continues, je doute que le col ne fût pas franchi.

Le danger de voir l'injection dépasser l'extrémité profonde de l'instrument ne me semblerait réellement à redouter que dans le cas où cette extrémité serait engagée derrière un rétrécissement.

M. Vidal (de Cassis). M. Chassaignac s'inspire d'un bon principe quand il se propose d'enlever d'une surface blennorrhagique un produit incontestablement irritant; mais les injections à l'aide de la sonde ont l'inconvénient d'ajouter à cette irritation par la présence d'un corps étranger, qui est l'instrument lui même, inconvénient grave dans certaines formes d'urétrite. Il est, en effet, de ces inflammations qui s'exaspèrent au contact du liquide le plus doux, au point qu'on est quelquefois obligé de renoncer complétement aux injections.

M. Boinet. M. Chassaignac connaîtra-t-il toujours d'une manière assez précise le siége de la blennorrhagie pour engager dans l'urètre son instrument à la profondeur convenable? D'un autre côté, ne craint-il pas qu'en s'y engageant, l'extrémité de cet instrument ne refoule devant elle la matière blennorrhagique qu'il est destiné à chasser au dehors?

M. Guersant. La meilleure manière de nettoyer l'urètre du liquide blennorrhagique, c'est de faire uriner abondamment les malades à l'aide de tisanes diurétiques, ainsi qu'Antoine Dubois le recommandait particulièrement.

M. Chassaignac. Je crois que l'irritation produite par la présence de l'instrument sera plus que compensée par l'enlèvement de la matière blennorrhagique; enlèvement auquel j'attache une grande importance. Pour moi, l'effet reproduit ici incessamment sa cause, et c'est l'effet qu'il faut faire disparaître.

Quant au siége de la blennorrhagie, on sait qu'en général il s'éloigne peu du méat urinaire; mais le refoulement de la matière contagieuse me paraît une objection très forte qui ne peut être jugée que par les faits.

Le traitement de la blennorrhagie par les boissons ne donne que des succès rares et qui se font attendre longtemps.

M. Vidal (de Cassis). La discussion, en prenant de l'extension, a touché à des points de pathologie que je ne puis traiter en ce moment, et sur lesquels je pourrais être en désaccord avec M. Chassaignac. Je veux parler des propriétés contagieuses du muco-pus urétral, et du siége de la blennorrhagie. Sur ces deux points je fais des réserves.

M. Huguier. Je ne sais jusqu'à quel point est fondée l'indication que M. Chassaignac se propose de remplir. Le principe de la phlegmasie réside dans les tissus, et la soustraction du liquide sécrété par la surface enflammée n'a pas l'influence qu'on lui suppose. Est-ce que le copahu, qui supprime l'écoulement pendant huit ou dix jours bien plus complétement qu'aucun moyen physique, l'empêche de reparaître quelque temps après, quand on suspend l'usage de ce médicament? L'instrument dont il s'agit est donc exposé à manquer son but.

M. Chassaignac. C'est à l'expérience à décider; peut-être, lorsque la blennorrhagie se suspend par l'effet du copahu, la muqueuse urétrale reste-t-elle encore comme imprégnée du liquide qu'elle a sécrété.

M. Chassaignac présente également un *spéculum à injection récurrente.*

M. Boinet fait observer que les injections continues, les irrigations vaginales par le procédé ordinaire paraissent suffisantes.

Ligature métallique articulée.

M. Chassaignac. Cet instrument, que je présente sous le

nom d'*Appareil à écrasement linéaire*, ou *ligature métallique articulée*, a pour effet d'exercer sur les parties qu'embrasse l'appareil dans son anse une constriction supérieure à celle que toutes les ligatures connues peuvent donner.

La raison d'être de cet appareil est le fait expérimental que voici : C'est que toutes les ligatures à constriction progressive et qui agissent par l'entremise du serre-nœud sont exposées à se rompre prématurément, c'est-à-dire avant d'avoir produit tout l'effet qu'on se proposait d'obtenir par la ligature. L'impossibilité où l'on est de savoir si l'action du serre-nœud ne va point déterminer la rupture du fil, à tel ou tel degré de constriction, est cause qu'on ne peut suffisamment compter sur les ligatures à serre-nœud, même sur celles qui sont réputées les plus solides.

Pour critérium de la puissance d'action du mode de ligature articulée que je propose, on peut donner la mesure suivante : Prenez sur le cadavre une langue de sujet adulte, soumettez-la à l'action d'une ligature à serre-nœud, et vous verrez que la ligature éclate toujours avant que la section de la langue ne soit complète. Au contraire avec la ligature articulée, l'action constrictive atteint son maximum et produit la section complète. C'est une expérience qui a été plusieurs fois répétée.

La cause de cette différence provient de ce que les fils les plus forts, ceux en cordonnet de soie, en métaux de diverse nature, en fil de chanvre, etc., se brisent toujours avant d'avoir épuisé toute la force de cohésion qui leur est propre, et cela par suite d'un vice inhérent à tous les serre-nœuds existants jusqu'ici. Ce vice, c'est la production sur un point ou sur un autre du serre-nœud d'une vive arête plus ou moins aiguë sur laquelle le fil se brise prématurément.

Du reste, l'instrument que je propose est très simple. Le premier qui ait été construit n'est autre chose qu'une scie à chaîne ordinaire, mais plus fine et complétement édentée, montée sur la canule aplatie d'un serre-nœud, et s'enroulant sur le treuil ou tourillon placé à l'extrémité de la canule. Au lieu d'une chaîne de scie édentée, j'ai le dessein d'employer un mécanisme analogue à celui des chaînes dites de sûreté pour les montres.

M. HUGUIER. En quoi cette ligature est-elle supérieure à celle pratiquée à l'aide d'un simple fil métallique?

M. CHASSAIGNAC. En ce que ce fil se rompt, et que la chaînette résiste.

M. HUGUIER. Je ne vois pas la nécessité de faire si vite la section de l'organe avec la ligature, surtout quand cette promptitude du résultat serait achetée au prix de douleurs atroces.

M. GIRALDÈS. Je regarde l'instrument de M. Chassaignac comme un véritable perfectionnement apporté à la ligature mécanique, en raison de la résistancee de la chaînette qu'il emploie. Seulement la difficulté de la nettoyer l'exposera peut-être à des ruptures ultérieures.

M. CHASSAIGNAC. Il est important de couper promptement la langue par la ligature; c'est le seul moyen d'éviter une sorte d'empoisonnement produit par un pus infect qui s'introduit dans les voies digestives avec les aliments. C'est un danger auquel exposent les lenteurs de la ligature ordinaire, et que mon instrument prévient par la rapidité de son action. Quant à la douleur, c'est une objection à laquelle le chloroforme a répondu.

M. GUERSANT. En employant la ligature, on se propose de couper les tissus, non pas rapidement, mais lentement, afin d'éviter l'hémorrhagie, et, sous ce rapport, je ne sais pas quel avantage l'instrument de M. Chassaignac offrirait sur le bistouri.

M. LARREY. La ligature avec le serre-nœud de Mayor me paraît avoir de l'analogie avec celui de M. Chassaignac.

M. MOREL-LAVALLÉE. Selon moi, M. Chassaignac est parti d'une idée très plausible, en cherchant un moyen qui réunit la promptitude du histouri et la sûreté de la ligature. L'a-t-il trouvé? Ce qui me paraît incontestable, c'est que la section par son procédé, quelque rapide qu'elle soit, est loin d'exposer à l'hémorrhagie comme la section par l'instrument tranchant. Sous la constriction de la chaînette, les tissus, au lieu d'être nettement coupés, sont broyés, et l'on sait que les plaies par écrasement sont celles qui saignent le moins. Le sang s'arrête ici dans les artères comme par l'action de la mâchure. Peut être seulement cet instrument, malgré sa puissance, ne divisera-t-il pas les tissus aussi vite que l'espère M. Chassaignac; dans ce cas, si d'ailleurs l'expérience vient en sanctionner l'usage, on pourrait y apporter une modification qui imprime à la chaînette un mouvement de scie comme dans le procédé de ligature que M. Lucien Boyer appliquerait aux polypes utérins.

M. CHASSAIGNAC. Mon instrument, construit, du reste, tout autrement que celui de M. Boyer, suffira, je crois, complétement à l'indication.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

Empoisonnement par le camphre.

Voici un des beaux résultats de cette triste médecine empirique qu'un charlatan de haut parage applique à tous les maux.

Le lundi 8 avril 1850, à sept heures du matin, la femme du nommé Beyer, aubergiste à Neudorf, près Strasbourg, fit prendre à ses deux garçons, l'un âgé de cinq ans et l'autre de trois ans, et à sa petite fille de dix-huit mois, une dose de camphre en poudre équivalant à une demi-cuillerée à café pour chacun d'eux; ce qui représente 2 grammes à peu près.

Depuis plusieurs jours déjà une semblable administration avait eu lieu, mais à moindre quantité et jamais encore à jeun, et cela comme vermifuge chez les deux garçons, et comme devant remédier à un dérangement intestinal chez la petite fille.

Ces conseils avaient été donnés par des voisins enthousiastes, eux aussi, des vertus magiques de cette substance odorante.

Le premier phénomène insolite que les parents observèrent après l'ingestion de ce médicament fut une pâleur excessive de la face avec un regard fixe et stupide. Puis un peu de délire et un sentiment d'ardeur dans le cou, et de la soif, se firent sentir. Arrivèrent ensuite des nausées, des vertiges et de légères contractures de la face. Plus tard encore se montrèrent des vomissements et de véritables convulsions, avec perte de connaissance plus ou moins prolongée, et aussi de fréquentes envies d'uriner. C'est là ce qui me fut rapporté par les parents à mon arrivée, une demi-heure après l'introduction de l'agent toxique, et ces mêmes effets avaient eu lieu chez les trois enfants également, à de légères variantes près.

Introduit sur le lieu de la scène, je fus vivement frappé à la vue de ces trois petits malheureux en proie simultanément à des convulsions violentes, ayant les traits du visage décomposés, la face livide, et tourmentés incessamment par des vomiturítions.

L'aîné, plus que les autres, était pris de mouvements convulsifs cloniques, laissant entre eux des intervalles de quelques secondes, d'une minute quelquefois. Les membres supérieurs étaient plus agités que les inférieurs. Plusieurs fois le corps se ramassa en boule et se détendit ensuite avec une grande vivacité. Je n'avais jamais encore eu occasion d'observer un phénomène semblable.

La face, alternativement pâle et injectée, était le siége de mouvements spasmodiques incessants; les paupières, agitées sans relâche et à demi closes, permettaient de voir les globes de l'œil convulsés en haut et en dehors. Un peu d'écume se pressait entre les dents continuellement serrées.

La peau me parut généralement pâle et humide et la chaleur des téguments diminuée. Par moments, il y avait perte de connaissance complète; d'autres fois, le malade revenait à lui et obéissait aux injonctions qu'on lui faisait. La respiration était courte et bruyante; le pouls impalpable, surtout à cause de l'agitation du sujet.

Des vomituritions, suivies bientôt de vomissements véritables dus à l'emploi de remèdes, étaient fréquentes, ainsi que des déjections alvines et urinaires.

L'urine me semblait posséder, elle aussi, l'odeur du camphre, quoiqu'on l'ait nié.

L'ensemble de ces phénomènes dura avec plus ou moins d'intensité pendant trois heures consécutives; alors survint un sommeil comateux qui se prolongea jusqu'au soir. La nuit fut bonne, et, hormis un peu de malaise, le lendemain ne trahissait plus l'orage de la veille.

Quant aux moyens employés pour combattre ces effets toxiques, ne connaissant pas d'antidote avéré du camphre, je commençai par chasser de toutes les manières possibles l'ennemi au dehors; il fut donné un émétique, des laxatifs, des lavements émollients, huileux et narcotiques; enfin, une potion opiacée. Je me disais, à l'égard de cette dernière, que si dans certains cas le camphre était appelé à remédier aux accidents amenés par l'opium, celui-ci à son tour devait calmer la vivacité d'action du camphre. Toujours est-il que ces symptômes formidables se dissipèrent relativement assez vite.

Je n'oublierai point de dire que le premier vomissement n'eut lieu qu'une heure à peu près après l'ingestion de la poudre de camphre, et qu'ainsi l'absorption avait eu bon temps pour s'exercer à l'aise.

J'en viens au deuxième enfant. Celui-ci présenta les mêmes symptômes que son frère, mais avec beaucoup moins d'énergie.

Il vomit plus tôt et spontanément, et dut ainsi, quoique ayant une constitution plus faible et un âge moindre que l'autre, à cette circonstance un retour plus prompt à la santé. En effet, une heure et demie après le début du mal, un sommeil profond, accompagné d'une forte transpiration, s'établit et ramena sans peine le tout en bon ordre.

Quant au troisième enfant, à la malheureuse petite fille qui paya de sa vie la déplorable erreur de ses parents, voici ce qui se rapporte à elle.

Délicate et peu avancée pour son âge, elle avait eu une dentition difficile; et plus tard était survenue une affection assez grave des organes de la respiration, qui avait même éveillé des phénomènes convulsifs. Mais dans ces derniers temps sa santé s'était affermie, et les quelques flatuosités et le défaut d'appétit qui avaient été le prétexte de l'administration du camphre n'avaient point de signification véritable.

Elle avait la première ressenti les symptômes d'intoxication.

Depuis l'invasion du mal jusqu'à la fin, elle ne recouvra point connaissance; les convulsions, moins violentes que celles de son frère aîné, se prolongèrent sans interruption de sept heures du matin à deux heures du soir, où elle mourut dans une crise.

Nouvelles du choléra.

Malte. — On écrit de Malte, à la date du 22 août :

« Nouvelle et troisième recrudescence du choléra, qui cette fois-ci dépasse ses ravages précédents. Les cas s'élèvent à plus de 100 par jour, et les mortalités dépassent la moitié des cas.

» Cependant nous devons dire que les trois villes Valette, Floriana et Cospiena sont moins frappées que les villages du couchant. Il n'y a eu ici, hier, que cinq cas. »

On sait que l'île de Malte est une des contrées où l'on a appliqué avec le plus de rigueur les précautions quarantenaires. Nouvelle et millième preuve en faveur des fauteurs de la contagion.

— On écrit de Lubeck, le 24 août :

« Quoique le choléra règne dans notre ville depuis cinq semaines, l'autorité n'avait jusqu'ici fait publier aucun avis officiel sur le chiffre de la mortalité occasionnée par le fléau; par suite de cela, on a été porté à exagérer l'intensité de l'épidemie. Aujourd'hui enfin l'autorité vient de faire publier les relevés statistiques, d'où il résulte que depuis le 17 juillet jusqu'à ce jour il y a eu 918 cas, dont 451 décès. Depuis le 21 août jusqu'au 23 inclusivement, le nombre de cas a été dans l'ordre suivant : 20, 9, 9, sur lesquels les décès sont de 9, 7, 4. En 1832, où le choléra a paru pour la première fois, il y a eu en tout 800 décès. En 1848, le fléau a duré à Lubeck depuis le 18 septembre jusqu'au 30 novembre. Il y a eu 575 cas et 301 décès. »

— Dans le Mexique, le choléra a presque entièrement disparu. Il ne paraît pas avoir pris d'extension aux États-Unis.

NOUVELLES.

Par décrets individuels, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Honneur :

MM. Corbin, chirurgien-major au 1er régiment de hussards, et Laveran, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Metz.

Nous devons rappeler, à propos de ces nominations, que c'est par erreur qu'on a annoncé dans notre avant-dernier numéro la promotion à la dignité de commandeur de MM. Fée et Sédillot. C'est au grade d'officier que ces honorables savants ont été promus.

— Le projet de la ville de Lure d'élever une statue à Desault est aujourd'hui en très grande partie réalisé. Un jeune artiste de cette ville, M. Vautalon, a déjà complétement terminé le groupe qui représente Desault et la ville de Lure couronnant ce grand chirurgien. La hauteur de la statue est de 2 mètres 50. Il reste encore à élever le piédestal sur lequel ce groupe doit être placé, et qui doit faire face au bel hôpital qui doit être érigé dans la ville de Lure.

Le curieux volume que M. Romieu vient de publier sous le titre de l'*Ere des Césars* obtient en ce moment un vrai succès. Les hardiesses dont il abonde en font un livre à part au milieu de ceux que nos troubles politiques ont suscités. M. Romieu semble n'être d'aucun parti et dit de dures vérités à tous. L'*Ere des Césars* se vend au Palais-National, chez l'éditeur Ledoyen.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. BÉCHARD, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 107. (23e ANNEE.) MARDI 10 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 9 SEPTEMBRE 1850.

Médecine militaire.

ORGANISATION DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE.

Nous l'avons déjà dit, la création de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce n'est qu'une réorganisation incomplète, il est vrai, mais enfin une réorganisation de l'ancien enseignement. Cette création nous paraît importante, parce qu'elle prouve deux choses : l'une, c'est que le ministre a fini par être bien convaincu de la nécessité où se trouve la médecine militaire d'avoir un enseignement spécial ; la seconde, dont nous n'avions du reste jamais douté, c'est que M. d'Hautpoul a mis dans cette circonstance tout amour-propre de côté, et qu'il a été guidé uniquement par le vif désir d'améliorer le service si important de la médecine militaire. Le résultat répondra-t-il aux louables espérances du ministre? Nous avons déjà exprimé nos doutes et nos craintes à cet égard. Nous aurons occasion de revenir plus d'une fois encore sur les motifs qui nous les ont inspirés. Mais, puisqu'il faut que le système nouveau s'expérimente, empressons-nous de reconnaître que la création de l'Ecole d'application, tout incomplète qu'elle soit, était le complément indispensable du nouveau système, et qu'il faut maintenant se hâter de l'organiser. Si nous sommes bien informé, les lenteurs qu'éprouve cette organisation résulteraient de la situation des chefs actuels du Val-de-Grâce, qui, dans le nouveau système, occuperaient une position secondaire dans ce même établissement, où ils ont été à la fois directeurs du service et de l'enseignement médico-chirurgical. Ce serait là une injustice qu'il nous suffira certainement de signaler à l'esprit équitable du ministre pour l'empêcher de la consommer. M. d'Hautpoul sentira comme nous la nécessité de faire une position digne et franche aux hommes qui ont eu la mission honorable et dans ces dernières années même difficile et périlleuse de diriger l'établissement du Val-de-Grâce, et qui l'ont remplie avec un succès incontestable et un dévouement sans bornes. M. le ministre a entre ses mains les moyens de récompenser de si éminents services ; nous n'avons pas besoin de lui indiquer quels sont ces moyens. Qu'il s'interroge ; sa justice et son intelligence administrative répondront sans hésiter ; car l'acte que nous voulons prévenir ne serait pas seulement une iniquité, ce serait un obstacle sérieux au bon fonctionnement de la nouvelle Ecole.

D'après d'autres bruits, M. le ministre serait sur le point de ne récompenser que la moitié des services rendus en appelant au conseil le chirurgien en chef seul du Val-de-Grâce. Nous comprendrions moins encore cette mesure que la première, et nous n'y voulons point croire. La situation du médecin en chef étant identique à celle de son collègue, les mêmes convenances lui sont applicables, la même récompense lui est d'autant plus due, que ce médecin se recommande par son aptitude administrative bien connue, par ses écrits devenus classiques, par les suffrages presque unanimes de l'Académie de Médecine, enfin par le souvenir tout récent de ses travaux et de son dévouement pendant la dernière épidémie. Si l'honorable général d'Hautpoul a donc l'intention de récompenser des services méritoires, il ne peut hésiter entre la promotion collective de deux chefs également bien posés hiérarchiquement pour entrer au Conseil de santé et la promotion d'un seul ; entre un acte de justice pour deux et un acte de bienveillance personnelle pour un seul.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. BAUDENS.

Coup de feu à la région métacarpienne de la main droite. Fracture comminutive des 2e, 3e, 4e et 5e os du métacarpe. Amputation des doigts médius et annulaire. Résection du 2e métacarpien et de la tête du 5e, avec conservation des deux doigts correspondants.

Observation recueillie par M. le Dr MOLARD, aide de clinique.

Fabre (Antoine), âgé de vingt-cinq ans, soldat au 2e de ligne, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, était au tir à la cible le 7 mars 1850, à sept heures du matin ; il venait de tirer et rechargeait son arme, lorsqu'il fut atteint à la face dorsale de la main droite d'un coup de feu tiré par le soldat placé immédiatement derrière lui.

Un premier appareil fut appliqué par le chirurgien du corps, et le blessé amené dans la soirée à l'hôpital du Val-de-Grâce, où il fut placé salle 31, n° 12, dans le service de M. Baudens. Il présente l'état suivant :

La face dorsale offre une vaste brèche qui intéresse tout l'espace compris entre les articulations métacarpo-phalangiennes des deux doigts médians (troisième et quatrième), et celles du carpe avec les os du métacarpe. Les téguments, violemment meurtris, sont déchirés en lambeaux et couverts d'eschares. Les parties molles des parties voisines, celles qui recouvrent le cinquième et le premier métacarpien, ont été respectées, mais portent les traces de la déflagration de la poudre ; celles qui recouvrent le deuxième métacarpien ont été lésées, mais beaucoup moins que celles précitées. A la face palmaire se voit l'orifice de sortie de la balle, à un centimètre environ en avant de l'articulation du troisième métacarpien avec la phalange correspondante. Les désordres des parties molles sont moins considérables de ce côté qu'à la région dorsale. Le trajet parcouru par le projectile décrit un cône informe, espèce d'entonnoir très ouvert à la face dorsale, et rétréci notablement à la face palmaire de la main.

Le troisième et le quatrième métacarpien ont été brisés comminutivement, et les doigts dont ils font partie pendent, retenus seulement par quelques lambeaux de parties molles de la face palmaire. Le métacarpien du doigt indicateur est aussi fracturé, mais sans esquilles, et le bon état des parties molles qui le recouvrent fait espérer que l'on pourra conserver le doigt.

La main est tuméfiée, froide, insensible. Il n'y a pas d'hémorrhagie. Le blessé ne souffre pas de la plaie ; il est, au reste, plongé dans un état de stupeur profonde. Le pouls est à 50, petit, misérable.

La main reposant, sur la face palmaire, est recouverte de glace ; tilleul chaud à l'intérieur ; potion antispasmodique.

Le 8, à la visite du matin, le malade, préalablement chloroformisé, on ampute les troisième et quatrième métacarpiens dans leur articulation carpienne ; et du même temps on enlève complétement les deux doigts correspondants, en conservant le plus de parties molles possible. Le deuxième métacarpien est réséqué en partie ; le doigt correspondant est conservé.

Pendant l'opération, on s'aperçoit que l'articulation carpienne du cinquième métacarpien est ouverte, et que la tête de l'os, dénudée, a perdu ses rapports normaux ; on la résèque à l'aide d'une scie à chaînette.

Quelques artérioles fournissant du sang sont tordues, et les lèvres de la vaste plaie qui résulte de cette opération sont rapprochées autant que possible au moyen de bandelettes de linge pour mettre en contact les espaces interdigitaux de l'indicateur et de l'auriculaire.

La main placée sur une gouttière faite avec une grosse éponge aux trois quarts déchirée et représentant un plan incliné d'avant en arrière, est recouverte d'une légère couche de charpie, et d'abondants morceaux de glace avec addition de sel marin pour abaisser encore la température (le thermo-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La raison et le concours. — Nouvelles de la Californie. — La *carista* pour un pauvre aveugle, s'il vous plaît, M. B.....

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous n'êtes pas arrivé à votre âge sans vous être un peu imbibé de ce magnifique précepte, qui vaut bien un aphorisme d'Hippocrate : *Nihil admirari*; ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut rien *admirer*, mais bien qu'il ne faut *s'étonner* de rien. Pour mon propre compte, j'ai macéré dans ce précepte ; ce qui n'empêche pas que chaque jour je sois encore surpris de quelque bigarrure inattendue que je découvre dans les coutumes, les mœurs, les lois, les constitutions, c'est-à-dire dans l'esprit humain qui les renferme toutes. En voici une à laquelle, j'en suis très sûr, vous êtes bien loin de vous attendre, car elle appartient en propre à notre bien heureuse profession, où chacun de nous se propose on ne peut plus sérieusement d'établir le règne de la raison en personne. Vous savez qu'un concours de clinique chirurgicale va s'ouvrir à la Faculté. Je ne vous dirai pas mon opinion sur le concours ; je sais qu'avec un talent et des illusions dignes d'un meilleur sort, vous avez soutenu cette institution de toute votre autorité. Moins bien partagé que vous en illusions, il y a longtemps déjà que je suis revenu de cette immense mystification qu'on persiste à appeler le coucours, quoique elle ne soit que la course à l'intrigue auprès de plusieurs, au lieu de la course à l'intrigue auprès d'un seul ; en d'autres termes, pour me servir de l'expression de mon cordonnier, qui chausse une foule de concurrents, quoique le concours soit à la nomination directe, comme plusieurs paires de bottes est à une paire de bottes. Mais ce n'est pas là le point que je veux aujourd'hui discuter. J'admets pour un instant que le concours soit le concours ; voici où gît la plaisanterie.

Vous concourez pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté. — Bien... Vous êtes nommé. — Bien encore. — Mais pendant toute la durée de vos fonctions, vous ne pouvez vous faire recevoir docteur, par une règle d'incompatibilité dont vous vous expliquerez le motif si vous le pouvez. — Dans le cours de votre carrière d'aide d'anatomie, une place de prosecteur se présente ; il est bien entendu que vous vous présenterez aussi pour l'emporter au fil de l'épée. — Vous réussissez. — Alors seulement vous vous faites recevoir docteur, et voilà qu'à peine sorti victorieux de cette lutte, vous vous engagez dans une autre ; l'idée vous prend d'être agrégé ; vous l'êtes. Décidément voilà qui va très bien, d'autant mieux que le professeur de clinique étant un roi malade ou fainéant, vous jouissez du bonheur de le suppléer pendant trois années entières. Vous voilà donc bien et dûment de fait professeur de clinique pendant trois ans. Si par le plus grand hasard, après ces trois ans de professorat, après tant de succès quasi miraculeux, un concours pour la place de professeur pour de vrai devient vacante, vous prétendez sans doute l'enlever d'assaut? Comment ne point l'espérer légitimement après une course aussi inébranlement victorieuse ! Rengaînez votre ambition, mon cher confrère : pour être nommé professeur il faut concourir, et pour concourir il faut avoir quatre années de doctorat, et vous ne les avez pas. Quelle plaisanterie! me direz-vous ; comment ! j'ai fait pendant trois ans un cours de clinique au nom de la Faculté et en la place d'un de ses professeurs, et voici que maintenant je ne suis même pas jugé digne de concourir ! Comment ! c'est la Faculté qui, pendant que je suis aide d'anatomie, me refuse le titre de docteur, et voici que maintenant elle me punit de ne l'avoir pas pris plus tôt ! Comment ! si je n'avais pas voulu concourir pour la place d'aide, concourir pour la médaille des hôpitaux, je serais docteur depuis six ans passés, et voilà que parce que j'ai voulu conquérir ces titres de plus à l'estime de mes confrères et de mes juges je suis jugé indigne d'être admis au concours pour une chaire que j'ai occupée pendant trois ans ! Mais dans quel temps vivons-nous ! d'où venons-nous ! où allons-nous !!! — Voilà qui est bel et bien raisonné, mon cher confrère ; mais vous irez où bon vous semblera, pourvu que ce ne soit pas au secrétariat de la Faculté de médecine, car je vous le répète, en vérité, on vous y mettrait à la porte, non moins qu'un quadrupède, et vous ne gagneriez rien de bon à faire le mutin. D'aucuns même prétendent, mais je ne puis le croire, que vous n'auriez pas l'appui de l'ex et célèbre doyen, dont le suffrage est cependant acquis habituellement à toutes les causes justes.

— Je ne reçois pas de bonnes nouvelles de la Californie, ce qui n'empêche pas qu'un de nos pharmaciens les plus distingués, naguère en possession d'une place officielle, vienne de s'embarquer, contre mes avis réitérés, pour ce périlleux Eldorado. Vous n'avez sans doute pas oublié le célèbre docteur Watbled ; or, si vous vous rappelez Watbled, vous pensez à Bureaud-Rioffrey, son digne rival à la place de représentant du peuple et autres dignités plus ou moins lucratives. Donc, le docteur Bureaud-Rioffrey vient de faire annoncer par les cent voix de la renommée transatlantique qu'il a débarqué à bon port sur la terre californienne, et qu'il venait, pour le plus grand amour de l'humanité, donner des leçons de gymnastique pulmonaire à qui voudrait emporter de la Californie une santé florissante avec des lingots d'or. Les habitants du Sacramento ont volontiers prêté l'oreille aux discours du savant confrère ; mais en clients facétieux, ils ont voulu que leur docteur joignît l'exemple à la leçon, et dans ce but ils l'ont reçu de manière à mettre à une épreuve décisive ses talents de gymnastique, non pas pulmonaire, mais bien fémoro-tibiale. On dit que le savant physiologiste s'est admirablement tiré de cette épreuve, qui n'a pas duré moins de six heures consécutives ; mais on le croit peu disposé à la recommencer. Un confrère qui avait eu la bonhomie de se ranger sous sa bannière aurait dit-on été moins heureux que lui, et aurait été fort tristement puni pour n'avoir pas fait comme le sage, qui n'avance rien qu'il ne prouve. Pauvres esprits inquiets et aveugles, quand donc feront-ils comme l'heureux homme des champs de la charmante poëte :

...... qui ne sait d'autres mers que la Marne et la Seine
Et croit que tout finit où finit son domaine.

— A propos d'aveugles, le docteur B..., qui fait entendre les sourds et parler les muets, devrait bien un peu faire voir les aveugles. Un de ces infortunés, qui ne passait que pour myope jusqu'à présent, a perdu ce qui lui restait de sensibilité visuelle mardi dernier ; tout du moins a-t-il eu une hétérolopie (je ne réponds pas du mot) telle qu'il a vu à gauche ce qui était à droite, et à droite ce qui était à gauche. J'ai consulté là-dessus le docteur Desmarres ; il paraît que c'est un symptôme grave. J'engage mon honnête malade à y réfléchir, et je vous souhaite de bons yeux jusqu'à la fin de vos jours.

X...

Les nouvelles reçues jour par jour au ministère du commerce sur l'état sanitaire de Marseille sont tout à fait rassurantes. Depuis deux jours on n'a observé aucun cas de choléra. On peut regarder les craintes que l'on avait conçues à cet égard comme entièrement dissipées.

mètre descend à 10 degrés au-dessous de zéro). — Plusieurs bouillons; tilleul; potion cordiale.

Le soir, l'état général est plus satisfaisant; le pouls est à 60; la peau moyennement chaude; le facies meilleur.

Le malade, complétement revenu à lui, est profondément affecté du malheur qui lui est arrivé; son moral est fort mauvais. Du reste, il n'accuse aucune douleur dans la main blessée; et malgré une température prolongée de 8 à 10 degrés au-dessous de zéro, la main blessée paraît, au malade, tout aussi chaude que l'autre.

Le 9, insomnie complète; agitation; plaintes continuelles; pouls à 65; peau chaude; facies abattu; langue sèche; soif intense; pas de selles; pas de douleur et sensation de chaleur modérée dans la main. — Bouillon de veau; limonade citrique; potion gommeuse; lavement laxatif; continuation de la glace; on supprime le sel pour permettre à la réaction de se développer un peu plus vite, mais dans des limites modérées.

Le 10, deux heures de sommeil pendant la nuit. Affaissement marqué, découragement complet. Pouls à 60, sans chaleur. La température de l'avant-bras du côté droit est un peu plus élevée que celle du côté opposé. Le malade accuse de la douleur dans la main blessée; un peu de réaction inflammatoire; quelques traces de suppuration; les escbares ne se détachent pas encore. — Bouillon de veau; pomme cuite; limonade citrique; vin de canelle.

Les 11, 12, 13, le sommeil est revenu; le blessé dort une grande partie des nuits. Même état de démoralisation. Le pouls se maintient à 60-65, sans chaleur. Douleur modérée dans la plaie. Fonctions respiratoire et digestive normales; soif un peu exagérée. Le blessé boit jusqu'à quatre litres de limonade vineuse dans les vingt-quatre heures. On continue l'application de la glace.

Le 14, l'aspect de la plaie est satisfaisant. Le bourgeonnement s'effectue; une suppuration médiocre et de bonne nature s'établit; quelques eschares détachées sont enlevées. Les parties voisines sont le siége d'une légère tuméfaction peu douloureuse. Etat général *ut suprà*. — Bouillon, soupe et confitures; limonade vineuse; vin de cannelle. Pansement simple de la plaie; fomentations froides sur le poignet et l'avant-bras; continuation de la glace autour de la main.

Le 15, frisson hier à six heures du soir, suivi de sueurs abondantes; pouls à 70, dur; peau chaude; facies coloré; yeux brillants; soif inextinguible. Pas de selles depuis trois jours; la plaie continue à être belle; de larges escbares sont enlevées; l'avant-bras droit est tuméfié, rouge et douloureux. — Bouillon de veau; confitures; limonade vineuse; sulfate de quinine, 1 gramme; lavement huileux; glace sur l'avant-bras.

Le 16, le frisson a reparu hier soir. Nuit anxieuse; insomnie; pouls à 80, dur; chaleur de la peau; deux selles. Le soif persiste. La tuméfaction de l'avant-bras a augmenté; fluctuation. — Bouillon de veau et confitures; limonade vineuse; sulfate de quinine, 1 gramme. Deux incisions sont pratiquées à la face dorsale de l'avant-bras : l'une un peu au-dessus de l'articulation radio-carpienne, l'autre à la partie supérieure du membre. Elles laissent écouler une faible quantité de pus phlegmoneux bien lié. Continuation de la glace.

Le 17, les frissons sont encore revenus, mais pas d'une manière régulière; ils deviennent rares. On a continué l'usage du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour.

Aujourd'hui le pouls est à 60, normal. La chaleur de la peau médiocre; le moral un peu meilleur; les nuits assez bonnes.

Les plaies de l'avant-bras sont dans un bon état; la tuméfaction a complétement disparu. La glace est remplacée par des fomentations émollientes froides. La plaie de la main est recouverte de bourgeons volumineux, pâles, comme œdématiés. On aperçoit dans le fond une portion d'os dénudé, appartenant au deuxième métacarpien, et un peu mobile. Pansement avec la poudre et la décoction de quinquina. L'alimentation a été successivement augmentée. Le malade mange le quart, vermicelle au gras et pomme cuite; limonade vineuse; vin de cannelle; sulfate de quinine, 0,5 décigrammes.

Le 18, les frissons ne se sont plus renouvelés. L'état général du blessé est très satisfaisant. Toutes les fonctions s'accomplissent avec régularité. Les plaies de l'avant-bras sont en pleine voie de cicatrisation; celle de la main a repris un assez bon aspect; les bourgeons sont vermeils, la suppuration de bonne nature; les bords s'affaissent sensiblement; une portion d'os nécrosé a pu être enlevé facilement en faisant le pansement.

Le 3 avril, frisson hier soir; sueurs abondantes; anorexie; langue assez belle. — Vermicelle; limonade; sulfate de quinine, 0,5 décigrammes; potion gommeuse. On continue le sulfate de quinine jusqu'au 13.

Le 13, plus de frissons depuis quatre jours. L'appétit est revenu. La plaie continue à marcher vers la cicatrisation. On augmente les aliments.

Le 25, état général excellent. La plaie a diminué de plus de moitié en étendue. Le malade mange la demie.

Le 10 mai, la plaie est presque complétement cicatrisée. Il existe trois ouvertures fistuleuses un peu au-dessous du poignet, vers la région dorsale du carpe; elles fournissent une suppuration assez abondante; on les réunit d'un coup de bistouri, et l'on peut sentir au fond une portion du deuxième métacarpien non encore mobilisée.

Introduction d'une mèche de manière à empêcher l'oblitération.

Le 22, l'introduction d'une sonde à travers l'ouverture fistuleuse fait connaître qu'elle est entretenue par une carie des os du carpe. Deux os, le grand os et le trapézoïde, sont aisément extraits avec une pince à pansement.

Depuis ce jour la cicatrisation marche rapidement. Le 25 juin il ne reste plus le moindre pertuis. La cicatrisation est complète. Il reste au malade un pouce à peu près sain, mais dont les mouvements sont encore bornés; un indicateur et un auriculaire tronqués, dont les mouvements sont encore nuls, il est vrai, mais susceptibles de concourir à l'action opposante du pouce, en lui prêtant un point d'appui.

Cette observation vient confirmer de nouveau les préceptes émis par M. Baudens dans sa clinique des plaies d'armes à feu, à savoir : la possibilité d'éviter presque toujours l'amputation pour ce qui concerne le membre thoracique, tandis qu'une conduite opposée doit être tenue pour le membre pelvien, qui lui, représentant une forte colonne destinée à la sustentation du corps, a besoin d'une grande solidité.

Il est peu de chirurgiens qui, à l'aspect informe et hideux de cette affreuse plaie, ne se fussent décidés à faire sur-le-champ l'amputation du poignet. M. Baudens s'est contenté d'appliquer ici encore l'un de ses préceptes les plus ingénieux. Faites, dit-il, d'une plaie compliquée une plaie simple. Et en effet, il enlève avec le bistouri les doigts médius et annulaire, qui ne tenaient plus que par des portions de tendons lacérés, il extrait les métacarpiens correspondants brisés en plusieurs éclats, il résèque une portion des deuxième et cinquième métacarpiens, dont il conserve les appendices digitaux, et enfin il retire quelques os du carpe. La plaie étant ainsi simplifiée, il évite de l'emprisonner dans un appareil classique et se contente de la placer sur un plan incliné composé d'une grosse éponge formant gouttière; et pour combattre une inflammation dont l'excès pourrait tout compromettre, il soutire par sa méthode réfrigérante le calorique morbide au fur et à mesnre qu'il se produit. Il a affaire à un moral affaissé, des symptômes de résorption se manifestent, il en triomphe à l'aide du sulfate de quinine et d'une nourriture substantielle.

La main ainsi mutilée et si heureusement conservée par l'habile chirurgien en chef du Val-de-Grâce a été moulée et déposée dans le musée du Val-de-Grâce.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave.

Maladies de la peau.

Du pityriasis capitis.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. Margerie.

Le pityriasis capitis est une maladie d'assez peu de gravité, mais qui présente un grand intérêt à cause de son extrême fréquence, de la facilité avec laquelle elle persiste, et du chagrin très vif qu'elle cause aux personnes qui en sont atteintes.

Elle consiste en une inflammation du cuir chevelu qui a été connue dès les temps les plus reculés, et décrite sous des noms très divers. Les Latins l'appelaient *porrigo*; ils la désignaient encore par le nom de *furfur*. Le mot de pityriasis (de πιτυρον, qui signifie son, farine) lui a été appliqué par les Grecs. Cette dénomination, qui a l'avantage de rappeler le caractère le plus saillant de la maladie, a été consacrée par les dermatologistes modernes; elle est aujourd'hui généralement adoptée.

Le pityriasis, on le sait, peut exister sur tous les points du corps; lorsqu'il occupe le cuir chevelu il constitue une inflammation chronique, qui se reconnaît à des signes dont le plus apparent est la présence de lamelles très fines, blanches, sèches et chatoyantes, non moins remarquables par leur grande abondance que par la rapidité avec laquelle elles se reproduisent. La surface recouverte par elles offre une légère rougeur. Il est rare qu'on assiste au début de la maladie et qu'on ait ainsi l'occasion de les voir se former pour la première fois; l'alopécie particulière qui suit leur apparition est ordinairement en effet le phénomène qui éveille avant tous les autres l'attention des malades; des démangeaisons plus ou moins vives se manifestent en même temps; l'action de gratter qu'elles provoquent, le passage du peigne font tomber en grand nombre et quelquefois par mèches les cheveux, dont la chute est d'ailleurs spontanée. Les organes ont un aspect maladif; ils sont grêles et cassants.

La desquamation farineuse devient de plus en plus abondante et salit les vêtements, malgré les soins de propreté les plus assidus et les plus minutieux. Dans un espace de temps très court, souvent en moins d'une heure, de nouvelles plaques épidermiques sont sécrétées et remplacent celles qu'on vient d'enlever; on pourrait dire qu'elles se forment sous l'ongle, tant leur reproduction est rapide.

Les démangeaisons et l'alopécie augmentent progressivement; la tête se dégarnit d'abord dans l'étendue de la ligne où le peigne sépare habituellement les cheveux, et plus tard sur tous les points indifféremment. Ce dernier caractère est d'une haute importance. La durée de l'alopécie est ordinairement subordonnée à celle de la maladie, qui peut être très longue. On remarque souvent des temps d'arrêt, les divers symptômes que nous avons décrits disparaissent peu à peu, les cheveux repoussent; une récidive a lieu, elle est suivie de guérison; de nouvelles récidives et de nouvelles guérisons peuvent ainsi se succéder tour à tour pendant plusieurs années.

Le pityriasis capitis, nous l'avons dit déjà, est une affection de nature inflammatoire; en général il n'existe aucun lien entre elle et des troubles généraux plus ou moins éloignés; la cause qui lui donne naissance est presque toujours une cause locale. C'est ordinairement chez les personnes qui ont les cheveux longs, épais et abondants, principalement chez les femmes, qu'elle se manifeste; il est facile de comprendre le chagrin et le désespoir qu'elle cause en déshonorant, pour ainsi dire, en l'espace de quelques semaines les plus belles chevelures.

Le fait même de la richesse et de la vigueur du système pileux de la tête, fait qui est nécessairement en rapport avec une vitalité très active du cuir chevelu, doit être considéré non-seulement comme une cause prédisposante du pityriasis capitis, mais encore comme une cause occasionnelle par les soins prolongés qu'il exige. Il faut y joindre les soins exagérés de la toilette et l'usage du cosmétique en général, mais en particulier des cosmétiques irritants qu'on emploie si souvent d'une manière inopportune, et auxquels on ne manque jamais d'avoir recours toutes les fois que les cheveux paraissent tomber.

Ces diverses causes suffiraient à elles seules pour expliquer en partie la très grande fréquence de la maladie si elle ne survenait en dehors des influences précédentes, et si dans beaucoup de circonstances elle ne se montrait au milieu de conditions telles qu'il soit impossible de remonter à son origine. Pour notre part, nous l'avons vue très souvent apparaître dans le cours des névralgies de la face et du cuir chevelu. Etait-elle due au mouvement fluxionnaire qui déterminent affections névralgiques dans les parties qui en sont le siége, ou bien à l'action des divers médicaments qu'on a coutume de diriger contre elles? Nous ne saurions le dire.

Il est encore assez ordinaire d'observer une coïncidence entre le pityriasis du cuir chevelu et les troubles de la menstruation; c'est ce qu'on rencontre surtout chez les jeunes filles, entre l'âge de dix-sept et de vingt et un ans, lorsque les règles coulent mal ou manquent complétement.

Il peut se faire que l'état général ait une part d'action réelle, bien qu'elle ne soit pas démontrée, dans la production de la maladie.

Tous les agents extérieurs, l'insolation pour certaines personnes, l'impression d'un vent très froid pour d'autres, l'humidité, etc., sont autant de causes qu'il n'est pas permis de révoquer en doute.

Le pityriasis capitis, de même que l'acné sébacea du cuir chevelu, peut encore être causé et entretenu par l'usage de teindre les cheveux; c'est ce qui arrive souvent dans l'âge adulte, surtout chez les femmes. Il n'est pas rare de trouver dans cette circonstance des malades qui refusent toute espèce d'aveu, ou qui ne veulent pas se soumettre aux seuls conseils qu'on puisse leur donner.

Le pronostic de cette affection ne présente aucune gravité, ou du moins il n'a qu'une gravité temporaire. Quelle que soit l'étendue de la perte des cheveux, on peut toujours prédire qu'ils repousseront aussi beaux et aussi épais qu'avant la maladie.

Le diagnostic est un point qui mérite une sérieuse attention à cause des difficultés qu'il présente et des résultats fâcheux que peut entraîner un traitement inopportun. Les fréquentes méprises que l'on commet sur la nature de l'alopécie contribuent dans un grand nombre de cas à aggraver le pityriasis du cuir chevelu. L'alopécie est une maladie très commune; elle dépend de causes très variables, et réclame par conséquent l'emploi de moyens très différents les uns des autres. Quoi qu'il en soit, on cherche presque toujours à la combattre par des moyens excitants, et c'est ce qui arrive surtout dans le pityriasis où les malades attachent très peu d'attention et d'importance à la desquamation farineuse de la tête, préoccupés qu'ils sont de la chute de leurs cheveux.

Le pityriasis capitis offre une certaine ressemblance avec le psoriasis du cuir chevelu; en général cette dernière affection, qui est loin d'être rare, occupe simultanément d'autres parties du corps; elle peut cependant être bornée exclusivement à la tête. Elle est caractérisée par des squames d'un blanc chatoyant analogues à celles du pityriasis, mais beaucoup plus larges. Les squames embrassent dix ou vingt cheveux à la fois; leur épaisseur est très grande; elles ne tombent pas continuellement, comme les squames farineuses du pityriasis. L'alopécie, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, est presque nulle.

Le favus en cerle, le porrigo sentulata des Anglais, à une certaine époque de son évolution, cesse de présenter des plaques faveuses, et se rapproche de l'aspect du pityriasis; toutefois, il en diffère assez pour que le diagnostic reste facile: ainsi il affecte une disposition en forme de cercle des mieux caractérisée; l'alopécie, dont il s'accompagne, n'est pas très abondante, elle n'existe pas au début de la maladie, qui peut durer des mois, et même des années sans altérer les cheveux, mais qui, dans tous les cas, amène leur destruction définitive. A ces caractères il faut ajouter l'apparition ultérieure de pustules faveuses et la nature contagieuse de l'affection.

L'herpès tonsurant a une apparence farineuse qui peut devenir une cause de confusion; mais il est à remarquer que les squames, quelque légères qu'elles soient, ne tombent pas avec la même facilité que dans le pityriasis, que l'alopécie n'est pas générale et ne consiste pas, à proprement parler, dans la chute des cheveux, mais dans leur section, sur certains points, à quelques millimètres de leur sortie du bulbe, section d'où résulte une véritable tonsure.

Une dernière maladie qui se rapproche du pityriasis est l'eczéma du cuir chevelu : il se présente tantôt à l'état humide, tantôt à l'état sec. Dans le premier cas il est impossible de le confondre avec le pityriasis; les cheveux sont presque constamment mouillés : si on les écarte, on aperçoit des plaques rouges et suintantes que recouvrent quelquefois des lamelles molles et jaunâtres. Dans le second, lorsque la sécrétion humide est complètement tarie, le cuir chevelu est parsemé d'une foule de squames blanches et presque chatoyantes. C'est ce qu'on peut voir chez une jeune fille que nous avons sous les yeux, et qui assure n'avoir jamais observé, dans le cours de sa maladie, d'exhalation humide du côté de la tête. Nous avons pu, malgré cette assertion, malgré la couleur blanche et la sécheresse des squames, nous convaincre qu'il s'agit réellement ici d'un eczéma squameux du cuir chevelu. Si on examine la malade avec soin, on reconnaît que les squames sont comparativement beaucoup plus adhérentes que celles du pityriasis. Cette différence tient, à n'en pas douter, à ce qu'elles proviennent d'un liquide qui, en se desséchant à la surface du cuir chevelu, a fait corps avec lui. Il n'est pas moins facile de s'assurer que ces squames conservent une certaine mollesse, et ne se réduisent point en farine, comme celles du pityriasis, lorsqu'on vient à les presser entre la pulpe des doigts. Ajoutez que si dans plusieurs points elles offrent un aspect nacré, dans d'autres elles ont une couleur jaunâtre qui trahit leur origine de la manière la plus évidente.

On trouve très souvent derrière les oreilles une éruption eczémateuse qui permet jusqu'à un certain point de deviner à

l'avance la nature de l'affection du cuir chevelu. L'alopécie n'existe pas, ou n'existe qu'à un très faible degré. Mais de tous les éléments de diagnostic, le plus important est sans contredit la disposition que les squames affectent à l'égard des cheveux. Au lieu d'être situées à leur base, comme dans le pityriasis, elles sont placées sur leur continuité. Cette différence est facile à expliquer. Dans le pityriasis il y a altération de la sécrétion de l'épiderme, dans l'eczéma il y a exhalation d'un liquide qui imprègne les cheveux, les agglutine très souvent, et dans tous les cas forme, en se desséchant à leur surface, des squames adhérentes qui n'égalent jamais l'abondance et l'extrême ténuité des squames épidermiques; les parties de la peau qu'elles recouvrent sont légèrement humides.

Le traitement du pityriasis capitis comprend deux ordres de conseils : des conseils positifs et des conseils négatifs.

Les derniers, bien qu'ils paraissent n'avoir qu'une importance secondaire, méritent néanmoins d'être pris en sérieuse considération. Le malade devra renoncer entièrement à l'usage des cosmétiques et du peigne fin, qui, loin de diminuer le mal et les inconvénients qui en résultent, les augmentent en entretenant l'irritation du cuir chevelu et en déterminant la chute des cheveux. Les raies de la coiffure seront très souvent changées. Enfin on évitera de serrer trop fortement les cheveux et de leur faire éprouver aucune espèce de traction momentanée ou permanente.

Les conseils positifs se réduisent à prescrire l'emploi des lotions et des pommades alcalines.

Les lotions se feront matin et soir avec une solution comme la suivante :

Eau distillée.	250 grammes.
Sous-borate de soude. .	2

Il sera nécessaire, dans quelques cas, d'augmenter l'activité du médicament, ou même de substituer au borate de soude le carbonate de potasse. Dans cette dernière circonstance on évitera de dépasser la dose de deux grammes de carbonate de potasse pour la quantité d'eau indiquée, autrement les cheveux pourraient contracter une couleur rouge, qui disparaîtrait à la vérité, mais qui aurait l'inconvénient de subsister pendant un espace de temps assez long.

Lorsque les cheveux seront secs et ténus, les lotions alcalines pouvant avoir des effets fâcheux, on prescrira des pommades composées de 30 grammes d'axonge et de 1 à 2 grammes de borate de soude ou de carbonate de potasse. Si l'action de ces pommades n'est pas assez énergique, on passera aux pommades soufrées ou sulfo-alcalines. On fait assez souvent usage de la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Fleur de soufre.	4
Turbith minéral.	2

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Réflexions pratiques sur une héméralopie chronique guérie après dix-huit ans de durée.

On sait que l'héméralopie (*de ἡμέρα, jour*, et ὄψις, *vision : vision de jour*) est une véritable névrose intermittente dont l'accès commence avec le coucher du soleil et finit à son lever : c'est là, comme on le voit, une affection assez singulière. Les circonstances au milieu desquelles elle se développe méritent de fixer l'attention, bien qu'à dire vrai il ne soit pas toujours facile d'apprécier le rôle qu'elles jouent dans la production de la maladie.

Ainsi, d'après M. Sichel, l'héméralopie est quelquefois congénitale (v. *Gaz. Méd.*, 1847) ; elle peut être également héréditaire, selon M. Sthévenart (v. *Ann. d'Ocul.*, t. XVIII) ; M. Roussilhe l'a rencontrée comme complication de la pellagre. L'héméralopie se développe assez souvent dans les pays chauds : nos marins qui naviguent vers le tropique, nos soldats dispersés sur le littoral de l'Afrique en ont offert de fréquents exemples; l'armée anglaise envoyée dans les Indes n'est pas non plus exempte de cette affection.

Dans nos climats, l'héméralopie est une maladie assez rare, bien qu'on l'observe parfois sous forme endémique. Le docteur Wharton attribue le développement d'une épidémie de ce genre qu'il observa chez des militaires à l'action trop vive du soleil sur l'œil, et il ajoute avoir guéri tous les malades en les privant de la lumière. (V. *L'Esculape*, p. 45, 1841.)

Un chirurgien-major distingué de l'armée m'a rapporté ce qui suit : Le 48e de ligne, en garnison à Paris, était mal logé et plus mal nourri ; il présenta dans ses cadres une quarantaine de soldats atteints d'héméralopie. Il fut dirigé sur Metz. Le changement d'habitation et une nourriture meilleure donnée à l'infirmerie suffirent, sans traitement aucun, pour amener la guérison de tous les malades.

Les diverses relations qui ont été publiées par les auteurs sur l'héméralopie développée simultanément sur un plus ou moins grand nombre de personnes vivant le plus souvent en commun et, dans tous les cas, au milieu des mêmes conditions hygiéniques prouvent assez que cette maladie est d'ordinaire susceptible de guérir spontanément, dès que l'on avait soustrait le sujet à l'action des influences fâcheuses auxquelles il était resté exposé pendant un temps plus ou moins long.

Cette tendance à la guérison spontanée de l'héméralopie est moins prononcée peut-être dans sa forme sporadique, soit que l'affection offre par elle-même plus de gravité, soit que le malade reste plus longtemps exposé à l'action de la cause qui a agi sur lui; cette cause n'étant pas toujours très bien connue.

Quoi qu'il en soit, l'héméralopie passée à l'état chronique, comme l'héméralopie aiguë, est encore susceptible de guérir parfaitement sous l'influence d'un traitement dirigé avec soin. L'exemple suivant vient à l'appui de cette proposition ; je le crois très probant en raison même de l'ancienneté de la maladie.

Obs. — Le 4 mai 1850, je fus consulté par M. Pierre-Étienne Lainé, âgé de trente-sept ans, de Saint-Denis-Monval, près Dreux. Le début de la maladie remonte à dix-huit ans, et elle paraît être survenue sans causes appréciables. Le malade me rapporte seulement qu'à cette époque éloignée dont je parle il fut atteint d'une hydropisie à peu près générale, à en juger par sa description.

Depuis dix-huit ans jusqu'à ce jour, la maladie n'a pas changé sensiblement; elle paraît néanmoins avoir augmenté dans ces derniers temps. M. Lainé ne s'est soumis à aucune espèce de traitement; il a toujours pu continuer ses travaux, qui sont ceux des hommes de la campagne.

État actuel. Les deux globes oculaires ont leur forme, leur direction et leur consistance normales. Pendant le jour, les pupilles sont plutôt rétrécies que dilatées, mais très peu contractiles; j'ignore si elles sont dilatées le soir. A droite, il existe un très léger tremblotement de l'iris qui fixa mon attention. Le malade me dit alors qu'il avait reçu dans cet œil un éclat de bois, et qu'il en était résulté une inflammation aujourd'hui entièrement dissipée. L'accident remontait à un mois seulement.

Il existe des deux côtés un sentiment de pesanteur dans les sourcils, que l'on appelle du nom de douleur gravative. Les yeux sont sensibles à un jour un peu vif; mais la photophobie est très modérée. La vision est bonne, et le malade lit avec facilité, sans être ni myope, ni presbyte.

Dès que le soleil a disparu de l'horizon, quels que soient les clartés du crépuscule ou le brillant de la lune, le malade n'y voit plus assez pour se conduire; il ne saurait regagner son domicile sans l'habitude qu'il a des localités. A la lumière artificielle d'une ou de deux bougies, il ne distingue rien avec précision; seulement il a conscience de la lumière, il sait où elle est placée.

La santé générale est bonne. Toutes les fonctions s'exécutent normalement. Il n'existe aucun symptôme de congestion vers le cerveau; il n'y a pas traces de phlegmasie de l'un des tissus oculaires. Le malade est d'une constitution sèche, que l'on peut appeler névroso-bilieuse.

Je prescris le traitement suivant :

Porter des lunettes pour éviter l'excitation pénible produite sur les nerfs ciliaires par la lumière; collyre avec une faible dose d'extrait de jusquiame ; frictions sur le front et les tempes avec un liniment composé de teinture alcoolique de noix vomique, dans le but de modifier la vitalité des principales branches de la cinquième paire.

Après six semaines de cette médication, c'est-à-dire le 20 juin, notre malade m'annonça qu'après avoir éprouvé, ainsi que je l'en avais prévenu, quelques troubles de la vision, dus à la mydriase artificielle produite par l'usage de la jusquiame, il était rentré un soir chez lui très heureux de pouvoir distinguer la lumière et les petits objets, ce qui ne lui était pas arrivé depuis dix-huit ans; mais il ajoutait que, bien qu'il eût continué l'emploi des mêmes moyens, cette amélioration n'avait duré que trois jours.

J'eus alors recours aux moyens que je vais indiquer :

1° Tous les dix jours, prendre 0,10 de tartre stibié ;

2° Cinq jours après chaque dose d'émétique, prendre crème de tartre, 30 gr.; tartre stibié, 0,05 ; divisés en 6 paquets pour trois jours, c'est-à-dire deux paquets par jour, un le matin et l'autre soir.

M. L... a suivi ponctuellement mes conseils, et voici, à la date du 30 juillet, le résultat obtenu :

La vision, qui était un peu trouble pendant la journée, est meilleure; les yeux ne sont plus larmoyants; ils voient mieux pour la lecture, et surtout ils distinguent, le soir, tous les objets : dernier résultat qui paraît définitivement acquis au malade.

Quoi qu'il en soit, j'ai cru devoir prescrire, autant pour consolider la guérison que pour fortifier un peu la constitution affaiblie par l'énergie du traitement :

1° Une friction, tous les matins, sur le front et les tempes avec un liniment ainsi composé :

Pr. Huile de noix.	30 gr.
Essence de térébenthine. . . .	10
Camphre.	2

2° Tous les soirs, en se couchant, prendre l'un des paquets suivants :

Pr. Sous-carbonate de fer. . . .	30 gr.
Poudre de quinquina.	15
— de racine de valériane. .	10
— de racine de belladone. .	2

Divisés en 60 paquets égaux.

Cette observation nous a suggéré les réflexions que voici :

1° Relativement à l'étiologie, nous ferons remarquer que, d'après le malade, l'affection serait survenue à la suite d'une hydropisie presque générale dont il a été affecté il y a dix-huit ans. Or, si le fait est exact, il ne faut pas oublier que l'anasarque pouvait bien reconnaître pour point de départ une néphrite albumineuse ; et de la sorte, ce cas viendrait à l'appui des recherches récentes de M. Landouzy sur *la coïncidence de l'amaurose avec la maladie de Bright.* Cette explication du développement de l'héméralopie serait d'autant plus satisfaisante qu'un certain nombre d'affections nerveuses des yeux ont, selon moi, pour origine une altération du sang.

2° Pendant dix-huit ans, le malade a été privé de la vue tous les jours après le coucher du soleil. Nonobstant ce grand nombre d'accès de cécité nocturne, les fonctions diurnes des yeux n'ont pas éprouvé d'altération profonde; c'est là un point bien digne d'intérêt, et qui, mis en regard de ce qui a lieu dans l'amaurose, prouve toute la distance qui existe entre les affections continues et les affections périodiques.

3° Enfin, j'appelle l'attention des praticiens sur les heureux effets de la médication énergique à laquelle j'ai eu recours avec un si beau résultat. Déjà ce mode de traitement, préconisé par Schmuker et Richter, avait été appliqué par Scarpa à l'héméralopie aiguë ; Pellier et Demours l'ont également prescrit avec succès dans les mêmes circonstances. J'y ai eu recours moi-même un bon nombre de fois pour combattre diverses affections nerveuses des yeux, et je n'ai eu jusqu'à présent qu'à me louer de l'avoir employé. C'est bien plutôt à titre de *méthode perturbatrice* que j'explique ses succès que comme *méthode évacuante*, car dans beaucoup de cas, et celui-ci est de ce nombre, il n'existait aucun signe d'embarras gastrique.

SUR LA NATURE ET LES CAUSES
des suppurations bleues,

Par M. le professeur Sédillot.

M. Sédillot a présenté sur ce sujet, à la Société de Biologie, un mémoire dont nous extrayons les principaux passages :

L'existence des suppurations bleues a été fort anciennement connue, et les recueils scientifiques de nos jours en rapportent plusieurs exemples en les présentant comme des faits rares et exceptionnels dont on ignore complétement les causes.

C'est au même titre que l'on signale habituellement les sueurs et les urines bleues, le lait de même couleur, etc., dont on n'est pas arrivé jusqu'à présent à préciser les conditions étiologiques ni l'explication doctrinale.

MM. Persoz et Dumas avaient admis la production de l'acide hydrocyanique dans les suppurations de mauvaise nature et la formation de composés analogues au bleu de Prusse; mais M. Conté a réfuté, par des expériences publiées en 1842 dans la *Gazette Médicale de Paris*, cette opinion plus ingénieuse que vraie, dont on ne s'est plus occupé depuis ce moment. On a supposé le développement d'un champignon particulier, décrit sous les noms de *calvaria nosocomialis*, d'*agaricus nosocomiorum* et de champignon des plaies.

M. Cadet de Gassicourt (extrait du *Dictionnaire des Sciences médicales*, article *Champignon*, 1843) dit que Méry le premier observa cette singulière production. Lemery aurait répété, à cette époque, les mêmes remarques. Ces champignons naissent souvent dans les appareils à fracture laissés longtemps en place, et ont été trouvés quelquefois de la grosseur du petit doigt.

Les colorations bleues dont nous nous occupons sont solubles, et ne présentent à l'examen microscopique aucune trace de produits organisés, comme s'en est assuré notre honorable collègue M. le professeur Fée : on ne saurait donc supposer la présence d'un champignon, même microscopique, comme cause de la coloration du pus.

M. Bailleuil attribua la couleur bleue du lait à des touffes de byssus qu'un changement dans l'alimentation des animaux et l'emploi de sel marin faisaient disparaître. (*Comptes-Rendus de l'Académie des Sciences*, t. XVII, p. 1138.)

M. Simon avait découvert une matière analogue à l'indigo dans des urines bleues (*Comptes-Rendus de Berzélius*, 1849, p. 389); mais M. Reins (*Jahr Buch fur Pharm.*, t. VIII, p. 93) et M. Duméril (*Archives de Pharmacie*, t. XXXIX, p. 48) ont étudié des urines bleues dont la coloration dépendait d'une substance toute différente.

Cette matière était insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther, qu'elle colorait très fortement. La couleur changeait par la dessiccation. La dissolution éthérée devenait rouge, et la dissolution alcoolique vert-jaunâtre. L'acide sulfurique dilué et l'ammoniaque ne produisaient aucun changement dans la couleur de ces dissolutions; mais l'acide sulfurique concentré les rendait vertes. L'hydrate de potasse étendu d'eau en quantité convenable faisait disparaître complétement la couleur.

La *Gazette des Hôpitaux* a emprunté à un journal allemand l'analyse d'une urine bleue rendue par un hydropique âgé de cinquante-six ans. L'urine, recueillie dans un petit verre bien nettoyé, présenta un jour une coloration bleue bien marquée. Le liquide, du poids d'environ une once, avait la couleur d'un bleu-verdâtre sale et une odeur ammoniacale. Le papier de curcuma était teint en brun par ce liquide. (*Voir* le n° 91, 1850.)

La *Gazette Médicale de Paris* a cité l'histoire d'une jeune négresse affectée de sueurs bleues très abondantes, que l'analyse chimique fit comparer à la matière de l'indigo.

Telles sont nos notions sommaires sur les colorations bleues accidentelles de quelques-uns des liquides de l'économie, et l'on verra que nos recherches ont réalisé un progrès en précisant mieux les conditions des suppurations bleues et en les reproduisant artificiellement.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt d'exposer la série des idées et des observations qui nous conduisirent à ce résultat.

Les premiers faits dont nous fûmes frappés ont été rapportés par M. le docteur Weiss, dans le compte-rendu de nos cliniques pendant l'année scolaire 1848-1849. (Voy. *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1849 : *Quelques considérations sur les tumeurs.*)

Les pièces d'appareil sur lesquelles avait apparu la coloration bleue avaient été placées sur des membres ou sur des portions du tronc atteints de lésions plus ou moins graves, et avaient été imprégnées de pus, de sérosité, des produits de la transpiration, et dans un assez grand nombre de cas, de fomentations végétales.

Il s'agissait de savoir quel avait été le rôle de ces divers éléments dans la production de la coloration bleue.

Le moyen le plus facile et le plus sûr d'arriver à la connaissance de ce problème nous parut être de procéder par élimination successive.

Si la coloration bleue continuait à se montrer en l'absence de l'un des éléments sus-indiqués, nous devions nécessairement mettre ce dernier hors de cause, et cette méthode simplifiait les conditions de l'expérience en les éclairant.

Nous commençâmes par éliminer la matière purulente, essentiellement constituée à nos yeux par les globules et les granules du pus. Nous substituâmes à la sérosité de ce produit des plaies celle du sang provenant de dix saignées faites sur d'autres malades, et séparée avec soin des globules et de la matière colorante.

Nous avons démontré, dans notre ouvrage sur l'infection

purulente, que la sérosité du sang et celle du pus étaient chimiquement et pathologiquement identiques, et nous étions autorisés à faire cette substitution.

Nous ajoutâmes à la sérosité du sang une certaine quantité de sueur recueillie sur un malade plongé dans un bain de vapeur, et nous complétâmes le mélange avec de la fomentation émolliente.

On versa la liqueur ainsi composée sur des compresses et une bande appliquées autour d'un genou traumatiquement enflammé, et tout l'appareil fut entouré de coton et de taffetas ciré et fréquemment imbibé pour en éviter la dessiccation.

M. Massiani, mon chef de clinique à l'hôpital militaire, suivit et dirigea l'expérience avec autant d'intelligence que de soin, et nous vîmes apparaître, vers le cinquième jour, des plaques superficielles d'un beau bleu-clair disséminées sur différents points. Le coton en fut d'abord le siége unique, mais, deux jours plus tard, les bandes offraient la même coloration.

Une odeur fade et nauséabonde se fit sentir, et les teintes bleues passèrent çà et là au vert, puis au brun.

La présence des parties solides du pus n'était nullement nécessaire, comme le démontrait cette expérience, à la production du phénomène improprement décrit sous le nom de suppuration bleue, et il restait à étudier l'action de la sueur et des fomentations végétales.

Ces deux substances furent à leur tour éliminées sans que la matière colorante bleue cessât d'apparaître, et nous acquîmes ainsi la certitude que la sérosité maintenue à une température rapprochée de celle du corps était la seule condition du phénomène dont nous poursuivions l'étude.

Le linge employé jouait-il un rôle spécial? C'est une question que nous n'avons pas complétement résolue; mais nous fîmes usage du linge neuf, lavé à l'eau distillée.

Nous eûmes également la précaution d'entourer les téguments d'un taffetas ciré pour empêcher l'action de la transpiration, et il devint manifeste que les colorations bleues étaient dues à une réaction particulière de la sérosité du sang ou du pus imprégnant les pièces de pansement, et sous l'influence du contact de l'air et d'une température de 26 à 30 degrés centigrades.

Nous voulûmes rendre l'expérience plus concluante encore, en la dégageant des conditions pathologiques dans lesquelles nous l'avions entreprise, et en faisant une œuvre de laboratoire.

Nous parvînmes, avec l'habile assistance de M. Roucher, à faire naître des colorations bleues sur un plateau métallique chauffé au bain-maris et recouvert d'une cloche de verre pour empêcher l'évaporation. De l'eau distillée et du sérum du sang étaient versés sur une compresse et quelques flocons de coton; et au cinquième jour, les teintes bleues apparurent et s'étendirent graduellement en prenant une coloration plus foncée.

Les mêmes phénomènes furent également produits au laboratoire de notre savant collègue M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil, et les deux chimistes dont je viens d'invoquer l'autorité ont eu la bonté de me remettre une note dans laquelle ils constatent que la nouvelle matière colorante est soluble et jouit d'une grande résistance à l'action d'acides très énergiques et concentrés. Voici ce travail :

« Les linges colorés en bleu à la suite de certains pansements cèdent leur teinte à l'eau quand on les agite avec ce liquide ; en même temps la liqueur se trouble, et le microscope y décèle une infinité de petits corpuscules arrondis assez semblables, pour l'aspect et les dimensions, aux granules purulents.

» La teinte bleue n'appartient toutefois pas à ces granules, car en filtrant le liquide, l'eau passe fortement colorée, tandis que les granules d'un blanc-grisâtre restent sur le filtre. La solubilité de la substance fait fortement soupçonner qu'elle n'est point occasionnée par le développement d'une matière organisée, d'une moisissure, par exemple.

» Cette teinte est d'un bleu verdâtre très foncé ; quand l'eau en est fortement chargée, son pouvoir colorant paraît assez considérable.

» Cette couleur présente une assez grande stabilité : l'ébullition, l'acide chlorhydrique froid ou bouillant, l'acide azotique froid, l'acide sulfureux même, ne la détruisent pas.

» L'acide azotique bouillant la brunit ; le chlore la fait rapidement disparaître.

» La dissolution aqueuse n'est troublée ni par l'ébullition, ni par l'acide azotique bouillant, ni par le sous-acétate de plomb ; d'où il résulte que cette matière n'est formée ni accompagnée d'aucune substance albuminoïde, et qu'elle n'est très probablement point de nature animale.

» Les acides énergiques la changent en une couleur rouge offrant la teinte pelure d'oignon caractéristique du tournesol rougi ; ce qui établit de grandes probabilités en faveur de la nature végétale de cette substance.

» Le sous-acétate de plomb, qui décolore complétement le tournesol, ne précipite pas la couleur dont il s'agit de sa dissolution aqueuse, laquelle n'offre pas la moindre réaction alcaline; mais la liqueur se décolore en partie quand on y ajoute avant le sel de plomb quelques gouttes d'ammoniaque. Alors le précipité plombique qui apparaît entraîne avec lui une portion de la matière colorante dissoute.

» Tous ces faits paraissent prouver que la matière colorante bleue du linge à pansement est de nature et d'origine végétale. Ils rejettent bien loin cette idée qui attribuait l'apparition de cette teinte à la production du bleu de Prusse ou du phosphate de fer aux dépens du fer contenu dans le sang, et des phosphates alcalins ou des combinaisons cyanurées séparées des liquides animaux, par suite d'une altération quelconque. Le phosphate de fer est insoluble dans l'eau ; et ni lui, ni le bleu de Prusse ne rougissent par les acides et ne bleuissent de nouveau par les alcalis, comme il arrive pour la substance colorante dont il s'agit. »

Sans insister ici sur les caractères chimiques, dont je laisserai l'appréciation à des hommes plus compétents, je me bornerai à signaler quelques questions dont l'élucidation serait importante.

Il y aurait à chercher comment les colorations bleues se forment souvent chez les malades en vingt-quatre heures, tandis que nous ne les obtînmes qu'en quatre ou cinq jours dans nos expériences.

L'influence d'une température plus élevée à la surface des plaies serait-elle cause de cette différence ?

L'état de la sérosité devrait-il également être pris en considération ?

Il semblerait probable que les sueurs bleues, le lait bleu, les urines bleues dépendent d'une cause identique, se manifestant au sein de l'économie et résultant d'une réaction toute chimique de la sérosité du sang. Cependant l'analyse a montré des variétés très distinctes dans les matières colorantes bleues produites.

La coloration bleue des cadavres au début de la putréfaction est-elle de même nature que celle des plaies ?

On parviendra sans doute à éclairer ces questions par une étude plus approfondie de la nouvelle matière colorante dont nous avons précisé les conditions de production, et nous devons espérer que la voie dans laquelle nous sommes entré conduira bientôt à la connaissance de phénomènes aussi curieux.

Du chlorate de potasse.

Le chlorate de potasse (*muriate de potasse oxygéné*) a été proposé pour suppléer l'oxygène dans les maladies où l'on suppose que cet élément ne se trouve pas en proportion normale; puis contre le scorbut, les affections hépatiques, vénériennes, malignes, et surtout, dans ces derniers temps, dans les cas de gangrène de la bouche. Il a été aussi employé à l'extérieur contre les ulcères cancéreux. Un article récent, de M. Calvert, nous fournit l'occasion de dire un mot de la préparation de ce sel, que peu de pharmacopées font connaître.

Le procédé suivi généralement dans les fabriques où on le prépare en grand, pour les besoins de l'industrie, est le suivant :

On fait passer un courant de chlore à travers un soluté de potasse pure, marquant 30° B^e, jusqu'à saturation, c'est-à-dire jusqu'à ce que la liqueur prenne une couleur jaune prononcée. On se sert, à cet effet, d'un vase, d'où l'on dégage du chlore, d'un flacon qui sert à laver celui-ci, et d'un second flacon contenant le soluté alcalin. Le tube qui amène le chlore au sein du soluté doit avoir l'extrémité assez large pour ne pas s'obstruer par le chlorate de potasse. Malgré cette précaution, il faut encore, à l'aide d'une tige de fer recourbée qui descend dans le flacon, dégager de temps en temps cette extrémité du tube. Lorsqu'il ne se produit plus de cristaux, on recueille ceux produits et on les fait sécher sur un entonnoir. En faisant bouillir les eaux mères, il se forme de nouveaux cristaux, que l'on réunit aux autres; enfin, pour les purifier on fait dissoudre les cristaux à l'ébullition, dans deux fois leur poids d'eau, et le chlorate cristallise par refroidissement.

Le chlorate de potasse est un sel cristallisé en lames, incolore, inodore, d'une saveur fraîche et acerbe. Jeté sur des charbons ardents, il en active la combustion; détonnant par le choc. L'acide sulfurique le décompose, avec effervescence et dégagement d'un gaz jaune-verdâtre (oxyde de chlore). Il ne précipite pas par le nitrate d'argent; une partie se dissout dans vingt-cinq parties d'eau froide et dans deux parties d'eau bouillante. Il est insoluble dans l'alcool.

C'est donc, comme on le voit, un sel très peu soluble dans l'eau froide. Les praticiens auront donc égard à ce fait, lorsqu'ils le prescriront sous forme de dissolutions aqueuses. C'est un produit d'un prix fort ordinaire.

Voici le procédé que propose M. Calvert, comme plus avantageux.

On prend une dissolution de potasse caustique à 1,110 de densité et contenant 102,33 p. de potasse réelle par 1,000 p. de liquide; on y ajoute 6 équivalents de chaux vive, et on chauffe le tout graduellement à 50°; on fait passer un courant rapide de chlore (qui porte la température, par suite de l'action chimique, à environ 90°) jusqu'à saturation, filtrant, évaporant à siccité, puis reprenant par l'eau bouillante et laissant le tout refroidir. On obtient ainsi 200 p. de chlorate pur.

Dans la réaction il se produit du chlorure de calcium et du chlorure de potasse. On évite donc, par l'emploi de la chaux, l'énorme perte de potasse, qui, dans le procédé ordinaire, est transformée en chlorure, puisqu'au lieu de 43 p. de chlorate par 100 p. d'alcali réel; on en obtient 200 p., rendement très rapproché du chiffre théorique.

Voici la forme sous laquelle Hunt, qui l'a préconisé dans ce cas, emploie le chlorate de potasse contre l'ulcère gangréneux de la bouche chez les enfants.

Potion contre la gangrène de la bouche.

Chlorate de potasse.	2 grammes
Sirop de sucre.	10
Eau.	50

F. S. A. A prendre par petites cuillerées, dans les vingt-quatre heures.

Pour l'extérieur, on pourrait l'employer sous forme de soluté aqueux saturé, c'est-à-dire de soluté contenant environ 1 gramme de ce sel par 25 grammes d'eau distillée.

Un concours aura lieu le lundi 18 novembre 1850 pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 108. (23e ANNEE.) JEUDI 12 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 11 SEPTEMBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après les préliminaires d'usage, M. Mérat s'est emparé de la tribune pour donner communication d'un rapport officiel sur *un moyen de guérir les grands maux de gorge*. Le savant académicien n'était pas d'humeur gaie, à cause de la température de la salle, qui, dès à présent, suivant lui, n'est pas habitable sans feu. A le voir, cependant, on ne le croirait pas si en peine de calorique.

Tant il y a que l'honorable rapporteur était fort enroué, et que le son de sa voix était déjà une condamnation *presque tacite du moyen nouveau de guérir les grands maux de gorge*, ce qu'eût été le cas de recourir s'il avait ajouté foi aux vertus de ce spécifique.

N'en parlons plus, et racontons les malheurs immérités de M. Gaultier de Claubry, un des membres de la docte assemblée qui prennent le plus au sérieux leurs devoirs d'académicien. Les conclusions d'un premier rapport avait été adoptées, lorsque M. Gaultier en tira de son portefeuille un second. Celui-ci avait pour objet les pilules de Blaud, dont l'auteur a demandé au ministre que la formule fût insérée dans la prochaine édition du *Codex*. Il s'agissait de répondre au ministre, qui consultait l'Académie sur la suite à donner à cette demande.

La commission nommée à cet effet, et dont M. Gaultier était l'organe, se fondant sur l'efficacité bien connue des pilules de Blaud, avait conclu affirmativement. Ce n'était pas l'avis de M. Soubeiran, qui s'est élevé avec force contre les conclusions du rapport, en prétendant que les pilules de Blaud sont une préparation magistrale, et que le *Codex* ne doit comprendre que des formules de préparations officinales. M. Robiuet, qui nous a fait regretter de n'entendre pas plus souvent sa parole ferme et judicieuse, a répondu catégoriquement sur ce point à son honorable collègue. Il n'est pas exact, en effet, que le *Codex* ne comprenne que des formules de préparations officinales. Cet argument, repris énergiquement par l'honorable M. Gibert, est resté sans réponse. MM. Bussy, Bouchardat, Boulay, Chevalier, Roche, ont pris successivement et itérativement la parole. Il y a eu un moment où la voix du président avait peine à se faire entendre. Il n'y a tel que la pharmacie pour remuer le corps académique. Dès qu'une question pharmaceutique s'élève, on peut être sûr qu'il y aura un orage. En fin de compte, et malgré les observations du rapporteur, pleines de convenance et de justesse, ses conclusions ont été rejetées, après deux épreuves, à la majorité de 19 voix contre 17. Nous n'en félicitons pas l'Académie. Pour la première fois qu'elle est appelée à appliquer le décret du 3 mai, elle a commis une faute contre la raison et contre la justice. C'est la manière la plus polie dont nous puissions rendre notre pensée.

Nous avons écouté avec une attention scrupuleuse les membres qui ont parlé contre l'insertion, et nous en sommes à nous demander sur quel puissant motif l'Académie a fondé sa décision. Il est donc vrai que le hasard a la plus grande part dans les résolutions des assemblées délibérantes. La principale raison des opposants aux conclusions du rapport, on la connaît; c'est celle qui a été produite par M. Soubeiran, et renversée en quelques mots par M. Robinet. On a dit ensuite que les pilules de Blaud, étant sujettes à s'altérer, ne pourraient être inscrites au *Codex*. Mais combien n'y a-t-il pas de préparations officinales susceptibles d'une prompte altération? Est-ce que le looch est inaltérable? D'ailleurs, tous les pharmaciens, en ce moment, ont des pilules de Blaud préparées à l'avance, et c'est leur affaire de n'en préparer jamais qu'une assez petite quantité pour qu'elles puissent être employées avant de s'altérer. Il y avait là, comme l'a dit très bien M. Gaultier de Claubry, une question de police médicale à résoudre. Les pilules de Blaud sont généralement préparées à l'avance; et, comme préparations magistrales, elles ne devraient pas l'être. On est cependant obligé de le tolérer, à raison de la quantité considérable de ces pilules dont on fait usage dans la pratique. Il s'agissait donc de régulariser, de *légaliser* le fait usuel et toléré. L'Académie n'a pas voulu comprendre cette raison, qui était pourtant sérieuse, et qui a été très bien présentée par le rapporteur. Un motif invoqué en dernier lieu par M. Soubeiran, et auquel on ne s'est pas arrêté pour le combattre, quoiqu'il ait eu probablement quelque influence sur la décision qui a été prise, est que l'inscription des pilules de Blaud au *Codex* eût été une approbation dont on aurait pu abuser commercialement. Mais qui aurait pu abuser? En est-il des pilules de Blaud, dont tout le monde peut faire usage, comme des pilules de Lartigue, par exemple? Sont-elles l'objet d'un monopole commercial, d'un trafic qui ne profite qu'à l'inventeur? A force de puritanisme, l'Académie en est venue à avoir peur de l'ombre d'un prospectus. Il y a contradiction évidente entre la présomption d'exploitation privative et l'inscription au *Codex*, où chacun est libre de puiser. M. Soubeiran a été, comme on voit, bien mal inspiré. Nous respectons ses intentions, qui sont celles d'un honnête esprit, jaloux de la dignité de l'Académie; mais nous le prions de considérer que, si l'on doit s'arrêter devant la crainte dont il s'est fait l'écho, il n'y aura jamais d'inscription nouvelle au *Codex*, et que le décret du 3 mai devient inutile. Un médicament est reconnu bon unanimement depuis des années; il a été formulé par un médecin laborieux et honorable; personne ne s'inscrit contre l'efficacité du médicament ou contre l'honorabilité inattaquable de l'auteur; et voilà qu'on refuse les honneurs du *Codex* à ce médicament! C'est apparemment une manière de remercier l'auteur d'avoir fait connaître sa formule, et un moyen d'encourager ceux qui seraient tentés de l'imiter.

Etonnez-vous après cela que les suggestions de l'intérêt personnel l'emportent souvent sur les nobles inspirations du sentiment d'humanité! L'Académie n'a pas su au juste ce qu'elle faisait : c'est son excuse. Il n'est pas moins vrai que ce qu'elle a fait, nous le répétons, est contraire au bon sens et à l'équité. C'était évidement l'avis du bureau, qui voulait faire recommencer le vote, malgré deux épreuves. L'honorable secrétaire perpétuel paraissait surtout, et très justement, préoccupé du résultat du vote. Il se disait sans doute que c'était là le premier pas dans une voie nouvelle ouverte à l'Académie par un ministre éclairé et bienveillant, et que c'était un faux pas ; que la considération de l'Académie aux yeux du ministre n'en serait pas relevée. C'est aussi ce que nous pensons. Nous terminerons ces rapides observations par deux conseils, l'un à l'Académie, l'autre à M. le docteur Blaud. Nous conseillons à l'Académie de se défier de quelques membres de la section de pharmacie lorsqu'il s'agit d'une question de pharmacologie soulevée par un médecin. Quant à M. Blaud, que nous ne connaissons que par ses travaux, nous lui conseillons de se pourvoir auprès du ministre, et de demander que la question soit de nouveau soumise à l'Académie. Si le ministre fait droit à cette demande, ce qui serait juste, ce sera dur pour l'Académie ; mais elle aura mérité cette leçon.

Nous reviendrons sur cette séance au sujet d'une communication intéressante de M. Bonnet, et d'une réclamation de M. Marchal (de Calvi) relativement à l'huile iodée.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'artérite.

(Quatrième article. — *Voir* les nos des 30 juillet, 6 et 29 août.)

Signes. — Les signes de l'artérite anévrismale sont d'abord une impulsion circulatoire perçue à l'oreille et isochrone au premier bruit du cœur, puis un deuxième bruit pendant la périsystole. Souvent il donne une sensation percevable à la main, et toujours un second bruit de percussion. De là deux bruits de percussion, comme s'il y avait un cœur adjacent à cet endroit de l'artère. Ajoutez à cela le défaut de sonorité en ce point, l'impulsion que la tumeur exerce sur les parties voisines, impulsion qui détermine des douleurs, des déplacements

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie interne; par MM. HARDY et BÉHIER, médecins des hôpitaux. — Tome II.

Voici enfin le second volume d'un ouvrage impatiemment attendu et du commencement de la publication duquel nous ne voulons pas rappeler la date, tant elle est éloignée. Ce retard, du reste, nous savons qu'il doit être en partie excusé; les auteurs sont deux hommes jeunes, actifs, intelligents, et ce n'est point à la négligence qu'il faut l'attribuer. Des études préparatoires sérieuses, des recherches sans nombre, de graves occupations résultant de leur position comme médecins d'hôpitaux, une épidémie, une révolution, n'en voilà-t-il pas assez pour constituer des circonstances atténuantes? Passons donc sur cette lenteur, en prenant acte de la promesse que nous font MM. Hardy et Behier d'être plus diligents à l'avenir, et voyons ce que contient leur nouveau volume.

Le premier, nos lecteurs s'en souviennent, formait un excellent *Traité élémentaire* de pathologie *générale*, s'il nous est permis d'accoupler ensemble deux mots qui semblent étonnés de se voir réunis. Par là nous voulons dire que, persuadés qu'ils sont que l'on ne saurait étudier avec fruit la pathologie spéciale sans avoir acquis déjà quelques notions générales qui sont comme la clef de chaque division particulière de la science, les auteurs se sont efforcés par la simplicité, la netteté de leurs descriptions, de mettre à la portée des commençants ces généralités si souvent ardues qui sont le corollaire des études théoriques et pratiques de la pathologie interne. Dans l'article que nous avons consacré dans le temps à l'analyse de ce premier volume, nous sommes entré dans d'assez longs détails pour n'avoir point à y revenir ici. Le succès qu'il a d'ailleurs obtenu prouve que nous avions été juste dans notre appréciation; il a dépassé toutes les espérances.

Le second volume, celui dont il s'agit ici, ouvre la pathologie spéciale par un chapitre d'abord intitulé : *Des classifications en pathologie*; chapitre où ils établissent la division des maladies en dix classes : 1° inflammations ; 2° gangrènes ; 3° hémorrhagies ; 4° hydropisies ; 5° névroses ; 6° maladies organiques ; 7° maladies causées par des corps étrangers vivants ou non ; 8° par le déplacement d'organes ; 9° maladies spécifiques ; 10° maladies générales fébriles ou non fébriles. Dire que cette classification est sans reproches, ce serait se tromper. Mais elle en vaut bien d'autres; il n'est pas de maladie que l'on ne puisse faire rentrer dans l'une de ces dix classes ; et puis nous ajouterons : Est-il une classification qui satisfasse tous les esprits ?

C'est par les inflammations considérées en général que les auteurs entrent véritablement en matière. Et d'abord, qu'est-ce que l'inflammation? A cette question, voici ce qu'ils répondent, et ce nous semble avec la plus grande raison : « C'est seulement, disent-ils, pour l'étude que l'on décrit un état particulier sous le nom d'inflammation ; à vrai dire, cet état n'existe pas en tant que maladie spéciale, mais on rencontre des maladies présentant toutes une certaine similitude, une analogie dans les phénomènes, ce sont les inflammations. C'est cet ensemble de traits communs à des maladies de siége différent, mais de nature identique, qu'on est convenu d'étudier, comme un état pathologique à part, sous le nom d'inflammation. Cet état n'existe donc ainsi délimité que d'une façon tout artificielle et par suite d'une convention pour ainsi dire. » On nous objectera peut-être que c'est éluder la difficulté. Croit-on qu'il vaille beaucoup mieux s'acharner après une solution impossible, et donner une définition telle quelle, forcément mauvaise ou incomplète dans l'état actuel de la science, que d'avouer franchement son impuissance. Cette tendance éminemment philosophique à nos yeux, nous savions déjà du reste, leur premier volume nous l'avait démontré, qu'elle était celle de MM. Hardy et Béhier. Nous l'avons retrouvée avec bonheur dans la suite de leur travail.

Doit-on croire, d'après cela, que les auteurs ont, pour nous servir d'une expression vulgaire, sauté à pieds joints par-dessus les généralités de l'inflammation? Ce serait se tromper grandement. S'ils n'étudient pas *l'inflammation*, ils étudient *les inflammations* en général, dans leurs caractères, leurs phénomènes locaux et généraux, les modifications de tissus qu'elles déterminent, leur marche, leur mode de terminaison, leurs causes, leur siége, leur pronostic, leur traitement. Ainsi justifient-ils cette phrase écrite par eux au commencement de cet article : Quand nous dirons l'inflammation, on saura que ce mot est en quelque sorte le synonyme de celui-ci : les inflammations.

Inutile de dire avec quel soin, quelle netteté sont traités chacun des points divers que nous venons d'indiquer rapidement. On lit sans fatigue, sans ennui, ces généralités qui sont, dans les livres de cette espèce, la partie la plus ardue, et de l'intelligence la moins aisée. Nous signalerons au lecteur, avant de quitter ce chapitre, et comme une des sections les plus dignes d'attention, celle dans laquelle sont examinés les *états consécutifs* à l'inflammation : la suppuration, l'ulcération, la gangrène, l'induration. La suppuration surtout, qui comprend la composition microscopique et chimique, l'origine du pus, son mode de formation, est celui de ces états qui nous a paru mériter l'étude la plus approfondie.

L'histoire des inflammations en particulier occupe tout le reste du volume. En quatre chapitres sont comprises les inflammations du tube digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire et de l'appareil nerveux. Passons rapidement en revue les principaux articles que renferment ces quatre divisions.

Les maladies de l'*appareil* digestif, et non pas du *tube* digestif, comme le fait dire aux auteurs une énorme faute d'impression, que nous relevons parce qu'elle est répétée dans la table, comprennent

de masses musculaires, et même des tumeurs percevables à l'extérieur.

Mais souvent ces signes font défaut; souvent le sang rencontre un collet quand il y a un anévrisme faux, et il se produit de la vibration sonore ; on entend un bruit de frottement qui précède l'impulsion et la percussion anomales produites dans l'artère; mais quand la tumeur ne s'est pas produite dans une très grosse artère, quand le tissu qui entoure le trou de communication n'est pas de nature à produire des bruits de frottement, dans la seconde impulsion, les frottements sont moins forts que dans la première, qui se rattache aux contractions du cœur.

Comme il y a eu artérite primitivement et hypertrophie du cœur, on a des frottements sur le trajet des artères, des palpitations, le soulèvement énergique des parois de la poitrine par la pointe du cœur, tous les symptômes enfin de l'artérite chronique qui vient s'ajouter aux tumeurs anévrismales.

Ces symptômes deviennent d'autant plus évidents, que la tumeur anévrismale appartient à un plus gros vaisseau et qu'elle est placée plus près de la surface; cependant quand le malade est affaibli, soit par des hémorrhagies successives, soit par des saignées répétées, la circulation est devenue moins énergique et ne retentit plus facilement dans la poche. Il y a, de plus, un obstacle à l'auscultation par l'épaisseur des couches de fibrine superposées sur les parois du sac. Aussi, dans les anévrismes très avancés, les signes deviennent moins évidents que dans ceux qui sont plus rapprochés de leur origine.

Les signes indiqués pour ces anévrismes n'appartiennent qu'aux anévrismes des grosses artères ; plus on s'éloigne du cœur, plus l'impulsion circulatoire s'affaiblit par suite des divisions artérielles. L'impulsion est rendue par les parois élastiques de l'artère, en raison de celle qui a eu lieu sur elles ; l'impulsion circulatoire sera plus faible, car la paroi de l'artère sera plus faible et le cœur agira moins énergiquement. La double percussion cesse à mesure qu'on s'éloigne du centre de la circulation. Ainsi on la trouve bien dans l'aorte abdominale, encore un peu dans l'artère iliaque ; elle n'existe plus dans la fémorale ; l'impulsion est isochrone aux battements du cœur avec frottement, et un peu de sibilance précède ce frottement. Il en est de même pour les anévrismes des artères supérieures ; ainsi on entend le double battement dans le tronc innominé ; on ne l'entend déjà plus dans la carotide, la sous-clavière et l'axillaire. On a en outre pour compléter le diagnostic, la tumeur qui se produit et qu'on n'a pas toujours dans le cas d'anévrisme de l'aorte.

Ces tumeurs peuvent comprimer des tuyaux bronchiques ou les feuillets de la plèvre, et donner par leur rupture des épanchements de sang dans la poitrine ; ces phénomènes ont lieu pour les anévrismes profonds qui usent les parties voisines par la phlogose continue qu'ils entretiennent. Peu importe que ces phlogoses déterminent des aposthèmes dans les parties enflammées, comme il en a été décrit par les chirurgiens ; peu importe qu'il se produise une petite eschare qui donne passage au sang ; ces accidents peuvent être des terminaisons de la maladie ; mais ce ne sont pas là les lésions constantes des artères enflammées.

Résumé comparatif des signes qui appartiennent à ces diverses artérites. — Les signes des affections inflammatoires des artères se déduisent des moyens d'investigations que l'art possède pour apprécier les rapports qui existent entre la paroi artérielle et la colonne de sang qui glisse sur cette paroi. C'est donc surtout dans des phénomènes que le médecin perçoit par artifice qu'on trouve leurs signes immédiats ; par là il est facile de comprendre que le diagnostic de ces maladies soit resté obscur jusqu'à ce qu'on ait perfectionné les moyens d'exploration des organes profonds. On conçoit qu'on n'ait pas pu arriver à un diagnostic précis tant qu'on n'avait que des moyens médiats et que n'avaient pas paru les travaux d'Avenbrugger et de Laënnec surtout.

Physiologiquement, la colonne de sang qui glisse sur les parois des artères à travers les orifices artériels ou sur les valvules qui les garnissent ne transmet aucun bruit anormal ; on n'entend rien pendant le trajet que suit le sang dans les artères ; mais s'il se rencontre une induration, il se produit un bruit de frottement rude, quelquefois sibilant et comme musical, et quelquefois des vibrations et un frémissement percevable non-seulement à l'oreille, mais encore à la main.

Tel est le premier signe, le signe cardinal, de toutes les affections des parois artérielles, le bruit de frottement, et il faut qu'il coïncide rigoureusement avec le moment où la colonne de sang glisse et s'allonge dans le tube artériel ; c'est là ce qu'on traduit en disant : Le bruit de frottement rugueux périsystolique par rapport au cœur, diastolique par rapport aux artères, est le signe principal des maladies des parois artérielles.

Une seule maladie peut donner lieu à des erreurs, c'est cette maladie cachectique consistant dans la diminution de quantité ou dans la modification de composition du sang ; il peut alors s'établir des vibrations sonores dans la colonne sanguine en mouvement, et on a les symptômes de la chlorose et des différentes sortes d'anémie. Ce bruit de frottement peut en imposer jusqu'à un certain point et faire croire à la présence de rugosités ; mais il se distingue, parce qu'il n'est pas dur et rugueux comme celui d'une lime passant sur du bois, bruit qui est le signe distinctif de l'artérite.

Il y a encore d'autres signes accessoires se tirant de l'état général du sujet. Quand la chlorose ou l'anémie s'est établie, il y a décoloration du malade, affaissement du système veineux ; ce qui n'existe pas dans les artérites. D'autres circonstances encore, se rapportant aux causes de la maladie, à l'âge, aux influences ayant pu déterminer l'anémie, servent à préciser le diagnostic.

Pour peu qu'une affection artérielle dure depuis un certain temps, le cœur est devenu malade ; par suite de l'obstacle qui s'oppose au glissement facile du sang, il est hypertrophié, et alors on a des signes accessoires qui ont aussi leur valeur, et qu'on ne trouve pas dans la chlorose et dans l'anémie. La pointe du cœur est déplacée, la matité de la région précordiale plus étendue, l'impulsion du cœur plus forte, le ton plus grave dans la percussion systolique ; plus de soulèvement des parois de la poitrine par la pointe du cœur, devenue plus large, plus sphérique que normalement. Ces signes d'hypertrophie représentent pour le médecin intelligent une augmentation de nutrition du cœur, qui représente à son tour un excès d'action longtemps soutenue dans les contractions de ce muscle creux. Cet excès d'action est la cause de l'hypertrophie, et indique un obstacle à la circulation qu'il doit surmonter ; cet obstacle est l'induration du tube artériel.

Partout où les parois artérielles sont indurées, ce bruit de frottement rugueux, quelquefois avec vibration, se fait sentir ; reste à déterminer les modifications de ces signes quand ce sont les valvules qui sont malades ou les artères coronaires, ou quand l'artérite a déterminé des anévrismes vrais ou faux.

Si ce sont les valvules qui sont affectées, on entend, à l'auscultation, un bruit de frottement intense et manifeste, et des vibrations sur le point de la poitrine correspondant au siége des valvules sigmoïdes de l'aorte ; ce sera dans l'intervalle des articulations synchondro-sternales de la deuxième et de la troisième côte à gauche dans le point où le cartilage se termine près du sternum, de sorte qu'une aiguille implantée en ce point ira percer d'abord l'artère pulmonaire qui recouvre l'aorte, puis l'aorte, de manière à laisser à droite deux tiers de son cylindre et un tiers seulement à gauche ; et, de plus, le bord interne de l'aorte naissante répond à l'axe du sternum.

Ce bruit de frottement ainsi circonscrit, s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne de ce point, indique que la lésion physique est limitée en cet endroit, où il ne peut survenir de rugosités sans que les valvules sigmoïdes soient compromises ; on percevra facilement les vibrations, car les valvules vibrent plus facilement que toute autre partie de l'aorte, étant comme suspendues dans son calibre.

Mais elles ne tardent pas à se déformer ; de là des inocclusions des valvules sigmoïdes, puis récurrence du sang dans le ventricule gauche après les systoles. Quels sont les signes qui feront reconnaître cette lésion physique si dangereuse ? On les trouvera dans un double bruit de frottement entendu dans le point où ces valvules sont le plus superficielles. Il sera double, car il se rapportera d'abord à l'entrée de la colonne sanguine dans l'aorte : ce sera un bruit systolique ; et, en second lieu, au retour du sang dans le ventricule, retour qui ne pourra pas se faire sans rencontrer les rugosités valvulaires, de là un bruit de frottement diastolique. C'est cette association de bruits qui constitue le bruit de frottement de va-et-vient, signe pathognomique de la destruction des valvules sigmoïdes, et il est lié plus encore que l'artérite simple ou valvulaire sans inocclusion à l'hypertrophie du cœur, qui se produit plus facilement dans le cours de cette maladie que dans toute autre, car le cœur doit lutter d'abord contre la valvule indurée, puis contre la récurrence du sang, qui prolonge la systole et est un signe accessoire d'assez grande valeur dans les lésions des valvules sigmoïdes.

Vous comprenez que ces signes diagnostiques présentent des variétés, selon que l'induration se prolonge plus ou moins loin dans l'aorte ; si elle est très considérable, le bruit de va-et-vient subsiste toujours, et le premier temps est très prolongé et se continue dans l'artère : il se réunit au frémissement que l'on peut percevoir à travers les parties molles. Il y a donc là double cause pour que l'hypertrophie du cœur devienne plus considérable et que ses signes soient très prononcés.

Quand l'artérite a son siége dans les artères coronaires du cœur, elle donne naissance, comme les artérites des grandes artères, à des rugosités qui sont la cause immédiate d'un bruit de frottement prenant naissance au moment où la colonne de sang glisse sur les parois indurées. Ce moment n'est pas le même que pour les autres artères. Quand le cœur se contracte vigoureusement, son système vasculaire est dans des conditions d'imperméabilité relative au moins. L'impulsion systolique ne fait donc pas vigoureusement pénétrer le sang dans le trajet des artères coronaires ; dans certains cas même cette pénétration est impossible, car les valvules sigmoïdes, dans leur élévation, forment l'orifice des artères coronaires chez assez de sujets ; et certains physiologistes, frappés de cette occlusion, ont nié que la circulation se fît dans ces artères en même temps que dans les autres, mais ils n'ont pas vu qu'il y eût répartition inégale entre la circulation du cœur et la circulation générale.

C'est quand le cœur a fini sa contraction, qu'il se relâche, que les valvules sigmoïdes ont fermé l'orifice aortique, que le sang, pressé par la rétraction élastique des parois de l'artère, pénètre facilement, librement et complétement dans le système artériel propre du cœur ; c'est à ce moment précis que se rapporte le bruit de frottement qui a lieu dans les artères coronaires ; c'est dans la péridiastole, quand le cœur est relâché, que les valvules sigmoïdes sont abaissées et que les parois aortiques reviennent sur elles-mêmes en vertu de leur élasticité.

Pour peu qu'il y ait induration des parois de l'aorte ou des valvules, ou que ces valvules ferment incomplétement, ce bruit péridiastolique pourra devenir obscur et même manquer entièrement : aussi est-il souvent impossible d'apprécier sa présence et échappe-t-il à l'oreille du médecin. Il faut encore, pour qu'il soit facilement perçu, que les parois de la poitrine ne soient pas épaisses, et qu'il n'y ait pas d'épanchement dans le péricarde, car il est naturellement assez faible.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Des hallucinations.

(Suite de la sixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai ; 20 juin ; 2, 11, 23, 30, 31 juillet ; 8 et 24 août ; 4 septembre.)

Après avoir montré les ressemblances de l'état de rêve avec le phénomène de l'hallucination, après avoir dépeint quelques états psychologiques, conciliables même avec une forte raison et une imagination parfaitement réglée, et qui, néanmoins, offrent de frappantes analogies avec l'hallucination, parlons des cas où l'hallucination est plus manifeste encore, sans qu'on soit cependant en droit de la qualifier de délire. Nous voulons parler de ces perceptions internes, indépendantes des sens, qui ont tout le coloris des sensations, mais que l'esprit juge ce qu'elles sont, un produit de l'imagination.

Sans aucun doute, dans aucun cas, les hallucinations ne sauraient être considérées comme un phénomène normal ; elles dénotent, à coup sûr, ou une indisposition transitoire ou

---

onze sections consacrées à la stomatite et à ses variétés, à la glossite, aux angines, à l'œsophagite, à la gastrite, à l'entérite, à la dysenterie, à l'hépatite, à la cholécystite, à la splénite, à la péritonite.

Les stomatites sont nombreuses ; on n'en compte pas moins de cinq espèces parfaitement distinctes : la stomatite simple ou érythémateuse, la mercurielle, l'aphtheuse, le muguet et la diphthérite des adultes. D'accord avec M. Bretonneau, les auteurs, pour le dire en passant, ne voient dans la diphthérite qu'une inflammation accompagnée de la formation de fausses membranes. Plus explicites qu'un nosographe moderne, qui avoue naïvement n'avoir rien à dire de la glossite, parce qu'aucun auteur n'en a parlé avant lui, les auteurs ont essayé de déterminer les symptômes, la marche, les causes et le traitement de l'inflammation de la langue. Puis viennent les angines simple et pseudo-membraneuse ; l'œsophagite, dans les terminaisons de laquelle les auteurs ont passé sous silence celle par rétrécissement.

Les vrais observateurs sauront gré à MM. Hardy et Béhier d'avoir donné des développements suffisants à l'histoire de la gastrite, qui, trop étendue peut-être par l'homme de génie qui réforma la médecine moderne, a été négligée après lui à ce point que nous avons entendu un célèbre professeur affirmer que la gastrite est *un être de raison*. C'est dans la même section que la gastrite que les auteurs ont cru devoir ranger l'embarras gastrique, qui n'est évidemment pas un état inflammatoire, mais qui peut sans trop de témérité être classé ici, si l'on adopte l'opinion du livre actuel. « Nous appuyant, disent-ils, sur la présence du flux humoral de l'estomac, et considérant que généralement dans les flux il y a, comme principe de la maladie, une irritation sécrétoire bien voisine de l'inflammation, nous avons cru devoir rapprocher l'embarras gastrique des phlegmasies de l'estomac, au milieu desquelles elle forme, il est vrai, une variété bien distincte, mais avec lesquelles cependant elle a assez de points de contact relativement aux caractères principaux pour que nous n'ayons pas cru devoir éloigner sa description de celle de la gastrite. » Nous admettons volontiers cette manière d'envisager la question, et cela d'autant mieux que, si on la repoussait, il pourrait devenir assez difficile de classer l'embarras gastrique dans le cadre nosologique.

A cet intéressant chapitre succèdent ceux où il est traité de l'entérite, des dysenteries sporadique et épidémique (celle-ci se rapprochant beaucoup des pyrexies miasmatiques), chapitres qui terminent l'histoire des inflammations du tube digestif proprement dit. L'hépatite, la cholécystite, la splénite, la péritonite, forment l'appendice indispensable qui complète les phlegmasies de l'appareil digestif et de ses annexes. Nous adresserons aux auteurs le petit reproche de n'avoir pas même mentionné le pancréas. Comme les autres, cet organe doit nécessairement s'enflammer quelquefois, dans des conditions et avec des phénomènes qui nous échappent. Mais ne fût-ce que pour faire ressortir la lacune, il fallait la signaler. Les observateurs qui nous succéderont seront peut-être, ou leurs neveux seulement, plus habiles et plus avancés que nous sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres.

Quoique bien court sur chacun de ces points, l'espace qui nous est mesuré nous fait une loi de nous restreindre encore, sous peine de ne pouvoir terminer ce compte-rendu. Passons donc sur les inflammations de l'appareil respiratoire, coryza, laryngites simple, œdémateuse, pseudomembraneuse, bronchites, pleurésie et pneumonie, pour nous arrêter un instant à l'appareil circulatoire.

Les inflammations du cœur et de ses enveloppes ont été l'objet de recherches toutes spéciales, et nous ne saurions passer sous silence une curiosité bibliographique découverte par l'un des auteurs, laquelle prouve péremptoirement que la découverte de l'endocardite, que bien des gens ne font remonter qu'à 1839-1841, est de vingt ans plus ancienne. Un traité anglais du rhumatisme de Johnson, traduit et imprimé en août 1820 par Guilbert, médecin de l'hôpital Cochin, contient des faits précieux *sur le rhumatisme du cœur* (*sic*) et sur la *coïncidence* de l'inflammation interne de cet organe avec le rhumatisme des articulations ; plusieurs des observations citées sont des exemples de cette coïncidence. L'artérite, la phlébite et ses variétés quant au siége, les adéno-lymphangites forment trois subdivisions de ce grand chapitre, l'un des plus remarquables du volume.

Les inflammations du système nerveux ou plutôt d'une partie de ce système, dont une partie a dû être rejetée au volume suivant, terminent ce qui est aujourd'hui publié de l'ouvrage. Nous y trouvons la méningite cérébrale aiguë, simple et tuberculeuse, l'encéphalite, la méningite spinale, la myélite, et un chapitre fort important sur une maladie récemment étudiée, d'existence récente aussi peut-être, nous voulons parler de la *méningite cérébro-spinale épidémique*, objet de remarquables travaux du savant professeur du Val-de-Grâce M. Michel Lévy, dont les auteurs, sans nous avoir convaincu, nous le disons avec regret, combattent l'opinion pour adopter celle beaucoup moins fondée, à notre avis, de M. Boudin. On sait que, tandis que M. Lévy voit dans la méningite cérébro-spinale épidémique une maladie pyogénique à ranger dans le cadre nosologique à côté de la fièvre puerpérale et de la résorption purulente, M. Boudin en fait une variété du typhus. L'examen de ces deux opinions a été fait, il y a quelques mois, dans ce journal avec assez de détails pour qu'il nous soit permis de n'y pas insister davantage.

Pour nous résumer en deux mots, nous dirons que le second volume du traité de MM. Hardy et Béhier tient tout ce que promettait le premier. Un grand et légitime succès lui est réservé, et c'est avec bonheur que nous rendons aux auteurs la justice qui leur est due.

Dr A. FOUCART.

une maladie imminente, sinon déjà existante, du cerveau. Il est contraire, en effet, aux lois de la nature humaine d'éprouver les fascinations d'un songe sans sommeil; et lorsqu'on procède avec soin, dans l'exact examen des circonstances qui ont concouru au développement de ce phénomène, on découvre généralement une disposition à l'aliénation mentale, soit héréditaire, soit dans les croyances, les passions, l'éducation et les habitudes des individus. Quelquefois cependant elles sont tout à fait accidentelles, liées à une circonstance particulière, et elles disparaissent avec la cessation de cette circonstance, sans donner lieu à aucune conséquence fâcheuse, sans réclamer aucun soin particulier, si ce n'est d'éviter les circonstances analogues sous l'influence desquelles l'hallucination s'est manifestée.

Parmi les nombreux exemples que nous pourrions citer, nous choisissons les suivants : M. Andral rapporte avoir éprouvé au début de ses études anatomiques, dans sa chambre, un matin en se levant, la perception nette et distincte du cadavre d'un enfant à demi rongé par les vers, qui la veille, dans une salle de dissection, l'avait vivement impressionné; il sentait son odeur infecte, il le voyait de la manière la plus distincte, et quoique la réflexion lui démontrât l'impossibilité du fait, cette double hallucination se prolongea pendant un quart d'heure. Une hallucination, chez M. Chevreul, fut portée plus loin encore : ce savant crut voir paraître dans son cabinet une personne de sa connaissance, et son erreur fut poussée au point d'adresser la parole à cette image fantastique, qui disparut aussitôt. Par une coïncidence des plus singulières, cette personne venait de mourir, de sorte que, pour un esprit moins éclairé et nourri de croyances superstitieuses, c'eût été l'apparition d'un revenant. Dans son essai analytique des fonctions de l'âme, Charles Bonnet rapporte un exemple du même genre et bien remarquable.

« Je connais, dit-il, un homme respectable, plein de santé, de candeur, de jugement, de mémoire, qui en pleine veille, et indépendamment de toute impression du dehors, aperçoit de temps en temps devant lui des figures d'hommes, de femmes, d'oiseaux, etc. Il voit ces figures se donner différents mouvements, s'approcher, s'éloigner, fuir, diminuer et augmenter de grandeur, paraître, disparaître, reparaître; il voit des bâtiments s'élever sous ses yeux et lui offrir toutes les parties qui entrent dans leur construction extérieure. Les tapisseries de ses appartements lui paraissent changées tout à coup en tapisseries d'un autre goût et plus riches. D'autrefois, il voit les tapisseries se couvrir de tableaux qui représentent différents paysages. Un autre jour, au lieu de tapisseries et d'ameublement, ce ne sont que des murs nus et qui ne lui représentent qu'un assemblage de matériaux bruts. Toutes ces peintures lui paraissent d'une netteté parfaite et l'affectent avec autant de vivacité que si les objets eux-mêmes étaient présents; mais ce ne sont que des peintures; car les hommes et les femmes ne parlent pas, et aucun bruit n'affecte son oreille. La personne dont je parle, ajoute Charles Bonnet, a subi en différents temps et dans un âge très avancé l'opération de la cataracte aux deux yeux. Le grand succès qui avait suivi cette opération ne se serait point sans doute démenti, si un goût trop vif pour la lecture avait permis au vieillard de ménager l'organe comme il demandait à l'être. Actuellement l'œil gauche, qui était le meilleur, est presque sans fonctions; l'œil droit lui permet encore de distinguer les objets qui sont à sa portée; mais, ce qu'il est très important de remarquer, c'est que ce vieillard ne prend pas, comme les visionnaires, ses visions pour des réalités; il sait juger sainement de toutes ces apparitions et redresser toujours ses premiers jugements. Ces visions ne sont pour lui que ce qu'elles sont en effet, et sa raison s'en amuse. Il ignore d'un moment à l'autre quelle vision s'offrira à lui; son cerveau est un théâtre dont les machines exécutent des scènes qui surprennent d'autant plus le spectateur, qu'il ne les a pas prévues. »

A ces faits, qui témoignent si bien de la production du phénomène de l'hallucination sans délire, nous joindrons le fait du père d'un malade qui nous a été confié dans un état de manie.

Ce monsieur, âgé de cinqnante-quatre ans, ayant toujours joui d'une bonne santé et dont aucun des ascendants n'avait été atteint d'aliénation mentale, éprouva à Rome, au mois de mars 1839, vers trois heures du matin, et pendant la veille, de nombreuses hallucinations de la vue, avec la juste appréciation de leur nature. D'abord il vit le ciel dans toute sa splendeur, l'Eternel, les anges et toute la cour céleste; bientôt après une atmosphère en feu, et successivement l'enfer et le diable, tels qu'on les décrit habituellement. Ces tableaux furent remplacés par le spectacle d'animaux féroces, par des images sans nom et tout à fait grotesques, par des chimères, par des sphinx, par des monstres, assemblages informes de nature diverse.

M. ***, dont la tête restait libre, malgré la sensation de vacuité du cerveau et d'un malaise général, appréciait très bien la fausseté de ses visions : il prenait plaisir à fermer et à ouvrir alternativement les yeux (car il est remarquable qu'il n'avait ses hallucinations que les yeux fermés) pour faire paraître et disparaître à son gré ces scènes de fantasmagorie; il se disait à lui-même : Voilà bien les visions telles que les éprouvaient les anachorètes. Son état avait encore un autre point de ressemblance avec celui de ces pieux habitants du désert; elles tenaient à une diète rigoureuse qu'il s'était imposée pendant quelques jours. Fatigué et étonné d'une situation mentale si extraordinaire, et d'après le conseil d'un ami, M. *** renonça à l'abstinence, et ses hallucinations cédèrent comme par enchantement à l'ingestion de quelques aliments dans l'estomac, après une durée de deux heures et demie.

Depuis le mois de mars 1839 jusqu'au mois de juillet 1841, M. *** a joui d'une santé complète, et surtout n'a rien éprouvé d'analogue; mais à cette époque, pendant trois mois consécutifs, il a eu des hallucinations du même genre. Il a vu un grand nombre de fois des personnages inconnus qui passaient rapidement sous ses yeux, ou qui s'arrêtaient devant lui; tantôt il voyait des animaux fantastiques, tantôt des animaux réels, tels que des lions, des serpents; pendant ses visions, M. *** avait bien la conscience qu'il était éveillé et que tout ce qu'il voyait était imaginaire.

Ces visions, d'ailleurs, duraient tout le temps que M. *** avait les yeux fermés; aussi ces images, quoique bien appréciées, devinrent tellement fatigantes que M. *** préférait résister au besoin extrême de dormir en tenant les yeux ouverts que de les fermer, de crainte de voir reparaître les mêmes images.

Remarquons que les hallucinations furent plus tenaces que la première fois, puisqu'elles se reproduisirent à plusieurs reprises et pendant trois mois, malgré de puissantes distractions au sein de la famille de M. *** et au milieu de sites imposants et variés; mais aussi quelle différence dans la nature, l'intensité et la persistance de la cause de ces dernières hallucinations et dans les symptômes physiques qui les accompagnaient! Dans le premier cas, elles s'étaient manifestées sous l'influence de la diète, et n'avaient été accompagnées que d'un malaise général et d'une sensation particulière de vacuité du cerveau. Dans le second cas, au contraire, elles ont apparu sous l'influence de chagrins profonds et prolongés produits par l'état d'aliénation de son fils unique, et elles ont été accompagnées d'insomnies opiniâtres, de souffrance générale, avec chaleur, battement dans la tête, bruissements dans les oreilles, gêne dans la respiration, constriction à l'épigastre, borborygmes fréquents et perte d'appétit plus ou moins complète.

(La suite à un prochain numéro).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 septembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance officielle comprend :

1° Seize lettres du ministre du commerce, presque toutes relatives à des rapports d'eaux minérales, à des demandes de brevets pour remèdes ou à la vaccine;

2° Une lettre du préfet de police transmettant le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois de juillet dernier;

3° Une lettre du préfet de la Haute-Garonne, qui communique des documents sur les naissances constatées pendant l'année 1849 dans le département de la Haute-Garonne.

Choléra.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Mêlier adressée de Marseille et relative aux cas de choléra qui se sont manifestés récemment dans cette ville. La lettre de M. Mêlier est accompagnée d'un rapport d'enquête fait sur sa demande par M. le docteur Dugas, médecin des épidémies et membre du conseil de salubrité, rapport dont l'objet était de vérifier s'il était exact, ainsi que l'opinion en était généralement admise à Marseille, que le choléra y eût été importé du dehors. Il résulte de cette enquête :

1° Que des cas de choléra qui se sont produits (au nombre de 10) à Marseille dans ces derniers temps, aucun ne s'est montré sur des personnes venant de lieux où régnât actuellement le choléra; 2° que tous, au contraire, se sont déclarés sur des personnes habitant depuis plus ou moins longtemps, quelques-unes depuis très longtemps la ville de Marseille et ne l'ayant pas quittée; 3° que tous sont isolés, étrangers les uns aux autres et nullement engendrés les uns par les autres.

Un tableau complet et officiel de tous les décès de cholériques jusqu'à ce jour est adjoint au rapport de M. Dugas et à la lettre de M. Mêlier.

Ces pièces sont renvoyées à la commission du choléra.

Cholestéritis.

M. Desmarres communique à l'Académie la note suivante :

J'ai eu l'honneur de présenter, le 22 juin 1847, à l'Académie de médecine, deux malades qui offraient le singulier phénomène du scintillement du fond de l'œil.

Depuis cette époque, j'ai vu le même phénomène chez plusieurs autres malades, avec cette différence, que les reflets lumineux occupaient, chez les uns, la chambre antérieure, chez d'autres l'intérieur de la capsule du cristallin; chez d'autres enfin, très probablement la membrane de Jacob.

J'ai extrait des corps flottants de la chambre antérieure, et il a été reconnu qu'ils étaient formés de cholestérine. Dans ma première observation, en date du 24 août 1849, l'examen microscopique et chimique a été fait par M. le docteur Græfe, de Berlin, et par M. Mialhe, agrégé de la Faculté. Dans la deuxième observation, par M. le docteur Mandl et par M. le docteur Regnauld, agrégé de la Faculté de Médecine.

Cette maladie paraît dépendre d'un état pathologique des diverses séreuses de l'œil. Dans un travail prochain, je publierai sous le nom de *cholestéritis de l'œil* les observations qui m'ont conduit à choisir cette désignation.

Huile iodée.

M. Deschamps (d'Avallon) adresse une note sur la préparation d'une huile destinée à remplacer l'huile de foie de morue.

Des faits exposés dans cette note, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Que les huiles iodées convenablement lavées peuvent être considérées comme des médicaments capables de rendre de grands services, et peuvent permettre aux médecins d'administrer l'iode aux malades en toute sécurité, puisque l'iode devient réellement une partie intégrante de l'huile iodée;

Qu'en mélangeant un poids quelconque d'huile iodée avec de l'huile d'olive, on peut préparer une huile analogue à l'huile de foie de morue, une huile plus active;

Que la prescription de l'huile iodée ne présente aucune difficulté, puisque le médecin peut toujours connaître la quantité d'iode qu'il administre à son malade, et puisqu'il n'a pas besoin de tenir compte de la répugnance que celui-ci peut avoir pour cette huile, qui est inodore;

Qu'on peut faire prendre ces huiles et les mélanger avec des sirops pour former des mixtures, ou les administrer sous forme de loochs, etc., etc., et en préparer des cérats, etc., etc.;

Et que le pharmacien doit, après chaque opération, analyser un peu d'huile, pour connaître la proportion d'iode qu'elle contient, parce que l'iode peut varier suivant le soin que l'opérateur a mis à la préparation. (Commissaires : MM. Guibourt et Soubeiran.)

Atrophie musculaire progressive.

M. Aran, médecin du Bureau central, transmet les conclusions d'un mémoire qu'il se propose de communiquer ultérieurement à l'Académie. Ce mémoire a pour but la description d'une maladie qu'il croit n'avoir pas été encore décrite, et à laquelle il propose de donner la nom d'atrophie musculaire progressive.

Nouveau caractère des taches produites par la matière cérébrale.

M. Lassaigne informe l'Académie qu'en répétant les expériences que M. Orfila a publiées concernant les caractères microscopiques et chimiques des taches produites sur les tissus par la matière cérébrale, il a constaté qu'il était possible d'y ajouter un autre caractère non moins certain, et qui deviendrait en quelque sorte le complémant de ceux que M. Orfila a indiqués dans son mémoire. Ce caractère est fondé sur la formation de l'acide phosphorique par la calcination à l'air de la substance cérébrale desséchée.

Traitement des taies de la cornée au moyen de l'opercule du turbo rugosus.

M. Cornay (de Rochefort) envoie une note sur le traitement des taies de l'œil usité parmi les habitants des côtes de l'Océan. Ce moyen consiste à placer sur la cornée atteinte d'opacité l'opercule du *turbo rugosus*, coquille de mer qui renferme un animal auquel est attachée une petite plaque pierreuse nommée *opercule*.

Fœtus monstre (*anencéphale*).

M. Dufresse-Chassaigne, inspecteur des eaux thermales de Chaudesaigues, transmet à l'Académie un fœtus né sans cerveau (anencéphale), avec la relation des circonstances qui ont accompagné l'accouchement. (Commissaires : MM. Serres et Danyau.)

Tumeur cancéreuse du sein.

Le même médecin adresse une observation sur une tumeur cancéreuse du sein droit accompagnée de nombreux ganglions engorgés et dégénérés dans le creux de l'aisselle, qu'il a opérée avec succès. (Commissaire : M. Robert.)

Graines de cédron ou de cédrone.

M. Vauvert de Méan, ancien consul à Panama, communique de nouveaux renseignements sur les vertus curatives attribuées aux graines de cédrone, et il demande si les graines de *cédrone* envoyées à l'Académie par le consul de France à Costa-Rica sont les mêmes que les graines de *cédrone* qu'il a envoyées lui-même lorsqu'il remplissait les fonctions de consul à Panama.

— M. Ménière, pharmacien à Angers, adresse un travail sur les eaux ferrugineuses du département de Maine-et-Loire.

— M. A. Becquerel envoie un mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux. (*Voir* à l'Académie des Sciences.) Nous en donnerons le compte-rendu dans notre prochain numéro.

— Enfin M. Duval fait hommage à l'Académie de diverses pièces et documents qui intéressent pour la plupart l'histoire de l'Académie de chirurgie; ce sont : les ordonnances royales qui confèrent à M. de La Peyronie la survivance de la charge de premier chirurgien du roi, et plus tard cette charge elle-même; le brevet qui lui accorde une pension viagère de 10,000 francs; le rapport fait à l'Académie de chirurgie, le 24 mai 1792, sur la maladie, la mort et l'ouverture du corps de Louis, par M. Pelletan; une notice historique sur F. Chopart, par M. Sue; et enfin un mémoire de M. Duval lui-même, intitulé : *Recherches sur l'art du dentiste chez les anciens.*

M. le président remercie, au nom de l'Académie, M. Duval pour sa communication.

— L'ordre du jour appelle à la tribune M. Mérat pour un rapport.

Graines contre les maux de gorge.

M. Mérat lit, en son nom et celui de MM. Louis et Grisolle, un rapport sur les graines ou fèves envoyées à l'Académie par M. Colomb, provenant de la côte occidentale d'Afrique, et présentées comme utiles dans les grands maux de gorge (*sic*).

La commission, n'ayant point une quantité suffisante de graines, n'a point fait d'expériences.

Conclusions : remercier M. Colomb et déposer sa notice aux archives, pour servir au besoin de renseignements. (Adopté.)

Applications du décret du 3 mai 1850 relatif au Codex.

M. H. Gaultier de Claubry lit, au nom de la commission des remèdes secrets, un rapport officiel en réponse à une lettre du ministre du commerce, qui consulte l'Académie sur la question de savoir s'il y a lieu d'appliquer le décret du 3 mai 1850, relatif aux insertions à faire au Codex, à la préparation de la *santonine brune*, produit du semen-contra, pour laquelle M. Gasfard, pharmacien à Aurillac, sollicite la publicité.

La commission propose de répondre à M. le ministre que dans son état actuel, le procédé de préparation de la santonine brune ne peut être admis à jouir du bénéfice du décret du 3 mai. (Adopté.)

Le même rapporteur lit un deuxième rapport, dans lequel il propose, au nom de la même commission, d'appliquer pour la première fois les dispositions favorables du décret du 3 mai à la préparation des pilules ferrugineuses, dites *pilules de Blaud*, sur lesquelles M. Blaud, médecin à Beaucaire, leur inventeur, appelle cette faveur.

Après une longue discussion, dans laquelle MM. Soubeiran, Bouchardat, Bussy et quelques autres membres combattent la proposition de la commission, se fondant sur ce que les pilules de Blaud, non susceptibles de se conserver, constituent un médicament magistral, et non une préparation officinale, les conclusions du rapport, [défendues par M. le rapporteur et par MM. Gibert et Robinet, sont mises aux voix et rejetées.

— La parole est à M. Roux pour une communication.

Extirpation d'un goître volumineux (bronchocèle).

M. Roux présente un malade auquel il a fait, il y a deux mois, l'extirpation d'une tumeur goîtreuse volumineuse du cou. Voici les principaux détails de cette intéressante observation, que M. Roux a donnés de vive voix à l'Académie.

L'homme dont il est question, âgé de trente-quatre à trente-cinq ans, est fort, vigoureux et d'une très bonne santé. Il portait à la région antérieure gauche du cou une tumeur datant de douze à quinze ans, et qui, du volume d'une noiselle environ à son origine, avait acquis dans ces derniers temps le volume d'un très gros poing. Cette tumeur était située au niveau du corps thyroïde, et s'étendait beaucoup plus à gauche qu'à droite; à droite, elle débordait la ligne médiane de quelques centimètres seulement, tandis qu'à gauche elle se prolongeait jusque sous le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. En haut, elle remontait peu au-dessus du niveau de l'os hyoïde; mais en bas elle descendait non-seulement jusqu'au niveau de l'extrémité interne de la clavicule et du sternum, mais elle paraissait encore se prolonger un peu en arrière de ce dernier os.

Cette tumeur, complétement indolente et sur laquelle la peau glissait librement, offrait elle-même très peu de mobilité; elle paraissait adhérer très intimement au larynx. Les vaisseaux thyroïdiens n'étaient point sensiblement augmentés de volume; l'artère carotide, située en dehors, n'avait aucune connexion avec la tumeur.

Malgré ces conditions favorables, me rappelant combien les opérations de ce genre sont peu suivies de succès, c'est à mon corps défendant, dit M. Roux, et sur les instances réitérées du malade qui préférait, disait-il, la mort à cette infirmité, que je me suis décidé à l'opérer. L'opération a été faite en présence de MM. Rigal (de Gaillac), Seutin, Gerdy et quelques autres chirurgiens. Une longue incision verticale et unique, s'étendant du niveau de l'os hyoïde à la base du sternum, suffit, avec quelques dissections de la peau de chaque côté, pour mettre la tumeur presque complétement à découvert; j'en fis alors l'énucléation avec assez de facilité, en ayant le soin de faire la ligature des vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts et en comprenant également dans une ligature tous ceux qui couraient le risque d'être lésés. Je suis parvenu ainsi à extirper la totalité de cette tumeur sans que le malade perdît une grande quantité de sang et sans qu'il eût de syncope. Seulement, à un certain moment de l'opération, il éprouva une grande dyspnée et devint presque complétement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent; depuis l'opération, en effet, la voix est restée plus faible et enrouée.

La tumeur extirpée pesait 325 grammes. Sa grande circonférence, mesurée par le diamètre vertical, était de 27 à 28 centimètres environ; dans le sens transversal, elle avait 22 centimètres. Il n'y a point eu d'hémorrhagie consécutive; l'inflammation et la suppuration ont été modérées, et la cicatrisation s'est opérée assez rapidement; elle a été complète au bout d'un mois. Aujourd'hui, on ne trouve plus d'autres traces de cette tumeur qu'une cicatrice verticale légèrement déprimée sur la ligne moyenne du cou. L'opéré est présenté aux membres de la compagnie.

Réclamation de priorité au sujet de l'huile iodée.

M. Marchal (de Calvi) lit sous ce titre la note suivante :

M. Jacques Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, a lu récemment à l'Académie un travail sur l'huile de foie de morue et sur l'huile de foie de raie. Il s'est assuré que ces deux huiles renferment de l'iode, à l'exclusion du phosphore que l'on y avait rencontré accidentellement. Partant de ce fait, à la présence dans ces huiles de l'iode, auquel il attribue leur efficacité, M. Personne propose de substituer à l'huile de foie de morue ou de raie une dissolution d'iode dans de l'huile d'amandes douces ou d'olives. On saurait toujours de cette manière quelle est au juste la quantité d'iode administrée, tandis que les proportions de ce métalloïde varient beaucoup dans les huiles de poisson.

Ce n'est pas contre la proposition de M. Personne que je m'inscris. Je crois, en effet, qu'il y aura avantage à substituer généralement l'huile iodée à l'huile de foie de morue. Mais c'est précisément parce que j'attache à cette idée une certaine importance que je ne puis permettre que M. Personne s'en arroge la priorité.

Il y a environ six années que j'ai introduit au Val-de-Grâce, l'usage de l'huile iodée, qui a été employée depuis dans plusieurs hôpitaux militaires, particulièrement à Lille, par M. Murville, chirurgien en chef.

L'huile iodée a été, de plus, expérimentée à l'hôpital du Midi par M. Ricord, d'après mes indications, notamment chez un individu affecté de carie de l'extrémité supérieure du tibia. Un grand nombre de moyens avaient été mis à contribution infructueusement dans ce cas, et M. Ricord ne voyait plus de ressources que dans l'amputation de la cuisse, lorsqu'il eut l'idée d'essayer l'huile iodée, dont je lui avais parlé. Le malade guérit en peu de temps.

C'est le moment de rappeler que M. J. Personne, qui a complétement négligé de me nommer dans son travail et qui s'attribue le mérite de la découverte de l'huile iodée, est précisément pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, où il se trouve que j'ai introduit, grâce à M. Ricord, l'usage de ce médicament.

Jusqu'à quel point M. Personne, en préparant ou en faisant préparer mon huile iodée pour les malades de M. Ricord, a-t-il été conduit à s'occuper de ce sujet? Comment a-t-il pu se faire illusion au point de croire que c'était là une question neuve dans laquelle tous droits lui étaient assurés? C'est ce que je laisse à juger aux hommes de bonne foi, et par conséquent à M. Personne lui-même, éclairé par la réflexion.

Je sais bien que M. Personne, après avoir dissous l'iode dans l'huile, agite le liquide huileux avec une dissolution de bicarbonate de soude, et qu'ainsi la moitié de l'iode dissous est enlevée à l'état d'acide iodhydrique. Mais, à supposer que celle modification soit utile, on y verra un perfectionnement de l'huile iodée, et non pas la découverte de ce médicament. Quand je parle de la découverte de l'huile iodée, j'entends parler de son application au traitement des maladies, car le fait chimique de la dissolution de l'iode dans l'huile est connu depuis longtemps.

J'ai donc employé l'huile iodée bien avant que M. Personne y eût songé. Je citerai en preuve un article de la *Gazette des Hôpitaux* du mois de février 1848, par M. le docteur Foucart. Quelqu'un a-t-il fait usage de l'huile iodée avant moi? C'est très possible assurément, et, dans l'affirmative, je suis tout prêt à faire l'abandon de mes droits. Mais, encore une fois, quant à M. Personne, il n'a d'autre titre que d'avoir modifié un médicament déjà usité.

— M. Espiaud lit en son nom et celui de M. Louis un rapport favorable sur un mémoire de M. le docteur Renault, chirurgien à bord du Louqsor, bateau-poste de l'Etat, relatif à une épidémie de grippe qui a régné en 1847 à bord de ce bâtiment.

La séance est levée à cinq heures.

Falsifications du kermès.

Il a été répandu récemment dans le commerce des produits chimiques une grande quantité de kermès adultéré par l'oxyde rouge de fer. Aux moyens déjà connus pour reconnaître cette adultération, M. Duroy propose d'ajouter celui qui suit :

En mettant 1 gramme du kermès suspecté en contact avec un moins 2 ou 3 grammes de potasse caustique, et triturant le mélange dans un mortier de verre, en ajoutant peu à peu 12 à 15 grammes d'eau, le kermès pur est décoloré, décomposé et en partie dissous dans la potasse; il ne laisse qu'un précipité blanc-jaunâtre d'oxyde d'antimoine et de soufre, tandis que lorsqu'il est mêlé à l'oxyde de fer, celui-ci reste intact avec la couleur qui le caractérise. (*Bull. de Th.*)

NOUVELLES.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de l'Académie des Sciences.

— *Mort attribuée à l'inhalation du chloroforme.* — Quelques journaux ont annoncé d'une manière inexacte une mort attribuée au chloroforme, et qui aurait eu lieu à Asnières.

Il est bien vrai qu'une personne habitant Asnières y est morte à la suite d'une application de chloroforme pour combattre une douleur de dents. L'application était faite au moyen d'un mouchoir.

Mais cette personne ne portait pas le nom qu'on lui a donné. Son nom, que nous ne divulguerons pas, a pour initiale la lettre W...; il avait d'ailleurs été longtemps tourmenté par des accès très violents d'angine de poitrine qui plus d'une fois avaient menacé sa vie, et qu'il avait été porté à combattre, dans le temps, au moyen de la cautérisation pharyngienne du docteur Ducros. On comprend qu'il ne serait pas impossible que la mort fût due aux suites de cette grave maladie, et que le chloroforme dût en être réputé innocent. Quoi qu'il en soit, c'est un avertissement nouveau pour se tenir en garde contre l'emploi inconsidéré d'un médicament dangereux.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 109. (23e ANNEE.) SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 14 SEPTEMBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

BRONCHOCÈLE; EXTIRPATION (M. ROUX). — HUILE IODÉE (M. MARCHAL).

M. Roux, dans la dernière séance de l'Académie, a présenté à la Compagnie un homme qu'il a récemment opéré d'un goître, ou bronchocèle. Aucun membre ne possède à un plus haut degré que le célèbre professeur les sympathies de l'assemblée. Il est à la tribune comme dans sa chaire, et dans sa chaire comme dans son cabinet. Familier avec distinction, il interpelle, comme dans une conversation, tantôt M. Gerdy, pour invoquer son témoignage, tantôt M. Velpeau, pour le prier de faire passer un dessin; et de cela, personne n'est choqué ou même étonné, tant la bonté naturelle, tant l'honorabilité éclatante jointes aux talents et aux grands services rendus sont un moyen assuré de capter bienveillance et faveur, même parmi des collègues !

La tumeur existait du côté droit; elle était dure, peu vasculaire, ce qui est une grande condition de succès. La cicatrisation n'a été traversée d'aucun accident, et la cicatrice est parfaite.

Déjà trois fois M. Roux, sur d'autres malades, avait tenté la même opération, et toujours le résultat avait été funeste. Aussi n'est-ce que sur les instances vives et réitérées du dernier sujet, et comme contraint et forcé, pour ainsi dire, que l'honorable professeur a pratiqué cette quatrième et heureuse opération.

Trois morts sur quatre opérés, pour une affection qui généralement ne compromet pas l'existence; il y a là de quoi faire sérieusement réfléchir.

M. Roux n'a point dit si l'on avait essayé, chez son malade, les fondants accrédités (poudre de Sency, iode, etc.). Le séton, qui a été employé plusieurs fois avec succès, n'offre pas, à beaucoup près, autant de dangers que l'extirpation. Le savant chirurgien n'en a point parlé, et nous ne saurions l'en blâmer, attendu qu'il n'avait pas à faire un exposé complet du traitement du goître. Mais dans la pratique, il est impérieusement commandé de tenter en premier lieu les moyens les moins dangereux.

La ligature des artères thyroïdiennes a été pratiquée avec quelque succès, et c'est surtout dans le cas de goître latéral que cette méthode serait indiquée, attendu qu'on pouvait se borner à lier les deux artères correspondantes. Quelle occasion pour un chirurgien aussi habile et aussi brillant que le professeur de l'Hôtel-Dieu !

On a vu l'extirpation de la glande thyroïde hypertrophiée ou dégénérée être suivie d'une apoplexie mortelle. C'est ce qui arriva à une jeune fille opérée par Klein, et cela se comprend, le sang qui se distribuait dans le goître se déviant tout à coup pour se porter à la tête. Chez un individu prédisposé à l'apoplexie, il y aurait donc contre-indication à l'extirpation; et toutefois, tant notre art est difficile ! le goître lui-même, par la compression qu'il peut exercer sur les vaisseaux de retour, est une prédisposition à la congestion et à l'hémorrhagie cérébrales. Une maladie du cœur a été considérée aussi comme une circonstance propre à faire écarter l'idée de l'opération.

Le savant et habile professeur de la Charité, M. Velpeau, s'est montré fort circonspect dans son livre relativement à l'extirpation des tumeurs thyroïdiennes, et il s'est inspiré de cette réserve dans les courtes remarques qu'il a présentées à la suite de la communication de M. Roux. Il veut expressément que l'on n'opère que si la tumeur est étroitement pédiculée et mobile. Encore est-il que, même dans ces conditions, l'opération n'est pas sans offrir de graves dangers, comme le prouve le cas communiqué par M. Bégin, dans lequel, bien que la double tumeur eût un pédicule étroit qui avait été lié, il se produisit immédiatement après l'opération un tel engorgement que le cou était effacé, et que l'on fut sur le point de pratiquer la trachéotomie pour éviter la suffocation.

En somme, malgré le succès de M. Roux, malgré un admirable succès de M. Sédillot, à la clinique de la Faculté de Strasbourg, nous pensons que l'extirpation du goître ne doit être tentée que dans des cas très exceptionnels, et seulement à la sollicitation du malade, préalablement éclairé sur les suites possibles de l'opération. C'est, du reste, l'opinion formelle de M. Roux lui-même, qui sait allier dans une juste mesure la hardiesse et la prudence.

L'Académie a écouté avec bienveillance une revendication de priorité de M. Marchal (de Calvi) au sujet de l'huile iodée. Les faits sont précis, et les droits de M. Marchal évidents. Sa note a été renvoyée aux commissaires chargés d'examiner le travail de M. Personne, et nous ne doutons pas qu'ils ne fassent bonne justice. La question de l'huile iodée est de celles qui doivent être étudiées cliniquement; il faut des faits, c'est-à-dire longueur de temps et patience.

Revue clinique hebdomadaire.

Paralysie hystérique. Singulier effet de la strychnine. — Tous les auteurs, tous les praticiens sont aujourd'hui d'accord sur l'existence des paralysies dites hystériques, c'est-à-dire ne reconnaissant pour cause que l'état hystérique des malades qui en sont affectés, et n'étant liées à aucune lésion organique appréciable du système nerveux central ou périphérique. Nous venons de recueillir dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, deux faits de cette espèce, dont nous donnons une esquisse rapide et dont un surtout a présenté le plus vif intérêt, en raison du mode d'action de la strychnine et des phénomènes qu'a provoqués son emploi.

Voici ces faits.

Premier fait. — Une jeune fille de dix-neuf ans, domestique, entre le 12 juin à l'hôpital pour une grande faiblesse des jambes, dont elle se plaint depuis près d'un mois.

Elle raconte qu'en 1848, pendant l'époque de ses règles, elle éprouva une vive frayeur; les règles s'arrêtèrent brusquement, et pendant une huitaine de jours elle perdit un peu la raison. Son intelligence, dit-elle, fut troublée. Au bout de ce temps elle éprouva une assez grande faiblesse dans les jambes, puis enfin perdit presque complètement la faculté de se mouvoir. Les mouvements reparurent peu à peu après une application de sangsues.

Deux mois après la guérison de cette paralysie elle fut prise d'accidents qu'elle désigne sous le nom d'attaques de nerfs, pendant lesquelles elle perdait connaissance. Ces attaques revenaient de temps en temps, à intervalles irréguliers; elles étaient surtout caractérisées par la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge. (La dernière attaque qu'elle a eue date environ de six semaines.

Cette jeune fille se plaignait donc d'une grande faiblesse dans les jambes depuis un mois, lorsque le 16 juin elle perdit tout d'un coup la faculté de mouvoir les membres inférieurs, et cela sans aucune cause connue. En même temps, exaltation de la sensibilité plutôt que diminution. Des cautères lui furent appliqués le long de la colonne vertébrale, et pansés avec la strychnine, qui probablement ne fut pas absorbée, car elle ne produisit aucun résultat appréciable.

Vers le milieu du mois d'août, M. Vigla, s'apercevant du peu d'efficacité des exutoires, les fit sécher, et voulut essayer l'administration de la strychnine à l'intérieur. On commença par la dose d'un centigramme par jour; au bout de huit jours on éleva cette dose à 2 centigrammes, puis enfin à 3, dont deux le matin et un le soir; même à cette dose on n'obtint aucun résultat. A ce moment survinrent les règles, et l'on suspendit le traitement pendant quelques jours. Assez étonné du reste de l'inutilité et de l'inertie d'un médicament aussi énergique et à une dose aussi élevée, M. Vigla hésitait à la dépasser.

Après une suspension de huit jours il reprit la médication interrompue, et le 2 septembre la malade recommença l'usage de la strychnine, une pilule d'un centigramme matin et soir. Pendant trois jours, aucun effet sensible.

Le jeudi 5, on lui fait prendre 3 centigrammes de strychnine en deux fois. Dans la soirée, la malade ressent une sorte d'ébranlement dans les genoux et dans les bras, quelques secousses dans la mâchoire inférieure et un léger sentiment de constriction dans la région du diaphragme.

Le vendredi 6, on cesse la médication.

Le 7, on prescrit 2 centigrammes seulement, qui sont pris le matin de très bonne heure. A six heures et demie du matin l'effet du médicament commence à se produire, et voici ce que l'on observe.

Contractions très vives du diaphragme et constriction épigastrique, tremblement convulsif de la mâchoire inférieure, claquement des dents pendant plusieurs heures, tremblements convulsifs dans les jambes et les cuisses, accompagnés de crampes dans tous les membres, plus violentes et plus douloureuses aux membres inférieurs qu'aux bras et aux avant-bras. On note à plusieurs reprises un peu de strabisme. La face était un peu rouge, injectée. Cependant la respiration n'était pas très sensiblement gênée. Pendant toute la durée de l'attaque il n'y a pas eu de constriction de la glotte; les désordres fonctionnels se sont bornés au diaphragme. Le pouls n'a jamais donné plus de 80-84 par minute. Un phénomène singulier, et que nous n'avons vu mentionné nulle part, est celui-ci : que pendant plus d'une heure la malade a vu tous les objets et les personnes qui l'entouraient beaucoup plus grands et plus gros, comme à travers un verre grossissant.

Les phénomènes avaient commencé, avons-nous dit, vers six heures et demie; à neuf heures et demie les souffrances ont commencé à devenir moins fortes, les mâchoires se sont desserrées, et la parole est redevenue possible. Cependant jusque vers une heure de l'après-midi il y a eu contracture dans les fléchisseurs de la main gauche. Pendant toute la durée de l'accès la malade n'a pas senti un seul moment la boule hystérique; elle n'a pas eu d'envie d'uriner plus grande une fois l'attaque terminée, et les battements du cœur ont toujours été d'une extrême régularité.

A deux heures de l'après-midi tout a cessé tout d'un coup. Les jambes ont repris leurs mouvements. La malade a eu sur-le-champ la conscience du changement qui s'opérait en elle. Elle a pu descendre de son lit, poser les pieds par terre, et marcher en se soutenant d'abord aux objets environnants. Le lendemain, 8, elle est descendue seule au jardin.

Le fait est très curieux au point de vue des phénomènes survenus sous l'influence de la strychnine, et qui ne sont pas semblables du tout à ceux qui se manifestent d'habitude. Ici, à un observateur non prévenu du traitement, il eût été complètement impossible de distinguer l'attaque d'hystérie de ces convulsions strychniques. Une fois obtenu le succès que nous constatons, on a pu et on a dû se demander si la strychnine, dans le cas actuel, n'a pas pu agir de deux manières, par l'excitation de la contractilité d'une part, d'autre part par l'émotion vive et la frayeur qu'a éprouvées la malade, laquelle s'est crue empoisonnée et sur le point de mourir. Ce qui a porté M. Vigla à se poser cette question, c'est que l'on a vu quelquefois des paralysies de la nature de celle-ci guérir en effet par suite d'une simple émotion morale extrêmement vive, et que la strychnine n'agit pas ordinairement de cette façon. La frayeur causée par un incendie, par exemple, n'aurait-elle pas pu produire le même résultat, et voyant ses jours menacés, n'aurait-il pas pu arriver que la malade se jetât hors de son lit et se servît de ses jambes pour se sauver? Quoi qu'il en soit, ce fait prouve que le pronostic des paralysies hystériques n'est pas excessivement grave, et qu'elles sont susceptibles de guérison.

Il restera chez cette jeune fille à suivre la marche de la maladie. Depuis deux ans elle a éprouvé plusieurs espèces d'accidents hystériques; il s'agira de déterminer ultérieurement si la paralysie seule ou si l'hystérie elle-même ont été guéries par la médication ici employée.

Sur quelles circonstances, disait à ce propos M. Vigla, a-t-on pu se baser pour diagnostiquer ici une paralysie hystérique? Les antécédents ont été pour beaucoup dans la détermination du diagnostic. Nous voyons d'abord la malade prise il y a deux ans d'un accès de folie sous l'influence d'une vive frayeur; puis des attaques de nerfs, caractérisées par la sensation pathognomonique de la boule remontant le long de l'œsophage, enfin première paralysie qui dure trois semaines et finit par disparaître. Persistance des attaques d'hystérie et paralysie nouvelle. D'après les antécédents, on devait diagnostiquer une paralysie hystérique. La nutrition se faisait bien. Les muscles avaient conservé leur force matérielle, et la preuve en est que, du moment où a brusquement cessé la cause, les instruments ont pu sur-le-champ reprendre leurs fonctions et servir à la progression.

On a dû se baser sur la marche de la maladie. Dans les paraplégies qui dépendent d'une affection de la moelle, ou la maladie va en augmentant jusqu'à la paralysie complète, ou, parvenue à un certain degré d'intensité, elle diminue sous l'influence d'une médication convenable; mais elle ne reste jamais stationnaire. Enfin la nutrition s'altère, les muscles s'atrophient, etc. Dans les paralysies hystériques, au contraire, la maladie reste très souvent stationnaire, et la nutrition ne souffre pas.

Deuxième fait. — Celui-ci est relatif à une femme de trente ans, journalière, entrée le 17 août dans le même service. Elle avait été prise de paralysie d'un des membres supérieurs avec aphonie complète. Pendant les premiers moments de son séjour à l'hôpital, on avait cru à une altération de l'encéphale. Du côté de la respiration se sont bientôt manifestés des symptômes qui ont paru très graves; la respiration s'accélérait, il y avait une anxiété très grande, de la fièvre. M. Vigla crut d'abord à une altération organique ayant son siége dans le voisinage de l'origine de la huitième paire, dans un de ces

points où les moindres altérations sont très graves. Mais au bout de deux jours les phénomènes dyspnéiques étaient les mêmes. La paralysie n'augmentait ni d'intensité ni d'étendue, la voix était toujours altérée. M. Vigla pensa que l'aphonie, comme la paralysie, pourraient bien être hystériques ou nerveuses, indépendantes d'aucune affection organique. On remonta aux antécédents avec le plus grand soin, et voici ce que l'on apprit.

La femme, depuis le commencement de sa maladie, éprouvait la sensation d'une boule qui lui remontait vers la gorge. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce signe comme caractéristique de l'hystérie. Puis on sut que c'était la troisième fois qu'elle éprouvait des accidents de ce genre. La première fois, en juin 1848, à la suite d'une frayeur, elle fut prise tout à coup d'impossibilité de parler et de paralysie du bras. En 1849, nouvelle attaque, paralysie de tout le côté gauche du corps. Enfin, en 1850, le 15 août, douleurs de côté, étouffements ; elle entre le surlendemain à l'Hôtel-Dieu, et son bras se prend de nouveau.

Pendant dix à douze jours, dans la pensée d'une altération organique, on mit en usage un traitement énergique, saignées, purgatifs, vésicatoire à la nuque. Vers la fin d'août l'attention s'étant portée sur un autre caractère de la maladie, on emploie la valériane, l'assa-fœtida en lavements, puis le musc et la teinture de castoréum, et bientôt le bras commence à se mouvoir. Nous noterons ici, qu'au contraire de ce qui avait été noté dans le fait précédent, pendant les premiers jours, il y eut abolition de la sensibilité. Cette femme affirme n'avoir jamais eu d'attaques de nerfs, n'avoir jamais éprouvé aucun accident nerveux. Depuis dix ans, elle est sujette à de la gastralgie, et habituellement mal réglée. Elle n'a commencé à être bien réglée que depuis la première apparition des accidents.

Ce fait mérite d'être rapproché du précédent, et doit fixer l'attention sur les paralysies hystériques. L'existence de la boule hystérique est un caractère d'une assez haute valeur quant au diagnostic. L'aphonie, que l'on rencontre assez souvent dans le cours des affections hystériques, dépend ou d'une altération grave du larynx, ou de l'hystérie; on ne peut lui trouver d'autre cause. Or, ici le larynx était sain quant à ses conditions organiques. Nous ne mentionnerons pas comme ayant grande importance les dérangements menstruels, trop communs chez les femmes non hystériques pour être pris en sérieuse considération. Toutes les fois, a ajouté avec grande raison M. Vigla en terminant l'examen de ces deux malades, qu'une paralysie ne présente pas tous les caractères complets d'une affection du cerveau ou de la moelle, pensez à l'hystérie, elle vous rendra souvent compte des phénomènes dont vous cherchez à déterminer la cause et la nature.

Pellagre. — Il semblerait presque, d'après la fréquence des cas de pellagre que l'on observe journellement, que ce fût une maladie nouvelle ou qui s'étendît dans nos pays avec une rapidité inquiétante. Ne sommes-nous pas plus près de la vérité en croyant que cette prétendue fréquence plus grande tient simplement à ce que l'on observe mieux et à ce que l'on caractérise aujourd'hui une affection dont on méconnaissait souvent la nature? Voici un fait de cette maladie qui vient de nous être communiqué par M. Beau, lequel l'a observé il y a quelques jours dans ses salles, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 24 juillet 1850, entre à l'hôpital le nommé Laboureur, âgé de soixante ans, terrassier; c'est un homme d'assez haute taille, bien constitué, teint terne, cheveux roux, taches de rousseur à la face, au cou, aux avant-bras; maigreur extrême; traits creux et fatigués, indices d'une santé ruinée lentement et depuis longtemps déjà. A l'en croire, cependant, il ne serait malade que depuis six semaines; c'est-à-dire que depuis lors seulement il est forcé de s'arrêter; mais en remontant plus loin, on apprend que depuis l'an dernier, où il eut une atteinte de choléra, ce malade a toujours été traînant; qu'il n'a jamais plus travaillé avec la même force ni avec le même courage qu'autrefois; en un mot, comme il le dit lui-même, il avait une maladie de langueur, dont les principaux symptômes étaient de la faiblesse générale, une sorte de courbature dans les membres, sans douleur proprement dite, une diminution très sensible de l'appétit et des digestions laborieuses. Depuis six semaines ces accidents ont augmenté, et voilà qu'il lui est survenu sur le dos des mains et à la lèvre supérieure une maladie de peau qu'il attribue lui-même à la brûlure du soleil.

Deux ordres de phénomènes constituent donc la maladie : un fait local, la maladie de peau; des symptômes généraux, débilitation de l'économie liée sensiblement au mauvais état des digestions. Suivons l'étude de ces faits dans leur développement et dans leur état actuel.

L'affection cutanée est le fait principal pour le malade; c'est celui qu'il accuse presque exclusivement. Ce mal a commencé, dit-il, il y a six semaines seulement; il a commencé non pas d'une manière brusque, comme une éruption aiguë, mais lentement et d'une façon presque insensible, à la lèvre supérieure et au dos des mains tout à la fois. Il s'est manifesté d'abord de petites vésicules accompagnées de cuisson légère, de prurit, et ces vésicules crevées fournissaient une eau rousse; elles étaient remplacées ensuite par des pellicules blanches, et dès lors toute démangeaison avait cessé; des vésicules se sont ainsi développées graduellement, et le mal a grandi en surface jusqu'au point où il est aujourd'hui. Or, il n'y a plus maintenant de vésicules; il ne reste plus que des écailles blanches, minces, faciles à détacher comme celles d'un eczéma chronique, larges au dos des mains, étroites à la lèvre supérieure. Sous ces écailles détachées la peau apparaît lisse, luisante, d'un rouge violacé, sans suintement nouveau, sans prurit; à la lèvre seulement, il y a une enflure notable qui manque aux mains.

A côté, et sans doute au-dessus de cette lésion locale, existent, comme nous l'avons dit, des phénomènes généraux bien autrement importants. L'économie entière est tombée dans un appauvrissement que témoignent la perte des forces, l'attitude prostrée du malade, son teint terreux, ses traits fatigués, et surtout sa maigreur. Un pouls large, facile à écraser sous le doigt, un souffle doux à un seul courant dans la carotide droite en sont encore des preuves irrécusables. Des battements de cœur, des maux de tête dans les régions temporales, une respiration facilement à bout, l'absence du sommeil, les cauchemars nocturnes, les sueurs faciles et abondantes; enfin une insensibilité absolue, et de toutes les parties du corps, à la douleur de la piqûre d'épingle, bien qu'il y ait perception du contact. Voilà autant de faits qui se réunissent pour démontrer la débilitation générale et profonde où est tombé ce malade.

Or, pour expliquer cette débilitation, nous ne trouvons qu'une chose, le désordre des fonctions digestives porté depuis peu à son comble, mais depuis longtemps déjà existant. Mangeant autrefois assez fort, il avait un appétit capable de plus de deux livres de pain par jour, qu'il digérait très facilement. Depuis qu'il a eu le choléra, il n'a jamais repris ce bon appétit, et pendant longtemps depuis lors il ne mangeait plus que moitié au plus de sa ration ordinaire; encore était-ce sans goût, sans véritable appétit : il passait très volontiers l'heure de ses repas sans rien prendre et sans en éprouver le besoin. Il digérait avec quelque peine; des étouffements, des éructations en étaient la preuve. Mais jamais il n'a éprouvé de maux d'estomac proprement dits; rarement lui arrivait-il d'avoir quelques nausées et de rendre des eaux acides. Depuis cette époque, il travaillait sans courage et irrégulièrement. Il y a six semaines, époque de l'origine de l'affection cutanée, les accidents digestifs ont pris une activité nouvelle qu'ils ont conservée jusqu'ici. Le malade n'a plus d'appétit; il a de l'indifférence pour tout aliment, et même du dégoût pour les aliments gras; il n'a pourtant pas mauvaise bouche, ni mal à l'estomac; le peu qu'il mange il ne le digère qu'avec peine, et souvent après la digestion, c'est-à-dire trois heures environ après les repas, il vomit. Des maux de cœur violents accompagnés de sueurs et d'un grand malaise lui annoncent toujours les vomissements. Ceux-ci consistent en eaux acides mêlées de débris d'aliments; les graisses surtout se mêlent à ces eaux, le malade ne peut absolument pas les digérer; aussi est-il réduit au régime végétal, ce qui ne l'empêche pas encore de vomir à peu près tous les jours ou plutôt toutes les nuits, car c'est toujours vers minuit qu'il vomit. Il a souvent des coliques qui partent de l'ombilic et vont à l'épigastre occasionner des éructations; constipation habituelle, diarrhée de six à sept selles par jour. Du reste, avec tous ces troubles fonctionnels, il n'y a pas moyen de constater la plus petite lésion organique. Cet état constitue ce que M. Beau appelle de la dyspepsie.

En résumé donc, voilà une maladie de peau qui tient de l'eczéma et du pytiriasis, localisée sur des points exposés au soleil, coïncidant, pour ne pas dire liée, avec un grand trouble des fonctions digestives. C'est bien évidemment la pellagre telle qu'on l'a décrite.

Deux choses méritent une mention spéciale dans cette histoire : la première, c'est l'analgésie profonde observée chez ce malade; la seconde, c'est la subordination évidente de l'affection cutanée à la dyspepsie. Si, en effet, il est incontestable que ce soit l'ardeur du soleil qui a déterminé l'apparition du mal, il n'est pas moins certain que cette cause, jusque-là inoffensive pour ce malade habitué depuis longtemps au soleil, a dû être favorisée dans son action par l'affaiblissement survenu depuis un an dans toute l'économie sous l'influence de mauvaises digestions. Et quand on étend cette considération à tous les cas de pellagre endémique, on aperçoit facilement l'explication du développement de cette maladie sous l'influence soit de mauvaises habitudes, comme celle de boire avec excès du vin ou d'autres alcooliques; soit d'un mauvais régime alimentaire, comme chez les peuples de Lombardie qui se nourrissent de maïs altéré. On est conduit dès lors à cette conclusion, que la vraie cause du mal, c'est moins encore un aliment spécial, le maïs, qu'un aliment insuffisant ou même nuisible à la nutrition.

En conséquence de cette conclusion, le malade a dû être traité de sa dyspepsie plus encore que de son affection cutanée : 10 pastilles de charbon de peuplier, des bains sulfureux à 20° centigrades, l'abstinence autant que possible de boissons fades et abondantes, une portion d'aliments végétaux ont constitué tout son traitement jusqu'au 6 août. Le dévoiement a cessé de lui-même, mais le malade a continué à vomir presque toutes les nuits. La glace, un vésicatoire à l'épigastre n'ont pas empêché ces vomissements; et le 20 août, le malade a voulu sortir sans avoir éprouvé d'amélioration réelle. La lèvre est moins enflée pourtant; elle est, comme la main, toute dépouillée d'écailles. Il n'y a plus de dévoiement; mais tous les autres accidents persistent au même point.

Pseudarthrose à la suite d'une fracture de l'humérus. Séton. Guérison. — Les auteurs discutent encore aujourd'hui, sans pouvoir s'accorder, sur la valeur comparative des divers moyens conseillés pour obtenir la guérison des pseudarthroses de la continuité des os, suite de fractures. Il est facile de comprendre que, lorsque la non-consolidation de la fracture reconnaît pour cause une condition individuelle générale, un vice de la constitution, une diathèse scrofuleuse, tuberculeuse, syphilitique, etc., ce n'est pas à la maladie locale qu'il faut s'attaquer, mais bien à l'affection constitutionnelle. On traitera la syphilis, on cherchera par une hygiène et une médication appropriées à modifier la constitution du scrofuleux, et souvent ce traitement général sera suffisant pour que la consolidation s'ensuive. Mais si la cause de la non-consolidation a été toute locale, quels moyens mettre en usage?

Au n° 10 de la salle Saint-Côme à l'Hôtel-Dieu, est couché un homme de trente et un ans, journalier, d'une forte et robuste constitution, entré le 13 juillet pour une fausse articulation de l'humérus du côté droit. Au moment de son entrée, cet homme dit que, cinq mois auparavant, au mois de mars, il eut le bras droit écrasé par un wagon de chemin de fer. Il fut transporté à l'hôpital de la ville la plus rapprochée de la station, où il paraît avoir été traité avec les plus grands soins. Mais la fracture était compliquée, comminutive; il se forma des abcès dans l'épaisseur du bras, on fut obligé de faire des débridements; enfin le malade revint à la santé, mais la fracture n'était pas consolidée, et une fausse articulation s'était formée à la réunion du tiers supérieur environ avec les deux tiers inférieurs du bras.

Après un examen attentif et de l'état du membre, et de l'état général du malade qui sembla très satisfaisant, M. Jobert pensa que l'on pouvait avec beaucoup de chances de succès tenter la guérison de la pseudarthrose. Douze jours après l'entrée du malade, il passa un séton entre les deux fragments. Au bout de huit jours le séton fut retiré, et à la suite du travail inflammatoire provoqué par la présence du corps étranger, une entière consolidation fut obtenue. Les fragments sont aujourd'hui complétement et solidement réunis. Le malade pourra se servir de son bras aussi bien qu'avant l'accident.

Ce n'est pas la première fois que M. Jobert fait usage du séton dans les cas de fausses articulations pareils à celui-ci. Déjà il a obtenu de beaux succès, et cette méthode de traitement est celle qu'il préfère, dans tous les cas où elle est applicable, à celles que possède la chirurgie pour le traitement des fausses articulations. Nous ne rappellerons que pour mémoire les quatre ou cinq procédés conseillés pour la cure de la non-consolidation des fractures; le frottement, d'abord, des deux fragments l'un contre l'autre, la plus ancienne de toutes les méthodes, indiquée par Celse, mais qui ne paraît pas avoir été pratiquée avant la fin du dix-huitième siècle. D'après M. Malgaigne, le premier exemple remonterait à 1783, et depuis lors on n'en aurait publié qu'une dizaine d'autres, parmi lesquels, il est vrai, les succès seraient en majorité.

Les aiguilles, dont M. Malgaigne, en 1837, a le premier tenté l'usage, mais dont, à en juger par ce qu'en dit le savant professeur, l'introduction entre les deux fragments est quelquefois très difficile.

La ligature, qui a pour but, au moyen d'un fil métallique dont on augmente tous les jours la constriction, de diviser peu à peu le tissu fibreux intermédiaire aux deux fragments, et au moyen de laquelle l'inventeur du procédé, Sommé, d'Anvers, a obtenu un succès en 1828.

La résection, imaginée par White en 1760, et qui compte aujourd'hui un assez grand nombre de succès, dus à nombre de chirurgiens différents, et qui semble être la méthode le plus généralement employée.

Enfin le séton, dont l'invention remonte à une date assez incertaine, et qui depuis lors a été mis en usage par un assez grand nombre de chirurgiens avec des procédés et des résultats variés. Nous signalerons à propos du fait actuel la modification importante introduite par M. Jobert, modification qui consiste à ne laisser le séton en place que quelques jours, au lieu de le maintenir pendant des semaines, ou même des mois, comme on l'a vu en maintes circonstances.

Au moment où nous terminons cet article, le numéro du mois de septembre de la *Revue médico-chirurgicale* nous apprend un fait dont nous devons tenir compte, et qui est relatif au traitement des pseudarthroses par les aiguilles, selon le procédé de M. Malgaigne. Dans son traité des fractures, le savant professeur rapporte qu'il a tenté une fois, sans pouvoir réussir, l'introduction des aiguilles entre les deux fragments.

Depuis lors, Wiesel avait appliqué ce procédé dans un cas de fracture non-consolidée de l'avant-bras. Voici que M. Lenoir vient de publier dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* une observation de fracture de cuisse non-consolidée, guérie au moyen de l'acupuncture pratiquée à l'aide de quatre longues aiguilles. Chez ce malade, les aiguilles passèrent très facilement entre les deux fragments, probablement séparés par un certain intervalle, tandis que chez le malade de M. Malgaigne les fragments étaient tellement rapprochés qu'il fut impossible d'introduire les aiguilles entre eux. Z.

HOTEL-DIEU. — M. Rostan.

Leçons cliniques sur les maladies du cerveau.

De l'hémorrhagie cérébrale. (Suite.)

(*Voir* les numéros des 31 juillet; 6, 20 août et 3 septembre.)

Du diagnostic différentiel (suite). — Je vous ai fait voir, dans notre dernière conférence, que généralement le diagnostic des maladies de l'encéphale était facile, sauf les cas anormaux. Nous avons, en effet, constaté que le ramollissement se caractérisait par l'existence des phénomènes précurseurs : douleur de tête fixe, fourmillements, engourdissements dans les membres, etc.; puis paralysie subite, par la marche graduelle des accidents jusqu'à la mort. La congestion, vous ai-je dit, frappe bien tout à coup; il y a bien perte de connaissance, phénomène de résolution générale; mais quelques heures après, l'intelligence revient, et les symptômes ne tardent pas à disparaître entièrement. Il se présente, en effet, à l'observation des cas anormaux, et les choses ne se passent pas toujours ainsi; mais ces phénomènes anormaux ne sont pas plus fréquents, il faut bien se le persuader, que les accidents anormaux qui peuvent se présenter dans certaines pneumonies où l'on voit manquer les signes caractéristiques, tels que le bruit de souffle, le point de côté, les crachats rouillés. Il y a dans toutes les maladies des exceptions qui peuvent mettre le médecin dans l'embarras, et la manière de juger une maladie, en définitive, ne peut être basée que sur l'interprétation régulière des faits et l'appréciation exacte des phénomènes morbides dans leur habitude ordinaire. Nous allons aujourd'hui continuer l'examen des maladies de l'encéphale, que l'on pourrait confondre avec l'hémorrhagie cérébrale.

Il est impossible que l'*encéphalite générale* vienne gêner le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale. L'encéphalite diffuse est une maladie générale; elle s'accompagne d'un état fébrile considérable, et ne présente pas ordinairement d'accidents de paralysie. Il n'en est pas de même de l'*encéphalite locale*,

qu'il est plus difficile de déterminer d'une manière exacte. Pour certains auteurs, cette espèce d'encéphalite n'est autre chose que le ramollissement du cerveau. Si j'ai combattu de tout temps la nature inflammatoire du ramollissement, je n'ai jamais rejeté comme possible le détritus du cerveau, produit de l'inflammation. Les phénomènes généraux, et notamment le délire, qui se développent dans le commencement de la maladie empêchent de la confondre avec l'hémorrhagie; dans d'autres circonstances, on voit se développer de la diplopie, du strabisme, de la dilatation des pupilles, puis de l'engourdissement et des phénomènes de paralysie. Ces accidents antérieurs empêchent toute confusion avec l'hémorrhagie et même avec le ramollissement.

La *paralysie générale*, dite des aliénés, quoiqu'elle se développe assez fréquemment en dehors des accidents d'aliénation mentale, offre des différences notables avec les phénomènes de l'hémorrhagie cérébrale. Les accidents de paralysie se manifestent peu à peu, et les symptômes offrent ceci de caractéristique qu'ils se développent d'une manière isolée, circonscrite en quelque sorte. La manifestation des symptômes isolés, du côté de la mémoire, de la langue, de la musculation, etc., ne se rencontrent jamais dans l'hémorrhagie cérébrale.

La *méningite* est essentiellement différente dans sa marche, et en outre, vers la fin de la maladie il survient des suffusions séreuses, qui produisent un état comateux, des phénomènes de compression, des troubles dans les sens, enfin une résolution complète des membres. Ces accidents peuvent, il est vrai, se rencontrer dans une hémorrhagie très forte ou dans une hémorrhagie centrale, mais les symptômes antérieurs, l'état fébrile surtout, suffiront pour empêcher toute confusion.

On a parlé de l'*hydrocéphale* dans les affections du cerveau, mais je dois dire que, malgré un travail estimable publié il y a déjà longtemps par Coindet le père, sur cette maladie et sur la fréquence avec laquelle on l'observait dans certains pays, ces hydrocéphales n'étaient en définitive que de véritables encéphalites ou des méningo-encéphalites, qu'il n'est pas permis de confondre avec l'hémorrhagie cérébrale. L'hydrocéphale aigu, qui consiste dans un épanchement de sérosité dans la membrane et les ventricules cérébraux, n'est en définitive qu'une maladie consécutive, résultat d'une autre maladie, mais que je n'ai jamais vue se déclarer d'une manière idiopathique.

La *syncope* se développe dans des circonstances particulières et sous l'influence de causes toujours appréciables. Pendant la perte de connaissance la face est pâle, tandis qu'elle est vultueuse dans l'hémorrhagie cérébrale. Le pouls est nul, la respiration absente; dans l'hémorrhagie, au contraire, le pouls est fort, dur, et la respiration est notablement augmentée.

L'*asphyxie* se développe également sous l'influence de causes appréciables. Le malade se trouvant encore sous l'influence des circonstances qui ont produit l'asphyxie, l'état du pouls, du cœur, de la respiration offre des différences essentielles avec les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale.

Les *substances narcotiques* peuvent aussi produire la perte de connaissance, et embarrasser le médecin pour savoir s'il existe une congestion ou une hémorrhagie centrale ou générale; mais la terminaison des accidents est ordinairement favorable. Il reste toujours autour du malade des vestiges du médicament qui a provoqué la maladie, et notamment dans l'*ivresse*, que l'on a appelée aussi *apoplexie crapuleuse*, le malade exhale une odeur alcoolique, éthérée, tout à fait caractéristique.

Certaines fièvres *pernicieuses syncopales* pourraient tromper le médecin qui n'assisterait qu'à la période du coma; mais l'existence d'accidents intermittents antérieurs et d'un accès semblable à celui qui est observé suffit pour éclairer sur la nature de la maladie.

Les *abcès du cerveau* n'arrivent jamais tout à coup. Dans quelques cas cependant, le pus peut se déposer tout formé dans le parenchyme cérébral. Il m'a été donné de constater un fait semblable une seule fois à la Salpêtrière; mais dans d'autres circonstances, ce fait n'est pas rare; et dans certaines phlébites, dans certaines métrites post-puerpérales, le pus peut se déposer dans le cerveau, et offrir à un certain moment de la maladie un point de ressemblance avec les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale. Dans ce cas, les accidents de la résorption purulente, les symptômes antérieurs de la phlébite doivent empêcher toute erreur.

La *paralysie du nerf facial* ne se manifeste guère que sous l'influence de la même cause, l'impression du froid. Cette maladie n'affecte ordinairement que les jeunes sujets; le visage et la bouche surtout sont tournés entièrement d'un côté. L'œil ne peut plus se fermer par suite de la paralysie de l'orbiculaire des paupières. Dans certaines circonstances, une très petite hémorrhagie pourrait donner lieu à ces accidents; et dans ces cas, j'ai constaté un hémorrhagie cérébrale très petite située à l'origine de la septième paire. En général, la jeunesse de l'individu atteint de cette affection suffit pour empêcher toute erreur.

Si maintenant nous passons en revue les *affections chroniques du cerveau*, nous verrons que, selon le siége et la nature de l'altération, ces affections peuvent donner lieu à des accidents de paralysie générale ou locale.

Les maladies qui peuvent donner lieu aux phénomènes locaux sont: le cancer, les tubercules, les acéphalocystes de l'encéphale, les tumeurs osseuses ou fongueuses de la dure-mère. Dans les cas normaux, la marche des symptômes est lente et graduelle; cette marche est encore plus lente que dans le ramollissement. Il faut des mois, des années pour pouvoir apprécier quelque modification dans la manifestation des symptômes. Dans les cas anormaux, exceptionnels, la marche est latente; puis il peut survenir tout à coup des signes de paralysie subite, complète, rapide. Il arrive un moment où la fonction ne peut plus s'exécuter, comme cela peut arriver dans les affections de même nature dans d'autres organes, dans le poumon, par exemple, où les phénomènes de tuberculisation sont difficilement appréciables pendant un certain temps, et dans lesquels, plus tard, on voit la phthisie marcher avec une rapidité effrayante. Excepté ces cas anormaux, exceptionnels, le diagnostic est en général facile, et ces maladies ne peuvent être confondues avec l'hémorrhagie cérébrale.

Le diagnostic de toutes ces maladies chroniques entre elles est beaucoup plus difficile; c'est ainsi qu'on pourra soupçonner qu'il existe un *cancer du cerveau* quand le malade présentera une teinte jaune-paille, qu'il éprouvera des douleurs lancinantes dans le cerveau et dans le membre paralysé, et surtout quand on trouvera ailleurs d'autres altérations de nature cancéreuse. Les *tumeurs osseuses du crâne* sont ordinairement produites par des accidents de nature syphilitique, et alors, dans ces cas, on trouve ordinairement des tumeurs sur d'autres parties osseuses de l'économie; ces tumeurs sont, en outre, beaucoup plus douloureuses la nuit que le jour.

Si le sujet est jeune, si l'on constate dans les poumons la présence de tubercules, si le malade éprouve des phénomènes convulsifs et des accidents, surtout du côté des sens, du côté de la vue principalement, on sera porté à penser qu'il existe dans ce cerveau une tumeur de nature tuberculeuse. Il m'a été possible de porter ce diagnostic avec quelque certitude chez des malades qui présentaient les accidents que je viens d'énumérer.

Les *acéphalocystes* du cerveau sont extrêmement rares, et par conséquent la possibilité de les reconnaître pendant la vie présente des difficultés très grandes. J'en dirai autant des *tumeurs fongueuses*, sur lesquelles M. Louis a fait un mémoire des plus intéressants. Une de ces tumeurs encéphaloïdes avait usé les parois du crâne et était venue se faire jour au dehors. Dans ce cas, le diagnostic avait pu offrir un degré de certitude qu'il est impossible de retrouver dans d'autres circonstances.

Certaines *névroses*, l'hystérie, l'épilepsie, peuvent parfaitement simuler, notamment à la suite des attaques, l'hémorrhagie cérébrale, et présenter des phénomènes de paralysie qui peuvent gêner considérablement le diagnostic, et dans certains cas le rendre impossible.

Nous avons en effet dans nos salles une jeune fille de vingt-deux ans qui a été frappée subitement de la paralysie de tout un côté du corps, et à cause de la jeunesse du sujet on aurait pu croire, au premier abord, que cette paralysie était de nature hystérique, quoique cependant les paralysies de cette forme, les hémiplégies soient excessivement rares; mais ordinairement dans les paralysies nerveuses il y a des différences dans la marche, qui est insolite, dans le degré d'intensité, et ces accidents de paralysies ont été en définitive constamment précédés de phénomènes nerveux.

Or la jeune fille qui est dans nos salles n'a jamais eu d'attaques d'hystérie, la maladie a marché en rétrogradant depuis que nous l'observons, et elle offre encore maintenant du trouble du côté des facultés intellectuelles; phénomènes qui, en en définitive, nous prouvent évidemment que cette jeune fille est affectée d'une hémorrhagie cérébrale.

Nous ne reviendrons pas sur le siége et sur l'étendue de la maladie. Nous dirons qu'il est extrêmement difficile de savoir si l'hémorrhagie a lieu dans le cerveau ou dans le cervelet. Les phénomènes morbides que l'on a cru trouver du côté des organes génitaux ne sont pas exacts. Il est presque toujours facile, dans la plupart des cas, de distinguer les hémorrhagies et les affections de la moelle des accidents de même nature développés dans l'encéphale, les phénomènes morbides portant, dans la première, presque constamment sur les membres pelviens. Il existe enfin certaines affections rhumatismales qui peuvent produire également des accidents de paralysie, dont la nature est essentiellement différente, et dans lesquels le diagnostic en général est facile à poser. Ch. FREMY.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 septembre 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Sur quelques points d'anatomie du cerveau de l'homme et des singes.

M. P. Gratiolet lit un mémoire sur les plis cérébraux de l'homme et des primates. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, d'étudier les circonvolutions cérébrales des singes, comme on a étudié celles de l'homme, afin de déterminer d'une manière précise les limites naturelles des groupes que forment dans l'homme les circonvolutions cérébrales, et de décider jusqu'à quel point les différences que le cerveau des singes présente peuvent servir d'éléments pour la délimitation naturelle des genres et des espèces.

Cette étude a conduit M. Gratiolet au résultat général suivant, en ce qui concerne le cerveau des singes:

Dans tous les singes, dit-il, la forme générale du cerveau demeure à peu près la même; mais les lobes occupent sur sa surface une étendue relative très variable. Dans les singes les plus élevés, le lobe frontal diminue à mesure qu'on s'abaisse dans la série des primates; cette prééminence abandonne le lobe frontal et passe successivement au lobe pariétal et au lobe occipital. Il en est de même pour les plis cérébraux. Dans les groupes les plus élevés, les plis frontaux diminuent. Les plis du lobe occipital sont relativement réduits. Dans les groupes moins élevés, l'importance relative des plis postérieurs s'accroît d'une façon singulière.

M. Gratiolet a recherché ensuite s'il y a entre les vertèbres céphaliques et les principales régions cérébrales un rapport constant et nécessaire. En prenant avec soin le moule intérieur de plusieurs crânes, on démontre évidemment, dit-il, par la trace des sutures que laissent sur ces moules les sutures pariéto-frontales et pariéto-occipitales, que ce rapport n'a rien d'essentiel. C'est là un nouvel argument à opposer aux partisans du diagnostic cranioscopique, soit qu'ils acceptent la méthode de Gall, soit qu'ils préfèrent les hypothèses de MM. Spix et Carus.

Traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux.

M. A. Becquerel communique un mémoire sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde (sulfure noir de mercure et frictions avec onguent mercuriel), d'après la méthode de M. Serres.

Voici le résumé et les conclusions de ce mémoire:

Le traitement de la fièvre typhoïde par l'emploi combiné du sulfure noir de mercure et de frictions mercurielles sur l'abdomen produit des résultats extrêmement avantageux.

Ces résultats sont d'autant plus heureux que la maladie est prise à une époque moins éloignée de son début. Sur 15 cas de fièvre typhoïde très grave pris indistinctement, quels que soient leurs formes, les accidents qui les accompagnent et le temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'instant de l'entrée à l'hôpital, c'est un beau résultat que d'obtenir, à l'aide de ce traitement, 14 guérisons et 1 seul cas de mort, lorsque, pour ce dernier encore, on peut dire que le traitement mercuriel n'a été commencé que le douzième jour, et que c'est une perforation intestinale qui l'a déterminée.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les mercuriaux abrége la durée de la maladie; 12 jours a été la durée la plus courte, et 23 la plus longue; la moyenne a été de 16. Il est peu de méthodes thérapeutiques employées contre cette maladie, en faveur desquelles on puisse invoquer des résultats aussi avantageux.

La durée du traitement a varié de 7 à 17 jours; la moyenne a été de 10. Chaque jour les malades prenaient de 1 à 2 grammes de mercure (sulfure noir), et étaient frictionnés avec une quantité d'onguent napolitain variant de 15 à 30 grammes. Les effets du traitement sur les principaux symptômes ont été les suivants: diminution de la force et de la fréquence du pouls, ainsi que de la chaleur de la peau.

Disparition rapide et prématurée des taches lenticulaires rosées; affaissement prompt du ballonnement du ventre; action variable sur les selles, tantôt nulle, tantôt légèrement purgative. Production dans un grand nombre de cas d'une salivation qui a une grande importance, qui se manifeste, en général, du 6ᵉ au 13ᵉ jour, et qui est un signe à peu près certain de la réussite du traitement et de la guérison de la maladie.

Combiné à l'emploi du sulfure noir, le musc contribue à faire disparaître rapidement les phénomènes ataxo-adynamiques les plus graves. Sous l'influence du traitement par les mercuriaux, les complications sont beaucoup plus rares, en général moins graves. Les convalescences sont moins longues et moins pénibles.

Du spectre lumineux obtenu par la compression de l'œil (phosphène) comme signe de la vie fonctionnelle de la rétine.

M. Serres (d'Alais) communique la première partie d'un mémoire ayant pour titre: *Du phosphène ou spectre lumineux obtenu par compression de l'œil comme signe direct de la vie fonctionnelle de la rétine et de son application à l'ophthalmologie.*

On sait qu'une faible pression exercée sur le pourtour de l'œil fait naître deux impressions lumineuses simultanées; l'une, plus forte, qui apparaît au point opposé dans l'intérieur de l'organe, l'autre, plus faible, sous le doigt ou le corps qui le presse, et l'une et l'autre sous la forme d'une portion d'anneau lumineux diversement colorée, etc. M. Serres, qui a fait une étude approfondie de toutes les circonstances les plus minutieuses de ce phénomène, s'est proposé, dans ce mémoire, de l'utiliser comme signe diagnostique pour la distinction des maladies oculaires dans lesquelles il est indispensable de constater l'état de la rétine et le degré d'affaiblissement qu'elle a subi.

Pour obtenir le phosphène le plus apparent possible, voici comment M. Serres conseille de s'y prendre. Il convient, dit-il, de presser l'œil avec un corps dur et un peu anguleux, et de renouveler le choc au moins deux fois dans une seconde, la plus grande intensité ne dépassant pas ce temps en durée moyenne; puis il faut agir de préférence sur la partie de l'œil qui est du côté du nez. Sur plus de mille épreuves faites en ce point, le cercle lumineux s'est toujours produit, et, en outre, il a toujours été ou plus brillant ou au moins aussi brillant que les autres, nés sous la pression des parties restantes du pourtour de l'œil.

En supposant la non-existence du phosphène, il ne faut pas, ajoute M. Serres, trop se hâter de prononcer sur la valeur de cette négation, car elle peut ne pas être bien établie; mais si, à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours de suite, aucune lumière annulaire ne se manifeste dans l'œil, on peut conclure hardiment que la rétine est paralysée, et que toutes les opérations faites sur la cornée, sur l'iris ou sur le cristallin seront sans résultat.

Modification des bésicles dites à la Francklin.

M. Paul Bernard envoie une note dans laquelle il signale un perfectionnement qu'il a apporté aux bésicles dites *à la Francklin*, proposées par l'ingénieur Chevallier, et déjà modifiées par Elkington.

Cette modification consiste principalement à avoir substitué aux deux grands cercles fixes contenant chacun deux segments de verre à foyer long et à foyer court, quatre verres parfaitement indépendants les uns des autres, et à obtenir, au moyen d'un mécanisme simple et peu apparent, tous les angles nécessaires, selon le besoin de chaque conformation individuelle.

L'auteur attribue à ce perfectionnement les avantages suivants:

Voir mieux et surtout sans fatigue les objets rapprochés; pouvoir, en tous lieux et à peu de frais, changer et renouveler chaque verre, quel que soit le foyer; éviter la fraude des verres défectueux, etc.

Note relative aux agents qui protégent les matières animales contre la combustion lente par l'oxygène humide.

M. le docteur Ed. Robin adresse une nouvelle note relative aux agents qui protégent les matières animales contre la combustion lente par l'oxygène humide. En voici un extrait:

En résumé, dit M. Robin, les conservateurs des matières animales et végétales, même en contact avec l'oxygène humide, c'est-à-dire les protecteurs contre la combustion lente par ce gaz humide, ne sont pas des poisons seulement quand ils coagulent l'albumine; ils n'empoisonnent pas seulement les êtres organisés qui ont un cœur, ceux qui ont un système nerveux. Que ces préservateurs de la combustion lente soient ou non capables de coaguler l'albumine, que la coagulation ait ou n'ait pas lieu pendant leur influence sur l'économie vivante, qu'ils exercent cette influence sur des êtres organisés ayant ou n'ayant pas de cœur, ayant ou n'ayant pas de système nerveux, ils sont poisons pour tous les animaux, pour tous les végétaux, sauf, tout au plus, parmi ces derniers, quelques-uns des dernières classes.

Voilà, par exemple, ce qui a lieu pour les éthers, pour le chloroforme, pour les divers anesthésiques, pour l'acide cyanhydrique, pour les sels métalliques convenablement solubles, etc.

L'action toxique est générale; il lui faut une cause générale. Une seule, je crois, remplit cette condition; c'est la cause qu'indique leur propriété commune d'être protecteurs des matières organisées contre la combustion lente par l'oxygène humide. Exerçant ce pouvoir pendant la vie comme après la mort, dans les végétaux comme dans les animaux, ils ralentissent ou interrompent complétement une fonction essentielle à la vie des végétaux comme à celle des animaux, la respiration d'oxygène humide; ils sont, suivant la dose, médicaments sédatifs chez les animaux, poisons asphyxiants chez tous les êtres organisés.

DE L'ÉLIXIR ACIDE DE HALLER

dans le traitement de l'hygroma et des hydropisies circonscrites.

Tout le monde sait que l'hygroma, comme toutes les collections enkystées, se reproduit presque infailliblement après son évacuation, et qu'on parvient à en prévenir le retour à l'aide d'injections irritantes, de l'incision partielle, ou autres opérations qui ne sont pas toujours exemptes de dangers. D'après quelques essais tentés en Allemagne et récemment renouvelés par M. le docteur René Vanoye, il paraîtrait que la thérapeutique possède dans l'élixir acide de Haller, employé à l'extérieur, un moyen aussi sûr qu'innocent d'obtenir la résolution de ces tumeurs.

Voici dans quelles circonstances et de quelle manière M. Vanoye a fait usage de ce moyen : consulté par une femme d'environ quarante ans portant une tumeur enkystée de la bourse muqueuse prérotulienne, du volume d'un gros œuf de poule, dont le développement datait d'environ trois années, M. Vanoye, après avoir pratiqué une première fois la ponction suivie de la compression et de fomentations résolutives, avait vu la tumeur se reproduire en quelques semaines. Ayant eu alors connaissance du succès que le docteur Brach, de Neustadt, attribuait en pareil cas à l'emploi externe de l'élixir acide de Haller comme moyen résolutif, il y eut recours, mais après avoir toutefois, par une nouvelle ponction, évacué le liquide contenu dans la tumeur. Deux frictions pratiquées le premier jour rougirent la peau et occasionnèrent une légère cuisson. Le lendemain et jours suivants, les frictions furent portées à trois; alors le genou, assez fortement rougi, commença à devenir quelque peu douloureux et gêné dans ses mouvements. Après un jour de suspension, l'irritation étant dissipée, l'usage des frictions fut repris et continué pendant une douzaine de jours, tantôt à deux, tantôt à trois et même jusqu'à quatre frictions par vingt-quatre heures. La peau, au bout de ce temps, avait pris un aspect jaunâtre, comme parcheminé, et montrait çà et là une éruption miliaire qui ne tarda pas à disparaître. Dans cet intervalle, aucune trace de liquide ne s'était montrée, et après une nouvelle quinzaine, durant laquelle la malade faisait encore une seule friction par jour, la guérison fut complète.

Dans un second cas, où il s'agit d'un homme de quarante et quelques années, affecté depuis plus de trois ans d'une tumeur semblable au genou droit, l'élixir acide de Haller fut employé d'emblée, sans ponction préalable. Les frictions, faites d'abord d'une manière négligée, ne produisirent aucun effet sensible pendant une dizaine de jours; mais continuées avec plus de régularité et de méthode, elles excitèrent bientôt un degré d'inflammation tel que le malade dut garder le repos, ce qu'il n'avait pas fait jusque-là. Après avoir persisté à un faible degré pendant une quinzaine de jours, l'inflammation du genou cessa complétement, et la tumeur, déjà diminuée de plus de la moitié de son volume, s'amoindrissait de plus en plus. Les frictions, qui étaient fort bien supportées, furent continuées pendant quelque temps encore, après quoi le malade fut guéri.

M. le docteur Brach, qui s'est servi le premier de cet élixir comme moyen externe, ne se borne pas à l'appliquer au traitement de l'hygroma. Il l'emploie également et avec succès, à ce qu'il assure, dans l'arthrite chronique rhumatismale et goutteuse; dans les tumeurs froides, lymphatiques, glandulaires; dans les collections circonscrites de liquides de tous genres, et surtout celles des gaînes des tendons; en un mot, dans toutes les affections exemptes de fièvres et d'inflammations générale ou locale, qui indiquent l'emploi d'un absorbant stimulant. (*Ann. de Rouhers*, 3e liv., 1850.)

Le *Moniteur* publie le rapport suivant, adressé au ministre de l'agriculture et du commerce sur le moyen de combattre les effets du champignon qui attaque les vignes, par M. Duchartre, professeur à l'Institut agronomique de Versailles. Les rapprochements que l'on peut tirer de ces études pour la pathologie humaine nous engagent à le publier.

« Monsieur le ministre,

» Le 15 juin dernier vous avez bien voulu me conférer la mission spéciale d'étudier la maladie qui sévissait depuis trois mois déjà sur les vignes du potager de Versailles. Je me suis empressé de répondre à vos désirs; et, dès le 25 juin, j'ai remis à M. Hardy, jardinier en chef du potager, des instructions écrites dans lesquelles j'indiquais la marche que je croyais devoir être suivie pour arrêter ou tout au moins pour atténuer le plus possible les ravages du fléau. Aujourd'hui je suis heureux de pouvoir vous annoncer, monsieur le ministre, que le traitement auquel ont été soumises les vignes malades a donné de bons résultats, et que désormais on peut se flatter de combattre le mal avec succès toutes les fois qu'il se manifestera.

» La maladie qui a sévi si cruellement cette année sur les vignes du potager de Versailles paraît avoir fixé l'attention pour la première fois en 1845. Elle fut alors observée en Angleterre, dans les environs de Margate, par M. Tucker, jardinier de M. J. Slater. Depuis cette époque, elle s'est étendue à un grand nombre de cultures sur divers points de l'Angleterre. Plus récemment elle s'est montrée sur le continent. Enfin cette année elle s'est déclarée avec plus ou moins d'intensité au potager de Versailles, dans quelques vignobles des environs de Paris, et même en Belgique.

» La nature de cette maladie a été parfaitement reconnue, dès 1847, par M. Berkeley. Elle est due à l'invasion et à l'extrême multiplication d'un petit champignon parasite que le savant mycologiste anglais a décrit et figuré. (*Gardener's Chronicle*, 1847, n° 48, *colon.* 779, *a.*) sous le nom d'*oidium Tuckerl*. Ce champignon étend les filaments de son mycelium dans le parenchyme des feuilles de la vigne et sur l'épiderme des grains de raisin. Il émet ensuite, perpendiculairement à la surface de la plante, ses filaments articulés dont le dernier article devient son moyen de reproduction.

» Son développement est très rapide, et la quantité immense de corps reproducteurs qu'il développe successivement dans un court espace de temps rend parfaitement compte de son effrayante multiplication et de l'intensité des effets qu'il produit.

» L'effet de cette invasion cryptogamique est de faire ouvrir les grains de raisin peu de temps après qu'ils ont été attaqués et d'en amener ainsi la destruction rapide.

» Prévenir l'invasion de l'*oidium* semble entièrement impossible, car le champignon ne devient visible à l'extérieur que lorsqu'il est déjà presque entièrement développé, et, dès lors, en supposant que l'on possédât un bon moyen préservatif, on ne pourrait guère l'appliquer qu'au hasard. Aussi s'est-on presque toujours borné, jusqu'à ce jour, à combattre le mal dès le moment où il devenait appréciable. On a essayé, dans ce but, l'emploi de plusieurs procédés et de substances très diverses. Je n'entrerai dans aucun détail à cet égard, et je me bornerai à vous rendre compte de ce qui a été fait au potager de Versailles.

» Les ravages n'ayant donné que des résultats peu satisfaisants ou de courte durée, on a recouru à l'application de substances pulvérulentes, et celle à laquelle on a dû s'arrêter définitivement, à cause de ses bons effets, est la fleur de soufre.

» Cette matière avait déjà donné d'excellents résultats, en 1848, à un horticulteur anglais, M. Kyte, de Leyton, et nos expériences de cette année complètent à cet égard la démonstration de la manière la plus satisfaisante. Elle est à très bas prix, ne nuit en aucune façon à ceux qui l'emploient, et s'obtient en tout lieu sans difficulté.

» Deux procédés de soufrage ont été suivis dans le potager de Versailles :

» 1° On a mis la fleur de soufre en suspension dans de l'eau qu'on a lancée sur les pieds des vignes malades, à l'aide d'une seringue de jardinier percée de trous un peu larges;

2° On a lavé les grappes à la main, avec de l'eau ordinaire, afin de les mouiller; après quoi, l'on a projeté sur elles de la fleur de soufre préalablement introduite dans un soufflet. Ce dernier procédé a donné un soufrage plus exact et, par suite, des résultats plus complets. Des expériences ont été faites ou sont, en ce moment, commencées avec d'autres substances, parmi lesquelles il en est une qui a paru agir avantageusement.

» Mais, en somme, je ne crois pas, monsieur le ministre, pouvoir rien proposer encore qui présente autant d'avantages ni une action aussi certaine que la fleur de soufre.

» Les raisins, débarrassés de l'*oidium Tuckerl* par l'action du soufre, conservent une tache brunâtre assez apparente sur les parties de l'épiderme que couvrait ce parasite.

» Mais la présence de cette tache ne peut avoir quelque inconvénient que pour les raisins blancs destinés à être mangés à la main. Il est d'ailleurs évident que ce mal est bien léger à côté de la perte totale de la récolte, qui aurait été certaine si la maladie eût suivi son cours ordinaire. »

On lit dans le même journal :

« M. Yvart, inspecteur général des écoles vétérinaires, vient de terminer une longue tournée dans le Cantal, dans l'Aveyron et dans la Lozère, où il avait été envoyé par le ministre de l'agriculture et du commerce pour étudier les effets de la pleuropneumonie épizootique. Cette grave affection a fait de grands ravages depuis quelques années sur le bétail des montagnes du centre de la France. Elle paraît néanmoins diminuer d'intensité sur quelques points. Les renseignements recueillis par M. Yvart, ceux que le ministre a reçus, au moyen de l'enquête qu'il avait organisée, des autres parties de la France et de toutes les contrées de l'Europe où la maladie a sévi, donnent sur sa marche et sur ses effets des détails précis. Les pertes qu'elle a occasionnées à notre agriculture n'avaient pas été suffisamment appréciées et dépassent toutes les estimations dont on s'était contenté.

» Le caractère contagieux de la maladie, en ce qui concerne le bétail, paraît presque avéré. Si les recherches de la commission, instituée auprès du ministère, ne fournissent aucun moyen curatif certain, et si le caractère contagieux de l'affection se confirme, il sera nécessaire d'examiner s'il n'y aurait pas à mettre en pratique dans les localités qu'elle frappe le système à l'aide duquel on l'a combattue en Allemagne.

» Dans ce moment même, ce système y est appliqué à combattre une nouvelle maladie du bétail, la peste bovine (*rinder pest*), qui s'est déclarée en Transylvanie, s'est répandue en Hongrie, et qui est venue se montrer jusqu'aux portes de Vienne. La peste bovine, originaire de la Russie ou de l'Asie mineure, a causé une grande mortalité dans tous les lieux qu'elle a visités. La contagion est très rapide. Le gouvernement autrichien frappe de quarantaine le village, le bourg, la ville même où la maladie se manifeste. Tout animal malade est abattu. Une indemnité est accordée aux propriétaires, afin d'éviter toute dissimulation de leur part. Ces mesures énergiques ont arrêté le progrès du mal.

» Il est possible que des précautions de ce genre, appliquées il y a quelques années en France, à l'occasion de la pleuropneumonie épizootique qui semble originaire des mêmes contrées, eussent épargné à nos agriculteurs les pertes qu'elle leur a fait éprouver. Quoi qu'il en soit, le gouvernement est décidé à poursuivre énergiquement l'étude de cette maladie et à en combattre les progrès par tous les moyens en son pouvoir. Il a déjà acquis la preuve que le concours de tous les amis de l'agriculture lui est assuré dans l'accomplissement de cette tâche. »

Nouvelles du choléra.

On lit dans le *Moniteur algérien* du 5 septembre :

« L'épidémie s'est déclarée à Bône, venant de Tunis. Jusqu'au 5 août, le nombre des cas de choléra a été, tant dans la population civile de Bône que dans la garnison, de soixante environ, dont les deux tiers suivis de mort. Le mal perdit bientôt de son intensité, et, le 20 août, la commission sanitaire, en ayant constaté la fin, fit donner patente nette à tous les navires.

» Pendant que le choléra disparaissait de Bône, il sévissait déjà sur plusieurs autres points de la province de Constantine. A Guelma, où il s'est déclaré le 27 juillet, il a exercé principalement ses ravages sur des militaires débilités par la fièvre et la dysenterie que la colonne expéditionnaire avait laissés à l'hôpital, à son passage. Depuis le 17 août, il n'y a ni cas nouveau ni décès. A cette époque, on comptait, tant militaires que civils, 36 personnes atteintes, dont 28 morts et 5 guérisons; 3 restaient encore en traitement.

» A Setif, 17 personnes ont été atteintes, parmi lesquelles 7 sont mortes. A Bougie, un caporal de la 9e compagnie de discipline est mort le 24 juillet. Ce cas est heureusement le seul qui se soit produit dans la ville.

» C'est surtout parmi les indigènes que le fléau a fait le plus de mal. Il s'est déclaré le 16 juillet dans les tribus kabyles du cercle de Bougie, sans qu'on pût savoir comment il y a été apporté.

» Ses ravages ont cessé le 7 août, après avoir emporté 385 personnes sur une population de 1,500 habitants. M. Philippe, chirurgien sous-aide de l'hôpital de Biskara, est allé à Sidi-Okba donner ses soins aux Arabes. Ce jeune officier de santé y a contracté les germes de la maladie dont il est mort à Biskara, victime de son noble dévouement.

» A Biskara le choléra a frappé les animaux avec la même violence que les hommes. Les chiens, les bestiaux, les volailles ont payé tribut au fléau. On voyait les animaux atteints tomber subitement et mourir en tordant leurs membres contournés et racornis; la volaille avait le plumage rebroussé et le cou tordu en arrière.

» Le choléra étend ses ravages à Bramis, Saada, le Zab-Dabri et les Ouled-Djellal. Il sévit à El-Outaïa, El-Kantara et dans la vallée de l'oued Abdi. Les communications sont interrompues entre les tribus infectées et Batna, ainsi que Constantine, qui jusqu'à présent ont été heureusement préservées.

» En résumé, le choléra qui s'était déclaré avec violence dans la subdivision de Bône, le cercle de Bougie, Sétif et les Ziban, a complétement cessé à Bône; son intensité a considérablement diminué dans le cercle de Bougie, et ses ravages ne s'exercent plus qu'à Biskara et dans le pays compris entre cette ville et Batna, d'où nous espérons bientôt le voir disparaître. »

Outre les officiers de santé dont nous avons parlé, et qui ont été blessés à la bataille d'Idstedt, dans l'armée schleswig-holsteinoise, on cite encore le célèbre chirurgien Stromeyer, qui a été fait prisonnier par les Danois et conduit à Copenhague. Il a été aussitôt mis en liberté et renvoyé au quartier du général Willisen.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 110. (23e ANNEE.) MARDI 17 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Maladies de la peau.

Des taches hépatiques et du vitiligo.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Nous avons sous les yeux un malade qui, au premier abord, semble réunir deux affections, bien qu'en réalité il n'en ait qu'une seule. Il porte sur presque toute l'étendue de la surface du corps des taches jaunes et des taches blanches qui, suivant que l'on prend les unes ou les autres pour la maladie, représentent des taches hépatiques ou un vitiligo.

Les taches jaunes sont très larges; de vastes îlots de peau blanche les séparent les unes des autres; il résulte de leur disposition un contraste de coloration qui est surtout marqué au visage et sur les mains, mais qui laisse subsister toutes les difficultés du diagnostic.

Les taches hépatiques, quoi qu'on en dise, se rencontrent assez rarement. L'opinion qui leur attribue une fréquence plus grande tient sans doute à ce que l'on confond ordinairement avec elles le pityriasis versicolor, maladie qui en diffère essentiellement. Le pityriasis, en effet, se voit beaucoup plus communément; il cède avec plus de facilité aux moyens par lesquels on le combat; enfin, indépendamment d'une modification dans la matière colorante de la peau, il présente une altération dans la sécrétion épidermique.

Les taches hépatiques ne sont jamais aussi largement répandues que le pityriasis; leur disparition, en général, ne s'obtient qu'avec beaucoup de peine; d'un autre côté, elles affectent des points de prédilection bien connus : la poitrine, le visage et le front; elles ne sont le siége d'aucune espèce d'exfoliation. C'est à elles qu'on doit rapporter les taches qui se montrent chez les femmes enceintes, et, dans la plupart des cas, celles qui surviennent quelquefois sur le front en dehors de l'époque de la grossesse.

Si les taches hépatiques occupent plus souvent le visage que les autres régions du corps, la raison en est sans doute que cette partie est aussi, plus que toutes les autres, exposée à l'action de la lumière; la même raison explique encore pourquoi ces taches disparaissent dans certaines saisons pour revenir ensuite. Leur retour est lié d'une manière à peu près constante à l'influence de l'insolation. On a signalé la même particularité à propos des taches de rousseur; elles disparaissent et reparaissent tour à tour. Du reste, l'étiologie des éphélides est un point des plus obscurs; on a pensé que dans un bon nombre de cas leur existence était subordonnée à des affections du foie, telle est la circonstance qui, au dire de certains auteurs, leur aurait valu la dénomination de *taches hépatiques.* Nous ne partageons pas cette manière de voir; cette dénomination de taches hépatiques nous paraît bien plutôt fondée sur une simple analogie de couleur que sur un rapport existant entre la coloration anormale de la peau et des troubles morbides du côté du foie; rapport qui ne nous paraît pas démontré, mais que, néanmoins, nous ne repoussons pas comme entièrement impossible.

Le diagnostic des taches hépatiques est, en général, facile; leur ressemblance avec le pityriasis peut cependant devenir une cause d'erreur, surtout lorsqu'elles affectent à la fois le nombre et l'étendue qu'elles ont chez notre malade. Mais il est à remarquer que leur teinte se rapproche ordinairement davantage de la couleur brune et de la couleur noire, et que jamais elles ne s'accompagnent de desquamation avec prurit, phénomènes qui sont l'apanage constant du pityriasis versicolor.

Un point de diagnostic que l'on considère comme un sujet de grandes difficultés est celui qui a pour objet de distinguer les éphélides des taches syphilitiques. Lorsqu'une tache hépatique est unique, lorsqu'elle est située au front, et à plus forte raison sur d'autres régions du tégument cutané, lorsqu'elle a peu d'étendue, il arrive souvent qu'on la regarde comme un symptôme vénérien. Pour notre part, nous ne connaissons rien de moins commun que les taches syphilitiques; on rencontre bien à la suite de certaines éruptions, de la roséole, par exemple, des taches que l'on pourrait considérer et désigner comme telles; mais les véritables taches syphilitiques, celles qui consistent exclusivement dans une simple modification de la couleur de la peau, sont sans contredit le plus rare des phénomènes auxquels la syphilis peut donner naissance. Du reste, ces taches se caractérisent par une couleur grisâtre entièrement différente de la coloration voisine du noir ou du brun, qui est le propre des taches hépatiques. Ce seul trait suffit pour les distinguer.

Le pronostic des éphélides n'est pas grave, si l'on envisage les inconvénients attachés à leur présence, eu égard à la santé des malades; mais il le devient si l'on a en vue leur durée très longue et le peu de ressources que l'on possède pour les faire disparaître. La guérison du pityriasis est comparativement très facile. Nous entendons parler surtout des taches hépatiques disséminées, lorsque ces taches se rapprochent et se confondent; disposition qu'elles affectent chez notre malade; on peut espérer plus de succès des moyens que l'on met généralement en usage.

Ces moyens sont ceux auxquels on a recours dans le pityriasis; on prescrit de préférence les bains et les fumigations sulfureuses. Les préparations ferrugineuses, les fumigations de cinabre, les bains de vapeur, les douches, les bains préparés avec l'écorce de chêne composent un traitement empirique auquel les malades consentent difficilement à se soumettre pendant un temps convenable.

Chez celui qui nous occupe en ce moment, la couleur brune des taches jaunes et l'absence des caractères du pityriasis ne nous permettent pas de douter qu'il soit ici question de taches hépatiques, s'il est vrai que l'on doive considérer la portion jaune de la peau, et non la portion blanche, comme la partie malade. Autrement nous aurions affaire à un vitiligo, maladie très curieuse et très rare dans laquelle il y a absence ou retrait complet de la matière colorante de la peau.

Le vitiligo se reconnaît à des taches dans l'étendue desquelles les téguments acquièrent une couleur blanc de lait très marquée, en même temps qu'ils deviennent unis et luisants. C'est une affection assez mal connue; elle a dû jouer un grand rôle dans la lèpre blanche ou leucé des Grecs; nous manquons de données précises à ce sujet. Elle se présente presque exclusivement sur les parties velues de la peau, sur le cuir chevelu qui en est le siége de prédilection, sur toute la surface que recouvre la barbe, et enfin sur le scrotum. Du reste, il existe des poils dans toute l'étendue du corps, et à supposer que ces organes jouent un rôle quelconque dans la production de la maladie, on ne voit pas pourquoi elle ne se développerait pas sur d'autres parties que celles dont nous venons de parler. Elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Le vitiligo est une affection de tous les âges. Dans l'enfance dix-huit fois sur vingt on la rencontre au cuir chevelu (où elle n'est autre chose que le porrigo decalvans); elle constitue une alopécie permanente à laquelle on a attribué un caractère contagieux, c'est ce qui l'a fait confondre avec d'autres maladies qui ont le même siége.

Elle se montre ordinairement entre dix et quinze ans, cependant on peut l'observer à un âge plus avancé, notamment chez les jeunes femmes. Il est rare que l'on ait l'occasion d'assister aux premières phases de son évolution, cependant tout porte à penser que la chute des cheveux est postérieure à l'apparition des plaques blanches et lisses qui caractérisent la maladie. Ces plaques, d'abord très limitées, s'élargissent peu à peu, et, dans quelques cas, atteignent un diamètre considérable. En général elles ne dépassent pas l'étendue d'une pièce de cinq francs. Leurs limites sont nettement dessinées. Les cheveux compris en dedans de ces limites tombent les uns après les autres; ils subissent quelquefois une décoloration préalable.

Le vitiligo du cuir chevelu a été confondu avec l'herpès tonsurant, auquel, comme on sait, a été donné le nom de porrigo decalvans, et cependant les différences qui le séparent de cette affection sont très saillantes. Ainsi, dans l'herpès tonsurant, les cheveux ne disparaissent jamais entièrement, et d'un autre côté il existe une desquamation très marquée; de là résultent des plaques qui n'ont ni le poli ni la blancheur parfaite des taches de vitiligo. Il est un autre caractère qui mérite d'être noté avec soin, à cause de son extrême importance : l'herpès tonsurant est très facilement contagieux, le vitiligo ne l'est aucunement. Or, comme il arrive que ces deux maladies se montrent à un âge où ceux qui en sont atteints font partie de nombreuses réunions d'enfants dans les écoles et dans les colléges, une des premières questions qu'on a à résoudre est celle de savoir si le malade doit être séparé de ses condisciples et enlevé à ses études pour un espace de temps qui peut aller à six ou sept mois.

Le vitiligo se rencontre quelquefois aussi chez les adultes; presque toujours il occupe la barbe. Il est assez fréquent de voir des personnes qui s'affligent au plus haut point parce qu'elles ont remarqué que dans un ou plusieurs endroits leur barbe se dégarnit de poils. Au bout d'un certain temps il existe de véritables taches vitiligineuses qui, limitées dans quelques cas à un espace assez restreint, ont envahi dans d'autres la barbe et les favoris, et leur ont fait succéder une coloration blanche de la peau.

Le vitiligo est encore une maladie de la vieillesse; c'est même dans cette période de la vie qu'il est plus commun de la rencontrer. Comme dans l'enfance, comme dans l'âge adulte, il affecte un siége particulier, le scrotum.

Le vitiligo des bourses semble atteindre de préférence les vieillards dont la peau a été très blanche et très fine; il consiste à peu près constamment non dans une tache de médiocre étendue, mais dans une très large plaque qui dépasse quelquefois les parties génitales et gagne la partie interne des cuisses.

Dans le plus grand nombre des cas le vitiligo s'accompagne de la chute des poils, mais sans décoloration préalable d'aucun d'eux; on en a, dans le vitiligo de la barbe et dans celui du cuir chevelu, un exemple qu'il est beaucoup plus rare de trouver dans le vitiligo du scrotum. Dans cette dernière circonstance il se passe ordinairement un phénomène tout à fait opposé : les poils persistent, mais perdent leur couleur, que jusqu'à présent l'on n'a jamais trouvé le moyen de leur rendre.

Le vitiligo est assez facile à reconnaître. On ne peut guère le confondre avec l'herpès tonsurant qu'à cause du siége qu'il occupe et de l'alopécie qu'il détermine. Un point de diagnostic d'un intérêt bien plus élevé est celui qui se présente à nous en ce moment, et qui a pour objet de décider lesquelles des parties blanches ou des parties jaunes de la peau sont les parties malades. Il a été la cause de nombreuses erreurs.

Dès le premier examen auquel nous nous sommes livré, l'existence d'un vitiligo nous a paru douteuse. Il est à remarquer, en effet, que rarement les taches vitiligineuses sont aussi généralement répandues, qu'elles ont un aspect beaucoup plus lisse et plus uni, et une blancheur beaucoup plus éclatante; d'un autre côté, il est aisé de s'assurer que leur couleur blanche diffère peu de la coloration normale de la peau et résulte de la présence de taches jaunes très marquées, surtout au visage, où il importe de noter la persistance des poils de la barbe.

Une observation plus attentive a achevé de confirmer à nos yeux la valeur de ces raisons; et comme, d'un autre côté, il ne pouvait être question d'un pityriasis versicolor, nous avons soumis le malade à l'action des moyens que nous avons coutume de diriger contre les taches hépatiques. Sous leur influence, la coloration jaune de la peau a perdu de son étendue et de son intensité; elle a presque entièrement disparu sur le ventre, et elle a subi une diminution considérable dans la région dorsale. Il ne reste donc en ce moment aucune espèce de doute; il s'agit d'éphélides qui, par la manière uniforme dont elles couvrent le visage, par la vaste surface qu'elles occupent et par la manière dont elles sont généralisées, méritent de fixer l'attention.

Le pronostic du vitiligo varie suivant les divers âges de la vie. Nous n'avons pas été témoin d'un seul cas de guérison de vitiligo des bourses. A quelle circonstance faut-il attribuer ce résultat? Est-ce à la vieillesse et à la moins grande activité des fonctions qui en est le partage? Nous sommes assez disposé à le penser.

Le vitiligo de la barbe est susceptible de guérison, et même de guérison complète; mais, il faut l'avouer, dans le plus grand nombre des cas, les moyens qu'on lui oppose échouent entièrement.

Le vitiligo du cuir chevelu, contrairement à ce qu'il nous a été donné de voir pour le vitiligo des bourses, paraît être constamment suivi de guérison. Cette particularité tient sans doute à la vitalité du cuir chevelu et à l'activité relative des fonctions végétatives dans l'enfance. Cette explication paraît d'autant plus vraisemblable que la difficulté de guérir le vitiligo augmente avec l'âge; c'est ainsi qu'elle est plus grande chez les jeunes femmes, et plus grande encore chez les adultes.

Le traitement du vitiligo se compose exclusivement d'excitants locaux; ainsi, dans le vitiligo du cuir chevelu, région dont la plupart des affections repoussent cet ordre de moyens, on fait pratiquer sur les plaques décolorées des frictions avec des pommades dans lesquelles on incorpore du rhum, de l'ammoniaque ou du sulfate de quinine. Un procédé qui nous a souvent réussi consiste à frotter, matin et soir, les parties malades avec un linge imprégné d'une solution de sulfate de quinine; au bout de quelques semaines, on voit apparaître de petits poils follets et se reproduire en même temps la coloration naturelle de la peau.

Le traitement du vitiligo de la barbe repose sur les mêmes bases; la seule modification qu'on doive y introduire se réduit à joindre aux moyens précédemment indiqués les douches en arrosoir, les tisanes sudorifiques, en un mot, tous les agents internes et externes capables de donner à la médication une énergie proportionnée à la ténacité du mal.

Nous avons soumis notre malade aux bains et aux fumigations sulfureuses, c'est-à-dire au traitement par lequel nous avons coutume de combattre tout à la fois le pityriasis versicolor et les taches hépatiques. On a pu voir, comme nous avons eu l'occasion de le dire, que les éphélides ont beaucoup diminué en coloration et en étendue; si, contrairement à nos espérances, la guérison cessait de faire des progrès, nous aurions recours à l'iodure de soufre et à d'autres applications locales.

(Dans la dernière leçon, page 426, 3e colonne, ligne 63, au lieu de *porrigo sentulata*, lisez : *porrigo scutulata.*)

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Des hallucinations.

(Suite de la sixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 30, 31 juillet; 8, 24 août; 4 et 12 septembre.)

Les faits que nous venons de citer et plusieurs autres que

nous pourrions y joindre démontrent l'existence de l'hallucination compatible avec l'état de raison pendant la manifestation même de ce phénomène. Dans ce cas il y a production spontanée d'images sans croyance à leur réalité, par conséquent il n'y a pas délire; mais l'adhésion donnée par l'esprit à ce produit de l'imagination suffit-elle, dans tous les cas, pour poser la limite entre le délire et la raison?

Pour répondre à cette question épineuse, rappelons, comme principe général du diagnostic de la folie, qu'il faut tenir compte des conditions particulières, que les phénomènes intellectuels ont une valeur moins absolue que relative; que tous les hommes ne doivent pas être soumis à la même mesure, qu'il faut faire la part des individualités, des croyances, de l'éducation. Ainsi, par exemple, les deux savants que nous avons cités, MM. Andral et Chevreul, n'eurent pas de peine à se convaincre qu'ils venaient d'être dupes d'une hallucination. Pense-t-on qu'il en serait de même chez des esprits incultes et superstitieux ayant foi dans les revenants, les sorciers, les anges, les démons, s'ils avaient des apparitions relatives à ces croyances? Non, sans doute; ils croiraient bien sincèrement avoir vu ces êtres, invisibles de leur nature, et le raisonnement ne pourrait rien pour les convaincre, pour rectifier leur erreur, parce que l'hallucination serait en rapport avec une croyance. Aussi sommes-nous persuadé que les hallucinations ont pu exister sans délire aux époques de superstition et de mysticisme, quand régnait une foi fervente aux revenants, aux malins esprits, aux sorciers, aux magiciens, à la communication apparente et directe des êtres célestes, des puissances infernales avec l'homme. Nous disons que dans ces cas les hallucinations peuvent exister sans délire, quoiqu'elles soient acceptées pour des réalités, parce qu'elles s'adaptent à des croyances de toute la vie et qu'il n'est pas au pouvoir de la réflexion de rectifier des perceptions imaginaires que la raison ne repousse pas. Sous de telles influences, dans un semblable milieu, le sentiment du merveilleux est le sentiment dominant; les limites entre le monde visible et le monde invisible n'existent plus, les choses surnaturelles deviennent physiques, et la vue d'un fantôme dans un cimetière, et d'un saint, de Dieu même dans la retraite, est un spectacle qui n'a rien d'étonnant.

Eh bien, c'est à l'aide de ce *criterium* de l'influence des croyances générales, mystiques ou autres, qu'on peut apprécier équitablement les personnages historiques qui ont présenté le phénomène de l'hallucination, ou une idée fixe qui avait les apparences du délire. En effet, dans ces cas, l'hallucination était la conséquence des croyances générales, et ces hommes illustres n'ont-ils pas prouvé qu'elle était compatibles avec une forte raison? Qui oserait le nier? S'il en est ainsi, si leurs hallucinations peuvent être interprétées comme des faits psychologiques liés à la raison, on doit par esprit de justice et par respect pour la dignité de notre nature proclamer cette interprétation.

Comment se résoudre, en effet, à regarder comme des fous les hommes les plus éminents, les guides de l'humanité à travers les siècles? Ils parlaient, ils se trompaient comme les masses; ils étaient hallucinés, mais la raison ne les abandonnait pas, et ce mélange d'erreur et de raison ajoutait précisément à ce qui leur donnait l'empire sur les esprits, parce qu'avant d'être les envoyés de Dieu ils étaient les représentants des peuples.

Une conséquence, d'ailleurs, qu'on ne peut pas éviter en adoptant une interprétation opposée à la nôtre, c'est que, si ces grands hommes sont considérés comme fous, il faut considérer également comme entachées de folie toutes les générations dont ils sont les représentants. Mais alors où s'arrêter, et n'est-ce pas appeler du nom de maladie une erreur de l'esprit humain?

Nous n'admettons pas non plus la distinction qui a été faite dans ce cas entre les visionnaires croyants ou non croyants : la croyance aux hallucinations était un fait de l'éducation, qui avait sa source dans les croyances générales. Le croyant ne différait sous ce rapport ni de lui-même dans l'état de santé, ni de ses contemporains; il ne saurait en conséquence être considéré comme fou. Il était le jouet d'une croyance erronée : et que de croyances erronées sur toutes choses, la physique, la chimie, l'astronomie, compatibles avec une raison supérieure! Toutefois, tout en protestant de toutes nos forces contre l'accusation générale d'hallucinés fous adressée à un grand nombre d'hommes d'élite, nous reconnaissons que certains personnages historiques avaient réellement des hallucinations avec perte de la raison. Mais nous avouons notre antipathie pour l'examen de ces faits; nous ne voyons aucune utilité dans de semblables investigations; nous ne croyons pas qu'ils puissent servir à l'avancement de la science; les faits cliniques seuls réunissent toutes les conditions qui peuvent nous prémunir contre l'erreur et nous faire arriver à une juste appréciation du phénomène de l'hallucination considéré soit en lui-même, soit dans ses rapports avec l'ensemble des autres caractères des maladies mentales.

Nous venons de passer en revue tous les états psychologiques qui se rapprochent de l'hallucination et qui sont compatibles avec la raison; nous avons cherché à apprécier les rêves comme expression de l'hallucination; nous avons précisé certaines conditions qui favorisent la vivacité d'imagination et jettent l'homme dans une situation mentale voisine de l'hallucination; nous avons constaté les cas où, sans l'intervention d'aucune de ces conditions, a lieu la représentation spontanée des images, et nous avons fait voir que, pour constituer de véritables hallucinations, il n'y manquait que l'adhésion de l'esprit. Enfin, nous avons montré qu'il pouvait y avoir production spontanée d'images et croyance à leur réalité, sans qu'on fût en droit d'en induire la folie, par cela seul que l'assentiment qui leur était donné était imposé par des croyances antérieures.

Maintenant nous arrivons aux hallucinations évidemment empreintes de délire, et avant toutes choses, répondons à une question qui a été agitée et résolue affirmativement par des médecins spéciaux très distingués, à savoir, si l'hallucination bornée à un sens et regardée par l'esprit comme une réalité peut exister seule, et constituer ainsi une aliénation mentale.

Ma réponse à cet égard ne saurait être douteuse, car c'est la question de l'existence de la monomanie, et nous avons dit plusieurs fois que nous n'admettons pas de folie limitée à une série unique d'idées.

Les faits d'ailleurs relatifs à l'hallucination d'un seul sens, sans autre symptôme de délire, sont très peu nombreux dans les annales de la science, et, quoique nous honorions beaucoup les auteurs qui les ont publiés, nous sommes profondément convaincu qu'ils n'ont tenu compte dans leurs observations que du fait psychologique culminant.

Nous nous bornons ici à cette remarque générale, devant traiter plus tard ce sujet avec tous les détails qu'il mérite.

Mais si l'hallucination n'est jamais, selon nous, un symptôme isolé, si elle ne peut à elle seule constituer une aliénation mentale, on peut néanmoins assurer que certains délires caractérisés surtout par les hallucinations peuvent exister longtemps avec les apparences d'une raison, même forte, et par conséquent avec une conduite régulière et bien ordonnée; cela tient surtout à ce que, le délire n'ayant pour objet que des choses secondaires dans la pratique, l'esprit conserve son indépendance pour régler tout ce qui est relatif à la conduite, comme pour s'occuper des choses les plus élevées qui ne se trouvent pas dans la sphère particulière au délire. Ceux qui s'en étonneraient n'ont qu'à consulter les annales du mysticisme qui se produisent tous les jours sous nos yeux, et ils se convaincront qu'il est des choses sur lesquelles on peut délirer sans que ce délire entraîne l'impuissance de gérer ses affaires et d'entretenir les rapports sociaux. On sait bien, il est vrai, que tout délire, si partiel qu'il soit, exerce une influence sur tout le système des idées, sur tous les faits volontaires; mais ici il ne peut être question des limites philosophiques posées à la raison humaine, car alors le nombre des fous serait infini, il ne peut être question que de l'exercice journalier de la vie humaine avec toutes ses inconséquences, ses erreurs et ses redressements successifs.

La faculté qu'ont certains hallucinés fous de raisonner juste sur beaucoup de choses en a souvent imposé au vulgaire, et même à des hommes éclairés et graves qui n'étaient pas exempts de superstition et qui n'avaient aucune expérience des affections mentales. Les hallucinations d'un cultivateur des environs de Chartres firent grand bruit en 1816; il avait vu et entendu, au milieu des champs, un fantôme qui lui avait fait des prédictions touchant les dangers imminents pour la dynastie des Bourbons, les malheurs préparés à la France, et lui avait enjoint au nom de la Providence d'aller en personne apporter ces révélations à Louis XVIII. Appuyé de puissants personnages, l'halluciné Martin fut en effet présenté au roi et, bientôt après, reconnu digne de trouver un asile à Charenton. Son délire, borné aux hallucinations, avait mis en défaut le discernement de la multitude et le jugement de personnes graves, à moins qu'on ne suppose qu'elles entrevoyaient un intérêt à dissimuler la source des visions insensées de Martin.

Pendant longtemps aussi les hallucinations furent le caractère dominant du délire du Tasse, et lorsque lui apparaissait son génie qu'il contemplait, qu'il écoutait avec le sentiment de la foi et de l'enthousiasme, son intelligence, déjà si belle, semblait briller d'un plus vif éclat. Peut-être observa-t-on quelque chose de semblable chez le divin Socrate, qui eut également un génie ou un démon que lui seul pouvait voir et entendre? M. Lélut, à qui l'on doit un excellent mémoire sur la folie sensoriale, a composé sur cette question *du démon de Socrate* un ouvrage fort intéressant, et il n'a pas balancé à publier que ce sublime philosophe avait été halluciné.

On sait que le grand Pascal, après avoir été renversé de voiture sur le pont de Neuilly, eut dès lors la vue d'un précipice toujours ouvert à ses côtés, et que, cette idée fixe se liant d'ailleurs avec des craintes religieuses, le précipice devint l'enfer toujours prêt à l'engloutir. Cet état de délire continua plusieurs années, et néanmoins la haute raison de Pascal restait admirable sur un grand nombre de sujets. Van Helmont, dont l'imagination fougueuse fut si souvent égarée par les tendances métaphysiques, le mysticisme et la superstition, nous a laissé l'histoire des hallucinations nombreuses et variées qu'il a éprouvées. On en peut dire autant du fameux Luther, qui prétendait discuter avec le diable et trouver en lui un merveilleux logicien, un rude adversaire, qu'il voyait se promener dans sa chambre, se pendre à son cou et coucher avec lui.

Les hallucinations de ces hommes illustres ont été trop fréquentes, trop complètes, trop acceptées comme des réalités pour ne pas nous convaincre que l'exaltation de leurs brillantes facultés pouvait être souvent portée jusqu'au délire; seulement ce délire, très borné d'ailleurs, pouvait être de courte durée, se suspendre, reparaître et échapper complètement à l'observation des personnes étrangères à la connaissance des hallucinations. Aussi, quelque raison qui se manifeste d'ailleurs, jamais un médecin d'aliénés ne recevra comme une communication sans importance la confidence d'hallucinations que le bon sens ne réduit pas à l'inconsistance d'une chimère.

Ainsi, sans admettre de monomanie sensoriale, nous reconnaissons une aliénation restreinte à un petit nombre d'objets avec hallucinations prédominantes. Comme l'aliénation partielle ordinaire, elle est gaie ou triste, expansive ou concentrée; dans ces cas divers pour la forme, l'hallucination est le fait principal, promoteur, ou centre de presque toutes les autres perversions de l'intelligence et des sentiments.

Les hallucinations dans l'aliénation présentent souvent, chez le même malade, trois degrés d'intensité. Dans le premier degré, les fausses sensations sont attribuées, comme elles doivent l'être, à une disposition particulière de l'esprit et non aux sens, les individus qui les éprouvent sachant bien que les sens n'ont pas été impressionnés.

Dans le deuxième degré, l'hallucination n'est pas rapportée à sa véritable cause; les hallucinés ne comprennent pas leur état sans l'intervention des organes des sens. Ils l'attribuent en effet à des impressions venues du dehors; mais, chose remarquable, ils ne subordonnent pas leurs actes à ces convictions erronées; tout en regardant comme vrai tout ce qu'ils éprouvent, ils sont dans une sorte de doute sur les causes, et regardent les sensations-hallucinations comme étant d'une nature particulière, différente de celle des sensations ordinaires. C'est quelque chose d'imprécis, de vague, sujet à l'interprétation, qui par conséquent ne saurait avoir la force impulsive de l'impression réelle.

Dans le troisième degré, l'halluciné croit à l'activité des sens, à la réalité actuelle des objets que l'imagination lui représente, et obéit aveuglément aux impressions qu'il croit recevoir.

Ainsi les hallucinations présentent, comme les autres symptômes du délire, divers degrés d'intensité sous le rapport de la netteté et du degré de la conviction; les hallucinés n'acceptent pas de prime abord comme vrai un phénomène aussi étrange. Plusieurs d'entre eux se livrent à des investigations pour apprécier la justesse de ce qu'ils croient sentir. Un grand nombre, alors même qu'ils sont convaincus de l'actualité des sensations, sans l'intervention des objets propres à les provoquer, ont recours à mille explications pour les légitimer aux yeux de tous et à leurs propres yeux. Ils disent que leurs ennemis emploient pour les tourmenter des porte-voix et des instruments de physique perfectionnés, qu'on les magnétise à de grandes distances; ils s'imaginent être entourés de ventriloques, et croient quelquefois que ces ventriloques sont logés dans leur ventre, dans leur poitrine ou dans leur tête. Plus fréquemment encore ils croient que les murs, que les plafonds sont creux, et recèlent leurs ennemis acharnés contre eux.

Les hallucinations sont loin d'ailleurs d'être toujours également nettes et claires pour les personnes qui les éprouvent; ce ne sont d'abord que des bourdonnements d'oreilles, que des sons confus, que des bruits de cloche ou d'horloge; il faut que l'exaltation soit portée au plus haut degré pour que ces mêmes malades entendent des harmonies célestes, le chant des oiseaux, ou attribuent leurs pensées parlées à un interlocuteur et lui répondent par de véritables paroles.

Souvent cette gradation d'intensité marque les diverses phases de l'aliénation mentale. C'est ainsi qu'au commencement de la folie le malade s'aperçoit de ses fausses perceptions, et les juge telles. Ensuite, sous l'influence prolongée de la cause qui y a donné lieu, et de la répétition d'un même acte, elles subjuguent l'esprit comme des réalités. Cette conviction reste entière et profonde jusqu'au déclin de l'aliénation mentale, qui est souvent marquée par la même gradation observée dès son principe. L'hallucination survit aux autres symptômes de délire, mais le malade n'y croit pas plus que le médecin lui-même.

Faisons remarquer, néanmoins, que, lorsque ce phénomène persiste après la disparition des autres signes de la folie, il mérite grande attention; c'est l'étincelle qui peut tout à coup produire un grand incendie.

(*La suite à un prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 septembre 1850. — Présidence de M. Larrey.

Injections récurrentes.

M. Chassaignac ayant terminé le travail qu'il avait annoncé dans la dernière séance, est prêt à en donner lecture.

M. le Président. Malgré tout l'intérêt qui s'attache à la communication de M. Chassaignac, l'ordre du jour ne permet pas de l'entendre immédiatement.

Hernies inguinales anté-vésicale et intra-iliaque.

M. Gosselin résume ainsi le rapport qu'il avait lu dans une précédente séance sur le travail de M. Parise :

Le mémoire de M. Parise a pour objet de faire connaître deux cas de hernie avec sac intérieur, qu'il a eu l'occasion de disséquer. Dans l'un, le sac intérieur se portait dans la fosse iliaque jusque vers la symphyse sacro-iliaque, et communiquait avec un sac externe qui n'était autre que la tunique vaginale. Le malade avait eu des symptômes d'étranglement; A. Bérard l'avait opéré, et avait cru faire rentrer l'intestin dans le ventre. L'autopsie vint montrer qu'il l'avait seulement refoulé du sac externe dans le sac interne, et que l'étranglement était produit par un collet situé beaucoup plus haut, et qui faisait communiquer les deux sacs avec la cavité péritonéale. Dans l'autre cas, il n'y a pas eu d'étranglement ni de sac extérieur; le sujet était mort d'une autre affection. Mais l'on a trouvé un sac péritonéal partant de la fossette inguinale moyenne du péritoine et se dirigeant du côté de la vessie. M. Parise rapproche de ce fait un autre fait qui a été cité dans le *Journal de Vandermond*, et dans lequel un sac intérieur se dirigeait aussi du côté de la vessie. Mais il y avait en même temps un sac externe disposé comme chez le malade d'A. Bérard, et un étranglement étant survenu, la même erreur fut commise pendant l'opération; le débridement ne fut point fait sur le collet qui exerçait la constriction.

De ces faits, M. Parise conclut qu'aux variétés connues de la hernie inguinale il faut en ajouter deux : l'une intra-iliaque, l'autre anté-vésicale; l'une et l'autre sont intérieures, intra-abdominales, et ont leur sac situé au-dessous du péritoine pariétal. L'auteur admet en outre que ces hernies sont primitives et n'ont point été consécutives à la réduction des hernies d'abord extérieures.

Le rapporteur, après avoir rendu pleine justice à la fidélité des descriptions de M. Parise, après avoir fait ressortir l'intérêt pratique de ces hernies à double sac, dans lesquelles on refoule les viscères du sac extérieur dans l'intérieur, en croyant les faire rentrer dans le péritoine, combat cependant l'opinion de M. Parise sur la formation primitive de ces sacs internes; il croit que ce sont des appendices de hernies d'abord extérieures, et ensuite refoulées en partie ou en totalité.

En effet, il rapproche les observations de M. Parise de sept autres rapportées par Arnaud, Fages, de Montpellier, Pelletan, MM. Cock, B. Cooper et Tessier. De ce rapprochement, il résulte que la plupart des observateurs précédents ont expliqué la formation du sac intérieur par un refoulement incomplet du sac, la rétrocession du collet vers l'intérieur du ventre, et la dilatation consécutive de la portion intermédiaire à ce collet et à l'orifice abdominal du canal inguinal. Le fait de B. Cooper fait exception; il y est question d'une hernie extérieure à double sac et à double collet. Un des sacs a été réduit en masse, pendant que l'autre est resté au-dessous; mais dans aucune des observations, l'on ne peut invoquer l'explication admise par M. Parise.

M. Chassaignac. Parmi ces faits, il y en a un qui m'a frappé; c'est celui où il n'y aurait jamais eu de hernie antérieure, et où, d'après ce renseignement, on a conclu que le sac s'était formé dans l'abdomen. Je crois qu'il y a là une erreur. Pour moi, le malade avait une hernie extérieure dont il ne s'était pas aperçu, et le sac qu'on a trouvé dans le ventre s'était développé comme à l'ordinaire, en passant par un des trajets herniaires que présentent les parois de cette cavité, et il avait été réduit avec l'intestin qu'il renfermait. La preuve qu'il n'en saurait être autrement, c'est qu'on trouve toujours ces sacs intérieurs au voisinage des ouvertures herniaires.

M. Gosselin. C'est précisément la thèse que j'ai soutenue dans mon rapport, contrairement à l'opinion de M. Parise. J'avoue cependant que le fait de Fage m'embarrasse, parce que le chirurgien de Montpellier affirme positivement que son malade n'avait jamais eu de hernie extérieure.

M. Robert. C'est qu'effectivement l'opinion de Fage pourrait bien être fondée. Il se peut que, dans sa descente, le testicule détermine la formation d'un sac abdominal. Dupuytren en a bien vu dans le canal inguinal, qui s'étaient développés par ce mécanisme. Pourquoi cette formation n'aurait-elle pas lieu un peu plus haut, dans le ventre?

Simpson a d'ailleurs bien indiqué comment, au moyen d'adhérences, ces petits sacs se produisent au-dessus du testicule. Il ne faudrait donc pas rejeter trop légèrement l'existence de ces sacs d'origine intérieure.

M. Chassaignac. J'oppose à l'opinion de Fage celle de tous les chirurgiens. Comment expliquer la formation du collet sans qu'il soit serré dans un anneau fibreux? Peut on comprendre autrement sa rétraction portée au point d'amener l'étranglement?

M. Gosselin. Je dois rappeler qu'outre la négation de l'existence antérieure d'une hernie, le fait de Fage offre encore cette circonstance unique jusqu'ici de la présence du testicule dans le sac intérieur.

M. Giraldès. Je ferai observer que M. Robert s'est exprimé sur la formation des sacs intérieurs d'après la théorie, et non d'après des dissections. M. Simpson n'a également émis ici que des hypothèses; et, pour mon compte, je ne vois pas bien comment l'action du *gubernaculum testis* rendrait compte du développement de ces sacs.

M. Morel-Lavallée. Je rappellerai à la Société le fait de hernie avec sac intérieur dont je lui ai communiqué la substance dans une autre circonstance, et que j'ai observé il y a environ deux ans à l'hôpital de la Charité. Un jeune homme de 24 ou 25 ans avait une hernie inguinale gauche étranglée. L'interne fit la réduction, et les accidents continuèrent, malgré les purgatifs répétés. Ne trouvant rien dans l'anneau ni dans le canal, je crus à une réduction de la hernie avec le sac. M. Velpeau, qui voulut bien m'aider de ses conseils, porta également ce diagnostic. Un point douloureux dans la fosse iliaque correspondante semblait indiquer la place du sac rentré. L'opération était urgente; j'y procédai en présence de M. Velpeau. Après le débridement, il ne se montra dans le canal qu'une anse d'intestin grêle assez rouge, mais sans empreinte d'étranglement. Mon doigt, introduit dans le ventre, ne rencontra rien qui pût ressembler à un sac réduit avec le viscère étranglé. M. Velpeau, à ma prière, examina l'état des choses, fit un nouveau débridement et ne fut pas plus heureux. Les accidents d'étranglement persistèrent et le malade mourut.

On trouva au niveau du canal inguinal une anse d'intestin grêle congestionnée assez fortement; puis une des extrémités de cette anse, passant sur les vaisseaux fémoraux, allait, un peu au-dessus de l'arcade crurale, s'engager dans un sac péritonéal fixe, situé sur le muscle psoas iliaque. Le goulot de ce sac était dirigé en bas; au lieu d'être régulièrement arrondi, le collet représentait dans sa partie superficielle ou antérieure un arc d'un grand rayon; sa partie postérieure étant rectiligne et correspondant au muscle psoas iliaque. Cette observation a été recueillie par M. Huette, l'un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux; je le prierai de l'adresser à la Société; elle sera d'autant plus précieuse que la dissection fut faite avec soin, et que je ne me la rappelle qu'incomplétement.

Il est impossible que l'idée d'un sac primitivement extérieur et réduit se présente ici; le sac de la région iliaque était trop éloigné du canal inguinal, et surtout d'une trop grande fixité. Les seules questions que ce cas me suggéra furent celles-ci : Y avait-il eu primitivement deux hernies, l'une extérieure, étranglée ou non, et une intérieure étranglée? ou bien, en réduisant avec force la hernie extérieure qui aurait d'abord existé seule, aurait-on poussé l'intestin violemment dans une dépression péritonéale, dont il se serait formé un sac qui l'aurait immédiatement étranglé? L'observation que j'attends de M. Huette servira sans doute à éclaircir ces divers points et d'autres questions encore, qu'il est inutile de poser avant d'avoir les éléments de leur solution.

Fracture du rocher avec écoulement d'un liquide abondant et transparent par l'oreille.

M. Debrou, membre correspondant de la Société de Chirurgie, à Orléans, adresse l'observation suivante :

Le nommé Brisson (Arsène), âgé de 21 ans, mécanicien, fit une chute d'un lieu élevé sur la tête dans la soirée du 22 juin, perdit immédiatement connaissance, et fut apporté à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Au moment de son entrée, on fit une application de sangsues aux oreilles et de cataplasmes sinapisés aux jambes.

Le lendemain 23 juin, le malade, qui avait recouvré toute sa connaissance, ne peut donner aucun détail sur l'accident qui lui était arrivé la veille; il se rappelle seulement être monté sur un tas de planches, croit se rappeler qu'il est tombé, et ignore tout ce qui s'est passé depuis. Son visage a une expression naturelle, et conserve seulement une légère empreinte de stupeur. Il cause raisonnablement et sans embarras notable de la parole. Au-dessus du sourcil gauche, existe une contusion sans plaie. A la partie supérieure de la fosse temporale du même côté, on voit une ecchymose avec une bosse sanguine ayant la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Les pupilles sont également mobiles. Il n'y a paralysie ni du mouvement, ni de la sensibilité; le malade se plaint seulement d'une douleur vague dans la tête, d'une violente douleur dans la région des reins et d'un engourdissement dans le bras gauche.

Les personnes qui ont accompagné le blessé à l'hôpital ont rapporté qu'au moment où on l'a relevé de sa chute, il perdait par l'oreille gauche un liquide clair et très légèrement rosé. Je ne sais quelle créance il faut accorder à cette remarque; mais ce qui est certain, c'est que, le lendemain matin à la visite, l'oreiller sur lequel reposait la tête du malade était largement mouillé autour de l'oreille gauche. Dans la conque de celle-ci était un liquide clair, transparent comme de l'eau, s'écoulant goutte à goutte. On en remplit une cuillère à bouche en vingt minutes; et dès ce moment jusqu'au lendemain matin, *on en recueillit cinq onces*, dont une partie fut remise à un pharmacien pour être analysée. Ce liquide était sans aucune coloration rouge ou rosée, et ne laissait aucune trace sur le linge. L'oreiller paraissait avoir été mouillé avec de l'eau.

On fit appliquer 10 sangsues derrière les oreilles et pratiquer une saignée de 3 palettes. — Le reste du jour, le malade conserva toute sa raison, n'eut point de douleurs de tête, et ne se plaignit que des reins. Il était un peu assoupi et s'endormit plusieurs fois.

Le 24, la saignée ne présente point de couenne. Le malade est dans le même état que la veille. Ni paralysie, ni contracture; mais un peu d'engourdissement et quelques frémissements dans le bras et la main du côté droit. Le pouls est fort et donne 100 pulsations. Le malade a toute sa raison et cause bien. Je recherche s'il existe quelque paralysie dans les muscles animés par le nerf facial, et je constate qu'il n'y en a aucune trace aux lèvres, au nez, aux paupières, à la joue, au voile du palais. Je m'assure également, en fermant successivement les deux oreilles, qu'il entend bien des deux, et aussi bien de la gauche que de la droite. La nuit a été sans agitation; le sommeil a été paisible.. Il s'écoule encore par l'oreille gauche une grande quantité de liquide, qui n'a pas été recueilli. Une légère ecchymose diffuse s'est prononcée au bas de la fosse temporale et autour du pavillon de l'oreille. Lorsqu'on fait serrer les dents au malade, il éprouve une douleur, qui augmente si on tire brusquement sur un mouchoir placé entre ses dents, cette douleur répond à l'oreille gauche et à la fosse temporale.

Le soir du même jour, agitation légère entremêlée de somnolence. 20 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Mardi, 25. Etat satisfaisant et sans nouveaux signes. 60 centigrammes de calomel. Dans la journée, une douleur à la tête et dans la région de l'oreille gauche décide une nouvelle application de 12 sangsues, et l'applicotion de la glace sur le front. L'écoulement de liquide par l'oreille continue.

Mercredi, 26. La journée est bonne, sans nouveau signe, sans douleur de tête. On continue le calomel, la diète.

Le 27, la douleur à la tête et dans l'oreille est plus marquée. Le visage exprime un peu de stupeur. L'expression des idées est lente. On constate de nouveau qu'il n'y a point de paralysie, ni d'inégalité dans les pupilles. Depuis aujourd'hui seulement, il ne s'écoule point de liquide par l'oreille.

Le 28. Il y a eu un peu de divagation la veille au soir. La douleur à la région temporale est persistante. Saignée de 300 grammes. Eau froide sur le front.

29. Délire et agitation. Le sang de la saignée n'est point couenneux. Pouls soutenu et assez fort. 20 sangsues appliquées en quatre fois aux apophyses mastoïdes. Un herpès s'est développé autour de la bouche et des ailes du nez.

30. Délire et agitation continuels. 2 vésicatoires aux jambes.

Etat semblable le 1er jusqu'au soir, qu'arriva la mort.

Autopsie 36 heures après la mort. — A la face interne du cuir chevelu, au niveau de toute la fosse temporale gauche, il existe une ecchymose qui se rencontre également sous l'aponévrose temporale et dans le muscle crotaphite. La calotte du crâne étant détachée de la base par un trait de scie, on ne trouva sur elle aucune fracture. Il n'y avait non plus aucun épanchement de sang entre la voûte du crâne et la dure-mère. Les veines superficielles du cerveau étaient pleines de sang. On trouva quelques injections partielles en différents points de l'arachnoïde à la face supérieure du cerveau. A la surface des circonvolutions, le long des vaisseaux, et dans plusieurs anfractuosités, surtout à la partie moyenne et antérieure de l'hémisphère gauche, était épanchée une lymphe coagulée jaunâtre. A la face inférieure du cerveau de véritable pus était infiltré dans la pie-mère, principalement autour des nerfs optiques et entre les pédoncules. Les ventricules contenaient une sérosité trouble assez abondante. La substance cérébrale était injectée, mais sans contenir aucun caillot de sang.

J'examinai avec le plus grand soin l'état des parties dans la fosse cérébrale moyenne du côté gauche. La dure-mère n'y était déchirée dans aucun de ses points. Il existait à la face interne, sur l'arachnoïde qui la recouvre, trois petits caillots sanguins très minces et de la dimension chacun d'une lentille, qui purent se détacher facilement par un léger frottement du doigt. En détachant la dure-mère du sphénoïde et du temporal, on trouva deux caillots, plutôt semblables à des ecchymoses qu'à des épanchements de sang, l'un placé au niveau de la suture écailleuse, l'autre à la face supérieure et antérieure du rocher, en avant du bord supérieur de cet os. A l'endroit de ces deux caillots, qui avaient chacun la largeur de l'ongle, et qui étaient sans aucune épaisseur, la dure-mère n'était pas adhérente. Elle adhérait aux os dans le reste de son étendue.

Les sinus ont été ouverts avec une grande attention, et l'examen le plus minutieux ne put faire découvrir de déchirure ou d'éraillure, soit dans le sinus caverneux ou les deux pétreux supérieur ou inférieur, soit dans le sinus latéral gauche, qui fut examiné avec un soin particulier à son intérieur.

Après avoir enlevé et détaché la dure-mère de toutes ses adhérences à l'os temporal, on trouve une fracture linéaire, sans écartement, reconnaissable à un tractus rouge que l'on peut agrandir en écartant ses bords, par des tractions en sens opposé. Cette fracture, qui est unique et réduite à une simple fissure, a une portion verticale qui commence au bas de la fosse temporale, et atteint la partie moyenne de la paroi supérieure du conduit auditif externe en traversant la suture écailleuse, là précisément où était un des caillots ecchymotiques signalés plus haut. Ensuite, devenant horizontale, elle marche presque transversalement du conduit auditif externe à l'orifice du conduit auditif interne, placée au-dessous du second caillot également décrit. Dans ce trajet elle n'est pas parfaitement droite, et se coude un peu au niveau de l'*hiatus* de Fallope, suit la face antérieure du rocher, en se rapprochant du bord supérieur de cette partie osseuse à mesure qu'elle avance en dedans, et enfin s'arrête un peu avant d'avoir atteint l'orifice auditif interne. — Ayant scié le rocher par une coupe perpendiculaire à son axe, et de manière à tomber dans la caisse, nous avons pu examiner quelle était la profondeur du trait de fracture. Nous avons constaté que la fissure divisait dans toute son épaisseur la paroi supérieure du canal auditif externe; qu'elle atteignait la circonférence de la membrane du tympan, que cette membrane offrait une rupture vers son centre, assez large pour admettre une tête d'épingle ordinaire, sans que l'on ait pu voir si cette rupture allait jusqu'à la circonférence de la membrane et jusqu'au trait de fracture. Celle-ci, au delà du cercle tympanal, atteignait la fenêtre ovale, dans laquelle cependant la base de l'étrier restait encadrée. Il nous a paru même que la membrane fermant la fenêtre n'étoit pas rompue. Puis la fissure coupait le canal de Fallope au niveau du coude formé par le nerf facial, et allait mourir dans la table supérieure du canal auditif interne. Le nerf facial n'était point lésé, et il n'y avait point de sang épanché autour de lui. Cette partie de la fracture, d'ailleurs, était une simple fissure sans aucun écartement, et on eut besoin pour la rendre visible d'en écarter les bords avec force.

Voici l'analyse chimique du liquide écoulé par l'oreille, faite par M. Rabourdin, habile pharmacien d'Orléans.

« Liquide incolore, légèrement opalin, filtrant avec la plus grande » facilité, d'une saveur légèrement salée, faiblement alcalin. Il donne » un résidu de 1,25 pour 100 parties, composé presque en entier de » sels alcalins, et principalement de chlorure de sodium.

» Sur 1000 parties de ce liquide on trouve :

» Eau................	98,750	1000
» Chlorure de sodium....	1,065	
» Mucus..............	0,135	
» Matière extractive......		
» Carbonate de soude....		
» Phosphate de chaux....		
» Sulfate de potasse......		
» Albumine............	des traces	

Remarques. 1° Cette observation présente la condition qui s'est presque toujours rencontrée dans les cas où il s'écoulait un liquide abondant par l'oreille, d'*une fracture divisant la membrane du tympan, et allant du conduit auditif interne à l'externe, en passant par la fenêtre ovale.*

2° L'analyse chimique du liquide écoulé a montré une composition presque semblable à celle du liquide examiné par M. Chatin dans la première observation du mémoire de M. Robert (*Mémoires de la Société de Chirurgie*, tome I, page 564); c'est-à-dire, d'une part, une composition fort analogue à celle du liquide encéphalo-rachidien, et d'autre part, beaucoup plus de chlorure de sodium qu'il n'en existe dans le sérum du sang, et beaucoup moins d'albumine qu'il ne s'en trouve dans ce sérum.

3° Le liquide écoulé par l'oreille a été fort abondant, puisqu'en moins de 24 heures on a pu en recueillir 160 grammes; il a coulé longtemps, puisque son issue a duré 4 jours et une nuit. Il a été parfaitement incolore depuis le commencement jusqu'à la fin, si l'on néglige le rapport de peu de valeur d'un assistant qui dit avoir remarqué qu'il était légèrement rosé immédiatement après la chute qui a produit la fracture. On ne doit pas oublier que, tombé à 8 heures et 1/2 du soir, le blessé fut de suite apporté à l'hôpital, et que tout le liquide sorti pendant la nuit n'avait laissé aucune trace de coloration sur l'oreiller, qui, le lendemain, fut trouvé mouillé comme avec de l'eau.

4° On ne saurait admettre, et pour ma part je n'admets pas que les deux très minces caillots trouvés entre le temporal et la dure-mère, bien que placés sur le trajet même de la fracture, aient pu, en exprimant leur sérosité, fournir tout le liquide écoulé par l'oreille. A cette manière de voir, on peut objecter d'abord la constante transparence du liquide, ensuite le décollement très limité de la dure-mère, qui prouve qu'à leur origine même les caillots ont été très peu étendus.

5° On ne saurait admettre davantage que ce liquide ait été fourni par le sang des sinus, d'abord à cause encore de sa transparence, ensuite parce, que ces canaux veineux ayant été examinés avec un grand soin à leur intérieur, et notamment le sinus latéral, conformément au désir exprimé par M. Chassaignac, aucune déchirure ni éraillure n'est venue justifier la théorie de ce chirurgien.

6° Je pense qu'il ne serait pas soutenable de croire qu'un liquide aussi abondant a pu être donné par la liqueur de Cotugno qui baigne les cavités de l'oreille interne.

7° Par conséquent, je considère l'observation précédente comme venant à l'appui de l'opinion d'A. Bérard, opinion soutenue et développée pér M. Robert, et qui regarde le liquide écoulé par l'oreille, dans ces sortes de fractures, comme une partie du liquide encéphalo-rachidien.

8° A la vérité, il faut reconnaître qu'on n'arrive à cette dernière opinion que d'une manière indirecte, et par suite de l'exclusion des autres manières de voir; car la preuve directe d'une voie ouverte au liquide *entre le tissu sous-arachnoïdien* et l'oreille externe, à travers l'oreille interne et la moyenne, n'a pas encore été donnée jusqu'ici, je le crois au moins. Pour ma part, malgré le soin que j'y ai mis, je n'ai pu saisir, en examinant le prolongement des méninges au fond du conduit auditif interne, une rupture permettant le passage et la sortie du liquide qui baigne le tissu aréolaire de la pie-mère. Ma recherche sur ce point ne m'a donné aucun résultat pour ou contre, et c'est parce que je la considère comme nulle que je ne l'ai pas mentionnée dans l'observation.

9° Enfin, je noterai deux circonstances : l'une, déjà signalée par d'autres observateurs, qui est la conservation de l'ouïe du côté où siégeait la fracture; l'autre, qui est la non-paralysie des muscles animés par le nerf facial, sans doute ce dernier défaut de paralysie a tenu à ce que les bords de la fissure qui atteignait le canal de Fallope n'étaient point écartés, et à ce qu'aucune quantité de sang ne comprimait le nerf dans son trajet. Quant au défaut de paralysie des membres ou d'hémiplégie, il s'explique par l'absence presque totale de caillot à l'intérieur du crâne. Les symptômes proprement dits ont été ceux de la méningite; mais comme celle-ci est toujours imminente dans une fracture du crâne, la seule circonstance d'un écoulement de liquide séreux par l'oreille externe, en attestant une fracture du rocher, doit faire porter un pronostic grave, malgré le peu d'accidents qui peuvent se montrer dans les premiers jours.

M. Chassaignac. Ce fait n'apporte aucun éclaircissement à la question touchant la nature du liquide qui s'écoule par l'oreille. La dure-mère, qui ferme l'orifice du conduit auditif interne, ne paraît pas avoir été déchirée. M. Debrou a bien examiné le sinus, mais il fallait descendre jusque dans le golfe de la veine jugulaire, et il n'en parle point dans son observation.

Il est remarquable que la déchirure de la membrane du tympan n'existe qu'au centre de cette membrane, sans en at-

teindre la circonférence. J'ai déjà observé une fois cette disposition, qu'il serait difficile d'expliquer.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix le renvoi du rapport de M. Gosselin au comité de publication; ce renvoi est prononcé.

Tubercules de la prostate.

M. VIDAL (de Cassis). Cette pièce me paraît intéressante, principalement sous deux rapports : d'abord parce que c'est un exemple incontestable de tubercules de la prostate, et qu'il ne s'agit pas seulement de pus concret, comme dans plusieurs faits que je pourrais citer; en second lieu, n'est-il pas remarquable que les tubercules siégent exclusivement dans les lobes latéraux, qui n'ont pris de développement qu'en arrière? Le cathétérisme ne pouvait donner ici aucun éclaircissement, et sans le toucher rectal, la tuméfaction de la prostate pouvait échapper au chirurgien. La partie moyenne de la glande était à l'état normal. Il y avait des tubercules dans les poumons.

M. GOSSELIN. Y avait-il une cystite?

M. VIDAL (de Cassis). Oui; elle était caractérisée par des envies fréquentes de rendre les urines, par un dépôt filant dans ce liquide, etc.

M. GUERSANT. J'ai vu à Bicêtre un vieillard de 70 ans, qui avait des tubercules dans la prostate en même temps que dans les poumons et dans d'autres organes. Son fils, qui se trouvait dans le même établissement, avait aussi tous les attributs du tempérament scrofuleux.

M. MARJOLIN. J'ai observé à l'hôpital Beaujon un homme de 35 à 40 ans, atteint du mal de Pott, avec paraplégie, chez lequel il survint une rétention d'urine et des abcès testiculaires. A l'autopsie, on trouva des foyers tuberculeux dans la prostate.

M. LEBERT. Il serait intéressant de savoir si les tubercules de la prostate se développent primitivement ou consécutivement à des tubercules pulmonaires. J'en ai observé assez souvent dans les ganglions lymphatiques extérieurs, sans qu'il y en eût dans la poitrine. Peut-être en est-il de même pour la prostate.

M. ROBERT. Le fait de M. Vidal est très important au point de vue du diagnostic. Ce développement de la prostate en arrière pourrait en imposer pour une névralgie du col vésical. J'ai vu un jeune homme qui urinait fréquemment et avec douleur, qui souffrait au bout de la verge, etc. Peut-être ces symptômes, que je rapportai à une névralgie du col vésical, dépendaient-ils d'une de ces affections de la prostate.

M. VIDAL (de Cassis). J'ai rencontré deux fois les tubercules testiculaires coïncidant avec des tubercules pulmonaires, et dans ces deux cas un seul des testicules était affecté. Dans deux autres cas, au contraire, où les tubercules n'existaient que dans la glande séminale, il y en avait des deux côtés. On pourrait, sous ce rapport, rapprocher les tubercules graves du testicule, c'est-à-dire ceux qui coexistent avec la phthisie, du cancer du même organe, qui ne siége généralement que d'un seul côté. Ce tubercule, que j'appellerai malin, se comporterait ici comme les autres affections malignes.

M. LARREY. J'ai également vu chez deux phthisiques des tubercules testiculaires qui n'occupaient qu'un seul de ces organes.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, MOREL-LAVALLÉE.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT

de l'ectropion suite de paralysie du muscle orbiculaire,

Par M. J.-F. FRANCE, professeur d'ophthalmologie à l'hôpital de Guy.

L'opération proposée et exécutée avec succès par M. France a trait à une de ces espèces rares d'ectropion qui sont à peine mentionnées dans les auteurs, et qui cependant sont incurables par les moyens habituellement mis en usage; il s'agit de l'ectropion de la paupière inférieure qui est consécutif à la paralysie du muscle orbiculaire. Cette paralysie entraîne l'abaissement et l'immobilité de la paupière inférieure, qui ne tarde pas à se renverser en dehors, à s'enflammer et à s'épaissir; de là une difformité très grande qui peut entraîner, à la longue, la perte de l'œil. L'auteur a mis en usage, contre cette espèce d'ectropion, un procédé qui a quelque rapport avec celui dont il s'est servi avec succès dans le cas de ptosis, ou de chute de la paupière supérieure, et qui a pour effet de rattacher par une opération les fibres de l'élévateur commun et celles du muscle occipito-frontal. L'opération proposée par M. France a, au contraire, pour but de mettre les fibres paralysées de l'orbiculaire qui font partie de la paupière inférieure sous la dépendance de l'élévateur de la paupière supérieure; elle suppose donc de toute nécessité l'intégrité de ce dernier muscle; elle consiste à faire adhérer le bord libre des deux paupières vers l'angle externe dans une étendue suffisante pour obtenir le redressement, mais insuffisante pour empêcher l'exercice de la vision.

Voici en quels termes M. France décrit lui-même l'opération qu'il a pratiquée avec succès sur un homme de soixante ans, lequel, à la suite d'une plaie de la joue, avait perdu le mouvement des muscles d'une grande partie de la face, et en particulier de l'orbiculaire du côté droit:

« Le malade assis sur une chaise, je me plaçai en face de lui; je saisis et traversai la paupière inférieure avec un ténaculum, immédiatement derrière le bord ciliaire, à 1/18e de pouce de l'angle temporal de l'œil, dans le point où serait venue aboutir une ligne perpendiculaire tirée le long du bord externe de la cornée (l'œil regardant en avant); je tirai ensuite le bord ciliaire en avant, et avec un scalpel je détachai un petit lambeau de la paupière, depuis l'insertion de l'instrument jusqu'à l'angle externe, en comprenant seulement le rebord de la peau et de la muqueuse, les orifices des follicules de Meibomius, les cils et leurs follicules. Je fis de même à la paupière supérieure, puis je réunis les surfaces avivées avec une suture continue; je maintins le tout avec deux ou trois bandelettes de diachylum, et je fis appliquer des compresses trempées dans l'eau froide. La cicatrisation se fit bien, et la difformité fut réduite à presque rien, sans parler de la vision, qui ne fut nullement atteinte, et qui fut même améliorée par la cessation de l'inflammation de la conjonctive. Une opération semblable, pratiquée chez un homme de quarante-cinq ans, qui avait une paralysie de la face depuis son enfance, a donné également des résultats favorables. »

(*The Lancet*, janvier 1850, et *Arch. gén. de Méd.*)

Nouvelles du choléra.

Les journaux de New-York du 28 août annoncent que le choléra a cessé Mexico, après y avoir existé cent jours, pendant lesquels il a enlevé 18,000 personnes ; ce qui fait 180 par jour.

— On écrit de Vienne (Autriche), le 6 septembre :

« Le choléra continue à sévir avec une violence extrême parmi les ouvriers occupés au chemin de fer du mont Sœmmering. A Pesth aussi, le choléra augmente. A Grosshœflein (Moravie) le choléra a enlevé en deux jours 68 individus, ou 5 pour 100 de la population de cette ville, qui était d'environ 1,300 personnes.

» A Vienne, le choléra a perdu beaucoup de son intensité, et il paraît être stationnaire pour le moment. Depuis la réapparition de cette maladie, nous avons eu ici 1,019 cas : 432 guérisons et 422 décès; 165 cholériques sont encore en traitement. »

— On écrit de Hambourg, le 9 septembre :

« Cette après-midi la première diète ordinaire de Schleswig-Holstein a été ouverte au château de Kiel. » (*Gazette de Cologne.*)

NOUVELLES.

Un décret du président de la République, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, modifie ainsi la formation du conseil de santé des armées :

1° Le conseil de santé des armées sera formé, à l'avenir, de cinq inspecteurs nommés sans distinction de profession;

2° Le membre du conseil de santé, appelé à la direction de l'École d'application de la médecine militaire, sera considéré comme hors cadre pendant toute la durée de ses fonctions, et remplacé dans son emploi au conseil;

3° Le conseil de santé sera présidé par l'inspecteur le plus ancien en grade.

Art. 4. Les dispositions antérieures contraires aux dispositions ci-dessus sont et demeurent abrogées.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 111. (23e ANNEE.) JEUDI 19 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 18 SEPTEMBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Grande nouvelle! Le sulfate de quinine est détrôné, et l'arsenic, le benin arsenic, en tant que fébrifuge, n'aura fait que passer. Vous avez la fièvre, la fièvre intermittente, s'entend, et par conséquent la rate MACROSIÉE; vous prenez un train de plaisir et vous allez au Havre ou ailleurs, à votre choix; vous buvez un coup à la grand'tasse et tout est dit.—Trève de plaisanterie! La chose vaut la peine qu'on en parle sérieusement. C'est M. Piorry qui l'a portée à la connaissance de l'Académie. Il y a quelque temps, un médecin de Carentan, travailleur plein de zèle, M. le docteur Scelle Mondezert, a adressé à la savante Compagnie un travail ayant pour objet un nouveau mode de traitement des fièvres intermittentes, et l'infatigable professeur, toujours jeune et toujours fécond, après tant et de si rudes travaux, a été chargé de présenter un rapport sur ce travail. Le moyen préconisé par M. Scelle Mondezert n'est autre que le sel marin. — Le sel marin! — S'il est vrai, suivant l'expression du poète, que les vagues aient une voix, elles devaient en dire de belles lorsqu'elles s'ouvraient sous la proue des navires chargés de l'onéreuse écorce du Pérou! Comme elles devaient rire aux dépens des mortels voués au culte de la déesse Hygie, en les voyant aller chercher si loin le spécifique qu'elles lui offraient en si grande abondance et à si bas prix! Hélas! la nature muette, et pourtant si éloquente, garde souvent sans les dissimuler bien des secrets de ce genre.

M. Mondezert avait cité des faits, et le savant inventeur duplessimétrisme s'est hâté de le suivre sur le terrain de l'expérience. C'est le résultat de sa pratique que M. Piorry, en attendant son rapport, a voulu tout de suite communiquer à l'Académie. On doit lui en savoir gré, et nous le félicitons de son empressement.

M. Piorry a employé le sel marin à la dose de 15 à 30 grammes, suivant les indications de M. Mondezert; dans *sept* cas, cinq fois à sa clinique de l'hôpital de la Pitié, sous les yeux des nombreux élèves qui se pressent autour de lui, deux fois dans sa clientèle. Dans les sept cas, le succès a été complet.

Voilà qui est encourageant. Nous ne doutons pas que les médecins ne s'empressent à l'envi d'expérimenter le nouveau fébrifuge et de faire connaître les résultats qu'ils auront obtenus. C'est un devoir qui leur est imposé au nom des plus grands intérêts, et aucun des hommes dont le nom fait autorité ne voudra y manquer.

M. Piorry a vu la rate diminuer de sept centimètres sous l'influence du sel marin.

Si les faits à venir confirment les résultats déjà obtenus, M. Mondezert aura rendu un immense service à la thérapeutique, et son nom figurera parmi ceux des bienfaiteurs de l'humanité.

Nous aurons à revenir sur ce fait important, que nous n'avons voulu aujourd'hui qu'indiquer, et nous exposerons alors les considérations physiologiques qui s'en déduisent.

L'honorable clinicien de la Pitié n'a pas manqué de rendre la justice qui lui est due à l'un de nos confrères les plus distingués par le savoir et par l'esprit, M. le docteur Amédée Latour, dont les recherches sur les effets du sel marin dans le traitement de la phthisie pulmonaire n'ont pas été étrangères à l'emploi ultérieur de cette substance.

HOTEL-DIEU. — M. ROSTAN.

Leçons cliniques sur les maladies de l'encéphale.

De l'hémorrhagie cérébrale. (Suite et fin.)

(*Voir* les numéros des 31 juillet; 6, 20 août; 3 et 14 septembre.)

Traitement. — Nous sommes loin de l'époque où l'on se préoccupait du traitement de la paralysie, des propriétés vitales, et où les moyens de curation les plus extraordinaires étaient prônés avec une sorte de fanatisme. Il y a trente ou quarante ans que j'ai vu de mes propres yeux employer pour le traitement de la paralysie les moyens les plus contraires, et Pinel et Landré Beauvais conseillaient ce qu'ils appelaient le traitement excitant. Ces moyens, c'étaient l'ammoniaque, le muriate d'ammoniaque, les différents sels excitants, la pyrèthre, l'arnica, la vésication, l'urtication. Tels étaient les remèdes employés journellement à cette époque pour combattre la congestion cérébrale, l'hémorrhagie de l'encéphale. Vous comprenez que ces moyens incendiaires, loin de pouvoir agir avec quelque efficacité, devaient au contraire augmenter la cause de la maladie.

En 1825, l'Académie des Sciences chargea Hallé et Mauduyt de faire des expériences sur l'électricité dans les cas de paralysie. La paralysie, vous le savez, n'est véritablement qu'un symptôme. Aussi vous devez bien penser que le point de départ de ces expériences était déjà mal choisi, et que le résultat de ces faits devait être à peu près nul. C'est ce qui arriva. Ces expérimentateurs choisirent dans les hôpitaux cinquante et un paralytiques, appliquèrent l'électricité sur les membres paralysés, et les conséquences de leur moyen de traitement furent celles-ci : une partie des paralytiques guérit; une partie n'éprouva aucune espèce de changement; la maladie ne fut pas modifiée dans sa marche; une autre partie, enfin, vit augmenter les symptômes. Les conséquences de ces expérimentations furent donc nulles, ou plutôt fausses; car que vouliez-vous que fît l'électricité dans les affections matérielles du cerveau? Ces expériences n'ont donc rien prouvé, et il est clair que la manière dont elles furent faites ne devait amener aucun résultat. Quels progrès n'avons-nous pas faits depuis ce temps? Progrès réguliers dus à l'application raisonnée de nos principes d'organicisme; principes dans lesquels nous trouvons de si rares exceptions. A une autre époque, on traita la paralysie par la strychnine; c'était au moment où M. Magendie faisait quelques expériences sur des animaux vivants, et avait remarqué que ce médicament donnait des mouvements convulsifs aux membres de l'extrémité postérieure du corps. Par extension, on en vint à administrer la strychnine pour guérir toutes les paralysies, et il arriva un moment où les médecins avaient dans leur poche des pilules de strychnine, qu'ils faisaient avaler à leurs malades.

Nous ne devons plus faire maintenant de semblable thérapeutique, car ces moyens de traitement nous ramènent au temps où les médecins employaient les moyens de traitement les plus extraordinaires. On peut lire dans les auteurs anciens, en effet, la série de ces moyens étranges, et l'on voit qu'Arétée, que Cœlius Aurélianus secouraient les malades de toutes leurs forces, puis les faisaient vomir pour les débarrasser de la pituite, cause de la paralysie; Avicenne employait les sudorifiques, les échauffants; Aëtius frottait la tête avec des onguents résolutifs, employait les sternutatoires et appliquait des boutons de feu sur le crâne; Forestus liait les quatre membres; Sennert employait le fer rougi à blanc et approché à distance; Etmuller conseillait l'esprit de crâne humain; Emmanuel Kœnig faisait placer les os des suppliciés dans un sac et les appliquait sur les membres; il conseillait aussi de faire usage de huit gouttes de sang tiré derrière l'oreille droite d'un meunier. Les sachets du docteur Arnault eurent aussi, avant la révolution, une vogue immense et excitèrent pendant longtemps la verve sarcastique de Voltaire. Enfin, les remèdes anti-apoplectiques devinrent assez nombreux pour constituer une certaine branche d'industrie. La thérapeutique ne roule plus dans de pareils errements, et nous allons nous

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

Il n'est peut-être pas de sujet sur lequel on ait moins écrit que sur les hôpitaux. Leur histoire n'a jamais été faite; elle n'a même pas été ébauchée; elle a été à peine entrevue en France par Mongez (1), par Percy (2), par de Gérando (3), par M. Gauthier (4); en Allemagne par Bættiger (5), par Scheider (6), et par le professeur Choulant (7). Les amateurs du magnétisme prétendant que leurs pratiques étaient en usage dans les temples des Egyptiens, des Grecs et des Romains, nous ont donné quelques détails sur ces temples, qu'ils se sont plu à considérer comme des espèces d'hôpitanx mesmériens. Quelques phrases disséminées et perdues dans les volumineuses et indigestes productions de Leclerc (8), de Sprengel (9), de Dujardin et de Peyrilhe (10), sont, avec les ouvrages que nous avons cités et quelques articles de dictionnaires, tout ce qui existe sur l'histoire des hôpitaux.

Cependant les assertions de la majeure partie de ces auteurs sont fort contestables, surtout en ce qui regarde les temps antérieurs au christianisme. Il est curieux de voir les hypothèses, les citations que ces écrivains amoncèlent d'après des témoignages dont une saine critique ne peut admettre l'autorité. Nous sommes sous ce rapport entièrement de l'avis de M. Malgaigne, qui, dans ses spirituelles lettres sur la chirurgie (1), fait la remarque suivante : « Leclerc consacre soixante-quatorze pages à l'histoire de la médecine jusqu'au temps de la guerre de Troie inclusivement. Or, vous le savez, pour toute cette longue durée de siècles nous n'avons que deux livres, que deux témoignages contemporains ou à peu près; et ici la question d'authenticité absolue disparaît même devant cette vaste solitude. Reculez ou avancez ces livres de deux ou trois cents ans, peu importe, ils sont uniques, et c'est là seulement que vous pouvez espérer de trouver quelques notions, ou certaines, ou probables, à votre gré, sur l'état des choses. Ces livres ne peuvent être éclairés par aucun témoignage postérieur; car entre eux et les premiers écrivains qui suivent, il y a un espace vide de plus de deux cents ans, sans imprimerie, sans bibliothèque, sans archives et presque sans écriture. Vous avez donc la Bible et Homère, mais vous n'avez que cela. Or, sur ce qui s'est passé avant la guerre de Troie, Leclerc trouve le moyen de citer Cicéron, Quintilien, Strabon, Vossius, Borrichius, le père Kircher, et cinquante ou soixante autres excellents témoins, qui n'ont que le malheur d'être venus au monde quelques milliers d'années après. » (Première lettre.)

Le reproche que M. Malgaigne adresse à Leclerc, nous pourrions le faire à presque tous les auteurs que nous avons cités. Il est plus facile, nous en convenons, et surtout plus agréable de recourir à un commentateur qu'au texte primitif. On trouve là des opinions toutes faites, et quelque ardent qu'il soit au travail, l'esprit est naturellement porté à éviter le labeur aride et les méditations profondes. Pour nous, quelque fatigue qu'il nous en coûte, nous recourrons constamment aux autorités contemporaines des époques que nous examinerons, et nous citerons toujours le texte sur lequel nous nous appuierons. Si elle a l'inconvénient de ralentir la rapidité du discours, cette méthode a du moins l'avantage de ne servir que la vérité, et de prévenir les écarts d'une imagination trop amoureuse des systèmes.

Ainsi que nous l'avons fait pressentir en citant M. Malgaigne, nos recherches ne remonteront pas au delà de la première autorité réelle et positive que nous ayons, la Bible, et nous n'examinerons pas si Adam fut le premier accoucheur, si ses enfants furent malades, et s'il établit pour les soigner un lieu qui fut l'idée première d'une infirmerie ou d'un hôpital. Nous laisserons ces savantes investigations à l'esprit analytique des Leclerc, des Schulz et des Sprengel, etc., et nous arriverons d'un coup au déluge, époque à laquelle les hommes semblent obéir aux lois de la nature humaine et ne plus défier la faux du temps par une incroyable longévité. C'est donc 1656 ans que nous passerons sous silence, et, tout bien réfléchi, nous demanderons encore grâce pour une période de mille ans, afin d'arriver d'nn seul coup à Abraham, sans craindre d'affaiblir en rien l'importance de nos antiquités, car il nous reste encore à examiner 1962 ans avant l'ére chrétienne.

Nous partagerons cette immense période de 1962 ans en deux parties : la première s'étendant de l'entrée d'Abraham en Chanaan jusqu'à la captivité de Babylone, en 608 avant Jésus-Christ, et comprenant l'origine de presque toutes les nations. Daus la premiére moitié de cette période, nous n'avons que la Bible, composée d'écrits de différentes époques, et qui nous montrera la source de la civilisation de l'Orient. Quant à la seconde moitié de cette premiére période, nous n'aurons qu'un seul guide, Homère, qui nous initiera à l'histoire profane, laquelle remplira en entier la seconde période, partant de la captivité de Babylone et se terminant au christianisme. Cette seconde période occupera donc un espace de 608 ans, pendant laquelle nous aurons à étudier les institutions médicales de la Gréce et de Rome.

Ces grandes divisions ont été nécessaires pour l'ordre et la lucidité de notre marche; déduites tout à la fois d'après la succession des diverses autorités que nous appellerons à notre aide, et d'après les époques qu'a marquées la civilisation humaine, elles nous ont paru les plus légitimes et en même temps les plus propres à nous faire atteindre le but que nous poursuivons. Nos investigations à travers les siècles les plus reculés et les textes les plus confus, n'auront pas toujours l'attrait puissant qn'entraînent après elles soit la vérité absolue, soit les fables de l'imagination. Mais, au milieu de la sécheresse de notre route nous saurons nous arrêter parfois, et, semblable aux caravanes du désert, dont le chant du barde délasse les membres fatigués, nous suspendrons de temps en temps notre marche et nous laisserons notre esprit se reposer sous le doux et léger murmure d'un épisode.

Grâce à cette heureuse perspective des digressions, ouvrons courageusement le sillon que nous voulons tracer, et, nous armant du saint livre de Moïse, demandons-lui si les premiers peuples de l'O-

(1) *Dissertation sur l'antiquité des hôpitaux*, 1780. Réimprimée à la suite du mémoire de Percy et Willaume.

(2) *Mémoire couronné par la Société des Sciences de Mâcon* en 1812, 1813.

(3) *De la bienfaisance publique*, tome IV, page 271.

(4) *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples*, etc. Lyon, 1844.

(5) *Das Æsculapiusdienst auf der Tiberinsel*, inséré dans Sprengel. *Beitræge zur Geschichte der medicin*, tome II, p. 177.

(6) *Uebber Errichtung von Krankenhausern in de Amtsstaedten*. In-8°; 1838.

(7) *Ueber den animalischen magnetismus. Ein vorlesung gehalten in der Gesellschast albina zu Dresden am* 12 *februar* 1840. Dresde, 1842.

(8) *Histoire de la Médecine*. Amsterdam, 1723; La Haye, 1729.

(9) *Histoire de la Médecine*. Traduction de Jourdan.

(10) *Histoire de la Chirurgie*, 1774-1780.

(1) *Lettres sur l'Histoire de la Chirurgie*, insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1842.

occuper maintenant des moyens dits rationnels mis en usage à différentes époques de la maladie.

Nous supposons un malade atteint d'une hémorrhagie moyenne, et à la tête des moyens employés au moment de l'attaque nous devrons placer la saignée du bras; cette émission sanguine est le moyen le plus actif à mettre en usage dans les premiers moments, le premier jour même de la maladie, et alors je ne lui conuais pas de contre-indication bien positive. Il est bien entendu, cependant, que la constitution du sujet, son âge, la résistance qu'il peut offrir et toutes les conditions individuelles et organiques doivent être prises en considération : c'est là la véritable mesure du traitement. La saignée de la jugulaire serait peut-être préférable, comme agissant plus près de l'endroit où se fait l'hémorrhagie; mais l'ouverture de cette veine expose à des dangers, à l'entrée de l'air dans la veine, par exemple, et c'est un inconvénient qu'il est bon d'éviter. La saignée de la temporale est moins rationnelle. L'ouverture de la saphène peut également produire de bons effets; cependant, une des causes qui empêche d'y recourir plus souvent est la difficulté d'avoir une quantité suffisante de sang : sa double action spoliative et résolutive ne peut être que très favorable à la guérison. Dans tous les cas, le principal but de la saignée générale est de désemplir le système sanguin et de diminuer la masse du sang, afin qu'il afflue vers l'encéphale avec moins de force et d'abondance.

Après la saignée générale, on emploiera avec un grand avantage les saignées locales, les ventouses scarifiées ou les sangsues soit au cou, aux tempes, à la nuque, soit derrière les oreilles. Oter du sang, telle est la première de toutes les indications; car nous sommes loin de l'époque où les professeurs de physique craignaient d'enlever une certaine quantité de sang de la masse, parce qu'ils pensaient que le vide pouvait se faire dans le cerveau et produire l'effet contraire à celui qu'on voulait obtenir en favorisant le raptus du sang vers l'encéphale.

Plus tard, et après ces premiers moyens de traitement, on pourra employer avec avantage les sinapismes, les vésicatoires au cou ou aux extrémités inférieures, mais au moment seulement où l'on n'a plus à craindre l'effort hémorrhagique et lorsque l'on a tiré du sang. On peut alors, à l'aide de ces moyens, chercher à diminuer la fluxion sanguine qui tend à se faire autour de la substance nerveuse rompue, et à empêcher que l'inflammation qui se déclare aux environs du foyer ne dépasse pas la limite dans laquelle doit se renfermer le travail de cicatrisation. Ce n'est donc que lorsque la congestion cérébrale sera dissipée qu'on pourra établir une irritation dérivative soit sur la peau, soit sur le canal intestinal. Dans ce dernier cas, je crois que jamais il ne faut employer les vomitifs; car, si l'hémorrhagie se fait après le repas, la nature produit le vomissement d'une manière instinctive. Le vomissement provoqué peut avoir l'inconvénient d'augmenter l'hémorrhagie en déterminant un raptus de sang vers le cerveau par la compression des veines produite par l'effort seul du vomissement. Ce moyen me paraît donc contre-indiqué. Il n'en est pas de même des purgatifs, qui sont toujours prescrits avec avantage et dans un double but, celui d'abord d'enlever une assez forte quantité des fluides de l'économie, moyen puissant d'absorption, et, en outre, celui de produire sur la muqueuse intestinale et dans une grande étendue une excitation révulsive des plus avantageuses.

Les boissons délayantes, l'abstinence, le repos, l'obscurité devront seconder les moyens de traitement. Parmi les précautions hygiéniques qu'il conviendra d'employer, nous recommanderons de découvrir la tête du malade, de la maintenir dans une position plus élevée que les membres inférieurs, d'enlever tous les liens et les vêtements qui pourraient gêner la circulation dans quelque partie du corps. Les cheveux doivent être rasés et la tête placée sur un oreiller de crin. L'air qui environne le malade doit être frais, souvent renouvelé. On ne devra imprimer aucun mouvement au corps, surtout à la tête du malade, et l'on devra empêcher qu'on lui fasse respirer aucun liquide stimulant ou volatil, ni boire aucune eau aromatique ou spiritueuse, pratiques qui ont pour fâcheux effet de porter au cerveau une quantité plus grande de sang et de favoriser le *molimen hemorrhagicum.*

Les réfrigérants sur la tête ne peuvent être employés qu'avec avantage, soit qu'on imbibe une éponge d'eau vinaigrée et qu'on la promène sur le front du malade, soit que l'on fasse sur la tête des applications froides à l'aide d'une vessie remplie de glace pilée, soit encore qu'on établisse sur la tête un système d'irrigations froides, moyen que nous employons dans nos salles avec un grand avantage.

Le traitement préservatif de l'hémorrhagie cérébrale est indiqué par les phénomènes de congestion que je vous ai signalés, et surtout par l'existence d'accidents de paralysie persistant pendant quelques jours, accidents dus à la formation d'une petite hémorrhagie dans l'encéphale, et que l'on peut considérer comme une chose véritablement heureuse, puisqu'elle peut servir à éviter les autres hémorrhagies. J'ai été souvent à même d'apprécier la vérité de ce que j'avance, et j'ai pu suivre jusqu'à l'âge de 92 ans un vieillard qui avait eu autrefois une hémorrhagie cérébrale, et qui avait prévenu de nouvelles attaques par les moyens que je lui avais indiqués. Les livres anciens sont remplis d'anciennes formules et de moyens préservatifs de l'apoplexie; ce sont des élixirs composés de substances aromatiques, des amulettes de corail, du mastic, de l'agaric, du verbascaine thapsus, pourvu qu'il soit cueilli le 28 juin au matin et porté au cou. On y trouve conseillés les bois sudorifiques, la squine, la bardane, la salsepareille. On y cite particulièrement l'alcali volatil, les antiscorbutiques, le polygala, les cloportes, le sel de tartre, les sétons, les cautères, etc.

Le traitement que nous pouvons encore indiquer avec avantage aux individus menacés d'hémorrhagie cérébrale et à ceux qui en ont été déjà atteints est le traitement de Pythagore, qui consiste dans l'usage des viandes blanches, du lait, de l'eau rougie. On devra éviter le thé, les excitants de toute nature; de plus éviter l'insolation, les travaux intellectuels; employer souvent les bains de pieds, pris debout, et pendant leur durée faire des affusions d'eau froide sur la tête, d'où il résulte une action combinée qui produit le froid à la tête et la chaleur aux pieds. Ces bains doivent être renouvelés cinq fois par semaine. On devra en outre enlever du sang de temps en temps. En somme, les moyens de traitement pourraient en quelque sorte se résumer dans cet aphorisme :

« Oter du sang, empêcher d'en faire, éviter qu'il ne se porte au cerveau. »

Les accidents de l'apoplexie ne réclament pas d'autre traitement que celui que nous venons d'indiquer pour l'hémorrhagie elle-même. L'encéphalite qui se développe autour du foyer, le ramollissement, les suffusions séreuses, l'hydrocéphale aiguë ou chronique, la méningite ne réclament pas de moyens spécieux de traitement. Il est important, dans tous les cas, d'éviter tout moyen excitant, et même l'électricité, qui ne peut que disposer à des hémorrhagies nouvelles. Ainsi que nous l'avons vu en faisant l'histoire de l'anatomie pathologique de cette affection, que voulez-vous que fassent ces moyens excitants quand la paralysie dépend d'une perte de substance dans l'encéphale? Ces paralysies persistantes résisteront toujours à l'emploi des moyens empiriques, de quelque nature qu'ils soient.

Ch. Fremy.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur l'artérite.

(Cinquième article. — *Voir* les n[os] des 30 juillet, 6 et 29 août, et 7 septembre.)

Reste maintenant à examiner la troisième forme d'artérite. La crosse de l'aorte se dilate et vient appuyer sur la face postérieure du sternum souvent jusqu'en haut de la ligne médiane. Cet anévrisme vrai a des signes spéciaux, en vertu des altérations qui le constituent.

La colonne de sang poussée par le ventricule ne rencontre plus dans l'aorte l'élasticité des parois qui devait lutter contre l'action contractile du cœur; il en résulte que l'impulsion systolique vient se perdre en entier, non sur les parois aortiques qui ne sont plus élastiques, mais bien sur les parties sur lesquelles repose cette artère; de là l'impulsion vigoureuse qui se produit sous l'articulation synchondro-sternale de la deuxième côte droite, et de plus la matité anomale qui annonce la dilatation de la crosse de l'aorte.

Dans quelques circonstances la dilatation s'étend jusque dans le tronc brachio-céphalique, et quelquefois même jusque dans la sous-clavière et la carotide primitive; dans ce cas l'impulsion perçue s'étend sur le trajet de la deuxième côte droite jusqu'à son tiers moyen et jusque sous les clavicules. Notez que les artères ainsi dilatées présentent des rugosités, et l'impulsion anomale que l'on perçoit, jointe au bruit de frottement que l'on peut entendre, montre que la dilatation artérielle est venue à la suite et est une conséquence de l'artérite chronique.

Un anévrisme faux consécutif s'est formé, c'est-à-dire, qu'il y a une tumeur annexe au vaisseau développée sous sa membrane externe; cette maladie donnera lieu à des signes qui lui sont propres, et que nous allons examiner. Partout où on peut arriver sur le point anévrismal, outre les bruits de frottement auxquels donnent lieu les indurations, on percevra une impulsion systolique énergique qu'on pourra sentir en appliquant la main ou qu'on entendra en approchant l'oreille : c'est la colonne du sang qui vient perdre sur les parois du sac anévrismal l'impulsion qui lui avait été communiquée par l'organe central de la circulation, et qui à cause de cela entretient en ce point une inflammation continue.

Si c'est une artère peu éloignée du cœur qui soit le siége de la lésion, la circulation n'a pas achevé ses actes appréciables après la systole du cœur, les parois artérielles reviennent sur elles-mêmes et font éprouver une impulsion à la colonne sanguine. Physiologiquement, ce phénomène ne donne pas lieu à des signes sensibles; mais quand il y a une tumeur anévrismale et quand les impulsions sont très énergiques, une seconde impulsion se produit dans la cavité du sac anévrismal; de là cette percussion double que l'on observe dans les points qui correspondent à ces tumeurs; elles battent deux fois, une fois avec la systole du cœur, puis une seconde fois à peu près au moment où le cœur accomplit sa diastole, et sous l'influence de la rétraction artérielle. Ces deux battements se perçoivent également à la main et à l'oreille; le deuxième est plus faible, il est joint à une sibilance qui se produit au pourtour de l'orifice qui fait communiquer la poche avec le calibre de l'artère, et qui présente ordinairement des bords membraneux ou des rugosités; de là ces frottements coïncidant avec la pénétration du sang dans la cavité de l'anévrisme.

Pour les anévrismes de cette espèce qui sont éloignés, on n'entend qu'un seul battement énergique, vigoureux, et ce battement arrive synchroniquement avec les contractions du cœur. Il est inutile, je crois, de vous donner les signes que présentent les tumeurs anévrismales quand elles deviennent plus superficielles, comme les battements plus énergiques et plus faciles à percevoir, l'amincissement des parois, le frémissement que l'on peut sentir en appliquant la main sur la tumeur; ces signes ont leur valeur, mais cette valeur est encore secondaire par rapport à celle des bruits qui se produisent au collet de l'anévrisme et dans l'intérieur de l'artère qui lui a donné lieu.

Ces tumeurs anévrismales sont les résultats de l'artérite chronique qui, une fois établie, continue sans cesse sa marche, peut produire successivement plusieurs tumeurs anévrismales, et c'est ainsi que s'établit la diathèse anévrismale qu

---

rient, ces nations génératrices de toutes les autres, connurent : 1° la misère et les maladies, 2° la médecine, 3° des établissements consacrés à l'indigence.

PREMIÈRE ÉPOQUE. — 1962 (608 ans avant Jésus-Christ).

Première section. — *Livres sacrés.*

L'inégalité des fortunes et la pauvreté même étaient connues des peuples les plus anciens. Moïse s'exprime ainsi dans l'Exode : « Le » riche n'augmentera rien, et le pauvre ne diminuera rien du demi- » sicle, quand ils donneront à l'Eternel l'oblation pour faire le rachat » de vos personnes. » (*Exode*, ch. XXX, v. 15.) Mais alors que les Hébreux doivent offrir au Seigneur l'holocauste aux jours de fête et d'expiation, le Lévitique (ch. V) réduit pour le pauvre cet holocauste à un pigeon, à une tourterelle et même à un peu de farine. Nous verrons plus loin si la loi de Moïse crut avoir assez fait pour la pauvreté en lui facilitant le moyen de fléchir et d'honorer Dieu, et si elle ne s'occupa pas d'une manière toute spéciale de sa triste condition sur la terre. Pour le moment, il nous suffit de constater l'état social des Hébreux.

A côté de l'indigence était l'esclavage : « Si tu achètes un esclave » hébreu, il te servira six ans, et au septième il sortira pour être » libre, sans rien payer. — S'il est venu avec son corps seulement, » il sortira avec son corps; s'il avait une femme, sa femme sortira » aussi avec lui. » (*Exode*, chap. XXI, v. 2 et 3.) On a dit, et cela est vrai, que si l'esclave était marqué du sceau de la réprobation morale, il avait une existence matérielle exempte des besoins et d'une partie des souffrances qui atteignent les artisans et les prolétaires de nos jours. Aussi Moïse se borne-t-il, à l'égard des esclaves, à quelques considérations propres à relever et à conserver la dignité humaine, et ne s'inquiète-t-il pas de leur garantir la vie matérielle, comme il le fait à l'égard de l'indigence, comptant en cela sur l'intérêt du maître pour lequel l'esclave est une propriété dont il lui importe de ménager tout à la fois la force et l'existence.

Quoique formant le peuple de Dieu, les Hébreux n'étaient pas exempts de maladies; sans parler des *horions* et des blessures qu'ils recevaient à la guerre, nous trouvons dans le Lévitique, aux chapitres XII, XIII, XIV, XV et suivants, des considérations fort intéressantes sur la lèpre, la gale, le *flux* chez l'homme et chez la femme, etc. Sans doute, eu égard à leurs mœurs, à leurs habitudes, à leur genre de travaux, à leur état de civilisation et surtout aux sages préceptes d'hygiène renfermés dans leurs codes, les Hébreux devaient tourner dans un cercle étroit de maladies et parvenir souvent sans encombre à une vieillesse reculée. Toutefois, ainsi que nous l'avons vu tout à l'heure, ils n'étaient pas exempts de tous maux, ce qui nous amène directement à rechercher si, en dehors des règles d'hygiène tracées par Moïse, ils connaissaient la médecine proprement dite, et s'ils avaient recours à la science ou à l'expérience de ces artistes que l'on nomme guérisseurs ou médecins.

Montaigne, qui ne professait pas la plus haute estime pour cette classe d'hommes, a cru faire une épigramme charmante en avançant que les peuples de l'antiquité, s'ils n'avaient pu se passer de la médecine, avaient fort bien vécu sans médecins; nous goûtons peu la vérité de cette épigramme et, n'en déplaise à Montaigne et à tous les auteurs qui ont écrit jusqu'à ce jour, nous pensons, nous, que les Hébreux du temps de Moïse et pendant la période des juges non-seulement ont vécu sans médecins, mais encore se sont passés de la médecine.

Notre opinion n'est pas entièrement conforme aux idées reçues, nous en convenons; mais il nous est impossible, en présence du texte si précis de la Bible, d'accorder à Moïse, ainsi que l'ont fait dom Calmet et le baron de Pastoret entre autres, le diplôme de premier médecin de l'antiquité.

Racine, tout poète qu'il était, nous semble avoir mieux que ces écrivains interprété la Bible dans ces trois vers si connus d'Athalie :

> Dieu laissa-t-il jamais ses enfants au besoin?
> Aux petits des oiseaux il donne leur pâture,
> Et sa bonté s'étend sur toute la nature.

Dans la loi de Moïse, Dieu est tout à la fois le génie du bien et le génie du mal. Les souffrances, les plaies, les maladies, en un mot, dont l'homme est frappé, sont les signes de sa colère, et leur cessation et leur guérison sont le résultat de sa clémence. Toute la Bible est pleine de ces préceptes : « L'Eternel fera que la mortalité s'atta- » chera à toi jusqu'à ce qu'il t'aura consumé de dessus la terre en » laquelle tu vas pour la posséder. — L'Eternel te frappera de lan- » gueur, d'ardeur, de fièvre, de chaleur brûlante, d'épée, de séche- » resse et de nielle, qui te poursuivront jusqu'à ce que tu périsses. » (*Deutéronome*, ch. XXVIII, v. 21 et 22.) — « L'Eternel te frappera » de l'ulcère d'Egypte, d'hémorrhoïdes, de gale et de gratelle dont » tu ne pourras guérir. — L'Eternel te frappera de frénésie, et d'a- » veuglement, et de stupidité. » (*Deut.*, ch. XXVIII, v. 27-28.) Ainsi, voilà bien Dieu génie du mal; le voici maintenant génie du bien : « Exauce-les, toi, des cieux, quand il y aura famine au pays » ou la mortalité; quand il y aura brûlure, nielle, sauterelles et » vermisseaux; même quand les ennemis les assiégeront jusque » dans leur propre pays, ou qu'il y aura plaie ou maladie. » (*Rois*, I, ch. VIII, v. 37.) Enfin Job, qui vivait à une époque dont nous parlerons tout à l'heure, mais qui conservait intacte en son cœur la loi de Moïse, répond à sa femme ces paroles, qui résument toute la science médicale des Hébreux : « Tu parles comme une femme insen- » sée; quoi! nous recevrions de Dieu les biens, et nous n'en rece- » vrions pas les maux? En tout cela, Job ne pécha point par ses » lèvres. » (*Job*, ch. II, v. 10.) Il va même plus loin, et s'écrie, au verset 18 du chapitre V : « C'est lui (Dieu) qui fait la plaie et qui la » bande; il blesse et ses mains guérissent. »

Bien plus, les guerriers frappés sur le champ de bataille ne recevaient aucun soin et mouraient d'hémorrhagie, sans que l'idée vînt à personne d'arrêter le sang. C'est ce qui arriva au roi Achab dans une bataille livrée contre les Syriens : « Alors quelqu'un tira de son » arc de toute sa force et frappa le roi d'Israël entre les tassettes et » les harnois; et le roi dit à son cocher : tourne ta main et mène- » moi hors du camp, car on m'a fort blessé. — Or, la bataille fut » très grande en ce jour-là, et le roi d'Israël fut arrêté dans son cha- » riot vis-à-vis des Syriens et mourut sur le soir; et le sang de sa » plaie coulait sur le fond de son chariot. » (*Rois*, ch. XXII, v. 34-35.)

Cependant on trouve au 19[e] verset du chapitre XXI de l'Exode une phrase qui impliquerait non-seulement la connaissance des moyens de guérir, mais encore l'existence de guérisseurs. Voici ce verset : « S'il se lève et marche dehors, s'appuyant sur son bâton, celui qui » l'aura frappé sera absous; toutefois il le dédommagera de ce qu'il » a chômé *et le fera guérir entièrement.* »

Les partisans de l'opinion que nous combattons se sont peut-être moins appuyés sur ce fragment de verset que sur l'application de la peine du talion imposée par Moïse : « Mais s'il y a cas de mort, tu » donneras vie pour vie, œil pour œil, dent pour dent, main pour » main, pied pour pied, brûlure pour brûlure, plaie pour plaie, » meurtrissure pour meurtrissure. » (*Exode*, ch. XXI, v. 23, 24, 25.)

(*La suite à un prochain numéro*).

La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

étonne tous les chirurgiens quand, après avoir opéré la tumeur anévrismale qui était apparente, ils en voient revenir d'autres, quand les artères sont coupées par les ligatures et que les malades meurent d'hémorrhagie consécutive.

Dans les affections du système artériel, que la lésion porte sur les valvules sigmoïdes ou sur les artères coronaires du cœur, ou que ce soit un anévrisme vrai ou faux des artères, même quand il y a hypertrophie du cœur, jamais on ne peut observer les états généraux qui se rapportent aux autres lésions de l'organe circulatoire central; ainsi, quand le foie est tuméfié, quand il y a œdème des poumons ou des extrémités, et que cette cachexie séreuse n'est pas survenue à la suite de circonstances débilitantes qui y donnent si facilement lieu, ou de saignées répétées, jamais, dans ce cas, il n'y a lésion de l'orifice aortique, mais bien de l'orifice auriculo-ventriculaire, gauche presque toujours.

Mais l'artérite qui s'étend, l'inflammation qui gagne, peut filer sur le plancher de la valvule mitrale, et par suite l'induration peut arriver sur le cercle fibreux qui circonscrit l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, mais à une période assez avancée des artérites chroniques; par là, la maladie du cœur se métaptose par continuité, et il faut tenir compte de ces phénomènes quand ils se présentent, sous le rapport du diagnostic et du pronostic.

Etiologie générale des artérites. — Dès que l'on établit que toutes les artérites sont d'origine inflammatoire, que c'est une affection inflammatoire chronique des parois artérielles qui est le point de départ de tous les accidents qui peuvent survenir, il reste à se demander s'il y a des causes spéciales pour le développement de cette maladie.

Il est incontestable qu'il y a des états pathologiques qui font naître les inflammations sur les membranes fibreuses, et en tête sont les affections rhumatismales. L'affection rhumatismale, dans un grand nombre de cas, se complique d'inflammation du système fibreux en général; l'affection goutteuse est dans la même cas, avec cette différence qu'elle introduit dans ce tissu fibreux des modifications spéciales.

Ensuite les artères s'enflamment encore dans d'autres circonstances, comme à la suite de fatigues excessives, à la suite de travaux physiques très énergiques à l'air libre et sous les influences atmosphériques qui modifient puissamment l'activité des fonctions sécrétoires et excrétoires; mais ce sont là des causes générales qui ne portent pas spécialement sur le développement des artérites.

Quand on voit des familles entières frappées d'artérites vers l'âge où les fibreuses s'enflamment le plus facilement, il faut bien admettre qu'il y a là une influence héréditaire dont le physiologiste comprend la présence, mais dont il est bien difficile de comprendre l'essence et la nature.

A part les causes que nous venons d'énumérer, l'étiologie des artérites est encore très obscure, et cette partie de l'histoire de ces maladies est encore enveloppée dans un nuage qui peut-être restera bien longtemps épais.

Traitement. — La thérapeutique des artérites est à peu près indiquée là où nous avons parlé des causes qui donnent lieu à ces maladies; ce sera la thérapeutique des inflammations chroniques, c'est-à-dire celle que l'on peut tirer des indications que fournissent les causes spéciales de l'inflammation pour en atténuer la marche en l'attaquant par son origine, par son principe. L'art possède des moyens pour combattre directement l'inflammation, mais nous ne sommes pas parfaitement édifié sur l'efficacité de ces moyens dans l'artérite.

Les émissions sanguines, diminuant la masse de la colonne sanguine, ralentissent la circulation et décolorent les tissus de l'économie. Mais si on veut pâlir les tissus indurés pour obtenir la résolution, on a peu de chances de réussir, car les modifications de plasticité dans les tissus fibreux échappent à l'action des capillaires, qui ne leur donnent que des liquides blancs; puis la nutrition des tissus fibreux est comme chronique, pour ainsi dire; et, si elle est modifiée, elle apportera dans l'intérieur de ce tissu fibreux une grande somme de matières crayeuses inorganiques, toutes circonstances qui s'opposent à la résolution des inflammations des membranes fibreuses, et aux résultats que l'on obtient généralement des émissions sanguines dans les phlogoses.

Aussitôt que nous avons diminué l'énergie de la circulation, avec mesure et dans des limites compatibles avec la santé, nous croyons qu'on a obtenu tout ce que l'on peut attendre des émissions sanguines. Quand on veut favoriser la coagulation du sang dans les poches anévrismales pour en faire comme des bouchons qui les remplissent et les solidifient, il n'est pas douteux qu'on puisse saigner assez largement pour rendre les parois des artères aussi nettes que possible. C'est la méthode de traitement par déplétion circulatoire, et qui fut d'abord préconisée par Valsalva. Puis ce genre de médication devient complet en nourrissant faiblement les malades, et en exigeant d'eux un repos presque absolu. On comprend combien une telle thérapeutique est difficile à employer. Il nous est arrivé d'obtenir quelque soulagement par cette méthode de traitement, mais bientôt la résistance des malades est devenue grande par la faiblesse dans laquelle les jetait ce régime. Nous en avons pourtant trouvé qui ont eu le courage de persister, et cette méthode n'a eu sur ces sujets que des résultats déplorables, au point que nous nous demandons comment on a publié des réussites aussi heureuses et en aussi grand nombre que nous en voyons rapporter. Mais, en lisant attentivement les observations, on voit que véritablement ce sont des faits peu probants, et qui ne sont pas parfaitement établis.

Quand on a dépassé certaines limites dans les déplétions sanguines, l'œdème arrive, reste d'une manière persistante et entraîne bientôt la mort du malade; c'est ce qui nous est arrivé constamment à la suite de l'emploi de cette méthode; et cependant il est des médecins qui l'ont préconisée, et Pelletan rapporte audacieusement douze ou quatorze observations de guérisons qu'il aurait obtenues en l'appliquant à l'Hôtel-Dieu de Paris.

J'ai parlé du repos qui doit être le plus absolu possible, en suspendant autant qu'on le pourra la locomotion et l'alimentation; c'est là une partie importante du régime à prescrire aux sujets atteints de maladies du cœur et des artères, surtout le repos dans une position horizontale qui favorise la circulation du sang et exige moins de contraction de la part du cœur: cette précaution est surtout indispensable dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes, car c'est presque toujours au moment d'un effort musculaire que les malades qui en sont atteints succombent.

Enfin, en troisième lieu, nous plaçons la médication qui se rapporte à la cause de la maladie, et nous ne connaissons guère que les affections rhumatismales et goutteuses qui soient des causes pathologiques appréciables; et quand les artérites sont aiguës, c'est le traitement le plus direct. Ainsi, les artérites qui surviennent à la suite de rhumatisme articulaire doivent être traitées par le nitrate de potasse; nous avons ainsi guéri des artérites aiguës et modifié bien des artérites chroniques.

Quand il existe dans l'économie une cause qui produise des inflammations opiniâtres, réfractaires comme les diathèses inflammatoires, il y a avantage à frapper l'organe malade avec une lésion locale qui appuie justement son existence sur cette diathèse inflammatoire; telles sont les conditions des exutoires profonds appliqués sur les parois de la poitrine, le plus près possible du point enflammé. On peut atteindre l'intensité d'une inflammation en atteignant le système capillaire qui communique avec l'organe enflammé; de là les exutoires profonds dans les phlogoses chroniques de la plèvre des articulations: aussi, comme nous l'avons dit, les plaçons-nous le plus près possible de l'organe affecté, condition que nous pouvons remplir surtout dans les maladies des valvules sigmoïdes.

Il ne faut pas néanmoins s'abuser sur les résultats que peut donner cette thérapeutique, qui bien souvent fait défaut; elle peut guérir des artérites sans doute, mais il faut que ces artérites ne soient pas encore très chroniques. Par elle, on obtient un ralentissement dans la marche des affections chroniques et des hypertrophies du cœur, le rétrécissement de l'extension inflammatoire qui tendait à gagner les parois des artères et de leur prolongement sur le plancher des valvules auriculo-ventriculaires; on peut ainsi reculer assez longtemps le terme fatal de la maladie, et c'est déjà un grand service rendu au malade. Quant à obtenir une guérison complète dans les cas d'artérite chronique, il ne faut pas y compter, souvent c'est l'âge des malades qui la rend impossible; elle arrive cependant quelquefois, mais il faut l'appeler sans trop se presser et sans précipiter les moyens de traitement de manière à compromettre la vie.

Maintenant il est des données thérapeutiques qui s'appliquent plus spécialement soit à l'artérite simple, soit à l'inflammation des valvules sigmoïdes, soit enfin aux artérites anévrismales; c'est ce que nous aurons à examiner dans la prochaine séance.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 septembre 1850. — Présidence de M. Boullay.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Remèdes secrets.

M. le ministre du commerce demande à l'Académie son avis sur une plante (sans désignation de nom) dont on lui a adressé des échantillons, et à laquelle on attribue des propriétés fébrifuges. (Commission des remèdes secrets.)

Dictionnaire mimique et dactylologie.

M. le docteur Blanchet, chirurgien de l'Institut national des sourds-muets, fait hommage à l'Académie de la deuxième partie de son *Traité sur la surdi-mutité*, contenant un exposé des moyens de communication entre le parlant, le sourd-muet et le sourd-muet aveugle, suivi d'un questionnaire destiné aux médecins, et d'un petit dictionnaire usuel de mimique et de dactylologie, à l'usage des médecins et des gens du monde. M. Blanchet fait remarquer, dans sa lettre d'envoi, qu'il est le premier de ses confrères qui soit venu combler cette trop regrettable lacune, et offrir un des moyens les plus puissants d'apprendre à connaître le sourd-muet et d'opérer sa régénération morale et intellectuelle.

Commission du prix d'Argenteuil.

M. Bégin prie le bureau de faire procéder à son remplacement dans la commission du prix d'Argenteuil, dont ses nombreuses occupations et l'état de sa santé ne lui permettent plus de suivre les travaux.

La démission de M. Bégin est acceptée. L'Académie aura à procéder à un scrutin pour son remplacement dans la prochaine séance.

Extirpation d'un goître.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, communique la relation d'une extirpation de goître volumineux qu'il a faite il y a quelque temps sur un invalide, et qui lui paraît devoir intéresser l'Académie à cause de l'analogie que présente ce fait avec celui dont M. Roux l'a entretenue dans la dernière séance. (Commissaires : MM. Roux et Velpeau.)

Graines de cédron.

M. Cazentre, de Bordeaux, informe l'Académie qu'il possède un certain nombre de graines de cédron dont il a eu l'occasion d'étudier les propriétés curatives contre les morsures de serpent et contre la fièvre. Les nouveaux renseignements qu'il fournit à cet égard concordent pleinement avec ceux qui ont déjà été donnés à l'Académie par plusieurs personnes. (Commission déjà nommée.)

Empoisonnement par le pain moisi.

M. le docteur Michalski, de Vierzon, communique la relation d'un cas d'empoisonnement par le pain moisi, et il appelle l'attention des toxicologistes sur ce point. (Commissaires : MM. Adelon, Orfila et Poiseuille.)

Moyen d'opérer la déglutition des pilules.

M. Cornay, de Rochefort, adresse une note dans laquelle il expose, d'après quelques expériences personnelles, les moyens d'opérer facilement la déglutition des pilules, des bols et des plus grosses capsules gélatineuses. Il lui a paru qu'en portant brusquement la tête, par un mouvement de rotation, vers l'épaule gauche, au moment où l'on effectue le mouvement de déglutition, on pouvait avaler facilement les bols ou capsules du plus gros volume. (Commissaires : MM. Gueneau de Mussy et Soubeiran.)

Voyage d'exploration en Californie.

M. le docteur Roy informe l'Académie qu'il est à la veille de son départ pour un voyage d'exploration en Californie, où il se propose d'étudier diverses questions de pathologie et d'hygiène. Il prie l'Académie de lui transmettre ses instructions et de lui indiquer quelques-uns des points qu'elle croira plus spécialement utiles de fixer son attention.

Incident relatif au refus d'insertion des pilules de Blaud au Codex.

M. le secrétaire perpétuel propose, au nom du bureau, de renvoyer le rapport de M. Gaultier de Claubry sur l'application du décret du 3 mai aux pilules de Blaud à la commission, afin qu'elle fasse une nouvelle rédaction conforme à la décision prise par l'Académie dans sa dernière séance.

M. H. Gaultier de Claubry s'oppose à ce renvoi. Les conclusions ont été rejetées, mais le rapport doit rester tel qu'il est. Il n'y a donc pas autre chose à faire que d'envoyer au ministre le rapport avec la discussion qui l'a suivi et les conclusions adoptées par l'Académie.

M. Soubeiran pense que du moment où le rapport n'a pas été adopté il n'appartient plus à l'Académie, et qu'il n'y a lieu par conséquent d'envoyer au ministre que les conclusions.

M. Gibert voudrait qu'on renvoyât le rapport à la commission renforcée des membres opposants, ou bien qu'on envoyât les conclusions motivées et formulées de manière que l'on pût comprendre le motif de la décision de l'Académie.

M. Bégin. Il n'y a que deux partis à prendre, ou faire connaître purement et simplement la décision de l'Académie, ou bien envoyer le rapport au ministre, en l'accompagnant d'un extrait du procès-verbal qui résume la discussion qui a motivé cette décision.

M. Dubois (d'Amiens) se rallie à cette dernière proposition de M. Bégin.

L'Académie décide qu'on fera connaître au ministre le rapport et la discussion qui a motivé le rejet de ses conclusions.

Traitement des fièvres intermittentes par le sel marin.

M. Piorry fait part à l'Académie de quelques essais qu'il vient de faire de l'emploi du sel marin dans les fièvres d'accès. J'avais tenté, dit-il, jusqu'ici, une foule de succédanés du sulfate de quinine, sans être parvenu jamais à diminuer la rate. J'ai déjà expérimenté le sel dans huit cas, dont six à l'hôpital et deux en ville, et chaque fois j'ai vu la rate diminuer sous l'influence du sel plus promptement même qu'avec le sulfate de quinine. Dans quelques cas il a suffi de deux doses pour ramener la rate à son volume primitif. Il n'en est résulté dans aucun cas le moindre dommage.

Parallèle de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

M. Maillot, médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille, lit un mémoire ayant pour titre : *De l'emploi comparatif de l'acide arsénieux et du sulfate de quinine dans le traitement de fièvres intermittentes.*

L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

L'acide arsénieux est un médicament fébrifuge d'une grande puissance.

Son action est moins sûre que celle du sulfate de quinine, puisque ce dernier médicament n'a jamais été en défaut, et et que, de plus, dans plusieurs cas, nous avons dû y recourir pour mettre fin à des accès qui, malgré l'emploi de l'acide arsénieux, persistaient avec ténacité.

Son action aussi est moins prompte que celle du sulfate de quinine, puisque après la première dose la fièvre a reparu dans la moitié des cas, tandis qu'après la première administration du sulfate de quinine les accès ont manqué dans les trois quarts des cas. Dernier résultat, il est vrai, qu'on n'obtient pas en donnant le sulfate de quinine à des doses moindres que celles que nous avons indiquées.

L'acide arsénieux paraît avoir sur le sulfate de quinine l'avantage de rendre les rechutes moins fréquentes et plus tardives.

Les accidents primitifs déterminés par l'acide arsénieux ne me paraissent pas avoir la moindre importance; ils se dissipent immédiatement, soit en suspendant pendant un jour ou deux l'administration du remède, soit en l'étendant dans une quantité plus grande d'eau distillée.

Quant aux accidents consécutifs, je n'en ai pas vu, et il est constant pour moi que les auteurs qui nous ont fait un si triste tableau de l'état des malades qui avaient été soumis à ce traitement, même dans des proportions infiniment moindres que les nôtres, ont confondu les accidents consécutifs des fièvres intermittentes avec ceux du traitement. C'est ce qu'on a fait pendant des siècles pour le quinquina, et ce qu'on a fait plus récemment pour le sulfate de quinine.

Aussi je n'hésite pas à déclarer qu'il n'y a aucun danger à traiter la fièvre intermittente par l'acide arsénieux; que ce

médicament est jusqu'à ce jour le meilleur succédané des préparations de quinquina; qu'il leur est peut-être supérieur, si on ne donne celles-ci qu'à de faibles doses, comme on a généralement l'habitude de le faire, et qu'il a l'avantage d'être d'un prix tellement minime, que l'on peut à peine en évaluer les frais. (Renvoyé à la commission nommée pour les communications de M. Boudin sur le même sujet, et de MM. Chomel, Bégin, Gibert.)

Rôle de l'oxygène dans l'économie.

M. Mialhe lit un travail intitulé : *Considérations sur le rôle de l'oxygène dans l'économie animale, et en particulier dans les phénomènes chimiques de la nutrition.* L'auteur cherche à démontrer dans ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse, que l'oxygène est l'agent provocateur des réactions chimiques les plus remarquables et la source des principaux phénomènes vitaux. (Commissaires : MM. Orfila, Chevallier et Lecanu.)

Réponse à la réclamation de M. Marchal.

M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, lit la note suivante :

« J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie une note sur les huiles de foie de raie et de morue. J'ai dit, dans cette note, qu'il m'avait semblé résulter de mes recherches que l'iode existait dans les huiles de foie de raie et de morue, non pas à l'état de sel ni à l'état de simple dissolution, mais faisant partie intégrante de ces huiles mêmes.

» J'ai été conduit, après avoir constaté l'action de l'iode sur les corps gras, à proposer l'emploi d'une huile iodée renfermant l'iode dans un état de combinaison intime, qui doit être l'analogue de celui sous lequel ce métalloïde se trouve dans les huiles de foie de raie et de morue naturelles, mais qui a sur celles-ci l'avantage de renfermer l'iode en proportions bien déterminées.

» Depuis lors, M. Marchal (de Calvi) est venu réclamer devant l'Académie. Il m'importe de ne pas rester plus longtemps sous l'accusation de plagiat qu'il a portée contre moi, et de faire voir que sa réclamation provient uniquement de ce qu'il n'a pas compris la différence qui existe entre une dissolution d'iode dans l'huile et l'assimilation chimique de l'iode avec les éléments du corps gras.

» Je dirai d'abord, pour répondre à l'accusation de M. Marchal, qu'il se fait une singulière illusion s'il croit que son huile iodée a été introduite à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord.

» Cet habile praticien a, en effet, recours à la formule suivante, que j'ai transcrite sur les registres à mon entrée à l'hôpital du Midi il y a un an :

Emulsion iodée.

Huile d'amandes douces. . . .	30	grammes.
Sirop diacode.	30	—
Gomme arabique pulvérisée. . .	15	—

Eau, suffisante quantité pour une émulsion de 125 grammes, à laquelle on ajoute :

Teinture d'iode. . . . . . . 4 grammes.

» Le but de cette formule est d'associer l'iode à des matières mucilagineuses pour éviter son action directe sur les muqueuses et assurer son absorption; c'est certainement le même but que M. Marchal s'est proposé en faisant dissoudre l'iode dans l'huile.

» La formule de M. Ricord lui aurait-elle été communiquée par M. Marchal? On ne verrait pas trop pourquoi il aurait modifié ainsi la préparation sur laquelle il fonde aujourd'hui sa réclamation.

» Mais, dans tous les cas, en faisant dissoudre de l'iode dans l'huile, M. Marchal, qui ne s'était pas douté de la réaction qui pourrait se produire et qui administrait à ses malades, sans le savoir, un mélange en proportions variables d'iode libre, d'iode combiné et d'acide iodhydrique, est-il bien en droit de réclamer comme sa priorité une formule dans laquelle l'iode reçoit une forme nouvelle qui peut être comparée aux combinaisons que la nature a produites dans les huiles de foie de raie et de morue?

» J'avoue que je ne connaissais pas l'huile iodée, ou plutôt la dissolution d'iode dans l'huile, de M. Marchal; mais cette connaissance n'aurait rien changé à la note que j'ai publiée.

» J'en appellerais volontiers à la bonne foi de M. Marchal mieux renseigné, certain que je suis qu'il ne fera plus alors aucune confusion entre des préparations si différentes; mais je dois, avant tout, attendre et m'en rapporter au jugement de la commission nommée par l'Académie. »

— M. Junod présente un petit appareil destiné à aspirer par la trompe d'Eustache les fluides accumulés dans l'oreille moyenne, dans le but de remédier à certaines surdités catarrhales. (Commissaire, M. Poiseuille.)

La séance est levée à cinq heures.

VALEUR COMPARATIVE DE LA COCHENILLE,

des fumigations de laurier-cerise, des acides végétaux, etc., dans le traitement de la coqueluche.

Dans une épidémie de coqueluche qui a régné pendant tout le cours du printemps dernier à Candie (Lomelline), M. le docteur Pavesi s'est livré à des expériences comparatives sur la valeur de quelques-uns des traitements proposés contre la coqueluche. De 122 enfants qui ont été soumis à son observation, il en a traité 48 par la méthode ordinaire, 27 par la cochenille, 19 par les fumigations de laurier-cerise, 6 par les acides végétaux, et 22 par un traitement mixte. Sous le nom de traitement ordinaire, M. Pavesi désigne le traitement des indications; et, au premier abord, on pourrait croire que ce traitement n'est pas des plus efficaces, puisque sur 48 enfants, il en a perdu 10, dont 6 de congestion cérébrale, 2 d'hémoptysie et 1 de suffocation. Mais il faut savoir que, sur ces 48 cas, il y en avait au moins 36 d'extrêmement graves, contre lesquels l'auteur n'eût osé diriger aucune des médications qu'il voulait expérimenter. Dans ces cas graves, M. Pavesi dit s'être bien trouvé des applications de sangsues sur la poitrine et des saignées du bras, mais surtout des frictions sur la poitrine avec la pommade stibiée et l'huile de croton, ou des vésicatoires entre les épaules, entretenus pendant un certain temps. 27 enfants assez délicats et fort indociles ont été traités exclusivement avec la cochenille. On sait que la cochenille constitue un traitement employé de temps immémorial en Ecosse, et proposé comme spécifique par M. le docteur Wachtt, de Vienne. M. Pavesi a fait prendre à ses petits malades la mixture suivante :

Cochenille.	50 centigr.
Carbonate de potasse. . .	50 ·
Sucre en poudre. . . .	30 grammes.
Eau.	120

Mêlez, pour une mixture, à prendre par cuillerée toutes les deux heures. Ce traitement a été employé seul, sauf que l'auteur maintenait la liberté du ventre avec les purgatifs, dans les cas où il y avait constipation. Le résultat a été satisfaisant, non pas que la maladie ait été arrêtée dans son cours, ou même ait été abrégée; mais les accès ont perdu de leur intensité, et, toutes les fois que les petits malades ne prenaient pas leur cochenille, les accès étaient plus fréquents et plus fatigants. Tous ont guéri. 19 malades ont été traités par les fumigations de laurier-cerise. La plupart étaient robustes et assez gravement affectés. Ils ont été traités comme le recommande M. Brofferio, l'auteur de cette méthode; c'est-à-dire qu'on a placé la tête des enfants à quelques pieds au-dessus d'un vase chauffé, où on a versé deux cuillerées d'eau distillée de laurier-cerise, et en leur recommandant d'ouvrir la bouche pour inspirer les vapeurs qui s'élèvent.

Ces fumigations ont été répétées toutes les deux heures. Le soulagement a été très prompt, les accès ont perdu de leur intensité, ils ont presque entièrement disparu la nuit; et, dans la journée, ils sont devenus plus rares et moins fatigants. Toutefois la maladie n'a pas été abrégée dans sa durée, et jamais M. Pavesi n'a pu la voir se terminer du sixième au quatorzième jour, ainsi que l'avait annoncé M. Brofferio, malgré tous les soins qu'il a pu prendre pour éloigner toutes les causes externes et internes susceptibles de prolonger ou d'aggraver les accidents. Un seul enfant a succombé à une hémoptysie dans un accès de toux. Les acides végétaux n'ont été employés que chez six malades seulement, et encore légèrement affectés. On les a employés tels qu'ils ont été recommandés par le docteur Schmitt (de Hengersberg) et par Geigel. On a donné, suivant les cas, et en quantité, les fruits du tamarin, l'acide acétique, la limonade en abondance, le jus de pommes acides additionné de sucre, le sirop d'épine-vinette. L'efficacité en a été assez douteuse, et la maladie a encore duré six semaines. Quant au traitement mixte, il a été suivi dans les cas où la prolongation de la maladie et des complications obligeaient à essayer divers moyens. Aussi l'auteur a-t-il perdu plus de malades (8 sur 22). En résumé, la question du traitement spécifique de la coqueluche n'est pas parfaitement résolue, du moins en ce qui touche les moyens employés par M. Pavesi; car on est surpris que ce médecin n'ait pas songé à faire usage de la belladone, dont l'efficacité est au moins aussi bien établie que celle des moyens qu'il a expérimentés.

Toutefois, la cochenille et les fumigations de laurier-cerise nous paraissent des moyens qui ne sont pas à dédaigner, et que leur simplicité même permet d'employer dans bien des circonstances où on ne pourrait avoir recours à quelque chose de plus actif. (*Giornale della Acad. med. chir. di Torino*, et *Bulletin de thérapeutique.*)

NOUVELLES.

Par décret en date du 13 septembre 1850, et sur la proposition du ministre de la guerre, M. Alquié, inspecteur du conseil de santé des armées, a été nommé directeur de l'Ecole d'application de la médecine militaire. MM. Baudens, chirurgien principal de 1re classe en chef au Val-de-Grâce, et Lévy, médecin principal de 1re classe en chef au même hôpital militaire, ont été nommés au grade d'inspecteur du conseil de santé des armées.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ DU CHOLÉRA A LONDRES, DE 1840 A 1850.

Années.	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.
1840	3	4	53	6
1841	1	1	23	3
1842	0	7	106	13
1843	6	8	60	14
1344	4	9	49	5
1845	4	2	26	11
1846	7	9	197	15
1847	3	4	98	12
1848	9	47	153	468
1849	516	268	12,847	494
1850	8	9	»	»

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 112. (23e ANNEE.) SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 20 SEPTEMBRE 1850.

Nous avons annoncé la nomination de M. l'inspecteur général Alquié à la direction de l'Ecole d'application du Val-de-Grâce, et la promotion de MM. Baudens et Lévy au Conseil de santé.

La nomination de M. Alquié a été quelque temps incertaine. Du moins on a lieu de penser que le ministre a hésité entre cet honorable confrère et M. Bégin. Le choix, quel qu'il fût, entre de tels compétiteurs, ne pouvait qu'être excellent. M. Bégin, par les services qu'il a rendus à la science, par la juste célébrité attachée à son nom, par ses aptitudes administratives hien connues, aurait mérité cet honneur, et M. Alquié le justifie pleinement par la distinction de son esprit, par l'élévation de son caractère, par son urbanité exquise qui n'exclut pas la fermeté indispensable au chef d'un grand établissement militaire, par son habileté à rendre l'obéissance facile, par les souvenirs honorables qu'il a laissés au Val-de-Grâce, où il a exercé pendant plusieurs années, avec autant de talent et de zèle scrupuleux que de bonheur, les fonctions difficiles de professeur de clinique médicale.

La promotion de M. Baudens était prévue, et sera accueillie avec une vive satisfaction. M. Baudens, ayant commencé sa carrière de très bonne heure, est arrivé, quoique jeune encore, à une somme de services militaires qui, joints à sa position scientifique, lui donnaient tous droits à un avancement que l'on pourrait même regarder comme tardif. La nomination de M. Lévy, que nous avons réclamée dans ces colonnes, excitera peut-être quelque étonnement, causera quelques froissements; mais des qualités brillantes, une aptitude singulière à s'assimiler et à reproduire ce que les autres ont fait ou pensé, et, ce qui vaut mieux, un véritable talent d'observation, la feront accepter du plus grand nombre.

Le *Moniteur* nous annonce aujourd'hui la nomination de MM. Maillot, Sédillot, Lustreman, Champouillon et Poggiale aux cinq chaires instituées à cette école renaissante du Val-de-Grâce, que nous n'avons acceptée qu'à titre provisoire, comme la première pierre du monument.

M. le docteur Chenu, que de beaux travaux en histoire naturelle recommandent à l'estime des savants, est nommé bibliothécaire et conservateur des collections de l'Ecole. C'est la juste récompense des efforts et des sacrifices de ce laborieux confrère, qui, en se multipliant, en se prodiguant, on peut même dire en se dépouillant, est parvenu, dans l'espace de quelques mois, à doter le Val-de-Grâce d'un magnifique musée.

Il est fort douteux que M. Sédillot, qui s'est fait en Alsace et au delà, en Allemagne, une position exceptionnellement honorable, accepte la chaire qui lui est conférée. C'est alors M. Larrey qui serait nommé. De toute manière, on peut être assuré que la clinique chirurgicale, élevée si haut dans l'estime du public médical par les deux derniers titulaires, MM. Bégin et Baudens, ne périclitera pas.

La physiologie pathologique, qu'il eût été si naturel d'inscrire dans le programme de l'Ecole, à titre d'enseignement complémentaire des études médicales, a été écartée. C'est ce qui explique que M. Marchal (de Calvi) n'ait pas été compris dans une réorganisation de l'enseignement médico-militaire. M. Marchal est depuis longues années notre collaborateur, et il réclame de nous, dans cette circonstance, une réserve qu'il s'est imposée à lui-même. Nous regrettons de céder à ses désirs. Mais, du moins, nous nous dédommagerons en publiant ici ses leçons *sur le sang à l'état normal et à l'état morbide*. On jugera ainsiquel a été cet enseignement, et quel il pouvait être.

Revue clinique hebdomadaire.

Opérations de pupille artificielle. — On considère encore généralement aujourd'hui l'opération de la pupille artificielle comme une dernière ressource pour le malade, et il y a peu de chirurgiens qui n'hésitent à la pratiquer, même quand elle est parfaitement indiquée, parce qu'ils rencontrent dans le manuel opératoire une extrême difficulté. C'est cette difficulté que notre habile confrère M. Desmarres s'est depuis longtemps attaché à combattre, et il croit pouvoir affirmer aujourd'hui qu'en suivant quelques règles hien entendues, règles d'ailleurs très simples, cette opération peut être exécutée facilement et avec une parfaite sécurité.

Ces règles consistent principalement:

1° A faire coucher le malade sur le dos, afin de le placer dans une immobilité plus certaine;

2° A fixer l'œil au moyen d'une pince à agrafe;

3° A ponctionner la cornée aussi près que possible de ses attaches scléroticales;

4° A s'assurer, avant d'attaquer la cornée, qu'il est facile d'établir un parallélisme exact entre la lame du couteau et le plan de l'iris;

5° A se borner à choisir entre deux seuls procédés, quel que soit le cas pathologique : l'*excision simple de l'iris*, lorsqu'une partie, même très petite, de la pupille, est conservée; le *déchirement de l'iris*, lorsque la pupille a complétement disparu.

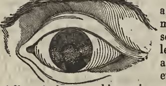
C'est au moyen du premier de ces procédés, l'*excision*, et en suivant les quelques indications dont nous venons de parler, que les deux premières pupilles artificielles dont il va être questions ont été pratiquées. C'est au moyen de son procédé de *déchirement* que notre confrère a réussi à rendre la vue aux malades dont il sera parlé dans les troisième et quatrième observations, dont l'espace nous force à ne donner que de courts extraits.

EXCISION. — *Premier fait.* — Le nommé Boudet, de Bracieux (Loir-et-Cher), se présente à M. Desmarres dans les premiers jours de septembre 1849. Il a perdu depuis très longtemps l'œil droit, qui est réduit à l'état de moignon par suite d'une atrophie complète. Son œil gauche est atteint d'un leucome central s'étendant en dedans et en dehors, et compliqué de synéchie antérieure très large, mais cependant incomplète; la vue est nulle; le malade ne peut pas se conduire.

Le 27 septembre, Boudet est couché sur un lit étroit et élevé; ses paupières sont écartées par des élévateurs maintenus par des aides; son œil gauche, tourné en haut, est fixé dans cette direction au moyen d'une pince à dents de souris placée en dedans de la cornée, très près de cette membrane. Après avoir reconnu que le parallélisme est possible entre le plan du couteau et celui de l'iris, une ponction est faite à la circonférence de la cornée, en has et un peu en dehors, dans une étendue d'environ 5 à 6 millimètres. L'incision de la cornée étant faite, une pince courbe est poussée dans la chambre antérieure jusqu'à l'endroit encore libre de la pupille; l'iris est saisi et entraîné au dehors en se repliant sur lui-même, et excisé tout près de ses attaches ciliaires. Un peu de sang s'écoule dans la chambre antérieure, d'où on l'extrait en écartant un peu les lèvres de la plaie avec un stylet fin. On reconnaît immédiatement qu'une belle pupille artificielle a été pratiquée. L'œil est fermé au moyen de bandelettes de taffetas d'Angleterre, et le malade est mis au lit, avec la recommandation expresse, pour tout traitement, de se tenir dans la plus parfaite immobilité.

Le lendemain, la réunion de la plaie est faite, et l'œil ne présente qu'une injection modérée. Le cristallin est très transparent.

Le surlendemain, les bandelettes de taffetas sont enlevées pendant le jour, mais le malade devra tenir son œil fermé le plus longtemps possible. Le huitième jour Boudet se conduisait seul et retournait chez lui. Depuis, sa vue s'est considérablement améliorée.

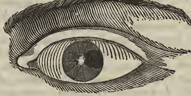


Cette figure représente l'œil après l'opération, et au moment où le malade part pour son pays. On voit en outre le leucome dont il a été parlé, avec les prolongements à droite et à gauche. La pupille artificielle, très large et hien noire, est placée en bas et un peu en dehors.

Deuxième fait. — Ce fait est presque semblable au précédent. Le nommé Ricez, de Rosoy, arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne), a l'œil droit complétement détruit. Son œil gauche est atteint d'un leucome central, suite d'une ulcération qui a ouvert la chambre antérieure, et qui a entraîné la perte presque complète de la pupille. Cette ouverture est réduite au quart environ de son diamètre, avec cette mauvaise condition, que, toute la marge inférieure de l'iris ayant disparu, les rayons lumineux ne peuvent pénétrer dans l'œil que de haut en bas. Le malade ne peut se conduire seul, et n'aperçoit que très imparfaitement les plus gros objets.

Le 31 octobre 1849, Ricez est couché comme le précédent malade, et une très helle pupille artificielle lui est pratiquée au côté externe de la cornée, et à peu près exactement dans le diamètre transversal de l'œil. Cet endroit avait dû être choisi de préférence au côté interne ou au côté inférieur de la cornée, parce que le reste de la pupille naturelle pouvait y être assez facilement saisi. Le cristallin n'a pas été blessé.

Ricez fut pansé comme le précédent, et recouvra la vue. Vers le huitième jour, la guérison étant complète, il fut renvoyé chez lui. Son œil, dessiné le sixième jour, est rendu très exactement par la figure suivante.



La tache blanche au milieu de la figure indique le leucome dans lequel la pupille s'était perdue. Le grand cercle noir en dehors de cette tache blanche représente la pupille artificielle, qui ne laisse rien à désirer, ni sous le rapport de la netteté, ni sous celui de l'étendue. Ce garçon est parfaitement guéri de son infirmité.

DÉCHIREMENT. — *Troisième fait.* — Narcisse Clément, charretier à Vanderlan, près Gonesse (Seine-et-Oise), est totalement privé de la vue depuis longtemps. Son œil droit est détruit par un staphylome déjà assez volumineux, et qui a envahi la cornée dans sa presque totalité. L'œil gauche est atteint par un leucome adhérant à l'iris, et qui occupe la moitié interne environ de la cornée. Toute la pupille a disparu dans l'ulcération qui a fait place au leucome.

Le malade ayant été étendu sur un lit étroit comme les deux précédents, les paupières furent écartées, son œil fixé par une pince placée en dedans de la cornée, et la ponction faite en haut et en dehors. Une pince est alors introduite dans la chambre antérieure aussi près que possible des adhérences, et l'iris, saisi, est déchiré et entraîné. Tout aussitôt les assistants reconnaissent une belle pupille artificielle qui permet au malade de voir quelques objets, tels que les doigts, une montre, etc.

Narcisse Clément, soumis au même traitement que les malades dont nous avons parlé, retourne guéri dans son pays au bout de dix jours. Sa vue s'améliore graduellement, et actuellement, cinq mois après l'opération, il voit très bien se conduire dans les rues de Paris, et reconnaît facilement l'heure à une montre. (Il ne sait pas lire.) La lumière le fatigant un peu, il s'est très bien trouvé du conseil que lui a donné M. Desmarres de porter un chapeau à larges bords.



La tache blanche occupant la moitié interne de la cornée indique le siége et l'étendue du leucome; la partie qui est très blanche et que l'on voit en dedans et en bas est très épaisse. Il y a eu là une ulcération perforante dans laquelle l'iris s'est engagé. Le carré long très noir qui occupe la partie externe et supérieure de la cornée représente la pupille artificielle qui a été faite par le déchirement.

Quatrième fait. — Mme Varnier, soixante ans, demeurant à Paris, n'a jamais vu de l'œil gauche. Dans les premiers jours d'octobre 1849, elle s'est hlessé l'œil droit en se baissant, et a aussitôt perdu la vue. Cet œil s'ouvrit dans toute l'étendue de la cornée, et l'iris vint faire hernie en totalité dans la plaie. Lorsque la malade se présenta à M. Desmarres, on reconnut que l'œil était perdu sans ressource. L'examen de l'œil gauche fit reconnaître alors qu'il était atteint d'un leucome central assez petit, et que la pupille était fermée par une fausse membrane. La lumière était perçue ainsi que la direction de l'ombre des objets.

Le déchirement de l'iris fut pratiqué en haut et en dehors, parce que la cornée était très saine en cet endroit, et une belle pupille quadrilatère donna aussitôt entrée aux rayons lumineux dans l'œil. Après huit ou dix jours la malade pouvait déjà se conduire, et depuis lors la vue s'est considérablement améliorée.



On voit dans la figure ci-jointe, au centre de la cornée, le leucome qui masque la pupille naturelle fermée par de fausses membranes. En dehors et un peu en haut, la pupille qui a rendu la vue à cette pauvre malade.

Paralysie de nature singulière. — Nous avons pu depuis trois semaines observer à de nombreuses reprises et étudier avec soin un malade extrêmement intéressant, couché au numéro 5 de la salle Saint-Antoine à l'Hôtel-Dieu, lequel présente une forme de paralysie fort peu connue jusqu'à présent, si tant est même qu'elle ait été signalée quelque part. Nos lecteurs excuseront, en raison de l'intérêt du fait, la longueur des détails dans lesquels nous serons nécessairement obligé d'entrer.

Le 23 août dernier entre à l'Hôtel-Dieu un homme de quarante-cinq ans, journalier, travaillant à la terre depuis vingt ans environ. Il est d'une honne constitution, d'un tempérament lymphatique; il a les cheveux blonds, les yeux bleus, et semble assez robuste. Il n'a jamais eu, dit-il, de rhumatismes ni de maladies vénériennes. Il n'a jamais été paralysé non plus que qui que ce soit de sa famille. Il fait de fréquents abus des boissons alcooliques; depuis deux ans, même, il est affecté d'un tremblement des membres supérieurs, seulement sensible et désagréable quand il veut écrire ou faire de petits ouvrages, mais qui n'a diminué en rien sa force musculaire ordinaire.

Le 30 juin, étant dans l'état d'ivresse, il fit une chute dans la rivière, où il fut submergé à deux reprises. Il conserva ses habits mouillés pendant cinq heures sur le corps. Le lendemain il éprouva de violentes coliques, eut des vomissements abondants; enfin il éprouva à la plante des pieds et dans les mollets une sensation de brûlure et de picotement. La dou-

leur revenait par accès durant environ une demi-heure, et était tellement violente, que le malade ne pouvait poser les pieds par terre.

Huit jours après, une sensation analogue se manifeste à la face palmaire des mains et des doigts, sans toutefois s'étendre aux avant-bras, aux bras, ni à aucune autre partie du corps, sauf les pieds et les jambes, où il éprouva toujours la même douleur. Toutes ses fonctions, du reste, s'exécutaient bien. Il avait conservé ses forces, et dans l'intervalle de ses accès il pouvait encore marcher.

A partir du 20 juillet il est obligé de suspendre complétement son travail. La faiblesse va en augmentant. Vers le 15 août, il doit renoncer à quitter le lit. A partir de ce moment les douleurs diminuent, mais l'affaiblissement fait des progrès rapides. Notons que depuis le début de l'affection il y a anaphrodisie complète, absence de tout désir et d'érections.

Le 23 août, il entre à l'hôpital à peu près dans l'état suivant.

Les membres supérieurs sont sensiblement atrophiés quant à leurs parties musculaires. Les espaces interosseux dorsaux, les éminences thénar et hypothénar sont déprimés. Cette dépression est plus sensible à droite, côté où la faiblesse et la douleur sont plus grandes. Les avant-bras sont également atrophiés, le droit plus que le gauche, et la région radiale plus que la cubitale. Les jambes et les pieds sont aussi atrophiés; les cuisses sont sensiblement amaigries; le ventre est plat; la face, le cou, la poitrine ont une certaine apparence de maigreur. Cependant les saillies musculaires sont bien marquées. La face même offre des rides très nombreuses, surtout de chaque côté des commissures, aux sourcils, au front, à l'angle externe des paupières, et sur les paupières elles-mêmes.

Pour la motilité, le malade peut avec peine étendre et fléchir les doigts, les poignets. Il fléchit bien l'avant-bras sur le bras; il projette le bras avec énergie, mais il serre faiblement avec ses mains, mieux cependant de la gauche que de la droite. Lorsqu'il veut supporter quelque chose dans sa main, il ne le peut, et il tremble. Dans les mouvements d'ensemble, il ne tremble presque pas.

La flexion et l'extension des orteils sont plus limitées que celles des doigts; il en est de même pour les mouvements du pied sur la jambe. Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont complets, mais faibles; ceux de la cuisse sont énergiques. La station debout est impossible.

Les muscles sont le siége de mouvements fibrillaires spontanés, de soubresauts de tendons, surtout ceux de la cuisse, de l'avant-bras et du bras; dans les jambes, on les distingue à peine. On les provoque beaucoup plus énergiques en touchant les muscles avec la main, ou, mieux encore, en les frappant brusquement, comme d'une chiquenaude. Rien de semblable à la face.

La sensibilité musculaire est très grande; quand on comprime les muscles en les embrassant dans la main, le malade éprouve une violente douleur, et ce sont les muscles les plus paralysés qui sont les plus sensibles. Lorsque l'on ne comprime que la peau, on voit que la sensibilité est exagérée, moins cependant que celle des muscles.

Une compression, même légère, sur les troncs nerveux provoque une douleur violente, et bien autre que celle produite par le même mécanisme dans la névralgie ordinaire. En même temps, on provoque des contractions énergiques dans le membre auquel se distribue le nerf comprimé. La douleur la plus vive chez notre malade est produite par la compression du nerf plantaire, du nerf sciatique poplité, du poplité externe. Il lui est impossible de retenir un cri, et le membre correspondant se contracte avec énergie, comme sous l'influence de la galvanisation. La douleur existe encore très vive dans le cubital et le radial, déjà moins vive dans le nerf médian et dans le nerf brachial. Nous n'avons encore rien vu de comparable pour l'intensité à la douleur dont nous avons été témoin.

Le tact est diminué. L'impression que les doigts éprouvent des objets qu'on leur soumet est presque nulle, hors celle du chaud et du froid. C'est ainsi que nous voyons le malade prendre un petit trousseau de clefs pour une pièce de deux francs. Les autres fonctions s'exécutent assez bien; l'urine est acide; il n'y a ni constipation ni diarrhée. Le malade n'éprouve aucune douleur dans le dos, dans les reins ni dans la tête; ses réponses sont nettes; le sommeil est bon et sans rêves pénibles.

Depuis que le malade est entré à l'hôpital, les mouvements de flexion et d'extension des mains sont plus faciles; les forces sont un peu revenues. Les résultats sont sensibles pour nous, et le malade a la conscience d'une amélioration très grande. Néanmoins la sensibilité n'est pas moins exagérée, et le tact ne s'est pas amélioré.

L'observation une fois recueillie, M. Vigla pria M. Duchenne (de Boulogne), qui s'occupe depuis plusieurs années de recherches galvaniques du plus haut intérêt, et qui a publié dans les *Archives de médecine* deux mémoires sur ce sujet, d'examiner le malade avec ses appareils, et voici la note que cet honorable confrère nous a transmise; nous la reproduisons textuellement.

NOTE SUR UNE PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE. — ÉTAT DE LA CONTRACTILITÉ ÉLECTRO-MUSCULAIRE.

« *Extrémités inférieures.* — L'appareil étant à son maximum, on ne peut produire la contraction d'aucun des muscles des jambes ou des pieds, en plaçant des excitateurs humides sur les points de la peau qui leur correspondent. Des aiguilles, enfoncées dans l'épaisseur des muscles et mises en rapport avec les pôles de l'appareil, exécutent encore des contractions, mais faibles et fibrillaires. Par la galvanisation des nerfs poplités externes, on provoque des mouvements d'ensemble dans les membres qui sont sous la dépendance de ces nerfs. L'excitabilité des poplités, bien que considérablement diminuée, est encore beaucoup moins que celle des muscles qu'ils animent. Les muscles des cuisses se contractent avec peu d'énergie, même sous l'influence d'un courant intense. Mais la lésion de l'irritabilité règne à des degrés différents dans chacun des muscles. Ainsi, par exemple, les cruraux internes se contractent à peine par l'excitation galvanique la plus intense, tandis que les abducteurs jouissent de leur contractilité presque normale. Les muscles de l'abdomen ont aussi perdu une partie notable de leur irritabilité, et cela inégalement.

» *Membres supérieurs.* — La lésion de l'irritabilité ne paraît avoir atteint jusqu'à présent que les mains et les avant-bras, et cela inégalement pour chacun des muscles, comme dans les membres inférieurs. Les interosseux de la main droite ne se contractent plus, quelle que soit l'intensité du courant. Ceux de la main gauche se contractent encore, mais faiblement. Les muscles des éminences des deux côtés jouissent de très peu de contractilité galvanique. Les muscles de la région antibrachiale postérieure droite ne se contractent que sous l'influence de l'excitation la plus forte. Le long supinateur, les longs abducteur et extenseur du pouce et le cubital postérieur sont si peu contractiles, qu'avec les appareils ordinaires on ne pourrait certainement les faire réagir. Les muscles de l'avant-bras gauche ont aussi perdu une grande partie de leur irritabilité; cependant, la lésion dynamique est beaucoup moins avancée que du côté gauche.

» *Sensibilité.* — La sensibilité cutanée est augmentée. La sensibilité électro-musculaire (sensation produite par l'excitation du muscle) est assez développée, mais évidemment au-dessous de l'état normal. La sensibilité des nerfs poplités (sensation produite par l'excitation directe du nerf) paraît exaltée.

» La lésion de l'irritabilité musculaire n'est pas en rapport avec celle de la contractilité volontaire. On observe, en effet, chez ce malade, que les muscles qui n'obéissent pas à la stimulation galvanique réagissent encore sous l'influence de l'influx nerveux cérébro-spinal. Ainsi, il peut faire tous les mouvements partiels du pied ou de la jambe. Les mouvements sont, il est vrai, assez limités, et les muscles qui les exécutent sont privés de force. »

A l'occasion de ce sujet, M. Vigla s'est livré à des considérations étendues et du plus haut intérêt, que nous croyons utile de reproduire. La forme de paralysie qu'il nous est donné d'observer chez ce malade, a-t-il dit, est très rare et présente des difficultés cliniques que nous n'avons pas la prétention de résoudre.

Le début a quelque chose de frappant et qu'il est bon de rappeler. C'est à la suite d'une double chute dans la rivière, le sujet ayant conservé plusieurs heures des vêtements humides, que se manifestèrent les premiers symptômes. Il ne faut pas non plus perdre de vue l'état d'ivresse pendant lequel se produisit l'accident, les habitudes d'ivrognerie et le tremblement qui en fut la conséquence; mais il est bon de noter aussi que les membres n'avaient jusque-là rien perdu de leur force.

Signalons également l'ordre de succession des symptômes. Pendant les huit ou dix premiers jours douleurs vives, variées aux membres inférieurs, puis aux membres supérieurs, revenues par accès. Dans l'intervalle de ces accès, les forces ne sont pas notablement diminuées. La faiblesse, et plus tard la paralysie, se joignent aux douleurs. Ce n'est qu'au bout de six semaines que le malade ne peut plus marcher, et ne se sert que très imparfaitement de ses mains. La maladie envahit les pieds et les mains, puis les jambes et les avant-bras; elle gagne aujourd'hui les cuisses, les bras, et peut-être les muscles de l'abdomen et du thorax; elle procède régulièrement des extrémités vers le centre.

Plusieurs symptômes doivent être pris en sérieuse considération. Tels sont, 1° l'hyperesthésie cutanée, et, par un contraste singulier, l'imperfection, pour ne pas dire l'abolition du sens du toucher; 2° la sensibilité bien plus vive encore des muscles à une pression même très modérée; 3° les contractions musculaires spontanées et les soubresauts des tendons, les mêmes phénomènes bien plus apparents à la suite des mouvements que le malade exécute, ou des secousses qu'on imprime aux membres, de la pression que l'on exerce sur un muscle; 4° l'anaphrodisie et l'absence d'érections depuis le début de la maladie; 5° l'atrophie des muscles des pieds, des mains, des jambes et des avant-bras.

Il ne faut pas une grande habitude clinique pour établir tout d'abord que telle n'est pas la physionomie des paralysies dépendant d'une maladie du cerveau ou de la moelle épinière. En admettant pour un instant une lésion de cette dernière, la moins inadmissible des deux, il serait impossible d'expliquer l'énergie de contraction que possèdent encore les cuisses et les bras. La lésion a dû procéder, comme le symptôme qui en est la manifestation, de la périphérie vers les parties les plus rapprochées du centre. Elle doit avoir son siége dans les muscles ou dans les nerfs, car une maladie des vaisseaux ne peut être mise en cause.

La douleur très vive des muscles à la moindre pression, les contractions fibrillaires et les soubresauts de tendons, la rapidité avec laquelle l'atrophie s'est produite peuvent être invoqués en faveur de l'hypothèse d'une maladie musculaire; mais, outre que ces symptômes peuvent aussi dépendre d'une maladie des filets nerveux qui se rendent à ces muscles, on comprend plus facilement, avec cette dernière, les troubles de la sensibilité cutanée, la distribution successive de la maladie dans les muscles qui reçoivent leurs nerfs des mêmes rameaux, sa marche de la périphérie vers le centre, et la production d'un autre ordre de phénomènes, l'anaphrodisie et la paralysie des organes génitaux.

La difficulté augmente si l'on veut s'élever à la connaissance de la lésion elle-même, ou seulement de la nature de la maladie des extrémités nerveuses. On voit certaines névralgies produire, mais à la longue, la paralysie des muscles qui sont sous la dépendance du nerf affecté. L'attention a été appelée, dans ces dernières années, sur la marche ascendante, c'est-à-dire procédant des filets nerveux vers les branches, et de celles-ci vers les troncs, de certaines névralgies; verrions-nous ici quelque chose d'analogue se produire avec une généralisation, une intensité et une acuité qui sont loin d'être ordinaires dans les cas auxquels nous faisons allusion, et qui, partant, laissent bien peu de valeur à ce que nous ne regardons nous-même que comme une explication très hasardée?

Nous n'avons pu faire intervenir, ajoute M. Vigla, dans cette discussion les éléments fournis par la galvanisation musculaire que M. Duchenne (de Boulogne) applique avec une précision si remarquable. Ils nous sont trop peu familiers pour que nous voulions en tirer des déductions comparatives. Il appartiendra mieux à M. Duchenne de traiter plus tard cette partie de la question. Nous n'examinerons pas non plus les rapports ou les différences qui peuvent exister entre le fait actuel et ceux que vient de publier M. le docteur Aran, lequel n'a encore donné aux *Archives de Médecine* que la première partie de son mémoire sur l'atrophie musculaire progressive (septembre 1850).

Nous nous sommes surtout proposé d'appeler l'attention sur un ordre de paralysies indépendantes d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière dont les exemples ne seront peut-être plus aussi rares, maintenant que l'attention est éveillée sur ce point. Pour sa part, M. Vigla est certain d'en avoir observé deux cas déjà dans le service de M. le professeur Rostan. Il les avait alors attribués, par une interprétation qu'il croit aujourd'hui inexacte, à une maladie de la moelle épinière.

Quelle sera, ici, l'issue de cette terrible maladie? Il est fort à craindre qu'elle ne soit malheureuse. Cependant le malade affirme qu'il a éprouvé une amélioration notable de l'usage des bains sulfureux, qu'il prend tous les jours depuis son entrée à l'hôpital. Il exerce assez bien les mouvements de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras, ceux même des doigts sur la main. Il oppose assez facilement le pouce aux autres doigts; mais le mouvement d'abduction est encore très limitée. La contracture des muscles interosseux est même sensible depuis quelques jours. Il est vrai que les progrès ne sont pas tout à fait aussi satisfaisants que ceux des pieds ou des jambes, qui ne peuvent encore suffire à la station. Cependant, si l'on a obtenu déjà plus qu'on ne l'espérait, qui empêche d'espérer qu'avec de la persévérance on obtiendrait le reste?

Opération de trachéotomie dans le croup. — On sait combien sont douteux les résultats de la trachéotomie dans le croup, et combien peu de succès on obtient en définitive, eu égard au nombre des opérations pratiquées. M. Guersant, qui, par sa position de chirurgien de l'hôpital des Enfants, est à même de faire la trachéotomie plus que tout autre chirurgien de Paris, nous disait, il y a peu de jours, qu'il venait de pratiquer sa cinquante et unième trachéotomie en ville. Jusqu'alors, sur les cinquante premières opérations, il n'avait obtenu que sept guérisons; maintenant il en compte huit, et ce dernier fait est venu à l'appui de l'opinion qui veut que l'on opère de bonne heure.

Il s'agissait d'un enfant de quatre ans qui, pendant cinq à six jours, avait eu des symptômes de croup très marqués, sans suffocation cependant. On observait sur les amygdales des fausses membranes marchant vers la glotte. On prescrivit des gargarismes acidulés, des vomitifs. Au moment où les suffocations commencèrent, M. Guersant fut appelé. Le résultat d'une consultation avec le médecin traitant fut qu'il n'y avait pas alors lieu d'opérer. La suffocation n'avait pas été très forte. Au moment de l'examen, il n'y en avait plus. On s'arrêta au traitement de M. Miquel par le calomel et l'alun alternativement administrés, lequel n'eut aucun succès.

La nuit suivante, suffocations nouvelles, mais plus intenses et plus fréquentes. Le croup avait marché, il ne fallait pas attendre davantage. M. Guersant pratiqua l'opération; l'enfant expulsa des fausses membranes, et dès ce moment la respiration devint meilleure. La canule fut retirée le cinquième jour, la respiration étant très bonne, et peu après la plaie était fermée.

Bien que l'enfant fût malade depuis sept à huit jours, M. Guersant cite ce fait comme exemple d'une opération pratiquée de bonne heure. Le croup, en effet, à proprement dire, ne datait que de fort peu de temps. Aussitôt l'opération faite, on a immédiatement entendu le bruit respiratoire dans les poumons, qui auparavant ne recevaient que très peu d'air.

Ce fait prouve encore que l'on peut retirer la canule plus tôt qu'on ne le fait d'habitude. Le quatrième jour, l'enfant crachait un peu du sang. M. Guersant craignit que la canule irritât la trachée, et au lieu d'attendre, comme il fait d'habitude, au huitième ou au neuvième jour, il se décida à la retirer beaucoup plus tôt.

En dehors de l'opération, le traitement qui a le mieux réussi jusqu'à présent entre les mains de M. Guersant et aussi entre les mains de M. Blache, comme nous le disait il y a quelques mois le savant médecin de l'hôpital des Enfants, c'est celui de M. Miquel, dont nous avons eu souvent occasion de parler dans ce journal.

Une dernière recommandation que M. Guersant regarde comme très importante, c'est de faire passer la canule à travers un morceau de taffetas gommé appliqué sur le cou et percé d'un trou au niveau de la plaie. Ceci a pour but d'éviter le contact de l'air sur la plaie. On recouvre l'ouverture de la canule d'un *cache-nez* léger en laine, mis en cravate, de manière à tamiser en quelque sorte, à travers un tissu chaud, l'air qui doit entrer dans les poumons. Z...

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

Scorbut aigu. Étiologie.

Il semble, de prime abord, que l'histoire du scorbut est celle de toutes les maladies qui soit la plus complète. Sous certains rapports cela peut être, au moins pour le scorbut épidémique. Sous d'autres, nous croyons qu'elle a encore beaucoup à gagner.

L'altération du sang, par exemple, sur laquelle on fait reposer cet état morbide, avait paru tenir, jusqu'à ces derniers temps, à la diminution de la fibrine, quand quelques nouvelles analyses sont venues démontrer qu'au lieu de diminution, il y avait augmentation de ce principe du sang et diminution des globules : preuve évidente de l'incertitude qui règne sur ce premier état pathologique.

L'étiologie, assez bien étudiée sous le point de vue de l'observation quand le scorbut frappe des masses, ou même quand il sévit sur quelques sujets isolés, mais préparés de longue main à son irruption, reste muette ou incertaine quand il frappe soudainement des personnes dont les antécédents ne semblent en aucun point légitimer son apparition. Sous ce dernier rapport, l'étiologie mérite un scrupuleux examen pour rechercher s'il n'y a pas quelque liaison entre certaines fièvres continues avec éruption pétéchiale, certaines dysenteries présentant le même caractère éruptif, et le scorbut sporadique aigu, que nous désignons ainsi par opposition à la chronicité bien prononcée qu'offre l'autre espèce.

Le pourpre, qui, à nos yeux comme aux yeux de beaucoup de pathologistes, n'est qu'un degré inférieur du scorbut, offre plus d'un point de contact avec les affections que nous venons de nommer.

Un membre de la médecine militaire a présenté, il y a trois ans, à l'Académie de Médecine, un rapport sur une épidémie de scorbut qui avait régné sous nos yeux à Givet. Dans ce rapport, M. Scoutteten cherchait, en remontant à l'étiologie, à établir une analogie, une parenté entre la fièvre typhoïde, qui avait régné simultanément, et cette maladie. Cette idée eut peu de faveur auprès de la savante assemblée.

Sans vouloir adopter la même opinion, qui nous paraît exagérée, il est pourtant un point sur lequel nous appelons l'attention des observateurs ; le voici : Certaines causes qu'il n'est pas toujours facile de préciser, agissant à la fois sur plusieurs sujets, les uns sont atteints de fièvre typhoïde à éruption pétéchiale, d'autres de dysenterie à même phénomène cutané, d'autres enfin de scorbut à irruption prompte, à évolution rapide, en un mot, présentant tous les caractères de l'acuité, n'y a-t-il pas une certaine identité entre les causes qui ont provoqué ces trois états morbides divers, sauf les prédispositions individuelles qu'elles ont rencontrées sur leur passage? Ainsi posée, la question nous paraît susceptible d'une solution satisfaisante, sans préjuger la sorte de parenté que l'on pourrait vouloir en inférer entre ces maladies.

A Givet, durant le cours de l'épidémie dont nous avons parlé plus haut, des faits analogues nous avaient déjà conduit à émettre les mêmes opinions sous forme de doute ; depuis, nous avons retrouvé de loin en loin quelques cas isolés qui ont corroboré notre manière de voir. En voici un tout récent qui est d'une importance non douteuse dans la question.

Au commencement du mois d'août, il entrait dans notre service, à trois jours de distance, trois gardes républicains, logés à la même caserne, soumis au même régime et ayant été exposés, le même jour (5 août), à cette averse torrentielle dont tout le monde conserve le souvenir.

Deux d'entre eux étaient admis à l'hôpital le 7 et le 8, l'un avec une fièvre continue avec éruption pétéchiale, l'autre avec une fièvre continue du même caractère, additionnée de dysenterie ; le troisième, Rapennes, se présentait le 9 avec des apparences d'une fièvre quotidienne arrivée à son quatrième accès. Nous nous occupons exclusivement de l'histoire de celui-ci, qu'il nous importe de faire connaître à fond.

Rapennes est un homme de trente et un ans, ayant 14 ans de service, d'une bonne constitution et qui a été rarement mise à l'épreuve par le mal. La nourriture des gardes est excellente et copieuse, leur habitation presque luxueuse ; Rapennes, en particulier, n'est pas un homme qui paraisse sympathiser avec le chagrin, les peines morales.

Cependant il est très abattu, quoique la maladie ne date que de quatre jours.

La fièvre se reproduit à l'hôpital, et résiste pendant quatre jours au sulfate de quinine donné jusqu'à 6 décigrammes ; et le cinquième, c'est-à-dire le 14, les gencives deviennent subitement fongueuses et saignantes, en même temps qu'il apparaît quelques taches sanguines aux extrémités inférieures.

Du 14 au 16, les taches se multiplient sur toute la surface du corps, affectant diverses formes ; les plus nombreuses sont arrondies, noirâtres, comme si des taches de sang desséché étaient déposées sous l'épiderme. La muqueuse buccale et linguale devient aussi le siége de beaucoup de taches semblables. Les gencives fournissent des hémorrhagies auxquelles se joignent plusieurs épistaxis, et la fièvre continue sous la forme intermittente.

Le 17, la peau offre une teinte jaunâtre dans toute son étendue, et trois ecchymoses apparaissent, deux sur la face interne de la cuisse droite, plus vastes ; une sur la même portion de la cuisse gauche, plus petite. Il y a décidément un scorbut à forme aiguë. La place la mieux éclairée et aérée de la salle est dévolue à Rapennes. Quoique l'appétit soit nul, on donne au malade des viandes rôties, de bon vin ; les acides, les toniques, le cresson et des gargarismes hydrochloriques constituent ensuite toute la thérapeutique.

Ce scorbut à marche rapide rétrocède avec la même promptitude.

Le 20, la fièvre a cessé, quoique le sulfate de quinine n'ait pas été donné depuis le 15 ; et le 24, il n'existait plus sur le corps vestige de suffusion sanguine sous-épidermique. Les gencives seules étaient encore douloureuses et légèrement saignantes. Cet état s'est prolongé jusqu'au 30, où le malade était hors de toute atteinte et dans un état de forces très satisfaisant.

Nous ne pensons pas que le traitement ait été pour une très grande part dans cette évolution rapide de la maladie ; nous ne nous faisons pas illusion à ce point ; mais nous croyons, avec plus de raison, que c'est là une forme particulière de scorbut dont le caractère d'acuité se manifeste par la rapide évolution en même temps que l'altération paraît avoir de profondes racines.

Si maintenant nous rapprochons ce scorbut des deux autres fièvres continues, si nous faisons observer qu'aucun de ces trois malades ne paraissait mal disposé avant cette fameuse averse qu'ils ont reçue le 5, et qui n'a agi pourtant que comme cause occasionnelle, ne sommes-nous pas contraint de convenir que Rappennes n'a rien offert de ces antécédents plus ou moins longtemps prolongés qui précèdent ordinairement le scorbut, et ne sommes-nous pas contraint de convenir que la même cause, le froid humide, a donné naissance ici à trois états morbides diversement énoncés sous le rapport de la symptomatologie, mais cependant liés par un caractère commun, les suffusions sanguines sous épidermiques ; car, qu'est-ce autre chose, en effet, que ces pétéchies nombreuses, confluentes chez les deux autres malades, si ce n'est de véritables hémorrhagies capillaires sous l'épiderme ? Et si ces caractères sont communs, sauf la différence du plus au moins, ne doivent-ils pas reconnaître la même cause virtuelle, altération du sang ou autre, dont les effets portent sur tel système ou organe plus particulièrement, suivant des prédispositions à nous inconnues.

Le point de départ, chez nos trois malades, est évidemment ce froid humide auquel ils ont été soumis ; ils se portaient parfaitement avant. Ce froid a agi sur des organisations différentes en ce moment à divers titres que nous ne connaissons pas ; partant, effets à physionomie dissemblable, mais présentant un double point de contact commun : les suffusions sanguines et l'agent externe, premier moteur.

CHIRURGIE PRATIQUE. — M. le professeur BONNET (de Lyon).

De la désarticulation du genou dans certaines maladies de cette jointure.

Observation recueillie par M. C.-R. PHILIPEAUX.

Dans les maladies du genou assez graves pour nécessiter l'ablation du membre, l'usage est de recourir à l'amputation de la cuisse. Cette ressource est extrême ; elle a le double inconvénient de faire courir au malade les plus grands dangers et de lui laisser, s'il échappe à la mort, un moignon très court, insuffisant, et dont l'extrémité tend souvent à s'ulcérer.

Sans doute, il est des cas où cette ressource extrême est seule praticable : ce sont ceux, par exemple, où de grands abcès dissèquent la rotule et tout le cul-de-sac antérieur de la synoviale. Mais incontestablement il en est d'autres où il suffit de désarticuler la jambe, en conservant la totalité de la cuisse.

Des travaux nombreux existent dans la science sur la désarticulation du genou. Cette opération, pratiquée par Jean-Louis Petit, Horn, Brasdor, Blandin, etc., a été dans ces derniers temps l'objet d'un travail spécial de M. le professeur Velpeau, qui s'est appliqué à la remettre en honneur, et de M. Baudens, qui a perfectionné cette opération en la pratiquant de manière à reporter toute la place en arrière de la cuisse.

Cependant les travaux de ces estimables auteurs ne se rapportent qu'imparfaitement à la question que je soulève, car ils ont désarticulé des genoux sains et non des genoux malades ; ils ont opéré pour des gangrènes, des broiements, des caries de la jambe, tandis que M. Bonnet propose l'opération dans certaines maladies du genou. Du reste, si les cas dans lesquels ces auteurs ont opéré étaient identiques à ceux pour lesquels M. Bonnet recommande la désarticulation, les résultats obtenus seraient loin d'être encourageants, car la mortalité paraît avoir été très grande à la suite de ces opérations. Ces dangers dépendent, ainsi que le fait observer M. Velpeau (*Médecine opératoire*, t. II, p. 524), « de l'inflammation du large et profond cul-de-sac synovial qui se prolonge sur les côtés des condyles et la face antérieure du fémur. Une fois établie dans cette caverne, l'inflammation purulente y devient presque aussi redoutable que dans une vaste articulation. Retentissant bientôt dans le corps de la cuisse, elle y fait naître du gonflement, une teinte érysipélateuse, un empâtement qui ne tardent pas à se prolonger en dehors jusqu'à la hanche, une suppuration, des abcès qui envahissent toute la longueur des muscles. C'est ainsi que sont morts trois de mes malades, et qu'ont succombé aussi ceux de MM. Blandin, Jobert et Laugier. Le garçon opéré par M. Richerand éprouva des accidents semblables, et quand on les voit naître il y a véritablement lieu d'être effrayé. Qu'on fasse disparaître cette cause de dangers, et ma première opinion sur l'amputation du genou restera exacte. »

Le désir exprimé par M. le professeur Velpeau se trouve réalisé, si, la jambe étant fléchie, la cavité synoviale est oblitérée en avant et si la rotule est soudée au fémur. Ces cas s'observent en assez grand nombre lorsque, la jambe étant pliée sur le fémur et la rotule ankylosée, la cavité synoviale est oblitérée par des adhérences fibreuses, la suppuration et les trajets fistuleux n'existant plus qu'entre le tibia et le fémur. Dans ces cas il suffit évidemment d'enlever le tibia ; la maladie n'existant plus qu'entre cet os et le fémur, la lésion de celui-ci étant mise largement à découvert, on peut espérer qu'elle se guérira.

Or, l'opération pratiquée comme je viens de le dire et comme M. Bonnet l'a conseillé, a un immense avantage, soit dans les suites immédiates, soit dans les suites éloignées.

Dans les suites immédiates les dangers des amputations proviennent de la propagation du mal de la plaie au tronc, surtout par l'intermédiaire du tissu cellulaire profond, des muscles, des veines et des os. Or, dans la désarticulation faite au milieu des conditions que j'indique, on n'ouvre 1° le tissu cellulaire profond et les muscles qu'en arrière. On évite donc le danger auquel expose la section de ce tissu cellulaire et de ces muscles en avant et sur les côtés dans l'amputation de la cuisse. 2° On n'intéresse pas le canal médullaire du fémur, condition très importante, car c'est par ce canal que se fait en grande partie la propagation de la phlébite. 3° Restent les veines et la peau. Cependant même sous le rapport des veines, le danger doit être moindre, car l'on n'ouvre que les veines poplitées et les ramuscules veineux du creux du jarret. 4° on n'a pas à craindre de collections purulentes dans le tissu cellulaire, parce que le pus s'écoule librement et que des adhérences limitent sa diffusion.

Dans les suites éloignées l'opération ainsi faite donne un résultat beaucoup plus beau. 1° Le moignon occupe toute la cuisse, ce qui permet de lui adapter avec beaucoup plus d'avantage un membre artificiel. 2° l'extrémité du moignon est fermée par la peau qui recouvre la rotule, et que je suppose adhérente à l'extrémité inférieure du fémur. Elle fournit dès lors un point d'appui beaucoup plus solide et n'est pas exposée à s'ulcérer.

Toutes ces réflexions ne sont point théoriques, purement spéculatives ; elles ont été, par M. Bonnet, soumises à l'expérience. Qu'il me soit permis, avant de citer un fait qui s'est passé sous mes yeux, et où cette nouvelle méthode d'opérer a parfaitement réussi, de dire quelques mots du procédé qui doit être mis en usage dans de pareilles circonstances.

Procédé. Lorsque la jambe est fléchie sur la cuisse avec les conditions d'adhérences précédemment spécifiées, on laisse évidemment intactes les parties antérieures latérales et inférieures de la cuisse. L'on n'a de plaie à faire qu'en arrière du genou, et le lambeau ne peut être pris que sur la jambe. Ce lambeau peut avoir une forme circulaire comme dans le procédé de M. Velpeau, être taillé en demi-lune sur la partie antérieure de la jambe, ainsi que l'ont conseillé MM. Leveillé et Baudens. Il peut enfin être pris sur les côtés. Le choix entre ces deux procédés paraît à M. Bonnet assez indifférent. L'essentiel, selon ce chirurgien, c'est de choisir celui qui permet de prendre sur la jambe des parties les moins altérées.

Tumeur blanche avec abcès du genou droit durant depuis cinq ans. Trois fistules persistantes. Flexion de la jambe à angle aigu ; ankylose de la rotule avec le fémur ; luxation complète du tibia en arrière et en dehors ; désarticulation de la jambe ; suites immédiates simples. Guérison. Marche facile avec un membre artificiel.

Dans le courant du mois d'avril dernier, M. Bonnet fut appelé à donner des soins à un enfant de douze ans qui présentait la lésion suivante. Il s'agissait d'une tumeur blanche du genou droit datant de cinq années, avec abcès, ulcères au pourtour, et trois trajets fistuleux, dont le plus considérable avait son ouverture extérieure en dedans de la rotule. La jambe était fléchie à angle aigu sur la cuisse, et le tibia complètement luxé en arrière et en dehors. La rotule était intimement soudée avec le fémur, auquel les parties molles situées en bas, en avant et sur les côtés du genou, venaient fortement adhérer. Une cicatrice presque aussi étendue que la main s'était produite au côté externe du jarret. Tout redressement de la jambe était impossible, et bien que depuis un an toutes les douleurs eussent complètement cessé, du pus suintait toujours à travers les fistules mentionnées plus haut.

En présence de cette grave lésion, M. Bonnet éloigna de lui l'idée de l'amputation de la cuisse, seule ressource que la chirurgie semblait opposer à la gravité du mal. Se fondant sur les motifs que j'ai longuement développés plus haut, il se décida à désarticuler la jambe, en conservant un lambeau demi-circulaire pris au côté interne de celle-ci. Cette opération fut exécutée de la manière suivante le 2 mars 1850.

Après avoir endormi le malade, M. Bonnet tailla à la partie interne et supérieure de la jambe, c'est-à-dire en dedans et en bas de l'articulation malade, un lambeau demi-circulaire long de 8 centimètres, s'étendant de l'épine du tibia au milieu du jarret. Après l'avoir disséqué et fait relever par un aide, il ouvrit l'articulation par son côté externe, et sectionna circulairement tous les tissus jusqu'à la base du lambeau. La jambe fut alors portée dans la flexion forcée, puis dans l'extension, de manière à rompre les ankyloses fibreuses qui s'étaient formées. Grâce à ces mouvements alternatifs de flexion et d'extension, on rompit les adhérences, et la jambe put être facilement enlevée. Les condyles du fémur, à la partie antérieure desquels adhérait fortement la rotule, avaient disparu en grande partie. Rugueux et couverts de pus, ils présentaient à leur partie postérieure une cavité qui servait à loger la tête du tibia complètement luxée en arrière. Après avoir lié les principaux vaisseaux et détergé la plaie, M. Bonnet rabattit le lambeau au-dessous des condyles du fémur et vint le fixer en dehors de ceux-ci au moyen de la suture entortillée, sur laquelle il appliqua une couche de collodium.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent cette opération, la fièvre fut très modérée. Mais le 5 il survint autour de la plaie un érysipèle, qui ne put être enrayé par les frictions avec la pommade au nitrate d'argent que six jours après son apparition. Cet érysipèle, qui avait envahi toute la parti inférieure de la cuisse, ne se montra point, chose digne de remarque, sur les tissus recouverts par le collodium. A partir du 12 mars l'amélioration devint progessive ; la fièvre disparut. La plaie, qui n'avait pu se cicatriser par première intention, laissa couler un pus de bonne nature. Déjà le 14 le malade pouvait se lever et rester assis. Cet état se maintint jusqu'au 23, époque à laquelle il put quitter sa chambre sans éprouver aucun accident. Mais le 30, étant allé faire avec ses béquilles une course à neuf heures du soir, il fut saisi par le froid, qui amena une augmentation de la suppuration. Un abcès vint bientôt se faire jour au dehors en perforant la partie inférieure du lambeau. Sa cavité ainsi que la plaie furent à plusieurs reprises cautérisées avec le chlorure de zinc. Peu à peu le pus diminua, et la cicatrisation, quoique fort longue à être obtenue, était complète le 15 mai, époque où le malade prit congé de M. Bonnet, pouvant parfaitement marcher au moyen d'un membre artificiel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 septembre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Traitement des abcès par congestion au moyen des injections iodées.

M. Boinet présente un mémoire sur le traitement des abcès par congestion au moyen des injections iodées.

Après avoir rappelé les opinions généralement admises sur l'incurabilité des abcès par congestion, à cause de la difficulté de guérir la carie qui en est la cause, et à cause de l'introduction de l'air dans les foyers, regardée comme très nuisible, M. Boinet rapporte quatre observations qui prouvent qu'au moyen des injections iodées on peut obtenir à la fois la guérison de la carie et des abcès qui en sont la conséquence, et qu'en outre l'introduction de l'air dans le foyer n'offre, en aucune façon, dans ce traitement, les inconvénients qu'on s'est accordé à lui attribuer.

Voici d'abord les conclusions de ce travail :

1° On peut guérir en quelques mois, à l'aide des injections iodées, des maladies qui, le plus souvent, ne cèdent ni aux moyens locaux, ni aux remèdes généraux. Les plus graves de ces maladies sont les abcès par congestion qui reconnaissent pour cause une carie profonde.

2° Ce moyen est simple, et n'a rien qui effraie ni les malades, ni leur entourage.

L'idée première de traiter les abcès par congestion par les injections iodées remonte à 1839, et est venue à M. Boinet à la suite d'une guérison rapide d'un vaste abcès de la fosse iliaque par cette injection. De nombreux succès obtenus depuis cette époque pour des abcès chroniques de cause diverse autorisent M. Boinet à fixer l'attention des praticiens sur toutes les ressources qu'offre cette méthode appliquée au traitement de ces abcès.

Après quelques considérations générales de physiologie pathologique, M. Boinet recommande, pour pratiquer ces injections, les précautions suivantes : de ponctionner ces abcès aussitôt que la fluctuation est évidente; de le vider les plus complétement possible du pus qu'ils contiennent; de faire immédiatement une injection iodée, de la laisser quatre ou cinq minutes dans le foyer purulent, pour qu'elle le touche dans tous les points, de ne laisser sortir que la moitié ou les trois quarts du liquide injecté; enfin de revenir à de nouvelles injections tous les huit à dix jours, et aussitôt qu'une certaine quantité de pus s'est amassée, et de faire ainsi jusqu'à la guérison complète. La teinture d'iode injectée peut être pure; mais dans les vastes foyers et dans les premières injections, M. Boinet propose d'y ajouter parties égales d'eau et 4 gram. d'iodure de potassium par 100 gram. de teinture alcoolique d'iode. Cette addition a pour but de rendre plus complète la solution de la teinture d'iode. Le traitement général ne doit point être omis. Il consiste dans un régime substantiel, les ferrugineux, l'iodure de fer, l'huile de foie de morue, etc.

Les quatre faits que M. Boinet apporte à l'appui de sa méthode ont trait à des abcès par congestion, ayant un siége différent. Le premier est celui d'un malade de trente-quatre ans qui était traité depuis cinq ans pour un abcès par congestion produit par une carie de l'articulation coxo-fémorale, et qui a été guérie en huit mois. Le deuxième est celui d'une demoiselle de trente-huit ans qui a été guérie d'une carie du sacrum avec abcès après huit mois de traitement. Le troisième est celui d'une jeune fille de 21 ans, atteinte de deux abcès par congestion, produits par une carie des 3ᵉ, 4ᵉ et 5ᵉ vertèbres cervicales; enfin le dernier appartient à un enfant de neuf ans, ayant une carie de la colonne vertébrale avec gibbosité et un vaste abcès par congestion, qui contenait plus d'un litre et demi de pus. Cinq injections iodées ont suffi pour la guérir radicalement; et depuis, sa santé, qui était très compromise au moment de l'opération, s'est considérablement améliorée.

La discussion sur le mémoire de M. Boinet est renvoyée à la prochaine séance.

Laryngite compliquée chez un adulte. Trachéotomie. Guérison.

M. Larrey communique l'observation suivante :

« Un jeune soldat du 37ᵉ de ligne, d'assez bonne constitution, fut affecté en 1842, avant son entrée au service, d'une maladie syphilitique caractérisée par un chancre à la verge, et il suivit, à l'hôpital de Rouen, un traitement mercuriel qui parut le guérir complétement; mais depuis cette époque ce jeune homme devint sujet aux maux de gorge, et conserva une telle susceptibilité des voies respiratoires que, sous l'influence des causes de refroidissement les plus légères, il contracta des enrouements opiniâtres. Ainsi, en 1848, il fut atteint d'une angine pharyngée qui céda à une médication ordinaire; en 1849, la même affection reparut, et se compliqua d'ulcérations au voile du palais, aux amygdales et au pharynx. Traité à l'hôpital militaire de Strasbourg par des moyens locaux et notamment par la cautérisation, le malade se trouva encore une fois guéri. Au commencement de 1850, de nouveaux symptômes d'angine se reproduisirent et disparurent bientôt, pour se manifester enfin dans le courant du mois d'août dernier avec plus d'intensité.

» Le malade, après avoir reçu les premiers soins à l'infirmerie de son régiment, fut envoyé le troisième jour à l'hôpital du Gros-Caillou. Admis le 19 août dans mon service, dit M. Larrey, il éprouvait une gêne extrême dans la respiration, avec une toux fréquente, saccadée, suivie d'expectoration de mucosités glaireuses assez abondantes. La voix, devenue rauque, entrecoupée, était à peine intelligible. L'exploration de la gorge faisait reconnaître une atrophie ulcérative ancienne des piliers du voile du palais, de la luette et des amygdales, et une phlogose assez intense du pharynx recouvert à sa surface de plusieurs plaques pseudo-membraneuses jusque vers l'ouverture de la glotte, qui paraissait œdématiée. La pression exercée à l'extérieur du larynx y déterminait une douleur fixe, en provoquant de nouvelles quintes de toux. L'auscultation, enfin, permettait de constater vers le sommet de chaque poumon un engouement assez prononcé.

» Tel était l'état dans lequel je trouvai le malade à ma visite du lendemain matin. Il offrait les signes d'une laryngite aiguë suffocante, en partie œdémateuse, en partie pseudo-membraneuse, pouvant se lier d'ailleurs à des ulcérations syphilitiques; et cette affection complexe était déjà parvenue à un tel degré de gravité, que la seule chance probable de guérison me semblait devoir être l'opération de la bronchotomie.

» Mais, avant de la pratiquer, je réunis mes confrères de l'hôpital pour m'éclairer de leurs conseils; ils partagèrent à peu près mon avis, si ce n'est que l'opération leur parut pouvoir être différée de quelques heures ou d'un jour encore, afin de laisser une dernière chance de succès à des moyens de traitement simples.

» En conséquence, une large saignée, ayant déjà été faite, fut renouvelée, ainsi que l'application des révulsifs aux extrémités, sans résultat sensible; une potion émétisée détermina quelques vomissements salutaires en apparence, mais les accidents reparurent quelques instants après avec plus d'intensité; un vésicatoire volant placé au-devant du cou n'eut pas plus d'effet, non plus que les gargarismes astringents et même la cautérisation de l'arrière-gorge.

» A une troisième visite de la journée, vers deux heures de l'après-midi, trouvant le malade dans un état plus grave encore, atteint d'une toux suffocante avec orthopnée extrême, aphonie complète, congestion vultueuse de la face, engouement pulmonaire plus étendu, avec imminence enfin d'asphyxie, je me décidai, sans plus attendre, à pratiquer la trachéotomie.

» L'opération, faite selon la méthode ordinaire, n'offrit rien de notable, si ce n'est une hémorrhagie veineuse provenant du plexus thyroïdien. Fallait-il essayer d'arrêter cette hémorrhagie avant d'ouvrir la trachée, ou bien fallait-il passer outre et achever l'opération? Je n'hésitai pas à prendre ce dernier parti. A peine la ponction de la trachée fut-elle faite, que l'air en sortit avec violence, chassant devant lui le sang épanché dans la plaie. La section des premiers anneaux du tube aérien donna issue aussitôt à des mucosités abondantes et à quelques pellicules ou débris de fausses membranes. Une canule simple, mais assez grosse, fut immédiatement et facilement introduite dans la trachée; l'hémorrhagie se trouva dès lors arrêtée tout à fait, et l'air, en pénétrant librement dans les poumons, mit fin à tous les accidents et ramena bientôt à la vie le malheureux, qui allait expirer.

» Nous n'avons négligé aucun des soins accessoires, si essentiels cependant au succès de l'opération, tels que la surveillance permanente et le maintien de la canule, l'application d'un morceau de gaze au-devant de son orifice et la désobstruction fréquente de sa cavité, pour la débarrasser des mucosités qui tendaient à s'y accumuler. La cautérisation du pharynx fut renouvelée à plusieurs reprises, et un traitement antisyphilitique fut même prescrit dès le premier jour, moins par nécessité que par précaution. La position relevée et l'immobilité absolue étaient indiquées enfin, ainsi qu'un régime assez sévère, malgré la facilité de la déglutition.

» Le résultat le plus heureux dépassa notre attente, et dès le sixième jour (circonstance notable) la canule fut enlevée, sans qu'il fût nécessaire d'en réintroduire une nouvelle. Les accidents s'étaient donc arrêtés presque instantanément; la respiration se rétablit ensuite avec régularité, par la canule d'abord, puis sans la canule, et la phonation put s'exécuter aussi dès que l'ouverture de la trachée parut se fermer, c'est-à-dire dès le neuvième jour de l'opération. J'avais eu la précaution, du reste, de maintenir les lèvres de la plaie extérieure bien écartées, afin que la suppuration eût lieu seulement au dehors, et que la cicatrisation s'effectuât des parties profondes vers les parties superficielles. Il en fut ainsi, en effet, et aujourd'hui, vingtième jour (10 septembre), la guérison est complète.

» Cette observation me semble offrir quelque intérêt pratique, en raison d'abord de la forme insidieuse et compliquée de cette angine; en raison ensuite de sa tendance à récidiver trois années de suite; en raison enfin du succès obtenu par la trachéotomie dans un cas désespéré.

» La conséquence à tirer de cette observation serait donc, il me semble, d'appliquer, chez les adultes, un principe qui tend à se généraliser pour les enfants atteints d'angine pseudomembraneuse, à savoir, l'opportunité de la bronchotomie.»

L'heure avancée ne permet pas d'engager une discussion sur le fait que vient de communiquer M. Larrey.

DES EFFETS DU LAURIER-ROSE SUR L'ÉCONOMIE;

Par M. le docteur France, à Blidah.

Dans le numéro du 30 août de la *Gazette des Hôpitaux*, M. de Castelnau a signalé les effets toxiques des préparations du laurier-rose; il les a appuyés d'expériences nombreuses faites sur les animaux, et a rapporté avec détail une observation communiquée par M. le docteur Langlois, suivie de la relation de l'autopsie d'un homme mort à la suite de l'action de ce poison. Enfin vous citez le fait qui s'est passé sous les murs de Madrid, où plusieurs soldats seraient morts après avoir mangé du rôti dont la broche était faite avec du bois de laurier-rose.

Depuis six ans que je suis en Afrique, suivant les expéditions, j'ai souvent vu des soldats employer le bois de laurier-rose, soit comme broche pour faire rôtir leur viande, soit pour remuer leurs aliments pendant la cuisson; et bien que quelques-uns d'entre eux aient été pris de coliques, je n'ai jamais vu survenir d'accidents graves, et je n'ai pas connaissance que dans ces circonstances il ait occasionné la mort de personne.

En 1847, chargé du service médical d'un petit poste, j'ai quelquefois administré avec succès l'extrait de laurier-rose contre des fièvres rebelles du type tierce et quotidien, sans qu'il soit survenu d'accidents fâcheux ni pendant le traitement, ni après la disparition de la maladie. J'ai signalé dans le temps ce médicament à l'attention des médecins, engageant à continuer des expériences sans danger, lorsqu'elles sont faites prudemment.

Je regrette de n'avoir plus entre les mains les notes que j'avais relevées à cette époque, et qui m'auraient permis de vous donner des chiffres exacts sur les malades traités et sur les résultats obtenus. Je vous signalerai néanmoins quelques-uns des effets observés après l'injection du médicament; effets qui étaient à peu près les mêmes sur tous les individus (nausées, vomissements); quelques heures après diarrhée abondante de cinq à huit selles). L'accès suivant était généralement modifié, la période du froid diminue, la transpiration augmentée. Dose de 1 à 2 décigrammes avant l'accès. Trois doses suffisaient dans la plupart des cas.

NOUVELLES.

Par décision ministérielle du 18 septembre 1850, ont été nommés aux emplois de professeur créés à l'Ecole d'application de la médecine militaire par le décret du 9 août 1850, savoir :

Clinique médicale. — M. Maillot, médecin principal de 2ᵉ classe à l'hôpital militaire de Lille.

Clinique chirurgicale. — M. Sédillot, chirurgien principal de 2ᵉ classe à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Opérations et appareils. — M. Lustreman, chirurgien-major de 1ʳᵉ classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Hygiène, médecine légale militaire et règles administratives. — M. Champouillon, médecin ordinaire de 1ʳᵉ classe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Manipulations de toxicologie et de chimie appliquée à l'hygiène. — M. Poggiale, pharmacien-major de 1ʳᵉ classe au Val-de-Grâce.

— M. Chenu, chirurgien-major de 2ᵉ classe aux ambulances de la division d'Alger, a été nommé bibliothécaire conservateur des collections scientifiques de l'Ecole d'application de la médecine militaire.

— On écrit de Londres, le 16 septembre :

« M. Hartley, riche célibataire, qui vient de mourir à Southampton, dans le Hampshire, a légué à cette ville toutes ses valeurs de portefeuille, qui s'élèvent à la somme de 82,861 liv. st., ou 2 millions 715,525 fr., pour être employée aux progrès et à l'encouragement des sciences médicales et naturelles.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 113. (23e ANNEE.) MARDI 24 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 23 SEPTEMBRE 1850.

Nous avons publié la réponse de M. J. Personne à la revendication de priorité de M. Marchal (de Calvi) au sujet de l'huile iodée. Nous avons voulu que nos lecteurs fussent à même de juger en connaissance de cause entre notre collaborateur et son contradicteur. C'est ainsi que nous entendons les devoirs de la presse, parmi lesquels figure au premier rang la bonne foi. Voici maintenant comment M. Marchal se croit en droit de répondre à M. Personne.

De quoi s'agit-il? De savoir à qui revient l'honneur d'avoir pensé le premier à substituer à l'huile de foie de morue une huile dans laquelle l'iode se trouvât dans une proportion parfaitement déterminée. Or, de l'aveu même de M. Personne, qui déclare n'avoir pas eu connaissance des travaux de M. Marchal sur ce sujet, il suit que le mérite de cette idée appartient sans partage à M. Marchal.

M. Marchal se borne à dissoudre l'iode dans l'huile, tandis que M. Personne ajoute à cette dissolution une solution de bi-carbonate de soude: c'est purement et simplement une question de procédé. Mais l'idée première, c'est M. Marchal qui l'a eue et formulée; on ne saurait prétendre à l'en dépouiller, et nous ne pensons pas que ce puisse être désormais l'intention de M. Personne, qui est un travailleur sérieux et honorable.

Quant à la question de procédé, est-il vrai qu'il y ait une si grande différence entre l'huile de M. Marchal et l'huile de M. Personne? Mais d'abord l'huile de M. Marchal a procuré des succès, notamment le cas si remarquable de M. le professeur Champouillon. Ensuite, si l'iode était simplement dissous dans l'huile, s'il n'était pas combiné en partie au moins, il est infiniment probable que M. Marchal n'aurait pas pu administrer jusqu'à 8 décigrammes, ou même 1 gramme, sans donner lieu à une véritable inflammation de l'estomac. Enfin M. Personne lui-même admet que l'huile de M. Marchal est, pour une part au moins, identique à la sienne, puisqu'il reconnaît que c'est un composé dans lequel l'iode se trouve en partie à l'état de mélange, en partie à l'état de dissolution, en partie à l'état de combinaison.

Ainsi, l'idée première reviendrait à M. Marchal, et, quant aux deux produits, ils ne sont pas aussi différents l'un de l'autre qu'on a pu le croire.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Maladies de la peau.

De l'emploi de la cautérisation dans le traitement des maladies de la peau.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

La cautérisation a été proposée comme méthode générale de traitement dans les maladies de la peau. Si on examine en détail les divers caustiques auxquels on a eu recours et les différentes maladies dans lesquelles elle a été mise en usage, on arrive facilement à se convaincre que son emploi doit être restreint à un très petit nombre de cas, et qu'à part une ou deux indications, dans lesquelles elle rend d'incontestables services, elle est inutile ou dangereuse.

L'idée de combattre par la cautérisation des affections qui ont leur siége à l'extérieur et qui sont ordinairement très tenaces et très rebelles, remonte aux temps les plus éloignés; elle a dû jouir d'une grande faveur à une époque où les médecins, peu éclairés sur la nature des maladies cutanées, leur attribuaient un caractère de gravité qu'elles sont loin d'avoir en réalité, et les rattachaient à des causes et à des principes qu'on devait s'efforcer de détruire. On peut à ce sujet invoquer le témoignage des anciens auteurs. Pour ne citer qu'un exemple, nous rappellerons qu'une forme de sycosis, dont Pline nous a donné la description, était traitée par les caustiques.

Quoi qu'il en soit, la cautérisation, après avoir été appliquée d'une manière purement empirique, reçut dans ces derniers temps une sanction éclatante de l'usage qu'en fit Alibert, et, sous le patronage puissant de ce médecin illustre, pénétra dans les habitudes des praticiens modernes. Elle a été dès lors, et elle est encore aujourd'hui, employée à divers titres.

La cautérisation a été considérée comme un moyen abortif dans plusieurs maladies de la peau. Nous passerons très rapidement sur ce point. Nous ne croyons pas que dans l'érysipèle, dans la variole, dans le zona, la méthode ectropique, comme on l'appelle, puisse être d'aucune utilité. Au reste, elle a été depuis longtemps en partie abandonnée, et elle est aujourd'hui remplacée par un moyen qui, s'il a la même inefficacité, n'a pas du moins les mêmes inconvénients. Toutefois, nous devons le déclarer, si parmi les affections précédentes il en est une qui comporte l'indication rationnelle de la cautérisation comme moyen abortif, c'est sans contredit l'herpès zoster; mais il ne faut pas perdre de vue que l'éruption herpétique n'est jamais bornée à une seule plaque, qu'elle s'accompagne de vives douleurs, et qu'elle peut s'aggraver par l'effet d'une médication qui ajoute à l'inflammation existante, et exagère l'état de sensibilité du malade.

On s'est servi avec succès de la cautérisation pour borner l'érysipèle aux progrès duquel on a dans cette circonstance opposé une véritable barrière. Cette méthode a été suivie entre les mains de Biett de résultats remaquables; nous l'avons nous-même employée avec non moins de bonheur. Nous avons rapporté l'observation d'un érysipèle qui, après avoir parcouru le visage, le cou et la région du dos, et après avoir entretenu une fièvre de mauvaise nature, ne put être arrêté que par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Pour que cette cautérisation réussisse, elle doit être assez profonde. Lorsqu'elle ne remplit pas cette condition, l'érysipèle franchit presque toujours les limites dans lesquelles on a essayé de le circonscrire; chose facile à concevoir, si l'on réfléchit que l'inflammation érysipélateuse occupe une certaine épaisseur des tissus. Cette considération avait engagé Biett à faire usage d'un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure. Nous pensons qu'on peut épargner au malade les souffrances qu'entraîne ce mode de cautérisation, en agissant énergiquement avec le nitrate d'argent.

La cautérisation a été vantée et employée comme moyen curatif de la plupart des maladies de la peau. Lorsque ces maladies affectent la forme aiguë, elle constitue une médication vicieuse, dont l'impuissance et les mauvais effets ne se manifestent nulle part avec plus d'évidence que dans l'eczéma et dans l'impétigo. Jamais dans cette circonstance elle ne tarit l'abondance de la sécrétion; souvent elle augmente l'intensité de l'inflammation. Appliquée à l'eczéma chronique des mains, elle n'a aucune efficacité, ou du moins elle ne produit qu'une disparition momentanée de la maladie, lorsqu'elle n'entraîne pas à sa suite une aggravation réelle.

On a souvent cautérisé l'herpès præputialis à son début, soit que l'on ait confondu avec une affection vénérienne commençante les groupes de vésicules qui le caractérisent et qui se manifestent sur les divers points du prépuce et notamment à son extrémité, soit qu'on ait reconnu la nature véritable de la maladie, et qu'on ait voulu en obtenir la suppression immédiate. Cette pratique est fâcheuse sous plusieurs rapports.

L'herpès præputialis est une maladie dont la seule gravité consiste dans le retour des éruptions; elle est légère, de peu de durée, et cède d'ailleurs avec facilité aux moyens les plus simples; si on vient à la combattre par la cautérisation, on transforme en inflammation profonde une inflammation superficielle; et pour peu que l'on répète l'application du caus-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Doléaoces de l'auteur au sujet du cumul en matière de rédaction. — Pavage et macadam. — Grande solennité musicale à la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Ah çà! vous ne savez donc pas que vous êtes en république, et que le cumul est défendu? Comment! vous vouliez me cbarger du fenilleton et du premier-Paris! Me croyez-vous donc doué du don d'ubiquité pour me condamner à faire en même temps les délices du rez-de-chaussée et celles du premier étage? Et puis, à quelles méprises m'exposeriez-vous? Je serais obligé d'avoir deux sortes de plumes, la plume d'ivoire et la plume d'airain; deux sortes d'encres, l'encre azurée et l'encre noire; deux sortes de styles, le style boutonné, haut-cravaté, à la façon de M. Velpeau, et le style déshabillé, cravaté comme s'il ne l'était pas, à la façon des élèves du Conservatoire. Il s'ensuivrait que je me tromperais d'une plume à l'autre, d'une encre à l'autre, d'un style à l'autre. J'ai à écrire un article sérieux; je me figure que c'est mon jour de feuilleton, et voilà que j'accommode à une sauce infiniment trop piquante le poisson de M. Dumondezert, qui pourtant n'est pas un poisson d'avril. Un autre jour, je me figurerai, par contre, avoir à rédiger un article sérieux quand j'aurai à écrire un feuilleton; en sorte que je ferai penser quand il faudrait seulement amuser, et que je ferai rire quand il faudrait faire penser.

Que voulez-vous que je vous dise? Que ce mois de septembre est délicieux, et qu'il fait très bon dîner sur l'berbe à l'ombre des chênes? Quel plaisir cela ferait-il au pauvre praticien qui passe sa vie à parcourir les rues de Paris, au bruit des voitures qui l'étourdissent et le menacent? Ne serait-ce pas une barbarie de lui vanter les tons variés du feuillage d'automne, à lui qui, la tête baissée comme le bœuf auquel il ressemble par les rudes travaux de sa journée, n'a jamais sous les yeux que les pavés arides ou le poudreux macadam?

A propos de macadam, j'ai des raisons de supposer que cette ngénieuse importation est due à quelque oculiste napoléonien jouissant à ce titre d'un grand crédit auprès du gouvernement. Vous n'aviez peut-être vu daos ce mode de pavage qu'un moyen propbylactique contre la guerre civile en général et la barricade en particulier. C'est bien cela; mais il y a autre chose. Le macadam, à cause de la poussière qui s'en élève constamment, serait, au moins d'après le conseil de santé de Varsovie, un aimable moyen de répandre l'ophtbalmie dans la population. Quand je dis opbtbalmie, je ne pense pas qu'il n'y a plus d'opbtbalmie et que je vais cbagriner M. Velpeau. Il y a des kératites, des coojonctivites, des iritis, voire des cyclites. D'aucuns même préteodent qu'il y a une iritis postérieure, une iritis antérieure et une iritis parencbymateuse ou moyenne, et qu'une feuille de papier peut brûler par l'uoe ou l'autre de ses faces et par le milieu distinctement. Et voilà pourquoi votre fille.... Je me trompe. Voilà pourquoi je suppose que le macadam parisien est dû à une haute influence oculistique. Toujours est-il qu'à Varsovie l'autocrate, qui voit assez clair, à ce qu'il paraît, pour n'avoir pas besoin de faire sa cour aux oculistes, a ordonné que le macadam fût remplacé par les pavés, juste au moment où le peuple le plus spirituel de la terre, en baine de ces pavés révolutionnaires auxquels il doit la liberté, l'égalité et la fraternité, procède à une substitution inverse. Lequel est le barbare du czar Nicolas ou de M. Bineau, notre ministre des travaux publics? C'est ce que l'avenir nous apprendra. M. Desmarres doit avoir une opinion là-dessus. Vous pourriez lui en toucber deux mots de ma part. Le cas est plus grave que vous n'avez l'air de le croire. Il s'agit de savoir, en effet, si l'on n'a pas entrepris — horresco! — d'aveugler le peuple parisien pour en avoir plus facilement raison et faire une position sortable à quelque prétendant de la race canioe. Oo ne saurait être trop prévoyant et trop défiant dans le temps où nous vivons.

A propos, mon cher confrère, comment n'avons-nous pas parlé, vous ou moi, de la solennité musicale qui a eu lieu, il y a quelque temps, à la Faculté de médecine dans le grand amphitbéâtre, *magno cum plausu*, en présence d'un nombre considérable d'auditeurs, avec la permission des autorités et l'assentiment du doyen? Et à ce sujet n'admirez-vous pas la destinée de notre Ecole, toujours gouvernée depuis si longtemps par des virtuoses? La Faculté à cet égard, non plus que sous les autres rapports, n'a point décbu en passant des mains de M. Orfila à celles de M. Bérard: et de toutes façons c'était bien difficile. Il n'y a que M. Bouillaud qui n'aimait pas l'harmonie; encore je n'en voudrais pas jurer.

Mais revenons à notre solennité, qui était *médico-musicale*, comme on va bien le voir. Et, en effet, on a joué dans cette solennité une sorte d'opéra ou d'oratorio, je ne sais trop comment dire, dont les paroles sont d'un médecin qui a jeté la lancette aux orties, et dont la musique a été composée par un professeur du Conservatoire, M. Elwart, d'après le système d'un autre médecin, M. le docteur Chevé, homme de savoir et d'imagination, lequel aurait fait volontiers un tambour de basque avec le parchemin de son diplôme, s'il fût entré dans ses idées d'employer des instruments, même un instrument aussi élémentaire, dans ses symphonies. M. Chevé, effectivement, est l'auteur d'un système musical dans lequel les voix accompagnent le chant au lieu des instruments. Aiosi, un solo se détache et s'élance d'un fond mélodique de voix bumaines formant un ensemble doux ou terrible de sons ioarticulés. C'est là une entreprise hardie à laquelle le succès n'a pas manqué. Maintenant, comment M. Chevé, qui était un excellent professeur d'anatomie, a-t-il abandonné le scalpel pour le bâton de cbef d'orchestre, et de maître s'est-il fait *maëstro*? Comment M. le docteur Eugène Villemin (c'est l'auteur des paroles ou du *libretto*) a-t-il quitté la médecine pour la poésie? Hélas! vous pouvez répoodre comme moi à ces questions. Elle est si aride, cette profession médicale qui demande tant d'efforts, tant de persévérance, qui commence par le dégoût pbysique à l'ampbithéâtre, et fioit par le dégoût moral dans la pratique! Elle est si dure au plus grand nombre de ceux qui l'embrassent, qu'à la moindre fissure, au moindre jour, beaucoup d'entre eux se hâtent de tenter d'autres voies! Il me serait difficile de vivre plus médiocrement avec autant de fatigues; voilà le raisonnement qu'ils se font, et l'on ne peut que leur souhaiter meilleure chance dans cette mer nouvelle où se trouve la frêle barque qui les porte avec l'espérance, leur seule fortune! Chantez, pauvres confrères, et que Dieu vous tienne compte des larmes qui sont au fond de vos chants, des ronces qui sont parmi vos fleurs! A propos de fleurs, je ne dois pas oublier de vous dire que M. Villemin est l'auteur d'un herbier poétique que je vous engage à lire si vous voulez passer quelques instants agréables et connaître un cbarmant esprit. *Vale.*

On écrit de New-York, le 7 septembre:

Le steamer *Panama* est arrivé de San-Francisco (Californie) à Panama avec 2 millions 300,000 dollars en poudre d'or et un grand nombre de passagers. Pendant le trajet, le cboléra s'est déclaré à bord et a fait les plus grands ravages. On assure qu'il y a eu plus de 100 morts. Tous ceux qui ont été attaqués par l'épidémie ont mmédiatement succombé.

tique, on augmente l'intensité et on favorise la persistance du gonflement, l'inconvénient le plus sérieux de l'affection.

Une des formes d'herpès contre lesquelles on a le plus souvent et le plus à tort dirigé la cautérisation, est l'herpès circinné, maladie légère et d'une guérison facile, qui par une singulière prédilection atteint les femmes, les enfants et les jeunes filles, surtout au visage, où elle apparaît sous forme d'un point très limité, et donne bientôt naissance à un véritable cercle qui va s'élargissant sans cesse, et peut ainsi comprendre une surface d'une grande étendue. Ce mode de progression est sans doute une des raisons qui engagent le plus ordinairement à avoir recours aux caustiques. On s'effraie des progrès du mal, et on oublie que la portion de peau renfermée dans les limites de l'anneau herpétique est demeurée parfaitement saine; il arrive alors que la cautérisation est superficielle ou qu'elle est profonde. Dans le premier cas elle est inutile; dans le second elle laisse une cicatrice, qui tantôt est permanente et tantôt dure des années entières, ou ne devient apparente que dans certaines circonstances. Nous avons connu une jeune fille sur le front de laquelle se dessinait un cercle rouge, très vaste et très marqué, toutes les fois qu'elle venait à rougir.

La persistance des affections squameuses en général et du psoriasis en particulier a conduit quelques praticiens à faire usage de la cautérisation. Cette méthode est constamment ici d'une inutilité absolue. Du reste, on conçoit aisément que des maladies générales et constitutionnelles, telles que le psoriasis et la lèpre vulgaire, ne puissent être guéries par un traitement local. Ajoutez que dans ces sortes d'affections l'éruption se borne très rarement à un petit nombre de plaques et n'est par conséquent susceptible que d'une cautérisation partielle. Mais à quelque degré que l'on restreigne l'application des caustiques, qu'on agisse d'une manière profonde ou superficielle, on tombe inévitablement dans les inconvénients que nous venons de signaler à propos de l'herpès circinné, inconvénients d'autant plus fâcheux que ce sont presque toujours des plaques situées sur le visage ou sur les mains qu'on essaie de faire ainsi disparaître. Nous avons publié l'histoire d'un médecin qui consentit à se laisser cautériser à la face, et chez lequel l'opération fut suivie d'abcès qui mirent son existence en danger.

Parmi les maladies contre lesquelles on a le plus fréquemment préconisé et employé la cautérisation, il faut citer celles qui ont leur siége dans les follicules pileux ou sébacés de la peau, le sycosis et l'acné. Les objections qui se présentent ici sont d'une nature beaucoup plus grave que toutes celles qui ont été élevées jusqu'à présent. Nous n'avons pas besoin de rappeler que les deux affections dont il est question consistent dans la lésion d'organes plus ou moins profondément situés dans l'épaisseur de la peau. S'il en est ainsi, les glandes sébacées aussi bien que les conduits pilifères devront échapper à l'action des topiques destinés à les atteindre; aussi voit-on une augmentation de la maladie, des nodosités et des engorgements être la conséquence de cette médication irrationnelle. C'est surtout dans l'acné sebacea que surviennent les effets les plus fâcheux.

L'acné sebacea est une maladie qu'on rencontre souvent au visage, où elle est ordinairement limitée à un espace peu étendu, et où elle s'accompagne de croûtes noires qui lui donnent une certaine ressemblance et la font quelquefois confondre avec le noli me tangere. Cette méprise, non moins que la méthode de traitement qui consiste à combattre l'acné par des cautérisations répétées, a pour effet de transformer une maladie légère en une maladie incurable, comme nous avons eu occasion de l'observer plusieurs fois. Un des faits qui nous ont le plus frappé est celui dont nous a offert l'exemple une jeune femme polonaise d'une grande beauté. Cette femme portait à l'extrémité du nez un acné qui de temps en temps donnait naissance à une croûte noirâtre et dure, mais facile à enlever. Elle consulta tour à tour plusieurs médecins de Vienne, et rencontra un chirurgien qui jugea convenable d'avoir recours à un caustique très actif, dont nous ignorons la composition exacte, et dans lequel entrait comme élément principal le bichlorure de mercure. Les tissus interposés aux follicules furent détruits et le nez prit un aspect qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celui d'une écumoire. La surface dénudée était parsemée par une multitude de petits pertuis qui livraient passage à de la matière sébacée, et n'étaient autre chose que l'orifice des conduits folliculaires distendus.

On voit par les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer que la cautérisation n'est applicable qu'à un petit nombre de maladies de la peau. Nous pouvons dès maintenant poser en règle générale qu'elle convient exclusivement à celles qui tendent à détruire les tissus; or le lupus et les maladies syphilitiques sont à peu près les seules affections du tégument cutané qui possèdent ce caractère.

L'emploi de la cautérisation doit être considéré comme un tort très-grave dans les syphilides qui n'ont pas de tendance à détruire, puisqu'on applique un traitement local à une maladie qui est l'expression d'un état général et réclame un traitement général, et que d'un autre côté on s'efforce d'obtenir une cicatrice qui se serait formée spontanément. Quand les syphilides tendent à détruire les parties où elles ont leur siége, comme leur tendance est le résultat d'un principe qui n'a rien de local et qui échappe entièrement à l'action des caustiques, la cautérisation ne fait que venir en aide au génie destructeur de la maladie. Ainsi les seules affections de la peau contre lesquelles on puisse, d'après des vues théoriques, diriger ce mode de traitement, se réduisent aux diverses variétés du lupus. Quelles méthodes de cautérisation et quelles sortes de caustiques doivent être employés? Cette question est très complexe et mérite de la part des praticiens d'être l'objet d'une sérieuse attention.

On a eu recours à une foule de caustiques dans les maladies de la peau. Les passer tous en revue serait ici sans utilité comme sans intérêt; nous nous bornerons donc à parler des principaux et à examiner l'opportunité de leur application, dans les limites auxquelles elle a été restreinte, suivant l'âge du malade, la nature, le siége et les autres conditions de la maladie. On conçoit à l'avance qu'il n'est pas indifférent de faire usage de tel ou tel caustique dans un cas déterminé. Si, par exemple, il s'agit de cautériser, chez un enfant ou chez une jeune fille, une de ces plaques de lupus qui ont peu d'étendue et qui peuvent rester stationnaires pendant plusieurs années, on n'aura pas recours aux agents dont on se sert habituellement pour arrêter les progrès de lupus qui ont détruit une grande partie de la face.

On peut donner aux caustiques différentes formes : ils sont solides ou liquides; ils constituent des pâtes ou des poudres.

Les caustiques solides sont à peu près exclusivement représentés par le nitrate d'argent; il a été employé dans l'acné et le sycosis. Nous avons assez longuement insisté sur les inconvénients attachés à son action pour qu'il soit inutile d'y revenir une seconde fois. Il sert tous les jours à borner les progrès de l'érysipèle, et suffit lorsqu'on a le soin de tenir compte de la précaution que nous avons indiquée.

Les caustiques pulvérulents peuvent rendre de bons services. Nous n'avons pas à nous occuper des poudres arsenicales, que l'on n'applique jamais qu'après les avoir converties en pâtes; mais nous devons recommander d'une manière toute spéciale la poudre de Dupuytren comme un des meilleurs caustiques auxquels on puisse avoir recours dans l'une des circonstances auxquelles nous venons de faire allusion. Lorsque chez des enfants de deux ou trois ans ou chez des jeunes filles dont les tissus sont mous et la peau très fine l'on a affaire à l'une de ces plaques de lupus érythémateux dont la largeur égale tout au plus celle d'une lentille, dont l'apparence est bénigne et les progrès insensibles, qui ont pour caractère de conserver le même aspect et la même étendue pendant un temps très long, quelquefois pendant des années entières, pour exercer ensuite les ravages les plus rapides, il faut choisir un caustique qui soit assez énergique pour faire disparaître le mal au moyen d'un petit nombre d'applications et qui soit assez peu douloureux pour convenir à l'âge du malade et ne pas provoquer les plaintes ou les alarmes des personnes qui l'entourent. La poudre de Dupuytren présente ce double avantage. Elle consiste en un mélange de calomel et d'acide arsénieux, dans lequel ce dernier agent entre pour la proportion d'un à deux centièmes. De même que toutes les poudres, elle ne peut être placée que sur une surface humide : on dénude la partie malade au moyen d'un vésicatoire et on la recouvre d'une couche de poudre de quelques millimètres d'épaisseur; la douleur qui se produit n'est pas très vive; il se forme une croûte dure et résistante, qui, dans l'espace de quinze jours, de trois semaines ou d'un temps plus considérable, tombe d'elle-même et laisse à découvert une cicatrice de bonne nature lorsque la cautérisation a été assez profonde. Il est ordinairement nécessaire de renouveler plusieurs fois l'application du caustique.

Nous devons établir ici une règle générale qu'il importe de respecter toutes les fois qu'on pratique la cautérisation en vue de guérir le lupus : il ne faut jamais céder à l'impatience des malades ou des parents et hâter la chute des croûtes si on vient à les détacher lorsqu'elles sont dures et adhérentes aux tissus sous jacents, alors qu'aucune trace de sécrétion ou qu'aucune espèce de mobilité n'indique leur élimination prochaine; on trouve au dessous d'elles une surface légèrement exulcérée, sur laquelle on est contraint plus tard de placer une nouvelle couche de caustique.

Tel est le premier degré de la cautérisation dans le lupus.

La poudre de Vienne, qu'on transforme ordinairement en une pâte semi-liquide, rend de grands services dans les cas où le *noli me tangere*, envahissant les cartilages et les os du nez, donne lieu à des excavations et à des anfractuosités dans lesquelles un pinceau imprégné de liquide ne peut pénétrer. On parvient, en projetant quelques pincées de poudre, à arrêter les progrès de la maladie pour un temps quelquefois assez long.

Les caustiques sous forme de pâtes sont, sans contredit, ceux dont on a fait le plus fréquent usage dans ces derniers temps; il en est trois seulement que l'on doive appliquer au traitement des maladies de la peau. Le plus actif de tous, au point de vue des résultats thérapeutiques, est la pâte arsenicale. Elle consiste généralement dans un mélange d'acide arsénieux et de sulfure de mercure, auquel on ajoute une poudre inerte; ce mélange se présente sous l'aspect d'une poudre rouge qu'on délaie au moyen d'une spatule avec une certaine quantité d'eau, et qu'on dépose en couches d'un ou deux millimètres. Le caustique peut être indifféremment placé sur des surfaces non dénudées et sur des surfaces ulcérées. On préfère ordinairement le dernier mode d'application, soit parce que l'action locale est plus grande, soit parce qu'à cette action locale se joint une action générale due à l'absorption du composé arsenical. On a vu cette pratique être suivie d'accidents d'empoisonnement; aussi doit-on éviter d'étendre la pâte sur une trop grande étendue. Une autre raison qui ajoute encore à l'importance de cette précaution, c'est que l'application de cette pâte est très douloureuse et donne naissance à des érysipèles dont la gravité est plus apparente que réelle, mais qui néanmoins sont des complications fâcheuses, surtout à la face, où ils ont le plus habituellement leur siége.

L'eschare qui se forme est d'abord rougeâtre, elle prend ensuite une couleur noire; elle ne présente, du reste, rien de particulier, et laisse ordinairement après elle une cicatrice de bonne nature.

On a pendant quelque temps renoncé à l'usage de la pâte arsenicale, sans doute à cause des empoisonnements, d'ailleurs très rares, dont elle peut devenir la source, et on l'a remplacée par le nitrate acide de mercure; quoi qu'il en soit, ces deux caustiques conviennent dans les formes les plus graves du lupus, dans celles qui détruisent en surface et se caractérisent par des ulcérations fongueuses et de mauvaise nature. Il semble que, dans cette circonstance, le caustique doive exercer à la fois une action locale et une action générale; or le nitrate acide de mercure, aussi bien que la pâte arsenicale, jouit de la double propriété de produire un effet topique d'une part et, de l'autre, un effet général consécutif à son absorption dont la salivation est, nous devons le dire, le résultat le plus certain.

Le nitrate acide de mercure occasionne de vives douleurs, il fait naître une eschare qui passe de la couleur blanche à la couleur jaune.

La pâte de chlorure de zinc est un mélange à parties égales de chlorure de zinc et de farine, dont on peut modifier les proportions suivant le degré d'activité que l'on veut donner à la cautérisation. On obtient, en ajoutant à ce mélange une légère quantité d'eau, une pâte assez solide que l'on taille en morceaux, et dont on fait usage dans les variétés de lupus caractérisées par des indurations tuberculeuses. Il suffit d'appliquer une couche de deux ou trois millimètres sur le point limité qu'il s'agit de détruire, pour qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure se forme une croûte dont l'apparition est suivie d'une inflammation assez vive, très propre à résoudre l'intumescence du tissu cellulaire qui accompagne la présence des tubercules.

Nous ne parlerons pas des précautions qu'exige l'emploi de la pâte de Vienne, caustique à la fois très énergique et très douloureux. On doit la laisser appliquée pendant l'espace de six à dix minutes; elle donne lieu à une eschare molle et noirâtre. Il est rare qu'on en fasse usage dans des cas de lupus du visage, à moins que l'on n'ait à détruire un tubercule unique, résultat que l'on pourrait d'ailleurs atteindre à l'aide de tout autre moyen. C'est surtout dans les lupus des membres, lupus qui se font remarquer par des tumeurs hypertrophiques de plusieurs centimètres et qui occupent de préférence la partie supérieure de la cuisse, que la pâte de Vienne est d'un usage avantageux.

Le nitrate acide de mercure est, parmi les caustiques liquides, celui qui a joui de la plus grande vogue dans ces dernières années. Nous avons précisé les cas dans lesquels il peut être employé avec fruit.

L'huile animale de Dippel est un caustique ou plutôt un cathérétique très léger, s'il est permis de le désigner ainsi, qu'on doit préférer toutes les fois que le lupus s'accompagne d'une congestion passive et d'une ulcération qui a une grande tendance à envahir les parties voisines. En pareille circonstance, l'application d'un caustique trop actif augmente infailliblement l'étendue des parties dénudées; l'huile de Dippel permet de guérir les ulcérations et de faire succéder une congestion active à l'hypérémie passive, sans favoriser la marche destructive de la maladie. Nous pouvons offrir, comme un exemple remarquable, les résultats que nous avons obtenus chez une jeune fille entrée depuis quelque temps seulement dans nos salles : les lèvres de cette malade étaient, dans tout leur pourtour, occupées par des exulcérations baveuses et de mauvaise nature; les parties voisines étaient le siége d'un grand nombre d'hypertrophies partielles et d'une hypérémie passive qui s'annonçait par la coloration violette et l'état de tension très prononcé de la peau. Aujourd'hui la surface des ulcérations est détergée, les téguments ont presque entièrement perdu la couleur et la turgescence qu'ils avaient d'abord.

Il nous reste à dire quelques mots d'un caustique que nous employons dans un état de consistance voisin de celui qui appartient aux caustiques en pâte, nous voulons parler du bi-iodure de mercure. Il est indiqué dans les cas de lupus caractérisés par la présence en nombre plus ou moins grand, avec hypertrophie plus ou moins considérable, de tubercules isolés. L'expérience nous a appris que, dans cette circonstance, il suffisait de déterminer une légère inflammation, de changer, comme on dit, la vitalité des tissus, pour produire des effets curatifs préférables de beaucoup à ceux qui suivent l'application des escharotiques les plus actifs. Nous avons été ainsi conduit à toucher l'extrémité des tubercules avec le chlorure de zinc liquide; cette opération a été suivie d'une sorte d'inflammation érysipélateuse et, ultérieurement, de la résolution des tumeurs.

Les succès ainsi obtenus nous ont donné l'idée de faire usage du bi-iodure de mercure; la forme sous laquelle nous l'appliquons ordinairement résulte d'un mélange fait dans les proportions suivantes :

Bi-iodure de mercure.	2	parties.
Huile d'amandes douces.	2	—
Axonge.	1	—

Sans détruire les tissus, le bi-iodure de mercure procure la disparition graduelle des tubercules; il a l'avantage de ne pas donner naissance à des cicatrices plus difformes que celles qui succèdent à la guérison naturelle de la maladie. Indépendamment de l'action locale qu'il exerce et qui consiste dans une inflammation résolutive, on peut lui supposer une action générale consécutive à l'absorption du bi-iodure de mercure. Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'efficacité des préparations iodurées, toutes les fois qu'il existe des tumeurs, des indurations, des hypertrophies, est un des faits thérapeutiques les mieux démontrés; on sait, par exemple, que l'iodure de mercure agit d'une manière très différente dans les syphilides, qui sont les mêmes sous le rapport de leur principe et de leur cause, selon les diverses formes qu'elles peuvent affecter : c'est ainsi que, sous l'influence du bi-iodure de mercure, les progrès des syphilides tuberculeuses se trouvent arrêtés dans l'espace de vingt-quatre heures.

Quoi qu'il en soit, nous employons aussi le bi-iodure de mercure dans une forme de lupus dont nous avons déjà fait mention, dans l'érythème centrifuge; là encore, sans déterminer d'ulcération ou de solution de continuité d'aucune espèce, il donne une cicatrice qui ne se forme pas aux dépens des tissus restés sains.

En terminant ce sujet, il nous reste à signaler d'une manière générale les précautions qui doivent présider à l'application des caustiques suivant l'âge des malades, le siége, l'étendue de la maladie et une foule d'autres circonstances qu'il est du ressort de la chirurgie d'indiquer.

HOPITAL COCHIN. — M. Maisonneuve.

Nécrose invaginée du corps entier du tibia. Incisions hâtives. Extraction prompte et facile.

La nécrose invaginée des os longs, surtout quand elle envahit toute leur épaisseur et une portion considérable de leur longueur, est une maladie grave, d'une durée très longue, et pour laquelle la chirurgie conseille des opérations laborieuses et difficiles.

M. Maisonneuve a pensé que l'on pouvait abréger considérablement la durée de cette affection, et par conséquent mettre le malade à l'abri de la plupart des accidents auxquels elle expose, en suivant une marche tout à fait opposée à celle que recommandent les auteurs classiques.

En effet, tous les auteurs prescrivent rigoureusement de temporiser le plus possible, de laisser à la nature le temps de reconstituer un os nouveau autour de l'ancien, de donner à cet os une solidité parfaite, et cela dans la crainte de voir s'infléchir l'os nouveau peu solide encore, ou bien dans l'espérance de voir le séquestre s'amoindrir et même se frayer spontanément une issue.

M. Maisonneuve pense que ces craintes et ces espérances sont aussi chimériques les unes que les autres; car, en supposant que l'os de nouvelle formation n'eût pas au moment de l'extraction du séquestre toute la solidité désirable, un simple appareil contentif suffirait toujours pour s'opposer à son affaissement; d'une autre part, les cas dans lesquels on a vu les séquestres se dissoudre ou se frayer une issue sont tellement rares, qu'il n'est pas prudent d'y compter.

M. Maisonneuve pose en principe:

Que l'extraction du séquestre doit être faite le plus tôt possible.

Il ne craint pas de mettre ces séquestres à découvert avant leur entière élimination.

Voici les raisons sur lesquelles il se fonde:

1° La nécrose n'a pas ordinairement d'emblée toute l'étendue qu'elle acquiert ultérieurement. L'incision du périoste est un des moyens les plus puissants de l'arrêter.

2° La suppuration qui se forme profondément produit souvent, avant de se faire jour au dehors, des désordres considérables. On prévient ces désordres en donnant, par une large incision, une libre issue au pus.

3° La séparation des séquestres s'opère bien longtemps avant que l'os de nouvelle formation ait acquis un grand développement. On peut même dire que le séquestre est isolé dès qu'une couche osseuse, même très mince, s'est déposée autour de lui.

4° Avant l'entière consolidation de l'os nouveau, le bistouri seul peut suffire pour la division; il n'est point nécessaire de pratiquer des résections au moyen du trépan et autres instruments compliqués.

5° Tant que l'os nouveau n'est point encore très avancé, les séquestres les plus volumineux et les plus irréguliers peuvent être facilement extraits de son canal intérieur, dont les parois encore flexibles se prêtent à cette manœuvre, tandis que plus tard l'extraction constitue une opération laborieuse et difficile.

6° Enfin, l'extraction hâtive du séquestre se faisant alors que le malade n'est point encore épuisé par les souffrances et par la suppuration, la guérison s'opère avec promptitude.

C'est en vertu de ce principe que M. Maisonneuve a procédé à l'opération que nous allons rapporter.

Le malade est un enfant de dix à onze ans. Il se nomme Pillet (Léon-Ernest). Il est né à Champlan (Seine-et-Oise).

Il fit une chute de deux mètres de hauteur au mois de mai 1850; il ne tarda pas à ressentir dans la jambe gauche une douleur sourde qui prit bientôt une intensité extrême et s'accompagna d'une tuméfaction diffuse, manifeste surtout vers la face antérieure dans la région du tibia. Vers la fin du mois, la suppuration se fit jour par deux orifices placés à 3 centimètres de distance au niveau de la partie moyenne et antérieure de la jambe; cette suppuration continua à couler très abondamment jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital Cochin le 3 juin 1850.

La jambe gauche avait alors un volume double de celui de la jambe droite. Le tibia était évidemment gonflé dans toute sa diaphyse; les téguments correspondants étaient rouges et sensibles à la pression. On y voyait, vers la partie moyenne de la jambe, deux orifices fistuleux par lesquels le stylet pénétrait facilement sur le tibia dénudé.

Pendant plusieurs semaines, M. Maisonneuve eut l'espoir d'arrêter les progrès de la nécrose au moyen d'un traitement antiphlogistique; mais, les accidents n'ayant pas cédé, M. Maisonneuve se décida, le 16 août, à faire au niveau de la partie moyenne du tibia une incision de 8 centimètres de longueur.

Cette incision mit à découvert une portion de la face antérieure du tibia nécrosé. On ne put d'abord constater la mobilité du séquestre. Aussi pansa-t on la plaie simplement pendant plusieurs jours. Mais, le 4 septembre, M. Maisonneuve reconnut en explorant la plaie que l'impulsion exercée dans le sens de la longueur du séquestre déterminait une mobilité évidente.

Il se décida immédiatement à en faire l'extraction. La plaie déjà existante à la partie antérieure de la jambe fut prolongée en avant et en bas jusque près des extrémités de l'os; elle intéressa les téguments d'abord, puis une couche osseuse mince, rudiment de l'os nouveau, en train de formation.

Le séquestre put alors être saisi et extrait, non sans quelque difficulté, à cause de son étendue.

Après son extraction, on reconnut qu'il représentait la diaphyse presque entière du tibia avec son canal médullaire.

La plaie fut ensuite pansée à plat, et maintenant elle marche rapidement vers la guérison.

L'os nouveau, qui n'était encore que rudimentaire, acquiert chaque jour de la consistance. Le malade peut déjà s'appuyer sur le pied du côté malade. La guérison est assurée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 septembre 1850. — Présidence de M. Trousseau.

M. Valleix fait un rapport sur le mémoire de M. Aran; mémoire lu à la dernière séance, et qui traite de l'atrophie musculaire progressive. Le rapport conclut à l'admission de M. Aran comme membre de la Société.

M. A. Becquerel lit une note sur l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la fièvre typhoïde (sulfure noir de mercure et frictions mercurielles) d'après la méthode de M. Serres. Nous avons donné le résumé et les conclusions de ce mémoire dans notre numéro du 14 septembre. Nous ne reproduisons ici que la discussion à laquelle a donné lieu la lecture de ce travail.

M. Martin-Solon. En définitive, le nouveau mode de traitement essayé par M. Becquerel ne s'oppose en aucune façon à la terminaison la plus funeste de la fièvre typhoïde, puisque nous voyons qu'un de ces malades a succombé à l'accident que nous redoutons avec juste raison, à la perforation intestinale; et cependant, le traitement par les mercuriaux est un traitement presque exclusivement local. Je ne suis donc nullement émerveillé des résultats qu'il a pu obtenir, d'autant qu'on a employé concurremment une série d'autres moyens dits adjuvants, et auxquels, pour mon compte, j'attache une certaine importance.

M. Becquerel. Je n'ai eu, en commençant ces essais, ni idées préconçues, ni même d'idées théoriques. La salivation, dans ce traitement, joue un grand rôle. Je n'ai fait, du reste, en poursuivant ce travail, que suivre les idées et les indications de M. Serres. Je dois ajouter que dans dix autres cas je n'ai pas eu un seul mort. Il se trouverait donc, dans la proportion complète, un seul mort sur vingt-cinq cas de fièvre typhoïde. Je ne prétends pas dire, en définitive, que les mercuriaux soient le spécifique de la fièvre typhoïde.

M. Marotte. Ce n'est pas tant le nombre de cas qu'il faut examiner que la série des maladies sur lesquelles on a expérimenté, et il est très évident que, dans l'état actuel de la constitution médicale régnante, les fièvres typhoïdes sont peu graves et se terminent généralement par la guérison. J'ai employé parallèlement une série de moyens très différents dans des cas de fièvres typhoïdes graves, et la guérison est arrivée dans la plupart des cas. Je ferai remarquer, en outre, que le médicament a été expérimenté sur des sujets très jeunes, et dans des conditions de réussite par conséquent aussi favorables que possible.

M. Legroux. Si l'on ne devait, à l'aide du traitement proposé, ne perdre qu'un malade sur vingt-cinq, l'emploi de ce moyen serait des plus encourageants; mais je vois qu'on ne s'est pas contenté d'employer les moyens adjuvants, mais que l'on a prescrit la glace, l'eau de Seltz, qui sont loin d'être des adjuvants, puisque certains médecins n'emploient pas d'autre médication. Il est très certain que dès les premiers jours, la fièvre est notablement diminuée par l'emploi de la glace.

M. Gendrin. Pendant toute la durée du cours de clinique que j'ai fait cette année, je n'ai perdu que deux malades de la fièvre typhoïde. Je n'ai pas employé d'autre moyen que la médication expectante. Je ferai remarquer que dans deux cas graves on a été obligé d'employer les antispasmodiques, et que les frictions mercurielles n'ont été faites qu'à la période de déclin de la maladie. Il est possible que les frictions mercurielles aient eu quelque influence sur les taches rosées; mais je ne vois pas qu'elles aient eu la même action sur les pétéchies qui caractérisent véritablement le typhus. On a porté généralement un pronostic grave sur les fièvres typhoïdes qui ont été soumises à l'expérimentation; mais ce pronostic a-t-il été bien basé sur l'état des symptômes; car, en définitive, cette année et l'année dernière, les fièvres typhoïdes ont été d'une bénignité remarquable. J'ajouterai, en terminant, que le sulfure noir de mercure est un médicament à peu près inerte, qu'il y a une centaine d'années on l'administrait à haute dose de 2 grammes, et concurremment avec des antispasmodiques.

M. Becquerel. L'action du sulfure noir de mercure doit être mise hors de doute. Elle a été constatée dans les fièvres puerpérales; et dans d'autres cas, les effets de salivation, de purgation ont été constants. Dans les expériences que j'ai faites, la salivation a été constante au bout de six jours. Je n'ai choisi, pour faire ces expériences, que des cas graves. J'ai rejeté les cas légers, et la forme de la maladie m'a suffi pour établir mon diagnostic. Je ne puis présenter ici toutes les observations que j'ai recueillies, mais tous les malades ont eu des taches rosées. Je le répète, ce sont des cas de choix. Ces expériences ont été faites au moment de la clinique, et en présence d'élèves qui ont pu choisir sur ce point leurs sujets de thèses. Ces faits ont donc une grande authenticité.

M. Béhier. Je regrette que, dans la note que nous a lue M. Becquerel, il n'ait pas parlé de l'action et de l'emploi du calomel dans la fièvre typhoïde. J'ai expérimenté ce médicament d'une manière particulière, et il m'a donné les résultats que l'on vient de citer, c'est-à-dire la salivation, qui m'a fourni d'assez bons effets. Si l'on établissait entre ces deux agents quelque terme de comparaison, je crois que l'avantage resterait au calomel. Quant aux taches rosées, je dirai que notre regrettable collègue M. Boudet a porté un examen minutieux sur leur durée, leur marche, etc., et qu'il a remarqué qu'en définitive elles n'avaient souvent que vingt-quatre heures de durée, et qu'elles disparaissaient toujours avant les trente-six heures. Il est donc inutile d'attacher une grande importance à la disparition des taches, et de croire surtout à l'influence des frictions mercurielles sur leur manière d'être.

M. Becquerel. Je n'ai fait que constater la disparition des taches, voilà tout. J'ai fait, à cet égard, quelques expériences comparatives, et j'ai constaté que les taches frictionnées disparaissaient, tandis que celles qui ne l'avaient point été étaient persistantes.

M. Trousseau. Nous avons eu dans le service de l'Hôpital des Enfants jusqu'à onze fièvres typhoïdes, et une seule a succombé le dix-septième jour. L'intestin offrait une perforation qui a amené la mort; toutes les autres ont guéri. L'année précédente, j'ai été moins heureux, quelque traitement que j'aie pu employer.

M. Becquerel. Je n'ai pas pris tous les cas que j'ai observé; j'en aurais eu cinquante. J'ai pris seulement les cas graves, sinon j'aurais eu un mort sur cinquante.

M. Delasiauve. Les fièvres typhoïdes offrent, en effet, de véritables séries heureuses ou malheureuses. En 1804, malgré une épidémie remarquable par la gravité des symptômes qui se présentèrent, la mortalité fut excessivement peu considérable. L'année suivante, la même épidémie se manifesta, et les deux tiers des malades succombèrent. Les cas sont généralement moins graves en été qu'en hiver.

M. Béhier fait remarquer qu'il y a eu à l'hôpital de Bon-Secours des fièvres typhoïdes très graves, et que presque toutes ont guéri facilement.

M. Valleix. Je ne pense pas qu'on puisse adopter les conclusions de M. Becquerel telles qu'il les a admises. On ne peut pas dire que sur quinze cas il n'y a eu qu'un seul cas de mort, mais seulement le supposer; car si la mortalité vient à changer au seizième cas, la statistique devra être modifiée; il vaudrait mieux dire que sur quinze fois on a eu quatorze guérisons; et pour conclure, il faudrait attendre l'expérience de plusieurs années.

OBSERVATION D'UN CAS D'ENCLAVEMENT DE LA TETE,

Par M. Barnetche.

Au mois de mai 1849, M. Barnetche fut appelé auprès d'une femme en travail depuis trois jours, et qui n'avait pu encore être délivrée. Elle avait déjà eu un premier accouchement très laborieux.

Cette fois les eaux étaient écoulées depuis plus de vingt-quatre heures, l'enfant mort, la femme extrêmement affaiblie. On avait tenté sans succès la version. La tête, immobile, n'avait pu ni être refoulée en haut, ni amenée dans l'excavation pelvienne. Pouls fréquent, mou; facies altéré; peu de douleurs utérines.

L'examen que fit M. Barnetche confirma à ses yeux les inquiétudes qu'un autre médecin et une sage-femme, appelés avant lui auprès de la malade, avaient déjà exprimées. L'utérus était oblique, couché presque transversalement, de droite à gauche, dans l'abdomen. L'orifice du col regardait presque entièrement à gauche et transversalement. Le doigt reconnut la présence du front à gauche et à peu près en travers; toutefois il regardait un peu en avant, mais ne dépassait pas l'éminence iléo-pectinée. L'occiput répond en arrière et à droite, à peu près à la symphyse sacro-iliaque droite. Promené tout autour de la tête, le doigt rencontre partout un obstacle qui l'arrête; seulement à la partie antérieure et gauche, il sent quelque chose d'impossible à caractériser, mais qui comblait un vide.

Refouler la tête était impossible, persister à opérer la version aurait accusé un manque de logique. Redresser l'utérus avait déjà été inutilement tenté.

En désespoir de cause, on essaya encore l'application du forceps, puis l'introduction d'une de ses branches comme levier. La tête ne fut ébranlée en rien.

Enfin il fallut en venir à la crâniotomie. L'introduction des ciseaux de Smellie fut rendue difficile par la direction anormale du col. Toutefois on broya le cerveau; puis on fit l'extraction de plusieurs pièces osseuses. Malgré cela la tête restait toujours immobile.

Enfin à force d'enlever des fragments d'os, M. Barnetche finit par reconnaître à gauche et au-dessus du détroit supérieur une main qui pendait, sans tendre à s'y engager. C'est alors que lui vint l'idée d'utiliser ce membre pour tirer sur lui afin de corriger l'obliquité utérine, cause première et essentielle de toutes les difficultés. Il se proposa par là de se servir du bras comme d'une puissance appliquée à l'extrémité d'un levier représenté par l'utérus placé transversalement, afin de faire basculer l'autre extrémité.

Ce plan fut aussitôt mis à exécution. Avec la main gauche M. Barnetche saisit plusieurs doigts, et tirant sur eux, amena d'abord l'avant-bras, puis le bras. Alors armé d'une force accrue par le point et la direction suivant lesquels elle s'exerçait, il vit sous cette influence l'utérus redressé s'approcher de la ligne médiane. Un vide se fit au côté gauche du bassin de la mère. La main y fut portée dès qu'on eut placé un lacq sur le bras amené à la vulve. Par suite des tractions le bras se sépara de l'épaule. La sage-femme, remplaçant alors l'opérateur harassé, alla à la recherche des pieds et entraîna tout le corps au dehors de cette manière. La base du crâne fit seule quelque résistance pour sortir.

La délivrance fut immédiate. Il n'y eut heureusement point d'hémorrhagie. La malade, exténuée, s'est cependant peu à peu rétablie; mais il lui est resté une fistule vésico-vaginale, effet sans doute de la longue pression exercée par la tête sur les organes génitaux internes.

(*Journal de Médecine de Bordeaux.*)

OBSERVATIONS DE PRURIT DE LA VULVE

chez les enfants; bains avec addition de salpêtre.

Par le docteur Vallez (de Bruxelles).

Jusqu'ici cette espèce d'affection a été traitée d'une manière peu rationnelle. En effet, les praticiens ont toujours prescrit une médication, sans assigner au prurit une cause déterminante spécifiée.

Nous croyons rendre service à la science en exposant deux observations de cette maladie qui nous ont mis à même de découvrir la cause non équivoque du prurit chez deux petites filles, l'une âgée de dix ans et l'autre de trois. L'identité de cette cause, malgré la différence d'âge, nous permet de supposer que peut-être bien l'étiologie que nous avons trouvée doit être assignée le plus généralement à l'affection qui nous occupe, et que c'est la même circonstance aussi qui porte certaines femmes à des actes solitaires.

1° M. B..., employé au ministère de la guerre, vint en l'année 1849 nous consulter sur l'état des yeux de sa fille, âgée de dix ans, douée d'une bonne constitution. Sur-le-champ nous procédâmes à l'examen de la malade; mais pendant cette formalité la petite était d'une indocilité peu ordinaire. Le père le remarqua et réprimanda l'enfant; pour toute réponse la jeune B... fondit en pleurs, nous donnant à entendre qu'il lui était impossible de garder l'immobilité. Tout en même temps elle portait la main vers la région vulvaire, se plaignant de vives démangeaisons à cet endroit. Ces plaintes rappelèrent les souvenirs du père, qui me déclara qu'en effet sa petite accusait ces sortes de sensations depuis cinq mois. Ici mon diagnostic se compliqua; et après inspection je crus devoir prescrire un double traitement.

Je ne parlerai pas de celui que j'ordonnai pour les yeux de la malade; là n'est point notre objet. Quant à l'autre, il consistait à faire des lotions de sublimé.

Au bout de quelques jours je revis la malade, mais point d'amélioration. Je jugeai convenable de procéder à un examen plus minutieux des organes génitaux. Le vagin me paraissait dans son état normal. Mais, à mon grand étonnement, je découvris cette fois, dans la fosse naviculaire et à la fourchette, une quantité de petits vers qui, par leurs mouvements, déterminaient cette insupportable démangeaison. A l'instant j'ordonnai des bains de siége à l'eau tiède, contenant un quart de livre de salpêtre brut par bain. Pendant la médication, l'on avait soin de tenir écartées les lèvres vulvaires pour aider à l'imbibition. Enfin au troisième bain, nous eûmes la satisfaction de voir la petite B... délivrée radicalement de son incommodité.

2° La jeune D..., d'une constitution chétive, atteinte de blépharite ciliaire chronique, succombait à un mal inconnu qui se traduisait en constantes démangeaisons à la région vulvaire.

Je fus appelé près d'elle en 1850; je vis l'enfant, qui depuis deux ans ne faisait que dépérir, bien que toutes les ressources de l'art eussent été épuisées: le maillot, la camisole de force, les bandages *ad hoc*. L'affection résistait à tous les moyens de répression, et la pauvre créature ne discontinuait de chercher dans le frottement un soulagement à ses vives douleurs.

Je fis l'inspection de la vulve. Aussitôt je me ressouvins du cas de la jeune B... En conséquence, je fis des recherches, et je ne tardai point à découvrir le siége et la cause du mal; seulement, cette fois, les animalcules n'avaient pas le même développement, et je dus avoir recours à la loupe pour constater leur existence.

Je prescrivis le traitement employé dans le cas précédent, et j'obtins les mêmes résultats au bout de deux bains.

Note de la rédaction. — De semblables faits ont déjà été consignés dans les annales de la science; cependant les deux observations de notre confrère Vallez jouissent d'une grande importance pratique, tant sous le rapport du diagnostic que sous le rapport du nouveau moyen thérapeutique qu'il a employé. Nous ajouterons que la présence du ver oxyure a été parfaitement indiquée dans la *Gazette des Hôpitaux* (décembre 1838), et la *Bibliothèque du Médecin praticien*, tome Ier, Maladies des femmes, page 44, article *Vers de la vulve.*

DE L'EMPLOI DU TANNIN

dans les affections oculaires.

Nous publions sous ce titre la note suivante que M. Hairion vient d'adresser à M. l'inspecteur général du service de santé.

« J'ai l'honneur de vous communiquer le résultat des expériences que j'ai entreprises sur l'emploi du tannin dans les affections oculaires.

» Cette substance, à peine connue en ophthalmologie, n'a été conseillée, à ma connaissance, que dans l'ophthalmie catarrhale, en solution très étendue (tannin 1 p., eau distillée 120 p.); mais le peu d'efficacité dont elle jouit sous cette forme l'a fait bientôt tomber dans un oubli presque complet.

» Mes premiers essais sur l'action du tannin dans les maladies des yeux remontent à plus de cinq mois; cependant, des expériences suivies n'ont été commencées à l'Institut ophthalmique que le 25 juin dernier. Elles ont été faites en présence de MM. les étudiants en médecine de l'université de cette ville et de plusieurs médecins militaires de la garnison; déjà elles ont fait de ma part le sujet de communications verbales dans nos conférences scientifiques des mois de juillet et d'août.

» J'ai employé le tannin, en pommade, dans un mucilage épais, en poudre fine, et surtout en solution concentrée (tannin 1 p., eau distillée 3 p.). Les affections dans lesquelles j'en ai eu le plus de succès sont les blennorrhées aiguës et chroniques, le boursoufflement des conjonctives, les granulations végétantes, les kératites vasculaires et ulcéreuses, surtout le pannus, dont la guérison a été obtenue dans quelques cas avec une rapidité étonnante. J'ai eu moins à me louer de son emploi dans les granulations vésiculeuses à leur période d'état.

» Le tannin constitue, on l'a dit avec raison, le styptique par excellence; son action mécanico-chimique locale le rend d'une grande utilité en ophthalmologie, soit pour tarir les écoulements muqueso-purulents de la conjonctive, combattre le relâchement de cette membrane, obtenir l'affaissement des productions cellulo-vasculaires, le retrait des vaisseaux dilatés ou de nouvelle formation, soit encore, en produisant la coagulation des liquides plastiques, pour accélérer la cicatrisation des ulcères de la cornée, raffermir son tissu ramolli et prévenir sa propulsion ou sa déchirure.

» Je n'ai reconnu jusqu'aujourd'hui à ce topique aucun des inconvénients que présentent, à des degrés différents, les autres astringents dont on fait usage en ophthalmologie: son application n'est aucunement douloureuse, jamais il ne donne lieu à ces réactions vives dont j'ai signalé ailleurs les nombreux dangers; enfin, l'on n'a à craindre de son usage ni effets caustiques, ni incrustations indélébiles.

» En résumé, le tannin a été employé dans les divers cas indiqués plus haut, souvent avec un succès signalé, quelquefois inutilement, jamais avec désavantage.

» En vous adressant aujourd'hui cette communication, je me suis proposé un double but: appeler l'attention de mes collègues militaires sur une médication nouvelle qui promet d'heureux résultats, et m'assurer la priorité.

» Fr. Hairion,

» Médecin de bataillon de 1re classe. » (1)

NOUVELLES.

On lit dans la *Presse médicale belge*:

Le chloroforme a, comme l'on sait, détrôné l'éther comme agent anesthésique, et son règne paraissait devoir durer longtemps. Mais qu'y a-t-il de durable à notre époque? Existe-t-il une royauté quelconque qui puisse se dire solide? Le sulfate de quinine ne tremble-t-il pas lui-même sur son siége séculaire, et ly tient-il plus ferme que la famille des Bourbons?

S'il faut en croire M. Alvaro Reynoso, la liqueur des Hollandais possède aussi la propriété anesthésique; on peut en respirer impunément une quantité beaucoup plus grande que de chloroforme; son odeur est tout aussi agréable; enfin, l'insensibilité dure plus longtemps.

M. Simpson l'avait déjà expérimentée; mais, à le croire, ses vapeurs causaient une vive irritation à la gorge. Il paraîtrait, d'après M. Reynoso, que cela tient à ce qu'il s'est servi d'une liqueur impure.

— *Instruction publique en Espagne.* — Dans le cours de l'année scolaire qui vient de s'écouler, il y a eu 19,681 étudiants inscrits dans les universités, les colléges et les séminaires. Dans ce nombre, 13,453 appartenaient aux classes de philosophie, 1,157 à celles de théologie, 3,750 aux facultés de droit, 1,646 à celles de médecine, 144 à la chirurgie, 539 à la pharmacie.

(1) *Archives belges de Médecine militaire*, août 1850.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 114. (23e ANNEE.) JEUDI 26 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINS.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 25 SEPTEMBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie est revenue sur la discussion relative à l'extirpation du goitre. La question a pris une face nouvelle, par suite de l'intervention de l'honorable et habile M. Sédillot, de la Faculté de Strasbourg, présent à la séance, où sa parole a été écoutée avec l'attention la plus sympathique et la plus flatteuse. C'était justice. Le sujet est assez important pour qu'il nous paraisse utile de lui consacrer un article spécial; nous le ferons prochainement. MM. Velpeau, Roux, Piorry et Rochoux ont pris part à la discussion, qui, pour avoir été improvisée, n'a pas été moins intéressante.

M. le professeur Gerdy a présenté à l'Académie un homme d'une cinquantaine d'années, sur lequel il a pratiqué, il y a douze ans, une opération grave qui a donné un beau succès et laissé des traces peu sensibles. Cet homme, dans une chute, s'était luxé le pied, et la violence avait été si grande que l'extrémité inférieure du tibia et l'astragale faisaient issue à travers la peau. Il fallut extirper ce dernier os, la réduction ayant été impossible autrement. Nous avons examiné l'opéré : on ne croirait jamais, à voir son pied, que cette partie ait subi une telle perte de substance. Deux fois, chez un opéré de G. Norman et chez un autre de M. Green, l'extraction de l'astragale paraît avoir été suivie de pied-équin. Chez l'opéré de M. Gerdy la plante du pied est très creuse, au point que cet homme est obligé de combler la concavité plantaire à l'aide d'un coussinet maintenu par des liens fixés au bas de la jambe; de plus, le bord tibial du pied, assez sensiblement évidé, est un peu relevé, mais très légèrement, en sorte que, suivant la juste remarque de M. Robert, qui examinait le sujet avec nous, on dirait d'un varus très peu prononcé. Il se passe dans les articulations du tarse des mouvements destinés à suppléer ceux de l'articulation tibio-tarsienne abolis. M. Velpeau cite un cas du docteur A.-H. Stevens, dans lequel l'articulation tibio-tarsienne resta mobile.

C'est beaucoup dire.

Nous n'avons pu mesurer exactement le membre opéré, comparativement au membre sain; mais M. Gerdy assure que le raccourcissement est à peine d'un centimètre. Au reste, la claudication est légère, et le sujet peut faire de longues courses à l'aide d'une canne, dont il lui serait même possible de se priver.

Ce succès est le premier, à notre connaissance, qui ait été constaté si longtemps après l'opération. Un pareil résultat, très remarquable, nous le répétons, très honorable pour le chirurgien qui a su le produire, est de nature à familiariser les praticiens avec l'idée de l'extirpation de l'astragale dans la luxation de cet os. A supposer que l'astragale eût pu être réduit, il est probable que les accidents auraient été plus graves, et le résultat définitif moins satisfaisant, si le malade et le membre avaient échappé à ces accidents.

M. Piorry continue à employer avec succès le sel marin dans les fièvres intermittentes. Cette question prend un intérêt capital; on se figure aisément, en effet, entre autres considérations, quel avantage ce serait pour les populations pauvres si l'on avait un fébrifuge dans une substance aussi répandue et à si bon marché. Il résulte des faits recueillis par l'honorable médecin de la Pitié :

1° Que la rate à l'état normal diminue sous l'influence du sel marin;

2° Qu'elle diminue également sous la même influence dans la fièvre typhoïde;

3° Que sur douze cas de fièvres d'accès avec engorgement de la rate, douze fois on a obtenu par l'administration du sel marin une diminution très notable de l'organe splénique et la cessation des accès fébriles;

4° Que l'action du sel marin sur la rate est au moins aussi énergique et aussi rapide que celle du sulfate de quinine.

On sait combien il est facile de se faire illusion dans l'essai de médicaments nouveaux. Ici pourtant les faits sont si clairs, si évidents, qu'il ne paraît pas que la méprise soit possible. Nous ne saurions trop recommander à nos confrères des localités paludéennes d'expérimenter le sel marin dans le traitement des fièvres d'accès, et nous leur serions reconnaissants, au nom de la science et de l'humanité, s'ils nous faisaient connaître les résultats obtenus. Les praticiens de la province sont trop avares de communications de ce genre. Puisse notre appel être entendu une fois pour toutes! Ceux de nos confrères éloignés qui, dans cette circonstance et toujours, voudront nous adresser des observations ou des travaux, peuvent compter sur un bon et cordial accueil.

On a parlé ici de considérations physiologiques qui découleraient de l'action du sel marin sur la rate. Voici brièvement celles qui se présentent à notre esprit. Premièrement le sel marin, d'après les expériences de M. Plouviez (de Lille), a une grande influence sur la formation des globules. Secondement, les sujets affectés d'engorgement considérable et chronique de la rate sont anémiques. En troisième lieu, la rate diminue sous l'influence du seul marin ingéré. Tels sont les faits. Ne pourrait-on pas en conclure que c'est en agissant sur la rate que le sel marin participe à la formation des globules et sert à maintenir l'intégrité du sang? La rate a été considérée comme un organe d'hématose, ayant pour fonction spéciale de servir à former les globules, par M. Donné, qui a développé sur ce point des considérations pleines d'intérêt dans son *Cours de microscopie.*

La loi sur la presse, qu'il ne nous appartient pas de juger, nous oblige à signer nos articles. Cette formalité n'a rien qui nous effraie. Elle nous gênera quelquefois quand nous aurons à rendre hommage au talent des maîtres, aux services qu'ils ont rendus ou peuvent rendre. Elle ne nous embarrassera jamais quand il s'agira d'exprimer un avis contraire à des opinions qui ne nous paraîtraient pas exactes, à des intérêts qui ne nous paraîtraient pas légitimes. MARCHAL (de Calvi).

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçons sur l'artérite.

(Sixième et dernier article. — *Voir* les nos des 30 juillet, 6, 29 août, 12 et 19 septembre.)

Traitement spécial à chacune des formes d'artérite. — Nous avons à parler aujourd'hui du traitement qui s'applique spécialement à chacune des formes d'artérite que nous avons décrites précédemment.

1° L'induration et l'insuffisance de l'origine de l'aorte amènent d'abord un obstacle au passage du sang du ventricule gauche dans l'aorte, puis une récurrence donnant lieu, comme nous l'avons vu, au bruit de va-et-vient. Dans cette sorte de maladie, même quand le cœur est affecté à un haut degré, il n'y a pas d'anasarque; l'anasarque vient quand l'hypertrophie du cœur, et l'agrandissement de ses cavités, a déterminé l'insuffisance d'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires. La cavité du ventricule gauche s'agrandissant, le ventricule garde très longtemps sa forme conoïdale;

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* le n° du 19 septembre.)

Le texte est bien précis : s'il n'a fait tomber qu'une dent à sa victime, le coupable n'en doit perdre qu'une, ni plus ni moins; la plaie, la brûlure, la meurtrissure faites sur un criminel ne doivent avoir ni un millimètre de plus ni un millimètre de moins que la plaie, la brûlure et la meurtrissure de l'innocent. Il fallait donc, toujours d'après les partisans de l'antiquité de la médecine, que les Hébreux eussent certaines notions, sinon de la chirurgie, du moins de la médecine opératoire, qui n'est qu'une branche de la thérapeutique, pour déterminer avec une telle précision de semblables accidents.

Ce raisonnement est plus spécieux que fondé; rien ne prouve que les Hébreux connussent la clef de Garengeot, le pied de biche et même les pinces à extraction; la Bible ne fait aucune mention du moxa et du cautère actuel, qui eussent pu occasionner des plaies et des brûlures; ils se servaient, il est vrai, d'une espèce de poinçon pour percer l'oreille de leurs esclaves; mais le manuel opératoire de ce percement d'oreille, décrit dans le verset 6 du chapitre XXI de l'Exode, n'est pas un grande preuve en faveur de leur science chirurgicale : « Alors son maître le fera venir devant les juges, et le » fera approcher de la porte et du poteau, et son maître lui percera » l'oreille avec une alène. »

Il est probable que les Hébreux, à l'instar de tous les peuples chez qui sont inconnus les arts, ont dû se servir, pour déterminer certains accidents sur le coupable, des mêmes instruments dont celui-ci s'était servi pour les faire naître sur sa victime. Ainsi, n'aurait-ce pas été s'écarter de la loi de Moïse que de crever avec une alène l'œil du coupable, quand celui-ci avait crevé l'œil de son annemi avec un coup de poing? Les accidents de l'une et l'autre de ces opérations (si l'on peut se servir de ce mot) sont si différents, que la justice toute divine de Moïse s'en serait à coup sûr révoltée.

C'est ce qui arriva, en effet, dans une circonstance analogue à celle dont nous parlons, s'il faut en croire un de ces implacables commentateurs qui ne respectent rien, pas même les livres saints.

Qu'on nous permette de placer ici, comme première digression, l'analyse de ce récit; car le nom de l'auteur et le titre de l'ouvrage font également défaut à notre mémoire.

Au temps des juges, un homme de la tribu de Zabulon, s'étant pris de querelle avec un de ses voisins de la même tribu, lui donna un si violent coup de poing dans l'œil gauche, que l'organe se vida et fut entièrement perdu. Amené devant le tribunal, composé des lévites de la tribu, le coupable allait être condamné d'après la loi de Moïse, *œil pour œil*, quand il fit judicieusement remarquer à ses juges qu'il était borgne précisément de l'œil gauche, et que le priver de l'autre œil serait le rendre aveugle, et par conséquent lui occasionner un dommage beaucoup plus grand que celui qu'il avait déterminé chez son ennemi, châtiment évidemment contraire aux prescriptions de Dieu.

Cette argumentation, qui eût fait honneur au plus retord de nos avocats modernes, impressionna vivement les juges hébreux et les jeta, on le comprend, dans le plus cruel embarras. On examina la question sous toutes ses faces; on chercha d'abord un organe équivalant à celui qu'on devait frapper; mais le texte de la loi était si précis, *œil pour œil*, qu'il fallut abandonner tout subterfuge et se renfermer complétement dans la parole de Moïse.

Alors, poursuit notre commentateur, un juge se leva et parla ainsi à ses collègues : Evidemment il faut reconnaître la volonté de Dieu dans le procès qui s'offre à nous. L'Eternel doit avoir pour agréable l'accusé, puisqu'il lui a inspiré l'argument dont il s'est servi, et qu'il l'a déjà privé de l'œil gauche, sur lequel devait s'appesantir notre justice. Pourtant, comme d'une part, un nouveau miracle ne nous a pas prouvé que le coupable était *complétement purifié et complétement net*, et que plus n'était besoin de lui appliquer le châtiment de la loi; et que, d'autre part, la loi de Moïse se contente de Dire : *Tu donneras vie pour vie, œil pour œil*, etc., sans rien préciser de plus, je vous propose de prendre l'œil d'un bœuf, appartenant au coupable, de le placer artificiellement dans l'orbite vide de ce dernier, et de le lui crever de la façon dont il a crevé l'œil de son adversaire, c'est-à-dire avec un coup de poing.

L'avis fut goûté par le docte aréopage, qui trouva dans la meurtrissure et l'ecchymose des paupières, déterminées par le manuel opératoire, une punition assez forte pour un homme agréable à Dieu, sans compter l'interprétation nouvelle que l'on donnait à la législation hébraïque. Evidemment il est une chose bien plus ancienne que la médecine, c'est l'argutie de l'esprit humain.

En dehors de cette histoire, dont nous nous gardons bien de prendre la responsabilté, on doit conclure, si l'on écoute les partisans de l'antiquité, que les guérisseurs remplirent les fonctions de bourreau, puisque l'application des peines exigeait certaines connaissances inconnues au vulgaire.

Néanmoins quelques historiens, reculant devant cette assimilation, se sont rabattus sur la Genèse, et ont préféré la médecine-esclave à la médecine-bourreau. La découverte a été faite dans le verset 2 du chapitre L de la Genèse, ainsi conçue : « et Joseph commandea » à ceux de ses serviteurs qui étaient MÉDECINS d'embaumer son » père; et les médecins embaumèrent Israël. »

M. Malgaigne, qui se place parmi les partisans de l'ancienneté, sinon de la médecine, du moins de la chirurgie, nous donne lui-même l'explication de ce verset. Nous n'avons qu'à applaudir à sa perspicacité; mais nous nous inscrivons en faux contre la conclusion qu'il en tire. Ce passage des lettres de M. Malgaigne ne peut être analysé; il mérite d'être cité en entier : « N'est-il pas dit d'abord au chapitre L de la Genèse, que Jacob étant mort, Joseph commanda à ses médecins d'embaumer le corps de son père? Cela est dit dans vos versions; mais vos versions dans cet endroit même disent bien d'autres choses. David Martin (1) traduit : « Joseph com- » mandea à ceux de ses serviteurs qui étaient médecins, » etc. Cela n'a rien de déshonorant pour la profession. Cependant M. de Genoude est plus agréable encore : « Il ordonna aux médecins qui le » servaient et non pas à ses serviteurs. » Il y a une nuance qui n'échappera à personne. Mais M. Cahen est infiniment moins respectueux; il traduit brutalement : « Joseph ordonna à ses esclaves, » les médecins. » Ce qui nous ravale autant que possible.

« Malheureusement j'ai grand'peur que M. Cahen n'ait raison en ce qui concerne l'esclavage. Je ne connais pas, pour ma part, d'autre sorte de serviteurs que des esclaves dans la haute antiquité. Mais il est moins sûr qu'il n'ait pas fait un contre-sens avec ses prédécesseurs, quand il a placé là les médecins. Les septante vieillards hébreux, qui traduisirent la Bible en grec à Alexandrie, considérant l'état de la médecine en Egypte à leur époque, n'avaient pas osé placer les médecins parmi les esclaves et avaient donné pour équivalent un mot grec qui signifie à peu près *embaumeurs*. Le mot hébreux est *rephaim*, et ce mot se trouve appliqué ailleurs dans la Bible à des hommes qui pansent les blessures, et même, fort tard à la vérité, à de véritables médecins. Cela explique l'erreur des tra-

(1) C'est à la traduction de David Martin que nous avons emprunté toutes nos citations.

mais la maladie persiste à l'origine de l'aorte, et le sang n'étant pas complétement expulsé, il en résulte qu'il se forme dans la cavité ventriculaire un noyau de sang coagulé autour duquel viennent s'appuyer les parois du ventricule dans sa contraction comme autour d'un corps étranger. Ce noyau fibrineux devient comme un modèle pour les parois du ventricule qui grandissent avec lui, et il se produit une hypertrophie utriculaire. Cette hypertrophie utriculaire fait que, les parois s'écartant de l'axe du ventricule, le sang forme en remontant dans l'oreillette une dépression infundibuliforme derrière les colonnes charnues qui meuvent les valvules, et creuse ce sillon de plus en plus en s'y enfonçant comme un coin.

Dans les inflammations aiguës des parois artérielles, lorsqu'il n'y a pas encore d'altérations physiques de ces parois qui apportent un grand obstacle à la circulation, la pensée se présente naturellement de secourir le malade par des saignées très abondantes; ces saignées abondantes, qui doivent mettre au repos la circulation, arrivent bientôt à devenir exagérées quand on considère les effets de l'inflammation des parois artérielles. L'inflammation des parois artérielles a pour conséquence d'altérer ces parois dans leur texture, et d'empêcher la rétraction dont elles étaient autrefois susceptibles, surtout si elle siége dans les très grosses artères, comme l'aorte, ou sur le plancher des valvules sigmoïdes quand il y angéiocardite; c'est alors un obstacle réel aux fonctions circulatoires.

Je vous ai noté précédemment comme symptôme principal des artérites les battements énergiques et tumultueux du cœur coïncidant aveo la faiblesse du pouls, des défaillances fréquentes. Cela veut dire que, malgré la violence des contractions du cœur, la circulation des artères est singulièrement affaiblie. Si en l'affaiblit encore par des saignées, on favorise les concrétions polypeuses, et le malade succombe plus rapidement. C'est ainsi que dans les artérites aiguës la maladie arrive à son terme fatal. J'ai encore présentes à l'esprit les pièces anatomiques d'un homme que je vis, moi troisième, et qui succomba à une angéiocardite coïncidant avec une inflammation de l'aorte et de ses divisions. A l'ouverture du corps il y avait des concrétions polypeuses tellement adhérentes non-seulement aux valvules du cœur gauche, mais encore aux parois internes de l'aorte, qu'elles ressemblaient à de la colle.

En vue de ces concrétions possibles, résultat de l'artérite aiguë, il ne faut appliquer qu'avec mesure les émissions sanguines. Elles ne mettent guère au repos la masse du sang; car en la diminuant les vaisseaux reviennent sur la colonne liquide qu'ils contiennent, et qui par là se trouve toujours à peu près équivalente, et le résultat obtenu n'est pas très grand. Il faut espacer les émissions sanguines, attendre que les premiers effets d'une saignée soient établis pour en pratiquer une seconde. Ce qu'il faut avant tout, c'est le repos; il faut éviter la marche, les exercices actifs, s'abstenir de parler longtemps, de prononcer des discours; il faut, en un mot, empêcher tous les actes qui peuvent augmenter l'activité de la circulation.

Dans les inflammations chroniques des parois artérielles, si vous rappelez à votre esprit les lésions de ces parois, vous verrez que les émissions sanguines ne peuvent résoudre les indurations qu'elles présentent; et de plus, la diminution de la puissance circulatoire est éminemment propre à favoriser les coagulums des artères, et par là la suspension dans la circulation. Si cette artérite est circonscrite à une artère d'un membre, il peut y avoir gangrène, et la gangrène sénile n'est autre que le résultat d'un tel accident; s'il y a artérite des artères coronaires du cœur, la mort du malade sera inévitable.

Dans les artérites chroniques quelque peu étendues, la circulation se fait imparfaitement, non-seulement dans les grandes artères enflammées, mais encore bien au delà. La circulation dans les artères d'un ordre inférieur est évidemment et manifestement sous la dépendance de celle des troncs vasculaires d'où elles proviennent. C'est la colonne sanguine du grand tronc artériel qui transmet l'impulsion aux petites artères; c'est enfin la rétraction élastique des parois de ces grosses artères qui prolonge l'action circulatoire dans les plus petites; aussi, quand l'inflammation artérielle chronique occupe les grands troncs, la circulation devient languissante à un certain degré dans les branches qui en partent; de là la débilité des sujets affectés d'une artérite chronique, l'affaissement de leurs tissus, leur amaigrissement, la flaccidité des chairs, l'affaiblissement enfin de toutes les fonctions plastiques. Si, parce qu'un homme a une artérite chronique, on le place sous l'influence d'une alimentation faible, d'une thérapeutique affaiblissante, comme celle que constituent la digitale et les saignées, on ne fait qu'ajouter encore à la débilité des fonctions plastiques, à cette espèce d'atrophie successive et de cachexie qu'entraîne à sa suite l'artérite chronique.

Rejetez donc tout de suite ces médications débilitantes excessives qui ne pourraient que favoriser l'activité de la maladie, et précipiter la cachexie qui doit conduire à la mort le sujet affecté. Aussi, les excitants sur la périphérie pour augmenter la circulation capillaire, comme les bains sulfureux, les frictions, etc., sont-ils indiqués dans les cas d'artérite chronique. On n'agit pas ainsi seulement pour opérer une dérivation ou une révulsion, mais bien encore pour exercer sur une grande surface une action stimulante qui retentisse sur la maladie interne et recule la terminaison fâcheuse.

Ayez encore présente à l'esprit une considération physiologico-pathologique, c'est que, quand une induration inflammatoire se produit dans un tissu, surtout dans un tissu fibreux, l'induration est d'autant plus profonde et formée de matières inorganiques, que le sujet est plus avancé en âge; c'est là la cause de la difficulté que l'on éprouve à surmonter les inflammations chroniques, et de la facilité avec laquelle se produisent les concrétions calcaires chez les vieillards. Cet accident peut se produire aussi chez les sujets affaiblis qui sont dans un état de sénilité anticipée, soit par suite d'une artérite, soit par suite de maladies antérieures. Ainsi, ces plaques blanchâtres et dures, ces dégénérescences fibreuses de certains tissus qui se rattachent soit à la maladie, soit à certaines conditions de santé. Mais c'est à l'artérite qu'il faut reporter ces considérations.

Plus on débilitera le sujet affecté, plus on l'affaiblira, plus on rendra impossible à résoudre l'induration chronique des parois artérielles; de là l'indication d'une nourriture analeptique et des applications stimulantes sur la peau. Les exutoires profonds, le plus près possible du lieu où siége la maladie, n'ont pas les inconvénients des moyens thérapeutiques dont nous avons parlé précédemment; aussi ont-ils une action réelle d'autant plus efficace, qu'il y a dans l'économie diathèse morbide. Dans ce cas, l'exutoire devient le déversoir de la cause générale qui a produit cette inflammation profonde; c'est pour cela que nous attachons une si grande importance à ce mode de traitement.

J'ai parlé, à propos des symptômes, des modifications qui surviennent dans la nutrition du cœur par suite de l'artérite chronique, et qui consistent dans l'hypertrophie totale de l'organe avec dilatation de ses cavités; mais il est impossible de donner des indications spéciales pour les variétés qui peuvent se présenter dans les différents cas.

Cette artérite chronique doit toujours durer longtemps, le cœur doit lutter longtemps contre l'obstacle qu'apportent à la circulation les indurations et le défaut de rétractilité des parois artérielles, et on ne peut diminuer cet obstacle qu'en diminuant les lésions physiques qui en sont la cause; aussi faut-il diminuer les causes de contraction énergique du cœur pour arrêter son hypertrophie.

2° Après l'artérite générale vient l'artérite valvulaire limitée aux valvules sigmoïdes. L'inflammation valvulaire des grandes artères, entraînant la déformation des valvules et consécutivement leur inocclusion, fournit, par les modifications qui sont apportées dans la circulation, des indications spéciales.

Evidemment, quand il y a inocclusion des valvules sigmoïdes et que le sang rentre de l'aorte dans le ventricule gauche, il s'opère, par rapport à la circulation générale, une soustraction de sang; c'est ce mouvement de va-et-vient imprimé à la colonne sanguine qui peut jeter le cœur dans l'inertie et déterminer la mort. Corrigan, qui a fait un bon mémoire sur cette maladie, a vu qu'on pouvait amener rapidement la mort par des émissions sanguines, qui présentent un danger tout spécial dans ce genre d'affection, ainsi que les mouvements physiques exagérés; aussi s'est-il élevé avec force contre l'abus des saignées dans cette maladie; au contraire, il voulait qu'on employât des excitants, des toniques, une alimentation substantielle; et, en cela, il a dépassé les limites, car, par un semblable traitement, on favorisera les progrès de l'hypertrophie du cœur et de la lésion de l'origine de l'aorte. Ainsi, d'un côté, pas de saignées, pour ne pas avoir de syncope mortelle; d'un autre côté, pas trop d'alimentation: voici les deux limites entre lesquelles il faut se placer.

La circulation se fait avec plus de facilité quand un sujet est couché que quand il est debout, et le retour du sang dans le ventricule est plus difficile; de là la nécessité de tenir autant que possible dans la position horizontale les sujets ayant cette maladie, ce qui n'empêche pas d'avoir recours aux dérivatifs, surtout aux cautères profonds. Si on veut rencontrer ces valvules, on les trouvera sur un plan qui passera dans l'intervalle des articulations synchondro sternales des deuxième et troisième côtes, tout contre le sternum à gauche: c'est là le point le plus rapproché du siége du mal et de la communication vasculaire établie entre les *vasa vasorum*, entre le péricarde et l'origine des artères aorte et pulmonaire; aussi faut-il placer le dérivatif profondément et entre les articulations synchondro-sternales des deuxième et troisième côtes, près du sternum à gauche; dans le point le plus vasculaire qui établisse un rapport entre les parois de la poitrine et l'origine des gros vaisseaux.

3° Reste maintenant à examiner le traitement spécial des artérites anévrismales. Le traitement spécial de l'artérite chronique est applicable à cette forme de maladie. Les chirurgiens, quand ils peuvent constater l'existence d'un anévrisme, se préoccupent, et ils ont raison, de la possibilité de la rupture de la poche anévrismale, accident qui entraîne la mort du malade; mais ce n'est là une indication qu'à la dernière période de ces tumeurs, et pendant leur développement l'induration inflammatoire se répand dans le système artériel. C'est le traitement de l'artérite chronique qui est applicable dans ce cas, même quand il y a progrès de l'anévrisme proprement dit; et ce traitement doit être en raison de l'inflammation continue du sac anévrismal, inflammation entretenue et favorisée par l'impulsion mécanique de chaque acte circulatoire: ce sont les émissions sanguines modérées, les dérivatifs et les révulsifs, les applications réfrigérentes sur les parties voisines du siége du mal, applications qui sont propres à diminuer l'influx circulatoire et à ralentir les progrès de l'inflammation qu'il détermine. Les applications réfrigérentes ont été regardées comme un moyen propre à favoriser la coagulation du sang et par là à produire la guérison des poches anévrismales: c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, car évidemment les réfrigérents peuvent arriver à coaguler le sang qui stagne dans les tumeurs anévrismales et les convertir en une tumeur solide qui ne présente plus les mêmes dangers de rupture et qui ne tend plus à s'accroître.

Le repos est surtout nécessaire dans cette forme de l'artérite, car les occupations actives, excitant les impulsions circulatoires, favorisent les progrès de l'anévrisme. Ajoutez à cela des saignées générales avec mesure et des exutoires profonds quand on peut arriver près du siége de la tumeur.

---

ducteurs modernes; mais d'où vient l'erreur des septante? Il n'était pas bien facile à moi, ignorant en hébreux au premier chef, de débrouiller tout ce chaos; mais vous allez voir que le sens chirurgical, qui a manqué aux septante et à bien d'autres, nous aura été ici utile à quelque chose. J'avais vu dans Michaëlis (2) que le mot *rephaim* avait pour racine un verbe qui signifie *raccommoder*, *recoudre*. Il y a, dit mon savant auteur, quelque chose de semblable en grec; ainsi, *aké*, *acies*, d'où vient le mot latin *acus*, *aiguille*, a engendré *panakeia*, *panacée*, qui guérit, qui recoud, qui raccommode tous les maux. Mais, tout en ruminant les doctes analogies de Michaëlis, je conservais encore quelque doute, lorsqu'une faveur de la Providence m'envoya fort à propos mon ami le docteur Hoefer, un de ces savants de race germanique, pour qui la science a relevé tous ses voiles; à la fois médecin, chimiste, hébraïsant, helléniste, etc., et à qui je soumis immédiatement les pièces du procès que je soutenais contre M. de Genoude, M. Cahen, David Martin et les septante. J'obtins cette fois une satisfaction complète que je veux vous faire partager. Donc *rephaim* a pour racine un mot qui signifie *coudre;* le mot hébreu a même fourni le mot grec *raphé*, que nous avons adopté en français, et qui veut dire *couture;* donc les prétendus médecins de Joseph étaient littéralement des *couseurs*. Les septante, voyant qu'on leur ordonnait d'embaumer et par suite de coudre un mort dans ses bandelettes, les ont pris pour des employés des pompes funèbres; mais il se peut très bien que ce fussent de purs chirurgiens qui, accoutumés à manier les instruments et les bandes sur le vivant, étendaient leur monopole jusque sur le cadavre; de même qu'à une époque infiniment plus moderne, c'était aux chirurgiens de cour qu'était réservé le droit d'embaumer les rois de France.

N'en déplaise à M. Malgaigne, la chirurgie pas plus que la médecine n'était en honneur chez les Hébreux à cette époque, et la preuve en est dans la manière dont le roi Achab *s'endormit avec ses pères* et que nous avons rapportée plus haut. Nous comprendrions jusqu'à un certain point que les soldats eussent été abandonnés à la nature, car on pourrait alléguer le petit nombre de *couseurs* exerçant leur profession; mais nous ne pouvons croire que le roi d'Israël, le descendant de Salomon, se soit privé des secours de l'art, si l'art à cette époque eût existé réellement. Il est plus probable que le nom de *rephaïm*, primitivement consacré aux embaumeurs seuls, a été plus tard donné aux chirurgiens, par analogie des instruments et des bandes dont on se sert dans les deux professions. Nous avons vainement cherché dans tous les livres de Moïse et dans ceux qui sont restés fidèles à la loi quelque trace de thérapeutique médicale ou chirurgicale *humaine*, et partout nous avons trouvé la puissance de Dieu, intervenant soit pour frapper, soit pour guérir; au point de vue de la thérapeutique, toute la Bible est une longue paraphrase de cette maxime de Job: *C'est Dieu qui fait la plaie et qui la bande, il blesse et ses mains guérissent.*

Cependant, malgré cette intervention de Dieu dans l'origine et dans la terminaison des maladies, les Hébreux n'avaient eu garde de ne pas constater ces maladies elles-mêmes, et leur cadre nosologique, sans être aussi volumineux que le nôtre, est encore assez étendu. Les chapitres XII, XIII, XIV et XV du Lévitique sont entièrement consacrés à la symptomatologie de quelques affections, telles que la lèpre, la teigne, les suites de couches et un *flux* chez l'homme et chez la femme, dans lequel on a voulu voir la blennorrhagie. Si ces chapitres et beaucoup d'autres nous offrent de grandes et sages règles d'hygiène, nulle part ils ne nous présentent quelque notion de thérapeutique. Les malheureux lépreux ou les infortunés atteints de maladies contagieuses étaient visités par les sacrificateurs et les lévites et impitoyablement expulsés du camp. Si notre conviction touchant l'intervention seule de Dieu dans la guérison des maladies avait été moins profonde, nous aurions pu espérer que Moïse, en ordonnant la séquestration des malades, leur eût destiné un lieu commun où les lévites seraient venus les visiter; cet asile, sans être l'hôpital tel que nous l'entendons aujourd'hui, aurait été le commencement d'une chaîne dont nous cherchons vainement, chez les Hébreux, le premier anneau. Cette satisfaction nous devait être fatalement refusée! Les malades, expulsés du camp, étaient abandonnés à eux-mêmes; les riches se dressaient une tente où ils demeuraient enfermés le nombre de jours prescrits par le sacrificateur; mais les pauvres erraient probablement sans asile dans la campagne, attendant qu'il plût à Dieu de les guérir. Si le Tout-Puissant finissait par venir à leur aide, ils se représentaient alors devant le lévite, qui examinait le malade et le déclarait *net* ou *souillé*. Là se bornait toute la médecine sacerdotale, et dans ces consultations, dont le diagnostic fait tous les frais, nous ne rencontrons ni thérapeutique, ni sentiment de charitable humanité.

Remarquons, en passant, que chez les Hébreux, ainsi que chez tous les peuples à leur origine, comme nous le verrons plus loin, toutes les fonctions sociales qui réclament l'application de l'esprit sont dévolues à un petit nombre d'individus formant partout la congrégation religieuse. Il n'en peut être autrement! Dans ces temps primitifs, où le domaine des faits est nécessairement fort restreint, la science est une et la même intelligence peut l'embrasser dans son entier; et d'autre part, comme le prêtre est le représentant sur la terre de Dieu, générateur de toutes choses, il s'ensuit nécessairement que ce représentant est appelé, par ses fonctions mêmes, à être l'*interprète* de la science, dont Dieu est tout à la fois le principe et l'instigateur. C'est là, en effet, le caractère primordial de la loi de Moïse. Cette suprématie du sacerdoce, en étreignant les peuples dans une ignorance absolue, en voilant tout rayon de lumière qui tenterait de se faire jour, a été chez toutes les nations l'entrave la plus difficile pour s'affranchir de la barbarie; toute religion est de sa nature exclusive et envahissante; elle dispute pied à pied à la raison chaque progrès, chaque conquête, et, nouvel Antée, elle semble puiser de nouvelles forces après chaque combat, après chaque défaite. Cette guerre des religions contre l'esprit humain, si funeste à la marche des sciences et des arts, est un phénomène fatal à l'origine de tous les peuples. Nous allons le voir chez les Juifs; nous le verrons avec les Asclépiades dans les premiers temps de la Grèce, et nous le retrouverons avec les moines et les prêtres du moyen âge au début des sociétés modernes.

Au temps des Juges, la puissance des prêtres était sans égale, et nous n'en voulons pour preuve que l'épisode suivant raconté dans les chapitres XIX et XX du livre des Juges: Un lévite revenant de la tribu de Juda où il était allé chercher sa *femme concubine*, s'arrêta à Guibha, ville de la tribu de Benjamin. Les habitants de Guibha, fort dissolus, selon la Bible, voulurent voir le jeune étranger, qui avait reçu l'hospitalité chez un vieillard, vivant tranquillement avec sa fille; celui-ci, pour faire respecter les droits de l'hospitalité, alla vers les émeutiers et leur dit: « Voici, j'ai une fille vierge et cet » homme a sa concubine; je vous les amènerai dehors maintenant, » et vous les violerez, et vous ferez d'elles comme il vous semblera » bon; mais ne commettez point cette action infâme à l'égard de cet » homme. » (Ch. XIX, v. 24). Certes, voilà un dévouement dont fort peu de gens seraient aujourd'hui capables, mais qui n'adoucit point les terribles habitants de Guibha. Les deux femmes leur furent livrées, et nos mœurs se révoltent au récit des horreurs dont elles furent victimes jusqu'au matin.

Félix Roubaud.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Philologemata medica, sive ad medicinam et res medicas pertinentia ex hebraïcâ et huic adfinibus orientalibus linguis decerpta.*

Enfin, la tumeur anévrismale a fait des progrès et, par suite de la gangrène d'un point de ses parois, menace de se rompre; dans ce cas, les applications tannantes et froides sont préconisées avec raison : ce n'est plus qu'une médecine palliative, mais qui est à bon droit prescrite dans les livres de chirurgie.

On a préconisé comme moyens thérapeutiques pour les anévrismes profonds des pratiques spéciales, et celle qui a eu le plus de vogue est celle des saignées et de la suspension de l'alimentation : c'est la méthode de Valsalva dont nous avons parlé précédemment. D'abord, elle jette le malade dans une débilité profonde; c'est, ensuite, lui faire éprouver une douleur énorme que de le priver de nourriture et de le soumettre à des émissions sanguines répétées : Corvisart n'a pas eu lieu d'appliquer cette méthode, et, pour nous qui l'avons employée deux fois, nous n'avons eu que des résultats déplorables; nous avons excité une diathèse séreuse, qui a précipité la fin du malade. Aussi disons-nous que les observations rapportées sur les guérisons par la méthode de Valsalva sont ou supposées ou mal recueillies : je dis mal recueillies, car il est des malades qui présentent des battements énergiques sur le trajet de l'aorte et que l'on pourrait croire affectés d'anévrisme de cette artère. Morgagni, Sénac, Laënnec déclarent s'être trompés dans ces circonstances, et cela nous est arrivé à nous aussi, qui sommes, du reste, bien loin d'être de la force de ces illustres praticiens.

Il faut, il est vrai, employer la méthode débilitante, mais ne pas déterminer dans l'économie une perturbation qui tue le malade. Ne croyez pas, du reste, qu'un anévrisme conduise rapidement à la mort; cela n'est pas, et des malades restent des années entières promenant avec eux cette dangereuse affection. C'est l'inflammation des parois de l'anévrisme de l'aorte qui en précipite l'ouverture, et c'est cette inflammation qu'il faut modérer; par là on peut prolonger considérablement l'existence des sujets, qui seront certainement moins en danger que dans les mains des chirurgiens ou des médecins qui traiteraient par la méthode débilitante excessive.

Quant aux opérations chirurcales applicables aux anévrismes, il faut d'abord se rendre compte de l'étendue de l'artérite avant de les entreprendre, car l'artère enflammée pourra casser sous la ligature et donner des hémorrhagies impossibles à arrêter, et, de plus, on pourra avoir des récidives prochaines; en outre, il faut que l'anévrisme siége dans des vaisseaux où le chirurgien pourra atteindre et sans accidents qui deviennent fatals au malade.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 septembre. — Présidence de M. Orfila (vice-présid.)

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre du commerce communique :

1° Une lettre de M. le docteur Grimaud, qui demande qu'il soit fait application du décret du 3 mai dernier à deux médicaments dont il dit avoir fait la découverte (le sulfate de brucine et le sulfate de strychnine), et qu'il propose comme succédanés du quinquina. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Une lettre de M. le docteur Cazaintre, médecin-inspecteur des eaux de Rennes (Aude), qui signale des différences qu'il a remarquées en comparant avec un thermomètre à mercure de Bianchi, le thermomètre que lui a expédié, au nom de l'Académie, la commission des eaux de la France. (Commission des eaux de la France.)

3° Une lettre de M. le docteur Buron, médecin-inspecteur des eaux minérales de Cauterets, dans laquelle il expose quelques difficultés locales qui l'ont empêché de se conformer aux instructions de la commission de l'*Annuaire des eaux de la France*. (Même commission.)

4° Le ministre consulte l'Académie sur un encouragement que sollicite M. le docteur Robert, de Strasbourg, pour la publication d'un ouvrage dont il réunit les éléments, relatif aux eaux minérales de l'Alsace et des Vosges. (Commission des eaux minérales.)

5° Le même ministre envoie enfin quatre caisses renfermant les produits d'évaporation et les dépôts d'eaux minérales des établissements thermaux de Luxeuil, Lamotte, Aix et Chaudesaigues; un procès-verbal d'analyse des eaux d'Alet, et un rapport de M. le docteur Tellier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1849.

Les autres communications ministérielles sont relatives à des remèdes secrets ou à la vaccine.

— M. le préfet de police communique le relevé statistique des décès dans la ville de Paris pour le mois d'août dernier.

Correspondance manuscrite.

La correspondance manuscrite contient les communications suivantes :

Hémorrhagie faciale périodique supplémentaire des menstrues.

M. le docteur Chrestien, de Montpellier, communique à l'Académie un fait qu'il vient d'observer avec M. le docteur Cazaintre dans l'établissement des bains de Rennes, qui lui paraît offrir quelque analogie avec l'observation de coloration noire de la face communiquée par feu le docteur Bousquet, de Saint-Chiniau, et qui a fait l'objet d'un rapport lu récemment à l'Académie par M. Gibert.

Il s'agit d'une jeune fille qui avait été envoyée aux bains de Rennes pour régulariser son flux menstruel, qui ne s'était jamais fait jour chez elle par les voies génitales, et suintait depuis plusieurs mois par les pores de la peau des régions malaires. Des gouttelettes de sang s'y développaient de temps à autre, et se réunissant entre elles tombaient ensuite sur les joues. Epongées avec soin, ces gouttelettes étaient remplacées plus ou moins promptement par d'autres, et de cette succession continue résultait une hémorrhagie de 120 à 160 gram. environ dans la journée. Cette hémorrhagie faciale, spontanée, s'était déjà reproduite plusieurs fois, à des intervalles semblables à ceux qui séparent les époques menstruelles, et la menstruation proprement dite n'avait pas été établie.

Ce fait paraît, à M. Chrestien, propre à éclairer sur la nature de l'exsudation anormale observée par M. Bousquet. Il autorise, suivant lui, à admettre, avec MM. Gibert, Castel et Bérard, que l'exsudation, dans ce cas comme dans celui qu'il vient de rapporter, a été de nature sanguine.

Graines de cédron.

M. Vauvert (de Méan) informe l'Académie qu'il est à la veille de partir pour Saint-Martin (Nouvelle-Grenade). Il annonce qu'il adressera de sa nouvelle résidence des branches, écorces et fleurs de cédron, ainsi que tous les renseignements qui pourront être utiles pour en faire connaître les effets thérapeutiques.

Prix d'Argenteuil.

L'Académie reçoit pour le concours du prix d'Argenteuil, les mémoires dont les titres suivent :

1° Mémoire sur divers procédés opératoires pour combattre les rétrécissements de l'urètre, par M. Blanchard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rheims;

2° Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les rétrécissements de l'urètre, par M. A. Mercier;

3° Mémoire sur les rétrécissements de l'urètre, par M. Reybard (de Lyon);

4° Mémoire sur le traitement du rétrécissement de l'urètre par le galvanisme, par le docteur Léopold Wertheimber;

5° Description de divers instruments dilatateurs, par M. Perrère;

6° Nouveau brise-pierre pulvérisateur à pression intermittente, par M. Guillon.

Recherches sur la lumière.

M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Récamier, une note intitulée : *Recherches sur la lumière, ou puissance motrice capable de produire le mouvement du corps*. Les expériences relatées dans cette note ont conduit M. Récamier à admettre l'existence de la lumière comme substance physique locomotrice.

Extirpation du goître.

M. Velpeau présente, au nom de M. le docteur Cabaret (de Saint-Malo), une observation d'extirpation de goître volumineux, suivie de guérison.

Voici la relation du fait dont M. Velpeau a présenté une analyse sommaire devant l'Académie :

M. H., âgé de soixante-sept ans, d'une constitution très robuste, avait toujours joui jusque-là d'une très bonne santé, lorsque dans les premiers jours de septembre 1849, il s'aperçut sur la ligne médiane, à la partie antérieure du cou qui correspond au corps thyroïde, de la présence d'une petite tumeur, peu apparente d'abord, et qui augmenta ensuite graduellement, au point qu'en cinq ou six semaines elle parvint à égaler le volume d'un petit œuf. Nonobstant l'emploi de divers moyens et notamment de l'éponge brûlée, la tumeur continua à augmenter de volume, au point que le sieur H., commençant à en éprouver de la gêne dans la respiration, vint consulter M. Cabaret, qui constata, le 23 avril 1850, l'état suivant :

Situé sur la ligne médiane, le goître, en forme d'ellipsoïde, ressemblait parfaitement à un petit œuf d'autruche, et s'étendait depuis le milieu du cartilage thyroïde jusqu'à la partie supérieure du sternum, sur laquelle toutefois il ne reposait que par son poids. Il n'avait contracté aucune adhérence avec les téguments de cette région. En avant et en bas la tumeur était mobile; en arrière, et dans la partie profonde du cou, elle était dure, adhérente, et d'une immobilité complète. La délimitation de la tumeur était difficile à établir à cause de l'engorgement du tissu cellulaire environnant. Il était facile cependant de distinguer supérieurement l'os hyoïde; latéralement les muscles sterno-mastoïdiens et les pulsations des artères carotides; inférieurement, en refoulant la tumeur, on parvenait à glisser les doigts entre elle et l'échancrure sus-sternale.

Aucune douleur ne s'y faisait sentir lorsqu'elle n'était soumise à aucune pression; mais si l'on comprimait, même légèrement, sa surface, on faisait éprouver au malade un sentiment de suffocation. Le malade était essoufflé au moindre effort, ou même lorsqu'il marchait un peu plus vite que de coutume. Le larynx faisant masse avec la tumeur, la parole était gênée et le son de la voix anormal. La déglutition, sans être douloureuse, ne s'exécutait pas avec autant de liberté que dans l'état naturel. Toutes les autres fonctions, d'ailleurs, s'exécutaient parfaitement.

Après avoir essayé sans résultat des frictions avec la pommade d'iodure de plomb et l'administration intérieure de l'iodure de potassium, la tumeur faisant toujours des progrès, M. Cabaret, malgré sa répugnance pour une semblable tentative, vaincu par les pressantes sollicitations du malade, se décida à pratiquer l'extirpation de cette tumeur.

Cette opération fut pratiquée le 28 mai 1850. Voici en quels termes l'auteur en décrit les détails :

« Le malade était assis. La peau étant saine et la tumeur volumineuse, je commençai par pratiquer une incision verticale dans le sens du grand diamètre de la tumeur, depuis son sommet jusqu'à la partie supérieure du sternum.

» Une seconde incision, menée par le milieu de la tumeur, de droite à gauche, joignit la première de manière à la rendre cruciale. Cette première partie de l'opération, dans laquelle furent incisés les téguments, les muscles peaucier, sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, fit naître des hémorrhagies fournies par quelques veinules, mais surtout par des branches artérielles qui furent soumises, les plus volumineuses, à la ligature, les autres, en bien plus grand nombre, à la torsion. Alors commença une dissection pénible et laborieuse, que j'exécutai en me servant, tantôt du manche d'un scalpel, tantôt d'une spatule, de préférence à l'instrument tranchant, et moyennant laquelle je séparai la tumeur, à droite et à gauche, des muscles sterno-mastoïdiens; puis, agissant avec une prudence croissante, je l'isolai des troncs des carotides, de la veine jugulaire interne et des gros troncs nerveux, et la détachai successivement, moitié par incision, moitié par énucléation, par ses côtés et par son bord inférieur, de l'échancrure sus-sternale et de la face antérieure de la trachée-artère. Je m'arrêtais à chaque instant, car les adhérences de la tumeur, lâches sur les côtés, devenaient très serrées sur le milieu de son insertion; d'une autre part, il fallait tordre ou lier souvent des vaisseaux nombreux qui donnaient lieu à l'écoulement du sang. Redoublant d'attention, chaque adhérence était explorée préalablement et liée ou tordue avant ou aussitôt après sa section.

» En procédant de bas en haut, j'étais sûr, en liant ou en tordant les vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, de ne placer qu'une seule ligature sur chacun d'eux, puisque je ne les atteignais que dans leur partie la plus inférieure; et, en outre, j'avais l'avantage, en jetant une ligature sur une branche considérable, d'empêcher les hémorrhagies qui auraient pu succéder à l'ouverture de ses rameaux...

» Revenant vers les bords de la tumeur, que je relevai en saisissant celle-ci à pleine main, je disséquai avec ménagement sa large base, qui adhérait intimement aux cartilages thyroïde et cricoïde et aux trois premiers anneaux de la trachée-artère. Je rencontrai plusieurs artères d'un fort calibre, les thyroïdiennes supérieures probablement, et, pour éviter une très dangereuse hémorrhagie, je résolus de pratiquer la ligature de ces vaisseaux avant d'achever l'extirpation. Je passai aussitôt sous les artères et dans le point où elles s'engageaient dans la tumeur une aiguille courbe et mousse armée d'un épais fil ciré; j'y plaçai deux ligatures à quelques millimètres l'une de l'autre, et je divisai chaque artère entre les deux liens. Je continuai à séparer la masse morbide de bas en haut; ensuite, dans le but de prévenir avec certitude toute hémorrhagie, je posai autour de la terminaison de la tumeur une troisième ligature, et j'achevai l'extirpation sans que les parties comprises dans cette ligature fournissent la plus petite quantité de sang.

» Après m'être assuré à l'aide d'un scrupuleux examen de l'état des surfaces de la plaie et que celle-ci ne contenait plus aucune portion morbide qui méritât l'extirpation, nous nous occupâmes de rechercher si quelque orifice artériel n'avait pas besoin d'être oblitéré. Quelques torsions reconnues indispensables ayant été effectuées, il ne subsista qu'un léger suintement sanguin à la surface de la plaie, dont on différa le pansement pendant deux heures.

» Pendant l'opération, qui dura quarante-cinq minutes, M. H... perdit à peine 500 grammes de sang. L'ablation de la tumeur avait mis à nu le larynx, la trachée-artère et la face interne des muscles sterno-mastoïdiens.

» Au bout de deux heures, aucune hémorrhagie ne s'étant manifestée, on procéda au pansement.

» La tumeur extirpée, inégale, bosselée, pesait 250 grammes. M. Cabaret l'ayant envoyée conservée dans l'alcool, M. Velpeau la met sous les yeux de l'Académie.

» Quant aux suites de l'opération, elles ont été très heureuses; la cicatrisation a été complète le trente-huitième jour de l'opération. »

M. Sédillot présente, à l'occasion de ce fait, quelques considérations sur les caractères distinctifs des diverses tumeurs désignées sous la dénomination commune de *goître*. Il voudrait qu'on réservât le nom de goître exclusivement pour l'hypertrophie de la glande thyroïde. La tumeur qu'a extirpée M. Cabaret, ainsi que celles dont MM. Roux et Hutin ont entretenu l'Académie dans les séances précédentes, ne seraient point, suivant lui, de véritables goîtres. Cette distinction lui paraît d'autant plus utile, que le goître proprement dit ne doit jamais être enlevé, tandis que les autres tumeurs de nature différente, désignées faussement sous ce nom, peuvent, dans quelques circonstances, suivant leur volume et l'étendue de leur base, être extirpées.

M. Velpeau n'admet pas la distinction que M. Sédillot cherche à établir. Cette distinction n'est pas acceptée dans la science. On entend par goître toutes les tumeurs qui siégent dans la région du corps thyroïde; tout le monde sait que ces tumeurs peuvent être de nature différente. Mais lorsque M. Sédillot vient dire qu'il ne faut pas enlever les vrais goîtres, et que les tumeurs qu'on a enlevées étaient de faux goîtres, personne n'entendra cela. Il faudrait établir d'une manière précise les caractères distinctifs du vrai et du faux goître.

M. Piorry pense que toutes les difficultés proviennent du mot goître. Si on veut faire cesser ces difficultés, il faut donner aux diverses tumeurs qui occupent la région du corps thyroïde des noms en harmonie avec leur nature.

M. Rochoux croit tout à fait inutile de changer le mot de goître, qui rappelle une chose parfaitement définie; mais il approuve les distinctions que M. Sédillot propose; les distinctions, dit-il, constituant les véritables progrès des sciences.

La communication de M. Cabaret est renvoyée à l'examen de MM. Roux et Velpeau.

— Pendant le dépouillement de la correspondance, on a procédé au scrutin pour la nomination d'un membre dans la commission du prix d'Argenteuil, en remplacement de M. Bégin.

M. le président fait connaître le résultat du scrutin, qui a donné la majorité à M. H. Larrey. En conséquence, M. Larrey fait partie de la commission d'Argenteuil.

Médecine mentale.

M. Félix Voisin, médecin des aliénés de Bicêtre, lit l'introduction d'un travail ayant pour titre : *De l'état actuel de la science médicale sur la nature de l'homme. De ce qui a été fait et de ce qui est à faire*, etc. (Commissaires : MM. Falret, Londe et Collineau.)

Recherches chimiques sur la laitance de carpe.

M. Gobley lit un travail ayant pour titre : *Recherches chimiques sur la laitance de carpe.*

Entre autres conclusions de ses recherches, l'auteur dit que la laitance de carpe présente une grande analogie de composition non-seulement avec le jaune d'œuf de poule et les œufs de carpe, mais encore avec la matière cérébrale, et que la substance grasse qu'elle renferme a une si grande, analogie de propriétés et de composition avec celle du cerveau, que l'on pourrait être amené à croire qu'elle est destinée à former le système nerveux du jeune animal.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 septembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Staphyloraphie.

M. Sédillot présente ses instruments de staphylorafie, et rapporte l'observation d'une malade chez laquelle il a dernièrement opéré l'oblitération d'une large perte de substance du voile du palais, causée par une ulcération vénérienne. La moitié droite du voile avait été réduite à une très grande minceur par la destruction d'une grande partie de la paroi postérieure ou pharyngienne. Le côté gauche seul avait conservé ses diamètres normaux. Les incisions latérales pratiquées pour donner au voile une laxité suffisante, avaient permis la réunion de la plaie centrale. Mais nonobstant la réapplication d'un des points de suture, un ptyalisme très intense accompagné d'un violent gonflement œdémateux vint détruire nos espérances d'une réunion immédiate. Je jugeai alors possible de tirer parti de l'incision latérale droite en dédoublant de dehors en dedans l'épaisseur du voile, de manière à former un lambeau renversé peu à peu, et par une dissection successive vers la ligne médiane. Ce lambeau, soutenu plus tard par un nouveau point de suture et étendu aux extrémités supérieure et inférieure de la perte de substance, finit par combler la plaie et en opérer l'oblitération.

J'ajouterai, à cette occasion, qu'il me paraît possible d'amener le relâchement très complet du voile par une opération un peu différente de celle dont j'ai déjà exposé les détails. On peut détacher presque complètement les côtés du voile du palais sans pénétrer dans l'arrière-bouche et sans inciser par conséquent la muqueuse palato-pharyngienne. Il suffit de conduire le bistouri le long du rebord libre du palais, jusqu'au dessous de l'arcade dentaire. Après avoir divisé la muqueuse et les cryptes muqueux qui constituent une couche très épaisse, on tombe sur l'aponévrose du muscle péristaphylin interne que l'on divise au-dessous du crochet de réflexion de l'apophyse ptérygoïde. Plus en dehors on coupe les attaches de l'élévateur supérieur du pharynx, puis plus profondément encore le muscle péristaphylin externe.

Le voile représente alors la moitié antérieure d'un anneau attiré en avant par les fibres du constricteur supérieur qui se portent du palato-staphylin à l'épiglotte, et tendent à rapprocher les deux moitiés complétement ou incomplétement divisées du voile, d'après le même mécanisme qui met en contact les deux côtés de la glotte dans les mouvements de déglutition. On rétrécit sans doute de cette manière l'anneau représenté par le voile; mais on en rétablit l'intégrité, et le moins grand diamètre de cet organe ne paraît pas défavorable au rétablissement des fonctions. Dans le cas où le voile resterait encore trop tendu de haut en bas, on ferait la section du pilier postérieur, et alors la laxité des parties deviendrait très considérable et permettrait des réunions véritablement inespérées.

Hémospasie.

M. Innod lit un mémoire ayant pour titre : *Thérapeutique spéciale ou moyen certain d'obtenir une grande économie dans les hôpitaux, les hospices, et autres établissements de bienfaisance.* Il s'agirait de substituer l'application de l'appareil hémostatique aux sangsues toutes les fois que celles-ci ne seraient pas jugées indispensables. Il en résulterait, suivant l'auteur, des effets thérapeutiques plus puissants et une économie considérable.

Spectre lumineux ou phosphène.

M. Martinet adresse la note suivante relative au phénomène du phosphène.

La communication faite à l'Académie des Sciences dans la séance du 9 septembre courant par M. Serres (d'Alais) m'engage à vous adresser le résultat des recherches faites depuis plusieurs années sur le phénomène lumineux qui se produit sous la pression du globe de l'œil et que M. Serres vient de désigner sous le nom de *phosphène*. Ces résultats, qui concordent en partie avec ceux de M. Serres, tendent à perfectionner le diagnostic des maladies de l'organe de la vision.

Et d'abord, sans revendiquer en rien toute question de priorité, j'aurai l'honneur de vous exposer que, dans un mémoire lu par moi à l'Académie nationale de Médecine dans la séance du 6 août dernier, mémoire dans lequel je me proposais d'éclairer le diagnostic au moyen de l'exploration électrique, je citais l'exemple d'un jeune garçon affecté d'amaurose, chez lequel j'avais constaté l'absence, à la pression de l'œil, de toute sensation lumineuse, dernier indice de la sensibilité de la rétine; mais qui, m'ayant offert la sensation lumineuse de l'étincelle dans une électrisation explorative du globe oculaire, me fit augurer que la rétine n'était point encore complètement paralysée.

Ce malade dut effectivement sa guérison au traitement par l'électricité, qui fut alors employé.

Quelques années plus tard, à la Charité, je signalais à plusieurs médecins la persistance du phosphène dans certaines maladies de l'œil, notamment en 1846, époque où je recueillis plusieurs observations de maladies des muscles intrinsèques de cet organe.

J'ajouterai à ce que M. Serres a écrit relativement aux points où se développe la sensation lumineuse, qu'elle se produit toujours dans la région orbitaire externe d'un œil, quand on comprime l'œil opposé dans la même région orbitaire supérieure et externe.

J'ai toujours trouvé le phosphène dans les simples cataractes. Je l'ai rencontré également dans la paralysie des troisième, quatrième et sixième paires cérébrales, tandis qu'il a manqué dans la paralysie complète de la deuxième. Je l'ai observé chez un homme affecté d'une amaurose incomplète, qui revenait sous le type tierce, c'est-à-dire de deux jours l'un, vers midi. Il existait dans toute sa plénitude dans deux cas de mydriasis, dont l'un, accidentel, irrégulier, reparaissait à des intervalles plus ou moins longs, des heures, quelquefois des jours, s'accompagnant constamment alors d'une paralysie également momentanée de quelques-uns des filets de la troisième paire et en particulier de ceux qui se rendent aux muscles élévateurs de la paupière et droit interne.

En somme, je pense, d'après ce que j'ai constaté nombre de fois :

1° Que, s'il est bien reconnu que l'absence du phosphène est un signe d'amaurose, il est nécessaire de confirmer la valeur de ce signe négatif par l'exploration électrique, qui, en dernier ressort, jugera si la rétine est encore douée de quelque excitabilité;

2° Que, quand on ne parvient pas à provoquer le phosphène temporal par la pression de la région nasale de l'œil amaurotique, il faut, avant d'affirmer qu'il y a amaurose complète, s'assurer, par la pression de la région orbitaire externe de l'œil opposé, que ce phénomène ne se produit réellement point;

3° Enfin, que certaines maladies, telles que la cataracte, la paralysie des sixième, quatrième et troisième paires cérébrales, alors même qu'il existe de notables troubles de la région, ne s'accompagnent point de l'absence du phénomène lumineux désigné par M. Serres sous le nom de phosphène.

Ligature de l'artère iliaque primitive.

M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, adresse la lettre suivante :

« Jeudi dernier, 19 septembre, j'ai pratiqué à l'hôpital Saint-Antoine la ligature de l'artère iliaque primitive chez un homme âgé de quarante-neuf ans. Il s'agissait d'enlever, chez ce malade, une tumeur cancéreuse occupant la partie interne de la cuisse et pénétrant jusque dans le bassin, à travers le trou sous-pubien, dont les rebords étaient détruits.

» La ligature de l'iliaque avait pour objet de mettre à l'abri d'une hémorrhagie grave, peut-être même immédiatement mortelle, pendant le temps que devait exiger l'extirpation complète d'une semblable tumeur. Deux ponctions qui y avaient été faites la veille au moyen d'un instrument très fin avaient donné, toutes deux, un jet de sang artériel.

» Quoique l'opération n'ait point été couronnée de succès, puisque le malade a succombé le lendemain, il est néanmoins très réel que le but de la ligature a été parfaitement rempli et que l'ablation complète de la tumeur s'est faite non-seulement sans hémorrhagie, mais avec une très faible perte de sang; et cependant, toutes les branches principales de l'artère hypogastrique et plusieurs des branches de la fémorale profonde ont été nécessairement divisées.

» J'ai cru que, la ligature de l'iliaque primitive n'ayant point encore été pratiquée en France, du moins d'après le témoignage des ouvrages les plus estimés, et notamment celui de M. Velpeau, la communication que j'ai l'honneur de vous adresser n'était pas dénuée d'opportunité. »

Prophylaxie de la syphilis.

M. le docteur de Sandouville adresse un mémoire concernant les mesures administratives qu'il serait utile de prendre pour empêcher la propagation de la maladie vénérienne. Ce mémoire est accompagné de notes de M. Trébuchet, membre du conseil de salubrité et chef de bureau de la préfecture.

NOUVELLES.

M. le docteur Letalenet, chirurgien attaché à l'état-major de la garde nationale de Paris et lauréat de l'Académie de Médecine, vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

Jurys médicaux. — Par décision du ministre de l'instruction publique, les sessions des jurys médicaux pour 1850 sont ainsi réglées :

Paris (1re division, M. Adelon, président) : Maine-et-Loire, 30 septembre; Ille-et-Vilaine, 4 octobre; Sarthe, 9 octobre; Calvados, 13 octobre; Seine-Inférieure, 17 octobre; Seine-et-Oise, 28 octobre. — (2e division, M. Bérard, président) : Somme, 15 septembre; Pas-de-Calais, 12 septembre; Nord, 27 septembre; Aisne, 4 octobre; Yonne, 11 octobre; Indre-et-Loire, 15 octobre.

Montpellier (1re division, M. Boyer, président) : Charente-Inférieure, 30 septembre; Charente, 7 octobre; Dordogne, 14 octobre; Gironde, 21 octobre; Lot-et-Garonne, 30 octobre; Gers, 6 novembre; Basses-Pyrénées, 11 novembre; Haute-Garonne, 18 novembre; Aude, 30 novembre. — (2e division, M. Bech, président) : Bouches-du-Rhône, 30 septembre; Vaucluse, 12 octobre; Isère, 19 octobre; Puy-de-Dôme, 30 octobre.

Strasbourg (1re division, M. Stœber, président) : Doubs, 3 septembre; Côte-d'Or, 9 septembre; Rhône, 16 septembre. — (2e division, M. Tourdes, président) : Meurthe, 4 septembre; Marne, 11 septembre.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 115. (23e ANNEE.) SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Tubercules du testicule. Résection. Phthisie pulmonaire aiguë. — Voici un fait que nous croyons offrir un certain intérêt sous divers rapports, et comme exemple nouveau d'une résection testiculaire dans un cas d'affection chronique organique et de dégénérescence, avec guérison, et comme exemple de complication de la tuberculisation du testicule par la tuberculisation du poumon, laquelle a affecté la forme aiguë et la marche rapide aussitôt après l'opération. La coexistence des tubercules pulmonaires et des tubercules testiculaires a fait, il y a peu de jours, l'objet d'une discussion au sein de la Société de Chirurgie. (*Voir* le procès-verbal de la séance du 4 septembre, *Gazette des Hôpitaux* du 17 septembre.) Ce fait est un document de plus pour la solution des doutes qui ont été exprimés.

Un jeune homme de dix-neuf ans entre à la Clinique le 20 juillet. Pâle, d'un tempérament lymphatique, il n'a pas eu de blennorrhagie, dit-il, et n'a pas reçu de contusion sur les bourses; enfin, il ne se rappelle nulle cause qui ait pu donner lieu à une inflammation du scrotum.

Il y a trois mois, sans cause connue, une tumeur s'est développée à la partie inférieure des bourses du côté droit, ou du moins c'est à ce moment qu'il s'en est aperçu pour la première fois. Cette tumeur était douloureuse; la peau qui la recouvrait était chaude; il ne peut dire s'il y avait changement de couleur à la peau. A ce moment, il consulta un médecin, qui lui fit appliquer des sangsues sur la partie malade. On s'en tint à cette médication. Cependant la tumeur augmenta de volume, en sorte qu'au moment où on l'admit à l'hôpital elle était grosse environ comme une pomme d'api, placée au-dessous du testicule, duquel elle était parfaitement distincte, et qui paraissait tout à fait sain.

Un examen attentif fait reconnaître que le cordon est sain. On suit facilement le cordon jusqu'à l'épididyme, et le corps de l'épididyme lui-même au-dessous du testicule; mais on ne peut en isoler et en distinguer la tête, qui paraît confondue avec la tumeur. On distingue dans la tumeur deux parties, l'une dure, assez limitée; l'autre, qui est culminante, est molle, fluctuante. Il s'est même formé au dehors un petit orifice spontané, qui donne passage à un pus grumeleux, évidemment tuberculeux.

Une incision est pratiquée au niveau de l'ouverture fistuleuse. On reconnaît l'existence d'une petite cavité limitée par les parties indurées. Pour traitement cataplasmes émollients; une cuillerée d'huile de foie de morue chaque matin.

Du 22 juillet aux premiers jours d'août, l'examen journalier de la plaie et de l'excavation tuberculeuse ne permet de constater aucun changement ni dans l'étendue en profondeur ou en largeur, ni dans l'aspect et la coloration de la plaie.

Le 2 août, M. Jarjavay croit s'apercevoir que la tumeur tuberculeuse diminue de volume; il fait continuer le même traitement.

Le 7 août, il pratique l'excision de la peau décollée qui forme l'orifice de la plaie, et résèque les bords de la tumeur elle-même; puis il touche le fond de la plaie avec la teinture caustique d'iode. A partir de ce moment, des bourgeons charnus d'un blanc-rosé, de bonne nature, se montrent au fond de la cavité et s'élèvent peu à peu pour la combler. Tous les deux jours on répète les applications de teinture d'iode, sous l'influence desquelles les bourgeons s'élèvent de plus en plus, tandis que, d'autre part, la masse tuberculeuse diminue et semble se fondre assez rapidement, et l'ouverture de la plaie se rétrécit notablement.

Le 23 août, l'état local est tellement satisfaisant, que le chirurgien juge à propos de pratiquer l'opération du phymosis pour remédier à une étroitesse congéniale de l'ouverture du prépuce dont le malade se dit fort incommodé. Disons sur-le-champ ici, pour n'y plus revenir, que cette petite opération incidente ne présente aucune particularité, et que la guérison s'en effectue avec la plus grande rapidité.

Le 31, l'ouverture ne présente plus que le diamètre de 4 à 5 millimètres; on la touche une dernière fois avec la teinture d'iode. Le malade se plaint d'avoir un peu toussé cette nuit. Ici commence une autre série de phénomènes.

Au moment où il fut admis à l'hôpital et soumis au premier examen, le sujet paraissait jouir d'une assez bonne santé. Nous avons dit seulement qu'il était pâle, lymphatique. La nature évidemment tuberculeuse de l'affection testiculaire avait dû porter l'attention du chirurgien sur l'appareil respiratoire. L'exploration la plus minutieuse de la poitrine n'avait fait découvrir aucun signe pouvant faire même soupçonner la présence de tubercules dans les poumons. On pouvait donc, malgré les probabilités contraires, se croire en sûreté de ce côté. C'est quarante jours après son entrée, et au moment où la plaie testiculaire était complétement guérie, que le malade toussa pour la première fois. L'auscultation fait reconnaître un peu de faiblesse dans le murmure respiratoire à droite. — Ventouses scarifiées; 300 grammes de sang.

Pendant les dix premiers jours de septembre, fièvre presque continuelle, peu intense d'abord. Sueurs abondantes; disparition complète de l'appétit. Un peu de souffle, le 11, au sommet du poumon gauche. — Potion stibiée; mauve gommée.

Le 14, le souffle tubaire du côté gauche a disparu. On supprime le tartre stibié. Mais les crachats, qui augmentent d'abondance, sont devenus caractéristiques. Hémoptysie le 15. Depuis ce moment, aggravation rapide des symptômes. La tuberculisation pulmonaire marche.

Examinons les points de cette observation qui, avons-nous dit, méritent de fixer l'attention des chirurgiens.

Et d'abord l'opération. On a pendant longtemps admis, et beaucoup de chirurgiens pensent encore qu'il faut, dans des cas de ce genre, pratiquer la castration. Voici ce qu'en 1834 écrivait Auguste Bérard dans son remarquable travail : « L'ablation du testicule, en substituant une plaie simple, faite aux dépens de tissus sains, à une tumeur creusée de cavernes tuberculeuses, de trajets fistuleux, devra procurer une prompte guérison et soustraire le patient aux ennuis d'une maladie longue et aux dangers d'une suppuration intarissable. Aussi des chirurgiens recommandables l'ont-ils conseillée et mise en pratique avec succès; cependant, si l'on considère que la castration n'est pas toujours exempte d'accidents graves et même mortels, etc., on concevra quelques doutes sur la nécessité de l'ablation du testicule. » Et il conseille, en définitive, le plus souvent qu'on le pourra, de se contenter d'ouvrir la tumeur tuberculeuse et de provoquer la cicatrisation au moyen de topiques détersifs.

Dans ces derniers temps, M. Malgaigne a conseillé et pratiqué, pour des affections fongueuses ou carcinomateuses du testicule n'intéressant pas l'organe entier, la résection de la portion malade seulement. C'est cette méthode qu'a préférée M. Jarjavay, et dont il n'a eu qu'à se louer dans la circonstance actuelle. Voilà pour la thérapeutique.

Un autre point intéressant de cette observation, c'est la coexistence des tubercules pulmonaires et des tubercules du testicule. On voit un sujet qui ne présentait au moment de son entrée à l'hôpital aucun signe physique appréciable de tuberculisation pulmonaire subir heureusement une opération, en guérir assez vite même, et, à l'instant où il va pouvoir demander sa sortie, être pris alors seulement des symptômes d'une phthisie pulmonaire non douteuse qui, sous l'influence de nous ne savons quelle cause, affecte une marche aiguë et fait en peu de jours les progrès les plus rapides.

Ce fait vient apporter une nouvelle preuve, s'il en était besoin, à la loi posée il y a plus de quinze ans par notre savant maître M. Louis, à savoir, que, du moment où il existe des tubercules dans un organe quelconque de l'économie, il en existe aussi fatalement dans les poumons. A cette loi, M. Louis n'a trouvé encore que trois ou quatre exceptions; trois ou quatre faits en dehors de la loi, dans un si long espace de temps et sur une masse d'observations aussi grande que celle qu'a dû réunir l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu; n'est-ce pas là la preuve la plus convaincante que l'on pût désirer en faveur de la loi elle-même?

Nous ne terminerons pas sans rapporter l'opinion émise avec beaucoup de vraisemblance par M. Vidal (de Cassis) à ce sujet dans la discussion à laquelle nous avons fait allusion au commencement de cet article, opinion dont jusqu'à un certain point aussi le fait actuel peut paraître une confirmation : « J'ai rencontré deux fois, a dit M. Vidal, les tubercules testiculaires coïncidant avec des tubercules pulmonaires, et, dans ces deux cas, un seul des testicules était affecté; dans deux autres cas, au contraire, où les tubercules n'existaient que dans la glande séminale, il y en avait des deux côtés. On pourrait, sous ce rapport, rapprocher les tubercules graves du testicule, c'est-à-dire ceux qui coexistent avec la phthisie, du cancer du même organe, qui ne siége généralement que d'un seul côté. Ce tubercule, que j'appellerai malin, se comporterait ici comme les autres affections malignes. »

En d'autres termes, la tuberculisation d'un seul testicule indiquerait, selon M. Vidal, l'existence de la diathèse tuberculeuse, tandis que la tuberculisation des deux organes ferait admettre comme probable l'existence d'une affection purement locale. Jusqu'à quel point l'opinion de M. Vidal est-elle l'expression de la vérité? C'est ce que l'observation ultérieure démontrera. Toujours est-il que M. Larrey a cité deux faits à l'appui de cette doctrine, et que celui qui fait le sujet de cet article semble aussi confirmer cette manière de voir.

Cancer encéphaloïde mélanique de la vulve. Diathèse cancéreuse. — Les auteurs des traités de chirurgie se sont, en général, peu occupés du cancer de la vulve. C'est à peine si Boyer consacre une vingtaine lignes aux tumeurs cancéreuses des grandes lèvres. Lisfranc, MM. Bégin, Velpeau, Vidal (de Cassis) ne sont pas plus explicites, et en mentionnent chacun deux ou trois exemples d'une manière très rapide et très abrégée. Ce silence des pathologistes à propos d'un sujet aussi important nous a engagé à rapporter ici un fait de tumeur encéphaloïde mélanique de la vulve chez une malade atteinte, en outre, d'une *diathèse cancéreuse mélanique,* si nous pouvons nous exprimer ainsi, se manifestant par la présence de nombreuses tumeurs sous-cutanées de la même nature que celle dont on a pratiqué ici l'ablation.

Une femme de cinquante-neuf ans, marchande des quatre saisons, entre à l'hôpital des Cliniques le 6 août dernier. D'un tempérament lymphatique, d'une constitution détériorée, d'un teint pâle sans être jaune, elle dit n'avoir jamais eu de maladie grave. Elle n'a pas connaissance qu'aucun de ses parents ait eu de maladies cancéreuses. Elle attribue l'apparition de la tumeur qu'elle porte à une contusion produite par l'éventaire que sa profession l'oblige à porter continuellement au-devant d'elle. Il y a huit mois environ que l'accident a eu lieu, et ce fut quatre ou cinq jours après qu'elle s'aperçut qu'il existait une tumeur sur la partie inférieure du mont de Vénus. Cette tumeur se creva, dit-elle, vers le mois de mars dernier; il en sortit du pus et de la sanie. Pour tout traitement, et d'après les conseils qu'on lui avait donnés, elle lavait sa tumeur avec de l'urine. Notons qu'elle avait eu, avant l'apparition du mal qui l'amène à l'hôpital, des douleurs rhumatismales qui ont disparu complétement.

Le 7 août, on constate au niveau de la commissure antérieure des grandes lèvres, une tumeur grosse comme une pomme d'api, distincte du clitoris, noire, dure, chagrinée, présentant, quant à l'aspect extérieur, des analogies avec une truffe, et en quelques points avec une grosse mûre, siége de douleurs lancinantes, pédiculée, non adhérente aux éléments sous-cutanés de la région indiquée, très mobile. Quatre jours après son entrée, on procède à l'opération. Deux incisions courbes circonscrivent la tumeur, qui, à l'aide du bistouri, se laisse facilement séparer du tissu cellulaire sous-cutané. On panse avec un hourdonnet de charpie au fond de la plaie; appareil contentif. Deux portions d'aliments.

Disséquée avec le plus grand soin, voici ce que présente la tumeur. La peau est détruite, perforée au niveau de la partie qui a éprouvé la solution de continuité ulcérative. La peau est renversée sur elle-même; la coupe de la tumeur démontre que la masse, grosse comme une pomme d'api, noire dans toute son étendue, avec quelques lignes moins foncées seulement, est également noire dans son intérieur; l'aspect de cette coupe ressemble beaucoup à celui de la coupe d'une truffe noire; vers le centre on trouve comme un noyau, du volume d'une noisette, présentant tous les caractères du tissu encéphaloïde. Examinée au microscope, elle offre tous les caractères de l'encéphaloïde dans les interstices duquel se serait déposé du pigmentum. C'est véritablement, comme l'avait annoncé M. Jarjavay en portant le diagnostic, un encéphaloïde mélanique.

Le 16, cinq jours après l'opération, premier pansement, qui n'offre rien de particulier.

Le 20, on s'aperçoit que la malade porte sur l'abdomen une tumeur de la même nature, mais beaucoup moins volumineuse. On examine alors toute la surface du corps. Sur les parties latérales du sternum, vers le milieu de la hauteur de cet os, on aperçoit un petit corps, gros comme un haricot, glissant sous la peau, enkysté, noir. La couleur en est parfaitement distincte au travers de la peau qui est amincie. Trois autres, offrent des caractères absolument semblables, mais de formes diverses, dans la région ombilicale; la plaie est d'un bon aspect. Un peu de diarrhée. Pilules de diascordium et de sous-nitrate de bismuth toutes les heures.

Le 24, les accidents du côté de l'intestin sont calmés.

Le 30, la cicatrisation est complète.

Il est évident, d'après l'analyse microscopique de la tumeur, que l'on avait affaire ici à un cancer de l'espèce de ceux que l'on nomme vulgairement mélaniques. Nous y reviendrons dans un instant. Comment se fait-il que dans aucun traité de pathologie chirurgicale, nous le répétons, on n'ait tracé l'histoire si importante cependant du cancer de la vulve, dont la fréquence est plus grande qu'il ne semblerait résulter de ce silence? Signalons cette lacune aux chirurgiens, comme déjà, à une autre époque (1847), nous avons signalé dans cette *Revue clinique hebdomadaire,* une lacune non moins surprenante; nous voulons parler des plaies du scrotum.

Une chose assez curieuse à noter, c'est la présence sur plusieurs points différents du corps de petites tumeurs mobiles sous la peau, noires, et certainement de la même nature que celle que l'on a enlevée. Tout porte à croire qu'il existe chez cette femme ce que l'on appelle une diathèse cancéreuse. Cette diathèse se manifeste par des tumeurs apparentes, dont les analogues existent peut-être dans les organes profonds, et qui ne peuvent manquer, dans un espace de temps plus ou moins éloigné, d'augmenter de volume pour devenir tout à fait semblables à la tumeur de la vulve.

Nous avons dit que nous reviendrions sur la nature du cancer dit mélanique.

Il est des chirurgiens, en petit nombre aujourd'hui, pensons-nous, qui regardent le cancer mélanique comme une forme spécifique du cancer. Nous croyons que cette opinion est profondément erronée. Sans nous engager ici pour le chef du service dans lequel nous avons vu la malade, et qui n'a point abordé avec nous ce côté de la question, nous dirons qu'à nos yeux le cancer mélanique n'est autre chose qu'une tumeur cancéreuse renfermant de la matière noire pigmentaire. « De même, dit notre savant confrère M. Lebert, qu'une tumeur cancéreuse peut être molle et infiltrée de beaucoup de suc cancéreux (encéphaloïde), de même que le cancer peut être dur par le développement des fibres (squirrhe), ou gélatiniforme par le développement de la substance transparente colloïde, de même aussi la matière colorante noire peut y être déposée en plus ou moins forte proportion, et constituer la forme mélanique du cancer. La mélanose se rencontre dans toutes les formes diverses du cancer, mais elle ne constitue pas un cancer en elle-même. » Ce qui nous porte à supposer, sans que nous puissions l'affirmer, que M. Jarjavay partage cette manière de voir, c'est que nous lui avons entendu dire : Le pigmentum s'est déposé dans la tumeur encéphaloïde, et que le diagnostic qu'il a porté a été celui-ci : encéphaloïde mélanique.

La mélanose se rencontre dans toutes les formes diverses du cancer; mais elle ne constitue pas un cancer en elle-même. M. Lebert a rencontré ce fort développement de mélanose dans un squirrhe ulcéré du sein, dans une glande axillaire squirrheuse, dans des plaques squirrheuses sous-pleurales, dans une tumeur cancéreuse du pancréas, dans un encéphaloïde de l'œil, dans un cancer gélatiniforme du rectum, dans un ulcère cancéreux de l'estomac. Suivant ce savant micrographe, l'erreur de ceux qui ont pris le cancer mélanique pour une espèce particulière de cancer viendrait de ce qu'ils auraient confondu ensemble les cancers renfermant de la mélanose, ceux chez lesquels, comme dans le cas actuel, le pigmentum se dépose dans le tissu cancéreux, et les tumeurs renfermant uniquement de la mélanose, sans la moindre complication cancéreuse.

Comme le cancer mélanique, la mélanose peut devenir constitutionnelle. M. Lebert a cité en détail, dans sa *Physiologie pathologique*, un cas de mélanose qui était devenue constitutionnelle, et s'était déposée dans un grand nombre d'organes à la fois. L'observation recueillie dans le service de M. Malgaigne, à Bicêtre, par M. Thibault, est relative à un sujet qui subit l'extirpation de l'œil pour un développement considérable de mélanose dans l'œil lui-même et dans l'orbite avec douleurs des plus vives. A l'autopsie, on trouve une foule de tumeurs noires de volume variable, dans le tissu cellulaire, les muscles, les organes profonds de la poitrine et du ventre. L'examen microscopique de plusieurs de ces tumeurs a semblé démontrer à M. Lebert qu'il n'y existait aucun élément cancéreux. (*Physiologie pathologique*, tome II, page 117.)

Dans le fait que nous avons rapporté, il y a développement d'un assez grand nombre de tumeurs mélaniques, au moins extérieurement, renfermant probablement dans leur intérieur des éléments cancéreux, comme celle qui a été enlevée.

Nous croyons en avoir assez dit pour prouver que le cancer mélanique ne doit pas être considéré comme une espèce particulière, mais seulement comme une variété.

Hydrocéphale chronique. Ponction. — Les cas ne sont pas très fréquents d'hydrocéphale traitée par la ponction et l'évacuation du liquide, et plus rares sont encore ceux où l'opération n'a pas été suivie de mort. Sans vouloir faire un vain étalage de cette érudition facile qui se pratique à coups de livres, nous rappellerons que les anciens ont recommandé la ponction, Hippocrate, Ætius et Celse; que Monro, Tulpius, Wepfer, Petit, de La Motte, Dupuytren, Breschet, Malgaigne, l'ont faite sans succès, et qu'elle passe journellement en chirurgie pour une opération tellement fatale d'une manière certaine, que la grande majorité des praticiens la condamnent et se refuseraient à la pratiquer. C'est à peine si l'auteur d'un des traités de pathologie les plus répandus, M. Grisolle, ose écrire la phrase suivante : « Quoiqu'on ne doive accepter qu'avec réserve les faits de guérison, nous les croyons néanmoins suffisants pour autoriser un médecin à recourir à la ponction des hydrocéphales; car c'est encore le seul traitement qui puisse laisser quelque chance de salut dans une maladie qui, abandonnée aux ressources de la nature, doit tôt ou tard entraîner la mort du sujet. »

Cette opération vient d'être tentée avec succès par M. Nonat à l'hôpital Cochin. Nous reviendrons, après avoir raconté le fait, sur les cas analogues que nous avons rencontrés dans les auteurs ou les recueils scientifiques.

Un enfant de treize mois, Albert Chopin, est admis à l'hôpital il y a quelques semaines. Cet enfant, vacciné il y a cinq mois, a toujours été bien portant, au dire de sa mère, jusqu'à l'âge de sept mois; le volume de sa tête était ordinaire. A cette époque, il fut pris de convulsions, précédées de deux jours d'abattement et de fièvre. On lui appliqua dix sangsues à l'anus et des sinapismes aux extrémités. Il resta huit jours sans connaissance et sans vouloir téter. Au bout de ce temps, il reprit le sein et resta malade deux semaines encore. Sa santé paraissait alors rétablie, dit la mère; il avait bon appétit et les autres fonctions suivaient parfaitement leur cours; cependant, il avait perdu sa gaieté. Un mois après, nouvelles convulsions; l'enfant reste deux jours sans prendre le sein. Bains salés, frictions sèches. A ce moment, la mère n'a encore rien remarqué à la tête. L'appétit revint bientôt. Il lui restait encore quelques oppressions pour lesquelles on lui appliqua, un mois avant son entrée, un vésicatoire au bras; c'est seulement à cette époque que la mère s'aperçut du développement et du défaut de consistance de la tête, symptôme dont elle ne s'inquiéta nullement.

La veille de son admission, l'enfant fut pris d'un enrouement assez intense; un médecin consulté dit à la mère que son enfant était atteint d'une maladie fort grave dans la tête et qu'il fallait le conduire sur-le-champ à l'hôpital.

Au moment de l'entrée, la tête est volumineuse, les os sont séparés de tous côtés; l'espace qui existe entre eux varie suivant les régions; on y perçoit une fluctuation très notable. La fontanelle postéro-supérieure surtout est très large. Le facies de l'enfant est rouge et animé. Il pousse de temps à autre quelques cris faibles; les yeux sont ternes, fixes et insensibles à la lumière. C'est à peine si les paupières se rapprochent lorsque l'on y porte le doigt. La sensibilité est notablement diminuée sur toute la face; l'ouïe paraît conservée. La langue est bien mobile, les lèvres également et la succion du sein se fait parfaitement. Bien que presque constamment portée en arrière, la tête exécute tous les mouvements. La motilité des membres est presque normale, mais la sensibilité y est conservée, ainsi que sur tout le reste du corps. Tous les autres organes sont sains.

M. Nonat pratique, au moyen d'un trocart explorateur, une ponction au niveau de la fontanelle latérale antérieure, ponction qui donne issue à 280 grammes de liquide transparent, incolore et ne donnant aucun précipité ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique. Ce liquide est en tout semblable au liquide normalement contenu dans le canal céphalo-rachidien.

Pendant l'opération, l'enfant n'a donné aucun signe de souffrance; quelques instants après, il pousse quelques cris et prend le sein immédiatement. Les os sont maintenant mobiles les uns sur les autres.

Deux heures après l'opération, l'enfant est calme; pouls à 130; la peau est médiocrement chaude.

Le lendemain, même état, abattement léger; le pouls est à 140; peau chaude. Il tète cependant. Même mobilité des os. Calomel, 0,40 en huit paquets à prendre de demi-heure en demi-heure. Deux vomissements légèrement bilieux dans la journée.

Le troisième jour, mieux sensible. L'enfant est plus gai, remue dans son berceau sans donner aucun signe de souffrance. Le pouls est à 120. La peau est moins chaude. Les yeux sont toujours insensibles, mais la sensibilité paraît être revenue dans une grande partie de la face. Les os sont un peu moins mobiles; un peu de liquide semble s'être reproduit. A la mensuration, on trouve de la racine du nez à la protubérance occipitale externe, 0,32 m.; de l'extrémité supérieure du pavillon d'une oreille à l'autre, 0,29. La circonférence, en passant par les bosses frontales et la protubérance occipitale externe, est de 0,49. (On a malheureusement négligé de prendre la mesure au moment de l'entrée. Mais la quantité de liquide évacuée permet de rétablir approximativement les dimensions primitives de la tête.)

Calomel, 0,40 en huit paquets comme la veille.

Le cinquième jour, les bras sont bien mobiles, la sensibilité revenue en partie dans la face; les yeux dans le même état qu'avant la ponction. Etat général satisfaisant.

Le septième jour, l'œil droit est légèrement impressionnable au toucher.

Le douzième jour, l'amélioration s'est maintenue sans aucun accident pendant ces derniers jours. La tête n'a pas augmenté de volume depuis le jour où on l'a mesurée. La sensibilité et la motilité des membres sont parfaites. Des deux yeux, le droit est seul impressionnable à la lumière. L'œil gauche est dans le même état qu'à l'entrée.

La mère demande sa sortie.

Voici donc un cas de ponction suivie d'amélioration notable dans l'espace d'une douzaine de jours. Cette amélioration persistera-t-elle, augmentera-t-elle? C'est ce que peut-être nous pourrons dire plus tard. Ce qu'il y a de certain, c'est que, si l'on n'obtient pas une guérison complète, du moins les résultats n'ont pas été fâcheux; loin de là, l'état de l'enfant a sensiblement gagné.

Nous avons dit que nous citerions quelques-uns des faits analogues qui ont été publiés depuis une vingtaine d'années.

Deux faits de guérison ont d'abord été insérés dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1831, tome IV, page 156, n° 39. Un troisième, plus remarquable, est dû à M. Bédor, de Troyes; il est très court, et cette raison nous engage à le reproduire en entier. « L'enfant avait quatorze mois; la ponction fut pratiquée neuf fois. La première, faite le 13 septembre 1827, donna issue à un litre de sérosité limpide et fut suivie de la cessation du strabisme et de la diminution des autres symptômes de compression, tels que l'affaissement, la somnolence et l'hémiplégie à gauche avec rétraction de la cuisse de ce côté. Les autres ponctions, faites à intervalles plus ou moins éloignés, fournirent une moindre quantité de liquide et amenèrent chaque fois une amélioration notable. Enfin, la dernière ponction, qui fut pratiquée quatre mois après la première, laissa l'enfant dans un état très satisfaisant. Plus d'un an après, il mourut d'une pneumonie aiguë. L'examen du crâne montra un développement plus grand du ventricule droit avec amincissement des parois. La supérieure formait un infundibulum, au fond duquel existaient trois points fistuleux, traces évidentes des ponctions. » (*Gazette des Hôpitaux*, tome IV, page 488, n° 147).

Depuis cette époque, M. Bédor a publié en 1838, dans le journal l'*Expérience*, un travail sur le même sujet auquel nous renvoyons nos lecteurs.

Les *Archives de Médecine* contiennent un assez grand nombre de faits de ponction dans l'hydrocéphale chronique. On en trouvera un intitulé : *Cas d'hydrocéphale*, dans lequel on a pratiqué plusieurs fois la ponction avec succès, dans le tome X, 1826, page 456; il est dû à un chirurgien anglais, M. Sym.

Un second, plus concluant, car la guérison fut complètement obtenue, est dû à Graefe, de Berlin. Il est relatif à un enfant de quatre mois, chez lequel on pratiqua la ponction onze fois dans l'espace d'un an; l'enfant se développa assez régulièrement; après la troisième ponction, il avait déjà meilleure mine; après la neuvième, il avait commencé à articuler quelques mots et à marcher. A l'âge de dix mois, il marcha seul et parla assez distinctement. Parvenu à l'âge de deux ans et demi, l'enfant, vif et bien portant, fut présenté à la Société de Médecine de Berlin. (*Archives de Médecine*, tome XXVIII, 1832.)

Dans un cas publié par le docteur Hofling en 1837, on voit une fracture du crâne donner issue au liquide contenu dans la tête d'un enfant de cinq ans affecté d'hydrocéphale chronique. L'écoulement du liquide dura huit jours très abondant, puis diminua progressivement et finit par cesser complètement. Deux ans après cet *heureux* accident, la santé de l'enfant était fort bonne et la tête avait repris ses proportions normales. La conséquence que tire M. Hofling de ce fait, c'est qu'il ne faut pas craindre de faire la ponction de la tête dans l'hydrocéphale chronique en évacuant le liquide par petites portions et à plusieurs reprises. *In extremis morbis, melius anceps remedium quàm nullum.* (*Archives de Médecine*, 2e série, vol. XV.)

En 1838, un chirurgien de Londres, M. Conquest, publia dix-neuf observations de sujets chez lesquels il avait pratiqué la ponction. Neuf malades avaient guéri, dix étaient morts. Suivant M. Malgaigne, dans la plupart des cas de M. Conquest il y eut plutôt suspension de la marche croissante de la maladie que guérison véritable. Il pense néanmoins que l'opération peut et doit être tentée :

1° Quand le sujet a moins de trois à quatre mois, lors même que l'hydrocéphale paraît stationnaire;

2° Au delà de quatre mois, et sans autre limite que l'ossification du crâne, lorsque l'hydrocéphale s'accroît sensiblement et menace ainsi la vie générale et la vie de relation de l'individu.

En 1839, un fait de ponction d'hydrocéphale suivie de succès complet fut publié par M. le docteur Kilgour, d'Edimbourg. L'opération fut répétée quatre fois en un mois. La guérison était parfaite au bout de quatre mois. L'enfant avait deux mois et demi au moment de la première ponction. (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1840, p. 230.)

Enfin, en 1842, le docteur West fit imprimer dans le *London medical Gazette* un mémoire comprenant cinquante-six cas de ponction du crâne. Dans tous, il s'agit d'hydrocéphales congéniales ou développées peu après la naissance. L'analyse de ces faits démontre que la ponction du crâne n'est pas une opération très grave en elle-même et qu'il existe des faits très réels de guérison définitive.

Tout ceci pour arriver à cette conclusion que les faits existants déjà dans la science sont plus que suffisants pour légitimer l'opération qu'a tentée M. Nonat; qu'en présence d'accidents aussi graves, il pouvait et devait pratiquer la ponction du crâne; mais aussi que très probablement la guérison ne sera pas définitivement obtenue par une seule ponction et qu'il faudra y revenir plus d'une fois. Dr A. FOUCART.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Suite des hallucinations.

(Septième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 30, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12 et 17 septembre.)

Dans la dernière séance, nous nous sommes appliqué à apprécier les phénomènes psychologiques de l'état normal qui offrent des analogies plus ou moins prononcées avec l'hallucination; nous avons insisté sur certains rêves, comme tout à fait propres à donner une idée exacte de ce phénomène; nous avons passé en revue les différentes circonstances où l'imagination de l'homme, vive et féconde, produit ces tableaux qui, par l'abondance et la netteté des images, nous charment et nous captivent; tel est le poète dans ses moments de verve, tel est l'homme sous l'empire d'un sentiment vif, tendre ou élevé. Nous avons ensuite examiné les cas indépendants de ces conditions, où l'imagination reproduit spontanément des images auxquelles la raison ne donne pas son assentiment; nous avons montré en outre qu'alors même que l'esprit donne son adhésion à une hallucination, on n'est pas en droit d'en induire la folie si l'esprit est subjugué par des croyances antérieures. Nous avons vu que les époques de mysticisme et de fanatisme étaient fécondes en exemples de ce genre. Enfin, nous sommes arrivé aux hallucinations évidemment empreintes de délire; nous les avons vues très restreintes, mais jamais entièrement isolées de tout autre symptôme de délire, et nous en avons conclu que dans la folie caractérisée principalement par des hallucinations, comme dans toutes les folies, il y avait pluralité et non unité de délire.

Cela posé, nous avons considéré l'hallucination dans l'aliénation partielle, avec ses différents degrés de conviction, de netteté et d'influence sur la conduite de la vie.

Nous avons ainsi exposé à vos yeux les nuances successives d'intensité que peut acquérir l'imagination de l'homme pour aboutir au phénomène si étonnant de croire, au rebours de l'état normal, à la réalité de perceptions sans impressions.

Aujourd'hui, nous allons continuer l'étude des hallucinations dans les diverses formes de l'aliénation mentale; nous les considérerons ensuite en elles-mêmes, c'est-à-dire dans les caractères qui les constituent et dans les phénomènes psychologiques qui, tout à la fois, les différencient et les rapprochent des illusions.

Les hallucinations, moins fréquentes que les illusions dans l'aliénation générale avec excitation, s'observent néanmoins assez souvent dans son cours, et elles en constituent quelquefois les premiers symptômes, comme aussi il n'est pas rare de les observer à son déclin.

Pendant la période d'intensité, elles sont, dans certaines circonstances, si nombreuses, tellement mêlées aux illusions, qu'il est bien difficile de les apprécier au milieu de ce trouble qu'augmentent encore les cris, l'agitation et le désordre des mouvements; ajoutez à cette difficulté celle de saisir un symptôme aussi fugace et aussi varié par la multiplicité des objets qui y donnent lieu.

Le témoignage des malades ne saurait être invoqué pour constater l'existence des hallucinations; elles ne peuvent être révélées que par l'expression de la physionomie, par certaines poses, par certains gestes.

C'est ainsi qu'elles se trahissent quelquefois par une sorte d'extase ou par l'immobilité de l'attitude, qui, réunies aux signes de l'attention la plus vive, dénotent que le malade est dominé par l'inspiration; d'autres fois, des yeux mobiles, promenés rapidement de côté et d'autre, expriment que l'aliéné cherche à voir les choses ou les personnes que son imagination lui représente; quelquefois l'exaspération, la volubilité des paroles, que rien ne paraît expliquer, trouvent leur cause dans une sorte de conversation mystérieuse à laquelle le malade participe à sa manière; quelques paroles saisies par l'observateur au milieu de ces propos désordonnés, de cette agitation, de ces gestes bizarres, suffisent souvent pour témoigner de la justesse des présomptions.

Lorsque les hallucinations sont multipliées dans la manie, on peut l'appeler manie sensoriale ou intuitive; le délire conserve d'ailleurs le même caractère; il n'y a que prédominance de l'un de ses éléments ordinaires: du reste, même rapidité dans la succession des idées, même défaut de liaisons, par suite de l'impossibilité de les comparer et de distinguer ce qu'elles ont d'analogue et de différent. Il importe, d'ailleurs, de remarquer que la prédominance des hallucinations dans l'aliénation générale entraîne plus d'incohérence dans les propos et dans les actions. Les malades de ce genre sont comme dans un dédale d'où il est bien difficile de les faire sortir; ils éprouvent des joies indicibles et, plus souvent, des douleurs affreuses; leur mimique témoigne de ces deux états: c'est vraiment pitié de les voir tourner les yeux de côté et d'autre pour chercher à voir les personnes dont ils croient entendre les voix, écouter attentivement celles qu'ils croient voir, garder un silence profond ou parler sans interruption, s'exaspérer et manifester l'agitation la plus grande et quelquefois la plus violente.

Nous avons dit que, dans la manie, les illusions étaient plus fréquentes que les hallucinations. En effet, l'hallucination, étant une réaction de l'intérieur sur l'extérieur, est peu compatible avec l'état maniaque; tandis que le maniaque, au milieu du tourbillon d'idées qui se succèdent si rapidement en lui, se trouve dans les conditions les plus défavorables pour juger les impressions qu'il reçoit, et les dénature selon la diversité des préoccupations du moment. Aussi voit-on le maniaque victime des erreurs d'impressions les plus variées; un nuage est pour lui une armée, un arbre devient un géant, un trou est transformé en précipice, le moindre bruit en coup de tonnerre, la douce saveur en poison.

Les hallucinations, comme les illusions, perdent de leur fréquence et de leur intensité à mesure que diminue la vie de l'intelligence, c'est-à-dire dans la manie chronique et surtout dans la démence; elles sont d'ailleurs empreintes de faiblesse comme toutes les autres manifestations intellectuelles: elles sont vagues, confuses comme les souvenirs, peu étendues, passagères, souvent liées à des idées ambitieuses et trop peu distinctes pour entraîner une grande conviction. Elles donnent lieu quelquefois à de l'agitation et troublent le repos du jour et de la nuit, lorsqu'elles se rapportent à des objets tristes; par contre, les hallucinations deviennent une source de jouissances pour le dément qui croit savourer des mets exquis, sentir des parfums délicieux, voir des palais et avoir les plus belles choses en sa possession.

Pour être compatible avec l'idiotisme, l'hallucination suppose trop d'activité d'esprit et d'exaltation dans l'imagination: chez l'idiot, les impressions peuvent être faibles, donner lieu à des erreurs sur la nature des objets et, par suite, constituer des illusions; mais la réaction du cerveau et de l'intelligence, toujours nécessaire pour la production de l'hallucination, ne saurait se concilier avec l'oblitération des facultés intellectuelles.

Tels sont les caractères des hallucinations dans les différentes formes de maladies mentales. Elles sont fixes, permanentes, ou bien versatiles, rapides, incohérentes; elles sont nettes, distinctes, parfaitement déterminées et semblent parfois ajouter à l'élévation de la pensée, ou bien elles sont vagues, imprécises, indéterminées et témoignent de la ruine de l'intelligence. Ajoutons que tantôt elles se rapportent aux objets mêmes qui ont provoqué ou qui entretiennent le délire (et c'est le cas le plus commun); tantôt elles ne s'harmonisent ni avec les idées, ni avec les sentiments, et n'ont aucun rapport avec l'objet dominant du délire; tantôt elles sont des incidents rares et passagers; tantôt elles forment le cachet spécial et en quelque sorte exclusif du délire. Dans certains cas elles sont continues, plus souvent elles sont intermittentes; mais, dans tous les cas, elles sont en rapport avec les habitudes de l'intelligence et les dispositions particulières qui constituent l'infinie variété des caractères.

Le degré de culture et de développement des facultés intellectuelles et principalement de l'imagination chez les aliénés apporte une grande différence, non dans la nature fondamentale du phénomène psychique, mais dans le degré d'intensité, dans la multiplicité et dans la richesse des images. Chez les personnes qui n'ont pas reçu le bienfait de l'éducation et dont la vie se passe dans des travaux grossiers, les hallucinations consistent presque toujours en un petit nombre de perceptions imaginaires, souvent confuses et relatives aux choses les plus usuelles; tandis que, chez les personnes remarquables par l'alliance d'une éducation libérale et d'une grande instruction à une riche imagination, les hallucinations constituent par le nombre, par la différence des objets représentés, comme par leur coordination harmonique, de véritables tableaux capables d'émouvoir et d'intéresser vivement.

Vous avez eu sous les yeux des faits nombreux d'hallucinations chez les personnes qui n'ont pas reçu le bienfait de l'éducation; comparez-les avec le fait suivant recueilli dans notre établissement de Vanves, et vous jugerez de la différence.

Un homme d'un âge mûr, d'une grande richesse d'imagination et d'un esprit très distingué, s'imagina pendant les grandes chaleurs de l'été, et au milieu d'une belle journée, assister à la formation du monde. Placé au sommet d'une tour élevée, il croyait dominer sur toute la nature et contempler toutes les puissances qui travaillaient à la création du monde. Dans son imagination, la création s'opérait d'une manière assez conforme à celle qui est racontée dans les écritures, mais il s'y mêlait des fables assez semblables à celles qui remplissent les livres orientaux et certains contes des *Mille et une Nuits*. Par exemple, au sommet de la tour sur laquelle il était placé, habitaient des génies et des fées qui en partaient pour aller vivier la nature, et être, dans les différents mondes, les ministres du Très-Haut. Il voyait aussi, auprès de lui, comme deux œufs énormes qui, placés au sommet de la tour, étaient pour ainsi dire chauffés et couvés par les ardeurs du soleil, et qui, venant à éclore, donnaient naissance à l'homme et à la femme, mais à un homme et à une femme fort supérieurs à ceux que nous voyons, et qui ressemblaient plutôt aux habitants du ciel, tels qu'on se les figure, brillant de jeunesse et d'immortalité, portant des ailes et prêts à s'élancer dans les airs.

En même temps il se croyait environné de quadrupèdes et d'oiseaux au-dessus des dimensions ordinaires, et dont les formes et les couleurs lui causaient de la surprise, de l'admiration, et parfois aussi de la frayeur, quand ces animaux étaient des lions et des tigres, ou des animaux féroces de cette espèce.

Il vit aussi le Père éternel qui lui apparaissait sous la forme d'un vieillard vénérable, plein de force et de vie, siégeant à une des extrémités de la tour sur un trône éclatant, et recevant autour de lui les anges et les génies, auxquels il communiquait ses ordres.

Quand ils étaient partis, le Père éternel restait dans une solitude absolue, environné d'une lumière éclatante et voisin des astres. Il tenait à la main un grand livre où étaient écrites les destinées, et ne ressemblait pas mal à la belle figure du Père éternel dans le beau tableau de la *Création* de Raphaël, ou au Dieu de tous les mondes tel que le représente l'auteur de la *Henriade*. Quant aux ministres de ses volontés, les génies, les anges et les fées, ils lui semblaient aller et venir du sommet de la tour dans les différentes parties de l'univers, comme pour y porter la lumière et la vie; il les voyait, ou s'élancer de la tour dans les airs et planer sur un ciel bleu au milieu des astres et des étoiles, ou revenir se poser légèrement près de la place où il se trouvait. Les formes sous lesquelles ils lui apparaissaient étaient celles que leur prête d'ordinaire la poésie; elles étaient variées: c'était tantôt la forme humaine, tantôt celle de superbes oiseaux ou d'autres formes singulières; ils parlaient et étaient doués d'une intelligence supérieure. Quelle était leur langue? C'est ce dont notre malade n'avait aucun souvenir; mais il se rappelle très distinctement qu'il vivait au milieu de ce monde imaginaire, couché sur cette tour élevée, suspendue avec elle au milieu des airs, bercé par le souffle embaumé des vents, et éclairé d'une lumière éclatante qui lui permettait d'observer le cours des astres, et le passage de quelques-uns d'entre eux assez près de la place qu'il occupait.

D'où ont pu venir ces idées singulières, et comment expliquer cette longue hallucination? Il est possible que cet homme distingué s'étant occupé assez longtemps, dans ses études antérieures, de l'histoire de la féerie, et qu'ayant même écrit sur ce sujet, son esprit en ait conservé une impression profonde dont les images se sont renouvelées et se sont combinées ensemble pour y former ce tableau singulier et cette explication poétique de la création. Elle est une sorte de mélange confus des idées de la *Bible* et de celles de la poésie orientale. Ainsi, l'idée de cette tour d'où il dominait sur toute la nature, et du haut de laquelle il contemplait autour de lui tous les mondes, a pu lui venir de la tour de Babel ou des jardins suspendus de Babylone et de Ninive. Peut-être aussi que la lecture des *Mille et une Nuits* et des fables de l'Orient sur la création ont pu lui suggérer l'idée de ces œufs énormes que chauffait le soleil, et d'où il voyait éclore deux créatures humaines. Par exemple, on trouve dans un conte des *Mille et une Nuits* qu'un oiseau gigantesque appelé l'euroque se bâtit un nid au sommet des montagnes, y dépose ses œufs, les y laisse éclore aux ardeurs du soleil, et qu'il en naît des génies. Cette hallucination ressemble beaucoup à cette fable, et les circonstances que nous venons de rappeler en rendent un compte sinon satisfaisant, du moins assez vraisemblable.

L'activité de l'imagination et de l'association des idées, jointe à des connaissances variées, peut donc donner lieu à des séries plus ou moins régulières d'hallucinations formant par leur réunion un tableau qui ne manque ni de beauté ni de grandeur: c'est sans doute exceptionnellement qu'on peut en citer des exemples aussi remarquables que celui que nous venons de raconter; mais, en général, l'hallucination est complexe et l'est d'autant plus que la personne qui l'éprouve a plus d'imagination et de culture d'esprit; remarquons ici que certaines hallucinations se commandent réciproquement; ainsi, l'hallucination tactile et l'hallucination visuelle s'enchaînent étroitement; d'autres fois, l'hallucination n'est que redoublée dans le même sens par le fait de l'association des idées; par exemple, une personne qui se trouve dans ce moment à notre établissement de Vanves se sent jeter à l'eau par une puissance supérieure; elle se sent retirer des flots par la même puissance, et en même temps elle sent la lourdeur de ses vêtements, sensation qui persiste jusqu'à ce qu'une cause suffisante pour les sécher, l'action du soleil, ait eu le temps d'agir. Dans ce fait, il y a plusieurs choses notables: indépendamment de ce qu'on remarque dans toute hallucination, nous constatons que le sentiment du merveilleux est le premier mobile de l'hallucination; nous voyons ensuite que la sensation de la lourdeur des vêtements est une conséquence naturelle de la chute dans l'eau, et que l'intervention du jugement qui apprécie l'influence du soleil fait cesser l'hallucination relative au poids des vêtements. Cet enchaînement n'existe pas au même degré et avec la même régularité chez les divers hallucinés, et c'est précisément ce qui prouve la diversité des hallucinations.

Dans certaines hallucinations, le désordre est général; tout est inconséquence, confusion; d'autres se font remarquer tout à la fois par une conséquence tout à fait rigoureuse sur certains points et d'un autre côté par l'absence d'association d'idées tellement naturelles qu'on ne peut l'expliquer que par le fait d'un esprit malade ou fortement préoccupé.

Un exemple de ce genre se trouve précisément dans le dernier fait que nous venons de citer. La malade qui en est l'objet avait beau opérer la torsion de ses vêtements pour en exprimer l'eau, elle n'en a pas vu sortir; la vue n'est pas devenue complice de l'hallucination du tact.

(La suite à un prochain numéro).

EXCISION D'UNE EXUBÉRANCE SQUIRRHEUSE DU COL UTÉRIN,

faite avec succès sur une jeune fille vierge;

Par M. J.-J. CAZENAVE, de Bordeaux.

Mlle de S..., âgée de vingt-deux ans, d'une constitution vigoureuse, souffrait depuis longtemps des reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement; marchait difficilement, avait un écoulement vaginal d'un blanc-rosé, abondant et fétide; sentait ses fonctions digestives s'altérer graduellement, et continuait cependant d'avoir des menstrues régulières et assez abondantes, lorsqu'elle vint à Bordeaux pour me consulter.

J'explorai trois ou quatre fois le vagin, le rectum et l'hypogastre dans la première quinzaine du mois de janvier 1849, et découvris à travers la membrane hymen, intacte, une languette charnue et mobile dont il me fut impossible de reconnaître la nature. Le toucher vaginal répété avait été si douloureux, que j'ajournai mes investigations jusqu'au 19 du même mois. Cette fois-là je franchis l'hymen de vive force, afin de me frayer une voie vers le col utérin, malgré l'étroitesse du vagin. Je reconnus alors une exubérance, une sorte de polype conoïde ayant environ 4 centimètres de long, 1 centimètre de large, 5 millimètres d'épaisseur; en un mot, une de ces productions assez souvent méconnues, et qu'on ne voit se développer qu'assez rarement chez les jeunes vierges. Malgré des efforts répétés et des recherches très minutieuses, il me fut impossible d'explorer convenablement le col de l'utérus, et, partant, d'avoir des données positives sur l'insertion de l'exubérance en question.

L'incertitude dans laquelle j'étais me fit désirer l'adjonction de deux confrères; mais une exploration de la nature de celle que nous avions à faire étant fort pénible pour la jeune personne, nous arrêtâmes que M. Fauré voudrait bien chloroformiser la malade, et que les docteurs Dubreuilh père et Pouget n'entreraient dans sa chambre que lorsqu'elle serait étrangère à tous nos actes. Quand Mlle de S.... fut insensible, je touchai le premier, et trouvai les choses dans le même état que la veille. Un spéculum étroit ayant été porté jusqu'au col utérin ne m'apprit rien de plus que le toucher, et mes confrères, très désireux tous les deux d'avoir des données aussi positives que possible à l'endroit du diagnostic, ne furent pas plus heureux que moi.

Assurément, sans la merveilleuse ressource du chloroforme, qui produisit plus que ses effets anesthésiques, nos explorations, faites en dilatant violemment le canal vulvo-utérin d'une vierge, eussent été très douloureuses; néanmoins, mes confrères et moi nous dûmes renoncer à y recourir de nouveau, vu les difficultés que nous avions éprouvées pour combattre la contraction musculaire des membres pelviens, contraction qui avait été d'autant plus forte, que le sujet était d'une vigueur peu commune. Et d'ailleurs, s'il fallait opérer, toute manœuvre devenait à peu près impossible par ce fait de *roideur musculaire* dont j'ai vu quelques exemples dans ma pratique, ainsi que peut se le rappeler M. Fauré, qui m'a si souvent et si obligeamment assisté.

Mais cette première consultation fut négative en ce sens que, n'ayant pas pu formuler un diagnostic tant soit peu positif quant à la nature de l'exubérance et à son insertion, mes confrères et moi nous ne crûmes pas autorisés à prendre une détermination. Dans cette occurrence, je demandai une seconde consultation, pour laquelle MM. Puydebat et Chaumet furent désignés. De nouvelles explorations furent faites par ces derniers confrères, par M. Dubreuilh le père et par moi, tantôt à l'aide du toucher, tantôt à l'aide d'un spéculum, et néanmoins, je dois l'avouer, de nombreuses incertitudes restèrent dans nos esprits. Toutefois, l'opération fut décidée, et il fut arrêté que je me conduirais selon l'occurrence et que je parerais comme je l'entendrais aux éventualités qui se présenteraient.

Les explorations réitérées auxquelles mes confrères et moi nous avions soumis la malade l'ayant beaucoup fatiguée, force me fut de renvoyer l'opération à quelques jours plus tard.

Quand l'irritation du vagin fut calmée, le docteur Dubreuilh père et moi explorâmes de nouveau, puis je procédai à l'opération de la manière suivante:

Je glissai le long du doigt indicateur gauche des pinces droites à polype, m'efforçai de saisir l'exubérance charnue le plus près possible du col utérin, tirai lentement et de façon à faire descendre ce même col aussi bas que je le pourrais. Ces pinces dérapèrent plusieurs fois, mais sans déchirer le tissu que j'avais étreint dans leurs mors. Je recommençai la même manœuvre une quatrième fois, confiai l'instrument à mon confrère, et saisis la tumeur un peu plus haut avec deux pinces de Muzeux. Cette manière de procéder ne nous ayant pas encore complètement réussi, je fus obligé d'y revenir, mais cette fois avec bonheur, car, toujours admirablement secondé par M. Dubreuilh le père, qui j'avais vu à l'œuvre dans un cas fort épineux et réussir alors que d'autres confrères et moi-même avions plusieurs fois échoué, je pus abaisser le col

utérin jusqu'au tiers postérieur du vagin, et là explorer ce même col et l'exubérance qui ne faisaient qu'un et qui nous parurent être d'un tissu identique. Donc pas d'insertion propremcut dite, donc pas de pédicule, donc existence matériellement démontrée d'une production exubérante du col, d'une sorte d'hypertrophie jouant le même rôle que les polypes dans le vagin; et la malade, pour ce fait d'abord, pour les incommodités dont elle était tourmentée ensuite et peut-être aussi pour son avenir de jeune femme, devant être débarrassée de cette espèce d'appendice.

Les tractions faites n'ayant pas pu abaisser le col au delà du point indiqué, je me servis alternativement de longs ciseaux courbés sur le plat et du bistouri de Cooper pour réséquer le cône charnu en empiétant un peu sur le col lui-même.

Une hémorrhagie inquiétante suivit immédiatement l'opération, donna lieu à des syncopes et à un état anémique qui dura plusieurs jours; puis survint une légère métro-péritonite, que le docteur Dubreuilh père combattit avec succès pendant mon absence, que motivait une opération dans la Charente-Inférieure.

Pendant que le col utérin avait été abaissé, M. Dubreuilh et moi nous avions pu constater sa dureté, son beau poli, et craindre qu'il n'y eût un commencement de dégénérescence. L'exubérance réséquée avec une portion du col, ayant été examinée avec attention et divisée par tranches, ne démentit pas ce diagnostic, car la matière était très résistante et avait une teinte blanc-bleuâtre. Du reste, la plus grande partie de la pièce que nous avions sous les yeux était formée d'une matière qui, par sa couleur et sa consistance, se rapprochait de la couenne du lard. Nous n'osâmes pas prononcer le mot *squirrhe*, et cependant qu'était-ce donc?

On lira avec beaucoup d'intérêt, dans un ouvrage de M. Duparque (*Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice.* Obs. XLVIe, p. 156, Paris, 1839), un fait d'allongement démesuré du col utérin, qui a quelques rapports, moins la dégénérescence, avec celui que je fais connaître.

Mlle de S..., opérée depuis dix-huit mois, se porte à merveille, et n'a conservé aucune trace de sa maladie; c'est ce que j'ai pu constater par une exploration que je fis il y a un mois, à l'occasion d'un avis qu'on me demandait.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Extraction d'un crochet à broder du fond de la paume de la main par un procédé particulier; par M. GERDY.

Le procédé que nous allons exposer, et qui a été mis en usage avec un plein succès par M. le professeur Gerdy, mérite d'être connu des chirurgiens.

Une jeune personne s'était enfoncé un crochet à broder dans la paume de la main, jusque sous l'aponévrose dorsale inter-osseuse, où on le sentait arrêté sous la peau et l'aponévrose, qui n'étaient pas traversées. La longueur de la tige de l'instrument était de 11 centimètres, son épaisseur de 3 millimètres au-dessus de la pointe. La malade avait subi sans succès des tentatives de réduction, et même des débridements dans la paume de la main, qui l'avaient fait beaucoup souffrir. Après avoir examiné l'état des choses, M. Gerdy reconnut que le crochet occupait la situation profonde indiquée plus haut, et qu'il était très solidement retenu dans l'intervalle du troisième et du quatrième métacarpien, probablement par un faisceau de tissu fibreux solide. Ce chirurgien glissa le long de la tige du crochet une sonde cannelée, sans cul-de-sac, jusqu'au delà de la pointe de l'instrument; celle-ci fut engagée dans la cannelure de la sonde, et M. Gerdy lui imprima un mouvement de pivot pour dégager le crochet et le ramener au dehors. Le hasard le fit tomber dans l'angle de la dent; il le reconnut à ce que, en tirant légèrement sur le crochet avec la main gauche, il soulevait en même temps la sonde, qu'il poussait en sens inverse avec la main droite, et parce qu'il ne pouvait dégager le crochet du faisceau qui le retenait; il retira alors la sonde et la glissa du côté opposé à la dent du crochet. La sonde pénétra jusqu'à la pointe de celui-ci; alors il chercha, en faisant tourner la tige du crochet sur son axe, à tourner sa dent vers la cannelure de la sonde pour le dégager et le retirer le long de la gouttière de la sonde, comme faisaient les chirurgiens au quinzième siècle pour retirer le fer dentelé des flèches. Mais, dans le mouvement de rotation qu'il imprima à la tige du crochet, il se dégagea de la sonde, dont la cannelure était trop étroite pour cette manœuvre. Il retira la sonde une seconde fois, la glissa de nouveau le long de la tige, du côté opposé à la dent du crochet, comme la seconde fois, jusqu'au delà de la pointe; puis, maintenant solidement la pointe du crochet dans la cannelure de la sonde, il les écarta légèrement l'une de l'autre par leur extrémité externe, de manière à leur faire former un angle de 15 à 20 degrés. Alors, il imprima de nouveau un demi-mouvement de rotation sur son axe à la tige du crochet pour amener la dent vers l'intérieur de la cannelure de la sonde; à peine avait-il exécuté ce mouvement, qu'il sentit le crochet glisser de l'intérieur à l'extérieur dans la cannelure, et qu'il sortit sans difficulté et sans douleur. (*Bull. de Thérap.*)

De la cautérisation du pharynx dans le traitement de la scarlatine épidémique; par le docteur A. ROBERT, de Chaumont (Haute-Marne).

En 1847, une épidémie de fièvre scarlatine se manifesta à Chaumont et dans les environs; elle attaquait de préférence les adultes d'une complexion forte et robuste, à tempérament sanguin. Voyant, dit M. Robert, l'insuccès des émissions sanguines, je me décidai à avoir recours à un autre ordre de moyens.

La cautérisation de l'arrière-bouche faite avec un pinceau imbibé d'acide hydrochlorique pur, les révulsifs, les toniques et les excitants furent la base de ma médication. Sous leur influence, j'eus le bonheur de voir la maladie perdre de son intensité, et diminuer le nombre des victimes.

Depuis cette époque, j'ai observé plusieurs épidémies de scarlatine; cette maladie règne encore en ce moment à Chaumont, et je n'ai eu qu'à m'applaudir des moyens suivants auxquels je me suis définitivement arrêté.

Au début, si la douleur produite par l'angine est légère, sans symptômes généraux graves, vésicatoire dit *mouches de Milan* sur les parties latérales et antérieure du cou. La douleur, en général, est enlevée en moins de vingt-quatre heures.

Si l'angine débute par de violentes douleurs, si les symptômes généraux présentent de la gravité, *quel que soit l'état de l'arrière-bouche et du pharynx*, je les cautérise matin et soir avec parties égales de miel rosat et d'acide hydrochlorique. Je cesse les cautérisations aussitôt que la douleur a disparu ou notablement perdu de son intensité. Quatre ou cinq cautérisations suffisent ordinairement.

A mesure que la douleur diminue, on voit s'amender les symptômes généraux: le pouls perd de sa force, de sa fréquence; la peau devient moins sèche; l'éruption prend plus de développement.

Les symptômes cérébraux sont combattus par des sinapismes appliqués aux membres inférieurs deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; des applications froides sur la tête, dont les cheveux ont été préalablement coupés.

A moins de circonstances particulières, je ne pratique jamais de saignées générales. Je me borne, quand une évacuation sanguine est indiquée, à faire mettre derrière les oreilles, sur les parties latérales du larynx ou de la poitrine, quatre à huit sangsues chez les adultes; une ou deux chez les enfants.

A l'intérieur, boissons délayantes; lavements émollients. Les toniques et les excitants sont aussi quelquefois employés contre la débilité générale, caractérisée par la petitesse et la fréquence du pouls, la pâleur de l'éruption, la diminution de la chaleur générale. (*Rev. méd. chir.*)

Nous empruntons au même journal l'article suivant que nous croyons devoir rapprocher du précédent.

De l'usage externe de l'acide acétique pour prévenir la dissémination de la scarlatine; par J. WEBSTER.

La scarlatine étant universellement reconnue comme une maladie contagieuse, il me paraît superflu d'insister sur ce point, et d'apporter des arguments pour démontrer une proposition qui n'est niée par personne. J'en viens donc directement à l'objet principal de cette communication, qui a pour but de montrer aux praticiens l'efficacité de l'acide acétique dilué appliqué à l'extérieur — sans négliger pour cela le traitement ordinaire — pour empêcher la scarlatine de se propager à d'autres individus. D'après mon expérience, qui est maintenant fort étendue, l'action antiseptique du vinaigre est ici des plus manifestes; et comme j'en ai fait usage en pareille circonstance depuis plusieurs années, je me crois en droit de parler de ses effets avec quelque confiance. Aujourd'hui les faits que j'ai directement observés, dans lesquels la scarlatine développée chez un individu ne s'est pas étendue aux autres personnes habitant dans le même établissement et placées dans des conditions en apparence tout à fait semblables; ces faits, dis-je, où l'emploi topique de l'acide acétique a empêché toute propagation de la scarlatine, sont si nombreux et si concluants que je n'hésite pas à recommander cette pratique à tous les médecins. Elle consiste à promener fréquemment sur le corps du malade des éponges imbibées de vinaigre tiède étendu d'eau, et plus particulièrement dans les premiers temps de la maladie, toutes les fois que la peau est chaude ou le pouls accéléré. Je n'hésite pas à affirmer qu'on aura à s'en féliciter dans le plus grand nombre des cas.

Je n'ai pas l'intention de donner ce mode de traitement comme nouveau; je me borne à le donner comme efficace, et les faits suivants suffiront, j'espère, pour le démontrer. Ici M. Webster rapporte plusieurs observations, et termine ainsi:

Je pourrais ajouter, s'il était nécessaire, beaucoup d'autres exemples propres à montrer les heureux effets de la pratique que je recommande ici; mais les observations qui précèdent me paraissent suffire. Je suis même en mesure d'ajouter, après une longue expérience de cette médication, qu'elle ne manque jamais ou presque jamais son effet, soit comme agent curatif, soit comme moyen de prévenir la propagation de cette affection qui revêt si souvent le caractère épidémique, et qui est fréquemment si dangereuse. Sachant toutefois la difficulté d'acquérir de saines connaissances pratiques, et combien nous sommes exposés quelquefois à tirer, d'un nombre de faits trop limité, des conclusions générales que l'expérience ultérieure et une observation plus étendue nous obligent finalement à modifier, surtout en médecine, je ne m'attends pas à convaincre du premier coup mes lecteurs, bien que pour mon compte je ne garde aucune espèce de doute. Toutefois, même à ceux qui n'adopteraient pas mes conclusions, je recommande encore l'essai de cette médication, qui est facile à employer, qui soulagera toujours au moins la plupart des malades, sans que dans aucun cas on l'ait vue produire aucun effet fâcheux, afin qu'en ajoutant leur expérience à la mienne, ils soient à même de porter un jugement éclairé et impartial.

CORRESPONDANCE.

Emploi du tannin dans les affections oculaires.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez publié aujourd'hui, sur l'*emploi du tannin dans les affections oculaires*, une note de M. Hairion ayant pour but d'appeler l'attention de ses confrères sur une médication nouvelle, et de s'assurer la priorité de cette médication.

Suivant M. Hairion, le tannin est à peine connu en ophthalmologie. Permettez-moi, pour ma part, de ne pas accepter ce reproche; il y a longtemps que j'ai employé le tannin pour la première fois dans les affections oculaires, et j'ai toujours considéré ce médicament comme éminemment utile; il y a longtemps aussi que M. Réveillé-Parise a conseillé l'usage du ratanhia en oculistique, et chacun sait que le ratanhia ne se distingue du tannin, en thérapeutique, que par une action moins énergique.

Néanmoins, une chose m'a frappé dans la note de M. Hairion; c'est la dose à laquelle il emploie la solution de tannin (une partie de tannin et 3 parties d'eau); assurément, je n'ai jamais eu recours à ce degré de concentration. Aussi est-il à regretter que M. Hairion ne nous dise pas s'il emploie ce médicament en applications sur les paupières ou en instillations, ou en injections, etc., et combien de fois par jour, instillations ou injections doivent être faites; ou bien, est-ce à l'aide d'un bain dans une œillère? Tout ceci est important à savoir.

M. Hairion a aussi employé le tannin en pommade et en poudre fine; à quelles doses? par quels moyens d'application? Ces détails importants nous manquent.

Enfin, notre confrère a fait usage du tannin dans *un mucilage épais*. Ici, j'avoue que je ne comprends plus l'action du médicament, car mucilage et tannin sont substances incompatibles.

Telles sont, Monsieur le Rédacteur, les réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture de la note de M. Hairion; j'ai cru devoir vous les communiquer, espérant que notre confrère voudra bien nous donner quelques détails sur sa méthode d'employer un agent qui ne doit pas être oublié dans la thérapeutique oculaire.

MAGNE, D.-M.,

Oculiste des Crèches du département de la Seine.

Paris, le 24 septembre 1850.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Nous ne saurions trop engager les praticiens à expérimenter le sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans les cas de dentition difficile. Dans ces cas il rend les plus grands services.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 116. (23e ANNEE.) MARDI 1er OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messsgeries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Maladies de la peau.

De la syphilide squameuse.

Leçon clioique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

La sypbilide squameuse, bien qu'elle se présente avec plus de fréquence qu'on ne pense généralement, est néanmoins la plus rare de toutes les éruptions syphilitiques. Elle peut revêtir les diverses formes des affections squameuses proprement dites, celle de la lèpre vulgaire et celle du psoriasis; dans l'un et l'autre cas, le diagnostic est d'autant plus difficile, que souvent aucun autre symptôme vénérien ne vient éclairer sur la nature spéciale de l'éruption.

La syphilide squameuse, lorsqu'elle affecte la forme de la *lepra vulgaris*, donne lieu à une maladie qu'il faut bien se garder de confondre avec celle qu'Alibert a décrite sous le nom de *lepra venerea;* cette dernière, dont nous avons un exemple chez une femme qui porte en même temps des pustules d'ecthyma aux jambes, ne saurait, dans aucune circonstance, devenir un sujet d'erreur, caractérisée qu'elle est par des ulcérations et par des croûtes verdâtres et épaisses; elle appartient à l'impétigo syphilitique.

La lèpre syphilitique, ou, si l'on veut, la sypbilide, qui prend la forme de la lèpre vulgaire, offre dans l'origine des points papuleux qui, bornés à une faible étendue, s'élargissent peu à peu en s'évidant à leur milieu, de manière à présenter une dépression au centre et une saillie annulaire à la circonférence. Ces points papuleux ont la forme de disques. Ainsi, la lèpre sypbilitique, à ne considérer que l'apparition et le mode de développement, ne diffère en rien de la lèpre vulgaire, dont elle s'éloigne sous d'autres rapports. Jamais les disques par lesquels elle s'annonce n'atteignent les dimensions démesurées qu'on remarque dans certaines variétés de la lèpre ordinaire, il est rare qu'ils dépassent la largeur d'une pièce de deux francs. D'un autre côté, on peut s'assurer sans peine que l'éruption a une teinte spéciale qui se retrouve aussi bien au centre des disques qu'à leur périphérie. Enfin, les squames n'ont ni le même aspect, ni la même abondance que la lèpre vulgaire; au lieu d'être blanches et chatoyantes, elles sont ternes et grisâtres; au lieu d'être en grand nombre et de se renouveler facilement, elles recouvrent très incomplétement les disques et se reproduisent avec lenteur.

Une forme de syphilide squameuse plus commune que la précédente est le psoriasis syphilitique, qui, eu égard aux variétés qu'il peut offrir, doit être étudié sous trois chefs différents.

Au premier de ces chefs, nous rattacherons le psoriasis syphilitique, qui réunit les caractères du *psoriasis sparsa* ou *diffusa*. Il s'en distingue en ce que jamais il n'envahit une portion aussi considérable de la surface du corps; très souvent il est borné aux mains ou aux pieds, alors même qu'il ne constitue pas la variété que nous décrirons plus loin sous le nom de syphilide cornée. Il a la forme et les contours arrondis que les syphilides, en général, tendent à affecter. Ce caractère, qui a peu d'importance dans la lèpre sypbilitique, puisqu'il est un des attributs de la lèpre vulgaire, mérite d'être noté avec soin dans un genre de syphilide où l'éruption simple ne se manifeste jamais en plaques arrondies. Les écailles sont grisâtres, fortement adhérentes et inégalement répandues. La coloration sypbilitique est plus prononcée que dans la lèpre vulgaire syphilitique. Les squames, en tombant, laissent après elles une teinte particulière entièrement différente de celle qui succède à la disparition des plaques du psoriasis ordinaire.

Telle n'est pas la forme la plus habituelle du psoriasis syphilitique. Dans la plupart des cas, c'est à l'état de *psoriasis guttata* qu'on observe cette sorte de syphilide, qui, contrairement à ce qui se passe dans le *psoriasis sparsa*, est alors répandue d'une manière assez générale. Elle consiste en de petites élévations papuleuses dont le diamètre égale rarement celui d'un centime. Ces élévations se distinguent à l'aspect particulier des squames qui les recouvrent, aspect que nous avons eu déjà l'occasion de signaler, et à la forme obronde qui leur est propre. On sait que les plaques du psoriasis simple sont aplaties, les plaques du psoriasis syphilitique font à la surface de la peau une saillie hémisphérique: on pourrait les comparer à une lentille qu'on aurait divisée par sa moitié, et dont on aurait appliqué la surface plane à la peau. Les squames sont peu abondantes; de plus, elles disparaissent dans quelques circonstances pour ne laisser qu'un liséré auquel Biett a attaché l'importance d'un signe pathognomonique.

Le *psoriasis guttata* sypbilitique se présente assez souvent comme symptôme primitif, et peut être confondu avec des éruptions qui surviennent dans des circonstances exactement semblables, notamment avec la syphilide papuleuse.

La dernière variété du psoriasis syphilitique est la syphilide cornée, affection tout à fait caractéristique qui existe rarement seule et s'accompagne presque toujours des autres variétés du psoriasis. Elle a pour siége à peu près exclusif la plante des pieds et la paume des mains. Elle constitue une induration épidermique qui pénètre ou du moins semble pénétrer dans l'épaisseur de la peau à une profondeur de plusieurs millimètres, et qui, pour être détachée, exige un effort comparable, jusqu'à un certain point, à celui par lequel on parvient à enlever les cors aux pieds. Cette induration est représentée par un point blanchâtre qui ne ressemble nullement à une écaille; une aréole, qui suffirait à elle seule pour le diagnostic de la maladie, environne la plaque cornée.

La syphilide cornée, à l'encontre de ce qu'on observe pour le *psoriasis guttata* que nous avons vu se montrer peu de temps après l'infection première ou en même temps que les symptômes par lesquels elle se traduit, dans le plus grand nombre des cas, n'apparaît qu'à une époque très éloignée de l'empoisonnement aigu.

Dans quelques cas, très rares d'ailleurs, la lèpre proprement dite se complique d'une coloration complétement noire; il existe alors non-seulement une lésion de l'appareil qui sécrète l'épiderme, mais encore de celui qui sécrète la matière colorante de la peau. Nous avons eu l'occasion de voir plusieurs faits de ce genre dans le service de Biett; depuis, nous en avons encore rencontré quelques autres; mais il ne nous a pas été possible de nous assurer d'une manière certaine de la présence antérieure de symptômes syphilitiques: nous nous abstenons donc de nous prononcer sur la question de savoir si la variété de lèpre à laquelle on a donné le nom de *lepra nigricans* est ou n'est pas une affection de nature syphilitique, bien que d'ailleurs nous soyons disposé à répondre d'une manière négative.

Nous avons dans nos salles deux malades atteintes d'un psoriasis syphilitique qui se rapporte à la première des formes que nous avons décrites. Chez l'une, l'éruption est limitée à la plante des pieds; elle présente une physionomie qui, au premier abord, se rapproche de celle de l'ecthyma; mais l'absence d'ulcérations et de cicatrices, jointe aux caractères positifs que nous avons énumérés plus haut, ne permet pas de la confondre un seul instant. Chez l'autre, le psoriasis occupe la face externe de la jambe et s'étend jusqu'aux limites de la région plantaire; parmi les caractères différentiels qu'il présente, le plus saillant est la coloration syphilitique; cette coloration, dont quelques auteurs ont pendant longtemps refusé d'admettre la réalité, mérite ici d'être mentionnée d'une manière spéciale; la teinte cuivrée qui la distingue peut être comparée avec beaucoup d'exactitude à celle du cuivre rouge; elle est une des nuances nombreuses qui appartiennent à la couleur syphilitique. Il semble que le psoriasis syphilitique, lorsqu'il couvre de larges surfaces, perde la teinte mate et terreuse qu'on lui trouve habituellement.

La syphilide squameuse, de même que les autres syphilides, se manifeste dans deux circonstances bien opposées: tantôt elle se montre comme symptôme primitif, tantôt elle constitue un symptôme secondaire. Un malade a un chancre; au bout de quelque temps, une éruption squameuse se déclare; l'éruption, à nos yeux, n'est pas un symptôme d'un nouvel ordre; de même que le chancre, elle est l'expression d'un empoisonnement aigu. Si on veut bien se placer à ce point de vue, on ne trouvera rien d'étrange, rien d'extraordinaire à la dénomination de symptôme primitif donnée par nous à la syphilide qui survient dans cette circonstance. Si, au contraire, on admet comme point de départ que le chancre est une affection primitivement locale, qui peut rester telle ou envahir toute l'économie, il sera rationnel de considérer comme symptômes secondaires les éruptions qui, à nos yeux, sont des symptômes primitifs. Nous ne nous sommes jamais élevé contre cette manière de raisonner. Et à ce sujet, qu'on nous permette de le déclarer encore une fois, s'il est vrai que nos paroles aient pu recevoir une interprétation fâcheuse, jamais il n'est entré dans notre esprit, en livrant à la discussion des doctrines qui ne sont pas les nôtres, de le faire dans des termes qui pussent alarmer la susceptibilité la plus sévère; jamais non plus nous n'avons eu l'intention d'attribuer à un auteur dont nous nous sommes toujours plu à reconnaître le mérite un jugement restreint à un écrit de circonstance.

Lorsque la syphilide squameuse se manifeste à titre de symptôme primitif, elle se montre presque toujours sous la forme de *psoriasis guttata* et survient sans le concours d'aucune cause occasionnelle. Lorsqu'elle constitue un symptôme secondaire, qu'elle se développe après un intervalle de temps pendant lequel l'économie est revenue ou paraît être revenue à son état naturel, elle apparaît dans des conditions entièrement différentes. C'est ainsi qu'en premier lieu elle affecte presque toujours la forme de la syphilis cornée; c'est ainsi qu'elle ne se produit pas avant d'avoir été provoquée par une

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des affections nerveuses,

Par M. le Dr SANDRAS.

Alors que toutes les braocbes de la science médicale ont obéi aux lois iocessantes du progrès, alors que chaque fait nosologique a trouvé sa place dans un ordre méthodique et convenable, seules les maladies nerveuses sont restées statiooaires, et leur étude n'est pas sortie du cercle de la symptomatologie. Depuis soixante ans, bien peu d'efforts ont été tentés en faveur de ces affections intéressantes, et en debors de quelques monographies, peu ou pas d'ouvrages généraux ont cberché à coordooner tous les faits acquis, toutes les connaissances faites sur la matière.

S'il nous fallait rechercher les motifs de l'espèce d'oubli dans lequel a été laissée l'étude des maladies nerveuses, nous les trouverions sans peine dans les tendances anatomo-pathologiques de notre époque. Ces maladies ne marquant leur passage par aucune trace, ou tout au moins ne laissant sur le cadavre que des altérations inconstantes, et le plus souvent incapables d'expliquer les désordres dont, pendant la vie, étaient frappées soit l'intelligence, soit la sensibilité, soit la motilité, ces trois fonctions du système nerveux, l'esprit positif de notre génération se retira bientôt de leur étude, l'abandonna avec une sorte de dédain aux imaginations amoureuses de théories, et relégua sans pitié et sans ordre, dans le domaine des maladies nerveuses, toutes les affections qui ne lui montrèrent pas des lésions organiques sur le cadavre. *C'est nerveux*, dit le clinicien, quand le diagnostic lui fait défaut; *c'est nerveux*, dit à son tour l'anatomo-pathologiste, quand son scalpel ou son microscope ne lui dénotent aucune altération; et l'un et l'autre, mettant leur science et leur conscience à l'abri de ce mot élastique, retournent bravement à des travaux moios stériles et poursuivent la recherche du fait matériel, brutal, sans lequel, à leurs yeux, la science est impossible.

Pourtant, en dehors même des accidents que presque toutes les affections déterminent dans le système nerveux, et dont il faut tenir grand compte, ainsi que le savent tous les praticiens, les maladies essentielles de ce système, si je puis ainsi dire, sont d'une réalité trop désespérante pour qu'il soit permis de les ignorer, et pour que leur étude ne sollicite pas l'attention des hommes graves et bien placés pour les observer.

M. Sandras a cru devoir prendre place au milieu de ces bommes, et il offre aujourd'hui au public les résultats de ses observations.

« A défaut de l'autorité de l'âge, dit-il, j'ai espéré qoe des recbercbes soigneuses, dirigées pendant plus de dix ans dans ce seos, me donneraient aussi le droit d'émettre mes opinioos et d'iovoquer mon expérience. J'ai eu la présomption de croire que je remplirais, autant qu'il est en moi, une lacune importante de notre art. »

Sous ce dernier rapport, M. Sandras a raison: son livre tend à combler un vide regrettable et s'offre tout d'abord avec le mérite non contesté de l'opportunité. Depuis plus de soixante ans, ainsi que nous l'avons déjà dit, les maladies nerveuses n'avaient point été considérées dans leur ensemble et, sauf l'ouvrage de M. Cerise, aucun travail n'avait tenté de les classer d'une façon un peu méthodique.

M. Sandras ne nous donne pas ce qu'on pourrait appeler une méthode, il oe dresse pas un cadre nosologique des affections nerveuses; il adopte un ordre, facile peut-être pour la clarté et pour l'étude, mais où nous avons vainement cherché uoe donnée scientifique, ou, si l'on veut, philosopbique. Sa division, en maladies nerveuses *générales, parce qu'elles attaquent tout le système*, et en maladies nerveuses *spéciales, parce qu'elles paraissent l'apanage exclusif de quelqu'une seulement de ses parties*, est une de ces vieilles déductions symptomatologiques qui ne sont plus à la hauteur de nos connaissances, même en matière de maladies nerveuses. Néanmoins, M. Sandras paraît avoir lui-même compris tout ce que cette division avait d'élémentaire; car, daos l'ordre des *affections spéciales*, il ne se sert plus des symptômes que comme de jalons, pour ainsi dire, et se rattache à quelque cbose de plus relevé, le trouble de la fonction; ainsi, nous avons les maladies résultant du trouble de l'intelligence, celles qui découlent du trouble de la sensibilité, celles enfin qui sont la conséquence du trouble de la motilité.

Nous sommes étonné que M. Sandras n'ait pas tout d'abord adopté cette division naturellement tracée par les attributs eux-mêmes du système nerveux et n'ait pas cberché à y faire entrer les maladies qu'il appelle *générales*. Bien longtemps avant l'apparition du livre de M. Saodras, nous avions dirigé nos études vers la matière qu'il traite, et, s'il nous était permis de consigner ici les résultats de nos observations et de nos méditations, nous les formulerions par la règle suivante que nous croyons certaine: Dans toute affection nerveuse, *simple* ou *composée*, il existe un phénomèoe constant, se montrant le premier *au moment de l'accès*, ne faisant jamais défaut quels que soient le nombre et le caractère des phénomènes concomitants, ne constituant pas quelquefois lui seul la maladie, mais toujours nécessaire pour sa détermination. Prenons pour démontrer cette vérité les affections nerveuses les plus *compliquées*, l'épilepsie, la catalepsie, l'hystérie, etc. Dans l'épilepsie, le phénomène primordial découle du trouble de la fonction intellectuelle; dans les cas ordinaires, le mouvement et le sentiment sont aussi altérés (je m'inquiète peu pour le moment du caractère que revêtent ces altérations); mais, pour peu qu'on lise quelques observations de cette affection ou que l'on observe quelques malheureux atteints de ce mal, on se convaincra bien vite qu'à côté du *trouble constant* de l'intelligence les altérations de la sensibilité et de la motilité font quelquefois défaut. Tout le monde connaît ce que l'on entend par *épilepsie incomplète*. Dans ce moment, je donne mes soins à un

cause occasionnelle quelconque. Nous l'avons dit dans une de nos précédentes leçons, le concours d'une cause occasionnelle est indispensable à la manifestation des syphilides secondaires. Il est nécessaire qu'une émotion morale, qu'une fièvre intermittente, qu'un bain sulfureux, qu'un agent local quel qu'il soit viennent exercer leur influence sur la santé générale ou seulement sur la partie à laquelle l'éruption doit être limitée. Pour n'en citer qu'un exemple, on voit dans l'espace de quelques jours apparaître des éruptions syphilitiques sur des personnes qui viennent prendre les bains de Bourbonne ou de Barèges afin de guérir des douleurs vagues dont la nature est mal connue. La cause déterminante de la syphilide cornée est ordinairement une cause purement locale, telle que les frottements répétés auxquels la paume de la main se trouve exposée dans l'exercice de certaines professions.

La syphilide cornée est loin de jouer constamment le rôle de symptôme consécutif. On a pu remarquer aujourd'hui même parmi nos malades un homme dont le prépuce induré à son extrémité indique l'existence antérieure d'un chancre; et dont la paume des mains, parsemée de taches que nous avons décrites à propos de la syphilide cornée, annonce, avec une éruption de psoriasis syphilitique, un empoisonnement que confirment l'époque peu éloignée de la contamination, et le défaut de toute espèce de soin qui l'a suivie. Le malade qui nous occupe en ce moment, on ne saurait en douter, est donc en proie à un empoisonnement aigu; si après le traitement rationnel auquel nous le soumettrons et après la guérison qui en sera l'effet, survient au bout de quelques années une nouvelle éruption squameuse, on aura l'exemple d'une affection cutanée qui aura été tour à tour symptôme primitif et symptôme secondaire.

La syphilide squameuse est de toutes les syphilides celle qui a fourni le plus grand nombre de faits favorables à l'opinion de Tarmichael, opinion dont nous avons donné une idée générale. D'après la doctrine du pathologiste anglais, les éruptions squameuses syphilitiques sont toujours liées à un chancre huntérien; cette assertion comme toutes les autres n'a pas été confirmée par les données de l'expérience, bien qu'elle emprunte un certain degré de vraisemblance de plusieurs observations, dont nous-même avons été témoin. La plus curieuse de ces observations est celle d'un homme qui eût un chancre induré, et communiqua la syphilis à sa femme. Une syphilide squameuse chez le mari et chez la femme suivit l'ulcération vénérienne.

La syphilide squameuse est, avec la syphilide papuleuse, l'une des éruptions les plus rebelles. Elle ne cède qu'à l'emploi longtemps continué des préparations mercurielles. L'iodure de potassium n'a sur elle aucune action. Nous faisons prendre à nos malades le proto-iodure de mercure; à l'administration de ce médicament nous joignons l'usage des tisanes sudorifiques, les bains de vapeur et les frictions avec une pommade au proto-nitrate de mercure.

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Nouveau bandage pour la fracture de la rotule et de l'olécrane.

Depuis plusieurs années M. Maisonneuve emploie pour la fracture de la rotule un bandage extrêmement simple, et dont l'efficacité surpasse celle des appareils les plus compliqués. Ce bandage consiste en une attelle large de 7 à 8 centimètres, divisé en trois portions égales par deux traverses, longues chacune de 0,20 centimètres.

Cette attelle, garnie d'un coussin de balle d'avoine, est appliquée à la partie postérieure de la jambe, du jarret et de la cuisse, où elle est fixée par des tours de bande; deux lacs garnis de coussinets épais sont appliqués par leur partie moyenne, l'un au-dessus de la rotule, l'autre au-dessous, et leurs chefs, ramenés obliquement en arrière et croisés derrière le jarret, sont attachés fortement à la traverse la plus éloignée. L'un des lacs fixe ainsi fortement en bas le fragment supérieur, tandis que l'autre ramène en haut le fragment inférieur.

Nous avons vu cette année trois malades traités de cette manière dans le service de M. Maisonneuve, et tous trois, malgré des complications assez graves, ont, au moyen de ce simple appareil, obtenu une guérison parfaite.

Chez l'un d'entre eux les griffes érignes avaient été employées au début, mais on avait été forcé d'y renoncer à cause de l'inflammation que ces corps étrangers avaient déterminée dans les téguments et le tissu cellulaire.

En ce moment un malade affecté d'une fracture de l'olécrane est soumis à un appareil analogue. Cet homme, âgé de soixante-six ans, s'est fracturé l'olécrane en tombant de sa hauteur sur le coude du côté droit. Un écartement considérable (de deux doigts environ) existe entre le fragment supérieur et le cubitus.

M. Maisonneuve applique à la partie antérieure du bras et de l'avant-bras une attelle mince d'une seule traverse de 0,12 centimètres. Cette attelle est séparée du membre par un coussin de balle d'avoine, et disposée de manière que sa traverse corresponde à la partie moyenne de l'avant-bras. Une bande la maintient appliquée contre le membre, puis un lac garni d'un coussinet épais est appliqué par sa partie moyenne au-dessus de l'olécrane. Ses deux chefs, ramenés en avant, sont croisés au-devant de l'attelle et fixés fortement à la traverse; de cette façon, l'olécrane est mis dans un contact parfait avec le corps du cubitus, et depuis dix jours que cet appareil est appliqué, la coaptation ne s'est pas un instant démentie.

L'appareil ingénieux que nous venons d'indiquer n'est certainement pas nouveau dans son principe, mais il remplit d'une manière parfaitement simple et efficace les indications que d'autres appareils beaucoup plus compliqués ne réalisent qu'incomplétement.

M. Maisonneuve insiste surtout sur l'importance de croiser les chefs de chacun des lacs avant de les fixer à la traverse. Il attribue à cette seule précaution la plus grande partie des avantages de son procédé.

Contracture hystérique.

Par M. le docteur Louis CHAPEL, de Saint-Malo.

L'observation suivante, que je viens de recueillir sur une de mes malades et qui trouvera place auprès de celles tirées du service de M. Vigla et publiées dans le nº du 14 septembre de la *Gazette des Hôpitaux*, est une nouvelle preuve de la patience et de la persévérance qu'il faut avoir dans l'étude des névroses, si inconstantes dans leurs formes, si bizarres dans leurs symptômes, si obscures dans leurs causes, dont le diagnostic différentiel présente parfois des difficultés si grandes qu'il est bien difficile d'éviter tous les écueils et d'arriver à la connaissance exacte de la maladie.

Mme X..., âgée de trente-trois ans, d'un tempérament nerveux, cheveux blonds et rares, a toujours été d'une mauvaise santé jusqu'à l'âge de vingt et un ans, époque de son mariage, où son état parut s'améliorer. Réglée à onze ans pendant une rougeole, elle vit ses règles paraître régulièrement pendant trois mois, disparaître pour revenir à l'âge de treize ans et se montrer assez irrégulièrement jusqu'à l'époque de son mariage. A seize ans, Mme X... fut traitée pour une gastrite, à laquelle on opposa des sangsues à plusieurs reprises. A dix-huit ans, elle eut une fièvre typhoïde, dont elle eut beaucoup de peine à se remettre. A dix-neuf ans, elle fut prise d'une toux quinteuse qu'elle garda pendant plusieurs mois, malgré l'emploi de nombreux moyens qui ne parvinrent que difficilement à la soulager.

Le père de Mme X..., qui est âgé de soixante-six ans, est d'une bonne constitution et n'a jamais fait de maladie grave. La mère est morte d'une affection cérébrale aiguë à l'âge de quarante et un ans; et, quoique d'une assez bonne constitution, elle avait été sujette dans sa jeunesse à des attaques de nerfs et à une douleur au côté gauche.

Mme X..., pendant sa troisième grossesse, éprouva beaucoup de chagrins de la maladie de son mari et se fatigua auprès de lui avant et après son accouchement. Ce fut quelques mois après sa délivrance que Mme X... se plaignit de marcher difficilement, de ressentir une douleur lombaire vive et un poids très gênant au siége. L'examen me fit découvrir une hypertrophie du col de l'utérus, qui était un peu abaissé et dévié en arrière, et une ulcération granuleuse de la grandeur d'une pièce de 50 centimes environ. — Au bout de trois mois l'état de Mme X... était tellement amélioré qu'elle se refusa à un nouvel examen.

Les choses en étaient là, lorsqu'au mois de décembre dernier (1849) Mme X... me fit appeler pour lui donner mes soins. Elle venait d'être prise de crachements de sang, qui durèrent pendant plusieurs semaines. Quoique l'auscultation ne me fournît pas de renseignements très précis, j'instituai cependant un traitement qui avait pour base l'huile de foie de morue et qui fut suivi très irrégulièrement. Quoi qu'il en soit, la santé de Mme X... se fortifiait un peu, et, sauf un point de côté dont elle se plaignait souvent et quelques crachements de sang dont elle ne parlait pas, elle se trouvait assez bien (1).

Le 30 août, on vint me chercher en toute hâte pour me rendre auprès de Mme X... qui venait de se mettre à cracher le sang de nouveau. Elle se plaignait de ressentir depuis plusieurs jours un violent mal de tête qui lui faisait perdre la mémoire et l'inquiétait beaucoup. Elle me parla aussi d'un sentiment de plénitude dans la poitrine et d'une augmentation de la douleur de côté. Peau chaude, visage fortement coloré, pouls développé, battant 96 fois; forte céphalalgie, anorexie, soif vive; quelques ronchus sonores et humides dans la fosse sus et sous-épineuse du côté droit; toux sèche, saccadée. — Ventouses scarifiées sur le côté droit de la poitrine, révulsifs, potion astringente, repos, etc.

Je quitte la malade, qui paraît soulagée après l'application des ventouses, et lui donne la promesse de venir la voir le lendemain dans la matinée, ne pouvant revenir le soir, à cause de la grande distance qui nous sépare.

Le lendemain, 31 août, j'apprends que Mme X... a eu, dans la soirée, des convulsions qui ont commencé par un frisson suivi de chaleur et, vers le matin, de sueurs assez abondantes. La malade se trouve très fatiguée de la nuit; il y a peu de crachements de sang; la douleur de côté est la même, ainsi que la céphalalgie. Mêmes symptômes du côté de la poitrine. — Nouvelles ventouses scarifiées. Le reste *ut suprà*.

Le 1er septembre, les convulsions sont revenues à peu près à la même heure que la veille, avec les mêmes symptômes et la sensation d'une boule partant du bas-ventre, remontant à la gorge où elle cause un sentiment de constriction peu marqué. Je néglige les symptômes qui se passent du côté de la poitrine pour ne m'occuper que des phénomènes nerveux. La maladie que j'étais appelé à observer se présentant sous la forme intermittente, je prescrivis immédiatement le sulfate de quinine en lavement et en pilules.

A ma visite du soir, la malade présentait les symptômes suivants: Pouls à 110 pulsations, petit, irrégulier; peau chaude, sudorale; soif très vive; facies congestionné, sans déviation des traits; paupières abaissées avec impossibilité de les relever volontairement, pupilles dilatées; respiration gênée; délire continuel ayant pour sujet les choses de la vie habituelle de la malade; membres supérieurs et inférieurs gauches contracturés; doigts fortement contractés sur le pouce dans la paume de la main avec impossibilité de les étendre, ainsi que les membres; les urines sont claires et médiocrement abondantes; les réponses sont quelquefois assez justes, mais toujours très lentes. Elle porte souvent la main droite sur le sommet de la tête et sur le côté gauche, au-dessous de la pointe du cœur; elle fait signe qu'elle souffre beaucoup dans ces deux régions.

J'ordonne de continuer le sulfate de quinine, que l'on administrera immédiatement après l'accès; antispasmodiques, etc.

Les 2 et 3, les symptômes se présentent sous le même aspect, à quelques légères modifications près. Par exemple, pendant un des accès, le pouls prend un développement considérable, et la malade, au milieu de son délire, se plaint d'une douleur de tête très vive (*clou hystérique*) et d'un point de côté. L'état de congestion de la face et du poumon me détermine à pratiquer une petite saignée, dont la malade, qui revient à elle moins d'une demi-heure après, dit s'être bien trouvée. En effet, je vois successivement le délire cesser, la contracture disparaître; la face seulement conserve un peu de rougeur. Pendant l'intermittence, Mme X... fait de vains

(1) J'avais interrogé à plusieurs reprises la malade, qui avait toujours résisté à une nouvelle exploration de l'utérus, quoiqu'elle souffrît davantage depuis plusieurs semaines.

épileptique dont les attaques sont fort graves et par leur durée et par leur violence; ce malade, au plus fort de ses accès, semble avoir conservé l'odorat intact; un flacon d'éther approché de ses narines détermine toujours un mouvement de tête en arrière ou sur les côtés comme pour fuir l'odeur et quelquefois occasionne un accès convulsif; jamais ce même malade ne m'a présenté d'écume à la bouche; dans d'autres cas, la motilité semble n'avoir éprouvé aucune altération et le malade n'offre pas même de simples tremblements; mais jamais, nous le répétons, l'épilepsie ne s'est présentée avec l'intégrité de l'intelligence.

Il en est de même dans la catalepsie: Tissot nous a laissé l'histoire d'un homme qui eut pendant deux mois les bras cataleptiques, tandis que le reste du corps avait conservé le mouvement et le sentiment; ici encore le phénomène primordial et constant est le trouble de l'intelligence.

Dans l'hystérie, au contraire, le phénomène dont nous parlons découle du trouble de la sensibilité organique; que ce trouble se traduise par la *boule hystérique*, par le *clou hystérique*, par la pression à l'épigastre ou des constrictions à la gorge, ce trouble ne fait jamais défaut, tandis que l'intelligence se conserve presque toujours intacte et que la motilité n'est quelquefois pas altérée; j'ai par devers moi plus d'un exemple d'absence de convulsions dans l'hystérie.

Cette classification, que je pourrais poursuivre en me basant, pour établir de nouvelles subdivisions, sur le caractère même des troubles fonctionnels, n'a point la prétention de s'imposer; je ne l'ai esquissée que pour montrer que celle-là, ou toute autre déduite philosophiquement de l'observation, eût avantageusement remplacé celle que M. Sandras a adoptée, car le livre que nous examinons n'est pas à ce point élémentaire qu'il eût été surchargé par une classification véritablement scientifique.

Il est encore un reproche que je veux adresser à M. Sandras; je me hâte de le formuler pour en finir avec la critique: ce reproche a trait à la thérapeutique des affections nerveuses. M. Sandras repousse la théorie des spasmes, ce dont nous ne pouvons lui faire un crime, et, partant, il proscrit *systématiquement* et d'une manière absolue les médicaments appelés antispasmodiques. M. Sandras raille fort agréablement, j'en conviens, l'opinion d'Hippocrate sur l'hystérie; et parce qu'il ne nous est plus permis d'admettre les migrations de la matrice et la puissance attractive ou répulsive de certains agents sur cet organe, l'auteur s'imagine de rayer d'un trait de plume la théorie et les remèdes tout à la fois. Si demain quelqu'un s'avisait de donner une explication bizarre et absurde de l'action du quinquina dans les fièvres intermittentes, aurions-nous bien le droit de confondre dans notre réprobation le quinquina et l'explication bizarre? Evidemment, non; nous abandonnerions la dernière, et nous n'en continuerions pas moins à employer le quinquina. M. Sandras lui-même, à l'exemple de Pomme, loue et recommande les bains, et pourtant, nous dit-il avec le médecin de Montpellier; « la cause prochaine et immédiate des affections vaporeuses doit être attribuée au racornissement du genre nerveux? » (Préface de la 4e édition). M. Sandras se garde bien de cette explication vieillie, et n'en continue pas moins cependant à employer les bains et à en retirer des avantages marqués. Ce que M. Sandras pense et fait des bains, nous le pensons et nous le faisons de la valériane, de l'assa fœtida, du castoréum, etc., etc. M. Sandras prétend, ailleurs, n'avoir jamais retiré de ces médicaments des résultats avantageux, et se loue fort, au contraire, de l'emploi des agents dits *stupéfiants*, comme l'opium, sous ses diverses formes. Cette double assertion nous a profondément étonné de la part d'un observateur tel que M. Sandras. Il est impossible qu'une longue suite de générations ait pu se tromper sur les avantages des médicaments antispasmodiques et sur la presque inanité des stupéfiants pour la *guérison* des maladies nerveuses; je dis guérison et non soulagement, deux choses que je tiens à ne pas confondre. Il est certain que M. Sandras, qui a sur moi l'avantage de l'âge et de la position, a vu un bien plus grand nombre de maladies nerveuses que je n'ai pu en observer, et si je me permets de formuler une opinion à côté de la sienne, c'est que des faits nombreux, j'allais dire constants, m'autorisent à me méfier de l'opium et à louer les antispasmodiques dans le traitement des affections nerveuses; je dirais plus, si j'avais l'autorité de la parole de M. Sandras, je ferais un livre exclusivement consacré à proscrire l'opium dans les maladies *essentiellement* nerveuses; les accidents que je lui ai vu déterminer ne compensent pas, à mes yeux, le soulagement momentané qu'il procure quelquefois.

Mais, à part cette dissidence d'opinion, je ne saurais trop louer M. Sandras de l'importance qu'il attache au régime et à l'hygiène. Dans la généralité des cas, le régime et l'hygiène sont les deux pierres d'achoppement de toute médication antinerveuse, et personne avant M. Sandras n'avait appelé sur ces moyens, comme il le fait, l'attention des praticiens. Les prescriptions de l'un et les règles de l'autre changent, on le comprend, avec la cause qui produit la maladie et selon la nature de la maladie elle-même; pour se rendre raison des unes et des autres, l'ouvrage de M. Sandras sera d'un grand secours au médecin. Ce mérite seul suffirait pour recommander puissamment le *Traité pratique des maladies nerveuses*.

Un autre mérite auquel nous n'avons pas moins été sensible est la clarté avec laquelle M. Sandras a exposé les phénomènes quelquefois si compliqués de certaines affections nerveuses. Il fallait un véritable talent pour éviter les redites et les oublis, ces deux écueils où viennent échouer tant d'écrivains, surtout en la matière qui nous occupe. Les monographies ont une espèce de privilége au verbiage que condamne un traité complet; celui-ci doit dire tout ce qu'il faut, rien de plus, rien de moins. C'est une tâche difficile qui réclame tout à la fois un grand empire sur soi-même, un jugement sain et de vastes connaissances en la matière que l'on traite. M. Sandras a fait preuve de l'une et l'autre de ces qualités, et a ainsi donné à son ouvrage le droit de prendre place parmi les bons livres, et que l'on consulte toujours avec fruit.

FÉLIX ROUBAUD.

efforts pour élever les paupières, qui sont paralysées du mouvement. Les pupilles conservent leur mobilité; la vue est trouble, et c'est avec la plus grande peine que la malade peut distinguer les personnes qui sont autour d'elle. Le côté gauche est engourdi. Le contact du doigt, les barbes d'une plume ou de tout autre corps produisent une sensation très distincte dans toute l'étendue du côté gauche, excepté à la région deltoïdienne; mais il y a insensibilité complète à la douleur que je puis déterminer dans d'autres parties, soit en pinçant ou en enfonçant une épingle. La malade insiste sur la douleur qu'elle ressent, pendant l'accès, à la tête et au côté; elle ne conserve de tout ce qui se passe autour d'elle que le souvenir de ses douleurs.

Les jours suivants, les accès revinrent deux fois dans les vingt-quatre heures avec irrégularité, ce qui m'engagea à suspendre le sulfate de quinine, qui s'était montré impuissant, malgré son emploi à d'assez fortes doses. — Je mis en usage l'opium, les lavements froids, etc. Les vésicatoires volants et la méthode endermique ne furent pas non plus négligés.

Le 8, les règles passèrent et coulèrent comme d'habitude pendant vingt-quatre heures, pour se supprimer ensuite, quoique Mme X... fût habituellement réglée pendant trois jours au moins. La menstruation, au lieu d'améliorer la position de Mme X..., sembla rapprocher les accès au point de ne laisser qu'une ou deux heures d'intervalle, pendant lesquelles la malade restait épuisée et tellement souffrante, qu'elle ne voulait pas permettre qu'on lui imprimât le plus léger mouvement. C'était à peine si les membres se *décontracturaient* et si la malade avait le temps de se préparer à la mort, qu'elle croyait prochaine. — Quatre sangsues au haut des cuisses; le reste *ut suprà*.

Le 11, je me rendis, le soir, auprès de la malade, que je trouvai dans un état d'excitation difficile à dépeindre. Quoique très amaigrie et très affaiblie par de longues souffrances, elle se mettait sur son séant et retombait sur l'oreiller dans les angoisses les plus grandes, indiquant toujours de la main restée libre les deux points douloureux. — Pouls petit, battant 116 à 120 fois à la minute. Respiration précipitée; peau chaude; visage animé, exprimant la souffrance; pupilles peu dilatées; mâchoires fortement serrées; membres contracturés. Les questions que je lui adresse restent sans réponse; délire. Je desserre immédiatement les mâchoires avec le manche d'une cuiller, et j'ordonne à la femme de chambre de faire boire la malade sans se préoccuper de la suffocation qui pourrait arriver. A deux reprises on introduit une assez grande quantité d'eau froide, qui force la malade à quelques mouvements de déglutition. Mme X... est ensuite placée sur l'oreiller en attendant. Cinq minutes étaient à peine écoulées que j'eus là satisfaction d'entendre la malade annoncer qu'elle se trouvait mieux. A partir de ce moment la contracture a cessé; les paupières ont recouvré, les jours suivants, leurs mouvements; le délire n'est plus revenu, et l'appétit, qui s'est fait sentir, a dû être satisfait avec beaucoup de modération. Le membre inférieur ne présente aucun phénomène particulier; mais il n'en est plus de même du membre thoracique, qui est devenu sensible aux piqûres, à l'avant-bras, et progressivement dans toutes les parties du bras, excepté à la région deltoïdienne. Les mouvements du bras sont parfaitement libres.

Il reste les symptômes du côté de la poitrine à modifier. Serai-je assez heureux pour le faire?

Réflexions. — Je crois pouvoir placer la cause déterminante de cette névrose dans l'altération du col de l'utérus observée chez Mme X..., qui avait été soulagée une première fois, il y a plus d'un an, par un traitement convenable, et qui, plusieurs semaines avant le début des accidents nerveux, commençait à ressentir les mêmes douleurs que précédemment. Cette induction, qui ne me paraît nullement forcée, eût pu acquérir un plus grand degré de certitude, si l'examen qui m'a été obstinément refusé avait été fait. Le tempérament nerveux de Mme X..., les convulsions hystériques auxquelles sa mère avait été sujette pendant sa jeunesse, sont des causes prédisposantes dont il faut tenir compte. Il est à remarquer que la mère et la fille avaient souffert d'une névralgie intercostale.

Les symptômes qui m'avaient paru périodiques m'engagèrent à administrer le sulfate de quinine; mais je dus bientôt y renoncer, après avoir acquis la certitude de l'irrégularité des accès. Il est d'observation, en effet, et M. Landouzy a insisté particulièrement sur ce fait, que la quinine échoue constamment quand il n'y a pas une périodicité bien marquée. D'autre part, je devais observer avec beaucoup d'attention l'effet du remède et l'administrer avec beaucoup de prudence, à cause de l'impressionnablité dont sont généralement douées les malades affectées d'hystérie, et Mme X... en particulier.

A quelqu'un qui eût été appelé à observer la malade sans tenir compte des précédents, dans l'état où il m'a été donné de la voir plusieurs fois, avec la figure congestionnée, les pupilles dilatées, les membres contracturés, délirant sans cesse, etc., l'idée serait venue qu'elle était affectée d'une grave maladie du cerveau, et le pronostic eût été peu rassurant. Mais la sensation d'une boule qui montait à la gorge et occasionnait un sentiment pénible de constriction, la disparition momentanée de tous les symptômes, la miction claire et assez abondante, tous ces symptômes ne permettaient pas de rapporter les accidents à l'action du cerveau ou de la moelle épinière. Un état remarquable était celui de contracture paraissant avec l'attaque et disparaissant pendant l'intermittence pour être remplacée, ou plutôt pour laisser apercevoir un phénomène nerveux des plus curieux à étudier, et sur lequel M. Beau a attiré l'attention dans un mémoire publié dans les *Archives de Médecine*, janvier 1848. Le sentiment de douleur, ou *analgésie*, et le sentiment du tact, *anesthésie*, étaient abolis ensemble ou séparément chez ma malade. J'ai pu, comme je l'avais déjà fait précédemment, distinguer le sens du tact et de la douleur. C'est dans l'hystérie que ce symptôme avait été étudié jusqu'à M. Beau, qui l'a démontrée dans plusieurs autres affections, symptôme qui a exercé le talent d'observation d'un jeune confrère, ancien interne très distingué des hôpitaux de Paris, M. Delacour, qui a publié une thèse sur l'*analgésie* qui vient d'être citée honorablement par M. le professeur Gerdy dans un travail qu'il a fait paraître dans la *Revue Médico-Chirurgicale*.

Mme X... était sensible au contact des corps que je promenais sur son bras, au seul passage du doigt sur la peau, excepté dans toute l'étendue du muscle deltoïde, où toute sensation de tact et de sensibilité est encore abolie. Je pouvais pincer, piquer profondément avec une épingle sans développer aucune sensibilité. Il était facile de s'assurer qu'il en était de même pour le côté et le membre inférieur gauche. Aujourd'hui, 23 septembre, les parties sont revenues à leur état normal, excepté à la région deltoïdienne, où la paralysie du tact persiste, entraînant avec elle celle de la sensibilité. L'observation aurait démontré, en effet, que toute paralysie du tact se montre dans les degrés les plus élevés de la maladie hystérique, et entraîne celle de la sensibilité, comme si cette dernière lui était surajoutée.

J'ai déjà dit que le sulfate de quinine avait été employé sans succès, et j'ai consigné dans mon observation les nombreux moyens qui furent mis en usage sans apporter de modifications dans la marche de la maladie. (Opium à doses assez fortes, jusquiame, assa fœtida, laudanum, valériane, éther.)

Les lavements froids, les corps froids sur la tête parurent diminuer la longueur des accès; mais la menstruation dut me faire suspendre cette médication réfrigérante, et dès lors l'intervalle qui séparait les crises devint de moins en moins long. J'étais presque désarmé en face de l'opiniâtreté de la maladie, lorsque l'occasion se présenta d'employer un moyen vanté par M. le professeur Cruveilhier, et sur lequel a insisté justement M. Landouzy, qui a fait de l'hystérie une étude si consciencieuse. Il consiste, après avoir desserré les mâchoires, à faire boire à la régalade une grande quantité d'eau froide, sans craindre d'augmenter l'état de spasme.

On a vu que la contraction avait cédé assez promptement, et que la malade avait pu parler quelques minutes après. Par cette secousse, j'avais produit une heureuse modification sur le système nerveux, qui était rentré dans un état de calme que je désirais depuis longtemps.

BONS RÉSULTATS DE L'EMPLOI DU COLLODIUM

dans le traitement de l'érysipèle et du zona.

Par M. Briquet.

Dans un cas d'érysipèle ambulant survenu dans des circonstances très fâcheuses, chez un homme déjà affaibli par une péritonite antérieure et encore atteint d'une pneumonie, l'érysipèle avait été arrêté immédiatement dans sa marche par l'application du collodium sur les surfaces érysipélateuses. Depuis cette époque, M. Briquet a continué ses recherches sur ce point de thérapeutique, et les nombreuses observations qu'il a recueillies ne permettent pas de douter que l'emploi topique du collodium n'exerce une influence évidente sur la marche de l'érysipèle. D'une part, dans les érysipèles à peu près fixes, ceux de la face, par exemple, M. Briquet a constaté que l'application du collodium diminue l'intensité de la rougeur et de la tension, entrave la marche de la maladie sur place, et, ce qui est plus remarquable encore, en empêche la propagation aux parties voisines, de sorte que la durée de l'érysipèle est rarement de plus de six jours, tandis que la durée habituelle de cette maladie varie entre huit et douze jours. Mais c'est surtout dans les érysipèles ambulants, qui font en quelque sorte le désespoir du médecin par les difficultés qu'on éprouve à en empêcher la reproduction et l'extension jusqu'à des parties du corps souvent fort éloignées du point de départ, que le collodium a paru à M. Briquet avoir des avantages qui le rendent digne d'être expérimenté par les médecins: non-seulement il diminue l'intensité des phénomènes locaux de phlegmasie, mais encore il ralentit la marche ambulatoire de la maladie. Telle est même à cet égard l'influence du collodium, que, lorsque l'érysipèle s'étend en dehors de la couche du collodium, son extension n'a pas lieu par larges plaques, mais par des espèces de fusées çà et là, comme si l'affection était profondément modifiée dans ses allures. Enfin, lors même que l'érysipèle ambulant n'a pas été arrêté, jamais M. Briquet ne l'a vu, lorsqu'il l'a poursuivi ainsi avec les applications topiques du collodium, parcourir une aussi grande étendue du tronc que cela peut avoir lieu en dehors de ce traitement. La ceinture, ou tout au plus la partie inférieure du ventre, constituent les limites extrêmes de son parcours; mais, pour cela, il faut avoir soin de couvrir chaque jour d'une couche de collodium la peau qui est envahie par l'érysipèle, de manière à lutter incessamment avec l'ennemi.

Ces résultats si favorables ont conduit M. Briquet à faire usage des applications topiques du collodium dans quelques autres circonstances; mais c'est dans le zona que le collodium paraît encore appelé à un emploi très fréquent et très général. On sait combien cette affection, peu grave en apparence, est entourée de douleurs, non-seulement pendant l'éruption, mais encore lorsque cette éruption a parcouru ses périodes. M. Briquet s'est assuré que les applications du collodium faites de bonne heure sur les plaques de zona arrêtent immédiatement la marche de ces plaques et des vésicules qui les couvrent; mais ce qui est plus heureux encore pour le malade, ces applications font cesser à l'instant même toute douleur. Nous avons été témoin, dans le service de ce médecin, d'une expérience intéressante, qui a montré de la manière la plus évidente les avantages du collodium. Une femme de quarante-cinq ans environ était dans le service de ce médecin à la Charité pour une fièvre intermittente, lorsqu'elle fut prise de douleurs dans le côté droit et à la base de la poitrine. Ces douleurs firent reconnaître l'existence de plaques rouges de zona qui envahirent en 48 heures tout le pourtour de la poitrine. La malade éprouvait des douleurs de brûlure très vives dans les points occupés par l'éruption. M. Briquet voulut essayer le collodium; mais pour rendre l'expérience plus saisissante, il étendit sur toute la moitié postérieure de l'éruption une couche de collodium, tandis que la moitié antérieure fut abandonnée à elle-même. L'application du collodium n'occasionna aucune douleur, seulement une sensation de fraîcheur. Immédiatement, la malade cessa de ressentir des douleurs dans la moitié postérieure de la poitrine, tandis qu'elles persistaient dans la moitié antérieure.

Le lendemain, on put constater à travers la transparence du collodium que la rougeur s'éteignait dans la partie qui avait été badigeonnée avec cette substance, que les vésicules étaient arrêtées, si même elles n'étaient affaissées, tandis qu'en avant la rougeur et les vésicules étaient dans toute leur intensité et les douleurs étaient très vives. En trois jours, l'éruption était éteinte à la partie postérieure de la poitrine. Au contraire, celle de la partie antérieure était encore très développée au huitième jour, et les douleurs n'avaient pas encore disparu dans ce point à cette époque.

M. Briquet ne compte encore qu'un petit nombre de faits de l'emploi topique du collodium contre le zona; mais si ces faits se multiplient avec les circonstances favorables qui les ont entourés jusqu'ici, on aura dans le collodium un moyen infiniment supérieur à tous ceux qui ont été généralement recommandés jusqu'ici contre cette affection, sans en excepter les cautérisations avec le nitrate d'argent, que quelques faits dont nous avons été témoin nous portent à croire prolonger plutôt la maladie qu'en abréger le cours. (*Bull. de Th.*)

COUR D'APPEL DE PARIS. (Appels correctionnels).

Présidence de M. Lechanteur. — *Audience du 3 août.*

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE.

Diverses questions se rattachant à l'exercice de la médecine et de la pharmacie étaient soumises à la Cour dans les circonstances suivantes:

Le sieur Allorge, qui a obtenu le diplôme de médecin et de pharmacien, a été poursuivi devant le tribunal de police correctionnelle pour contraventions aux lois spéciales sur la médecine et la pharmacie. La prévention lui reprochait:

1° D'avoir exercé la médecine ayant un diplôme, mais avant d'avoir obtenu son inscription sur la liste dressée à la Préfecture, conformément à la loi du 19 ventôse an XI;

2° D'avoir ouvert une officine de pharmacie avant d'avoir prêté le serment exigé par l'art. 16 de la loi du 21 germinal an XI;

3° D'avoir cumulativement exercé les fonctions de médecin et de pharmacien, contrairement à l'interprétation de l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI.

Le tribunal de Ire instance, attendu que le sieur Allorge se trouvait en état de récidive, et par application de l'article unique de la loi du 27 pluviôse an XIII, le condamne à trois jours de prison et 400 fr. d'amende.

M. Allorge a interjeté appel, et a été défendu par Me Lachaud.

M. Mongis, avocat général, demande la confirmation du jugement. Il soutient qu'une infraction déclarée par la loi doit toujours avoir sa sanction, et que l'art. 471 du Code pénal, dans sa rédaction générale, doit atteindre toutes les contraventions qui ne sont pas frappées de peine par les lois spéciales. Sans cela, dit le ministère public, on pourrait toujours se jouer de la loi.

La Cour, contrairement à ces conclusions, a rendu l'arrêt suivant:

« La Cour,

» En ce qui touche le fait relatif à l'exercice de la profession d'officier de santé;

» Considérant que le fait tel qu'il est établi contre Allorge n'est puni par aucune loi pénale;

» Met l'appellation et le jugement dont est appel au néant;

» Emendant:

» Décharge Allorge des condamnations contre lui prononcées au principal; le renvoie de ce chef de la prévention;

» En ce qui touche l'exercice illégal de la pharmacie et le débit des drogues au poids médicinal,

» Adoptant les motifs des premiers juges;

» Confirme. »

NOUVELLES.

L'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Rouen remet au concours le sujet suivant pour l'année 1852:

« Un petit traité d'Hygiène populaire, dégagé de toute considération purement théorique, à l'usage des ouvriers des villes et des habitants des campagnes. »

Ce livre, qui sera particulièrement applicable au département de la Seine-Inférieure, devra présenter, sous la forme la plus simple et la plus attrayante possible, les préceptes généraux qu'il importe surtout de vulgariser.

Le ministre de l'instruction publique, ayant reconnu l'utilité de cette question, et voulant augmenter l'émulation des auteurs, a, par arrêté du 12 octobre 1848, doublé la valeur de ce prix, qui sera, en conséquence, de 600 fr.

Les mémoires devront être adressés francs de port, avant le 1er juin 1852, à M. J. Gérardin ou à M. Pottier, secrétaires de l'Académie, le premier pour les sciences, le second pour les lettres et les arts.

— M. Piorry reprendra lundi prochain, 8 octobre, ses conférences clinique à l'hôpital de la Pitié (à huit heures du matin), et les continuera trois fois par semaine. Il s'occupera particulièrement, pendant ce mois, de l'action du sel marin sur les fièvres intermittentes.

Dans notre numéro du 5 septembre dernier, nous avons rendu compte de la séance d'inauguration de la nouvelle salle de l'Académie nationale de Médecine. Nous donnons aujourd'hui la représentation exactement rendue de cette salle, et nous y joignons la reproduction des deux tableaux qui y ont été placés par les soins de l'intelligent secrétaire général, M. le docteur Dubois (d'Amiens). Nous devons la communication de ces dessins à l'obligeance de M. le directeur du journal l'*Illustration*, ce magnifique recueil qui justifie si bien son titre de *Journal universel*.

Les décorations de la nouvelle salle sont à peu près les mêmes que celles de l'ancienne, augmentées pourtant de deux tableaux peints à la cire par M. Muller, inspirés l'un et l'autre par une belle page de l'histoire médicale.



Pinel faisant tomber, à Bicêtre, les fers des aliénés, tableau à la cire, par Muller.

Celui de gauche représente Pinel faisant tomber, à Bicêtre, les fers dont on chargeait jusqu'à lui les malheureux aliénés. M. Scipion Pinel nous a retracé les détails de cet épisode, qui est sans contredit un des plus beaux titres de gloire de son père, et que nous sommes heureux de consigner ici.

« C'était dans les derniers mois de 1792; Pinel, nommé depuis quelque temps médecin en chef de Bicêtre, avait déjà sollicité plusieurs fois, mais inutilement, l'autorisation de supprimer l'usage des fers dont étaient chargés les furieux. Il prend enfin le parti de se rendre lui-même à la commune de Paris, et là, répétant ses plaintes avec une chaleur nouvelle, il exige la réforme d'un traitement si monstrueux : « Citoyen, lui dit un membre de la Commune, j'irai demain à Bicêtre te faire une visite; mais malheur à toi si tu nous trompes et si tu recèles les ennemis du peuple parmi tes insensés! »

» Le membre de la Commune qui parlait ainsi était Couthon. Le lendemain il arrive à Bicêtre..... Couthon veut voir et interroger lui-même les fous les uns après les autres : on le conduit dans leur quartier; mais il ne recueille que des injures ou même de sanglantes apostrophes, et n'entend, au milieu de cris confus et de hurlements forcenés, que le bruit glacial des chaînes qui retentissent sur des dalles dégouttantes d'ordures et d'humidité.

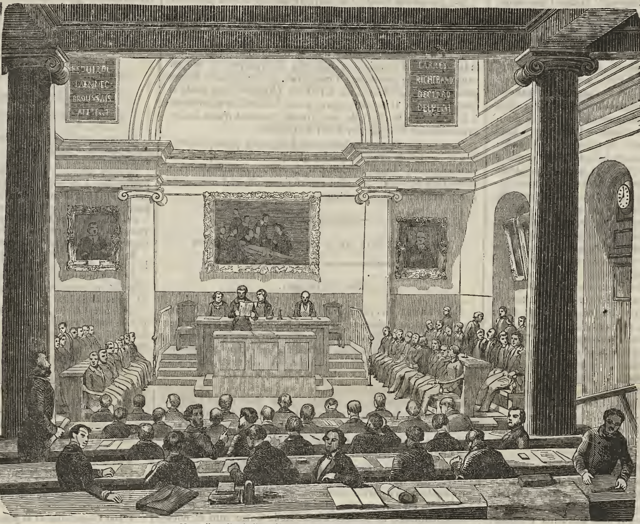
» Fatigué bientôt de la monotonie de ce spectacle et de l'inutilité de ses recherches, Couthon se retourne vers Pinel : — Ah çà, citoyen, lui dit-il, es-tu fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux? — Citoyen, lui répond celui-ci, j'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté, et j'ose espérer beaucoup de moyens tout différents. — Eh bien! fais-en ce que tu voudras; je te les abandonne; mais je crains bien que tu ne sois victime de ta présomption.

» Maître désormais de ses actions, Pinel commence dès le jour même son entreprise, dont il ne se dissimule pas les difficultés réelles, etc., etc. ».

Tel est le sujet du premier tableau de M. Muller. Pinel, suivi d'Esquirol, son élève, et d'autres étudiants sans caractère, assiste lui-même au brisement des fers. La figure principale, celle de Pinel, manque, à ce qu'il paraît, de ressemblance, mais se distingue par ce quelque chose de grand et de magique qui est l'empreinte du génie.

Le second tableau est plus remarquable et plus animé : nous sommes sur un champ de bataille de la République; Larrey, calme et tranquille au milieu du carnage et du feu, reçoit le bistouri des mains d'un aide pour amputer le bras à un blessé. A côté de lui, *tout criblé de balles*, est un de ces caissons que son génie avait à l'armée du Rhin transformés en ambulances volantes, et à ses pieds gisent des morts et des mourants qu'apportent au grand chirurgien les valeureux soldats de la République. Au milieu de ces scènes de désolation et de mort, la figure de Larrey est magnifique, nous allions dire sublime de calme et de sérénité.

Félix Roubaud.



Nouvelle salle de l'Academie de Médecine, rue des Saints-Pères.



Larrey pansant les blessés sous le feu des ennemis, tableau à la cire, par Muller.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 117. (23e ANNEE.) JEUDI 3 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 2 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance de l'Académie de Médecine a été remplie par deux rapports, dont l'un surtout fort important, de M. Danyau, sur l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants. Nous regrettons de manquer de place pour le publier aujourd'hui en entier ; mais nous le publierons dans un prochain numéro, heureux, pour notre part, de contribuer par notre publicité à remplir le vœu de M. le préfet de la Seine. Il est bien à désirer, en effet, qu'une nouvelle législation élève le degré d'instruction exigé des sages-femmes et fixe leurs droits d'une manière plus précise.

On lira aussi avec intérêt le rapport de M. Londe sur une hernie inguinale sphacélée, opérée avec succès par un chirurgien habile de Caen, M. Lesauvage.

En attendant la publication du rapport de M. Danyau, nous avons à mentionner de nouvelles preuves du zèle de M. le ministre de l'agriculture et du commerce; nous avons applaudi à l'entrée de M. Dumas au ministère ; nous n'avons qu'à nous féliciter de voir cette importante administration confiée aux soins d'un savant intelligent et éclairé, qui possède en outre toutes les qualités de l'orateur et peut défendre avec éclat à la tribune ses opinions et ses actes.

Aujourd'hui nous lisons dans le *Moniteur* un rapport adressé au comité d'hygiène par M. le docteur *Grange*, que M. Dumas avait chargé d'une mission relative à la recherche des causes qui déterminent l'apparition du goître. En dressant des cartes géographiques de la distribution du goître dans les divers pays, M. Grange a reconnu de la manière la plus absolue que ces affections sont indépendantes des latitudes, des hauteurs, des climats, ainsi que des circonstances d'habitation, de pauvreté, etc. ; et de tout ce qu'il a vu il résulte, selon lui, que leur présence paraît liée à celle de la magnésie dans les aliments ou les boissons ; que leur absence, au contraire, semble souvent tenir aux effets de l'iode que ces mêmes aliments ou ces mêmes boissons offrent à l'analyse chimique. Ainsi la magnésie prédispose au goître, de même que l'iode le guérit. Ainsi, ces affections atteignent toutes les classes de la société, dans tous les pays, à toutes les hauteurs, partout où on rencontre des formations magnésiennes, *excepté au bord de la mer*. Toutes les fois que le goître s'est trouvé endémique dans une localité isolée et sur un terrain qui ne pouvait être considéré comme magnésien, les eaux contenaient une notable quantité de magnésie. Telles sont les eaux des puits de Néris sur le granit, les eaux de Landisay, près de Sains, sur la craie.

Cette opinion s'est trouvée confirmée par l'observation que M. le docteur Grange a faite sur quelques jeunes gens qui, pour se soustraire à la loi du recrutement, se donnent le goître en buvant tous les jours quelques litres d'eaux bien connues pour développer cette affection ; ces eaux sont fortement magnésiennes. Dans les pays frappés de ces maladies, quelques familles riches recueillent les eaux pluviales dans des citernes et sont parfaitement préservées. Les eaux de neige ou qui proviennent directement des glaciers, et ne reçoivent pas d'eaux étrangères, ne donnent jamais le goître.

Quant à l'étude statistique du goître et du crétinisme en France, faite en compulsant les tableaux du recrutement pendant ces dix dernières années, elle a donné, suivant l'auteur, dans notre pays près de 450,000 personnes atteintes de goître et environ 35 à 40,000 frappées de crétinisme. C'est dans les Alpes, le Jura, les Vosges et les Pyrénées qu'il règne principalement ; ces affections débutent chez les enfants et sont plus fréquentes dans le sexe féminin.

Le traitement préservatif du goître consisterait donc, suivant M. Grange, dans le changement de régime des eaux, la construction de citernes et l'emploi du sel marin ioduré à la dose de 1 décigramme à 5 décigrammes d'iodure de potassium par kilogramme de sel. Ce sel peut être donné au même prix que le sel ordinaire. Cette dépense, selon M. Grange, peut être évaluée à 8,000 francs environ pour une population de 500,000 individus.

Depuis dix-huit mois, M. Grange a employé ce moyen pour guérir des familles entières; il n'a jamais échoué et n'a présenté aucune circonstance fâcheuse ni dans son application ni dans ses résultats. Au bout de quelques mois, ces familles se sont trouvées entièrement débarrassées de ces goîtres, qui atteignent tous les individus depuis l'âge de cinq à six ans. La disparition de la maladie chez les enfants a été beaucoup plus rapide que chez les adultes ; elle est très lente chez les vieillards.

La publication de ces précieux documents nous donne à penser que M. le ministre en a reconnu l'utilité et qu'il engagera le gouvernement à prendre l'initiative des grandes mesures d'hygiène publique que cette application réclame ; car, pour guérir les populations rurales, il faut de toute nécessité mettre à leur disposition un remède qui ne coûte rien et qui soit facile à employer ; il ne faut leur demander ni soins ni dépenses ; le sel proposé par M. Grange peut se donner au même prix que le sel ordinaire et être employé exactement de la même manière pour tous les besoins du ménage ; c'est donc bien là un remède qui n'exige ni soins ni dépenses.

Nous ne saurions trop engager M. Dumas à persister dans la voie qu'il a adoptée; qu'il profite de son passage au pouvoir pour élucider les questions importantes d'hygiène publique; il a déjà rendu et peut rendre de grands services à la science et à l'humanité.

Le rédacteur en chef, F. FABRE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Leçon sur les épispastiques.

Vous nous voyez faire un usage journalier des applications épispastiques dans le traitement des maladies, et surtout dans le traitement des maladies inflammatoires de poitrine. Cette application des épispastiques est fondée sur des principes rationnels que nous voulons vous faire connaître; car, lorsqu'on emploie les vésicatoires empiriquement, si on a chance de réussir dans la plupart des cas, on risque aussi de les employer mal à propos dans quelques cas exceptionnels ; il faut donc soumettre la médication par les épispastiques à des règles bien établies, et, parce que les règles de la thérapeutique générale ne sont pas ordinairement enseignées, elles n'en existent pas moins.

Il faut d'abord se rendre compte de l'effet produit par un épispastique ; puis viendront les règles de son application. Circonscrivons notre étude à l'épispastique superficiel, au vésicatoire, et votre esprit trouvera facilement les modifications que présenteront les autres dans leur manière d'agir.

Les vésicatoires déterminent un érythème superficiel de la peau ; le principe âcre des cantharides se combine avec l'épiderme, détermine sur la surface muqueuse du derme une phlogose superficielle qui donne naissance à une accumulation de sérosité sous l'épiderme; après que cette sérosité s'est écoulée, il s'établit une inflammation qui doit reformer l'épiderme, et constitue le moyen thérapeutique appliqué à la surface de la peau. Il faut tenir compte de la déperdition de sérosité enlevée à la masse du sang et qui peut être pour l'économie un moyen de déplétion important en réfléchissant qu'après des vésicatoires étendus il s'écoule jusqu'à six onces de sérosité, et cette quantité n'est pas indifférente dans ses effets sur l'organisme.

Par suite de cette application de vésicatoires, il y a encore un autre effet produit : il fournit à la surface de la peau un principe âcre, volatil, énergique dans son action topique et qui est absorbé : il glisse dans l'économie et y détermine une action stimulante diffusible qui se produit à divers degrés sous forme d'excitation semi-fébrile de chaleur à la peau et de diaphorèse secondaire. Ce principe excitant possède, en outre, une action élective sur le col de la vessie, y détermine une stimulation inflammatoire, et on voit se produire de la dysurie et de la strangurie, résultat de l'absorption du principe des cantharides.

Ainsi, quand on applique un vésicatoire, on produit des effets pathologiques qui ne sont pas simples. L'irritation inflammatoire superficielle de la peau, la déperdition de sérosité, le travail inflammatoire secondaire jusqu'à la reformation de l'épiderme, une altération de sécrétion des parties interstitielles de la superficie de la peau, d'où résulte la sécrétion en excès du pigmentum et par suite coloration noirâtre de la peau ; l'absorption d'un principe âcre diffusible dont l'action stimulante ressentie se manifeste par la diaphorèse, une action élective se portant sur le col de la vessie et y déterminant des effets, peu durables il est vrai, mais douloureux, de dysurie et de strangurie : tels sont les phénomènes produits par l'application d'un vésicatoire. Ces états pathologiques secondaires doivent être considérés, par rapport aux maladies qui les exigent, comme des états épigénétiques, de sorte que la doctrine qui s'applique aux épispastiques ressort de cette partie de la pathologie générale qui traite des épigénèses, c'est-à-dire de l'influence des maladies intercurrentes sur les maladies primitives.

Les maladies qui se développent dans l'organisme surviennent de deux manières : ou bien par l'influence d'une cause extérieure provoquant immédiatement la lésion d'un organe et consécutivement un état pathologique de cet organe, puis la persistance plus ou moins longue de cet état pathologique et enfin les efforts réactionnels de l'organisme, qui tend à une guérison plus ou moins rapide : sont dans ce cas les causes physiques, chimiques ou irritantes quelconques qui agissent fortement sur un organe donné; ou bien les maladies qui se développent par l'intermédiaire d'une perturbation fonctionnelle qui trouble l'équilibre des fonctions nécessaires à l'état de santé et qui a pour résultat de faire naître sur un organe donné un état pathologique. C'est à une cause de cette nature que, le plus souvent, doivent leur développement les maladies de poitrine.

Un sujet reçoit une contusion violente sur la poitrine ; l'ébranlement produit retentit sur l'appareil pulmonaire, qui, à cause du gaz élastique contenu dans ses cellules et la distension de ces cellules par ce gaz, est dans de bonnes conditions pour que les commotions physiques retentissent sur lui avec facilité; aussi s'enflamme-t-il promptement à la suite d'une contusion sur les parois de la poitrine. Cette inflammation ne s'est développée qu'après l'épuisement de la cause physique qui l'avait déterminée; aussi l'organisme par sa puissance réactionnelle se charge-t-il de conduire plus ou moins rapidement à terminaison cet état inflammatoire du poumon. C'est un état morbide qui se développe secondairement sous l'influence d'une cause physique et agit sur l'organisme, tandis que celui-ci tend à effacer les causes nuisibles qui peuvent modifier en mal les organes de l'économie.

Un sujet est en sueur, il est atteint de froid, tout d'un coup la sécrétion de la sueur est troublée, dérangée, suspendue, l'équilibre des fonctions organiques n'existe plus ; la cause du froid cesse d'agir, mais la fonction sécrétoire troublée a amené une perturbation dans l'organisme ; l'organisme réagit et, dans sa réaction, détermine un flux plus considérable vers le poumon : par exemple, il se développe une pneumonie. Il y a donc dans ce cas un trouble fonctionnel primordial, et consécutivement une réaction de l'organisme vers un organe, le poumon, par exemple; et la pneumonie en est le résultat.

Dans ces deux ordres de maladie, la production d'une épigénèse inflammatoire a des résultats différents, et le mode de thérapeutique par lequel elle agit n'est pas le même. Si on est sous l'influence d'une cause qui a agi localement et modifié les fonctions plastiques de l'organisme de manière à produire une phlogose, cette phlogose appellera à elle tout le flux qui devait se porter sur les autres organes, et il arrivera que l'organisme tout entier sera dominé par la phlogose locale; par là les sécrétions se modifieront, la peau deviendra sèche, les urines aqueuses et dépourvues de principes organiques, les digestions se feront très imparfaitement ou seront même suspendues ; de là ces dyspepsies ou ces anorexies qui surviennent pendant le cours des maladies inflammatoires, et les fonctions plastiques en général sont suspendues comme au profit de la phlogose. Dans cet état de choses, il faut diminuer cet état inflammatoire, et, pour y arriver, on a recours à une épigénèse en développant une inflammation sur un autre organe pour que cette inflammation ramène sous son influence la perturbation des fonctions que l'inflammation primitive avait déterminée. On diminue par ce moyen la fluxion qui se faisait sur l'organe pris de phlogose, en développant une phlogose secondaire sur un autre organe, et on y arrivera encore plus sûrement si cet organe secondairement enflammé est voisin du premier.

Telle est la théorie de la dérivation et de la révulsion, mots qui ont pris leur origine dans la médecine humorale dont Galien est le principal représentant. Les humoristes disaient : Il y a un flux d'humeur sur l'organe malade ; si on l'empêche en le faisant remonter vers le point d'où il part, il y a révulsion ; si on le reporte vers un autre organe, il y a dérivation. Si j'ai une pneumonie et que je la détourne sur des parties voisines par un travail inflammatoire secondaire artificiellement développé sur ces parties, j'obtiendrai évidemment une dérivation ; c'est dans ce but qu'on pose des vésicatoires sur les organes voisins pour y déterminer une dérivation du mouvement fluxionnaire qui se portait vers l'organe enflammé. Si on applique un épispastique et qu'il produise sur l'économie une influence assez forte pour dominer l'état inflammatoire du poumon, il y a révulsion. On conçoit qu'il faille une action bien plus puissante pour produire une révulsion qui s'exerce sur un organe éloigné que pour produire une dérivation qui

s'exerce sur un organe voisin de l'organe affecté primitivement; aussi la dérivation est-elle plus facile à opérer que la révulsion, et s'obtient-elle avec des moyens moins énergiques.

Ce que je viens de vous dire de la médication des épispastiques pour déterminer une révulsion ou une dérivation est en général tout ce qu'on enseigne sur les dérivatifs ou les révulsifs dans l'école de Paris, et qui peut se résumer par cette phrase: Toutes les fois qu'un organe devient prédominant, il gouverne l'organisme à son profit, et appelle vers lui la plus grande quantité de flux vital aux dépens des autres organes. Telle est la cause des épigénèses inflammatoires développées artificiellement.

Mais il s'en faut bien que les causes agissant sur l'organisme épuisent leur action par le développement de l'état inflammatoire d'un organe; le plus souvent il n'en est pas ainsi. Chez cet homme qui s'est exposé au froid étant en sueur, et chez qui cette sueur s'est arrêtée au moment où il s'est exposé au froid, la perturbation peut arriver instantanément par la perturbation de la diaphorèse; ce n'est pas évidemment un révulsif ou un dérivatif qu'il faudra pour guérir le malade: qu'y a-t-il, dans ce cas, à dériver ou à révulser? L'inflammation qui surviendra ultérieurement, quelquefois après plusieurs jours, ne sera plus évidemment le résultat immédiat de la cause perturbatrice, mais bien le résultat d'un état pathologique interposé entre la cause déterminante et la manifestation de la phlogose. Les épispastiques, cependant, pourront être utiles dans la première période qui va naître, en annulant les effets immédiats de la cause extérieure. On établira des épispastiques sur une grande étendue; on stimulera ainsi la surface de la peau, la stimulation se généralisera dans toute l'économie, la diaphorèse pourra revenir, et la maladie sera arrêtée à son début. On a rarement occasion, dans ces circonstances, d'appliquer des épispastiques cantharidés; mais les sinapismes, les pédiluves plus ou moins excitants, les frictions sont aussi des épispastiques, quoique à un plus faible degré: ce sont les premiers degrés d'une action stimulante sur la peau, action stimulante qui, portée plus loin, irait jusqu'à la phlogose. On empêche donc, par ces moyens, l'état pathologique inflammatoire de s'établir dans l'économie, en opposant l'excitation produite par ces divers moyens dans les différents organes à la sédation que tendait à y déterminer la cause réfrigérante.

Mais ce froid peut occasionner un dérangement d'équilibre plus grand; cet homme depuis hier a du malaise; il ne peut parvenir à se réchauffer, il éprouve un état de maladie indéterminé. On comprend alors qu'il subit l'influence d'un état pathologique interne qui va se déverser sur un organe, et si on peut l'arrêter dès son début on empêchera la maladie de se développer. C'est à ce but qu'on tâche d'arriver par une application d'épispastiques, car on est maître de la phlogose qu'on détermine non-seulement par les sinapismes, mais encore par les vésicants, on provoque ainsi une lésion locale qui empêche un organe interne de s'affecter, et on déverse ainsi sur l'organe que l'on veut l'état pathogénique interne.

Mais l'inflammation de l'organe profond s'est établie et est devenue plus ou moins grave. Il s'est déjà établi dans l'organisme des états antérieurs qu'il faut connaître; ce sera un dérangement fonctionnel par la cause pathogénique primitive par suite un trouble des fonctions de l'organisme, et enfin le déversement de l'état pathologique produit sur un organe déterminé. Si dans ce cas on a recours aux épispastiques, ils ne présentent plus une action aussi simple que dans les circonstances précédentes. Si le mouvement fluxionnaire qui développe l'inflammation sur le poumon continue à s'accroître avec énergie, les épigénèses qu'on développera à l'extérieur ne domineront pas le mouvement fluxionnaire du poumon, et la maladie, continuant à s'accroître malgré les efforts du médecin, envahira l'organe, peut-être jusqu'à déterminer la mort du sujet. De sorte que, lorsqu'une maladie est à sa période de croissance et qu'un état général est interposé entre la cause primordiale et l'état pathologique secondaire, l'emploi des épispastiques est beaucoup moins efficace, car alors le mouvement fluxionnaire tire son origine d'un état pathologique général préexistant à l'inflammation secondaire. Il ne faut pourtant pas rejeter les épispastiques complètement dans les cas de ce genre, car si la fluxion n'est pas trop énergique, il peut se faire qu'un dérivatif arrive à la dominer.

Quand l'état pathologique général s'est à peu près épuisé par la fluxion vers un organe déterminé, la phlogose locale produite peut appeler à elle l'état pathologique général ainsi diminué, et modifier les accidents de phlogose profonde.

Dans la période ascendante des inflammations, il y a un état fébrile assez intense qui n'est pas entretenu seulement par la phogose de l'organe affecté, car il est souvent considérable avant la manifestation de la phlogose, et d'autrefois tombe quand la phlogose locale est à son summum; il se développe alors sous l'influence d'un état pathologique général. Les épispastiques, en faisant pénétrer dans l'économie par l'absorption des principes excitants diffusibles, peuvent augmenter cet état fébrile primordial; aussi les médecins empiriques défendent-ils bien l'application de vésicatoires pendant que l'état fébrile est intense. Mais quand l'état fébrile est entretenu par l'inflammation locale, il est évident que l'épispastique, en atteignant la cause productrice de l'état fébrile, pourra le diminuer consécutivement. Si au contraire la fièvre n'est que le résultat de l'état pathologique général naissant, l'épispastique peut présenter des inconvénients, et c'est dans ce cas que la méthode qui craint de s'en servir est fondée.

Quand l'état pathologique local est développé, fût-ce même secondairement à un état pathologique général antécédent, qu'il reste seul, qu'il n'a plus qu'à parcourir ses diverses périodes pour disparaître, les épispastiques retrouvent toute leur action comme pour les inflammations survenues par cause externe; dans ce cas les dérivations et les révulsions peuvent être appliquées avec grand profit.

Telles sont les règles générales sur lesquelles il faut toujours se guider dans l'usage des épispastiques; mais il est des considérations accessoires qui ne sont pas sans importance pour leur emploi. Les constitutions et les tempéraments des divers sujets varient beaucoup; soit un homme chez lequel il s'est développé dans le poumon un état inflammatoire; il ne marche plus, mais la phlogose persiste, entretenue qu'elle est soit par une cachexie, soit par l'épuisement qu'a produit la maladie actuelle, soit par une médication mal dirigée; il existe une certaine torpeur dans les fonctions organiques; les fonctions plastiques sont aussi languissantes. On lui met un vésicatoire ou près de l'organe affecté, ou même au loin. On ne peut rationnellement appliquer cet épispastique pour obtenir une révulsion ou une dérivation, car le tissu du poumon est altéré; et s'il ne revient pas à l'état normal, c'est qu'il y a langueur des fonctions plastiques. Le vésicant, dans cette circonstance, est pourtant utile. En provoquant une phlogose locale, il stimule l'appareil circulatoire et par lui les fonctions plastiques, leur rend leur énergie primitive et favorise ainsi la résolution de la phlogose locale; de plus, il fournit à l'organisme par l'absorption un principe stimulant diffusible qui aussi là sur tout l'appareil circulatoire. Il provoque en outre une sécrétion anormale sur la surface tégumentaire, rappelle sur cette surface la fonction énergique des organes qu'elle renferme, occasionne une diaphorèse abondante qui devient une véritable métastase, et l'accomplissement de cette sécrétion se fait aux dépens de la lésion locale profonde en rendant les fonctions plus actives et favorisant par là la résolution de la phlogose. On voit par cet exemple que les épispastiques dans les inflammations profondes bien développées et dont la résolution est rendue difficile par la langueur des fonctions plastiques sont utiles; non par la révulsion ou la dérivation qu'ils opèrent, mais par la stimulation qu'ils font naître dans tout l'organisme.

Un individu était sujet à des éruptions eczémateuses qui revenaient deux, trois, quatre fois par an, et duraient chaque fois quatre, cinq ou six semaines, puis disparaissaient. Il y avait chez lui habitude d'eczéma se développant sur une partie du corps. Il survient un dérangement dans l'apparition de ces exzémas à la suite d'une cause quelconque répercussive, et le malade est pris de pneumonie; ou bien l'eczéma ne paraît pas à l'époque habituelle sans cause perturbatrice connue, et il survient au sujet une pneumonie, soit que la pneumonie paraisse révulsionner l'eczéma, soit qu'il survienne des révolutions physiques dans l'âge du sujet qui favorisent le développement d'une pneumonie à la place de l'eczéma. Il y a dans ce cas métaptose d'une maladie habituelle, c'est-à-dire transformation d'une maladie habituelle en une maladie d'une autre forme. Le médecin qui voit se développer la pneumonie arrive avec un épispastique; il détermine une inflammation cutanée qui devait venir dans l'état habituel de santé du malade, l'organe frappé secondairement se décongestionne, et la santé du malade est rétablie dans les limites de son ancien état habituel.

Mais on n'a pas eu le temps de parer au développement de la pneumonie, qui est née d'ailleurs à la suite d'une contusion ou d'une épigénèse générale. Le médecin apprend qu'il y avait chez le malade habitude d'eczémas, et que leur apparition est retardée; il emploie alors des épispastiques non-seulement par les indications que fournit la maladie interne pour les dérivations et les révulsions, mais encore il y a recours par l'indication spéciale accessoire fournie chez le sujet par les habitudes d'eczémas. Il arrive dans ce cas que l'épispastique favorise la résolution de la phlogose interne et la réapparition de l'eczéma; ou s'il ne reparaît pas, l'épispastique, en provoquant une phlogose à la surface de la peau, joue le même rôle que l'eczéma lui-même. Il y a donc substitution d'une phlogose accidentelle à une phlogose habituelle, c'est une véritable métastase.

Des inflammations internes peuvent se développer sous l'influence d'autres états pathologiques: c'est ainsi qu'il survient par une série de transformations de la santé diverses phlogoses: ce sont des fièvres intermittentes, un typhus, un rhumatisme articulaire, différentes maladies de peau. Après ces perturbations, le malade est pris de pneumonie sans cause accessoire instantanée, au coin de son feu; c'est une face nouvelle de sa mauvaise santé, c'est une manière d'être de l'état pathologique autre que les précédentes, mais qui n'est que le résultat de l'équilibre général auquel l'organisme tend continuellement. L'inflammation épigénétique qu'on provoque fait naître dans l'organisme un état morbide qui joue, par rapport à l'organisme, le même rôle que cet état de phlogose secondaire qui allait se développer; c'est une maladie par laquelle on remplace une maladie qui était sur le point de se manifester, et en faisant continuer cet état de maladie artificielle d'une manière permanente, on pare continuellement à la maladie qui tend à se développer. C'est cette considération qui est la base de l'application d'épispastiques permanents. On produit ainsi une véritable métaptose en faisant une mutation dans l'état pathologique des sujets.

Maintenant faites, par un travail d'esprit assez facile, la différence que doivent produire dans leurs résultats les épispastiques superficiels comme les vésicatoires, les exutoires profonds, qui doivent suppurer comme les fontanelles, et les épispastiques tout fugaces, comme les sinapismes, les frictions, etc., et vous aurez facilement les différents effets immédiats qu'il provoquent pour la modification des maladies inflammatoires qu'ils sont appelés à combattre, sans que j'aie à m'étendre plus longuement sur ce sujet.

On voit que les données de l'application des épispastiques sont fondées sur les règles de la pathologie générale aussi bien que n'importe quelle autre médication. Quand on veut produire une phlogose épigénétique qui devienne le pivot d'une révulsion ou d'une dérivation par rapport à la phlogose profonde, le pivot d'une métastase qui devienne un état inflammatoire local capable de produire une métaptose de la maladie habituelle, il faudra la déterminer sur une surface qui puisse suffisamment agir; car si la surface est trop petite, l'effet produit est trop faible pour retentir sur l'économie pour donner un résultat satisfaisant. C'est sur ce principe que nous nous fondons pour appliquer des épispastiques plus grands qu'on ne le fait généralement. Quand on compte sur les principes stimulants de l'emplâtre comme agents excitants, c'est un moyen de les introduire dans l'économie en plus grande abondance.

Les épispastiques cantharidés ont sur le col de la vessie une action élective qui n'est pas sans inconvénients, et il n'y a guère qu'une maladie, l'inertie de la vessie provoquée par une paralysie complète de cette organe ou par la tuméfaction de la prostate, dans laquelle on puisse obtenir quelque avantage par l'usage des cantharides. Cependant les inconvénients qu'elles produisent ne sont pas très graves. On a proposé plusieurs moyens pour les prévenir. Le plus efficace, selon nous, est de laisser pénétrer le moins possible de cantharides dans l'économie, et pour cela il suffit d'interposer un papier-brouillard entre l'emplâtre et la peau; quant aux autres moyens, ils sont totalement inefficaces, même le camphre tant préconisé.

On a proposé de se servir du vésicatoire pour déterminer des surfaces absorbantes pouvant faire pénétrer dans l'économie des principes médicamenteux. Leur action ne rentre plus dans l'action des épispastiques; c'est un mode de médication différent qui ne nous regarde pas.

Tels sont les principes sur lesquels nous nous fondons dans l'emploi des épispastiques, et c'est pour les suivre que nous les appliquons à toutes les périodes des maladies inflammatoires, mais en subordonnant leur usage à l'appréciation des causes de la lésion locale, et de l'action que peut avoir sur elle l'état pathologique général.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er octobre. — Présidence de M. Orfila (vice-président.)

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce relative aux vaccinations dans le département de l'Oise pour 1849.

La correspondance manuscrite ne comprend également qu'une seule pièce: c'est un mémoire de M. le docteur Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Arras, sur la nécessité de réunir un congrès sanitaire universel pour aviser aux moyens d'arrêter ou de détruire la cause du choléra. (Commission du choléra.)

Influence du seigle ergoté sur la vie des enfants.

M. Danyau lit, au nom d'une commission composée de MM. Orfila, Villeneuve, Adelon, Paul Dubois, Mérat et Danyau, un rapport en réponse à une lettre de M. le préfet de la Seine ayant pour objet d'appeler l'attention de l'Académie et de réclamer son avis sur la question suivante: Quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la vie des enfants et sur la santé des mères?

Nous nous bornons pour l'instant à reproduire les conclusions de cet important rapport, que nous publierons textuellement dans l'un de nos prochains numéros.

Nous avons l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le préfet de la Seine:

1° Que le seigle ergoté, quels que soient d'ailleurs les avantages attachés à ce précieux médicament, peut, quand il est imprudemment administré, déterminer la mort de l'enfant et des lésions plus ou moins graves chez la mère;

2° Que, dans l'état actuel de la législation, il n'est pas possible d'interdire aux sages-femmes le droit que la loi leur donne d'administrer le seigle ergoté, et que cette interdiction aurait d'ailleurs de graves inconvénients dans certains cas;

3° Qu'il serait à désirer que la nouvelle législation, si impatiemment attendue, en même temps qu'elle élèverait le degré d'instruction exigé des sages-femmes, fixât leurs droits d'une manière plus précise, et vît s'il y a lieu d'assigner des limites aux prescriptions qu'elles sont appelées à faire;

4° Que l'Académie, ne disposant pas des journaux de médecine, ne peut donner satisfaction à M. le préfet au sujet de la publication par laquelle il voudrait qu'on rappelât aux jeunes médecins et aux sages-femmes la réserve dont ils ne devraient jamais se départir, et qu'elle doit, en conséquence, se borner à exprimer le désir de voir reproduire par les principaux organes de la presse médicale les parties de ce rapport qui leur paraîtront le plus propres à remplir le but que l'autorité se propose d'atteindre.

Après une courte discussion entre MM. Velpeau, Moreau, Gerdy, Villermé, Rochoux et Danyau, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées, sauf une modification introduite dans la quatrième conclusion sur la proposition de M. Gibert, et qui consiste à dire à M. le préfet que l'Académie répondra à son vœu en donnant au rapport la publicité de son *Bulletin*.

Hernie inguinale sphacélée opérée avec succès.

M. Londe lit au nom de M. Lesauvage, de Caen, correspondant de l'Académie, une observation de hernie du colon descendant ou gauche par l'anneau inguinal du côté droit, avec complication de sphacèle et indication du procédé opératoire qui a été employé.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, accidentellement atteint d'une hernie inguinale du côté droit, et qui éprouvait depuis quatre à cinq jours un étranglement contre lequel différents moyens avaient échoué. M. Lesauvage, ayant reconnu les signes d'un sphacèle des parties intérieures, procéda à l'opération ainsi qu'il suit (c'était le 22 avril 1822):

Après que le scrotum eut été largement ouvert, il débrida l'anneau par une incision verticale. Il reconnut alors que le sphacèle se prolongeait au delà dans l'étendue de trois centimètres. La hernie était une antéro-épiploècle. La masse épiploïque était volumineuse. La disposition de l'intestin le porta à penser que le cœcum et le colon étaient compris dans la tumeur. Jugeant alors que, par le fait de la situation de ces

intestins, incomplétement entourés par le péritoine et par l'étendue du sphacèle au delà de l'anneau, il devait survenir un anus artificiel permanent, il prit la détermination suivante :

Il diminua le volume de la tumeur en enlevant la plus grande partie de la portion altérée de l'épiploon ; puis, à l'aide d'une pression modérée, toute la masse sphacélée, dont le testicule faisait partie, fut reportée derrière l'anneau, où elle fut maintenue par un bandage médiocrement serré.

Le malade éprouva une série d'accidents assez graves. Au quatrième jour la masse sphacélée fut à peu près expulsée, et les matières stercorales passèrent par la plaie. L'état du malade devint meilleur après quelques semaines. La plaie diminua graduellement d'étendue ; mais elle continua de livrer passage aux déjections alvines jusqu'au mois d'août. A cette époque, l'anus commença à fonctionner. On fut quelquefois obligé d'introduire une sonde dans la fistule pour faciliter le dégagement des matières retenues derrière l'anneau. Dans le mois de septembre, la fistule fut cicatrisée. Le malade reprit ses occupations, et quoiqu'il eût dû depuis cette époque ressentir parfois quelques troubles dans les voies digestives, jamais il ne s'était plaint de sa santé, lorsque, à la suite d'un catarrhe pulmonaire, il est mort plus qu'octogénaire dans les premiers jours de février 1850.

A l'autopsie, on observa que l'épiploon manquait dans les deux tiers inférieurs et était encore comme replié sur lui-même. Une vaste poche, très distendue, recouvrait la masse intestinale; elle résultait d'une énorme dilatation de la portion supérieure du colon descendant. La partie inférieure était rétrécie et fortement tirée vers l'anneau inguinal du côté droit par une bride celluleuse cylindrique croisant obliquement la ligne médiane de l'abdomen et retenant fortement l'intestin dans cette direction. Le cœcum et son appendice étaient immédiatement fixés derrière l'anneau, en dehors de la bride du colon, et on voyait au-dessous une petite cavité digitale, indice d'une nouvelle hernie. L'intestin grêle était libre d'adhérences. En incisant le colon gauche, on remarqua que son énorme dilatation comprenait une partie du colon transverse, qui était abaissé, et qu'elle venait se terminer au point d'insertion de la bride celluleuse. A cet endroit, son rétrécissement était tel à l'intérieur qu'on pouvait à peine y introduire l'extrémité de l'indicateur. Cette disposition était le produit d'une cicatrice circulaire fibreuse comprenant toute l'épaisseur de l'intestin. Une portion de la membrane muqueuse s'était cicatrisée isolément et formait un rebord saillant au dessous de la cicatrice. Le reste de l'intestin, comprenant une partie de l'S romaine, avait éprouvé un resserrement qui l'éloignait beaucoup de son état normal.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 septembre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal, M. Guersant fait observer que M. Larrey, dans l'opération de trachéotomie qu'il a pratiquée, a ôté la canule au bout du sixième jour, contrairement à ce que l'on fait habituellement. Lui-même, tout récemment, a agi de la même manière dans une opération de croup, et l'opéré s'en trouva très bien. C'est, ajoute-t-il en terminant, le huitième insuccès sur 52 opérations de croup.

M. Larrey dit que le cas pour lequel il eût à pratiquer la trachéotomie est un cas insidieux. Plusieurs conditions morbides se trouvaient réunies sur le même individu; il avait affaire à une laryngite œdémateuse, compliquée de fausse membrane, et les antécédents du malade faisaient craindre que la syphilis ne fût point étrangère à cette affection. Ce n'était point d'une manière définitive qu'il ôta la canule au sixième jour. Son intention était même de la remettre; mais, le malade respirant bien sans elle, il crut inutile de la remplacer.

M. Chassaignac a pratiqué au mois de juillet la même opération sur un enfant pour un cas de croup. Il a laissé la canule en place seulement quatre jours. Il a opéré suivant son procédé, qui prévient l'hémorrhagie. L'enfant a succombé le onzième jour à une pneumonie lobulaire.

M. Larrey ajoute, en terminant, que son malade n'a éprouvé pendant l'opération qu'une hémorrhagie veineuse, sur laquelle il n'insistera pas, cet accident ayant été très bien étudié par M. Lenoir dans sa thèse sur la trachéotomie.

Correspondance.

La Société a reçu :

1° Un mémoire de M. Cazenave (de Bordeaux), ayant pour titre : *Tailles exceptionnelles*, etc. (M. Guersant est chargé de faire un rapport sur ce travail);

2° Un mémoire de M. Méli sur le choléra asiatique dans la ville de Marseille.

Discussion à propos du mémoire de M. Boinet sur le traitement des abcès par congestion par la teinture d'iode.

M. Huguier fait observer qu'il y a dans le travail de M. Boinet des opinions formulées d'une manière trop absolue. Ainsi, suivant l'auteur du travail qui fait l'objet de cette discussion, tous les abcès par congestion symptomatiques d'altérations des os sont au-dessus des ressources de l'art, et tous les malades succombent; mais tout le monde sait que certains de ces abcès guérissent. Pour son compte, il en a vu guérir qui étaient symptomatiques d'altérations diverses du système osseux sans injection iodée. M. Boinet, ajoute M. Huguier, ne donne que quatre observations; mais il faudrait savoir sur combien de malades ces injections iodées ont été pratiquées, combien de fois elles ont été faites sur le même malade, et dans quelles circonstances, etc.

Puis, dit M. Huguier, l'auteur du mémoire n'a pas été toujours assez sévère dans son diagnostic; plusieurs observations citées par lui ne sont pas probantes; une observation seulement présente tous les phénomènes d'un abcès par congestion. Mais le malade qui fait le sujet de cette observation a été soumis pendant longtemps à un traitement spécial : des préparations d'iode ont été données pendant plusieurs mois. Ne peut-on pas dans ce cas, ajoute M. Huguier, attribuer la guérison au traitement interne, plutôt qu'aux injections iodées?

M. Michon trouve le mémoire de M. Boinet important; et si les idées qu'il renferme sont justes, il doit changer la thérapeutique chirurgicale des abcès par congestion. M. Michon examine le travail de M. Boinet au point de vue doctrinal et au point de vue pratique. En effet, l'auteur du mémoire en question présente une méthode neuve qui a la prétention de guérir des choses incurables. Mais est-il bien vrai, comme le prétend M. Boinet, qu'avant lui la thérapeutique était désarmée devant les malades affectés d'abcès par congestion? Il dit que ces malheureux étaient voués à une mort certaine. M. Boinet ne peut pas ignorer que le traitement de Pott reposait sur quelques fondements, puisqu'il a été suivi depuis ce chirurgien jusqu'à nos jours. Pour sa part, M. Michon compte deux cas de guérison d'abcès par congeston liés à une affection de la colonne vertébrale avec gibbosité. L'un de ces anciens malades est secrétaire à la mairie de Bercy; l'autre, fils d'un maître d'hôtel. De plus, Dupuytren a cité des faits de guérison; des autopsies même d'individus guéris d'abcès par congestion, et morts ensuite d'autres maladies, ont été faites dans le service de ce grand chirurgien. Comme on le voit, ce qu'il y a de trop absolu dans ce travail tombe devant les faits. Voyons, dit M. Michon, les observations qui font la base de ce travail. Elles sont au nombre de quatre. Une seule prouve en faveur des idées de l'auteur. En effet, elle est relative à un malade affecté d'une lésion de l'articulation coxo-fémorale guérie au huitième mois d'abcès, consécutif à cette affection, par les injections iodées. Mais M. Michon fait observer que les abcès de ce genre guérissent, et il rapporte à ce propos l'histoire d'un malade, actuellement dans son service, qui a guéri dans le même temps de la même affection, et cela sans injection.

La deuxième observation est relative à une fille de 21 ans. Dans ce cas, y a-t-il abcès par congestion venant de la colonne vertébrale? Il n'y a point de saillie anormale; peut être les abcès dans ce cas tenaient-ils à une lésion des lames vertébrales pour lesquelles les injections iodées n'ont point été inutiles.

La troisième se rapporte à un homme de 38 ans ayant une carie du sacrum. Ces trois faits, ajoute M. Michon, ne prouvent pas ce que M. Boinet veut leur faire prouver; d'abord il n'y avait point d'abcès par congestion dans le sens généralement admis par les auteurs, et rien ne prouve que les malades n'aient pu guérir sans injections iodées. Je ne dis pas, ajoute M. Michon, que les injections faites par M. Boinet n'aient pas été utiles.

La quatrième observation a pour objet un enfant de 9 ans réellement affecté d'abcès par congestion avec gibbosité. Là le diagnostic est positif; mais qui dit que le malade eût péri sans les injections iodées? Ne sait-on pas que c'est surtout chez les jeunes sujets que ces affections guérissent? car chez eux, l'évolution du système osseux n'étant pas complète, on peut beaucoup espérer des efforts de la nature. En un mot, dit M. Michon, le travail de M. Boinet, intéressant d'ailleurs, pèche en ce qu'il est trop absolu et par l'absence de détails anatomiques importants; il eût fallu que l'auteur nous dît : Les injections iodées guérissent dans telles circonstances et ne guérissent pas dans telles autres.

M. Chassaignac reconnaît tous les avantages d'un traitement général dans les affections du système osseux; aussi ne faut-il pas se hâter de conclure en faveur du traitement local quand il n'a été en quelque sorte que secondaire. M. Chassaignac s'est beaucoup occupé de la question des injections iodées; en ville et à l'hôpital, il a eu occasion de les employer avec avantage; mais il diffère dans l'interprétation. Suivant lui, les injections établissent des trajets fistuleux salutaires, en même temps que par le traitement général on modifie la constitution, comme il a eu occasion de le faire récemment pour des abcès tenant, l'un à une lésion de la clavicule, et l'autre du sternum. Toutefois, il diffère dans sa manière de faire de M. Boinet; ses injections iodées sont précédées d'un lavage de la cavité de l'abcès par des injections aqueuses. De plus, il est loin de partager les idées de M. Boinet sur l'innocuité des injections iodées; il a vu des accidents graves suivre ces injections, des inflammations intenses, une fonte du testicule; et dans une circonstance où il pratiquait, chez un malade affecté de gibbosité, une injection dans un abcès situé sur les parties latérales de la poitrine, le malade fut pris de quintes de toux, et un instant après, M. Chassaignac put croire que l'injection avait passé dans les bronches, à la couleur des matières expectorées. Il faut donc être attentif quand on fait de pareilles injections. D'autres fois, ces opérations ne produisent nul effet. Somme toute, dit M. Chassaignac, l'avantage le plus réel et le plus incontestable des injections iodées est d'établir une fistule qui permet ultérieurement l'écoulement facile de la suppuration.

M. Lebert adresse quelques reproches au travail de M. Boinet; il eût désiré plus de méthode et des preuves plus convaincantes. Ce travail ne peut être considéré que comme le commencement d'une série de recherches. En effet, dans les abcès par congestion suite de lésion de la colonne vertébrale, les altérations sont nombreuses. Tantôt on a affaire à des caries, à des nécroses invaginées dans le corps des vertèbres, à des tubercules dont le siége est variable. Parmi ces lésions vertébrales donnant lieu à des abcès, il en est de graves, promptement mortelles; d'autres, au contraire, permettent aux individus porteurs de ces lésions de vivre un temps assez long. Il fallait donc spécifier. Puis, ajoute M. Lebert, comment croire à l'efficacité des injections quand celles-ci sont précédées d'un traitement général longtemps continué; il fallait donc, pour tirer des conclusions rigoureuses, soumettre les malades aux injections seules.

M. Forget. Bien que M. Boinet n'ait pas dit, ainsi qu'on le lui a reproché, en parlant de la terminaison des abcès symptomatiques, qu'elle fût *toujours*, mais bien *le plus souvent* funeste avant l'emploi des injections iodées, il pense que, même ainsi formulée, cette proposition est encore trop générale. Elle est en contradiction avec des faits nombreux de guérison dont il a fait le relevé; il pourrait en citer plusieurs qui lui sont propres; mais ne voulant pas insister davantage sur ce point, il se borne à rappeler l'opinion d'un praticien éminent, de Flaubert, de Rouen. Ce chirurgien, voyant un de ses confrères d'un des hôpitaux de Paris se préparer à amputer un jeune garçon affecté d'une carie tuberculeuse des os du pied, lui dit : « *A Paris, vous amputez donc pour de pareils cas? A Rouen, avec un bon air, une alimentation saine, nous les guérissons à mesure que les malades atteignent un âge plus avancé.* » Or, ce que Flaubert a vu, il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion de le constater. Mais, continue M. Forget, la conclusion de M. Boinet est de plus en opposition avec les observations que renferme son mémoire, lesquelles nous montrent tous les malades soumis à un traitement général avant et pendant l'emploi des injections iodées. Comment peut-il alors avancer, sans tenir compte du traitement général, que ces dernières guérissent en quelques mois des lésions organiques rebelles à tout autre traitement? Quant à ces injections en elles-mêmes, elles sont loin de constituer un moyen nouveau. On lit dans le *Bulletin de Thérapeutique* un exposé de faits qui prouvent que depuis longtemps M. Lugol procède à cette injection exactement comme notre collègue; seulement il a rejeté la solution alcoolique d'iode, qui lui a paru avoir des inconvénients, et il lui préfère une solution aqueuse d'iodure de potassium dans laquelle l'iode est ensuite dissous. Mais ces injections, comme le fait observer le médecin de l'hôpital Saint-Louis, ne guérissent point la maladie; avant comme après, la constitution tuberculeuse persiste, et elle ne peut être modifiée que par le traitement général.

M. Forget ajoute encore que dans le traitement de ces maladies, essentiellement chroniques, c'est toujours le dernier venu qui a l'honneur de la guérison, et la dernière médication suivie, celui de l'avoir produite. Il est juste cependant de tenir compte des médications faites antérieurement, surtout lorsqu'elles ont été rationnelles et efficaces. Ne sait-on pas, en effet, qu'une médication n'agit pas toujours au moment où elle est suivie; que souvent son action se continue et se manifeste longtemps après qu'on en a cessé l'emploi? Il semble que l'organisme s'assimile par une sorte de digestion lente certains médicaments de l'ordre de ceux qu'on appelle spécifiques. Je crois qu'il en est ainsi de beaucoup de malades dont la constitution a été modifiée de la sorte. On arrive alors sur un terrain bien préparé, et il reste souvent peu de chose à faire pour effacer les dernières traces de la maladie. Je ne dis pas que les malades de M. Boinet aient été dans ce cas; mais il eût été bon de s'en assurer et de voir s'il n'y avait pas, dans le résultat obtenu, à faire la part d'autrui.

Passant aux abcès par congestion, M. Forget dit que, acceptant le sens donné par Boyer à cette dénomination, il n'en voit, comme M. Michon, qu'un seul exemple dans les quatre faits rapportés par M. Boinet. Il le regarde comme un très beau résultat pratique; mais il ne pense pas que, pour en rehausser la valeur, il fût nécessaire de dire qu'il n'en existait pas d'analogues. Aux faits déjà mentionnés par M. Michon, il convient d'en ajouter plusieurs autres; pour cela, j'irai puiser à une source qui est bien connue : c'est le rapport de la commission instituée pour suivre les travaux cliniques de M. Jules Guérin; il y en a là de fort remarquables, et qui acquièrent une grande importance de l'autorité des noms sous la garantie desquels ils ont été publiés. M. Forget se borne à en exposer deux seulement qui lui ont paru les plus concluants; dans ces cas, dit-il en terminant, la guérison a été obtenue en dehors de toute injection iodée. Il est regrettable que M. Boinet ait omis de citer ces faits; la partie historique de son mémoire y eût gagné, et le parallèle qu'il eût fait entre le traitement qu'il propose et celui de M. J. Guérin n'eût pu qu'être intéressant et fructueux pour la pratique.

M. Guersant aurait voulu que M. Boinet donnât ses insuccès; une méthode ne réussit pas toujours. Souvent il a vu des enfants affectés d'abcès par congestion guérir, à l'hôpital des Enfants, par un traitement général. De plus, M. Boinet, en instituant une méthode nouvelle, aurait dû indiquer les doses du médicament employé, l'époque de ces injections, entrer, en un mot, dans tous les détails nécessaires pour qu'on pût répéter ses expériences.

M. Boinet maintient sa proposition que, suivant les auteurs anciens et modernes, les abcès par congestion sont une affection le plus souvent au-dessus des ressources de l'art, et que les malades succombent quoi qu'on fasse. MM. Huguier, Michon et quelques autres personnes, ajoute-t-il, trouvent cette proposition fort exagérée, et citent plusieurs cas de guérison observés par eux. Si je me suis trompé, ajoute M. Boinet, je me suis trompé avec les auteurs des dictionnaires de médecine, du *Compendium de Chirurgie*, avec Boyer, Samuel Cooper, Sanson, Lenoir et Nélaton. Ce dernier considère cette affection comme incurable si elle dépend d'un os qui par sa position se soustrait à l'emploi de nos moyens chirurgicaux, et se demande s'il est même utile d'ouvrir les abcès par congestion, ce qu'il ne pense pas; car il n'admet leur ouverture que lorsqu'ils sont sur le point de s'ouvrir spontanément, pour prévenir les accidents d'infection putride, d'épuisement, qui ne tardent pas à enlever les malades. Des quatre observations présentées par moi, une seule aurait une valeur aux yeux de mes honorables collègues; et quant aux autres, elles n'appartiendraient pas à des abcès par congestion. Comme on l'entend habituellement, il suffit de lire ces observations pour se convaincre du contraire; la carie, dans toutes, a été constatée par le toucher à l'aide d'un stylet; la marche de la maladie, sa durée, les abcès formés loin des os malades, la nature du pus, la constitution des malades, tout prouve qu'il y avait carie, abcès par congestion, accidents qui, chez ces malades, ont résisté pendant plusieurs années à tous les traitements locaux et généraux conseillés par des

praticiens distingués et qui, sous l'influence d'injections iodées aidées d'un traitement général, ont rapidement disparu dans l'espace de quelques mois. Parmi ces quatre observations de guérison, trois m'appartiennent ; trois fois seulement j'ai eu occasion de faire des injections pour des abcès par congestion, et trois fois nous avons guéri.

M. Forget, ajoute M. Boinet, pense que chez les sujets de ces observations la maladie était pour ainsi dire épuisée et que les traitements antérieurs qu'ils avaient subis les avaient amenés à ce point que la guérison aurait eu lieu toute seule sans le secours des injections iodées, dont l'influence dans ces cas a été nulle ou à peu près. Tous les malades étaient loin de se trouver dans les dispositions heureuses indiquées par M. Forget, et, s'il veut bien se souvenir des observations, il verra que ces malades étaient, au contraire, dans des conditions très fâcheuses, atteints de faiblesse, de maigreur, de dépérissement, de marasme et dans un état fébrile continu ; leur état était tel que les chirurgiens avaient annoncé une terminaison fatale prochaine; d'ailleurs, les traitements internes ont toujours été employés contre ces affections, et cependant les guérisons qu'ils procurent sont de rares exceptions, et à cet égard je me rapporte à l'opinion de tous les auteurs. Toutefois, je ne condamne pas le traitement général, je le recommande, quoique seul il soit presque toujours inefficace. Les mêmes objections s'adressent également à M. Chassaignac. M. Lebert, pour mieux juger le mérite de ces injections, voudrait qu'on ne les employât seules et qu'on ne soumît pas les malades à un traitement interne; M. Lebert oublie sans doute que les abcès par congestion sont une maladie complexe générale et locale tout à la fois, que, si on ne traite que la moitié de la maladie, on court risque de ne pas guérir du tout, et que, si on ne cherche pas à détruire la cause générale, on n'arrivera jamais ou que rarement à guérir l'affection locale, c'est-à-dire la carie, puis les abcès par congestion qui en sont la suite; il serait donc peu avantageux pour le malade d'agir comme l'indique M. Lebert. Quant aux dangers redoutés par M. Chassaignac, j'avoue n'avoir rien vu qui puisse me les faire redouter. Les douleurs et la réaction qui suivent les injections varient suivant les sujets. D'ailleurs, je n'emploie, dit M. Boinet, la teinture d'iode pure que pour les dernières injections; les premières sont mitigées : moitié eau et moitié teinture d'iode, et je ne les répète jamais tous les jours, comme l'a fait M. Chassaignac dans un cas de carie du pied; ce n'est que tous les cinq, six, huit ou dix jours que je pratique les injections. Enfin, ajoute M. Boinet, on m'a dit: Ces injections ne sont pas nouvelles, M. Lugol les pratiquait dans les mêmes circonstances. Cette objection est une grave erreur, et nous affirmons que jamais M. Lugol n'a eu l'idée de guérir les abcès par congestion par les injections iodées ; il suffit de lire la note insérée dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1846 par M. Lugol lui-même pour être convaincu de ce que j'avance; la lecture des mémoires et des observations de M. Lugol est plutôt de nature à éloigner des injections iodées dans les cas où je les préconise; il est vrai que M. Lugol faisait des injections dans certains foyers strumeux, mais ces injections étaient détersives, ou bien encore elles avaient pour but de faire pénétrer dans l'économie une plus grande quantité de teinture d'iode. D'ailleurs, il employait la solution aqueuse, et je préfère la teinture alcoolique.

M. Larrey fait observer qu'il y a un fait qui domine toute la discussion, c'est que M. Boinet ne semble préoccupé que de l'abcès par congestion, qui n'est qu'une manifestation de la maladie, mais qui n'est pas toute la maladie; pour guérir la maladie elle-même, il faudrait que l'injection pût être portée sur les os malades à une grande hauteur souvent, et pour cela il faudrait des conduits, des trajets menant directement du foyer de l'abcès à la source de l'abcès migrateur; puis, il faudrait encore que l'injection conduite dans ce point vînt modifier toutes les anfractuosités de la cavité osseuse. Toutes ces difficultés font que M. Larrey se demande si M. Boinet n'aurait pas plutôt fait des injections dans des abcès froids.

M. Boinet répond qu'en effet la première condition de succès, dans ces sortes d'injections, c'est qu'elles pénètrent jusque dans les anfractuosités de l'abcès, et tout son but est d'obtenir ce résultat; quand l'impulsion de la seringue est insuffisante, il cherche par la position et de douces pressions à remplir le but qu'il se propose. Puis M. Boinet ajoute, en terminant : C'est au début des abcès par congestion que ces injections doivent être faites; plus tard, quand l'altération des os est considérable, il faut renoncer à ce moyen de traitement.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

REVUE THERAPEUTIQUE.

De l'emploi de l'iode en topique contre les ulcérations du col de l'utérus.

M. Churchill s'est bien trouvé de l'emploi de l'iode comme caustique et comme résolutif dans le traitement des engorgements, des érosions et des ulcérations du col de l'utérus. M. Churchill commence par une application d'acide nitrique, ou de nitrate acide de mercure ; puis, au bout de quelques jours, il barbouille tout le col avec un pinceau trempé dans la solution suivante :

Iode.	
Iodure de potassium.	
Eau distillée.	
Esprit-de-vin rectifié ana.	60 gram.

Les applications de solution iodée sont répétées une ou tout au plus deux fois par semaine. Une ou deux suffisent déjà pour diminuer la sensibilité et pour restreindre l'étendue des érosions; mais pour peu que l'engorgement soit considérable, il faut au moins deux mois pour obtenir sa guérison. Il est d'ailleurs prudent de faire encore quelques applications de loin en loin après la disparition des symptômes.

(*Medical Times* et *Ann. de la Société médicale d'Emulation de la Flandre occidentale.*)

Poudre épilatoire de M. Boudet.

On a employé de toute antiquité les topiques arsenicaux comme *dépilatoires*.

M. Félix Boudet a récemment entretenu l'Académie des dangers que peuvent offrir ces topiques, lorsqu'au lieu d'employer, comme les anciens, les sulfures natifs, on met en usage, comme on le fait généralement aujourd'hui dans l'art de la mégisserie, dans l'art vétérinaire et dans la pharmacie, les sulfures artificiels qui contiennent tous une forte proportion d'acide arsénieux.

M. F. Boudet a constaté, dans les expériences directes auxquelles il s'est livré, que le seul agent dépilatoire de ces composés, où entrent l'arsenic et la chaux, est le sulfure de chaux naissant, et que l'arsenic peut très bien y être remplacé par le sulfure de sodium, ou hydrosulfate de soude cristallisé, déjà appliqué avec tant de succès à la préparation des bains de Barèges factices.

Voici donc le dépilatoire qu'il conseille, et que nous proposons avec lui de substituer aux compositions où entre l'orpiment :

Poudre d'amidon.	10 grammes.
— de chaux vive.	10 id.
Hydrosulfate de sonde cristallisé. . .	3 id.

Cette poudre, convertie en pâte par l'addition d'un peu d'eau, s'applique sur la peau que l'on veut dépiler et y supplée très avantageusement l'action du rasoir.

NOUVELLES.

— *Etat sanitaire de Londres.* — Au 31 août, l'état sanitaire était dans de meilleures conditions qu'habituellement. Il y a eu pendant la dernière semaine 882 morts. Le chiffre de la mortalité, à cette époque de l'année, étant de 968, cela fait une réduction de 86.

Dans la dernière semaine d'août 1849, le choléra avait enlevé 1,663 personnes, et la diarrhée (diarrhœa) 234. Cette année, les cas de choléra n'ont pas été au delà de 4 ; le chiffre des diarrhées ne dépasse pas 118.

Les maladies qui ont été les plus fréquentes sont le typhus et la scarlatine. Le typhus a enlevé 14 enfants, 23 adultes et 3 personnes âgées; 40 cas mortels en totalité. La scarlatine a été fatale à 24 enfants, à 4 adultes et à 1 vieillard.

Du 31 août au 7 septembre, 899 morts et 1,474 naissances ont été enregistrées pendant la semaine. Cette mortalité est près de la moyenne, et le chiffre des naissances la dépasse de 575.

Dans la première semaine de septembre 1849, 3,183 personnes moururent à Londres, dont 272 de diarrhée (diarrhœa) et 2,026 de choléra. C'est dans cette semaine que la mortalité a été le plus élevée. Aujourd'hui il y a eu 75 morts par suite de diarrhée et 8 de choléra. Ces derniers cas sont ainsi caractérisés :

Choléra anglais.	3
Choléra infantum	3
Choléra biliosa.	1
Choléra malin.	1

Il y a eu 35 cas mortels de scarlatine ou d'angine maligne principalement sur des enfants, et 48 cas de typhus.

Des comités d'hygiène viennent d'être nommés par acte de l'autorité dans 17 villes, dont les principales sont Carlisle, Darlington, Southampton, Exmouth, etc. Ils fonctionneront sous la direction du comité général d'hygiène publique.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 118. (23e ANNEE.) SAMEDI 5 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Fistule vésico-vaginale. Autoplastie par glissement. Guérison. — M. Jobert poursuit avec la plus louable persévérance et le succès le plus constant ses remarquables études sur les fistules vésico-vaginales, qui firent si longtemps le désespoir des cbirurgiens, et dont on comptait comme cbose tout à fait exceptionnelle les rares guérisons. Voici un fait tout récent dont nous venons d'être témoin à l'Hôtel-Dieu il y a quelques jours, et qui porte à une cinquantaine le nomhre des cas de réussite de l'hahile opérateur.

Une femme de vingt-sept ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, bien conformée extérieurement, sans vice de conformation intérieure non plus, entre à l'hôpital le 17 juillet dernier pour se faire traiter d'une fistule qui, comme on le verra plus bas, affectait le bas-fond et le col de la vcssie. Cette femme est d'une bonne santé habituelle. Réglée à l'âge de quinze ans, et toujours depuis fort peu et très irrégulièrement. Il y a quatorze mois, elle accoucba pour la première fois. L'enfant, fort et vigoureux, périt pendant le cours du travail, et ne put être extrait qu'avec le forceps. La présentation était celle de la face. La durée totale du travail fut de douze beures environ.

Immédiatement après l'accouchement, des accidents inflammatoires graves se déclarèrent, bornés, à ce que l'on peut juger d'après le dire de la malade, à la région vésicale. Au bout de deux jours, elle sentit les urines s'écouler involontairement par le vagin, et depuis lors il n'en fut point autrement.

Trois mois après cette époque les règles reparurent, mais aussi peu régulières et peu abondantes qu'avant la grossesse. Elles tacbaient à peine le linge de la malade. Le 20 juillet, trois jours après son admission, on examina les parties avec attention, et voici le résultat de cette exploration.

L'urine baigne constamment les organes génitaux externes, et donne aux parties l'odeur ammoniacale caractéristique. Les téguments voisins sont le siége d'une coloration érytbémateuse très prononcée. Le cathétérisme, douloureux, ne fournit pas d'urine; la vessie paraît singulièrement rétrécie; la paroi postérieure du vagin saine et normale. La paroi antérieure est rétrécie, irrégulièrement bosselée. Cette disposition est due à la production de sortes de diverticulum formés par la totalité de l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et dans lesquels on peut faire pénétrer la sonde.

De l'orifice de l'urètre au col utérin, la distance est de 5 centimètres et demi. Le col est en partie caché par les bosselures, qui sont toutes couvertes de plis rayonnants convergents. Il existe sur la ligne médiane une cicatrice qui, prolongée de la fistule au col utérin, ride encore davantage la muqueuse vaginale. La fistule occupe le centre d'un tissu cicatriciel; elle est irrégulièrement arrondie, difficile à délimiter exactement tout d'abord, en raison des bosselures qui la cachent; on peut cependant y introduire l'extrémité des deux doigts. Le col utérin est comme trilobé et couvert d'une ulcération superficielle.

Le 22 juillet, la malade ayant été suffisamment préparée par des bains, des injections émollientes, des purgatifs, M. Jobert procède à l'opération.

La femme est couchée sur le dos, les jambes flécbies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin. On déprime avec le spéculum univalve la paroi postérieure du vagiu; le col de l'utérus est saisi avec les pinces de Museux et attiré par des tractions soutenues et modérées jusqu'au niveau de l'orifice de la vulve. Cela fait, une incision transversale s'étendant à toute la demi-circonférence antérieure de l'organe détacbe le vagin du col de l'utérus. Aussitôt la paroi antérieure du vagin se déplace, glisse en avant et acquiert une grande mobilité. Le cbirurgien, au moyen du bistouri et des ciseaux, avive les bords de la fistule, en respectant les bosselures formées par l'épaisseur de la cloison, mais en enlevant les espèces de tubercules qui entourent la fistule, et qui sont uniquement formées de tissu cicatriciel. Après l'avivement, la forme de la fistule est oblongue, ayant son grand diamètre dans le sens de l'axe du vagin.

On réunit alors par quatre points de suture entrecoupée. Une sonde est placée à demeure dans l'urètre; au bout de quelques beures, la sonde en gomme élastique ne donnant issue à aucune quantité d'urine, on la remplace par une sonde en argent, qui paraît d'abord convenir, mais qui, dans la journée, se boucbe également. Des envies d'uriner survinrent dans la nuit; puis des douleurs causées par la distension de la vessie par l'urine, sans expulsion d'une seule goutte de liquide soit par la plaie, soit par la sonde.

Le lendemain de l'opération, la malade est soumise à un cxamen minutieux. La vessie est évidemment distendue par une grande quantité d'urine. Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde en gomme fortement recourbée, donne issue au liquide, au grand soulagement de la malade. La sonde s'étant bouchée de nouveau dans la journée, la malade la retire sans en avertir personne.

Le 24, on trouve l'opérée souffrant beaucoup de tous les symptômes d'une rétention d'urine, que fit cesser immédiatement le catbétérisme. Dans la journée, un peu de fièvre causée non par l'état de la plaie, qui est très satisfaisant, mais paraissant dépendre de la rétention d'urine, et peut-être de l'absorption d'une partie de ce liquide.

Le 26, suppuration assez abondante du vagin. On enlève trois points de suture; la malade ne rend pas d'urine sous elle.

Le 28, la suppuration vaginale est moins ahondante. La réunion de la plaie se présente sous les meilleures apparences. Les bords en sont partout maintenus en contact. L'urine ne s'écoule pas par le vagin.

Le 30, la suppuration vaginale est complétement tarie.

Le 31, le quatrième fil est retiré; il était en partie libre dans le vagin, et avait coupé un côté d'une lèvre de la fistule.

Le 2 août, la malade u'est pas mouillée sous elle. En examinant la fistule avec le spéculum à une seule valve, on constate que la réunion a manqué dans le point où le fil est malbeureusement resté si longtemps. Dans tous les autres, la réunion est parfaite.

Le 5 août, on cautérise légèrement avec le nitrate d'argent le point où la réunion a manqué.

Le 6, M. Jobert juge nécessaire d'appliquer un fil pour fermer l'orifice fistuleux qui persiste. Les hords de la petite ouverture sont avivés de nouveau, et le fil est passé au moyen d'une aiguille courbe montée sur son manche. Aucune douleur dans la journée ni le soir. L'urine coule par la sonde.

Le 8, on trouve un peu d'urine dans le vagin. On enlève le fil passé deux jours auparavant, et qui paraît avoir déchiré les bords de la plaie. Un autre fil est passé à sa place, et la malade est reportée dans son lit. Le fil est enlevé le 9.

Le 10, pas de selles depuis buit ou dix jours. Une bouteille d'eau de Seltz détermine quelques selles.

Le 15, l'examen au spéculum fait reconnaître que le vagin ne contient pas d'urine. Un peu de fièvre. Le lendemain, lavement avec infusion de camomille et sulfate de quinine 0,30. Mieux sensihle.

Le 17, apparition des règles, qui ne durent que deux jours.

Le 21, on retire la sonde; la malade, à partir de ce moment, peut retenir ses urines et les rendre volontairement.

Quelques jours après, elle demande sa sortie, et voici ce que fait reconnaître l'exploration minutieuse des parties au moyen du spéculum :

Le vagin ne contient pas la moindre goutte d'urine. Disparition complète de l'érythème signalé au moment de l'entrée. Une sonde, introduite dans la vessie, en fait sortir une certaine quantité d'urine. La vessie est spacieuse, l'urètre parfaitement libre. A deux centimètres du méat urinaire, on trouve une surface lisse, blancbe, et, à la place de la fistule, une surface excavée, déprimée, cacbée en partie par le hulhe urétral. Au-devant du col, cicatrice linéaire et demi-circulaire. Le vagin a conservé son ampleur.

Nous nous abstiendrons, à propos de ce fait, de toute réflexion. Les succès obtenus par la nouvelle méthode d'autoplastie par glissement dans le traitement des fistules vésico-vaginales parlent assez haut en faveur du procédé inventé par M. Jobert pour nous dispenser de tout éloge.

Colique de zinc. — Les nouvelles découvertes industrielles, disions-nous il y a quelques semaines dans une de nos *Revues cliniques*, produisent des maladies nouvelles, et nous citions comme exemple la nécrose des os maxillaires survenant si fréquemment cbez les ouvriers qui sont employés dans les manufactures d'allumettes cbimiques phospborées. Après avoir, pendant de très longues années, employé le carbonate de plomb comme base des couleurs blanches, voilà que l'on s'est un beau jour avisé que, la céruse occasionnant aux ouvriers qui la broient et qui la mettent en œuvre des maladies graves, il y avait lieu de la remplacer par une préparation remplissant le même but, mais innocente au point de vue de la santé. On a donc proposé l'oxyde de zinc, et tout d'abord il n'a pas manqué de gens qui se sont entbousiasmés de la découverte. Malbeureusement la peinture au blanc de zinc ne remplace pas celle au blanc de plomh, sous le rapport de l'industrie, parce qu'elle ne *couvre* pas autant que la première, pour nous servir d'une expression technique, et qu'il faut deux ou trois couches là où une seule était suffisante. Puis, et ceci rendait surtout la nouvelle découverte beaucoup moins importante, le blanc de zinc n'occasionnait pas, il est vrai, la colique de plomb, mais il introduisait dans le cadre nosologique une nouvelle maladie, la colique de zinc.

Dans la séance de l'Académie des Sciences du 13 mai dernier, M. Bouvier communiqua à ce corps savant l'ohservation d'un homme qui, à la suite de manipulations de blanc de zinc, avait éprouvé des symptômes présentant une certaine analogie avec ceux de la colique de plomb. Nous reviendrons un peu plus bas sur cet bistorique. Commençons par rapporter un nouveau fait qui vient de se produire tout récemment dans le service du même médecin à l'bôpital Beaujon, et dont notre excellent confrère a bien voulu nous donner communication.

Olivier (Arsène), âgé de vingt-deux ans, est entré le 10 août, dans le service de M. Bouvier, pour des vomissements et une diarrbée existant déjà depuis plusieurs jours.

De taille moyenne, bien constitué, il a toujours été bien portant et n'a pas souvenir d'avoir été malade avant d'avoir travaillé au blanc de zinc. Il a pendant cinq ans travaillé comme ouvrier plombier; mais il n'a jamais eu ni colique, ni autre accident saturnin, et depuis près d'un an il n'a travaillé à aucune préparation de plomh.

Entré le 10 mars dans une fabrique de zinc à Asnières, il y était employé à mettre le zinc dans de grandes cornues que l'on chauffe constamment pour faire volatiliser le zinc. On introduit le zinc dans ces cornues par des orifices ou petites portes qui laissent échapper des vapeurs de blanc de zinc pendant cet intervalle; mais c'est surtout en nettoyant l'orifice supérieur des cornues qu'au dire de cet ouvrier on reçoit de la poussière de zinc. Cet orifice communique avec des tuyaux qui conduisent dans des chambres au premier étage; et là, des trémies reçoivent la vapeur du zinc et la font descendre dans d'autres chamhres situées au-dessous : c'est dans ces dernières que l'on recueille le zinc; c'est là, dit cet bomme, que l'*on fait la récolte.*

Le nettoyage de l'orifice de la cornue doit être fait fréquemment (plusieurs fois dans la journée) pour que les vapeurs de zinc arrivent facilement par le tuyau dans l'étage supérieur. Il dit qu'il y a toujours quelques fuites de vapeur dans les chambres, et que l'atelier contient toujours une quantité assez notahle de vapeur de zinc.

Plusieurs fois, pendant son séjour dans l'atelier, il a éprouvé de la fatigue dans les membres, de l'inappétence; il avait en même temps de la diarrbée, et une fois, dit-il, il a eu des vomissements; mais un ou deux jours de repos faisaient disparaître ces accidents, auxquels sont sujets de temps à autre tous les ouvriers. Beaucoup ont des vomissements et de la diarrhée, avec céphalalgie et faiblesse des membres; mais quelques jours de repos dissipent ces accidents, pour lesquels ils ne réclament pas le secours du médecin. Le malade raconte même que des ouvriers charpentiers, étant venus faire des réparations à l'atelier, s'étaient plaints d'éprouver des accidents analogues, et que l'un d'eux avait même été obligé d'aller à l'hôpital. A cette occasion, le cbef d'atelier, pour prouver l'innocuité des vapeurs de zinc, aurait présenté à signer à ses ouvriers un certificat attestant qu'ils n'avaient jamais éprouvé aucun trouble dans leur santé; tous l'auraient signé, bien que la plupart aient éprouvé les accidents déjà indiqués.

L'ouvrier Ollivier a quitté l'atelier le 4 août avec un certain nombre de ses camarades, faute de travail. Il a été employé dans les derniers jours à faire la récolte, c'est-à-dire à recueillir les vapeurs condensées du blanc de zinc. Ce n'est que le 7 août, trois jours après, qu'il a été pris de vomissements, de diarrbée avec céphalalgie, perte d'appétit, douleurs dans les genoux, faiblesse des memhres inférieurs et douleurs vives à l'épigastre. Il dit n'avoir fait aucun excès, et avoir de suite reconnu que cet état était produit par le zinc; aussi, de son propre chef, est-il allé prendre un bain. Les jours suivants, même état, c'est-à-dire buit à 10 gardds-robes et autant de vomissements par vingt-quatre heures. Il se présenta le samedi 10 pour entrer à l'hôpital. Au soir, il était dans l'état suivant : cépbalalgie intense, face un peu injectée, douleur épigastrique intense, trois gardes-robes, envies de vomir, étourdissement quand il se tient assis ou dehout, faihlesse dans les jambes, pouls à l'état normal. Le malade dit éprouver des démangeaisons à la peau; il y a quelques papules rougeâtres. — Sinapismes, 4 grammes de diascordium. Cataplasme sur l'épigastre.

Le 11 août, trois gardes-robes, pas de vomissements, céphalalgie; même douleur à l'épigastre. — 4 grammes de diascordium, sinapismes, etc.

Le 12, le malade est mis dans une baignoire et bien lavé; l'eau de son bain doit être analysée pour savoir si elle contient du zinc. Moins de douleur à l'épigastre; même faiblesse dans les membres, et mêmes étourdissements. Le malade a été sur le point de tomber en voulant marcher. — Bains sulfureux après son lavage; sinapismes; deux portions.

Le 13, une garde-robe, à peine de la douleur à l'épigastre; toujours de la cépbalalgie; pouls normal. Trois portions. Un bain savonneux.

Le 17, le malade demande sa sortie. Il ne lui reste qu'un peu de céphalalgie.

Quant à l'analyse, voici la note qu'a remise à M. Bouvier M. Cbatin, pharmacien en chef de l'bôpital Beaujon; elle est intitulée : *Examen chimique des eaux de lavage d'un ouvrier atteint de colique après son séjour dans une fabrique de blanc de zinc.*

« Ces eaux (huit litres environ) ont été aiguisées d'acide

nitrique et concentrées par l'évaporation jusqu'à siccité. On a alors chauffé avec précaution pour carboniser la matière organique, et repris le résidu par l'acide acétique très étendu. Le soluté acétique a été divisé en deux parties, dont l'une (A) a fourni, par l'appareil de Marsh, quelques taches fugaces et très légères qui pourraient être dues à l'arsenic; ce que nous n'osons toutefois affirmer. La seconde partie (B), soumise aux réactifs propres à déceler la présence des métaux, n'a donné ni plomb, ni cuivre; mais nous y avons constaté facilement la présence du zinc. »

Si l'on se rappelle le fait communiqué par M. Bouvier à l'Académie des Sciences, et inséré en entier dans le compte-rendu de la séance (*Gazette des Hôpitaux*, 16 mai 1850), on se convaincra bientôt que les émanations et les vapeurs de zinc peuvent donner lieu à des accidents qui diminuent beaucoup la valeur de la découverte et de la substitution de la peinture au blanc de zinc à la peinture au blanc de plomb.

Nous avons dit que nous reviendrions en quelques mots sur l'historique.

Dans la séance de la même Académie du 6 mai, M. Flandin avait rapporté des expériences faites par lui sur des animaux au moyen de frictions exercées sur la peau avec des pommades au blanc de zinc. Les animaux n'avaient pas été malades. L'observation de M. Bouvier prouva bientôt qu'il ne fallait pas toujours se hâter de conclure des animaux à l'homme.

Huit jours après, confirmation de la note de M. Bouvier par un travail de MM. Landouzy et Maumené (de Reims), relative à des accidents d'*intoxication zincale* observés chez des ouvriers employés au tordage des fils galvanisés destinés aux bouteilles de vin de Champagne. (*Gaz. des Hôp.*, 30 mai.) Ce travail est terminé par les réflexions suivantes, auxquelles nous nous associons pleinement. Au point de vue pathologique, l'intoxication produite par les composés de zinc constitue une affection spécifique qui peut être inscrite dans la nosologie sous le nom d'intoxication zincale, par analogie avec l'intoxication mercurielle, saturnine, etc. Cette analogie, jointe à la cessation de la cause avant qu'elle ait produit tous ses effets, peut faire penser que l'intoxication zincale prolongée amènerait les mêmes résultats graves que l'intoxication du mercure et du plomb, et doit par conséquent éveiller toute la sollicitude des observateurs sur les affections des ouvriers en zinc. Au point de vue hygiénique général, cette affection doit engager l'autorité à exercer une surveillance active sur les ateliers où se fabrique le zinc et ses composés, et à exiger des procédés propres à mettre les ouvriers à l'abri des poussières qui s'en exhalent.

Reste maintenant une autre question à éclaircir; c'est celle de savoir si l'oxyde de zinc exerce sur les systèmes nerveux et musculaire la même influence que les préparations plombiques. C'est ce que démontrera certainement l'expérience ultérieure; car l'emploi du zinc dans les circonstances dont nous venons de parler est, on peut le dire, encore dans l'enfance.

Cancer de la langue. Amputation. — Nous venons de voir dans le service de M. Nélaton, à l'hôpital Saint-Louis, un homme d'une cinquantaine d'années qui vient de subir pour une affection cancéreuse de la langue l'amputation de cet organe.

Cet homme s'est aperçu, il y a plusieurs années, d'une induration peu volumineuse et peu étendue qui occupait le bord latéral droit de la langue. Cette induration fut probablement prise d'abord pour une affection spécifique, car on commença par lui faire subir plusieurs traitements antisyphilitiques qui restèrent sans résultat. La tumeur persistant, continuant même à s'accroître, et s'étant ulcérée à sa surface, le malade consulta de nouveau et s'adressa à M. Pétrequin (de Lyon), qui reconnut la nature cancéreuse de l'affection, et la traita par des cautérisations énergiques pratiquées au moyen de substances diverses. Bien que profondes, ces cautérisations ne détruisirent pas complètement les parties dégénérées, et le chirurgien se décida à avoir recours à une opération plus radicale, l'excision de la partie malade. Cette opération fut pratiquée avec toute l'habileté qui distingue l'éminent chirurgien de Lyon, et peu de temps le sujet sortait de l'hôpital, en apparence complètement guéri, mais seulement en apparence.

En effet, quelques mois ne s'étaient pas écoulés que le mal avait reparu, et que le sujet, alors à Paris, entrait à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Roux. Dans le but d'enrayer la dégénérescence, dont l'extirpation offrait quelques difficultés à cause du point reculé qu'elle occupait vers la base de la langue, M. Roux voulut tenter d'abord la ligature de l'artère linguale droite. L'opération faite, on attendit le résultat; mais la tumeur n'en fut nullement modifiée; elle conserva son volume, sa dureté primitive; l'ulcération profonde qui en occupait le centre persista, et M. Roux se décida, comme M. Pétrequin l'avait fait, à pratiquer l'excision d'une portion de la langue. Au bout du temps nécessaire à la cicatrisation, le malade quitte l'Hôtel-Dieu, guéri encore une fois, mais d'une manière aussi peu définitive que la première. Ceci se passait dans les premiers mois de cette année.

Six semaines après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, nouvelle apparition du mal, qui prend cette fois une extension rapide, et c'est alors que le sujet vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où il est admis aussitôt.

Voici l'état dans lequel on le trouve :

On constate l'existence d'une tumeur occupant tout le bord latéral droit de la langue, s'étendant en arrière jusqu'au niveau du point où le pilier antérieur du voile du palais vient s'unir à la base de la langue. Cette tumeur comprend toute l'épaisseur de la langue, mais ne dépasse pas; de sorte que le tissu de la bouche est constitué par un tissu bien souple, ne présentant aucun des caractères que l'on remarque sur la partie affectée de la langue.

Transversalement, la tumeur, née de la partie droite de la langue, dépasse la ligne médiane en se portant à gauche, de manière à laisser intact le bord gauche de cet organe sous forme d'une bande latérale qui peut avoir un demi-centimètre de largeur. Au centre, la tumeur est excavée par une ulcération dont le fond est grisâtre et saigne avec facilité au moindre contact. Le sujet éprouve dans la tumeur des douleurs extrêmement vives, qui s'irradient à toute la moitié droite de la tête.

Les mouvements de la langue sont encore possibles, mais extrêmement bornés, celui surtout par lequel la pointe de la langue est portée en avant et entre les dents. La déglutition est extrêmement gênée; la parole articulée presque impossible, la respiration facile; du reste, l'état général est assez satisfaisant; on ne trouve aucun engorgement des ganglions sous-maxillaires, parotidiens ou cervicaux.

Au premier abord, M. Nélaton fut tenté de regarder cette affection comme complètement incurable. Cependant, après avoir précisé l'étendue des parties malades, il lui parut qu'il serait peut-être possible de tenter une dernière opération et de faire une ablation complète de la langue en dépassant de beaucoup les limites du mal et tranchant avec le bistouri jusque dans les tissus restés sains.

Tout étant disposé, il fendit la ligne médiane depuis le bord libre de la lèvre inférieure jusqu'à deux centimètres en arrière de la symphyse du menton. L'incision divisa les tissus jusqu'au périoste; le bistouri contourna le bord inférieur de la symphyse, puis fut plongé de bas en haut derrière cet organe, le tranchant dirigé en avant, de manière à diviser également en arrière le périoste comme il l'avait été en avant. Ceci fait, une scie à chaîne fut passée par l'ouverture ainsi pratiquée derrière l'os, et le maxillaire inférieur fut divisé sur sa partie moyenne. Il avait fallu pour livrer passage à la scie enlever avec le davier une incisive du côté gauche.

L'os une fois divisé, il suffit de pratiquer de chaque côté une dissection peu étendue, de 1 centimètre tout au plus, pour pouvoir arriver à écarter les deux fragments de la mâchoire de manière à obtenir un écartement de 6 à 8 centimètres, suffisant pour manœuvrer avec la plus grande facilité et pour permettre d'agir sur les parties les plus profondes. La langue, saisie par de fortes pinces de Museux, fut attirée à l'extérieur; puis un bistouri convexe circonscrivit toute la partie inférieure de l'organe en tranchant la muqueuse. C'est avec des ciseaux que le chirurgien divisa la langue d'avant en arrière; les artères linguales furent à leur tour divisées et liées sur-le-champ. L'excision a enlevé toutes les parties formant la base de la langue jusqu'au niveau du sillon qui sépare l'organe lui-même de l'épiglotte.

L'opération terminée, les deux fragments du maxillaire supérieur furent rapprochés et mis en contact aussi parfait que possible, et maintenus au moyen d'un fil entourant les deux incisives et la canine droites, d'une part, l'incisive restante et la canine gauche, de l'autre. Les téguments, de leur côté, furent réunis au moyen de points de suture, et la cicatrice obtenue fut tellement linéaire que c'est à peine si on la prendrait pour autre chose que pour un raphé normal.

Aujourd'hui, seizième jour, le malade va très bien; un peu de gonflement sur la branche gauche du maxillaire inférieur détermine par un petit abcès situé dans les parties molles.

Deux mots maintenant sur les principales circonstances de ce fait.

Les résultats des opérations partielles de MM. Pétrequin et Roux montrent combien il faut se défier, dans des affections sujettes à récidive, de ces guérisons momentanées que l'on pourrait appeler des guérisons de *clinique*. Souvent, au bout de quelques semaines seulement, la dégénérescence reparaît, le cancer repullule, et il faut recommencer comme si rien n'eût été fait. L'ablation complète de la langue réussira-t-elle mieux? Nous ne savons. Cependant, M. Nélaton a mis de son côté quelques chances de plus que les précédents opérateurs en intéressant largement les tissus sains au lieu de se borner à enlever les parties affectées.

Nous signalerons comme procédé opératoire, non pas nouveau, mais encore peu vulgaire, la section sur la ligne médiane du maxillaire inférieur pour faciliter le jeu des instruments et l'ablation des parties malades profondément situées. On ne se doute guère, quand on n'a pas assisté à une opération de ce genre, de l'étendue de l'espace obtenu par cette section de l'os. Ajoutons qu'elle est sans aucun danger, que l'os se réunit parfaitement, sans cal difforme; enfin, que l'on a déterminé dans les meilleures conditions possibles une fracture modèle, qu'on nous passe le mot, dont la guérison se fait forcément de la manière la plus rapide et la plus régulière.

Une chose assez singulière s'est passée dans le cours de l'opération. Celui des aides qui maintenait le fragment droit du maxillaire, ayant un peu trop tiré sur ce fragment, occasionna une luxation, qui fut réduite sur-le-champ sans difficulté. Nous reviendrons sur cette particularité, qui a donné lieu à M. Nélaton de justifier ses idées sur le mécanisme suivant lequel s'opère la luxation du maxillaire inférieur.

Dr A. Foucart.

ADDITION A LA SÉANCE DU 1er OCTOBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport en réponse à une lettre de M. le préfet de la Seine ayant pour objet d'appeler l'attention de l'Académie et de réclamer son avis sur la question suivante :

« QUELLE PEUT ÊTRE L'INFLUENCE DU SEIGLE ERGOTÉ SUR LA VIE DES ENFANTS ET SUR CELLE DES MÈRES ? »

Par M. Danyau, membre de l'Académie de Médecine.

M. le préfet de la Seine, frappé d'un accroissement presque annuel dans le nombre et la proportion des enfants mort-nés, et informé par le rapport de MM. les médecins vérificateurs des décès de la ville de Paris que le seigle avait été administré dans un grand nombre de cas où l'enfant était évidemment mort pendant le travail de l'accouchement, s'est ému de cette coïncidence. Un tel mal ne doit-il pas être attribué à l'abus ou tout au moins à l'emploi malhabile d'un médicament qui ne devrait être prescrit qu'avec un juste discernement et une extrême prudence? M. le préfet s'est également préoccupé des suites funestes que le seigle aurait eues pour la santé des mères et des nombreux avortements qu'il aurait provoqués, et, avant de prendre les mesures que de si graves résultats lui semblent devoir réclamer, il consulte l'Académie.

Après avoir posé la question qui fait l'objet principal de sa lettre et dont nous venons de rappeler les termes, il termine par le paragraphe suivant, que nous reproduisons textuellement :

« Dans le cas où le corps médical se prononcera affirmativement sur le danger de l'administration imprudente de ce médicament, j'aurais à vous demander en outre, Monsieur le président, si vous ne jugeriez pas convenable de faire publier par les divers organes de la presse médicale l'opinion qui aurait été émise par l'Académie, afin de rappeler aux médecins par cette publication la prudence avec laquelle ils doivent faire leur prescription à cet égard. Cette publication me paraîtrait surtout utile aux jeunes médecins qui, bien que suffisamment instruits, sont souvent portés à s'appuyer trop facilement sur les ressources de leur art. Cet avis pourrait rappeler, en outre, que les sages-femmes ne peuvent administrer elles-mêmes le seigle ergoté, et qu'en le faisant elles s'exposent à des poursuites que l'administration saura au besoin provoquer. »

On ne conteste plus de nos jours les propriétés obstétricales du seigle ergoté. Son action sur la contractilité de l'utérus est un fait désormais acquis à la science, et les services qu'il peut rendre à la pratique sont avoués et reconnus. L'enthousiasme, l'opposition, le dédain, qui, de même qu'à tous les moyens thérapeutiques nouveaux, ne lui avaient pas manqué au début, ont abouti, après bien des débats, à un jugement plus impartial, basé sur une juste appréciation des faits. C'est sur le terrain des indications, et quand elles eurent été bien nettement posées, ainsi que les conditions favorables à l'emploi de l'ergot, que cette fusion s'est opérée. Alors fut formulé, pour servir de règle aux accoucheurs, un certain nombre de préceptes dont l'exposition s'est ensuite retrouvée dans tous les traités généraux et dans tous les cours d'obstétrique. Délicate comme tout ce qui concerne la pratique de l'art, l'application de ces principes exige, sous peine d'insuccès, une grande sûreté de diagnostic et la vigilance la plus exacte, si le seigle n'était jamais prescrit qu'à propos, si ses effets étaient toujours attentivement surveillés; si, prenant conseil des modifications de la circulation fœtale, on savait ou pouvait toujours terminer à temps l'accouchement avec le forceps dans le cas d'insuffisance et de danger pour l'enfant, on n'aurait point à déplorer les résultats qui, à diverses époques, ont été signalés en Amérique et en Angleterre, et qui le sont aujourd'hui chez nous.

On enseigne sans doute que le seigle ne doit être donné aux femmes en travail que lorsque l'ampleur du bassin, la bonne conformation des parties molles, l'absence de tout état pléthorique, les dimensions convenables et la bonne présentation du fœtus, la régularité de la position, la complète dilatation ou l'extrême dilatabilité de l'orifice utérin, la souplesse du plancher périnéal et de la vulve, toutes conditions si essentielles, se trouvent réunies, et qu'il n'y a d'autre obstacle à l'accouchement que la longueur, la suspension, en un mot l'insuffisance des contractions utérines. S'ensuit-il que ces règles si précises soient toujours exactement suivies? Que de mal l'inexpérience, une exploration superficielle, l'impatience et, quelquefois aussi une trop longue attente ne peuvent-elles pas produire! Tantôt on aura méconnu un rétrécissement du bassin, médiocre peut-être, mais néanmoins suffisant pour arrêter la tête et frapper l'utérus d'inertie. Quel bien pourrait faire ou plutôt quel mal ne fera pas le seigle ergoté dans un cas où l'insuffisance des contractions tient à une pareille cause! Tantôt la résistance de l'orifice utérin aura été mal appréciée, et, loin de céder au seigle ergoté, l'obstacle grandit, quand il aurait suffi pour le vaincre d'une saignée faite à propos, d'une fumigation, d'un bain ou seulement d'une intelligente expectation. Ici il y aura eu erreur complète sur la présentation : elle était vicieuse, et le seigle n'a fait qu'augmenter les difficultés et les dangers; là il s'agissait d'une présentation naturelle, mais la partie fœtale était défléchie, inclinée, retenue transversalement dans le bassin, et ces détails si importants de diagnostic ont échappé à un observateur superficiel, fort étonné ensuite que le réveil et la suractivité des contractions utérines restent sans effet. Une autre fois, pour citer un exemple encore, ce sera contre un volume excessif du fœtus, contre une hydrocéphalie méconnue, etc., etc., que le seigle luttera vainement, au grand préjudice de la mère ou de l'enfant, sinon de tous deux.

Et qu'on ne croie pas purement gratuites ces suppositions et quelques autres qu'il nous serait facile de produire. Nous pourrions invoquer le témoignage des faits; ils attestent la fréquence des erreurs que nous venons de signaler et leurs fâcheuses conséquences. Il n'est pas d'accoucheur souvent appelé pour les cas difficiles qui n'ait maintes fois constaté la légèreté extrême et l'aveugle facilité dont se plaint aujourd'hui M. le préfet de la Seine.

Qui pourrait mettre en doute la désastreuse influence d'une telle pratique sur la vie des enfants? Personne assurément, personne surtout parmi les partisans déclarés et éclairés du seigle ergoté. C'est que, malgré leur confiance, ils sont loin de procéder avec cette témérité. Praticiens expérimentés, explorateurs habiles, fidèles observateurs des règles prescrites, ils n'administrent le seigle qu'après un très scrupuleux examen, n'ignorant pas que c'est amener les choses à un point véritablement critique, et qu'une fois le seigle donné, une terminaison prompte, spontanée ou artificielle, importe au salut de l'enfant. Ne perdant jamais de vue la nature des contractions produites par l'ergot, le spasme permanent, l'état tétanique de la matrice qui succède si souvent à l'usage de ce moyen, la gêne, la suspension de la circulation utéro-placentaire qui en est la conséquence, et, comme dernier effet, l'asphyxie possi-

ble, complète ou incomplète du fœtus, ils ne se décident, les conditions fussent-elles favorables, qu'après avoir épuisé les moyens plus simples de remédier à l'inertie utérine, et se gardent également d'une précipitation funeste et d'une trop tardive prescription. Familiers avec l'auscultation qui leur révèle d'une manière si sûre l'état de la circulation fœtale, ils l'observent attentivement, et s'ils la trouvent déjà plus ou moins profondément troublée, ils s'abstiennent dans l'intérêt de l'enfant comme dans celui du seigle lui-même ; le moment favorable est passé ; l'extraction immédiate est indiquée. Ont-ils, au contraire, jugé opportun d'administrer l'ergot, et ce ne sera jamais sans être sûrs de pouvoir terminer l'accouchement au premier signe d'urgence et sans avoir tout préparé à cet effet, leur oreille vigilante constate à des intervalles rapprochés l'état des bruits du cœur fœtal. Ces bruits conservent-ils leur rhythme normal, leur force et leur régularité, l'accouchement est abandonné à lui-même, et la nature continue d'agir sous l'influence du seigle. Leur fréquence devient-elle excessive, ou, au contraire, s'abaisse-t-elle beaucoup, de 140 à 100 ou 90 p.; en même temps, leur régularité est-elle troublée, leur force diminuée, résultats malheureusement assez communs et que n'exclut pas absolument l'absence de toute action expulsive bien évidente, le moment d'agir est venu ; une plus longue attente sera funeste, l'enfant est extrait sans retard.

Avec cette prudente réserve, sous ce contrôle incessant d'une oreille exercée ; quand on est toujours prêt à agir, suffisamment sûr de soi et légalement autorisé, quand d'ailleurs on n'use que de doses modérées, à des intervalles convenables, deux ou trois grammes, par exemple, en deux ou trois prises, à vingt minutes ou demi-heure de distance, le seigle ergoté peut être administré sans danger pour la vie de l'enfant.

Mais cette innocuité n'est pas constante ; on vient de voir à quelles conditions elle peut être obtenue. Elle n'est pas surtout de longue durée ; un temps assez court, une couple d'heures quelquefois, une heure le plus souvent, et, dans quelques cas même, une demi-heure suffisent pour rendre son action très funeste à l'enfant. Nous avons dit comment. Nous ajouterons que l'emploi le plus rationnel ne met pas toujours à l'abri d'un péril, qui, une fois déclaré, réclame une vive décision, une prompte et habile intervention. Mais souvent rien n'est prêt, le temps se passe en préparatifs, et cependant, de plus en plus compromis, l'enfant succombe ; ou bien, comptant plus sur le seigle que sur l'habileté de sa main, l'accoucheur, jeune encore, espère toujours, hésite, ne réclame que tardivement un avis, ou, plus hardi sans être plus adroit, tente, mais sans succès, une application de forceps.

Placées dans cette situation délicate, les sages-femmes sortent-elles plus heureusement du pas difficile dans lequel elles se sont engagées ? Moins bien encore, assurément. D'abord, il n'est pas douteux que, si beaucoup d'entre elles consultent scrupuleusement les indications et les contre-indications et s'y conforment, il en est quelques-unes moins consciencieuses, qui, mues par l'espoir de se suffire à elles-mêmes, abusent singulièrement du seigle ergoté. Une fois entrées, sans conseil et sans contrôle, dans cette voie périlleuse, elles vont jusqu'au bout, soit qu'elles répugnent absolument à toute intervention étrangère, soit que, pleines d'une aveugle confiance, elles attendent tout du remède et ne se lassent pas d'attendre, soit que, chez elles, à un mauvais sentiment se joigne l'ignorance des effets délétères du seigle et de l'auscultation qui permet de les constater et de les suivre. L'enfant est expulsé sans doute après un temps plus ou moins long, et le mérite de cette expulsion leur appartiendra tout entier ; mais il a cessé de vivre ou naît dans un état d'asphyxie dont il est impossible de le tirer. Les sages-femmes plus instruites et mieux pénétrées de leurs devoirs, celles même qui ne donnent le seigle ergoté qu'à propos, réussiront sans doute dans bon nombre de cas ; mais placées dans des conditions moins favorables que les accoucheurs, elles seront exposées à perdre des enfants qu'ils auraient sauvés. En effet, l'unique voie de salut ne leur est-elle pas fermée ? La loi, précise à cet égard, ne leur interdit-elle pas l'usage du forceps ? En supposant qu'elles aient vu le péril et qu'elles se soient hâtées de réclamer les conseils et l'assistance d'un accoucheur, auront-elles la certitude que le secours, qui ne peut être efficace qu'à la condition d'être prompt et quelquefois immédiat, leur arrivera en temps opportun ? Ainsi périront des enfants qui, sous une direction entièrement libre et maîtresse d'elle-même, seraient nés vivants. Pourquoi, dès lors, dans leur intérêt comme dans celui des femmes confiées à leurs soins, les sages-femmes, avant d'administrer le seigle ergoté, ne réclameraient-elles pas, si les circonstances le permettent, l'avis d'un accoucheur, qui, appelé au partage d'une responsabilité qu'il aurait acceptée, se tiendrait prêt à agir à la manifestation du danger ?

Nous n'avons jusqu'ici répondu qu'à la première partie de la question qui est adressée à l'Académie par M. le préfet de la Seine. Encore n'avons-nous pas touché quelques points contestés sur lesquels nous reviendrons plus tard. Avant de les aborder, et pour compléter ce que nous avons à dire des résultats de la pratique ordinaire, nous examinerons quelle peut être l'influence du seigle ergoté sur la santé des mères.

A dose médicamenteuse, ou, si je puis ainsi dire, obstétricale, c'est-à-dire à petites doses et prises convenablement espacées, le seigle ergoté ne produit d'autre effet général sur la mère qu'une diminution plus ou moins marquée dans la fréquence du pouls. Encore ce résultat est-il loin d'être constant. Si quelques expérimentateurs ont observé sur eux et sur d'autres des symptômes d'empoisonnement avec des doses qu'on ne peut pas considérer comme toxiques, administrées d'ailleurs en une seule fois et non pendant une série de jours, si le docteur Cusack a vu chez trois femmes auxquelles le seigle avait été donné à la dose de un gramme et demi, de la stupeur, des épistaxis, etc., etc. ; si Fleetwood Churchill a observé dans plusieurs cas, pour des doses de trois grammes en trois fois, d'heure en heure, une violente céphalalgie, du délire, une demi-stupeur et un ralentissement très notable du pouls, ces résultats n'en sont pas moins des exceptions et doivent même être considérés comme des exceptions très rares. Quant à l'ergotisme complet succédant à l'usage obstétrical du seigle, il semble presque impossible, quelles que soient les quantités ingérées ; suivant la remarque de M. Arnal, une bonne partie de la substance, quand la dose est considérable et prise dans un très court espace de temps, ne fait que traverser le canal intestinal et n'est point absorbée. Aussi le fait de M. Levrat-Perroton, relatif à une femme en travail chez laquelle l'ergotisme fut porté jusqu'à la gangrène des extrémités, à la suite de plusieurs gros de seigle administré par une sage-femme, est-il fort remarquable. Mais unique peut-être, cette exception confirme mieux encore que les autres la règle générale. D'ailleurs, quelques cas assez concluants dans un autre sens pourraient lui être opposés, en particulier celui de J. Paterson, qui, pour provoquer l'accouchement avant terme, fit prendre impunément à une femme plus de cent grammes d'ergot dans l'espace de quelques jours. Tout en tenant compte de quelques faits très exceptionnels, nous pouvons donc redire ici avec tous les accoucheurs, que l'usage du seigle ergoté dans la pratique des accouchements, même à des doses un peu fortes et quelquefois de beaucoup supérieures à celles qui sont généralement employées, n'expose les femmes à aucun accident toxique.

Il ne s'ensuit pas, malheureusement, qu'il soit pour elles d'une complète innocuité. Les violentes contractions qu'il produit ne sont pas seulement funestes à l'enfant, elles peuvent aussi avoir de bien graves conséquences pour la mère. Dans les cas où le seigle a été administré à contre-temps et à contre-sens ; quand le bassin est rétréci, par exemple, n'a-t-on pas vu l'utérus surexcité, luttant de toute son énergie et sans succès contre un invincible obstacle, se rompre tout à coup ? La continuité prolongée de ces contractions peut produire sur les organes maternels des lésions d'un autre genre, moins graves sans doute, mais pourtant bien tristement fâcheuses. Si le long séjour de la tête du fœtus dans l'excavation pelvienne suffit dans quelques cas pour mortifier plus ou moins profondément les parties molles, que ne doit-on pas craindre du spasme permanent produit par le seigle, et de la pression incessante qui en résulte ? Ne serait-ce pas à cette cause bien plus qu'à toute autre qu'il faudrait attribuer le nombre beaucoup plus considérable qu'autrefois des fistules vésico-vaginales ? Si cette plus grande fréquence signalée par un illustre chirurgien est réelle, si une certaine affluence dans les hôpitaux ne tient pas uniquement aux efforts heureux faits dans ces derniers temps pour guérir ces fistules, et à l'espoir si avidement embrassé par les malheureuses qui en sont affligées de trouver enfin la guérison d'une infirmité autrefois réputée incurable ; en un mot, si le seigle joue ici, comme nous le pensons, un rôle funeste, n'est-ce pas un motif de plus d'être très réservé dans l'administration de ce médicament, et particulièrement attentif sur ses effets ?

Il ne faut pas, toutefois, assombrir le tableau. Les accidents que nous venons d'indiquer tiennent moins au seigle lui-même qu'à la manière de l'administrer et au choix des cas dans lesquels on l'administre. N'en est-il pas, au reste, de même de la plupart de nos moyens thérapeutiques ? Un bon diagnostic, un à-propos bien saisi, une indication bien remplie, assurent des succès aux uns, tandis que les autres ne rencontrent que des revers faute de connaissances suffisantes, de tact et d'attention. En tout cas, le seigle donné pendant le travail, dans l'intention d'accélérer l'accouchement ou pour remplir tout autre but, est absolument sans influence, je veux dire sans influence fâcheuse sur les suites de couches. Rendrait-il même les accidents puerpéraux plus rares, ainsi qu'on l'a prétendu, et assurerait-il aux femmes un rétablissement plus prompt ? Nous n'oserions l'affirmer. Qui pourrait dire, en effet, quelle est ici la part des simples coïncidences ; et, cette part faite, ce qui resterait de la prétendue influence préventive de l'ergot ? Quoi qu'il en soit de ce doute, il est au moins bien démontré que les femmes, une fois accouchées, n'ont rien à redouter de l'usage qu'elles auraient fait du seigle en accouchant.

Forts de cette conviction, les accoucheurs font un large et fréquent emploi du seigle pour prévenir ou arrêter les hémorrhagies qui compliquent ou suivent la délivrance. Son action, presque souveraine en pareil cas, suffirait pour faire bénir la découverte des propriétés obstétricales d'une substance qui n'a été si longtemps connue que par ses propriétés toxiques. Avant la naissance de l'enfant, le seigle, à côté de ses avantages, a ses inconvénients, ses dangers ; ici, l'action bienfaisante demeure seule et tout entière, le péril a disparu. La délivrance est-elle accomplie, le seigle est donné sans retard à doses et à distances convenables. Ne l'est-elle pas, au contraire, s'il y a urgence, et que le cas soit de ceux qui ne requièrent pas quelque opération préalable, sans retard encore ce médicament est administré. L'enfant vient-il de naître, et s'agit-il non d'une hémorrhagie à arrêter, mais d'une prédisposition à combattre, d'une action préventive à obtenir, on attend le décollement du placenta et un commencement d'engagement dans l'orifice, avant de donner une première dose. Cette précaution, recommandée par beaucoup de praticiens, suivie à l'hôpital d'accouchement de Dublin et à la Maternité de Paris, a pour but de prévenir une complication qui pourrait résulter de l'administration un peu prématurée du seigle ergoté, à savoir, la rétraction spasmodique de l'orifice utérin et la rétention du placenta. Si toutefois on tient compte des heureux résultats obtenus tant de fois avec le seigle donné plus tôt encore, et pourtant à une époque très rapprochée de l'accouchement, les craintes d'une rétention du placenta diminuent beaucoup, si elles ne s'évanouissent pas tout à fait. Il est heureux, parce qu'il est beaucoup plus sûr, pour le but qu'on se propose d'atteindre, qu'on puisse, sans crainte d'un fâcheux effet, faire prendre une première dose d'ergot quelques instants, un demi-quart d'heure ou un quart d'heure avant l'expulsion désormais assurée de l'enfant. Que de fois n'a-t-on pas eu à se féliciter d'en avoir agi ainsi, soit qu'on eût affaire à une femme qui avait plus ou moins abondamment perdu à un accouchement antérieur, soit qu'on eût à diriger un accouchement qu'on prévoyait devoir être extrêmement rapide, soit, au contraire, que le travail, près de finir, eût considérablement traîné en longueur, et qu'on voulût se prémunir contre une inertie ultérieure de l'utérus !

Dans de telles circonstances, en présence d'un pareil danger, quand le remède, et un remède si puissant, est là, tout prêt, sous la main, n'est-ce pas le devoir le plus impérieux et le plus pressant d'une sage-femme de l'administrer sans retard. Les moments sont précieux ; si elle ne peut les mettre à profit, s'il lui faut attendre l'arrivée d'un médecin, l'hémorrhagie, qui n'était qu'imminente, se déclarera ; celle qui était médiocre deviendra grave ; celle qui était grave déjà sera bientôt menaçante pour la vie. Lui faudrait-il assister désarmée aux progrès incessants du mal ? Sera-t-elle condamnée à voir laisser entre ses mains, graduellement et à chaque minute perdue, la puissante vertu de l'ergot ? Le remède, en effet, agit d'autant mieux, qu'il est employé plus tôt. Es-il donné de bonne heure, son action est prompte et sûre ; plus tard, elle devient incertaine et lente ; trop tard, nulle ou presque nulle. Nous ajouterons qu'au dire de quelques praticiens elle pourrait cesser d'être bienfaisante. S'il devait, en effet, produire un ralentissement très prononcé du pouls, il aggraverait, loin de l'amender, l'état d'une femme qu'une hémorrhagie abondante aurait plongée dans un grand état de faiblesse.

(La fin au prochain numéro).

CORRESPONDANCE.

A Monsieur Fabre, *rédacteur en chef de la* Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous avez publié dans le dernier numéro de votre journal une observation de M. Cazenave (de Bordeaux), relative à une exubérance du col de l'utérus dont la résection fut suivie de guérison. Les observations de ce genre sont assez rares, et je pense qu'un autre fait tout à fait analogue tiré de ma pratique particulière pourrait être bien accueilli de vos lecteurs. C'est dans cette pensée que j'ai l'honneur de vous adresser l'observation ci-jointe.

Agréez, etc. Raciborski.

Paris, ce 30 septembre 1850.

HYPERTROPHIE DU COL DE L'UTÉRUS

avec une exubérance considérable de la lèvre antérieure formant un long prolongement dans le vagin. Amputation suivie de guérison.

Par le docteur A. Raciborski.

Il y a onze mois, je fut consulté par Mme E..., rue Saint-Jacques, 145, pour une affection de la matrice datant d'environ un an. Cette dame, âgée de vingt-six ans, d'une taille moyenne, jouissait habituellement d'une bonne santé. Mariée à vingt ans, elle eut un enfant il y a cinq ans. Ses règles avaient toujours suivi leur marche normale. Depuis environ un an elle éprouvait souvent un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre avec des tiraillements dans les reins, et a eu plusieurs pertes. Les rapports sexuels sont devenus très fatigants ; cependant la malade n'est pas moins devenue enceinte récemment, et a fait une fausse couche il y a quinze jours. Soit qu'elle se soit levée trop tôt, ou qu'elle eût commis quelque autre imprudence, elle était depuis deux jours en proie à de très vives souffrances ; agitation continuelle accompagnée de cris comme pour accoucher, et des envies fréquentes d'uriner qu'elle ne pouvait satisfaire sans cathétérisme. Le corps de l'utérus, extraordinairement développé, formait une tumeur au-dessus du pubis comme au quatrième mois de grossesse, dure et douloureuse au toucher. La peau était chaude et ruisselante de sueur ; 100-104 pulsations par minute ; pouls développé. Point de symptômes de péritonite. Le toucher vaginal permit de constater la continuation de l'hémorrhagie utérine, et fit sentir à peu de distance de l'entrée de la vulve une pointe dure presque cartilagineuse appartenant à une tumeur longue de 5 à 6 centimètres, en se terminant sur le col de l'utérus. La malade avait connaissance de l'existence de cette tumeur, car elle l'avait plusieurs fois sentie avec son doigt, et son mari même s'en était aperçu pendant les rapports sexuels. Souvent, étant assise, la malade éprouvait un sentiment de picotement au-dessus de l'anus, provenant de la pression de l'extrémité de cette tumeur contre les parois postérieures du vagin et le rectum. La tumeur, envisagée dans son ensemble, représentait assez bien une sorte de stalactite suspendue au milieu du vagin ; elle était dure, d'une consistance presque cartilagineuse, terminée en bas par une pointe et s'élargissant de plus en plus à mesure qu'on approchait du col sur lequel elle était largement assise, ne formant qu'un seul corps avec la lèvre antérieure sans la moindre trace d'étranglement ou de pédicule. La lèvre postérieure avait le volume au moins double de celui de l'état normal, mais avait conservé sa forme.

Sans chercher à pénétrer jusqu'à quel point cette production morbide pouvait être la cause des accidents aigus éprouvés par la malade, je jugeai convenable de ne m'occuper d'abord que de ces derniers. Un traitement énergique fut prescrit. Deux saignées, dont chacune a fourni un sang couenneux, une application de sangsues à l'hypogastre et à la vulve, des cataplasmes, des injections narcotico-émollientes, le cathétérisme répété plusieurs fois par jour, et plus tard des bains entiers, tels étaient les principaux moyens mis en usage. Sous l'influence de ce traitement, l'engorgement inflammatoire du corps de l'utérus s'est dissipé en peu de jours, et au bout de dix jours tout était rentré dans l'ordre normal.

Un mois après, m'étant assuré par un nouvel examen de la persistance de la tumeur vaginale avec tous les caractères précédemment décrits, je crus devoir procéder à son enlèvement. La malade étant couchée en travers de son lit, comme pour l'examen au spéculum, je saisis la tumeur

à deux hauteurs différentes avec des pinces de Museux, et cherchai à l'attirer en bas jusqu'à ce que le col fût descendu au niveau de la vulve, ce qui s'est opéré sans beaucoup de difficulté, grâce à un abaissement assez prononcé de l'utérus.

Pendant qu'un aide maintenait en place le col de l'utérus ainsi abaissé, je détachai la base de cette exubérance avec une portion de la lèvre antérieure à l'aide de forts ciseaux courbés sur leur plat. La tumeur étant assez ferme, il fallut exercer une certaine pression pour l'emporter; un seul coup a néanmoins suffi pour emporter ce que l'on s'était proposé d'enlever. Cette opération fut suivie d'une hémorrhagie assez abondante que l'on a vainement essayé d'arrêter en portant sur la surface de la plaie, à l'aide d'un spéculum en ivoire, un bouton de fer rougi à blanc. J'eus alors recours au tamponnement. Le vagin fut rempli de boulettes de charpie maintenues en place par une compresse épaisse assujettie elle-même à l'aide d'un bandage en T. La malade fut replacée dans son lit, garni convenablement, avec recommandation de rendre les urines sous elle lorsqu'elle en sentirait le besoin. Dès le lendemain on a pu enlever le tampon, et la malade a pu quitter le lit au bout de quelques jours, conservant encore pendant quelque temps un peu d'écoulement purulent qui ne tarda pas à cesser. Aujourd'hui la plaie est complétement cicatrisée, et la malade n'a plus éprouvé, depuis qu'elle a été opérée, aucun des accidents auxquels elle avait été sujette auparavant.

La portion réséquée offrait une consistance presque cartilagineuse et un aspect d'un blanc bleuâtre, comme dans l'observation de notre savant confrère M. le docteur Cazenave, de Bordeaux. (*Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 28 septembre dernier.) Toutefois, examinée avec soin au microscope par M. le docteur Lebert, dont tout le monde connaît l'habileté dans ce genre de recherches, elle n'a pas offert la plus faible apparence de dégénérescence squirrheuse; tout était borné à une hypertrophie considérable de tous les éléments du col, tels que tissu fibreux, follicules, membrane muqueuse, tissu cellulaire, etc. L'examen microscopique permet, par conséquent, d'établir un pronostic favorable, et il est à peu près certain qu'on n'aura pas à craindre, chez cette malade, la reproduction de l'affection du col dont elle a été débarrassée par l'opération.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Ether cantharidal et quelques préparations vésicantes de cantharides.

Lorsque l'on traite de la poudre de cantharides par une petite quantité d'éther sulfurique, on obtient un liquide vert très riche en principe vésicant, autrement dit en cantharidine, lequel s'associe facilement avec les résines, les graisses, le collodium, et que par ces considérations M. Oettinger, de Munich, propose d'employer sous différentes formes comme moyen de vésication.

Voici d'abord le mode de préparation de l'éther cantharidal :

Cantharides en poudre grossière. . . .	1 partie.
Ether sulfurique.	2 parties.

Faites digérer pendant trois jours et exprimez.

L'éther se trouve ainsi chargé de cantharidine, d'une huile verte et d'une matière jaune céroïde. Appliqué sur la peau à l'aide d'un pinceau, l'éther cantharidal fait naître des ampoules abondantes au bout de une à deux heures chez les enfants et de trois ou quatre heures chez les adultes.

Taffetas et papier cantharidal.

On étend de la marceline sur un métier, du papier sur une planche bien unie, et on les recouvre à deux reprises avec un soluté aqueux de colle de poisson. Après siccité complète, on y applique la liqueur suivante :

Ether cantharidal.	ãã 40 grammes.
Ether sulfurique	
Térébenthine cuite.	ãã 10 —
Colophane.	

Avec un pinceau légèrement trempé dans ce mélange, on l'étend à deux fois à peu de distance, et toujours dans le même sens, sur le tissu ou le papier. Vingt-quatre heures après, on met une troisième couche. Au bout de vingt-quatre heures, on en applique une quatrième. Enfin, quelques jours après, on donne une couche à la colle de poisson. Au moment de l'application, on passe un linge mouillé pour enlever la couche de gélatine.

L'excellent *taffetas vésicant de Baget*, dont la formule n'a point été publiée, nous paraît être une préparation analogue. Seulement, et cela nous paraît préférable, il est préparé sur de la toile cirée verte et n'a besoin que d'être légèrement humecté à la surface pour être appliqué.

Onguent cantharidal.

Préparé avec parties égales d'éther cantharidal et de graisse, il agit d'une manière intense sur les enfants après deux ou trois frictions et deux heures d'application. L'auteur le dit très usité en Prusse dans la médecine des enfants, à la manière de la pommade épispastique de Lausanne chez nous.

Collodium cantharidal.

Le *Bulletin de thérapeutique*, t. XXXVI, p. 516, en a donné d'après M. Hisch les modes de préparation et d'application. Nous nous bornerons à faire remarquer que M. Oettinger indique de préparer le collodium cantharidal en mélangeant parties égales d'éther cantharidal et de collodium.

Nous rappellerons que plusieurs préparations vésicantes se rapprochant de l'éther cantharidal, d'ailleurs déjà proposé sous le nom d'extrait éthéré de cantharides et d'un emploi tout aussi facile, tout aussi expéditif, ont été proposées à diverses époques. Nous citerons parmi elles les produits obtenus à l'aide de l'éther acétique, de l'acide acétique concentré (qui produit la vésication au bout de quelques minutes), de l'alcool mêlé d'un quart d'acide acétique, lesquels, par suite d'habitudes prises, n'ont point encore été adoptés.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

Traitement des accidents qui peuvent compliquer les opérations de taille et de lithotritie.

Nous tirons d'un excellent travail de M. Pétrequin les formules suivantes, qui lui ont paru surtout réussir dans les cas de ténesme vésical, de spasme du col, de strangurie nerveuse, déterminée ou non par des fragments de calculs, au début de la fièvre urétrale, avec prédominance de l'élément névropathique sur l'élément phlogistique, etc.; en un mot, dans les névroses des voies urinaires.

1° *Emulsion camphrée laudanisée.*

Broyez avec soin :

Camphre.	3 grammes.

Dans :

Jaune d'œuf.	N° 2.

Puis, délayez dans :

Infusion de tilleul.	125 grammes.

Ajoutez alors :

Sirop de gomme.	30 grammes.
Eau distillée de laurier-cerise. . . .	4 —
Laudanum de Sydenham.	16 gouttes.

Mêlez ensuite, avec émulsion d'amandes amères, 125 grammes.

A prendre par quart d'heure (en agitant chaque fois), à la dose de 20 grammes environ, de manière à achever le tout en moins de quatre heures.

2° *Lavement camphré laudanisé* (pour remplacer l'émulsion).

Broyez :

Camphre.	1 gramme.

Dans :

Jaune d'œuf.	N° 1.

Mêlez à :

Décoction de têtes de pavots. . . .	500 grammes.

Ajoutez à :

Laudanum de Sydenham.	1 gramme.

A administrer en quatre doses, d'heure en heure.

3° *Pilules contre la fièvre urétrale.*

Pr. Extrait thébaïque.	5 centigr.
Extrait de valériane.	30 —
Sulfate de quinine.	25 —
Camphre.	25 —

F. S. A. six pilules, en ajoutant un peu d'extrait de quinquina.

Les pilules ont très bien réussi à M. Pétrequin pour combattre et même prévenir la fièvre urétrale qui se développe chez les personnes irritables, soit après le cathétérisme, ou la cautérisation du col ou du canal; soit après l'urétrotomie dans les rétrécissements organiques, ou après les séances de lithotritie. On met le malade au bain aussitôt après l'opération, et on lui donne de suite une des six pilules, que l'on continue de quart d'heure en quart d'heure. On peut, suivant le besoin, répéter la même dose le lendemain et le surlendemain.

(*Gaz. Méd.* et *Bull. de Thér.*)

NOUVELLES.

Sur le rapport de M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce, M. le président de la République a nommé chevalier de la Légion-d'Honneur MM. d'Abbadie (Antoine) et d'Abbadie (Arnaud), pour services rendus à la science géographique et au commerce par leurs voyages en Abyssinie.

— M. le docteur Lebreton vient d'être nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— Le conseil municipal de la Seine vient de décider que désormais le traitement des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris serait uniformément et pour tous porté à la somme de 1,200 francs par an, sauf toutefois les médecins des hôpitaux excentriques qui recevraient 300 francs de plus, pour frais de voiture. — Cette mesure fera cesser l'injuste inégalité qui existait dans la rémunération accordée aux médecins des hôpitaux, dont les uns ne recevaient que la modique somme de 600 francs, tandis que d'autres en recevaient 1,200 et plus.

— Par une dépêche télégraphique du 2 octobre, M. le ministre de l'agriculture et du commerce est informé qu'aucun décès attribué au choléra n'a eu lieu à Marseille depuis le 18 septembre; que la maladie qui avait frappé à la Ciotat quatre personnes d'une manière rapide a borné là ses effets; enfin, qu'à l'hospice des aliénés, situé hors Marseille, la maladie a cessé depuis quelques jours, quoiqu'elle eût débuté assez vivement.

Du reste, toutes les informations qui arrivent de l'étranger apprennent au gouvernement que les quarantaines dont nos bâtiments étaient frappés sont levées ou réduites à des proportions insignifiantes, sauf sur deux ou trois points.

M. le docteur Mélier avait adressé à tous les intendants ou agents sanitaires des ports de la Méditerranée une circulaire par laquelle, en portant à leur connaissance l'existence de quelques cas rares et isolés de choléra, il leur disait : Que ces cas, au nombre de neuf seulement, ne lui paraissaient pas de nature à inspirer des craintes sérieuses, et que, tout en les signalant pour rendre hommage à la vérité, il continuait de délivrer des patentes nettes aux bâtiments en partance.

Les événements sont venus confirmer toutes les assertions de M. le docteur Mélier; il résulte de relevés officiels rendus publics que la mortalité de ces derniers mois est restée très sensiblement au-dessous de son chiffre ordinaire, en sorte qu'à part les quelques cas sporadiques de choléra qui ont eu lieu, la santé publique est tout à fait satisfaisante à Marseille.

La circulaire de M. le docteur Mélier est suivie de cet état, constatant les décès cholériques enregistrés à la mairie de Marseille depuis le 28 juillet jusqu'à ce jour ;

29 juillet, 1; — 3 août, 2; — 8 *id.*, 1; — 9 *id.*, 1; — 10 *id.*, 1; — 12 *id.*, 3; — 15 *id.*, 2; — 17 *id.*, 1; — 19 *id.*, 3; — 20 *id.*, 1; — 21 *id.*, 1; — 24 *id.*, 2; — 25 *id.*, 1; — 26 *id.*, 2; — 27 *id.*, 3; — 28 *id.*, 1; — 30 *id.*, 2; — 4 septembre, 2; — 8 *id.*, 1; — 10 *id.*, 1; — 11 *id.*, 1; — 12 *id.*, 1; — 14 *id.*, 2; 16 *id.*, 1; — 18 *id.*, 1. — Total général, 38.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Hayem, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Thionville, est désigné pour être détaché au 4e bataillon de chasseurs à pieds.

La dernière séance de l'Académie des Sciences a été consacrée à des objets étrangers à la médecine.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 119. (23e ANNEE.) MARDI 8 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 7 OCTOBRE 1850.

Discussion académique sur le goître.

La discussion sur le goître, à l'Académie, discussion sur laquelle nous avons promis de revenir, a été reprise à l'occasion de deux faits communiqués à la Compagnie par M. Velpeau. Ces deux faits ont été adressés au savant professeur, l'un, connu de nos lecteurs, par un chirurgien de Saint-Malo, M. Cabaret, l'autre par le chirurgien en chef des Invalides, M. Hutin. Ce dernier cas, omis dans notre compte-rendu de la séance, est remarquable par les difficultés extrêmes de l'opération, qui n'a pu être achevée, malgré l'habileté bien connue du chirurgien, comme l'a dit M. Velpeau. L'opérateur a dû se borner à extirper la moitié environ de la tumeur; le reste a été abandonné à cause du danger de l'hémorrhagie, les vaisseaux à diviser étant considérables par le volume et par le nombre. Desault, dans un cas qui se termina de même par la guérison, n'enleva aussi qu'une partie de la glande. Le malade de M. Hutin, comme celui de M. Roux, comme celui de M. Cabaret, avait sollicité lui-même l'opération avec instances réitérées, sans ignorer les dangers qui y sont attachés.

Les idées émises par M. Sédillot, à la reprise de la discussion, n'ont pas été rendues exactement, et il importe de les rétablir, parce qu'elles posent bien la question.

Rappelons d'abord le point de départ de la discussion. A la suite de la communication de M. Roux, M. Velpeau, après avoir rendu toute justice à l'habileté de son honorable collègue, ajouta qu'il était à craindre cependant que l'opération exceptionnellement heureuse de M. Roux ne fût un exemple regrettable, en ce que de jeunes chirurgiens s'en autoriseraient peut-être pour entreprendre, au grand préjudice de l'art et de l'humanité, de semblables opérations, si redoutables pendant et après l'action chirurgicale! Suivant le chirurgien de la Charité, les seules tumeurs thyroïdiennes dont on doive tenter l'extirpation sont celles que supporte un étroit pédicule.

C'est sur ce point qu'a porté l'argumentation de M. Sédillot. Il ne conteste pas assurément que l'existence d'un pédicule soit une circonstance favorable à l'extirpation; mais c'est d'une vue plus large et plus haute qu'il déduit l'indication opératoire. M. Rochoux, qui a pris la parole en dernier lieu, l'a compris ainsi et s'en est parfaitement expliqué. M. Sédillot trouve la raison d'opérer ou de s'abstenir dans la nature même du goître, qui est *vrai* ou *faux*.

Si vous parlez du vrai goître, du goître endémique, consistant en une hypertrophie plus ou moins considérable de la totalité du corps thyroïde, vous avez raison de ne pas opérer, dit le professeur de Strasbourg. En aucun cas, sous aucun prétexte, on ne doit entreprendre l'extirpation d'une tumeur pareille. Ce serait agir de la manière la plus téméraire, la plus opposée aux intérêts de l'humanité et à la considération de l'art. Il faut écarter l'idée de l'extirpation, encore que la tumeur, par la compression des organes voisins, si importants à la vie, trachée, œsophage, vaisseaux, amène des accidents menaçants. On a alors, dans le débridement des parties fibreuses environnantes, dans la section des muscles qui brident la tumeur, des moyens infiniment moins dangereux que l'extirpation de ces accidents.

Mais, reprend M. Sédillot, à côté du goître, du vrai goître, vous avez d'autres tumeurs improprement désignées sous ce nom. Le corps thyroïde, comme tous les organes de l'économie, peut être atteint d'hypertrophie partielle, de kystes à contenances diverses, de tumeurs fibreuses, graisseuses, athéromateuses, etc. Ce ne sont plus de vrais goîtres; ce sont des tumeurs du corps thyroïde; et si vous en trouvez de mobiles, de pédiculées, vous pouvez en entreprendre l'extirpation avec de grandes chances de succès.

On conviendra, sans avoir besoin d'y réfléchir beaucoup, que c'est là une vue précise, éminemment pratique, essentielle, et l'on doit savoir gré à M. Sédillot de l'avoir formulée.

Si vous avez affaire à un goître, abstenez-vous dans tous les cas. Si vous avez affaire à une tumeur du corps thyroïde, prenez conseil des circonstances et opérez si elles sont propices. Voilà une doctrine catégorique. Combien il serait désirable qu'en tout et toujours la médecine opératoire pût parler un langage aussi net!

On a fait dire par inadvertance à M. Sédillot que l'on pouvait et que l'on devait opérer tous les faux goîtres, toutes les tumeurs du corps thyroïde autres que l'hypertrophie générale de cet organe. Une semblable proposition ne saurait venir d'un chirurgien d'une aussi grande valeur que M. Sédillot, et il n'a rien dit qui pût légitimement en faire naître l'idée. Il a dit, et il a eu raison de le dire, qu'en confondant toutes les tumeurs thyroïdiennes sous le nom de goître, et en prononçant l'anathème sur l'extirpation du goître en général, on confondait, avec des tumeurs que l'instrument doit respecter, d'autres tumeurs qu'il peut attaquer avec succès.

Telle a été l'argumentation de M. Sédillot, et telle aussi a été sa pratique. C'est en se conformant à ces principes qu'il a réussi dans trois cas de tumeurs thyroïdiennes énormes. Deux de ces tumeurs étaient formées de kystes multiloculaires; la troisième était une hypertrophie partielle et pédiculée du corps thyroïde.

On s'entendrait désormais sur cette question en réservant le nom de goître à l'hypertrophie générale du corps thyroïde, et en donnant aux autres tumeurs qui peuvent se développer dans ce corps, y compris l'hypertrophie partielle, celui de tumeurs thyroïdiennes (bien que le goître lui-même soit par excellence une tumeur thyroïdienne).

Les auteurs du *Dictionnaire de Médecine* ont, dès la première édition de cet ouvrage, consacré la différence qui existe entre le goître proprement dit et les tumeurs thyroïdiennes. Ainsi, à l'article *Goître*, M. Ferrus, pour ces dernières tumeurs, renvoie à l'article *Corps thyroïde*, lequel, à la vérité, s'en réfère à son tour à l'article *Goître*: mais n'importe; la distinction est très nettement, très sensément établie.

Il vaudrait encore mieux avoir une nomenclature tout à fait précise de ces tumeurs, comme l'entend M. Piorry, qui a présenté à ce sujet de justes remarques dans la discussion, et dont la parole, nous le disons à regret, n'est pas toujours écoutée avec la gravité que commanderait une vie opiniâtrément et fructueusement vouée au progrès de la science. Des dénominations comme celles-ci : *hyperthyrotrophie générale*, *hyperthyrotrophie partielle*, *héma-thyrocèle*, *hydro-thyrocèle*, etc., auraient des avantages, et n'offriraient, pensons-nous, d'autres inconvénients que la nouveauté, qui, toutefois, en est un assez notable aux yeux de beaucoup de personnes.

Il n'a pas été question, dans la discussion académique, d'une variété du goître qui peut offrir une haute gravité. Nous voulons parler du goître *concentrique*, ou *goître en dedans*. Tandis qu'à l'extérieur on ne distingue aucune tumeur, le corps thyroïde, généralement hypertrophié, bridé par des plans fibreux, se développe du côté de la trachée qu'il comprime. On nous assure, et nous n'avons aucune raison de mettre le fait en doute, qu'une personne de distinction morte récemment d'une prétendue phthisie pulmonaire a succombé, en réalité, à une asphyxie lente occasionnée par un goître concentrique.

M. Sédillot a été invité, très courtoisement, dans la discussion, à établir une classification des tumeurs thyroïdiennes. Les matériaux de cette classification, les faits existent. On sait de combien de variétés de tumeurs

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Lès aérostats. — M. Mêlier et le choléra. — L'ambassadeur du Népaul et son apothicaire.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Votre lettre, malgré son amabilité et sa bienveillance, peut-être même à cause de cela, m'a jeté dans un grand embarras. Vous me demandez de reprendre la plume du chroniqueur et de rentrer dans un monde dont je vous ai pendant deux ans reproduit les faits, gestes et caquetages; vous me laissez même entrevoir que ce retour vers un temps déjà loin de nous pourra n'être qu'un rêve, et qu'après la courte villégiature de votre narrateur ordinaire, je serais libre de retourner à mes travaux, à ma solitude et à mon obscurité. Il est impossible d'agir avec plus de sollicitude et d'égards! Votre gracieux procédé lèverait tous mes scrupules, s'il m'était encore permis de cacher mon insuffisance et de sauvegarder mon amour-propre sous deux XX; malheureusement les temps sont changés, et l'amendement Tinguy et Laboulie de la loi sur la presse expose l'honneur de mon nom que j'ai reçu sans tache de mes pères et que je tiens, avec tout l'orgueil d'un Montmorency ou d'un de Noailles, à transmettre également sain et sauf à mes descendants, si le ciel m'en accorde.

L'obligation de la signature a bien encore pour moi d'autres inconvénients. Tous vos confrères en journalisme, à commencer par le docteur Louis Véron, du *Constitutionnel*, ont parfaitement compris que leur parole serait sans portée et leurs avis sans influence s'ils n'expliquaient leur droit

De porter l'encensoir et *de prendre la plume.*

Et tous nous ont chanté leur Odyssée; les plus modestes se sont contentés de la biographie.

Vos lecteurs, vous le devez comprendre, trouveraient fort inconvenant de ne pas avoir leur curiosité satisfaite à mon endroit, et, je l'avoue, avec la meilleure volonté du monde, il me serait impossible d'écrire sur mon compte la plus simple notice. Comme il est certain que jamais sept villes ne se disputeront l'honneur de m'avoir donné le jour, j'estime qu'il est fort inutile d'apprendre à la postérité que je suis né à Quimper-Corentin ou à Pezenas, et pourtant, à mes yeux, le lieu de ma naissance est mon plus beau titre de gloire; je vous laisse à penser ce que doit être le reste.

Je pourrais bien, à la rigueur, faire la sourde oreille auprès de vos abonnés et les renvoyer, pour ma biographie, aux calendes grecques; mais l'obligation de la signature me fait perdre le fruit de deux longues années d'études et de contrainte. Imaginez-vous qu'en remettant entre les mains de mon savant et spirituel successeur la plume que j'avais tenue durant deux années dans votre journal, je pris la résolution de devenir grave et de me rendre digne, par mon sérieux, du parchemin doctoral que j'avais déjà classé dans les archives de famille. La chose ne fut pas facile d'abord; l'habitude est une seconde nature, et ma première s'était sans peine accommodée du régime auquel vous aviez soumis ma vie; cependant, à force d'attention, d'efforts et de persévérance, je suis parvenu, sinon à la gravité doctorale complète, du moins à un résultat assez satisfaisant et surtout plein d'avenir: *Labor improbus omnia vincit.* Tant de soins et de constance ne peuvent être perdus! Je ne puis avec un parafe effacer tout à coup l'œuvre de deux années de veilles, de sollicitude et de contorsions; plus que vous ne le pouvez croire, je tiens à me bien placer dans l'opinion de mes concitoyens, et toute mon ambition aujourd'hui est de paraître grave comme le classique recteur de Boileau.

Cependant tout peut se concilier, sinon sur la terre, du moins dans le ciel (ce dernier mot est une simple métaphore que je vous prie de traduire par les airs). Vous n'êtes pas sans savoir que la science aérostatique est sur le point de dire un nouveau mot, et de dévoiler le secret de la navigation aérienne (c'est M. Petin qui a trouvé cette expression, que je ne crains pas de qualifier d'heureuse). L'Espagne, la France, l'Angleterre, toute l'Europe travaille, et nous avons actuellement à Paris même des modèles de ballons-omnibus. Celui-ci appartient à M. Godard (pardon, cher ami, pour toutes ces interruptions; j'estime que par le temps qui court il est utile d'attribuer à chacun ses œuvres; car si MM. Petin et Godard deviennent jamais journalistes, ils auront au moins un titre à faire valoir à la bienveillance de leurs lecteurs. Le malheur me rend compatissant!!!) Je reviens aux ballons.

Que l'espace soit fendu par le navire de M. Petin ou par l'omnibus de M. Godard, peu importe, l'essentiel est qu'il soit fendu, et il le sera, j'en ai la conviction; mais de même que l'océan a des îles de relâche et les lignes d'omnibus des bureaux de station, de même l'immensité des airs devra avoir des points de repère où les embarcations pourront se ravitailler et les voyageurs trouver des billets de correspondance. Ces nécessités du nouveau mode de locomotion ont inspiré à un industriel l'idée de peupler l'espace et d'y établir des espèces d'îles et d'archipels aérostatiques. Là se donnent rendez-vous toutes les personnes fatiguées du bruit, des maux et des grandeurs de la terre; on y verra toutes les puissances déchues, toutes les illusions perdues, toutes les âmes incomprises de ce bas monde; déjà et avant même que soit ouverte une loterie de lingots d'or ou autre, les engagements et les souscriptions arrivent en foule; tous les âges, tous les sexes et toutes les professions s'inscrivent à l'envie sur les registres de ce nouveau monde; la médecine, il en faut convenir, a fourni une liste fort respectable d'adhérents, soit que cette portion intéressante de la société perde plus généralement les douces illusions qui font le bonheur, soit que, plus que toute autre, déshéritée des biens de la terre, elle recherche volontiers un monde nouveau où la fortune lui soit moins avare.

Placez-moi, si vous le voulez, dans l'une ou l'autre de ces deux catégories, dans toutes les deux à la fois, si tel est votre plaisir, et vous connaîtrez les motifs d'une détermination que mes amis se permettent de qualifier de folle; je ne m'arrête pas à de vains propos, et je poursuis le projet d'aller bientôt habiter mon monde sublunaire. C'est de là, si vous le voulez, que je vous adresserai mes chroniques.

Ne craignez pas que, séduit par les douceurs de l'espace, mon esprit s'y égare et s'y perde; muni des meilleurs instruments d'optique et d'acoustique, appuyé sur les bords de mon île aérienne,

le corps thyroïde peut être affecté. C'est donc par suite d'une méprise qu'on a fait dire à M. Sédillot qu'il n'était pas en mesure de répondre à cette invitation. Il n'est pas moins vrai que cette question gagnerait à être reprise dans son ensemble.

La présence de M. Sédillot à Paris a été motivée par une circonstance dont on a parlé dans ce journal, sa nomination à l'Ecole du Val-de-Grâce. Entre la position considérable que M. Sédillot a conquise en Alsace, jusqu'en Allemagne, et la position nouvelle qui lui était faite à Paris, l'honorable professeur ne pouvait hésiter, et la médecine militaire l'aurait vu s'éloigner de ses rangs si l'administration avait été inflexible. Heureusement on a compris que de telles pertes ne sont pas facilement réparables. L'hôpital militaire de Strasbourg conservera donc son chirurgien en chef, et l'Alsace son Delpech. Nous pouvons sans crainte exprimer ici notre sentiment sur M. Sédillot, qui est loin de notre théâtre, et envers qui cet hommage ne saurait paraître intéressé.

MARCHAL (de Calvi).

HOPITAL COCHIN. — M. MAISONNEUVE.

Luxation du coude datant de trois mois. Réduction.

Nous avons récemment entretenu nos lecteurs de la réduction d'une luxation ancienne de l'épaule opérée dans une seule séance par M. Maisonneuve, alors que des tentatives multipliées faites par des chirurgiens de premier ordre n'avaient obtenu aucun résultat.

Le 25 septembre dernier, nous avons assisté à une réduction non moins difficile, et opérée avec le même bonheur par l'habile chirurgien de l'hôpital Cochin. Il s'agissait d'une luxation complète du coude en arrière, existant depuis trois mois chez un homme de trente-cinq ans environ. Cet homme s'était luxé le coude en tombant de sa hauteur. Il était allé consulter la *Dame-Blanche de Châtillon*, laquelle, croyant à une fracture, lui appliqua un appareil contentif. Après un mois de ce traitement, l'appareil fut levé, et le bras, déformé, ne pouvait exécuter presque aucun mouvement. C'est seulement deux mois après la levée de l'appareil que, ne voyant aucune amélioration dans son état, le malade consulta un médecin. Il s'adressa à M. le docteur Bonnet, qui l'amena à la consultation de M. Maisonneuve le 25 septembre 1850.

La luxation était complète en arrière; l'olécrane faisait une saillie considérable; la cupule du radius était évidente. Parmi les mouvements de l'avant-bras, l'extension se faisait assez bien; mais la flexion était extrêmement bornée.

Avant de procéder à la réduction, M. Maisonneuve nous fit observer que les luxations anciennes, considérées par la plupart des chirurgiens comme si difficiles et souvent même comme impossibles à réduire, ne devaient ce funeste privilége qu'à la manière défectueuse dont les moyens de réduction étaient généralement dirigés. Avec le chloroforme, dit-il, il ne doit pas y avoir de luxation irréductible; toute la question est de savoir s'y prendre.

Les luxations anciennes, en effet, ne diffèrent des luxations récentes que par les adhérences que les os ont contractées entre eux ou avec les parties voisines. Or, avec le chloroforme et les moyens mécaniques dont l'art dispose, il doit être toujours possible de rompre les adhérences sans compromettre ni la peau, ni les os, ni les organes vasculaires et nerveux.

Quand, par des mouvements prudents, mais énergiques, on a déchiré les brides fibreuses, distendu les muscles raccourcis, rendu enfin aux surfaces leur mobilité, il faut encore savoir donner au membre la position la plus convenable, apporter un soin minutieux dans l'application des lacs extenseurs et contre-extenseurs, et surtout diriger avec intelligence et sagacité les efforts de réduction. Or, dit M. Maisonneuve, toutes ces choses sont généralement traitées avec une sorte de dédain par les chirurgiens les plus éminents.

De la théorie passant à la pratique, M. Maisonneuve fait asseoir le malade sur une chaise, applique une alèze mouillée et pliée en cravate au-dessous du deltoïde et la maintient avec une bande; une seconde alèze mouillée est appliquée sous l'aisselle, dont le creux est préalablement garni d'un coussin; une troisième embrasse le poignet; une quatrième est appliquée par son plein sur la saillie de l'olécrane, et ses deux chefs viennent se croiser devant l'avant-bras. Ces quatre alèzes sont destinées à l'extension. Une cinquième, destinée à la contre-extension, est mise en réserve.

Tout étant ainsi disposé, le malade est soumis à l'inhalation du chloroforme jusqu'à résolution complète. L'avant-bras est ensuite porté avec énergie dans l'extension forcée, puis dans la flexion, puis dans les sens latéraux. Ces mouvements, exécutés par M. Maisonneuve lui-même pendant cinq à six minutes, donnent lieu à la déchirure des adhérences et des brides fibreuses, à l'élongation des muscles; d'où une mobilité extrême dans l'articulation. Alors seulement on procède aux efforts de réduction.

Pour cela, l'avant-bras est fléchi autant que possible. La cinquième alèze, dont le plein embrasse le pli du coude, et les chefs sont passés dans une boucle scellée à la muraille, qui sert à la contre-extension. Pour l'extension, deux aides sont attelés aux alèzes supérieures, celles qui embrassent le bras et l'épaule; deux autres sont chargés des alèzes inférieures fixées sur l'olécrane et le poignet. Ces deux lignes de traction font entre elles un angle de 65 degrés environ.

Pendant que les aides tirent avec modération, le chirurgien embrasse de ses deux mains le pli du coude tandis que ses pouces pressent sur l'olécrane.

Quelques minutes de tractions modérées suffirent pour abaisser l'olécrane jusqu'à sa position normale et opérer la réduction. Aussitôt on enlève les lacs. Dans ces mouvements la luxation se reproduit, mais elle est aussitôt réduite par la simple pression des pouces. L'avant-bras est ensuite maintenu dans la flexion forcée, la main sur l'épaule opposée, et le tout est maintenu dans cette position au moyen d'une bande roulée, comme dans le bandage de M. Velpeau pour la fracture de la clavicule.

Deux jours après la réduction, les mouvements étant complétement rétablis, le malade est sorti de l'hôpital.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

Suite des hallucinations.

(Septième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17 et 28 septembre.)

Après avoir noté l'enchaînement réciproque des hallucinations et des associations d'idées qu'elles provoquent, abordons maintenant la question de leur fréquence comme symptôme des maladies mentales. Esquirol estime que sur cent aliénés, quatre-vingts au moins ont des hallucinations. Cette évaluation, quoique généralement admise, n'a pas été vérifiée par notre observation particulière. Ma conviction à cet égard a été fortifiée par l'analyse des faits cités par Esquirol et par des relevés que j'ai faits à plusieurs reprises et à de grandes distances dans le service qui m'est confié à la Salpêtrière. Je me bornerai à citer le relevé fait l'an dernier : sur 103 malades de tout âge, présentant toutes les formes des maladies mentales, dont la durée de séjour dans mon service était de 14 jours à 5 années, mais dont la moyenne était de 18 mois, nous n'avons trouvé que 32 aliénés présentant des hallucinations, soit simples, soit complexes.

Dans l'établissement de Vanves, que j'ai fondé avec le docteur Voisin, sur 110 aliénés des deux sexes et de la classe riche, mais dans les mêmes conditions d'âge et de maladie qu'à la Salpêtrière, la proportion des hallucinations a été de 34, c'est-à-dire tout à fait la même. Nous pouvons assurer que les cas douteux ont été interprétés en faveur des hallucinations.

D'autres considérations ajoutent encore à ma conviction; elles sont relatives à l'interprétation du langage des malades et aux difficultés qu'on éprouve, dans un grand nombre de cas, à se prononcer sur l'existence des illusions ou des hallucinations. C'est, en effet, s'exposer à bien des chances d'erreur que de se borner au témoignage des malades qui disent entendre des sons et voir distinctement des images qu'on sait parfaitement n'avoir pas été à la portée de leurs sens; ils peuvent très bien n'avoir pas éprouvé ces perceptions fantastiques et n'en parler que par irréflexion, ou pour motiver leurs pensées, leurs sentiments, leurs actions. Il est fort probable, pour nous, qu'on est souvent tombé dans l'erreur en admettant, sur la parole des aliénés, les hallucinations qu'ils disaient avoir éprouvées.

Ces malades font aussi des contes, avec ou sans intention; ils peuvent n'avoir pas éprouvé les perceptions qu'ils racontent. Il ne suffit donc pas d'entendre un aliéné raconter qu'il a eu des perceptions fantastiques pour le croire sur parole; n'eût-il que les rêves que son esprit en désordre peut prendre pour des réalités, que ce serait déjà une raison suffisante pour se tenir en garde contre des récits mensongers qu'il fait presque toujours avec un aplomb et un sang-froid imperturbables.

Les hallucinations, au contraire, deviennent très vraisemblables lorsque les malades reviennent sans cesse à la narration de ces fausses perceptions, lorsqu'ils les rattachent aux mêmes sens et aux mêmes objets, lorsqu'ils en parlent avec un accent de conviction qui redouble par la controverse, lorsqu'ils font un tableau détaillé, vif, animé, des personnes ou des choses qu'ils disent avoir été clairement exposées à leurs sens. Enfin, l'hallucination paraît certaine quand on peut observer directement l'aliéné pendant qu'il les éprouve, et que, distrait de tout ce qui l'entoure, sa pantomime, sa mimique, son langage sont en harmonie avec la situation; lorsque, le regard fixe ou l'oreille attentive, on le voit haranguer les fantômes qui lui apparaissent ou qu'il entend, se prosterner, supplier, adorer, tomber en extase, s'élancer avec fureur, s'enfuir épouvanté, suivant les caractères variés des objets fantastiques qui abusent ses sens fascinés et ajoutent au trouble de son esprit.

Ainsi, la plus grande circonspection doit présider à l'interprétation des paroles et des actes des aliénés; elle n'est pas moins nécessaire pour distinguer si les phénomènes qu'on observe appartiennent à l'illusion ou à l'hallucination. Dans beaucoup de cas, le doute, à cet égard, n'est dissipé que par les aveux des malades pendant la durée de la rémission ou après leur rétablissement.

La première cause d'erreur de diagnostic tient au développement de la susceptibilité des sens chez certains aliénés; le bruit le plus léger, par exemple, affecte vivement leurs oreilles; et, comme au bruit extérieur se joignent des bourdonnements, des pulsations, et qu'enfin l'intelligence est altérée, cette impression, quelque légère qu'elle soit, peut, selon les circonstances, se traduire en gémissements, en cris plaintifs, en détonations effrayantes, ou imiter le son de voix d'une personne tendrement aimée, et enfin revêtir toutes les formes des idées et des sentiments de la nature humaine.

La seconde cause d'erreur, c'est que l'aliéné se fait habituellement le centre de tous les mouvements extérieurs; il interprète toutes choses à travers le prisme de ses préoccupations, et dès lors on comprend que les choses qui paraissent et qui sont réellement indifférentes à l'observateur aient pour le malade l'intérêt de la personnalité, et que son imagination et son jugement leur fassent subir toute espèce de transformation. En un mot, l'esprit de l'aliéné s'assimile les impressions nombreuses que lui apporte un sens dont l'activité est exaltée; et cette assimilation est variée comme tous les modes de la pensée. Les impressions sont fugitives pour l'observateur, parce qu'elles ne sauraient l'intéresser; elles absorbent toutes les facultés de l'aliéné, parce que toutes sont transformées en son propre délire.

---

qui seront un sabord ou un vasistas, selon que j'habiterai une nacelle ou une voiture, j'aurai constamment fixés sur votre monde les yeux et les oreilles, et, nouvel Asmodée, je verrai et j'entendrai tout ce que les brumes et le fracas de vos villes vous empêchent de voir et d'entendre. Grâce à la facile locomotion pratiquée dans mon nouveau monde, je pourrai parcourir l'univers sans craindre les lazarets et m'élancer dans toutes les directions sans demander une patente nette à votre bon M. Mêlier.

Puisque le hasard a amené ce nom sous ma plume, laissez-moi vous envier le bonheur d'appartenir à l'antique cité phocéenne et appliquer à votre patrie cette formule vieille, mais toujours consolante : Tu es plus heureuse que sage. Vous n'avez sans doute pas oublié l'émeute que firent vos compatriotes alors qu'ils apprirent la destitution de leur intendance; de leur intendance, bon Dieu! qui n'a jamais su mettre en quarantaine ni le choléra, ni toute autre espèce de fièvre jaune! Cette intendance, institution borgne, boiteuse et vieillie, ne valait pas la peine, je vous jure, qu'on soulevât pour elle le moindre pavé et ne méritait pas l'honneur d'une barricade; les Marseillais, qui, ce me semble, ont la tête fort près du bonnet, comme on dit, doivent aujourd'hui rougir de leur emportement et faire tous les jours, pieds nus, une procession à Notre-Dame-de-la-Garde pour la remercier de les avoir délivrés de l'intendance et de leur avoir donné M. Mêlier; c'est que, depuis l'arrivée du commissaire extraordinaire à Marseille, non-seulement le choléra a fui, mais encore la mortalité habituelle a considérablement diminué. Fichtre!! s'écrierait tout autre moins scrupuleux que moi sur la beauté de la langue française, qui se serait jamais douté que notre bon M. Mêlier ferait un jour des miracles!! Cependant, la chose est certaine, c'est M. Mêlier lui-même qui l'écrit aux agents sanitaires de la Méditerranée, et, malgré mon éducation voltairienne, je ne me sens pas de force à mettre en suspicion la parole de M. Mêlier. Heureux, deux fois heureux vos compatriotes d'avoir été tout à la fois débarrassés de leur intendance qui n'y voyait goutte, et de posséder un commissaire extraordinaire dont la science se lance dans les prodiges! heureux, heureux encore M. Mêlier, qui, moderne César, peut maintenant s'écrier : *Veni, vidi, vici!* D'après ce qu'on m'a assuré, et je n'ai pas de peine à le croire, les Marseillais professent pour M. Mêlier la reconnaissance la plus grande : tous les matins, quatre jeunes filles, vêtues de blanc, entr'ouvrent les rideaux de son alcôve et lui présentent d'abord ses lunettes minutieusement essuyées, et lui offrent ensuite, sur un plateau de vermeil, le chocolat à la vanille que Cassati prépare tout exprès pour son hôte illustre. Buvez en paix ce chocolat, monsieur Mêlier, l'hospitalité que vous offre Marseille ne se terminera pas à la façon de celle que l'ambassadeur du Népaul était venu chercher à Paris.

Croiriez-vous que ce malheureux ambassadeur, au moment de quitter la capitale de la France et de la civilisation, a été forcé de se livrer à un pugilat peu diplomatique avec le garçon de recettes d'un de nos pharmaciens les mieux famés? La cause de ce combat, dont la cour de l'hôtel Sinet a été le théâtre, est encore peu connue et viendra peut-être quelque jour se dérouler devant la cour d'assises. Permettez-moi de terminer ma lettre par cet intéressant épisode : quelques jours après l'arrivée des Indiens à Paris, et lorsque la renommée eut partout répandu le bruit de leur fastueuse opulence, s'arrêtait devant une des plus riches officines de la capitale une élégante calèche, d'où s'élancèrent rapidement deux personnages diversement vêtus : l'un portait le costume du Népaul et l'autre était habillé à l'européenne; ce dernier se présentait comme l'interprète du premier. Sur leur demande, le pharmacien les introduisit dans une pièce retirée, et là, après avoir décliné les qualités princières de son compagnon et le rôle qu'il remplissait auprès de lui, le drogman apprit au maître de l'officine qu'avant de quitter Londres les attachés à l'ambassade du Népaul avaient royalement fêté les rats et les actrices de Cowent-Garden et du théâtre de la Reine, et qu'à la suite de cette somptueuse orgie presque tout le personnel de l'ambassade se trouvait être malade : Jung Bahadoor, ajouta-t-il, est fort sévère sur les mœurs et ne pardonnerait jamais à ses compagnons, s'il le savait, leur peccadille européenne. C'est à votre discrétion bien connue que font appel les nobles étrangers, afin que vous leur livriez dans le plus grand secret toutes les choses nécessaires à leur parfait rétablissement. — Et baissant la voix comme pour n'être entendu que du pharmacien seul : — Leur générosité est sans égale, ajouta-t-il, et en vous les amenant j'ai compté sur une forte remise.

Le pacte fut conclu et le pharmacien promit le plus grand secret, ainsi qu'il convient à un homme de sa profession. — Dès le jour même, les demandes commencèrent à venir; les prescriptions médicales, portant une signature illisible, ainsi que le sont toutes les signatures des médecins, se succédaient journellement avec une rapidité effrayante : tantôt c'était une préparation d'or et tantôt de l'iodure de potassium; les sirops de toutes sortes étaient réclamés avec profusion et les médicaments les plus chers avaient sur chaque ordonnance une préférence marquée.

Le pharmacien, fidèle à sa promesse, livrait chaque demande avec la plus grande discrétion et avait l'extrême délicatesse d'attendre pour le payement le bon plaisir des princes étrangers. Cependant, quoique ce bon plaisir n'eût aucune tendance à se manifester, le pharmacien n'en conservait pas moins toutes ses illusions sur la loyauté indienne, quand il apprit tout à coup un matin en brisant la bande de son journal que l'ambassade du Népaul quittait Paris le jour même. Les livres compulsés, et après récapitulation de tous les objets livrés, on arrive à la somme fabuleuse de 1,538 fr. 55 c. Sans la probité bien connue du pharmacien, ce chiffre semblerait un véritable compte d'apothicaire.

Le garçon de recettes, envoyé en toute hâte à l'hôtel Sinet, réclame à Jung Bahadoor lui-même la dette de son patron. L'Indien ne comprend pas tout d'abord l'objet de la demande; mais, s'en étant mieux fait expliquer les motifs et la nature, il s'indigne moins peut-être de la réclamation d'une somme qu'il ne reconnaît pas devoir que de l'outrage fait à ses compagnons de voyage. Le garçon s'emporte à son tour, et, la querelle s'animant, porte une main sacrilége sur l'ambassadeur d'une puissance amie; celui-ci soutint dignement l'honneur de son pays et l'eût complétement vengé par la mort de son adversaire sans l'intervention toujours bienveillante de deux sergents de ville, qui traînèrent l'infortuné garçon de recettes chez le commissaire de police.

Evidemment le pharmacien avait été la dupe de deux adroits fripons. A vous, mon cher ami, de formuler la morale de cette histoire.

FÉLIX ROUBAUD.

Comment, dans une telle situation, le médecin pourrait-il distinguer le phénomène de l'illusion de celui de l'hallucination? Il lui est impossible de calculer le degré de vivacité maladive des sens; et, par exemple, un son peut très bien impressionner l'aliéné alors que le médecin croit au silence le plus complet; et, d'autre part, il n'a aucun moyen d'apprécier l'interprétation que l'aliéné donnera à l'impression qu'il reçoit. Ce doute que nous élevons est pour nous une vérité d'observation. Souvent il nous est arrivé de diagnostiquer des hallucinations, et un examen plus attentif ou un concours de circonstances plus favorables nous ont démontré plus tard que le phénomène dont nous étions témoins avait sa cause première dans le monde extérieur. Dans un asile public consacré aux aliénés, ces erreurs sont souvent produites par la multiplicité des personues qui, par la diversité quelquefois si étrange de leurs paroles et de leurs actes, impressionnent fortement des malades déjà très impressionnables, et dont la sensibilité est encore avivée par l'aspect de nouveaux lieux et d'un nouvel entourage.

Nous venons d'étudier les hallucinations d'une manière générale; maintenant, examinons-les dans les sens spéciaux, mais considérées toujours au point de vue général.

Déjà nous avons dit combien les *hallucinations de l'ouïe*, qui sont les plus fréquentes, sont néanmoins difficiles à constater et à distinguer des illusions. La fréquence des hallucinations de l'ouïe tient, selon nous, à la liaison étroite qui existe entre la pensée et son expression par la parole. On conçoit, en effet, que, vivement préoccupé de ses idées, le malade les formule dans sa tête par des paroles; il suffit alors que ces paroles paraissent retentir à ses oreilles pour qu'elles donnent naissance à des hallucinations. Nous avons vu par quelle gradation passaient ordinairement les aliénés avant d'entendre d'une manière distincte les voix qui ensuite les accusent ou les flattent, et avec lesquelles ils ont des conversations suivies comme si ces voies étaient réelles. Avant d'entendre les concerts, les harmonies célestes ou le chant des oiseaux, ils ont entendu des bruissements, des bourdonnements, le son des cloches. Nous avons dit aussi à quelles suppositions ils se livraient pour se rendre compte d'un phénomène aussi contraire à l'état normal. Les hallucinations de l'ouïe sont celles qui deviennent le plus souvent mobiles d'action, et l'on comprend aisément qu'elles entraînent plus souvent que les autres des déterminations et des actes, parce que les voix portent avec elles l'injure, la menace ou le commandement, tandis que les autres hallucinations sont en quelque sorte bornées à leur objet.

La provocation à l'acte, dans l'hallucination de l'ouïe, est plus impérieuse encore lorsque le délire est mystique. L'obéissance passive est alors commandée et par la nature de l'hallucination, et par toutes les idées et tous les sentiments du malade. Les hallucinés de l'ouïe sont également très portés à l'action lorsque les paroles qu'ils croient entendre leur sont adressées par leurs ennemis ou par leurs persécuteurs imaginaires.

Nous ne citerons pas d'exemple des diverses espèces d'hallucinations de l'ouïe, tant sont nombreux les faits que nous avons déjà présentés dans la partie clinique de ce cours, et tant nous aurons encore occasion d'en observer ensemble!

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *hallucinations de la vue*; leur fréquence est moins grande que celles de l'ouïe, mais elles sont aussi difficiles à distinguer des illusions. Cela est si vrai, qu'à côté d'un fait d'hallucination véritable, les meilleurs auteurs croient citer un fait identique en citant un exemple d'illusion. Comment s'assurer d'une manière positive, en effet, dans plusieurs cas, qu'un objet quelconque n'impressionne pas la vue d'un aliéné et ne produise pas ainsi les associations d'idées les plus bizarres, qui, soumises ensuite à l'influence de l'imagination, donnent le change sur le véritable caractère du phénomène produit. Dans plusieurs cas de ce genre, il est prudent de suspendre son jugement, de soumettre ses premières vues au contrôle d'un examen sévère et approfondi, et quelquefois encore, malgré ces précautions, l'on ne sait la vérité que du malade lui-même, pendant la rémission ou à l'époque de la convalescence.

Comme exemples d'hallucinations de la vue, nous pouvons citer l'apparition de fantômes hideux, d'un précipice, d'animaux dangereux, de globes enflammés, de trophées emblématiques plus ou moins terribles, ou bien des tableaux ou des spectacles les plus agréables, etc., etc. L'hallucination de la vue, la plus simple, la plus élémentaire en quelque sorte, est celle qui est relative à l'apparition de feux, de flammes ayant l'aspect d'éclairs, de gerbes et de globes. Cette hallucination est primitive ou consécutive au délire qu'éprouvent les malades : les inductions les plus communes qu'ils en tirent sont : ou qu'ils sont témoins d'un incendie ou qu'ils se trouvent au milieu des flammes de l'enfer. D'autres, au contraire, sous l'influence de la même hallucination, mais avec une disposition d'esprit différente, en tirent la conséquence qu'ils sont dans les régions célestes et dans des gerbes de feu : ils voient l'auréole qui entoure la majesté divine.

Les hallucinations de la vue sont quelquefois très complexes, quoique restreintes à l'action d'un seul; elles forment alors comme un tableau : plusieurs objets, plusieurs personnes sont groupés et réunis selon l'ordre logique; les éléments du tableau semblent s'attirer dans l'ordre le plus naturel selon le caractère particulier de l'apparition.

Un ascétique, plein d'imagination, ne verra pas seulement le Fils de Dieu; il verra en même temps un nuage, une croix, des anges et toutes les choses qui forment le cortége d'une telle apparition chez un homme qui connaît la religion chrétienne.

La richesse du tableau sera ordinairement en raison directe de la puissance d'imagination native et de l'instruction de celui qui éprouve l'hallucination; quelquefois, seulement, elle tiendra à l'intensité même de l'hallucination et aux circonstances dans lesquelles se trouve placé actuellement l'halluciné.

Comment se fait-il que ces scènes si vives, si animées soient le plus souvent muettes? C'est que la vivacité saisissante de l'hallucination de la vue ne laisse pas de place à l'hallucination de l'ouïe; toutes les facultés sont absorbées dans la sphère d'activité du sens de la vue, et cependant la participation du sens de l'ouïe serait si naturelle que l'esprit du malade met à profit les moindres circonstances pour en remplacer l'influence; il fait de l'hallucination de la vue un tableau parlant; les images qu'il voit dans le ciel sont pour lui la parole même de Dieu, et il s'empresse de lui obéir comme si l'ordre était formellement exprimé.

Les *hallucinations du toucher* sont très difficiles à constater à cause de la mobilité de leur caractère et de la multiplicité de leurs formes.

Certains malades, couchés mollement, sentent des aspérités, des pointes qui les blessent; d'autres se croient dévorés par des bêtes féroces, jetés dans les flammes, saisis par des serpents; certains antres s'imaginent que des machines électriques soigneusement cachées leur donnent des secousses dans les bras et dans les jambes. (A ce sujet, je dois faire remarquer l'exactitude de l'observation faite par les malades eux-mêmes relativement aux secousses qu'ils éprouvent, non-seulement dans les extrémités supérieures et inférieures, mais dans tout le corps; c'est là une des nombreuses lésions de la motilité que les médecins n'observent pas, trompés sans donte par la fausse et bizarre interprétation que leur donnent les malades.)

Il est d'autres malades qui se croient frappés, meurtris, et d'autres se trompent sur le volume, la forme, la pesanteur des corps qu'ils touchent, ou croient tenir dans leurs mains des corps qui n'y sont point.

Peut-on rapporter anx hallucinations du toucher les cas dans lesquels les malades jettent les hauts cris lorsqu'à peine on les touche et ceux dans lesquels ils se sentent grandir ou rapetisser de plusieurs pieds? Le même doute ne peut pas exister relativement aux malades qui se sentent emportés dans l'air ou jetés dans l'eau. Les *hallucinations de l'odorat* et surtout *celles du goût* sont extrêmement difficiles à reconnaître.

Comment, en effet, constater si l'état de la bouche, du pharynx, de l'estomac ne sont pas les causes occasionnelles du phénomène? L'enduit le plus léger sur la membrane muqueuse de la bouche, des aphtes, des ulcérations dans cette partie, un embarras gastrique suffisent pour le déterminer chez un aliéné. On peut en dire autant, quoiqu'à un moindre degré, du sens de l'odorat. Cependant, il y a de véritables hallucinations relatives à l'un et l'autre sens; mais est-il vrai qu'elles soient fréquentes au début de toutes les folies, surtout de la folie partielle, comme le dit Esquirol? Tout en admettant que les hallucinations des sens, de l'odorat et du goût ont lieu plutôt au début que dans le cours des maladies mentales, je ne puis admettre qu'on les observe fréquemment; les difficultés si grandes d'en constater l'existence et de les différencier des illusions suffiraient pour légitimer notre conclusion, résultat de notre observation directe.

Les hallucinations de l'odorat sont beaucoup plus rares que les hallucinations de l'ouïe et de la vue : elles sont relatives le plus fréquemment à de mauvaises odeurs, par exemple, à celles du soufre, des vapeurs de charbon, à l'odeur des cadavres.

Il y a dans mon service une femme atteinte de manies intermittentes (elle en a trois ou quatre par année de quelques jours de durée), qui est tourmentée par des odeurs qu'elle dit empoisonnées; dans l'un de ses derniers accès, elle a été fortement excitée par l'odeur du cadavre, et cette hallucination elle-même était provoquée par la spécialité des localités; les murs du châlet qu'elle occupait sont revêtus de boiserie et l'on y a fait pratiquer une double porte dans un but particulier; le son creux qui résultait des coups donnés par elle-même sur cette boiserie et sur cette double porte a fait surgir dans son esprit l'idée d'oubliettes, et cette idée a entraîné l'hallucination relative à l'odeur du cadavre.

Les hallucinations de goût sont presque impossibles à distinguer des illusions de ce sens, d'une part, à cause de l'état saburral des voies digestives, et, d'autre part, à cause de la présence des aliments. On ne peut regarder comme telles que les cas peu nombreux où les malades croient savourer un mets, une liqueur ou bien éprouvent un dégoût particulier alors qu'il n'y a ni état saburral, ni présence d'aliments : mais, dans ces cas même, on ne peut pas affirmer que le phénomène observé soit une hallucination; car une semblable manifestation peut bien n'être qu'un délire ordinaire, une conception délirante. Quand les hallucinations de ce sens ont lieu, elles sont plutôt relatives aux mauvaises qu'aux bonnes saveurs; il est fort rare que les hallucinés de ce sens ressentent des saveurs suaves; tout leur semble métallique, terreux, pourri.... Les hallucinations du goût peuvent entraîner l'idée délirante d'empoisonnement, mais c'est bien plus rare qu'on ne pense; il est bien plus exact de dire que c'est le délire d'empoisonnement qui donne lieu à l'hallucination du goût, et ce qui arrive dans les autres sens en est une preuve convaincante. Quelle est la gravité des hallucinations de l'odorat et du goût dans les maladies mentales? Elle est généralement moins grande que celle des hallucinations de l'ouïe et même des autres sens.

Les difficultés que nous avons éprouvées pour distinguer les hallucinations des sens des illusions sont encore plus grandes lorsqu'il s'agit de décider si un phénomène psychique a sa cause dans un organe plus ou moins éloigné du cerveau, ou si la douleur éprouvée et les conséquences qui en sont déduites dépendent de l'action primitive du cerveau et de l'intelligence; toutefois, l'embarras qu'on éprouve dans la pratique ne doit pas empêcher d'admettre en principe des *hallucinations internes* : de même que l'imagination surexcitée reproduit des sensations externes et les localise dans les sens, de même elle reproduit et reporte aux parties qui en ont été le siége les douleurs anciennement ressenties.

On a un exemple de ce genre dans les douleurs que croient éprouver les amputés dans les membres qu'ils n'ont plus; tel est aussi le cas de plusieurs femmes qui croient sentir parfois se renouveler toutes les sensations qu'elles éprouvaient avant l'extirpation du col de l'utérus; tels sont encore certains calculeux qui, alors que le cathétérisme a prouvé l'absence de tout calcul, accusent encore dans certains moments les mêmes douleurs qui les tourmentaient avant l'opération.

En résumé, les sensations que les aliénés disent éprouver dans les cavités splanchniques ou dans les téguments peuvent être réelles, mais seulement transformées par le délire et devenir ainsi des illusions, ou bien ne pas exister et constituer alors soit une hallucination, soit une simple conception délirante. Cette analyse, dont on ne saurait contester la justesse comme déduction générale des faits, est souvent d'une obscurité extrême lorsqu'il s'agit d'un fait particulier soumis à notre observation actuelle, tant il est difficile de constater l'absence de toute cause d'impression!

Nous avons dit que les hallucinations se manifestaient dans plusieurs sens chez le même individu, et qu'il y en avait qui se commandaient en quelque sorte; ajoutons qu'il est des malades qui présentent des hallucinations de tous les sens. Le délire auquel donnent lieu tant d'hallucinations ne peut être que très complexe, il l'est même beaucoup plus que ne l'ont pensé les spécialistes en général; leur attention semble, en effet, avoir été absorbée par le délire des hallucinations, et ils n'ont pas observé, ou du moins ils ont passé sous silence, dans les observations spéciales qu'ils ont publiées, les autres délires qui constituent le fond de la maladie mentale dont les hallucinations ne sont que la conséquence et le relief.

ADDITION A LA SÉANCE DU 1er OCTOBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport en réponse à une lettre de M. le préfet de la Seine ayant pour objet d'appeler l'attention de l'Académie et de réclamer son avis sur la question suivante :

« QUELLE PEUT ÊTRE L'INFLUENCE DU SEIGLE ERGOTÉ SUR LA VIE DES ENFANTS ET SUR CELLE DES MÈRES? »

Par M. DANYAU, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite et fin.)

Les considérations qui précèdent démontrent la nécessité de laisser aux sages-femmes une grande liberté d'action dans les cas d'hémorrhagie, que ces hémorrhagies d'ailleurs succèdent à l'accouchement ou compliquent une fausse-couche. Restreindre en pareil cas le droit de prescription et d'administration dont elles ont joui jusqu'à ce jour serait exposer aux plus grands dangers les femmes confiées à leurs soins. Si, pour de tels accidents, le droit doit être entier et sans réserve, sera-t-il facile, possible même de le limiter quand il s'agira de donner le seigle pour accélérer l'accouchement? Comment permettre dans un cas et interdire dans l'autre? Une sage-femme ne pourra-t-elle pas toujours arguer d'une hémorrhagie qui lui paraissait à craindre et qu'elle a voulu prévenir? Les restrictions, les entraves, seraient donc presque toujours illusoires. Mais d'ailleurs seraient-elles bien légales? La loi du 19 ventôse an XI, qui n'a passé d'être en vigueur, dispose, art. 32, que les sages-femmes devront être examinées sur les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre l'accouchement et sur les moyens d'y remédier, ce qui implique sans doute que le libre emploi de ces moyens leur est accordé. Si un doute pouvait exister sur le droit qui leur est conféré par cet article, le soin pris dans le suivant d'établir une exception, une exception unique relativement à l'application des instruments, trancherait la question d'une manière nette et précise.

En présence d'une législation qui ne fixe point de limites aux prescriptions des sages-femmes, qui, par conséquent leur laisse, en ce qui concerne le seigle ergoté une si grande latitude, le devoir le plus impérieux des personnes chargées de les instruire, n'est-il pas de leur exposer de la manière la plus minutieuse l'ensemble des règles que nous avons rappelées plus haut, de leur en faire sentir toute l'importance et de s'efforcer de les rendre prudentes et réservées? Celui des sages-femmes elles-mêmes n'est-il pas de se bien pénétrer de ces préceptes et de les appliquer religieusement? Si la loi est imparfaite, c'est ainsi seulement qu'on remédiera à ses imperfections. Ne laissât-elle rien à désirer, c'est encore aussi par de vives et sérieuses instructions d'une part, et la plus scrupuleuse réserve de l'autre, qu'on parviendra à neutraliser les dangers d'un médicament d'une si délicate administration.

Qu'il nous soit permis, avant de conclure, d'ajouter quelques mots sur deux points plus obscurs de son histoire et qui se rattachent d'ailleurs à la première partie de la question qui a été posée à l'Académie, à savoir, sa propriété abortive et son action toxique sur le fœtus.

Au premier rang des motifs qui ont rendu, dans le principe, le seigle suspect aux médecins et à l'autorité, il faut placer la crainte du criminel emploi que l'on pourrait en faire. N'était-ce pas un nouveau moyen abortif offert à la perversité, moyen plus redoutable encore que ceux jusqu'alors mis en usage, puisque les coupables, moins retenus par la crainte des accidents et assurés de l'impunité d'un crime qui ne devait pas laisser de traces, auraient le champ libre et ne connaîtraient plus de bornes à leurs entreprises. Ces appréhensions étaient au moins exagérées. Le seigle excite, réveille la contractilité de l'utérus, quand, fatiguée, elle sommeille; il l'éveille difficilement; on a même cru longtemps qu'il ne pourrait l'éveiller quand elle n'a pas encore été mise en jeu. La rareté des avortements, pendant les épidémies d'ergotisme, n'était-elle pas un suffisant motif de sécurité? Mais plus tard cette propriété qu'on avait longtemps déniée au seigle, il se trouve qu'il la possédait au moins à une époque avancée de la gossesse. C'est en la mettant à profit que, dans un grand nombre de cas déjà, l'accouchement a été provoqué avant terme. Ce que les maîtres de l'art ont opéré dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, d'autres n'ont-ils pas pu le faire dans de criminelles intentions? Cette question pa-

raît encore préoccuper l'autorité; c'est ce qu'on peut au moins inférer d'un passage de la lettre de M. le préfet, qui ne mentionne pas à la vérité des faits bien précis. Nous ne pensons pas que le seigle puisse, sans aucun travail commencé, sans impulsion étrangère, sans manœuvre préalable, à lui seul enfin, mettre en jeu les contractions de l'utérus dans la première moitié de la grossesse, qui est celle pendant laquelle le crime d'avortement est le plus souvent commis. Mais ce qu'il ne saurait accomplir tout seul, il peut au moins concourir à l'opérer; et nul doute que dans ces ténébreuses manœuvres il ne fasse partie des moyens employés sinon à la destruction, du moins à l'expulsion du fœtus. Combien, dès lors, n'est-il pas regrettable qu'on ne puisse pas le rendre absolument inaccessible aux mains qui en font un si criminel usage? Ce regret s'accroît encore à la pensée qu'à cinq mois révolus, par exemple, et à plus forte raison à six mois, une mère coupable, spéculant sur la non-viabilité de son enfant, pourrait peut-être obtenir du seigle fourni par un complice, ce qu'elle n'oserait pas demander à des manœuvres dont elle redoute pour elle les conséquences. Les faits signalés à M. le préfet seraient-ils de ce genre?

L'ergot qui tuerait l'enfant, dans ce cas, en le détachant prématurément de sa mère, ne peut-il pas lui être fatal d'une autre façon? On s'était demandé dès l'origine si cette substance ne serait pas toxique pour le fœtus; de tous côtés, à part quelques dissidents bientôt ralliés, la réponse avait été négative, et elle reste telle encore pour la plupart des accoucheurs. Il en est quelques-uns pourtant dont les convictions ont été ébranlées par les résultats, très peu favorables pour l'enfant, de l'accouchement prématuré provoqué à l'aide du seigle. Fr. Ramsbetham, sur 26 cas, ne sauve que 4 enfants, tandis que la rupture des membranes lui donne 19 succès sur 37 opérations. Des 22 enfants de sa première série qui n'ont pas vécu, 14 étaient nés morts; des 12 nés vivants, 1 était mort presque aussitôt, après version faite pour présentation de l'épaule, 3 une beure après sans convulsions, 4 de convulsions, six, dix, quinze et trente-six heures après leur naissance. Hoffmann, produisant, en 1847, une statistique plus étendue qui comprend d'ailleurs la précédente, donne le résumé de 45 cas, sur lesquels 38 fois l'état des enfants est mentionné. Sur ces 38, 15 sont nés morts, 23 vivants. Parmi ces derniers, il en est 5 dont le sort ultérieur n'est pas indiqué; des 18 autres, 12 n'ont pas vécu au delà de trente-six heures. En résumé, 27 morts au moins sur 38 cas! Quant aux mères, il y a eu absence d'accidents cbez toutes celles observées par Ramsbetham, et Hoffmann assure qu'il en a été de même cbez les autres, circonstance fort remarquable assurément, et d'après laquelle l'accoucbeur anglais croit pouvoir conclure que le seigle pris en grande quantité peut être toxique pour le fœtus sans produire aucun symptôme d'empoisonnement chez la mère. Aussi absolue, cette conclusion nous paraît au moins prématurée. Elle ne nous semble pas suffisamment motivée et ne pourrait prendre place dans la science que basée sur des faits plus nombreux et surtout plus complets; dans tous ces cas, la part des influences étrangères n'est pas faite, et en particulier, il est difficile de démêler ce qui est produit par l'action toxique de ce qui peut ne tenir qu'à l'effet ordinaire du sujet. Ramsbetbam donnait sans doute de fortes doses; il est allé 36 grammes. Mais ces fortes doses qu'Hoffmann condamne vivement, et de plus considérables encore sont souvent nécessaires pour amener les contractions utérines à un degré d'énergie tel que le travail franchement déclaré ne se suspende plus et s'accomplisse régulièrement. Quelle que soit l'explication qu'on cberche aux résultats fâcbeux communiqués par Ramsbetbam, les faits sont trop graves pour ne pas faire naître de sérieuses réflexions et même quelques doutes. Les observations de Beathy, qui signale la roideur particulière des membres des enfants morts après l'administration du seigle pendant le travail; les remarquables expériences de Wright sur des femelles pleines dont les portées ont été plus ou moins fâcbeusement atteintes par l'ergot à baute dose, sans que l'action de l'utérus ait été mise en jeu, montrent que la question doit être reprise. L'étude de l'action des médicaments et des poisons sur le fœtus, à travers l'organisme maternel est un des plus importants sujets de la patbologie et de la thérapeutique intra-utérine. Ce qui concerne l'ergot ne pourrait manquer d'y trouver place. Mais les matérieux d'une telle bistoire sont malheureusement épars, peu nombreux, et tout est encore doute et incertitude dans le chapitre qui devrait être consacré au seigle. Nous nous contentons donc, pour ne rien omettre de ce qui a trait aux effets de ce médicament sur le fœtus, de la simple mention d'une action toxique qui, tour à tour admise et rejetée, sera peut-être reconnue un jour, mais est encore loin, quant à présent, d'être démontrée.

(Nous avons donné, dans le compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de Médecine, les conclusions de ce rapport.)

Funérailles de M. le professeur Fouquier.

Les funérailles de M. le professeur Fouquier se sont faites bier au milieu d'un conconrs de monde que l'époque des vacances ne permettait guère d'espérer. Mais la profession médicale et un grand nombre de personnes du monde ont eu à cœur de rendre un dernier bommage à l'homme dont le caractère dominant a toujours été un attachement inébranlable à ses devoirs. Si, en effet, le professeur Fouquier ne laisse pas après lui de grands travaux et une gloire brillante, sa mémoire restera comme celle d'un bomme modèle de modestie, de convenance, de droiture, de dignité, de douceur, de toutes les qualités enfin qui font un médecin-praticien et un bomme sociable. Ce sont là des qualités qui ne méritent pas moins que le talent d'être honorées, et ç'a été un beureux symptôme de voir que ceux qui ont connn M. Fouquier n'avaient point oublié cette vérité. Des paroles pleines de dignité ont été prononcées sur la tombe du savant professeur par MM. Cruveilhier, au nom de la Faculté, Piorry, au nom de l'Académie, Vosseur, au nom de l'Association de prévoyance des médecins de Paris, et Depaul, au nom de la Société de Médecine.

REVUE THERAPEUTIQUE.

Grains sédatifs de cynoglosse (M. Dumont, à Cambrai.)

Depuis quelque temps les prix-courants des maisons de drogueries mentionnent plusienrs préparations nouvelles; sans préjuger de leur valeur, nous croyons être ntile à nos lecteurs en publiant les formules que nous trouvons dans le Répertoire de pharmacie:

Castoréum.	6	grammes.
Safran.	6	—
Oliban.	20	—
Myrrhe.	24	—
Lactucarium.	16	—
Gomme adragante.	14	—
Kermès minéral.	2	—
Ecorce de cynoglosse.	16	—
Sirop de thridace.	Q. S.	

Divisez en pilules argentées de 20 centigrammes. Dose: six par jour, contrel'insomnie, les toux nerveuses, coqueluche, catarrhe, etc.

Pastilles de santonine au chocolat (M. Guichon, à Lyon.)

Santonine.	100	grammes.
Résine de jalap.	5	—
Chocolat surfin.	900	—

Divisez en pastilles de 1 grain.

Dose: nne pastille pour un enfant de nn à deux ans; deux et trois pour cenx an-dessus comme vermifuge.

Sirop dépuratif sulfo-iodé. (M. Guichon, à Lyon.)

Séné palthe.	500	grammes.
Fleurs de pêcher.	500	—
Eau.	4,000	—
Eau de rose.	1,000	—
Sucre	9,000	—

Faites un sirop; ajoutez:

Iodure de soufre.	10	—
Alcool absolu.	Q. S.	

Pour dissoudre, ajoutez la solution an sirop à moitié refroidi.

NOUVELLES.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Rey, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à celui de Marseille.

M. Arondel, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Grémeaud, chirurgien sons-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Maubeuge.

M. Meunier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Dautezac, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Cros-Caillou, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Miltemberger, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vangirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 120. (23e ANNEE.) JEUDI 10 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de Médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 9 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Pour la première fois depuis les vacances, l'Académie s'est aperçue de la saison des vendanges. De plusieurs rapporteurs et de plusieurs orateurs étrangers qui ont été appelés à la tribune, deux seuls ont répondu à l'appel.

Le premier, qu'on est toujours sûr de trouver au poste du devoir, est M. H. Gaultier de Claubry, qui est venu lire une série de rapports sur des remèdes secrets: mission ingrate, mais à laquelle l'auteur sait encore donner de l'intérêt par l'intelligente concision, la netteté et l'esprit judicieux avec lesquels il formule ses conclusions. Nous avons regretté que dans l'un de ses rapports M. Gaultier de Claubry ait eu des reproches graves à adresser à certains membres du corps médical, qui ne craignent pas de prêter leur concours à de fâcheuses illégalités, en servant d'intermédiaires à la propagation de remèdes secrets dépourvus de toute valeur scientifique ou pratique; mais plus l'accomplissement d'un tel devoir nous a affligé, plus nous louerons l'honorable rapporteur de n'y avoir point manqué. Ce n'est que par une juste et persévérante sévérité que l'Académie pourra contribuer à réprimer les déplorables écarts, les regrettables oublis de toute dignité que nous avons trop souvent à déplorer dans notre profession.

Le second orateur qui a répondu à l'appel de M. le président est un jeune chirurgien des hôpitaux, déjà connu par quelques travaux utiles. M. Alphonse Guérin a lu une intéressante note sur les fonctions du bulbe de l'urètre. Prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, anatomiste instruit, M. A. Guérin s'est livré à une discussion approfondie, à des aperçus nouveaux et ingénieux sur le problème qu'il s'était proposé. Est-il arrivé à une solution irréfutable? C'est ce que nous n'oserions affirmer, non plus que nier. Les faits sur lesquels il se fonde pour établir sa théorie sont d'une observation trop délicate, d'une inter prétation trop difficile, pour que nous nous permettions de les juger à une première audition. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que le travail du jeune anatomiste a vivement intéressé ceux qui en ont entendu la lecture. On aurait seulement pu désirer que M. Guérin eût donné un vernis un peu plus académique à certains passages de sa note, afin de mettre ainsi la forme au même niveau que le fond.

Nous ne devons pas oublier de dire quelques mots du discours que M. Piorry a prononcé sur la tombe de son digne collègue, M. Fouquier. Ce discours, accueilli par un sentiment d'unanime approbation, n'a pas été moins remarquable par l'élévation et l'honnêteté des pensées que par l'élégance et la convenance parfaite des expressions.

Enfin, nous ne terminerons pas sans mentionner aussi une réclamation très digne de M. Blaud à propos du jugement rendu tout récemment par l'Académie sur une demande qu'il lui avait adressée. Nous n'avons rien à dire sur le fond même de la réclamation de M. Blaud; nos réflexions sur la séance où la demande de cet honorable praticien a été jugée nous en dispensent, et nous y renvoyons nos lecteurs. H. DE CASTELNAU.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Maladies de la peau.

De la syphilide papuleuse. Symptômes primitifs et secondaires de la syphilis. — De l'urticaire. De ses différentes formes et de son traitement.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Parmi les malades nouvellement entrés dans nos salles, se trouve une femme qui présente une éruption dont la nature et la forme méritent de fixer un instant notre attention. Cette éruption est une de celles que l'on rencontre assez rarement; elle consiste dans une syphilide papuleuse répandue sur les bras et sur le cou, et caractérisée par des élévations solides légèrement acuminées, non accompagnées de desquamation, qui se font remarquer par une coloration spéciale.

La syphilide papuleuse peut se montrer sous deux aspects; tantôt elle est formée par des papules qu'on pourrait comparer, eu égard à leur extrême petitesse, aux vésicules de la miliaire. Ces papules sont toujours confluentes, elles ont un brillant qui, à part les autres moyens de diagnostic, suffirait à les faire reconnaître. Tantôt, au contraire, la syphilide papuleuse apparaît sous forme de papules larges, mais disséminées, qui se voient rarement sur toute la surface du corps, qui n'occupent presque jamais le ventre et la poitrine, et envahissent de préférence le cou et la face externe des membres.

De là résultent deux formes bien distinctes, formes auxquelles il ne faudrait pas néanmoins attacher une trop grande importance. La première correspond au lichen; elle a reçu le nom de lichen syphilitique. L'une et l'autre, elles se distinguent des affections lichénoïdes ordinaires par un caractère qui, de même que la couleur spéciale, leur est commun; nous voulons parler de l'absence à peu près constante de prurit. Ce phénomène, dans les cas très rares où il existe, est si peu marqué, qu'on peut, sans inconvénient, n'en pas tenir compte.

La syphilide papuleuse, envisagée dans ses rapports avec la syphilis, a été de la part de quelques pathologistes l'objet d'intéressantes remarques. Carmichael, qui a cherché à établir une corrélation entre la forme des symptômes primitifs et celle des symptômes secondaires, assure qu'elle ne se développe jamais chez les personnes qui ont eu un chancre huntérien, mais seulement chez celles qui ont été affectées d'un ulcère superficiel, et que, d'un autre côté, de toutes les éruptions elle est celle qui se manifeste le plus tôt après les symptômes primitifs.

De nombreuses exceptions sont venues démentir la première de ces assertions; la seconde est loin d'être dénuée de toute espèce de fondement: pour notre part, nous avons pu acquérir la certitude que la syphilide papuleuse est une de celles qui existent quelquefois comme symptôme primitif. Nous devons entrer dans quelques explications à ce sujet.

La syphilis comprend deux états bien distincts, un état aigu et primitif marqué par l'apparition de certains symptômes, tels que le chancre, et un état constitutionnel qui se manifeste plusieurs mois ou plusieurs années après le premier, alors que les symptômes dont il était accompagné ont disparu. Dans l'état primitif, le malade est sous l'influence d'un empoisonnement aigu, variable dans sa durée, mais toujours semblable à lui-même; les symptômes qui apparaissent pendant le cours de cet empoisonnement, qui en sont, pour ainsi parler, l'expression extérieure, ont été depuis longtemps regardés par nous comme des symptômes primitifs. Ils sont de diverses espèces (c'est un fait d'observation sur lequel nous n'avons pas besoin d'insister) et renferment, entre autres manifestations phénoméniques, des syphilides primitives. Par cette dénomination, nous entendons désigner non-seulement les éruptions syphilitiques qui se déclarent pendant l'empoisonnement aigu en dehors de tout autre symptôme, mais encore celles qui coïncident avec un chancre ou une blennorrhagie, et auxquelles on a cru devoir donner les noms de symptômes de transition et de symptômes successifs, fait qui témoigne combien peu on a cherché à mettre en doute la réalité de leur existence.

Il n'est pas une forme de syphilide qui ne puisse être une syphilide primitive; ici nous devons citer en premier lieu la syphilide papuleuse: parmi les éruptions syphilitiques qui apparaissent dans le cours de la blennorrhagie, le lichen syphilitique est celle qu'on observe le plus ordinairement.

La syphilide papuleuse à larges papules, celle dont nous avons un exemple sous les yeux, constitue en général un symptôme secondaire, c'est-à-dire un symptôme qui accompagne l'état constitutionnel que nous venons de mentionner et qui commence à partir du moment où le malade a été guéri de l'empoisonnement aigu soit par l'action spontanée de l'organisme, soit par l'effet d'un traitement approprié. Dans cette nouvelle période de la syphilis, on voit, à la suite des influences les plus variées, des symptômes d'un nouvel ordre dont personne ne conteste la nature vénérienne, ce sont les symptômes secondaires ou symptômes consécutifs.

Il est à remarquer que les syphilides qui se montrent le plus souvent comme symptômes secondaires existent quelquefois à titre de symptômes primitifs; on peut donner en exemple les cas où l'on a vu des éruptions squameuses coïncider avec des phénomènes primitifs d'une autre nature.

Les syphilides peuvent être l'expression unique de l'état aigu de la syphilis. Lorsque ces sortes d'éruptions jouent le rôle de symptôme secondaire, elles n'apparaissent jamais sans le concours d'une cause occasionnelle; cette circonstance les distingue des syphilides primitives; chez notre malade, l'éruption papuleuse s'est développée à la suite d'une violente colère.

L'urticaire est une maladie très commune depuis quelque temps; cette grande fréquence doit sans doute être attribuée aux changements de température qui sont récemment survenus, changements de température qu'on peut ranger parmi les causes de l'urticaire. Hier est entré dans nos salles un homme chez lequel cette affection a été annoncée par des démangeaisons; le soir, il a été pris d'un frisson, auquel ont succédé un mouvement fébrile et une éruption générale caractérisée par des plaques prurigineuses.

L'urticaire aiguë affecte tantôt une forme continue, tantôt une forme intermittente. Dans le premier cas, sa durée est ordinairement de quelques jours: les laxatifs, les boissons émollientes, les bains en triomphent facilement. Dans le second, qui est aussi celui qu'on rencontre le plus souvent, l'accès de fièvre intermittente qui l'accompagne paraît être sous la dépendance de l'éruption; les démangeaisons sont tellement vives qu'on peut à bon droit rapprocher cette maladie des affections nerveuses.

L'urticaire chronique présente le plus grand intérêt; c'est ordinairement une maladie très tenace, dont la durée est quelquefois non-seulement de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, mais de plusieurs années. Comme l'urticaire aiguë, elle peut affecter deux formes différentes.

La plus simple est celle dont nous avons depuis trois semaines un exemple sous les yeux; elle a pour caractère la disparition partielle et le renouvellement incessant des plaques. Les malades sont pris le soir de démangeaisons; bientôt se manifestent de larges élévations, qui en général ont un siége de prédilection bien marqué, tel que les lombes ou les fesses, et qui le matin peuvent occuper la face externe des membres. La durée de ces élévations est de quelques heures; de nouvelles plaques les remplacent lorsqu'elles ont disparu; on ignore la cause de leur développement; il est permis de la rapporter avec assez de vraisemblance aux changements de température, à l'ingestion des aliments et au travail de la digestion, circonstances qui se trouvent ordinairement réunies vers la fin de la journée.

La seconde forme d'urticaire chronique est celle à laquelle a été réservé le nom d'*urticaria evanida;* elle est, sans contredit, la plus rebelle et la plus tenace. Elle atteint presque exclusivement les femmes, surtout celles dont la peau est fine et très blanche, et chez lesquelles la prédominance du système nerveux se révèle par une extrême irritabilité. Elle se réduit à une plaque unique qui, sous le rapport de la forme qu'elle revêt et du siége qu'elle occupe, offre les particularités les plus singulières. Il nous est assez souvent arrivé de trouver des jeunes filles chez lesquelles la rougeur causée par une impression quelconque était remplacée par une ligne rougeâtre plus ou moins longue et semblable, en tout, à la trace que laisse un coup de fouet. Nous avons également rencontré des personnes qui, à la suite d'une légère pression, voyaient de nouveau apparaître leur plaque d'urticaire; on aurait pu penser qu'il s'agissait moins d'une maladie que d'un état particulier qui rendait apte à la contracter.

L'urticaire chronique, de même que l'urticaire aiguë, peut se montrer d'une manière intermittente. Elle prend quelquefois un caractère particulier; le plus souvent elle ne diffère pas de l'urticaire ordinaire; elle revient avec les mêmes plaques à des intervalles réguliers dont la durée est en général de deux, de quatre ou de huit jours, et s'élève rarement à un espace de temps plus considérable. Nous avons été témoin d'un fait de ce genre; l'éruption consistait en une large plaque qui se faisait remarquer par un gonflement considérable, une démangeaison douloureuse et la présence de nodosités; elle occupait le pénis et se reproduisait tous les quinze jours: sa durée était de quelques jours.

Les nodosités dont nous venons de parler acquièrent souvent un accroissement tel qu'elles forment le caractère le plus saillant de la maladie; il en résulte une variété très distincte à laquelle Willan a donné le nom d'*urticaria tuberosa*. L'intensité des accès peut être assez grande pour mettre la vie du malade en danger. Des congestions plus ou moins étendues se font sur les divers points de la peau, sur le tronc et sur le cou, aux membres et au visage; bientôt apparaissent des tumeurs dures et saillantes; leur volume, qui égale en moyenne celui d'un œuf, semble indiquer qu'elles ont leur siége jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané; un gonflement vaste et profond existe à leur périphérie; cependant la respiration devient difficile, le malade est menacé de suffocation, la mort par asphyxie est imminente: de larges émissions sanguines peuvent seules le sauver. Dans les faits de ce genre dont nous avons été témoin, l'éruption était bornée aux membres; elle était suivie d'une hémorrhagie, après laquelle on voyait le liquide épanché passer du brun au violet, du violet au jaune, et suivre toutes les phases qui marquent la résorption des épanchements sanguins.

Il est facile de prévoir, après la description qui vient d'être faite, que le traitement de l'urticaire doit varier avec les différentes formes de la maladie. Il est toujours d'une grande simplicité lorsqu'il a pour objet de combattre l'urticaire aiguë. Nous pensons qu'il convient de s'abstenir de la saignée, même lorsque la plénitude du pouls semble l'indiquer; la diète, les boissons acidulées, les laxatifs, les bains émollients suffisent pour que la maladie se termine sans desquamation. Du reste, il est bon de rappeler que ce dernier phénomène dont Franck a fait mention ne s'est jamais montré que dans des cas où

l'urticaire était compliquée d'érythème, et que, dans ces sortes de circonstauces, la chute des squames a eu lieu, non à la surface des plaques d'urticaire, mais à leur périphérie. Lorsque la maladie affecte le type intermittent, il faut, aux moyens précédents, joindre l'administration du sulfate de quinine ; elle cède d'une manière à peu près constante. L'état saburral des premières voies, de même que dans les circonstances ordinaires, réclame les éméto-catbartiques.

Lorsqu'il s'agit d'une urticaire cbronique, le praticien doit, avant tout, recbercber les troubles, quels qu'ils soient, qui peuvent causer ou entretenir le mal. Il arrive souvent, en effet, que la persistance de l'urticaire est due, par exemple, à des désordres fonctionnels de l'appareil digestif, tels que la diminution de sécrétiou de la bile et la constipation qui en est la conséquence. Fréquemment il existe des gastralgies. Presque toujours on a l'occasion de remarquer que la langue est sale et chargée, et que les digestions sont pénibles.

Les préparations alcalines et les eaux de Vichy, comme il est permis de le conjecturer par ce qui vient d'être dit, réussissent dans un certain nombre de cas.

On est assez disposé à attribuer à l'usage des bains en général une efficacité qu'ils ne possèdent nullement ; ainsi les bains froids, qui calment, au moins pour quelque temps, les démangeaisons et la chaleur brûlante de la peau, exercent constamment une action défavorable. On n'ignore pas d'ailleurs que les bains de rivière, et surtout les bains de mer, sont une des causes qui provoquent l'apparition de l'urticaire avec état fébrile. L'effet des bains émollients est absolument nul. Quant aux bains composés, sulfureux ou alcalins, ils peuvent momentanément faire cesser le prurit ; mais jamais ils n'ont d'influence beureuse sur la marche de la maladie.

Les bains de vapeur simples (sans aspersions avec l'eau froide ou l'eau tiède) paraissent seuls avoir une réelle et incontestable utilité. Ils constituent un genre de médication auquel on doit rattacher l'usage des vêtements de flanelle.

Un autre mode de traitement consiste dans l'emploi des antispasmodiques ; il réussit principalement cbez les personnes nerveuses et délicates.

Lorsque les divers moyens que nous venons d'énumérer ont échoué, on doit avoir recours aux préparations arsenicales ; elles peuvent procurer les guérisons les plus complètes. Nous donnons babituellement la liqueur de Pearson à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Nous n'essayerons pas d'expliquer l'action intime de l'arsenic ; ce que nous pouvons dire, c'est qu'il nous a réussi daus des variétés d'urticaire, où le sulfate de quinine, aussi bien que les préparations alcalines, était demeuré sans effet; circonstance qui nous autorise à penser qu'il n'a pas opéré à titre d'antipériodique. Quoi qu'il en soit, c'est surtout dans les formes graves d'urticaire, et en particulier dans l'*urticaria tuberosa* qu'il nous a rendu de grauds services; il nous a toujours été d'un secours efficace dans les diverses formes cbroniques.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séanoe du 8 octobre. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Envoi par le ministre de l'agriculture et du commerce de plusieurs états de vaccinations;

2° Envoi d'une relation de l'épidémie de choléra qui a régné à Sulppes (Marne) ;

3° Envoi d'un relation de l'épidémie de suette miliaire qui a régné à Cailleville (Seine-Inférieure) ;

4° Plusieurs documents relatifs a l'*Annuaire des eaux de la France.*

Correspondance manuscrite. — Pilules de Blaud.

M. Blaud transmet à l'Académie un écbantillon de ses pilules conservées depuis neuf mois, afin de prouver leur inaltérabilité. Il prie l'Académie de soumettre à un nouveau jugement la décision qu'elle a prise relativement à ce médicament. Enfin il se plaint que l'Académie ait pu penser un instant à l'abus qu'on pourrait faire de son approbation.

M. le président fait observer que l'Académie n'a nullement mis en suspicion les intentions de M. Blaud. Elle a seulement apprécié les pilules au point de vue pbarmaceutique, et elle a émis sur ce sujet un jugement sur lequel elle ne peut délibérer.

Effets de la vaccine,

M. Delfrayssé (de Cabors) pense que le virus vaccin ne préserve de la variole que lorsqu'il détermine une certaine réaction, et que pour obtenir toujours cette réaction il faut faire vingt-cinq ou trente piqûres sur diverses régions du corps, au lieu de se contenter de trois ou quatre sur les bras.

Topographie médicale.

M. Macario envoie la topographie médicale du canton de Sancergues (Cber).

Remèdes secrets.

M. H. Gaultier de Claubry lit plusieurs rapports défavorables sur des remèdes secrets.

Funérailles de M. Fouquier.

M. Piorry donne lecture du discours suivant, qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux funérailles de M. le professeur Fouquier.

La douleur dispose mal à parler du savant sur la tombe de l'ami ; excusez-moi donc, Messieurs, si, cherchant à vous exprimer les sentiments éprouvés dans ce jour néfaste par l'Académie, il arrive que le souvenir de l'homme de bien domine les pensées que falt naître l'honorable carrière du médecin et du professeur.

M. Fouquier atteignait sa soixaute quatorzième année au moment même où il éprouva la douleur la plus grande que puisse ressentir un père.

La jeune femme qu'il venait d'unir au fils de l'un de nos collègues, l'enfant de cette fille chérie dont la tendresse et les talents avaient été le charme de son existence, succomba ce jour-là à une maladie dont rien ne put entraver la marche fatale.

M. Fouquier avait déjà trouvé dans sou courage des forces pour supporter de bien vives douleurs. Peu de temps s'était écoulé depuis la mort de la compagne de sa vie ; il avait vu la royale famille dont il était le médecin dévoué retourner à la terre d'exil.

Les revers de fortune l'avaient peu touché ; mais ses affections avaient été cruellement frappées. Il était calme, mais il souffrait ; ses amis voyaient depuis plusieurs mois ses traits s'altérer, et sa résignation, toute réelle qu'elle était, ne cachait pas moins un chagrin profond. Ce dernier coup le frappa à mort. L'immense influence de la pensée sur l'organisme se révéla chez lui dc la manière la plus cruelle, et le tombeau de la jeune épouse ornée encore de la couronne nuptiale se tint entr'ouvert pour recevoir les dépouilles mortelles du père qui la pleurait.

Par une fatale coïncidence, le monarque que l'excellent Fouquier affectionnait périssait presque en même temps à la suite d'une lente agonie, et les souffrances du médecin ne lui avaient pas permis de donner des soins à l'auguste malade.

Triste destinée de l'homme, calculs décevants de la raison pour l'avenir, vaines espérances de honheur ! Vous êtes donc toujours des sables mouvants sur lesquels aucune base ne peut se fonder ! Consolations de la vieillesse, il suffit d'un souffle de la mort pour vous anéantir, et pour que la douleur borde de cyprés le terme de la route que l'homme avait lahorieusement mais heureusement parcourue !

La vie de M. Fonquier est un mémorable exemple des résultats que donnent le travail, la conduite et la probité. Ses premiers pas dans notre honorable mais difficile carrière, marquèrent à peine dans une époque sinistre mais suhlime de notre histoire. Quelques places de second ordre furent les résultats de ses premiers efforts. Chargé plus tard d'un service à l'hôpital de la Charité, il y déploya cet ensemble de qualités qui lui avaient déjà donné pour appui même des hommes dont le nom ne se prononçait qu'avec terreur. Le médecin hahile et modeste, le praticien convaincu et zélé fut, à l'hôpital, le frère et le consolateur des pauvres. L'élection l'appela à la Faculté. Ses nombreux élèves, devenus médecins, comptèrent bientôt parmi les amis de leur digne maître. Corvisart ne professait plus ; il était difficile d'entendre la voix débile de l'excellent Pinel, la Société d'instruction médicale languissait sous un chef devenu vieux. MM. Récamier et Chomel n'étaient pas encore élus ; c'était donc sur M. Fouquier que reposait en quelque sorte l'espoir de la jeunesse studieuse.

Il était impossihle que M. Fouquier ne fît pas partie des membres de l'Académie alors qu'elle fut fondée ; là, comme ailleurs, il mérita l'estime et l'affection générales. Indulgent pour les opinions, ne tenant aux siennes que par conviction, aimant la science pour elle et pour l'humanité, il cherchait toujours à diriger sa conduite par la justice et par la conscience. Nul médecin mieux que lui ne comprenait la dignité professionnelle ; il aimait les hommes de travail et de progrès, parce que lui-même se livrait à l'étude utile. Juge de concours, il prenait l'impartialité pour base de son vote. Venait-il à hésiter entre des compétiteurs dont les mérites se balançaient, il se consolait de la nécessité de faire un cboix entre des capacités par l'espoir d'être plus tard utile à ceux que le bonheur des épreuves n'avait pas favorisés. Il n'entendait alors que la voix de l'amitié, du bien et du juste, et il restait sourd aux recommandations du favoritisme.

Devenu plus âgé, il suivait antant que ses forces le lui permettaient la marche progressive de la science. Son service d'hôpital était onvert aux hommes d'expérimentation prudente, alors que sa lucidité d'esprit lui faisait voir en eux des gens honnêtes, humains et instruits. Son affection suivait de près son estime. Il n'oubliait pas ses amis, qui étaient pour lui une nouvelle famille ; la haine, le désir de rendre offense pour offense lui étaient étrangers ; s'il s'éleva contre des exagérations de l'Ecole du Val-de-Grâce, il le fit en général avec courtoisie et convenance, et sa pratique fut modifiée par le bon côté des doctrines nouvelles : il tenait peu à ses plus anciennes idées, et certes la médecine organique a perdu en lui un de ses plus zélés défenseurs ; sa bienveillance semblait parfois le jeter dans l'hésitation, mais il n'en suivait pas moins la ligne de conduite que sa conscience lui avait tracée. M. Fouquier regardait ses malades comme ses enfants, et tel jeune médecin auquel il prodigua ses soins plus tard en lui trouva un père. On le vit avoir une opinion opposée à celle d'un fébricitant que d'autres à tort croyaient être en délire, se laisser convaincre par de bonnes raisons et sauver ainsi la vie du malade ; sa sagacité était grande. Un jour, sans le secours des moyens physiques de diagnose, il devina qu'un rein était atrophié et qu'un calcul houchait l'uretère du côté opposé. C'est lui qui commença à éclairer l'histoire obscure des névralgies intercostales. Il fit des recherches intéressantes sur l'emploi thérapeutique de la strichnine, de la brucine et de quelques autres médicaments actifs. Des traductions estimées de Brown et de Celse, quelques mémoires, parmi lesquels il faut citer un travail remarquahle sur les avantages d'une constitution faihle, firent partie de ses publications.

La science regrettera toujours que le consciencieux et habile Fouquier ait été dans l'impossihilité de réaliser l'idée que, devant moi, il avait émise de réunir dans un ouvrage les principaux faits recueillis dans sa longue et utile pratique.

M. le professeur Fouquier réunissait toutes les qualités de l'honnête homme, exerçait sa profession avec une noble indépendance. Il secourut de nombreuses infortunes. Il présentait au plus baut degré ces formes aimables de la politesse et de la honne compagnie, que tant d'autres négligent trop et dont les corps savants devraient toujours donner l'exemple. Il était un modèle parfait de cette convenance et de cette urbanité que doivent mettre en toutes choses les médecins et les hommes de science.

M. Fouquier, qui si souvent approchait des rois, avait conservé les idées libérales que notre mémorahle révolution lui avait inspirées ; mais il entourait ses actions de ce vernis aimable qui faisait le charme de l'ancienne société française ; ceci n'excluait en rien cette apparence de sang-froid, cette gravité tempérée par la hienveillance dont ses traits bien accentués formaient un remarquable type.

Mais, Messieurs, je me laisse entraîner par le sentiment de vénération que j'éprouvais pour mon digne collègue, et je crains en cherchant à vous le peindre tel que je le voyais de diminuer l'impression profonde que son souvenir laisse vivre en vous.

La mort de M. Fouquier nous fait perdre un frère ou un ami, car personne mieux que lui n'a compris qu'il n'est dans cette courte vie qu'un senl élément du vrai bonheur. L'affection que l'on porte aux autres et qui retombe inévitablement sur soi-même. La vie médicale et scientifique de notre estimable collègue aura bientôt un exact et judicieux historien dans l'Académie ; nous ne pouvons trouver aujourd'hui que des regrets et des larmes pour exprimer nos sentiments.

Notre ami s'est éteint dans un paisible sommeil. Il s'est sans doute déjà réveillé pour vivre dans un monde meilleur, où il trouvera la récompense d'une vie consacrée à l'humanité et à l'accomplissement des devoirs imposés à l'honnête homme.

Adieu, mon estimable maître, mon excellent ami, sur cette terre où vous êtes encore, car vous restez dans le souvenir et dans le cœur de tous ceux qui ont été assez heureux pour vous connaître et pour vous apprécier.

Fonctions du bulbe de l'urètre.

M. Guérin (de Vannes), chirurgien du Bureau central, donne lecture de la note suivante :

« Ma position à l'amphithéâtre des hôpitaux m'ayant mis à même de constater un grand nombre de lésions fort intéressantes des organes génito-urinaires, j'ai été amené à étudier d'une manière toute spéciale l'anatomie de cet appareil. Déjà, dans une note précédente, j'ai décrit une valvule située sur la paroi supérieure du canal de l'urètre, derrière la fosse naviculaire, et j'ai établi qu'elle constitue un état normal qui avait été pris à tort, par les urologistes, pour une lésion pathologique.

» La découverte de cette valvule, regardée par M. Serres comme l'analogue de l'bymen de la femme, ayant fixé mon attention sur les fonctions de la portion spongieuse du canal de l'urètre, je n'ai pas tardé à trouver insuffisante l'explication donnée jusqu'à ce jour du mécanisme de l'excrétion de l'urine.

» Si, en effet, les physiologistes ont parfaitement discuté les actions nerveuse et musculaires en vertu desquelles l'urine est expulsée de la vessie dans le canal de l'urètre ; ils se sont contentés de bien peu de chose en ce qui est relatif à l'excrétion de l'urine, quand, arrivée dans la portion spongieuse, elle n'a plus qu'une faible partie de l'impulsion qui lui a été communiquée par la vessie et les muscles de la paroi abdominale antérieure.

» On comprend sans doute facilement comment ce liquide sort par l'urètre sous l'influence de la pression exercée par la vessie, lorsqu'il s'écoule à plein canal. Mais il n'en est plus de même pour les dernières gouttes d'urine quand elles sont arrivées en avant du bulbe urétral. Pour expliquer l'excrétion de l'urine dans cette dernière partie du canal de l'urètre, les physiologistes n'ont invoqué d'autre puissance que l'action contractile des parois. Or, quelle est cette force contractile d'un tissu qui n'a rien de musculaire ?

» Je sais bien que quelques anatomistes prétendent avoir vu dans le tissu érectile des fibres semblables à celles des muscles ; mais l'existence de pareilles fibres a encore besoin d'être démontrée ; et j'espère que le mécanisme des fonctions du tissu érectile de l'urètre, qui sera exposé plus bas, nous permettra de ne plus avoir recours à ces fibres, dont il paraissait jusqu'ici difficile de se passer.

» On faisait bien encore intervenir le muscle bulbo-caverneux et le releveur de l'anus ; mais il était facile de voir qu'on ne savait pas bien quel rôle jouent les muscles dans le phénomène physiologique de l'excrétion urinaire.

» Malheureusement les pbysiologistes ne croyant pas en avoir besoin, se sont tous contentés de dire oui, il est de nature érectile comme les parois dn canal de l'urètre, comme le gland et les corps caverneux ; mais pourquoi le tissu érectile forme-t-il cette masse appelée bulbe urétral ? Personne ne semble s'en être préoccupé. Est-ce pour ajouter aux tendances érectiles des organes de la copulation ? Cela ne serait pas impossible ; mais une pareille opinion ne pourrait être qu'une hypothèse.

» D'ailleurs, pourquoi le bulbe, pourquoi ce réservoir sanguin ajouté à un organe suffisamment érectile ? S'il avait dû servir à la copulatiou, n'eût-il donc pas été un annexe des corps caverneux ? Or, les anatomistes savent très bien qu'ils ne s'injectent point l'un par l'autre.

» Puisqu'il appartient au canal de l'urètre, le bulbe doit avoir une destination relative à l'excrétion de l'urine.

» Ce raisonnement m'amena bientôt à faire un rapprochement. Voilà, me dis-je, un organe auquel les pbysiologistes n'ont attribué aucune fonction ; d'un autre côté, ils n'ont pas trouvé d'explication suffisante de l'impulsion de l'urine abandonnée dans la portion spongieuse de l'urètre. Ne serait-ce pas à cette excrétion qu'est destiné le bulbe urétral ?

» Je commençai alors à examiner ce qui se passe chez un homme qui, comme on le dit assez vulgairement, donne le dernier coup de piston pour cbasser les dernières gouttes d'urine contenues dans le canal de l'urètre, je vis aussitôt que les parois de ce canal se gonflent en ce moment, et que le gland subit un mouvement de propulsion en avant, qu'il est impossible de ne pas reconnaître. Je constatai aussi que ce phénomène est d'autant plus sensible que la contraction du muscle bulbo-caverneux a été plus vive, et qu'en outre la turgescence des parois de l'urètre et du gland est consécutive et liée intimement à la contraction de ce muscle.

» Mais comment le muscle bulbo-caverneux peut-il avoir une pareille influence sur le gland et sur les parois du canal de l'urètre ? Voilà ce qui a échappé aux pbysiologistes, quoique bien simple assurément. Lorsque le muscle bulbo-caverneux entre en contraction, il presse le bulbe et tend à l'aplatir sur les corps caverneux, d'où naît une impulsion du bulbe vers le gland qui pousse l'ondée sanguine en ce sens, et détermine la turgescence signalée plus haut.

» Cette propulsion du sang accumulé dans le bulbe étant admise, il est clair qu'elle tendra à rapprocher la paroi inférieure du canal de l'urètre de sa paroi supérieure, et que le liquide contenu dans la portion spongieuse sera aussi lancé plus ou moins loin à l'extérieur.

» Si cette théorie est vraie, le muscle bulho-caverneux reste bien, comme par le passé, un accélérateur de l'urine ; mais lorsque ce liquide, arrivé dans la partie antérieure du canal de l'urètre, ne subit plus l'influence des contractions de la vessie et des parois abdominales, il ne peut plus être expulsé par le muscle bulbo-caverneux, qu'à la condition qu'une colonne sanguine placée au-dessous de ce muscle viendra presser l'urine d'arrière en avant tout le long de cette portion du canal qui est dépourvue d'appareil musculaire.

» Ainsi, pour que l'action du muscle bulbo-caverneux s'exerce sur l'excrétion de l'urine, il faut un intermédiaire, qui est le bulbo-urétral ; réservoir sanguin d'où le sang est expulsé vers le gland toutes les fois que le muscle accélérateur de l'urine entre en contraction.

» Une pareille opinion sur le rôle du sang dans l'excrétion de l'urine était trop neuve pour qu'elle n'eût pas besoin d'être démontrée expérimentalement. Aussi n'ai-je voulu en entretenir l'Académie qu'après avoir fait l'expérience suivante, qui, je l'espère, est de nature à satisfaire les esprits les plus exigeants.

» Ayant ouvert la vessie d'un cadavre, j'y introduisis la canule d'une seringue, par laquelle j'injectai une grande quantité d'eau qui bientôt commença à s'écouler par le méat urinaire, et ayant incisé le bulbe je fixai dans l'ouverture une petite canule au moyen d'une suture entortillée, et je pus injecter du liquide dans le tissu caverneux du canal de l'urètre.

» Je constatai alors que le jet de l'eau poussée par la seringue dans la vessie, était manifestement accéléré chaque fois que je poussais le piston de la seringue adaptée au bulbe.

» Puis, ayant cessé d'injecter avec la première seringue, je vis que l'injection faite alors dans le bulbe expulsait au dehors et avec assez de force le liquide resté dans le canal de l'urètre.

» Cette expérience, répétée six ou huit fois, m'ayant toujours donné le même résultat, il n'y a plus pour moi de doute possible sur les fonctions du bulbe. *C'est une annexe du canal de l'urètre destinée à l'excrétion de l'urine contenue dans la partie de ce canal qui est au-devant de la portion membraneuse*, et ce n'est que par cet organe que le muscle bulbo-caverneux est *accélérateur* et l'intermédiaire de l'urine. Si je ne me fais pas illusion, la découverte des fonctions du bulbe de l'urètre et du sang qui remplit les mailles du tissu caverneux urétral, nous donnera l'explication de plus d'un phénomène incompris jusqu'ici.

» Ainsi, par exemple, tous les chirurgiens ont remarqué que le gland du pénis se gonfle et devient turgide chez les hommes qui font de vains efforts pour uriner, sans qu'on ait pu jusqu'à ce jour donner de ce fait une explication satisfaisante. On était porté à croire que cette turgescence du gland devait être comparée à l'état de plénitude où se trouve l'ensemble du système veineux lorsqu'un effort quelconque entrave l'aspiration du sang des veines par les organes thoraciques.

» On pouvait encore l'attribuer à une irritation sympathique; mais tout cela est-il bien satisfaisant?

» Voici, je crois, comment on peut expliquer ce phénomène. Sous l'influence de l'irritation de la membrane muqueuse urétrale, le muscle bulbo-caverneux se contracte, et, pressant le bulbe, il pousse le sang vers le gland, et l'y maintient tant que dure sa contraction.

» Permettez moi, avant de finir, de citer une autre application du fait physiologique que je viens de signaler à l'Académie :

» Tout le monde sait que dans les rétrécissements avec inflammation chronique de la membrane muqueuse urétrale, les malades, lorsqu'ils pissent, laissent tomber dans leur culotte quelques gouttes d'urine qui séjournent dans le canal de l'urètre, tant que la verge est dans une position horizontale. Eh bien, l'explication de ce fait nous semble une conséquence naturelle de ce que nous avons dit plus haut. N'est-il pas évident, en effet, que la membrane muqueuse venant à s'épaissir et à s'indurer, offre une résistance insurmontable à la pression par laquelle le sang du bulbe tend à mettre en contact les deux parois opposées du canal de l'urètre? » (Commissaires : MM. Bérard et Ségalas.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 septembre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

—A propos du procès-verbal, M. Boinet expose le résumé des observations d'abcès par congestion rapportées par M. Guérin. Ces observations sont au nombre de 96. Deux malades seulement ont guéri après un traitement longtemps continué, des ponctions multiples. J'aurais pu rappeler ces faits dans mon travail si j'avais voulu prouver que par d'autres traitements que le mien on guérit les abcès par congestion; mais je voulais prouver seulement que ma manière de faire était plus rapide et plus avantageuse aux malades.

M. Forget fait observer qu'en citant les faits de M. Guérin il n'a pas voulu dire que le traitement institué par ce chirurgien fût supérieur à celui de M. Boinet. Sa pensée est que notre confrère, en signalant les tentatives faites avant lui, eût donné encore plus d'intérêt à son travail.

M. Robert. M. Boinet, dont j'approuve les tentatives, a-t-il atteint son but, et nous a-t-il donné un traitement curatif efficace des abcès par congestion? Pour moi, je ne le crois pas. En effet, en écoutant la lecture du travail de notre confrère, mon esprit se reporte au temps de Boyer, où les causes des abcès par congestion n'étaient point suffisamment spécifiés. Il eût fallu distinguer les abcès qui tiennent à une carie, à une nécrose ou à des tubercules; il fallait distinguer les abcès qui se lient à une affection superficielle des os qui ont un court trajet, de ceux, au contraire, qui ont un long trajet et qui sont profondément placés; sans toutes ces distinctions, on ne peut rien conclure; car la gravité de ces abcès tient à toutes ces circonstances. Puis, passant en revue les faits rapportés par M. Boinet, M. Robert n'en trouve qu'un qui prouve en faveur du traitement préconisé par son collègue. Quel traitement, quelque peu rationnel qu'il soit, ne fournirait également un fait en sa faveur? Si maintenant nous cherchons à nous rendre compte de l'action de la teinture d'iode dans le traitement des abcès par congestion, nous ne pouvons pas davantage admettre les idées de notre confrère. Cette teinture ne peut modifier tout au plus que la cavité de l'abcès; arrivât-elle sur le foyer de la maladie importante, sur l'affection osseuse, en quoi un peu de teinture d'iode peut-elle guérir une surface osseuse affectée de carie et de nécrose tout à la fois? Cette méthode de traitement, toutefois, si elle est utile, ne peut être utile que dans les cas où l'affection osseuse elle-même serait guérie? Peut-elle prévenir l'infection putride? Pour décider cette question, il eût fallu appliquer cette méthode dans des cas où le pus avait un caractère de putridité. Cependant, on comprend encore que les injections iodées peuvent être utiles dans des cas d'abcès par congestion superficiel ayant un court trajet entre le foyer de l'abcès et l'affection osseuse.

M. Larrey est heureux d'avoir entendu M. Robert développer sa pensée sur le travail de M. Boinet; car son argumentation porte en partie sur les mêmes faits que ceux sur lesquels il avait fait porter sa critique dans la dernière séance.

M. Maisonneuve dit qu'il ne faut point s'en tenir aux idées théoriques pour juger une méthode thérapeutique nouvelle. Quant à lui, il s'attache aux faits. Sans doute j'aurais désiré que M. Boinet produisît un plus grand nombre de guérisons; mais, tels qu'ils sont, j'accepte les faits nouveaux de M. Boinet, comme l'espoir d'un avenir meilleur pour les malades affectés d'abcès par congestion. J'ai, d'ailleurs, appliqué il y a quinze jours, dans mon service, sur une jeune fille, le traitement vanté par notre confrère; aucun accident n'est survenu; loin de là, la malade est très bien actuellement. Je ne comprendrais donc pas la condamnation anticipée de cette méthode simple et inoffensive d'ailleurs. Je désire que la Société suspende son jugement, et que chacun de nous expérimente le traitement proposé par M. Boinet.

M. Michon regrette que M. Maisonneuve n'ait point assisté à la dernière séance; il eût été convaincu alors que les membres de la Société, loin de rejeter le travail de M. Boinet, l'avaient tous encouragé à persévérer dans la même voie; seulement tous eussent voulu que, dans son mémoire, le passé eût une plus grande place. Pour son compte, M. Michon aurait voulu que M. Boinet intitulât son travail : *Etudes sur le traitement des abcès par congestion*; et la preuve que la Société ne blâme ni ne rejette le travail de M. Boinet, c'est qu'elle a renvoyé son mémoire au comité de publication. Elle accepte ce travail non comme la solution d'un problème, mais à titre d'encouragement.

M. Forget. La preuve que je ne repousse pas le traitement proposé par M. Boinet, c'est qu'aujourd'hui même j'ai pratiqué, dans l'articulation scapulo-humérale, une injection iodée pour guérir une tumeur blanche de cette articulation avec carie et formation de pus.

M. Boinet regrette que les faits qu'il a rapportés n'aient pas été mieux connus par les personnes qui lui ont fait des objections. En effet, dit-il, les observations concluantes pour les uns, ne le sont pas pour les autres; toutefois, ce qu'il demande en terminant, c'est que l'on veuille bien expérimenter, voir, avant de conclure.

M. Michon. Les faits que M. Boinet a apportés à l'appui de sa manière de voir me sont bien connus; il n'y a nul équivoque dans mon esprit, et c'est parce que je distingue nettement les abcès par congestion des abcès dus à une lésion d'un os voisin que je n'accepte qu'un des faits de M. Boinet. Si mon confrère avait établi cette distinction, il n'aurait point été aussi absolu; il eût distingué parfaitement les abcès que tout le monde guérit sans injection iodée, de ces abcès par congestion liés à une affection de la colonne vertébrale, qui sont fort graves, mais qui guérissent quelquefois cependant, puisque j'en ai rapporté deux observations prises dans ma pratique. Encore, dans cette classe d'abcès, M. Boinet eût-il dû dire quelles circonstances sont favorables au traitement. En un mot, j'accepte le mémoire de M. Boinet comme un encouragement à tenter une nouvelle voie, mais non comme confirmatif d'une doctrine.

—M. Demarquay commence la lecture du travail de M. Colson, de Noyon, membre correspondant de la Société de Chirurgie, ayant pour titre : *Mémoires sur les vices de conformation de l'anus et du rectum.*

M. Colson rapporte à trois classes les nombreuses variétés que présentent les vices de conformation de l'anus et du rectum:

1° La première classe comprend l'étroitesse de l'extrémité inférieure de l'anus et du rectum;

2° La deuxième classe renferme les vices de conformation du rectum dans lesquels les matières ne peuvent être évacuées par défaut d'ouverture naturelle;

3° A la troisième classe appartient la série de vices de conformation avec ouverture naturelle de l'intestin, mais anomale.

Dans la première partie de son mémoire, que nous allons résumer rapidement, M. Colson établit que l'étroitesse de l'anus peut tenir à la présence d'une membrane ne présentant qu'un petit orifice, comme cela résulte de deux observations empruntées aux *Ephémérides des Curieux de la nature.* Si des cas semblables se présentaient, une incision cruciale de cette membrane, l'usage de mèches en feraient justice. La circonstance que nous venons de mentionner plus haut est la plus rare. Il en est une autre plus commune, signalée par Scultet, Roonhuysen et Boyer; je veux parler de l'étroitesse congéniale du rectum et de l'anus. Ce vice de conformation peut être porté assez loin pour qu'il empêche même l'enfant de rendre ses garde-robes demi-fluides, comme l'a vu Roonhuysen; mais quand le vice de conformation n'est pas poussé très loin, l'enfant rend parfaitement ses fèces; ce n'est que plus tard, quand l'enfant est devenu adulte, que les matières fécales, devenues plus dures, ne peuvent plus être rendues. Boyer a rapporté deux observations de ce genre. Pour guérir cette affection, M. Colson propose chez l'enfant la dilatation par des mèches, si elle est possible; autrement, il préfère l'incision qui a si bien réussi à Boyer dans les deux faits que nous avons signalés.

La deuxième classe de lésions de la partie inférieure du tube digestif comprend, ainsi que nous l'avons dit, les vices de conformation dans lesquels les matières ne peuvent être évacuées par défaut d'orifice naturel.

A cette deuxième grande classe, M. Colson rattache les trois subdivisions suivantes: 1° occlusion de l'anus par une membrane; 2° occlusion du rectum dans son intérieur, l'anus étant intact; 3° absence de l'anus et d'une partie plus ou moins grande du rectum.

L'occlusion de l'anus par une membrane imperforée étant un fait très simple, ne nous arrêtera pas longtemps. M. Colson s'est beaucoup attaché à démontrer la gravité de l'occlusion du rectum par une membrane et l'embarras du chirurgien. Quand le rectum est continu à lui-même et qu'il est seulement interrompu par un diaphragme, le cas n'est pas très grave; mais il peut se faire que ce diaphragme soit formé par l'adossement du bout inférieur de l'intestin rectum, adossé au bout supérieur de l'autre partie du rectum oblitéré. Le chirurgien, dans ce cas, peut encore agir efficacement par l'opération, en incisant la membrane unique ou le double diaphragme formé par le double cul-de-sac des deux portions du rectum. M. Colson eut à opérer un enfant qui se trouvait dans ce cas; il pratiqua la division de ce diaphragme, et l'enfant guérit. Toutefois, cette opération, comme le dit M. Colson, avait été faite par Jean-Louis Petit avec un pharyngotome, et par Courtial. Il est une circonstance qui peut rendre l'opération plus heureuse, c'est quand ce contact des deux culs-de-sac est placé bas très près de l'anus; mais quand il est placé à plusieurs pouces de l'anus, quoique simple en elle-même, l'opération présente quelque difficulté.

La lecture d'une autre partie du travail est remise à la prochaine séance.

— M. Chassaignac communique à la Société de Chirurgie l'observation suivante, ayant pour titre: *Tumeur encéphaloïde siégeant à la face interne et supérieure de la cuisse, adossée au trou ovalaire; ligature de l'iliaque primitive* (1).

Favre (Benoît), âgé de 49 ans, tonnelier à Bercy, entre le 16 septembre 1850 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 35. Cet homme est d'une bonne santé habituelle. Son père est mort à 77 ans de l'opération de la pierre, et sa mère à 47 ans d'une maladie de l'estomac qui la fit souffrir neuf à dix ans. Il y a deux ans, il se fit une fracture de cuisse qui s'est bien consolidée. Il y a six mois que ce malade a commencé à s'apercevoir de l'existence d'une grosseur à la partie interne de la cuisse gauche, à la racine du membre. Au début, sentiment de douleur se propageant jusqu'au tiers inférieur de la cuisse; quelques douleurs dans les deux testicules; pas de souffrances dans le ventre. Bientôt la tumeur prend le volume d'une grosse noix, et le malade la sent avec la main. Quatre mois se passent sans qu'elle augmente de volume. Pendant ce temps le malade se livre à ses occupations habituelles sans aucune gêne, sans que la santé générale soit altérée; peu de douleurs locales, quelques élancements très peu sensibles; du reste, pas de douleurs du voisinage. Il y a deux mois, sans cause appréciable, la tumeur augmente de volume, l'augmentation suit une marche progressive; en même temps les douleurs sont plus marquées; elles sont un peu lancinantes; sentiment de tension et de compression s'étendant jusqu'au cou-de-pied. Suivant le trajet des nerfs, fonctions générales s'exécutant très bien; appétit conservé. Le malade se livre toujours à ses travaux. Il y a trois semaines, la tumeur augmente presque tout à coup; son volume devient énorme; elle s'étend par en bas; elle commence à gêner le malade, qui marche moins bien; du reste, elle est peu douloureuse. La cuisse a son aspect et son volume normal; le malade entre à l'hôpital, et on constate l'état suivant.

Le 17 septembre. Homme robuste paraissant d'une bonne constitution; squelette et système musculaire bien développé, muqueuses colorées. A la jonction de la cuisse gauche et du bassin, vers la partie supérieure et interne, nous trouvons une tumeur volumineuse s'étendant obliquement depuis le milieu de l'arcade crurale jusqu'à près de 12 centimètres en bas, et venant finir à la partie postéro-interne du membre pelvien, au niveau de la tubérosité de l'ischion. En contournant la cuisse, la tumeur a une étendue de 27 centimètres dans ce sens; elle semble suivre sur les os la branche descendante du pubis, la branche ascendante de l'ischion. Elle ne paraît pas se continuer dans le bassin par aucun prolongement; elle est recouverte par la peau, qui est saine, sans coloration anomale; elle est sous les muscles adducteurs, que l'on sent manifestement se contracter au-dessus quand on fait exercer au malade un effort d'aduction. La tumeur est donc solide; on n'y découvre aucune fluctuation; elle est très peu mobile et semble adhérer aux os, sans que cependant l'adhérence soit très forte; l'auscultation ne révèle aucun bruit; à la main, aucun soulèvement, aucune expansion; l'artère fémorale longe sa partie interne, en formant une légère courbe à la concavité interne. On sent parfaitement ses battements au-dessus de l'artère; à la partie supérieure et externe de la tumeur on sent rouler sous le doigt quelques ganglions indurés. Le membre inférieur dans toute sa longueur a conservé sa chaleur, sa sensibilité; il n'y a pas, et il n'y a jamais eu d'œdème; le toucher rectal n'indique rien; toutes les fonctions s'exécutent très bien; le malade urine bien, va bien à la selle; douleurs assez intenses tout le long de la cuisse, s'irradiant dans la jambe; la marche est sensiblement gênée, et la station verticale ne peut être longtemps prolongée. Avec un troquart très fin, M. Chassaignac pratique une ponction exploratrice. Il sort du sang rouge par un jet continu; une autre ponction pratiquée sur un autre point de la tumeur donne le même résultat. M. Chassaignac diagnostique une tumeur encéphaloïde venant s'implanter sur l'ischion et sur la branche descendante du pubis, sans prolongement probable dans le bassin, mais entourant le trou ovale.

En présence de la marche croissante de la tumeur, de sa nature très probable, de sa grande tendance à envahir le bassin, et de la terminaison nécessairement funeste qu'elle doit entraîner, on propose au malade de le débarrasser par une opération; il y consent, et le 19 septembre on pratique l'ablation de la tumeur. Le malade est préalablement soumis à l'alcoolation d'aconit, 3 grammes par jour. Tous les poils du pubis sont rasés, ainsi que ceux de la partie externe de la cuisse.

Pour prévenir l'hémorrhagie, M. Chassaignac se décide à

(1) Observation recueillie par M. Gery, interne du service.

lier l'iliaque primitive d'abord, allendu que toutes les branches artérielles qui pourraient donner du sang, élant nécessairement fournis par l'hypogastrique; si on liait la fémorale, il y aurait reflux dans les artères environnanles, el par conséquent hémorrhagie considérable pendant l'opération; en sorte qu'en liant la fémorale on eût doublé les chances de l'hémorrhagie, tandis que la ligature de l'iliaque primitive en mel à l'abri. Il fallait ces circonstances pour que M. Chassaignac se décidât à faire uue opération si grave. Cette ligature est faite au moyen d'une incision pratiquée sur la peau, à un pouce au-dessus de l'anneau inguinal; elle a une étendue de qualre pouces en bauteur, et vient se terminer à un travers de doigt des fausses côtes. La peau et le tissu cellulaire divisés, on incise l'aponévrose du grand oblique, les muscles grand et petit obliques, et on incise sur la sonde cannelée l'aponévrose du transverse de l'abdomen. M. Chassaignac décolle alors le périloine avec la plus grande précaution, et la main, porlée au fond de la plaie, sent très bien l'iliaque primitive et sa bifurcation. Alors M. Chassaignac se servant de son doigt comme conducteur, passe, avec le porte-aiguille d'Astley Cooper, un fil entre l'artère et la veine qu'il repousse en arrière; on lie, et les battements cessent aussitôt. Dans la fémorale el dans toutes les branches importantes, le malade cbloroformé perd seulement quelques gouttes de sang. Cette première opération accomplie, M. Cbassaignac attaque aussitôt la tumeur; une première incision à concavité interne, rasant la tumeur, est rapidement portée jusqu'à sa base; la veine saphène interne est ménagée, el reste au côté externe de l'incision; la peau et le tissu cellulaire sonl incisés d'un seul coup, on tombe sur les deux adducteurs superficiels qui recouvrent la tumeur, on les coupe en travers, et on arrive direclemenl sur la tumeur. Le lambeau résullant de cetle incisiou est renversé en dedans et soutenu par un aide; il n'y a point la moindre artère à lier. Alors M. Cbassaignac portant la main au fond de la plaie, cerne avec les doigts la tumeur qui adbère forlement à l'iscbion et au pubis, el par des efforts d'arrachement et de torsion, parvient à l'extirper en grande partie. La première masse enlevée, le reste des parties qui adbèrent aux os on les arracbe, soit avec les doigts, soit avec les ciseaux; on enlève complélemenl toul le tissu malade qui adbérait an trou ovale. Les os sont cariés, et offrent des bords rugueux, tranchanls, comme taillés à pic. Les parlies malades sont enlevées, et on extirpe minutieusement, lambeau à lambeau, jusqu'au dernier vestige du tissu malade; la main, portée au fond de la plaie, ne sent plus alors que du tissu sain et des os mis à nu. On lie deux ou trois arlères, anastomoses des arlères du col opposé. Pendant tout le temps de l'opéralion il y a à peine du sang.

La tumeur enlevée, il reste une énorme cavilé s'étendant jusqu'au lrou ovale; on sent sous les doigts les hords tranchants de la hranche ascendanle de l'iscbion et descendante du pubis; les os, comme nous l'avons dil, élaient altérés. Le malade, tenu longtemps sous l'aclion du cbloroforme, est pâle, face terreuse, paupières affaiblies; l'œil est presque éteint; le pouls est très pelit, mais bat régulièrement; muqueuses décolorées. Le malade revient à lui, et il accuse de vives douleurs dans la jambe et dans la cuisse du côté malade. Les deux plaies sont pansées avec soin. L'une, la plaie de l'iliaque primitive, est pansée par occlusion; l'autre par un pansement simple, et le malade est reporlé à son lit. Le pouls est pelit, régulier, le visage assez bon. Bouche sèche; crampes douloureuses dans le membre opéré.

Le soir, à cinq heures, la chaleur du membre opéré est revenu; cependant celle du côté sain est supérieure à ce dernier; soif intense; crampes douloureuses.—Compresses imbibées de chloroforme; julep avec extrait thébaïque.

Dans la nuit le malade s'affaiblit, du délire survient, et le malade meurt à quatre beures du matin.

Examen de la tumeur. — Cette dernière a une forme ovoïde; elle est grosse comme la têle d'un fœlus à terme; sa surface extérieure est formée par une membrane fibreuse résistante, sur le pourtour de laquelle nous trouvons quelques porlions de muscles qui y adhèrent au moyen d'un tissu cellulaire assez dense; une coupe, faile dans le sens anléro-postérieur, met à nu sa structure intime : c'est un tissu excessivement vasculaire, semblable à un réseau inextricable de vaisseaux sanguins; au milieu on voil, comme jelés à pleines mains, une grande quantilé de petits corps blancbâtres gros comme des grains de millet, ayant l'aspect et un peu la consistance du tissu osseux; il semblerail que c'est une décomposition de l'os, qui serait éparpillé en mille fragments très pelils, d'apparences spongieuses, au milieu du tissu vasculaire qui forme le fond de la tumeur. L'examen de M. Leberl donne les résultals suivants :

L'intérieur de la tumeur est formé par un tissu d'un jaune brunâlre passablement vasculaire, d'une consistance molle, élastique dans bien des endroits; elle offre une disposition aréolaire : un certain nombre d'aréoles sont remplies de caillols sanguins. Par la compression et le gratlage avec le scalpel, on fait sortir de ce tissu un suc transparent et gluanl. Dans bien des endroits le tissu de la tumeur offre une consistance et un aspecl gélatiniformes. Toute la tumeur est parsemée d'une infinité de grauulations d'un blanc jaunâtre, d'une cousistance assez ferme et du volume à peu près d'une têle d'épingle. La structure microscopique de la tumeur y montre essentiellement des éléments fibro-plastiques globulaires, des cellules de 0m,015, des noyaux petits el ronds de 0m,005 el renfermant un petit noyau. Dans les endroils plus fermes et résistanls, on rencontre du tissu fibreux et des corps fusiformes allongés. Dans les granulalions blanchâlres, on trouve des éléments fibro-plastiques infiltrés de granules graisseux.

Autopsie. Ouverture du sujet le 21 *septembre, trente heures après la mort.* — Rigidilé cadavérique très prononcée; pas de putréfaction; aspecl violacé du membre sur lequel on a fait l'opération; ce membre paraîl également un peu plus plein, sans gonflement notable. Les parois abdominales sonl chargées d'une certaine quantité de graisse. On ouvre l'abdomen par une incision verlicale et une borizontale au niveau de l'ombilic. La masse intestinale, médiocremenl distendue par des gaz, est tout à fait intacle; elle est rejelée avec précaution sur le côté droit de l'abdomen. La fosse iliaque gaucbe, étant ainsi parfaitement mise à découvert, est explorée avec le plus grand soin par la vue el le toucber; elle ne présente absolument rien d'anomal; le péritoine ne présente aucune lésion, aucune trace d'amincissement ou de déchirure; en palpant celle région, on ne sent pas au-dessous du péritoine d'indices d'une collection sanguine; pour compléter l'exploralion du péritoine, les doigls ont été introduits par la plaie et les membranes sont tendues de manière à permettre d'apprécier la moindre solution de continuité qui aurait pu s'y trouver; enfin, on insuffle par la plaie, et le péritoine distendu ne laisse rien écbapper; aucune trace d'bémorrhagie.

Examen de l'artère. — La ligature de l'iliaque primitive fut faile dans le point précis où elle se divise en iliaque interne et externe. L'iliaque primitive, incisée suivant son axe jusqu'au niveau de la ligature, est remplie, dans une hauteur de deux centimètres à partir de la ligature, par un caillot fibrineux, d'une teinte rouge-brun très foncé; ce caillot est lrès adhérent à la paroi interne de l'artère dans toute sa banteur el en remplit exactement le calibre, qui n'offre aucun rétrécissement; la consistance esl plus marquée quand on approcbe de la ligature; son extrémité inférieure est horizontale, tronquée; la tunique interne de l'artère ne présente aucun cbangement de coloration; elle esl lisse, polie, et on n'y voil aucune trace d'inflammation; les autres tuniques artéricIles ont leur aspect normal; dans toule la bauteur de l'iliaque primitive, il n'y a point de collatérales, et la hifurcalion de l'aorle est située à 6 centimètres de l'extrémité supérieure du caillot. L'hypogastrique, incisée suivant son axe, présenle un caillot fibrineux, fusiforme, un peu mou, d'un rose-cendré parsemé de stries rougeâtres, ayant 2 centimètres et demi de longueur. Le caillol, libre dans toute sa bauleur, dans la cavilé du vaisseau, est adbérent par son extrémité supérieure à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui fonl dans la cavité du vaisseau une légère saillie en forme de cul-de-sac; le caillot remplit à peu près la moitié du calibre de l'arlère; l'iliaque externe, incisée dans le même sens et avec les mêmes précautions, renferme dans sa cavité un caillot fibrineux, rouge-noirâtre, assez mou, remplissant les deux tiers du calibre de l'arlère, ayant 6 centimètres de bauleur, à extrémité supérieure légèrement conique, répondant à la ligature et adbérent à la surface de section des membranes interne et moyenne, qui sonl repliées dans l'inlérieur du vaisseau, et formant ainsi un cul-de-sac immédiatement au-dessous de la ligalure. L'extrémilé inférieure tronquée du caillot cesse à 2 cenlimèlres au-dessous de l'épigastrique; à 1 centimèlre et demi au-dessous de la ligature, on voit une pelile collatérale qui peut admetlre un fil dans son calibre; les tuniques de l'iliaque interne et exlerne ne présentent aucune trace de coloration, aucune altération.

Etat des os. — Les os sont grandement altérés; les branches ascendanles de l'iscbion et la branebe descendante du pubis sonl en très grande partie délruites; il n'y a plus par conséquent de trou ovalaire; les deux bouts de cetle immense solution de conlinuité sont formés par une cavité assez profonde, surlout du côté de l'iscbion formé par du tissu spongieux comme en délrilus. La cavité cotyloïde n'est pas malade, mais le ligament rond est dissocié, comme réduit en bouillie; la tête du fémur n'offre rien à considérer.

Les poumons présentent à leur sommet des tubercules à l'élat crélacé; plusieurs noyaux de ces derniers ont le volume d'un baricot. Rien au cœur.

Le foie n'offre à considérer qu'une teinle anémique générale; la rate est un peu hypertropbiée, très ramollie.

Le rein gaucbe offre un volume presque quadruple de son état normal; sa surface extérieure est un peu mamelonnée; on l'incise suivant sa convexité; il en sort un flot de matières épaisses d'un blanc grisâtre, au milieu desquelles on remarque des parties plus épaisses d'apparences strumeuses; les deux substances sont complélement délruites et le rein réduit à une coque fibreuse. On ne peut trouver l'urèlre. La vessie présente, à la face postérieure de sa surface interne, une plaque ulcérée, manifeslement tuberculeuse, de la grandeur d'une pièce de 2 francs; les membranes muqueuse, fibreuse el musculeuse sont dislincles dans ce point.

DEMARQUAY, *vice-secrétaire.*

NOUVELLES.

Des letlrcs particulières reçues ce malin de l'Algérie annoncent que le choléra, qui s'était manifesté à Alger et dans les environs, est aujourd'hui presquc imperceptible. On n'a constaté cette semaine que dcs cas très rares d'épidémie.

— On lit dans le *Weekly-Herald*, de New-York, le 7 septembre :

» Le choléra, dont les ravages à bord du steamer *Panama* avaient causé une panique générale, ne s'est point propagé; il a disparu avec autant de rapidité qu'il avait mis de fureur à sévir, et ni la ville ni l'isthme de Panama n'ont d'autre maladie que les fièvres si communes à cette époque de l'année. Ces deux steamers, *Philadelphia* et *Ohio*, venus ultérieurement de San-Francisco, ont traversé les mêmes latitudes et touché aux mêmes points de relâche sans y contracter aucun germe morbide. La brusque et terrible visite de l'épidémie à bord du *Panama* restera donc un trait de bizarrerie de plus dans l'histoire de ce fantasque fléau. »

— On lit dans les journaux anglais :

« Un médecin de Plymouth a placé une espèce de cornet tout près de la sonnette à la porte de sa maison sur la rne. Ce cornet est en gutta-perka. Un long tube aussi de gutta-perka vient s'accrocher au chevet dn lit du docteur. La nuit, quand on vient le chercher; il fait, sans se déranger de son lit, la conversation à l'aide de ce tube. De cette manière, le docteur évite des refroidissements très préjudiciables aux médecins. »

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Mercier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Oran.

M. Gélis, chirnrgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Saint-Omer.

M. de Guillin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Cambrai.

— Nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu de la séance de l'Institut, ainsi que nos réflexions snr cette séance.

— Nous avons reçu de notre bonorable confrère M. Caron une réclamation que le défaut d'espace nous empêche d'insérer aujourd'hui, mais que nous serons heureux de publier dans notre prochain numéro.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 121. (23e ANNEE.) SAMEDI 12 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tons les Bureanx de Postes et de Messageries
et chez tons les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 11 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Ecole de pharmacie, l'Académie de médeeine, la Société d'encouragement, le Conseil de salubrité, le journalisme lui-même, où M. Chevallier occupe un rang important, n'absorbent pas cet infatigable travailleur au point qu'il ne puisse encore envoyer, de temps en temps, à l'Académie des sciences, quelques-uns des résultats de ses opiniâtres recherehes. C'est surtout l'hygiène des ouvriers qui oecupe les instants de M. Chevallier. On lira dans le compte-rendu que nons publions aujourd'hui l'esquisse d'une maladie fort curieuse qui atteint les ouvriers employés à la fabrication du sulfate de quinine. Nous disons l'esquisse; ear M. Chevallier n'ayant pu observer lui-même cette maladie, et n'ayant reçu, à ce sujet, que des notes insuffisantes, n'a pu en tracer les earactères que d'une manière fort incomplète; il y a là une lacune que les médecins des localités de tarderont pas à combler, si l'amour de la science et de l'humanité les anime un tant soit peu. En attendant, et malgré les lacunes que nous signalons, les renseignements communiqués par M. Chevallier n'en sont pas moins d'un grand intérêt; ils établissent d'une manière positive l'existence d'une maladie *de quinquina* (c'est-à-dire produite par ce médicament) qu'il sera très curieux de comparer aux maladies dites depuis quelque temps *à quinquina* (c'est-à-dire maladies que le quinquina combat avec succès).

M. Chevallier ne s'est pas borné à signaler les accidents produits par la fabrication du sulfate de quinine, il a encore indiqué les moyens d'en préserver les ouvriers; et, quoique ees moyens ne consistent que dans nne saine application des règles de l'hygiène, il n'en est pas moins très utile de les rappeler aux ouvriers, qui n'en tiennent pas toujours nu assez grand compte, et surtout aux palrons, qui devraient veiller davantage à la santé de leurs employés, et suppléer, autant que possible, à la regrettable apathie de ees derniers.

— Quoiqu'elle n'intéresse que très secondairement la science médicale proprement dite, la communication de M. Gros ne doit pas passer complétement inaperçue pour nous. Ce n'est pas la première fois que M. Gros entretient l'Académie de faits qui soulèvent la grande question des générations spontanées. Déjà, comme il prend soin de le rappeler dans sa note, il avait fait des observations qui tendent à résoudre affirmativement ce problème de haute philosophie naturelle. Comme la première fois, l'Académie des Sciences a laissé passer sans réflexions la communication, sans doute en attendant un rapport qui ne se fera peut-être pas, ou qui se fera dans une demi-douzaine d'années. L'Académie des Sciences est peu portée à ouvrir des discussions, et d'une manière générale; nous ne saurions blâmer une telle tendance. Toutefois, nous pensons qu'une sobriété même de celte nature esl fâcheuse quand elle est portée à l'excès. Il est à certaines époques des questions qui, agitées sourdement dans le monde scientifique, demandent, à un moment donné, à être soumise au grand jour de la discussion, et quand une telle oecasion se présente pour un corps savant, il ne doit point la laisser échapper. Les discussions qui arrivent ainsi à propos, loin de diminuer l'intérêt des séances académiques, en rehaussent au contraire l'éclat et ne contribuent pas médiocrement à aecroître la gloire des corps savants. Les anciennes discussions de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire, celles plus récentes qu'ont soulevées les admirables travaux de M. Leverrier, en sont une preuve éclatante autant qu'incontestable. Que l'Académie profite donc de l'oecasion qui lui est offerte par M. Gros. Des observations assez nombreuses et lues à des savants recommandables, se sonl produites depuis qu'aueun débat sérieux n'a eu lieu sur les générations spontanées, pour que ees observations puissent servir de thème à une discussion aeadémique du plus haut intérêt, aussi bien pour la physiologie pure et simple que pour la philosopbie nalurelle, la seule philosophie qui soit digne de notre époque, et qui puisse eonduire à des vérités positives.

A. DE CASTELNAU.

Revue clinique hebdomadaire.

Colique de zinc. — Un article que nous avons publié dans notre dernière *Revue clinique* nous a attiré une réclamation de M. Chevallier. Nous sommes heureux de trouver une occasion de rendre justice aux louables efforts auxquels se livre journellement, en faveur des ouvriers, le savant chimiste, pour le savoir et l'honorabilité duquel nous professons depuis longtemps la plus haute et la plus sincère estime, et à qui, par conséquent, ne pouvaient s'appliquer les réflexions générales qui ont provoqué sa réponse.

A. FOUCART.

Voici la lettre, fort intéressante d'ailleurs, de M. Chevallier, adressée au rédacteur principal de ce journal :

« Mon cher rédacteur,

» Je viens de lire dans votre numéro de samedi dernier un article qui a pour titre *Colique de zinc;* article par lequel on cherche à établir que la préparation du blanc de zinc est dangereuse pour les ouvriers qui s'en occupent. Dans cet article, on rappelle la communication faite le 13 mai par M. Bouvier à l'Académie des Sciences, et l'auteur de l'article semble porté à croire que les dangers auxquels expose ce travail sont aussi grands que ceux déterminés par la fabrication de la céruse.

» Après avoir, pendant de très longues années, dit-il, em- » ployé le blanc de plomb comme base des couleurs blanches, » voilà que l'on s'est, un beau jour, avisé que la céruse occa- » sionnant aux ouvriers qui la broient et qui la mettent en » œuvre des maladies graves, il y avait lieu de la remplacer » par une préparation remplissant le même but, mais inno- » ceute au point de vue de la santé, on a donc proposé l'oxyde » de zinc, et tout d'abord il n'a pas manqué de gens qui se » sont enthousiasmés de la découverte. Malheureusement la » peinture au blanc de zinc ne remplace pas celle au blanc » de plomb sous le rapport de l'industrie, parce qu'elle ne » couvre pas autant que la première, pour nous servir d'une » expression technique, et qu'il faut deux ou trois couches là » où une seule était suffisante. Puis, et ceci rendait la nou- » velle découverte beaucoup moins importante, le blanc de » zinc n'occasionnait pas, il est vrai, la colique de plomb, » mais il introduisait dans le cadre nosologique une nouvelle » maladie, la colique de zinc. »

» Je viens vous demander d'insérer quelques mots en réponse à l'article dont il est question. Partisan de la substitution de la peinture au blanc de zinc, à la peinture au blanc de plomb, et l'un de ceux qui ont fait les plus grands efforts pour introduire dans les arts cette nouvelle préparation, je tiens à convaincre le docteur Foucart, auteur de l'article en question, que l'on ne saurait donner trop d'éloges à l'application du blanc de zinc à la peinture, application tentée par Guyton de Morveaux, et réalisée avec bonheur, dans ces derniers temps, par M. Leclaire.

» Depuis 12 à 15 ans, j'ai été, comme membre du Conseil de salubrité, appelé à étudier l'hygiène de la fabrication du blanc de plomb; j'ai été à même de constater que malgré les soins hygiéniques que prodiguent à leurs ouvriers M. Besançon, à Ivry, et M. Roard, à Clichy, que malgré les précautions prises pour rendre moins dangereuse la fabrication de la céruse, il y a toujours un grand nombre d'ouvriers qui sont atteints de la colique saturnine. Nous avons en outre constaté que parmi les ouvriers atteints, il en est qui sont restés, à la suite d'une attaque, 57, 62, 64, 68, 76, 95, 114 et même 160 jours à l'hôpital. (*Voir* les tableaux dressés dans les hôpitaux en 1841 par suite de la demande de M. le préfet de police.)

» On devait donc, par suite de ces constatations, appeler, rechercher et recueillir tous les moyens qui pourraient faire cesser les accidents observés; c'est pour cela que l'on étudia la question de savoir si l'oxyde de zinc, signalé par Guyton de Morveaux, expérimenté et employé en grand par M. Leclaire, pourrait remplacer le carbonate de plomb et être employé en peintnre sans que ceux qui le préparaient ou l'employaient eussent à craindre de périr en le préparant et en l'appliquant.

FEUILLETON.

Sur le mécanisme de la vision.

RÉPONSE A M. SERRE (D'UZÈS).

Par M. le docteur GENSOUL, de Lyon.

J'ai lu avec la même surprise que mon savant confrère et ami le docteur Serre, d'Uzès, une note insérée dans votre oumêro du 24 novembre 1849 sur l'organe de la vision par un oculiste de Madrid. L'auteur de cet article, ne pouvant se rendre compte de la vision des objets dans leur position naturelle en admettant que leur image formée sur la rétine était renversée, s'efforçait de prouver qu'elle arrivait sur la rétine dans une position droite. Le docteur Serre a surabondamment et mathématiquement prouvé d'après les lois de la dioptrique qu'elle ne pouvait arriver que renversée. Il eût, à mon avis, pleinement suffi de prier l'auteur de l'article de regarder un objet lumineux derrière un œil fraîchement enlevé sur un cadavre : il eût aperçu une image renversée.

Le docteur Serre et tous les physiciens depuis Condillac admettent que l'intelligence redresse mentalement les images, et apprend encore par une action intellectuelle à les voir dans leur position naturelle alors même que l'on change la position de la tête. Cette explication n'est, à mon avis, qu'un aveu tacite de l'impuissance dans laquelle on a été jusqu'à ce jour de rendre compte de ce phénomène. Elle rappelle involontairement l'explication de l'ascension de l'eau dans le vide jusqu'à 32 pied, qui consistait à dire avant Pascal que la nature avait horreur du vide.

Les sens ne sont pas trompeurs, et les illusions et les erreurs qu'on leur attribue viennent de ce qu'on leur demande ce qu'ils ne sont pas aptes à produire. Ainsi, les erreurs relatives à la distance ne peuvent être imputées à l'œil, qui ne possède aucun organe pour la mcsurer, qui ne peut palper que les formes et les couleurs des corps qui lui envoient des ondes lumineuses; et c'est au calcul des distances et à une erreur dc ce calcul que l'on peut seulement avec juste raison appliquer l'explication de Condillac, c'est-à-dire l'action intercurrente de l'intelligence. Aussi l'ivresse la plus complète, les maladies de l'œil les plus graves ne produisent jamais les seosations du renversement des images; elles les font apparaître difformes, décolorées, douhles, mais jamais renversées.

Je crois pouvoir expliquer d'une manière fort simple et tout à fait mathématique pourquoi nous devons voir droite l'image qui tomhe renversée sur la rétine et pourqnoi la position droite, inclinée ou renversée de la tête ne doit en rien changer la sensation que nous éprouvons en voyant les corps tels qu'ils sont placés devant nos yeux.

Voici par quelle série d'idées j'ai été conduit à l'explication de ce phénomèoe. Je me suis dit : l'homme ne possède qu'un senl sens pour mettre son intelligence en rapport avec les objets extérieurs, le toucher. La division en cinq sens, le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe et la vision ne sont que les modifications du premier. Le toucher, qui s'exerce à l'aide de la peau, fait connaître la température et les formes extérieures des corps. Celui qui s'exerce par les membranes muqueuses des cavités nasales et buccales sert à reconnaître l'odeur et la saveur des corps solubles : ce toucher est désigné sous le nom de goût et d'odorat. Le toucher qui s'exerce par l'organe de l'ouïe fait apprécier les vihrations de l'air. Enfin, celui qui s'exerce par l'organe de la vision, l'œil, palpe les ondulations lumineuses à l'aide d'un tissu nerveux. Ce tissu est garanti du contact de tout corps, autre que les rayons lumineux, par plusieurs organes transparents, qui ont aussi pour usage de réunir les faisceaux lumineux épars, de les faire converger pour apporter une image raccourcie sur le tissu ncrveux. Cette convergence douhle la puissance, l'intensité des rayons de lumière et les rend plus appréciahles au toucher de la rétine.

L'œil, étant un organe du toucher, doit être soumis aux mêmes lois que le toucher qui s'exerce par la peau. Ainsi, la main nous fait aisément reconnaître dans quels sens sont dirigés les corps qui arrivent au contact de la peau qui la recouvre. De même la rétine, ou l'expansion nerveuse sur laquelle tomhent les rayons lumineux, transmet au cerveau la sensation des rayons qui la touchent. Cette explication de la manière dont la sensation des rayons lumineux est transmise au cerveau uoe fois hien comprise et admise, il sera facile de démontrer pourquoi nous voyons droites les images qui arrivent renversées sur la rétine. Si l'on suppose qu'au lieu de la rétine on pût placer la main, organe du toucher des corps pondérahles dans l'orhite, et qu'au lieu des rayons de lumière qui partent des différeuts corps éclairés ce fussent des corps aigus, des aiguilles, des flèches, qui vinssent frapper la main; si l'on suppose, en outre, qu'à une distance quelconque soit placée une statue dehout, par exemple, les rayoos lumineux partis des pieds viennent frapper obliquement le haut de la main sous forme de corps aigus, et immédiatement le cerveau percevra la sensation d'un corps qui a piqué de has en haut. Les rayons lumineux partis de la tête de la statue viennent, au contraire, frapper ohliquement de haut en bas, et le cerveau reçoit la sensation d'un corps venant d'en haut, et ainsi de suite pour les rayons qui viennent des parties intermédiaires, etc. Il est tout naturel de comprendre pourquoi, la tête teoue droite ou inclinée, ou renversée, les ohjets paraîtront toujours dans leur position normale. En effet, qu'un homme reçoive dans la main élevée en l'air un coup d'épée parti d'en has à l'instant il élève la main pour échapper à l'action du corps parti d'en bas. Qu'il dirige la main contre la terre et que la pointe d'une épée vienne d'en bas, la sensation sera toujours pour lui la même; il saura quelle est la direction du corps piquant. Soit que la main soit tenne élevée vers le ciel, inclinée vers la terre ou étendue à l'horizon, toujours la direction du corps aigu sera connue par le toucher. Eh bien! le toucher des rayons lumineux par la rétine est identique à celui des corps aigus par la main. Il n'y a d'autre différence que celle du corps qui frappe et celle de l'organe touché. L'effet est le même, la sensation transmise la même et s'explique de la même manière. En un mot, la rétine est l'organe qui touche les rayons lumineux, comme la peau touche les corps, les memhranes muqueuses les odcurs et les saveurs, le tympan les ondes sonores.

» Rappelons ici, en quelques mots, que les recherches faites dans les hôpitaux ont démontré qu'en dix ans, de 1838 à 1847 inclusivement, les hôpitaux de Paris (et Paris ne compte que deux fabriques de céruse et de minium) ont reçu 3,142 malades; que sur ces 3,142 malades, 3,030 sont sortis des hôpitaux soulagés ou guéris; que 112 ont succombé, quelquefois même avec une effrayante rapidité, rapidité qui était telle, qu'un d'eux mourut en se rendant de la fabrique à l'hôpital.

» Sur ces 3,142 malades, on comptait 1,898 ouvriers travaillant au blanc de céruse ou au minium, 712 peintres, 63 broyeurs de couleurs, 10 ouvriers préparant les cartes dites porcelaine.

» Les 112 décès ont frappé 86 ouvriers travaillant au minium et à la céruse, 13 peintres, 1 broyeur de couleurs, 1 lamineur de plomb, 1 imprimeur, 1 ouvrier en papiers peints, 1 fabricant de cartes porcelaine, 1 ouvrier potier de terre. Six de ces décès portaient sur des ouvriers tellement malades, qu'on n'a pu obtenir de renseignements sur la fabrique dans laquelle ils travaillaient.

» Maintenant que nous avons fait connaître les maladies déterminées par la fabrication de la céruse et du minium, voyons quelles sont celles qui résultent du travail du blanc de zinc.

» Les fabriques où l'on prépare ce blanc fonctionnent depuis le 1er janvier 1848, et depuis cette époque il y a eu: 1° 16,264 journées de dix heures de faites à l'usine d'Asnières; 2° 3,255 journées à la fabrique de Monceau; en total, 19,519 journées. Des ouvriers ont fait dans ce laps de temps jusqu'à 792 journées (les nommés Eker et Allemand). Eh bien, sur tous les ouvriers employés on ne compte jusqu'à présent que deux observations de maladie; mettons en trois; car on nous a dit qu'il y en avait une troisième; nous ne la connaissons pas. Il resterait à savoir comment doivent être considérées ces observations, et quelle valeur on peut leur assigner. Nous ne peuvons rien dire relativement à celle qui concerne Ollivier (Arsène). Nous n'avons pu encore nous procurer les documents nécessaires; mais nous croyons pouvoir apprécier celle qui concerne le nommé Nafteux (Louis), qui a été le sujet de la note adressée à l'Académie des Sciences le 13 mai dernier. En effet, dans un certificat qui porte la date du 26 septembre 1850, et qui est signé Nafteux, certificat qui est revêtu de la signature de deux témoins, les nommés Bougou et Thomas, légalisé avec le timbre par l'adjoint du maire de Clichy, il est établi que Nafteux, ouvrier tonnelier demeurant à Batignolles, route de la Révolte, n° 6, a été employé par Cormont, tonnelier, demeurant à Clichy, route de la Révolte, n° 11; que pendant les quinze jours qu'il a été employé par Cormont il n'a travaillé que deux jours à l'usine à réparer des tonneaux; qu'il n'est entré à l'hôpital que onze jours après sa sortie de chez Cormont, et pour se faire soigner d'une maladie « dont il est attaqué depuis six » ans, maladie dont il souffre encore et qui n'a pu être oc- » casionnée par le travail qu'il a fait à l'usine du blanc de » zinc (1). »

» On voit que la première observation, celle qui concerne Nafteux, devrait être discutée. Dans cette affaire Nafteux aurait dit, le 19 avril, à M. Bouvier, « qu'il était malade par » suite de son travail au blanc de zinc; » et il déclare, le 26 septembre, « que la maladie pour laquelle il est entré à Beau- » jon n'a pu certainement être occasionnée par le travail qu'il » a fait à l'usine d'Asnières. » Il serait à désirer qu'une enquête contradictoire vînt élucider ces faits contradictoires.

» Comparons maintenant la différence d'innocuité du travail du blanc de zinc et du blanc de plomb. Il résulte de recherches faites, et dont nous avons tous les éléments, qu'une fabrique de céruse où l'on a fait 19,559 journées de travail dans l'année, a eu dans ce laps de temps 180 malades, dont 7 ont succombé.

» Les ouvriers employés dans les fabriques de blanc de zinc ont fait 19,519 journées, et on ne cite que les observations de Nafteux, d'Arsène Ollivier; enfin une troisième que je ne connais pas. Il résulte évidemment de cette comparaison, que l'on a eu raison d'essayer de substituer la peinture au blanc de zinc à celle au blanc de plomb, qui détermine tant et de si funestes accidents.

» Quant à cette assertion, que « la peinture au blanc de » zinc ne remplace pas la peinture au blanc de plomb, » nous pouvons affirmer que l'auteur a été induit en erreur par les artistes qui lui auront donné ces renseignements.

» Chargé par la Société d'Encouragement d'étudier cette importante question, nous avons acquis la conviction que le blanc de zinc peut être substitué dans la peinture au blanc de plomb avec avantage.

» L'opinion que nous établissons a été émise par des hommes spéciaux, parmi lesquels nous citerons, 1° trente-cinq architectes, MM. Blouet, Berthomieux, Berthelin, de Bourran, Charpentier, Danjoy, Duban, Gounod, Guénepin, Gau, Jannard, Lebègue, Labrouste, Leblond, Leclerc (Achille), Lesueur, Lassus, Lachez, Lesoufacher, Marion, Pellechet, Philippon, Renaud, Renié, Saint-Père, Saint-Agnan, Boucher, Touchard, Trouillet, Vila, Viollet-Leduc, de Valcour, Vaudoyer, de Vienne, Visconti; 2° M. Paul de la Roche, peintre d'histoire; M. le comte Turpin de Crissé, MM. Darnelle et Lachaise, peintres, décorateurs; M. Dauptain, fabricant d'outre mer, etc.

» Agréez, etc. A. Chevallier. »
8 octobre 1850.

Anévrisme de la crosse de l'aorte avec usure du sternum. Rupture de la tumeur. — Nous avons assisté il y a peu de jours, à l'hôpital Saint-Louis, à l'autopsie d'un homme qui avait succombé la veille à la rupture d'une tumeur anévrismale qui avait usé le sternum et s'était fait jour au-devant de la poitrine. Voici le fait en quelques mots:

Un homme de soixante-deux ans, exerçant la profession de mégissier, se présente à l'hôpital, portant à la partie antérieure de la poitrine, au niveau du troisième espace intercostal, une tumeur du volume du poing environ, conique, et dont la base se confond avec les parties molles qui recouvrent le sternum. Cette tumeur est située presque sur la ligne médiane, un peu plus à droite cependant. Au sommet, une petite perforation, recouverte d'une petite croûte formée par du sang concrété; l'enveloppe de la tumeur était constituée par une pellicule très mince, d'une couleur violacée et semblable à celle qui précède la chute sous forme d'eschare d'une portion de peau amincie. La tumeur était pulsatile, et l'on y constatait des battements appréciables à la vue et au toucher. Ces battements étaient forts, énergiques, comme sont ceux que l'on observe dans les anévrismes des très grosses artères.

L'oreille, appliquée sur la tumeur, ne percevait qu'un simple bruit de souffle, ou plutôt on entendait distinctement les bruits du cœur, légèrement modifiés au premier temps par un prolongement un peu soufflant.

Ce que ce malade avait surtout de très curieux, c'est qu'il ne présentait aucun trouble fonctionnel appréciable, ni orthopnée, ni battements anomaux ou irréguliers du pouls, ni cyanose, ni œdème, etc. Il s'était présenté déjà dans plusieurs hôpitaux de Paris. A plusieurs reprises, on lui avait fait sur sa tumeur des applications de glace, mais il n'avait pu les supporter. On ne put donc, après son admission, penser à mettre de nouveau cette médication en usage. On se borna à exercer sur la tumeur une compression très légère.

Pendant les quatre ou cinq jours que le sujet reste à l'hôpital, ont lieu successivement quelques petites hémorrhagies donnant quelques gouttes d'un sang noir, et après chacune desquelles le malade dit se sentir plus à son aise. Nous avons dit que ce sujet n'éprouvait aucun trouble fonctionnel. La seule chose dont il se plaigne depuis d'assez longues années, c'est de ne pouvoir se coucher sur le côté gauche; et, particularité assez remarquable, jusqu'à quelques jours seulement avant son entrée, il avait pu continuer son pénible état de mégissier, dans lequel il faut déployer beaucoup de force et soulever des fardeaux très pesants.

Le cinquième jour après son entrée, quelques minutes après la visite du matin, la tumeur s'ouvre, et en quelques instants une hémorrhagie artérielle foudroyante emporte le malade.

A l'autopsie, voici ce que l'on rencontre:

A la face antérieure du sternum, existe une ouverture de la largeur d'une pièce d'un franc environ, remplie de caillots de sang. L'ouverture de la poitrine, faite avec grand soin par la section des cartilages costaux du côté droit, et la section des côtes, laisse apercevoir, par cette sorte de fenêtre, une énorme tumeur adhérente à la face postérieure du sternum, et se continuant avec la crosse aortique.

La pièce, entièrement détachée du cadavre, et comprenant le cœur, la crosse de l'aorte et une partie de l'aorte descendante, la moitié supérieure du sternum recouvert de son tégument externe, a été disséquée avec la plus grande habileté par M. Notta, interne du service. On constate par l'examen de la pièce ainsi préparée une dilatation énorme de la crosse de l'aorte, qui, en plusieurs points, offre des dilatations partielles surnuméraires, ou diverticulums, de capacité variable; les parois de plusieurs de ces appendices contiennent une substance crétacée, comme des plaques osseuses, d'un millimètre environ d'épaisseur. Nous en remarquons un entre autres absolument semblable, quant à la forme et au volume, à la demi-coquille d'une noix ordinaire.

En avant, la poche anévrismale a contracté les adhérences les plus intimes avec le tissu fibreux, qui revêt la partie postérieure du sternum et se continue avec lui sans démarcation appréciable, soit à la vue, soit au toucher. Sur la ligne médiane du sternum, mais un peu plus à droite qu'à gauche, le sternum a été perforé, usé, et l'ouverture qui, à travers l'os, fait communiquer la dilatation aortique avec la poche extérieure, a, comme il a été dit plus haut, le diamètre d'une pièce de vingt sous.

Le cœur présente son volume à peu près normal; ses parois n'ont pas augmenté de volume; ses cavités sont peut-être un peu dilatées.

Ce fait est curieux sous plusieurs rapports; sous celui de l'usure du sternum d'abord, puis en ce sens que, malgré la gravité des désordres anatomiques constatés, il n'existait pendant la vie aucun trouble fonctionnel appréciable. Un mot sur chacune de ces deux circonstance.

L'usure des os par les tumeurs anévrismales de la crosse de l'aorte n'est pas chose excessivement rare. Nous nous rappelons avoir vu en 1840, à la Charité, un homme d'une soixantaine d'années, chez lequel une tumeur de ce genre avait usé l'omoplate au point de faire saillie à travers l'os dans la fosse sous-épineuse. La pièce, moulée par le docteur Thibert, est, si nous ne nous trompons, au Musée Dupuytren.

En 1847, M. Leudet présenta à la Société anatomique une pièce pathologique recueillie dans le service du professeur Chomel, et dont la description est consignée dans les *Bulletins* de cette année, page 361 et suivantes. Dans ce cas, la tumeur avait détruit la partie supérieure du sternum et une portion de la clavicule droite, qui se trouvait séparée en deux fragments, l'un adhérant encore au sternum, tandis que le fragment externe pénétrait dans le sac anévrismal lui-même.

Quant au second point de vue, l'absence de tout désordre fonctionnel, il est beaucoup plus rare. Cependant, nous citerons encore un fait observé en 1847 par M. Notta, dans le service de M. Valleix, à l'Hôtel-Dieu annexe, et consigné par lui dans les *Bulletins de la Société anatomique* de cette même année, page 197. Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, les corps des deuxième, troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales étaient érodés; au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, la partie latérale des corps vertébraux était complètement détruite, et la cavité de l'anévrisme n'était séparée de la cavité du canal rachidien que par le périoste et la partie correspondante du grand, surtout, ligamenteux postérieur qui tapisse ce canal. Eh bien! malgré ces énormes désordres rien pendant la vie n'avait fait soupçonner l'existence de cette affection, ainsi que l'on peut s'en convaincre en rapprochant les détails circonstanciés de cette autopsie de la partie symptomatologique de l'observation publiée par M. Notta dans les *Archives de Médecine* de cette année 1850, t. XXII, 4e série, p. 430.

Envisagée sous ce double point de vue, l'observation actuelle méritait d'être rapportée aussi complétement que possible.

Fractures multiples. — Il n'est pas commun de voir guérir un malade affecté de fractures aussi nombreuses et aussi graves que celles que porte un enfant de dix ans et demi que nous a fait examiner en détail M. Nélaton dans ses salles où il est encore actuellement.

Cet enfant travaillait dans une fabrique où l'on polit l'acier. Au moment où il passait près de l'arbre d'une mécanique, il fut attrapé par sa blouse et attiré violemment dans le mouvement de rotation de la machine. L'arbre était perpendiculaire et situé à fort peu de distance du mur de l'atelier, de telle sorte qu'il restait entre lui et ce mur à peine la place nécessaire pour le corps d'un homme. Emporté avec rapidité dans le mouvement de rotation de l'arbre, l'enfant fit plusieurs tours avant que l'on pût arrêter la machine, et à chaque tour il était projeté violemment contre le mur, de telle sorte que, lorsqu'on parvint à le dégager, il présentait six fractures: une de l'humérus droit, une de l'avant-bras droit, une du fémur droit, toutes les trois assez simples. De plus, une fracture du fémur gauche avec plaie et deux comminutives de la jambe gauche.

Pendant ce terrible mouvement de rotation, la tête n'avait pas porté ou du moins n'avait pas été heurtée violemment contre le mur. Inutile de dire combien était grave l'état de ce pauvre enfant au moment où il fut apporté à l'hôpital. Pendant près de dix jours, le pied gauche resta violet, froid, couvert de phlyctènes; la circulation y était presque interrompue; il semblait que la gangrène fût prochaine. Au moment où nous le vîmes, ces symptômes effrayants diminuaient d'intensité; un peu de chaleur revenait au pied, dont la coloration bleuâtre était presque complétement dissipée.

Pour tout traitement, M. Nélaton se borna à faire appliquer des cataplasmes maintenus par un appareil très médiocrement serré sur tout le membre inférieur gauche. La cuisse droite, le bras et l'avant-bras droits furent placés dans des appareils à fracture. Le jour que nous le vîmes, les accidents les plus redoutables commençaient à se dissiper, et M. Nélaton avait, nous dit-il, le plus grand espoir de le sauver.

Nous reviendrons sur la suite de ce fait intéressant.

Acne indurata. Son diagnostic et son traitement. — M. Cazenave nous a fait voir tout récemment dans ses salles un homme qui porte sur une grande partie de la moitié supérieure du corps une *acne indurata* de l'espèce la plus rebelle et la mieux caractérisée. L'affection occupe la face, où elle n'est pas très intense, le devant de la poitrine et du cou, la moitié supérieure du dos. Elle offre chez le sujet que nous avons examiné une gravité rare, et cette particularité qu'avec la maladie principale on y rencontre la réunion de toutes les variétés de l'acné mélangées et confondues ensemble; ici de simples tannes, petits points noirs qui indiquent des amas de matière sébacée; là des pustules; enfin, plus loin, de véritables indurations tuberculeuses, des tumeurs desquelles la pression fait jaillir la matière sébacée en grande abondance comme par un robinet. Sur le visage, la maladie a été déjà grandement modifiée par le traitement mis en usage, et il ne reste presque plus que des traces de l'affection. Mais sur le dos les tumeurs sont encore assez volumineuses, et quelques-unes seulement, en petit nombre, ont disparu, laissant après elles des cicatrices, sur la forme desquelles nous allons revenir plus bas.

Disons tout de suite que le traitement employé a consisté en bains sulfureux principalement et en lotions ammoniacales; ces dernières ont très probablement agi en grande partie comme agent chimique sur la matière contenue dans les petits kystes qui caractérisent la maladie cutanée dont nous parlons.

A l'occasion de ce malade, le savant professeur de dermatologie s'est livré à quelques réflexions dont nous croyons utile de reproduire un résumé rapide. Et d'abord, a dit M. Cazenave, le point important c'est le diagnostic.

On confond souvent l'*acne indurata* avec les pustules syphilitiques, et en effet, au premier abord, ces deux affections ne sont pas sans présenter quelques analogies. Les analogies sont plus grandes encore lorsque les pustules ont disparu pour ne laisser que des cicatrices. Mais il est cependant des différences importantes qui les séparent. Ainsi, la coloration d'abord, cette coloration cuivrée, semblable à celle du jambon fumé, qui caractérise les pustules syphilitiques, ne se retrouve pas dans l'acné; puis la forme des tubercules eux-mêmes, qui sont inégaux, oblongs, arrondis quelquefois, toutes formes que l'on retrouve dans les cicatrices: tandis que les cicatrices syphilitiques sont constamment arrondies. Les cicatrices syphilitiques sont toujours déprimées. Celles de l'acné, au contraire, sont toujours plus ou moins saillantes, et la chose est facile à comprendre. Dans la syphilis constitutionnelle, il y a perte de substance. Dans l'*acne indurata*, les follicules ont été distendus d'abord, puis ils se sont vidés, et les deux parois du sac, en se rapprochant l'une de l'autre, sont néanmoins restées un peu au-dessus du niveau de la peau, d'où une cicatrice, ou, si l'on aime mieux, une trace saillante de la maladie. Du reste, il est utile de dire que la forme oblongue n'est pas la seule qu'affectent les follicules distendus. Toutes les formes leur sont possibles.

Le siége varie également. L'*acne indurata* peut occuper la face. Souvent elle se rencontre sur la partie supérieure du dos, enfin sur le haut de la poitrine; elle peut enfin se développer sur tous ces points à la fois, et nous en avons vu

(1) Ce que nous ne concevons pas, c'est la présence du zinc dans le lavage opéré sur cet homme vingt-quatre jours après qu'il avait quitté l'usine, où il n'avait travaillé que deux jours à réparer les tonneaux.

un exemple chez le malade à l'occasion duquel nous écrivons ces lignes.

Le pronostic de cette maladie est assez grave, en ce sens que souvent elle résiste à tous les traitements, même les plus énergiques. Ces traitements doivent être d'abord émollients et rafraîchissants; mais il faut user de moyens particuliers pour obtenir la résolution des tubercules. Ainsi les lotions bi-chlorure de mercure, dans la proportion de 0,25 à 0,30 pour 250 grammes d'eau distillée. Les lotions ammoniacales dont nous avons dit que M. Cazenave avait fait usage dans le cas actuel, lotions qui agissent principalement en vertu des principes chimiques alcalins qu'elles renferment, et à l'aide desquels se forme avec la matière grasse contenue dans les follicules un savon soluble à base d'ammoniaque.

Les frictions avec la pommade d'iodure de soufre ont souvent produit aussi d'excellents résultats. Nous avons vu chez le malace actuel que les bains sulfureux semblaient avoir notablement amendé l'état du sujet.

Traitement du psoriasis par le carbonate d'ammoniaque. — Voilà plusieurs années déjà que M. Cazenave essaie dans le traitement de certaines affections squameuses de la peau l'emploi comme médication interne du carbonate d'ammoniaque. L'observation des faits et l'expérience semblent donner raison à cette thérapeutique, dans laquelle seulement M. Cazenave a cru devoir introduire de légères modifications. Dès 1848, l'éminent praticien de l'hôpital Saint-Louis prescrivait contre le *psoriasis chronique*, un sirop sudorifique contenant 10 grammes de sous-carbonate d'ammoniaque pour 250 de sirop. Ce sirop était administré aux malades, de telle sorte qu'ils prissent de 0,40 à 1,50 du sel ammoniacal par jour.

M. Cazenave avait été conduit à l'essai de ce médicament par le souvenir de la réputation qu'avait eue autrefois le sirop de Peyrilbe dans le traitement d'affections analogues. Or ce qui faisait tout le succès du sirop de Peyrilbe, c'était le sel ammoniacal qui entrait dans sa composition. On sait que ce sirop se composait d'une infusion de 120 grammes de mélisse et de 15 de follicules de séné dans 1,000 grammes d'eau, à laquelle on ajoutait, pour 350 grammes, 120 de sucre, et 4 de carbonate d'ammoniaque.

Aujourd'hui, c'est tout simplement le sirop de Peyrilhe qu'emploie M. Cazenave, et il s'en trouve très bien dans nombre de cas. Il nous a montré entre autres un malade affecté d'un psoriasis très grave datant de plusieurs années, et qui sous l'influence de cette préparation a éprouvé en moins d'un mois une amélioration extrêmement remarquable. Notons bien que chez ce sujet, pour obtenir un résultat tout à fait pur, M. Cazenave n'a fait usage que de la médication interne, et qu'il a complétement proscrit pommades et bains de toute espèce, de l'emploi desquels on aurait peut-être cru pouvoir faire dépendre l'amélioration signalée.

Les affections squameuses chroniques et le psoriasis en particulier, sont trop souvent le désespoir des médecins pour que nous n'attirions pas une fois de plus l'attention sur une médication qui peut déterminer la guérison, même sans l'aide des moyens auxiliaires que l'ont joint d'habitude aux préparations pharmaceutiques destinées à l'usage interne.

Angine de poitrine. — L'angine de poitrine constitue-t-elle une maladie à part? Maintenant encore il y a des médecins qui la nient; d'autres qui se contentent d'exprimer un doute, et ne sont pas convaincus de son existence. M. Vigla nous a fait voir lundi, à l'hôtel-Dieu, un sujet qu'il avait fait venir exprès du dehors pour le présenter aux élèves, et qui offre un exemple remarquable de cette singulière affection.

Le sujet de l'observation est un homme de quarante-deux ans, cultivateur, habituellement bien portant, qui fait remonter sa maladie à quatre mois seulement. Cependant, en l'interrogeant avec soin, voici ce que l'on parvient à découvrir. D'une constition robuste, rompu à la fatigue, cet homme, qui n'a jamais eu de douleurs rhumatismales, s'est aperçu, il y a dix-huit mois environ pour la première fois, qu'il avait de la peine à monter les côtes. Quand il était obligé de suivre un chemin d'une pente même assez douce, il ne pouvait en venir à bout qu'en s'accrochant aux traits de ses chevaux; il était pris alors d'une sensation qu'il compare a une barre transversale qui l'étouffait, puis d'une autre sensation douloureuse qui s'étendait aux bras. Disons immédiatement que ces accidents se montrèrent sans cause connue; il n'avait pas fait d'effort violent, n'avait éprouvé aucune frayeur ou autre émotion morale vive.

Dans certains temps il s'apercevait que l'oppression était plus forte que dans d'autres; mais il ne se souvient pas et ne peut rendre compte des circonstances qui amenaient cette aggravation. Pendant quelque temps il crut être malade de la poitrine, parce qu'à l'hôpital militaire de Nancy, pendant qu'il était au service, on avait voulu le réformer, et aussi parce qu'il a perdu deux sœurs de phthisie pulmonaire, toutes les deux vers l'âge de vingt ans. Cet homme est marié et a eu cinq enfants; une fille qui, à l'âge de un an, a succombé à des convulsions, et quatre garçons qui n'ont pas eu de convulsions et jouissent d'une bonne santé.

Pendant les premiers mois de la maladie, il n'éprouvait les symptômes dont nous avons parlé que lorsqu'il montait des côtes. Lorsqu'il se livrait à des travaux ordinaires, quelques pénibles qu'ils fussent, il n'éprouvait rien de pareil, non plus que lorsqu'il marchait même longtemps sur un terrain plat. Il ne ressentait rien non plus pendant la nuit, même en étant couché tout à fait horizontalement. Peu à peu la maladie augmenta.

Il y a cinq mois environ, il s'aperçut que les accès devenaient plus fréquents, et ils se rapprochèrent même tellement qu'il fut obligé de suspendre complétement toute espèce de travail; car, à quelque occupation qu'il se livrât, les forces lui manquaient, des bras principalement. Néanmoins il a toujours remarqué que les douleurs et l'oppression étaient plus violentes quand il marchait en montant.

Voici comme il décrit aujourd'hui les souffrances qu'il éprouve pendant ses attaques.

L'accès commence par une douleur au niveau des quatrième ou cinquième vertèbres dorsales, s'irradie dans les épaules, dans les bras, la poitrine, douleur telle qu'il semble au malade qu'il est paralysé. Il a de la peine à lever les bras, ne peut leur imprimer aucun mouvement; les mouvements seuls des doigts sont conservés. Cette douleur se fait sentir dans tous les points indiqués, presque à la fois; elle n'est, dit le malade, ni lancinante, ni déchirante; très difficile à décrire, c'est plutôt à un tiraillement qu'elle ressemble. Elle n'est pas assez forte, comme douleur, pour le faire crier: mais il est *obligé* de se plaindre, et ne peut s'en empêcher. Depuis un mois environ, les accès viennent assez souvent pendant la nuit; le malade est alors obligé de se mettre à son séant, un oreiller derrière lui, et de rester ainsi tant que dure le malaise. Deux fois ces accès sont survenus à la suite de rêves; d'autres fois et plus fréquemment, lorsqu'il fait un mouvement trop brusque en se retournant dans son lit. Il éprouve du soulagement lorsqu'on lui applique la main sur le point indiqué, au niveau de la quatrième vertèbre.

Après les crises, le sujet est habituellement très faible et dans l'impossibilité de marcher. Elles durent quelquefois jusqu'à trois quarts d'heure. Il lui est arrivé, mais rarement, d'en éprouver trois ou quatre pendant le cours de la même nuit ou de la même journée. Depuis deux mois, il ne se passe pas un seul jour qu'il n'éprouve au moins une crise. Maintenant, et même quand il n'a pas ses douleurs, il a perdu évidemment de la force de ses bras et de ses jambes. Les sens sont parfaitement conservés dans toute leur intégrité. Dans le moment des crises seulement, le cœur bat fortement; il est calme le reste du temps. Dans ce moment aussi, son visage devient pâle et une sueur froide lui découle sur le visage.

A quelle maladie, sinon à l'angine de poitrine, rapporter l'affection dont est atteint ce sujet? Pour M. Vigla, le doute n'est pas permis. C'est déjà le cinquième ou sixième cas de ce genre qu'il observe, et, il y a quelques jours à peine, est sorti du service un homme déjà âgé, marchand de coco dans les rues de Paris, qui en a présenté un exemple non moins explicite que celui-ci. Une circonstance qui pourra peut-être aider nos lecteurs à comprendre la nature de la douleur éprouvée par les malades est celle-ci, que, pendant les premiers accès, ce vieillard s'imaginait ne ressentir autre chose qu'une gêne causée par les bretelles de sa fontaine portative, et se bâtait de la déposer à terre. Il a été, depuis lors, obligé de renoncer à son état.

Dans l'angine de poitrine, on ne constate aucun bruit anormal soit dans le cœur, soit dans les poumons; on ne rencontre pas à l'autopsie d'affection des centres circulatoire et respiratoire, dont elle serait symptomatique. La seule lésion à peu près constante que l'on ait rencontrée, c'est l'ossification des artères coronaires du cœur; dans beaucoup de cas, on a constaté des lésions pathologiques diverses, mais dont aucune ne pourrait rendre compte des symptômes observés pendant la vie. Jusqu'à quel point doit-on rattacher les phénomènes à l'ossification des artères coronaires? C'est une question qui est loin d'être encore résolue aujourd'hui. Bornons-nous à constater le fait, sans en tirer pour le moment d'autres conséquences. Chez le malade que nous a fait voir notre confrère et ami, la seule chose que l'on puisse dire n'être pas tout à fait normale, serait un léger degré de dilatation du cœur, caractérisée par un bruit un peu plus clair; mais encore, cette sonorité exagérée des bruits pourrait peut-être être attribuée à un peu d'émotion produite par l'exploration du sujet.

Pour M. Vigla, l'angine de poitrine est évidemment une affection de nature névralgique; mais il avoue qu'il serait beaucoup plus embarrassé pour se prononcer sur le siége que sur la nature de la maladie.

Est-ce dans les plexus cardiaques ou dans les nerfs intercostaux, comme on pourrait le soutenir sans trop de témérité? Dans le plexus cervico-brachial? Faut-il, avec M. Piorry, n'y voir qu'une névralgie brachio-thoracique? Dans le cas actuel, la douleur se produit des deux côtés; plus fréquemment, elle n'existe que d'un seul côté. On pourrait admettre aussi, sans risquer de trop se tromper, que le siége de la maladie est très complexe et très variable. C'est presque toujours de la région sternale que paraît partir la sensation douloureuse; d'où le nom de *sternalgie* que lui a imposé le premier Baumes, et auquel se rallierait assez volontiers M. Vigla. Nous ferons cependant observer que ce mot n'est pas parfaitement exact, car ce n'est pas le sternum qui est douloureux, mais bien la région *post-sternale*. On lira avec intérêt, sur cette question de la nature et du siége de l'angine de poitrine, un long chapitre de l'ouvrage de M. Lartigue, couronné par la Société de Médecine de Bordeaux.

Le traitement que M. Vigla a opposé chez les sujets qu'il a observés, à l'angine de poitrine, et qui lui a quelquefois réussi, c'est l'application d'une série de vésicatoires volants sur tous les points où existe la douleur. Nous ne saurions mieux faire, du reste, pour bien faire comprendre le traitement de M. Vigla, que de reproduire la prescription qu'il a remise au malade qu'il nous a fait voir, et qu'il n'a pu garder à l'hôpital; la voici:

1° Appliquer successivement sur tous les points qui sont le siége de la douleur, pendant les accès, des vésicatoires volants de 0,07 m. de diamètre.

2° Dans l'intervalle de chaque vésicatoire, un bain tiède.

3° Matin et soir, prendre 0,05 de poudre de feuilles de belladone; tous les quatre jours on augmentera de 0,05 matin et soir, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à la dose de 0,50 matin et soir.

Nous espérons pouvoir, dans quelques semaines, dire à nos lecteurs le résultat de cette médication. Dr A. Foucart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 octobre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Maladies des ouvriers qui travaillent le quinquina.

M. Chevallier adresse la note suivante:

Les ouvriers qui travaillent à la fabrication du sulfate de quinine sont sujets à une maladie cutanée particulière.

Cette maladie ne se présente pas toujours avec les mêmes symptômes (1).

Chez les uns, des boutons apparaissent sur tous les membres. Cette éruption est accompagnée de démangeaisons très vives; les boutons fournissent ensuite un écoulement plus épais que la sérosité, sans cependant présenter les caractères du pus.

Arrivés à l'état de supparation, l'exanthème donne lieu à des plaques qui ont l'apparence de dartres squameuses.

Chez d'autres ouvriers, les yeux deviennent rouges, il y a gonflement des paupières avec apparition de boutons; la face se boursoufle au point de rendre l'individu méconnaissable; les bras et les mains se tuméfient considérablement, et se recouvrent de boutons et de pustules qui se remplissent de pus et qui suppurent.

Chez d'autres encore, l'exanthème se déclare aux parties génitales avec de vives douleurs.

» Chez quelques ouvriers, les boutons dégénèrent en pustules qui ne suppurent pas, mais qui se présentent sous forme de *croûtes galeuses* d'un aspect repoussant.

Selon quelques fabricants, les ouvriers qui font les décoctions, ceux qui s'occupent du traitement du précipité calcaire par l'alcool, sont atteints de l'exanthème; selon d'autres, et cette opinion est admise par M. Chevallier, tous les ouvriers, même ceux qui mettent le sulfate en flacons, peuvent être atteints par la maladie. M. Zimmer, qui fabrique de très grandes quantités de sulfate de quinine, s'exprime ainsi dans une lettre du 6 juin 1850: « La maladie peut être contractée » dans toutes les opérations qui se pratiquent dans la fabri- » que, même l'emballage. »

Ce qui vient à l'appui de la dernière de ces opinions, ce sont les faits observés par MM. Armet de L'Isle, O. Henry et Thiboumèry.

M. Armet de L'Isle a fait connaître à M. Chevallier le fait suivant:

« En 1836, ayant à employer quelques ouvriers de plus, il fit venir, entre autres, un maçon du pays pour travailler au sulfate de quinine. C'était un homme d'une conduite régulière, dans la force de l'âge et ayant toutes les apparences d'un homme parfaitement portant. Au bout de trois à quatre jours, il eut des boutons sur les bras, sur les cuisses, aux jambes; le lendemain, enflure des parties génitales. » M. Armet de L'Isle le renvoya immédiatement.

En 1844, le même homme, étant employé alors comme maçon à des travaux en plein air et à plus de 60 mètres de la fabrique, fut forcé de quitter son travail. En effet, cet homme fut atteint des mêmes symptômes que ceux qui s'étaient déclarés en 1836, lorsqu'il travaillait à la fabrique de sulfate de quinine.

M. Henry a cité le fait d'une femme d'une constitution lymphatique, qui ne pouvait entrer dans une fabrique de sulfate de quinine sans être atteinte de l'exanthème; il dit que, le 16 mai 1850, cette femme a été prise plus vivement que jamais pour avoir essayé, à la fabrique du Havre, de mettre du sulfate de quinine en flacons. La maladie, qui a d'abord occupé le cou, la face, les bras, s'est portée sur les jambes; l'une d'elles est très enflée et couverte d'une éruption croûteuse *comme une espèce d'éléphantiasis.*

M. Thiboumèry cite le fait:

1° D'un jardinier qui, chargé d'élaguer, à la fabrique de sulfate de quinine, à la Planchette, une avenue de tilleuls, fut pris, pendant cette opération, d'une irritation des yeux, d'un gonflement de la face; ce jardinier n'avait jamais travaillé à la préparation du sulfate de quinine;

2° De deux personnes qui venaient chez lui passer le dimanche, et qui chaque fois étaient incommodées.

Une autre maladie, signalée par M. Zimmer à M. Chevallier, n'a jamais été observée en France; elle sévit sur les ouvriers qui pulvérisent le quinquina. Voici le tableau que fait M. Zimmer de cette maladie:

« La fièvre causée par le quinquina, ou *fièvre quinique* (*china fieber*), ne frappe que les ouvriers qui sont occupés au moulin, et qui sont par conséquent très exposés à la poussière produite dans le broiement de cette écorce.

» Cette maladie se déclare tantôt par une *effervescence de sang à faire rompre les veines*, tantôt par un froid glacial dans tout le corps; de sorte qu'elle a été comparée à la fièvre intermittente. D'après ce que j'ai vu, cette fièvre arrive à sa terminaison par un vif accès spontané, sans qu'on ait employé aucun remède dans le but de soulager le malade.

» On doit faire observer que les malades qui ont eu cet accès peuvent ensuite s'exposer à la poussière du quinquina sans que cela leur porte préjudice. Il y en a cependant très peu qui se déterminent à reprendre le travail qui a causé la maladie; ils préfèrent quitter l'établissement.

» Cette fièvre de quinquina frappe presque tous les ouvriers qui respirent la poussière de ces écorces. »

Dans son travail, M. Chevallier émet l'opinion que les maladies des ouvriers qui travaillent le sulfate de quinine sont dues à des émanations analogues à celles que fournissent certains végétaux, et qu'il serait possible de soustraire en partie les ouvriers à la maladie cutanée:

1° En établissant la fabrication dans des locaux parfaitement ventilés;

(1) Les renseignements que M. Chevallier a obtenus et qui font la base de son travail, lui ont été donnés: en France, par MM. Armet de L'Isle, Berthemot, Corriol, Dubosc, O. Henry, Thiboumèry; en Allemagne, par M. Merck, de Darmstadt, M. Zimmer, de Francfort; en Angleterre, par M. le docteur Sayer, qui, pour obliger M. Chevallier, a bien voulu, malgré ses nombreuses occupations, aller visiter les fabriques de sulfate de quinine.

2° En plaçant les chaudières à décoction sur des fourneaux munis de hottes ayant un bon tirage;

3° En exigeant que les ouvriers aient le moins possible le système cutané en contact soit avec les décoctions aqueuses, soit avec les solutions alcooliques de quinine.

Quant à la fièvre produite par la poussière de quinquina, on peut, par la construction du moulin et par les soins apportés pour qu'il n'y ait pas de déperdition de la poudre, faire cesser les accidents. M. Zimmer s'occupe de la construction d'un moulin qui présentera ces conditions.

Métamorphoses des animalcules que l'on trouve dans les grenouilles.

M. Gros, de Heidelberg, communique de nouvelles recherches sur les animalcules qu'on trouve en si grand nombre dans les grenouilles, sur leur origine, leur développement et leurs transformations.

Il y a deux ans, M. Gros informait l'Académie de l'origine du tænia et du distome, qui descendent sans parents de vésicules nucléolées, élaborées dans la glande supérieure des sépias. Aujourd'hui il fait connaître le fait suivant :

Dans la vessie de presque toutes les grenouilles, on rencontre un petit animalcule qui n'a peut-être pas échappé à l'observation, et qu'à défaut d'autre nom il appelle *torquatina.* Cet animalcule naît de la muqueuse vésicale des grenouilles dont une vésicule se granule et devient la couronne, tandis que les vésicules voisines fournissent la matière du corps de la torquatina. L'animalcule ploie sa couronne sur elle-même, pousse des cils vibratiles dans d'autres parties de son corps et constitue une *opalina*, que l'on trouve constamment en très grand nombre dans le rectum. L'*opalina*, à son tour, se niche dans les muqueuses intestinales où elle gise et se fait un cocon, et le résultat de sa métamorphose est un hématoïde ascaridien, le même que l'auteur a déjà mentionné en 1845 dans ses observations sur les parasites.

EMPLOI AVANTAGEUX

des applications topiques de chloroforme et de la compression dans le rhumatisme articulaire subaigu localisé.

Les heureux effets de la compression dans le traitement des hydarthroses sont connus de tous les médecins. Dans le rhumatisme articulaire chronique, la compression, faite méthodiquement sur les jointures, rend aussi de très grands services, surtout lorsque les tissus ambiants sont infiltrés, mous et sans vitalité. La compression agit alors de deux manières : d'abord sur la circulation capillaire des tissus, en lui imprimant une activité qui hâte la résolution; ensuite en maintenant dans l'immobilité la jointure malade. Tels sont les avantages de la compression dans ces cas, que quelques médecins ont été jusqu'à proposer d'en faire usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Mais, dans ces circonstances, la compresson se trouve en présence d'un élément qui la contre-indique presque toujours, c'est la douleur, qui augmente peu à peu sous l'influence de la compression, et qui la rend bientôt insupportable. Dans le rhumatisme articulaire subaigu même, il faut que la douleur soit bien diminuée par la médication antérieure pour permettre une compression un peu énergique. Mais ne pourrait-on pas tourner en quelque sorte la difficulté, éteindre d'abord la douleur dans l'articulation malade et appliquer ensuite la compression ? Nous avons aujourd'hui un moyen puissant, le chloroforme, qui, appliqué localement, éteint la sensibilité des parties sur lesquelles se fait son application ; qui, employé en inspiration, ou par la voie atmiatrique, éteint la sensibilité générale. Par une application de cet agent anesthésique sur l'articulation malade, on pourrait supprimer la douleur dont elle est le siége, et appliquer immédiatement une compression graduée et bien faite. C'est ce que vient de faire avec succès un médecin des hôpitaux, M. Aran, qui remplace en ce moment M. Monneret à l'hôpital de Bon-Secours.

Au n° 2 de la salle Sainte-Anne, est couchée une jeune femme de vingt-quatre ans, d'une constitution assez chétive, qui est accouchée depuis six semaines, et qui est entrée à l'hôpital pour des accidents consécutifs à son accouchement. Elle présentait tous les signes d'un phlegmon iliaque, pour lequel elle fut traitée très énergiquement. L'utérus était volumineux, douloureux; son orifice déchiré et béant; le périnée avait été déchiré; cependant cette malade était dans un état assez satisfaisant dans les derniers jours du mois d'août, lorsque, le 29 août, elle fut prise dans la journée d'une douleur très vive dans l'articulation du genou gauche. Le lendemain, le genou était gonflé et très douloureux, avec une légère teinte rosée; le pouls était un peu fréquent; la peau un peu chaude. La malade était trop affaiblie pour qu'on pût lui pratiquer des émissions sanguines; le rhumatisme était trop localisé pour réclamer le sulfate de quinine. M. Aran se borna à prescrire des cataplasmes arrosés de laudanum, qui calmèrent un peu la douleur. Cependant l'articulation restait toujours fortement gonflée : la rotule était soulevée; la synoviale fortement distendue; les mouvements impossibles, à cause de la douleur, qui était réveillée également par le moindre contact.

Dans ces circonstances, M. Aran songea à traiter l'articulation malade par la compression; mais, comme la douleur était encore très vive au toucher, il fit appliquer, le 3 septembre, sur la partie antérieure de l'articulation, une compresse trempée dans l'eau tiède, sur laquelle on versa 10 gram. de chloroforme. Cette compresse fut recouverte immédiatement de compresses sèches, et maintenue par un aide. La première sensation ressentie par la malade fut une douleur très vive de cuisson et de brûlure. Cette douleur fut de courte durée, et trois ou quatre minutes ne s'étaient pas écoulées, que la malade accusait un grand soulagement dans l'articulation et pouvait étendre son membre, qu'elle maintenait auparavant dans une légère flexion. Après sept ou huit minutes d'application, la compresse fut enlevée : la peau était très légèrement rosée et presque insensible au contact de la pointe d'une épingle. La malade pouvait, en outre, faire exécuter de légers mouvements d'extension et de flexion à son membre presque sans douleur. Un bandage roulé fut appliqué immédiatement sur tout le membre inférieur; il fut serré assez fortement, sans que la malade accusât la moindre douleur. La nuit fut bonne et la compression supportée sans difficulté. Le lendemain, la bande fut enlevée pour examiner l'articulation, qui avait diminué de volume et qui était presque indolente. Des compresses graduées furent appliquées sur les parties latérales de la rotule, et le bandage fut réappliqué plus serré que la première fois. La malade le supporta encore parfaitement; toutefois, comme il y avait encore un peu de sensibilité à la pression, on lui fit ce jour-là une nouvelle application de chloroforme sur le genou. A partir de ce moment, la compression a été serrée de plus en plus, et le genou a diminué de jour en jour de volume. Aujourd'hui, 8 septembre, il reste peu de sérosité dans l'articulation, et celle-ci est presque indolente. (*Bull. de Thérap.*)

NOUVEAU RÉACTIF

pour reconnaître le sulfate de quinine.

Par M. DE VOGEL fils, de Munich.

Lorsqu'on verse dans une dissolution alcoolique de sulfate de quinine une solution concentrée de ferro-cyanure de potassium et quelques gouttes de chlore, le liquide prend de suite une belle couleur d'un rouge clair.

Si l'on opère avec une dissolution non concentrée de cyanoferrure de potassium, on peut obtenir encore la nuance indiquée, en ajoutant au mélange quelques gouttes d'ammoniaque.

Pour s'assurer de la présence du sulfate de quinine à l'état sec, on met sur un verre de montre une petite quantité de sulfate de quinine en poudre, et l'on verse dessus quelques gouttes de chlore, en agitant le mélange avec un tube de verre. On y ajoute ensuite une dissolution concentrée de ferrocyanure de potassium, en agitant doucement. Si la substance soumise à l'examen contient du sulfate de quinine, on voit bientôt paraître une belle couleur rouge, qui passe, au bout de quelque temps, au vert.

Aucune base organique ne présentant le même phénomène, il s'ensuit qu'on peut employer sûrement ce mode comme un réactif caractéristique du sulfate de quinine.

CORRESPONDANCE.

Fièvre intermittente guérie par l'action du sel marin.

Nous recevons d'un de nos abonnés l'observation suivante, qui pourra servir à éclairer la question du traitement des fièvres intermittentes par le sel marin.

Monsieur le Rédacteur,

Marcel Lejeune, ouvrier, est âgé de vingt-deux ans; il est d'une assez haute stature et d'une constitution lymphatique. Manquant d'ouvrage en 1849, il quitta Suzy, son pays natal et duquel il ne s'était pas encore éloigné, pour aller travailler à la manufacture de glaces de Montluçon. Bien que Suzy soit assis dans une vallée marécageuse, entrecoupée de ruisseaux, bornée au nord, à l'est et à l'ouest par une montagne profondément anfractueuse et à sommet boisé, et que les fièvres intermittentes y règnent chaque année au printemps ou à l'automne, Marcel Lejeune n'y a jamais pris d'autre maladie sérieuse qu'une fièvre typhoïde en 1848. Mais à peine était-il arrivé à Montluçon depuis quinze jours qu'il y prit une fièvre intermittente quotidienne. Elle revenait tous les jours vers quatre heure du soir; elle dura un mois, et fut combattue d'abord par un éméto-cathartique, puis par une saignée et enfin par le sulfate de quinine, moyens mis en usage par M. Dechaux, médecin de la manufacture. La fièvre manqua pendant cinq jours. Après ce temps là, elle reparut non sous le type quotidien, mais sous celui d'une double tierce, un accès revenant tous les deux jours vers cinq heures du soir avec un frisson de trois quarts d'heure, et un autre accès revenant tous les deux jours vers onze heures du matin avec un frisson d'une demi-heure. Cette fièvre fut combattue sans succès par le vin de quinquina et le vin d'absinthe, moyens conseillés par M. Dechaux, et par l'eau de Néris, autre moyen conseillé par M. le docteur Duchet, de Montluçon. Enfin, désespéré, Marcel Lejeune voulut revenir à Suzy. Il y arriva le 10 septembre dernier, mais dans un état déplorable, œdématié de la tête aux pieds et vomissant tout ce qu'il prenait, hors la tisane et le bouillon. Appelé auprès de lui, je n'ai pas voulu agir sur-le-champ contre les accès de fièvre : avant de rien faire, je voulais savoir quels seraient les effets du retour de ce jeune homme dans son pays natal, au sein de sa famille, de ses affections et d'une foule d'habitudes physiques et morales un peu de temps suspendues. En effet, du 10 au 14 la fièvre ne se montra pas; le malade s'en croyait délivré. Mais elle revint le 15 à deux heures du soir, le 16 à quatre heures du soir, le 17 à deux heures du soir, le 18 à quatre heures du soir : c'étaient les accès d'une double tierce.

Le 19, il y eut apyrexie. Le 20, la fièvre reparut à cinq heures du soir avec un frisson de cinq quarts d'heure. Le 21, il y eut apyrexie. Le 22, la fièvre reparut à cinq heures du soir avec un frisson de cinq quarts d'heure. Apyrexie le 23. Ces accès étaient ceux d'une fièvre tierce.

Le 24, jour de fièvre, le malade prit 30 grammes de sel marin fondu dans un litre d'eau; il les prit en cinq fois, d'heure en heure, depuis une heure du soir jusqu'à cinq. A six heures, il eut un frisson qui ne dura que cinq minutes. Le 25, jour apyrétique.

Le 26, voulant être bien convaincu de l'action fébrifuge du sel marin, je ne fis prendre que 10 grammes de ce sel, fondu encore dans un litre d'eau et administré comme ci-dessus. A cinq heures, frisson qui dure trois quarts d'heure. Le 27, jour apyrétique. Le 28, je fis prendre 50 grammes de sel marin fondu dans un demi-litre d'eau; le malade en prit d'heure en heure, depuis deux heures du soir jusqu'à sept heures. Le frisson manqua complétement. Le 29, jour apyrétique. Le 30, jour d'accès ; pas de sel marin, pas de frisson, pas de fièvre. Le 1er octobre, jour apyrétique. Le 2, jour d'accès; pas de sel marin, pas de frisson, pas de fièvre.

Cette observation, dans laquelle je n'ai pas voulu parler de l'état de la rate, des modifications qu'elle a subies, est une preuve incontestable de l'action anti-pyrétique du sel marin.

Agréez, etc. Louis MAHUE.

3 octobre 1850.

Monsieur le rédacteur,

En qualité de membre de la Société de Médecine pratique, je viens réclamer de l'oubli qui a été fait par la *Gazette des Hôpitaux* du mercredi 8 octobre, du discours prononcé par M. Serrurier, secrétaire général, sur la tombe du professeur Fouquier. C'était à lui que la Société avait confié le soin de payer à la mémoire de son honorable président le tribut mérité de ses regrets et de sa sincère reconnaissance. Ce discours, qui a été écouté avec autant de recueillement que d'émotion, ne doit pas rester ignoré. Il est juste que le public médical apprécie toute la considération affectueuse que la Société de Médecine pratique professait pour son honorable président.

Dr CARON, méd. des prisons.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 122. (23e ANNEE.) MARDI 15 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 14 OCTOBRE 1850.

Ectopie du cœur. Mouvements et bruits du cœur.

A L'OCCASION DE LA PRÉSENTATION DE M. FOLLIN.

Un jeune observateur, connu déjà par d'importants travaux, M. le docteur Follin, prosecteur de la Faculté de Médecine, a présenté à l'Académie un fœtus monstrueux qui, entre autres lésions de structure, offrait une ectopie du cœur. Cette présentation a eu lieu le 20 août. Dans le compte-rendu de la séance, nous avons promis d'y revenir, et nous tenons aujourd'hui notre promesse, empêché jusqu'ici par les travaux courants.

Un cas célèbre d'ectopie du cœur existait déjà dans la science : c'est celui que M. le professeur Cruveilhier a fait connaître dans le n° du 7 août 1841 de la *Gazette Médicale*. Nous le rapprocherons de celui de M. Follin. Dans le premier, l'ectopie du cœur était la seule anomalie ; le cœur sortait de la poitrine à travers une perforation circulaire occupant la partie supérieure du sternum ; l'enfant était fort et vivace. Dans le cas de M. Follin, le fœtus n'était arrivé qu'au sixième mois de son développement, et l'ectopie du cœur était compliquée d'éventration de la plupart des organes thoraciques et abdominaux : aussi les manifestations vitales étaient très faibles. M. Cruveilhier et M. Follin, dans ces deux cas, se sont appliqués à étudier : 1° les mouvements externes du cœur, c'est-à-dire sa contraction et sa dilatation ; 2° ses bruits.

Quant aux mouvements externes du cœur (ainsi nommés par opposition aux mouvements internes ou valvulaires), M. Cruveilhier constata ce qui suit, entre autres remarques :

1° La contraction des ventricules coïncidait avec la dilatation des oreillettes et la projection du sang dans les artères. La dilatation des ventricules coïncidait avec la contraction des oreillettes et le resserrement des artères. 2° La contraction succédait *immédiatement* à la dilatation, et réciproquement, en sorte que le temps de repos admis par les auteurs n'existait pas. 3° La contraction et la dilatation des ventricules et des oreillettes, comme si elles avaient résulté de deux forces opposées toujours actives, se succédaient à la manière des deux mouvements alternes d'un pendule ou d'un balancier parfaitement équilibré. 4° La durée de la contraction des ventricules était double de la durée de leur dilatation ; en partageant en trois temps égaux la durée totale d'une révolution cardiaque, on aurait eu deux temps pour la contraction des ventricules et la dilatation des oreillettes ensemble, et un seul temps pour la contraction des oreillettes et la dilatation des ventricules ensemble. 5° Pendant la systole ventriculaire, les fibres tournoyantes du sommet du cœur devenaient plus manifestes, et ce sommet, en vertu de la contraction spirale de ces fibres, se portait de droite à gauche et d'arrière en avant ; c'est alors et de cette manière que se produisait la percussion du sommet du cœur contre les parois thoraciques. 6° La diastole ventriculaire s'effectuait brusquement, avec une énergie dont on ne se ferait pas une idée ; la main serrée sur le cœur était, pendant ce mouvement, ouverte *avec violence*. 7° La dilatation ou diastole ventriculaire s'accompagnait d'un mouvement de projection du cœur en bas tellement prononcé, qu'au premier abord on aurait pu croire que c'était pendant la dilatation des ventricules que se produisait le choc du cœur contre les parois thoraciques.

Dans le cas de M. Follin, voici ce qui a été observé. Les oreillettes et les ventricules étant dilatés, les oreillettes se contractaient par un mouvement brusque, et revenaient aussitôt à leur volume primitif et à leur immobilité. Immédiatement après, les ventricules se contractaient *lentement, graduellement*, de la pointe à la base. L'intervalle compris entre les contractions auriculaire et ventriculaire pouvait être évalué à un quart de seconde. Après leur contraction, les ventricules se remplissaient sans mouvement brusque, comme par relâchement des fibres, et avant la contraction des oreillettes. Venait ensuite un temps d'immobilité assez considérable ; puis une révolution nouvelle du cœur, pour nous servir d'une expression de M. Bouillaud, recommençait par la contraction auriculaire.

Les deux observateurs, M. Cruveilhier et M. Follin, sont d'accord sur la lenteur de la contraction ventriculaire, phénomène que l'on serait porté à considérer au contraire comme devant être soudain ; mais quant à la manière dont s'opère la dilatation des ventricules, ils diffèrent notablement. Elle s'opérerait, d'après M. Cruveilhier, avec une brusque énergie et d'un seul coup, uniquement en vertu de la contraction de l'oreillette. C'est tout autrement qu'elle se produirait, suivant M. Follin. Par le seul relâchement de ses fibres, le ventricule, en se dilatant, aspirerait une partie du sang contenu dans l'oreillette, et celle-ci, par sa contraction, ne ferait que compléter la diastole et commander la contraction ventriculaire. C'est bien ainsi que nous avons cru voir se passer le phénomène dans plusieurs expériences faites sur des chiens et sur un cheval. Il nous semblait, tant le ventricule est prompt à se remplir après sa contraction, que le cœur ne se vidait jamais complétement. Et, en effet, il suffit que le ventricule se relâche pour qu'il se dilate, et il ne peut pas se dilater sans attirer le sang de l'oreillette. A la vérité, on pourra objecter que, vu la longueur de sa contraction, le ventricule est très peu de temps relâché, et que ce peu de temps est précisément rempli par la contraction auriculaire, en sorte que celle-ci serait inséparable de la réplétion du ventricule qu'elle suffirait à produire.

Ce qui n'est pas douteux, ce qui ressort bien de l'observation de M. Follin, c'est la rapidité avec laquelle la contraction ventriculaire succède à la contraction auriculaire. D'après un observateur d'un grand mérite, auquel la science doit déjà beaucoup, M. le docteur Beau, les deux contractions se succèdent si rapidement, si convulsivement pour ainsi dire, que le pouls artériel est presque isochrone à la contraction de l'oreillette, proposition qui semblerait un peu contrariée par la longueur reconnue de la contraction ventriculaire.

Il y a désaccord aussi entre les deux observateurs relativement au repos du cœur. M. Follin a noté un *temps d'immobilité assez considérable*. A la vérité, le cœur de son sujet ne donnait que treize battements à la minute. Cette question du temps de repos est très importante ; car si, effectivement, il y a repos après la contraction des ventricules en attendant celle des oreillettes, ce repos pourrait être employé à la réplétion passive des ventricules en vertu du relâchement de leurs fibres. Malheureusement on ne peut rien conclure à ce sujet du cas de M. Follin, attendu que l'immobilité notée par cet observateur peut à juste titre être considérée comme anormale, dans un cœur qui ne battait que treize fois par minute.

On voit qu'il ne suffit pas d'avoir le cœur vivant sous les yeux pour trancher toutes les questions relatives à ses mouvements. Dans un prochain article, nous examinerons les deux observations dont il s'agit au point de vue de la production des bruits du cœur.

MARCHAL (de Calvi).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BOYER.

Des lésions pathologiques internes dans la pustule maligne;

Par le Dr HOUEL, conservateur-adjoint du Musée Dupuytren.

En 1842, ayant eu l'occasion d'observer un fait curieux de

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Ingénieuse application du stéthoscope. — Les prochains concours. — Ouverture de l'Ecole.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Vous avez inséré il y a quelques jours une petite nouvelle à peu près ainsi conçue :

« Une application des plus ingénieuses de l'instrument appelé stéthoscope vient d'être faite par un savant médecin anglais : l'honorable praticien a fait disposer dans sa maison un tube en caoutchouc de telle façon que l'une des extrémités de ce tube correspond à l'extérieur de la porte d'entrée de la maison et l'autre à la tête du lit de l'habile inventeur. A l'aide de cet appareil, une conversation peut s'établir pendant la nuit entre le client et le médecin, et celui-ci peut de cette manière se dispenser de se lever pour les cas qui n'exigent pas des secours immédiats et éviter ainsi les refroidissements quelquefois funestes auxquels sont exposés les médecins. »

Il y a deux sortes de réflexions à faire sur cette invention prétendue. Aux confrères qui seraient tentés de la prendre au sérieux, on doit rappeler :

1° Que rien ne ressemble moins au stéthoscope que le tuyau en question ;

2° Que rien n'est moins nouveau que l'application d'un pareil tuyau déjà très usité, comme tout le monde le sait, dans le palais de Denys dit le Tyran, et depuis longues années en usage au Palais-de-Justice de Paris, si ce n'est à celui de Londres ;

3° Que si un tel appareil est très propre à préserver les médecins des refroidissements, je le crois infiniment moins efficace pour protéger le sommeil. Je suis bien certain du moins que le confrère infortuné qui aurait la malheureuse idée d'inaugurer cette méthode en France serait réveillé plus d'une fois en sursaut par le gamin de Paris, qui lui crierait avec volupté toute la nuit : Docteur! une potion, s'il vous plaît. Je crois être certain que le celèbre auteur de l'*Ere des Césars*, dont l'esprit se trouve pour le moment en disponibilité, ne manquerait pas un pareille bonne fortune : je le crois homme même à préférer ce plaisir au bonheur de gouverner quatre départements allemands et socialistes.

Mais je réponds aux confrères qui ont apprécié l'invention anglaise à son véritable point de vue : ceux-là ont déjà deviné que le sort de cette invention importe peu à son auteur ; ce qui lui importe, c'est qu'on demande le nom et la demeure de l'inventeur, afin que le client aille visiter cette demeure et y laisse un témoignage sonnant de sa gratitude. Vous voyez, mon cher confrère, que les enfants d'Albion, nos maîtres en bien des choses, le sont encore, dans l'art chaque jour plus difficile de la réclame ; que ceux qui, chez nous, pratiquent cet art remarquable méditent donc chaque jour les productions de nos voisins ; je les recommande en particulier à l'*autre Chomel*.

— Ceux qui se piquent de donner aux autres des leçons de convenance et de dignité devraient bien (c'est mon avis du moins) prêcher un peu d'exemple ; pour cette raison, j'aurais désiré, mon cher confrère, qu'on laissât refroidir les cendres du professeur que la Faculté vient de perdre avant de suppnter les chances que chacun peut avoir à sa succession ; mais tout le monde ne comprend pas ainsi son devoir, et force m'a été d'entendre, depuis trois jours, les choses que je suis obligé de vous répéter, puisque tout le monde les dit. — Qui succédera à M. Fouquier? Telle est la question qu'on entend faire de tous côtés, dans les alentours de l'Ecole et de l'Académie. Cette question, répond-on généralement, est subordonnée à cette autre : quelle est la chaire qui sera mise au concours? Des précédents sur l'équité desquels vous vous êtes prononcé, et que je ne veux point discuter en ce moment, permettent, en effet, de prévoir une et même plusieurs permutations, et vous concevez que les chances puissent varier pour chaque candidat, suivant que telle ou telle chaire sera disputée.

Toutefois, les incertitudes commencent à se dissiper : on sait déjà aujourd'hui que le professeur d'anatomie pathologique ne demandera rien et qu'il se bornerait simplement à accepter la permutation dans le cas où on la lui offrirait ; l'Ecole n'ayant jamais fait jusqu'à ce jour d'offre de ce genre, il est peu probable qu'elle commence en l'an de grâce 1850 ; le danger disparaît donc de ce côté pour les concurrents cliniciens. Mais il apparaît sous un autre horizon : le professeur de pathologie générale, qui a professé avec tant d'éclat l'histoire des maladies, et ensuite avec tant d'originalité les principes généraux de la pathologie et de la thérapeutique, aurait, dit-on, le désir d'appliquer ces principes au lit du malade. Si aucune permutation était jamais justifiable, ce serait assurément celle qui transformerait en professeur de *clinique médicale* l'auteur éminent de la *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*. Il est peu probable que la Faculté repousse une demande de M. Andral, si cette demande lui est faite ; mais là est encore le doute.

Une telle permutation simplifierait, du reste, beaucoup la question des concours : Pour une chaire de pathologie générale, le professeur est en quelque sorte désigné d'avance ; tout le monde nomme le candidat qui dans le concours de pathologie spéciale obtient déjà la moitié des suffrages. Dans le cas de non-permutation, les chances seraient beaucoup plus incertaines, quoique l'on fasse généralement, et avec raison, pencher la balance en faveur d'un jeune auteur dont tout le monde a l'ouvrage entre les mains.

— On paraît ne se préoccuper que peu de la prochaine ouverture de la Faculté, qui cependant mérite qu'on s'y intéresse. Vous savez que c'est M. Velpeau qui doit, cette année, faire les frais de la solennité en prononçant l'éloge funèbre de Marjolin. Le talent de l'éminent professeur n'est pas, personne ne l'ignore, celui qui convient aux auteurs d'oraisons funèbres ; cependant M. Velpeau nous a habitués à de telles surprises, qu'il ne serait nullement impossible de le voir se révéler tout à coup sous une face nouvelle, de voir son talent si souple et si étendu subir une transformation de plus. Dans tous les cas, c'est une expérience psychologique à laquelle il sera curieux d'assister, et je me garderai bien d'y manquer. Je ne manquerai pas davantage à vous faire part de mes remarques.

S. BERNARD.

pustule maligne, je fis une partie de mon mémoire des hôpitaux sur cette question. Depuis, M. Boyer, dans la réimpression du *Traité des Maladies chirurgicales*, ayant rapporté avec grand détail cette observation parfaitement recueillie, je crois maintenant devoir publier le résultat des quelques recherches que je fis alors; d'autant plus que la question n'est pas encore jugée ajourd'hui pour tout le monde. Le but que je me suis proposé dans ce travail est de démontrer la possibilité de l'existence des pustules malignes sur les muqueuses; je publierai la fin de l'observation telle que je l'ai recueillie à l'hôpital, et elle ne sera qu'un extrait de celle qu'a publiée M. Boyer (t. II, p. 70).

Peu de maladies offrent une importance plus grande que la pustule maligne par les dangers qu'elle présente pour les malades, par son début insidieux, sa marche rapide et la nécessité d'y porter remède dans un bref délai. Dans les ouvrages publiés avant 1780, on trouve bien des passages qui ont rapport à cette affection, mais ils sont fort incomplets; et ce n'est qu'à cette époque que l'Académie de Dijon, justement effrayée des ravages que faisait cette redoutable maladie, proposa de décerner un prix à l'auteur du meilleur mémoire sur ce sujet; il fut remporté par Thomassin et Chambon. Malgré l'excellente description qu'ils donnèrent de cette maladie, il restait encore beaucoup à faire. Depuis, la question a encore reçu un nouveau jour des travaux originaux de Saucerotte, Enaux et Chaussier, Régnier, de Sémur. En février et mars 1843, M. Bourgeois publia, dans les *Archives de Médecine*, un nouveau mémoire sur ce sujet. Il existe en outre plusieurs observations particulières très importantes.

L'origine de la pustule maligne est évidemment un virus qui peut se développer spontanément chez les animaux, dans certaines contrées de la France, telles que la Lorraine, la Bourgogne, la Franche-Comté; elle y règne quelquefois épidémiquement. C'est presque toujours les animaux qui la communiquent à l'homme. Boyer, contrairement à l'opinion de Bayle, qui dit en avoir observé dans les Basses-Alpes une épidémie qui se développa spontanément chez l'homme, pense, au contraire, que, dans le pays, le charbon y étant très commun, les malades, sans se le rappeler, auraient touché les dépouilles d'un animal charbonné. Parmi ces derniers, presque tous peuvent la lui communiquer, mais surtout ceux qui sont avec lui en rapports journaliers. Je n'insiste point ici sur les conditions dans lesquelles les animaux doivent se trouver pour que le virus se développe en eux; tous les pathologistes, sur ce sujet, sont d'accord, ainsi que sur l'existence de certains états pathologiques des animaux qui peuvent développer chez eux la propriété de donner à l'homme la pustule maligne. Ainsi, Bidault de Villiers, dans ses œuvres posthumes, raconte l'histoire de plusieurs individus qui ont été atteints de cette cruelle maladie en touchant aux débris d'un bœuf surmené. Morand, dans ses *Opuscules* (IIe partie, page 239), rapporte l'observation de deux bouchers des Invalides affectés de pustule maligne après avoir dépecé un bœuf qui n'était que fatigué.

Quant au mode de transmission, cette maladie étant éminemment contagieuse, il peut s'opérer de différentes manières; un des modes le plus redoutable, si surtout on admet la pensée du virus, est l'inoculation; il est au moins le plus rare; Bayle dans sa thèse, page 101, cite l'observation d'un officier de santé qui, s'étant piqué avec un bistouri dont il se servait pour ouvrir une petite mule, fut pris 99 jours après d'une pustule maligne.

Le contact d'une partie quelconque d'un animal, la peau surtout, même lorsqu'elle a été préparée, peut encore développer cette maladie.

Un troisième mode est le transport du virus par un insecte qui aurait touché un animal affecté de pustule maligne; ce moyen est redoutable, car on ne peut ni le prévoir ni le prévenir. Régnier dans son ouvrage raconte qu'un charpentier de Coulommiers fut atteint de pustule maligne après avoir été piqué par un insecte; Marcel, de Dijon, regarde ce mode de communication comme le plus fréquent; il admet même que la piqûre de certains insectes peut aussi la développer.

Enfin, le principe septique déposé sur la muqueuse est-il susceptible de produire d'emblée une pustule? Cette question est encore en litige.

Je ne m'en occuperai point ici. Je me propose seulement de confirmer un fait, à savoir : le développement possible d'une pustule maligne sur les muqueuses, mais consécutive à une pustule cutanée; en un mot, l'infection consécutive est une altération particulière du sang qui n'a encore été qu'imparfaitement signalée.

Je vais donc examiner l'état de la science sur les altérations pathologiques que l'on trouve après la mort; elle est encore fort incomplète, ce qui tient sans doute à la négligence que l'on a mise à faire les autopsies des individus qui ont succombé à cette affection, négligence qui du reste trouve bien son excuse dans la crainte de contagion assez généralement inspirée, quoique quelques chirurgiens ne pensent pas que le liquide qui s'écoule des tumeurs puisse transmettre la maladie d'individu à individu; il me semble que, pour en être convaincu, comme l'observent MM. Bérard et Denonvilliers dans le *Compendium de chirurgie pratique*, il suffit de se rappeler l'observation de Thomassin. Ce point de doctrine étant un des plus importants, je ne peux mieux faire que citer le paragraphe du *Compendium de chirurgie*, dans lequel cette question a été traitée avec beaucoup de soins. Thomassin rapporte « que la femme d'un laboureur, ayant percé avec une épingle les vésicules qui couvraient une pustule maligne survenue à la paupière de son mari et porté à son visage les doigts imprégnés de sérosité, fut affectée deux heures après d'une pustule maligne, qui fit de grands progrès et laissa après la guérison beaucoup de difformités. Un événement du même genre est rapporté par M. Maucourt dans sa thèse inaugurale soutenue en 1829. Nous n'ignorons pas qu'on oppose à ces faits des observations contradictoires, telle que celle d'une femme atteinte de pustule maligne qui, soit en couchant avec son mari, soit en allaitant son enfant, ne communiqua la maladie ni à l'un ni à l'autre; celle d'un étudiant en médecine, Bonet, de Poitiers, qui s'inocula à lui-même, sous les yeux de M. Rayer, des liquides fournis par une pustule maligne et ne contracta point de maladie. Mais que peuvent ces observations? N'a-t-on pas vu aussi l'inoculation du virus vénérien tentée inutilement? Fussent-ils cent fois plus nombreux, ces faits ne peuvent empêcher que ceux de Thomassin et de Maucourt se soient produits. Or ceux-là suffisent pour nous autoriser à conclure que la pustule maligne peut se transmettre d'homme à homme, et pour prescrire les plus grandes précautions dans le pansement et dans l'emploi de la charpie et du linge, afin de n'exposer ni soi-même, ni les autres au risque de contracter une maladie dangereuse. »

On voit donc que la conclusion de cet article c'est la possibilité de la contagion, possibilité que j'adopte complétement.

Lésions pathologiques de la pustule maligne. — La plupart des auteurs qui ont écrit sur les affections charbonneuses en général et la pustule maligne en particulier se sont attachés à en examiner les causes, les symptômes; le traitement même a aussi été le sujet d'un bon nombre de monographies; mais quant à l'anatomie pathologique, c'est à peine si on en trouve une description. Regnier de Semur, dans son ouvrage sur la pustule maligne, dit que le refus qu'on lui fit d'ouvrir plusieurs cadavres ne lui permet pas de traiter ce point important, et se contente de rapporter les observations de Chabert sur les animaux. MM. Bérard et Denonvilliers, dans le *Compendium de Chirurgie pratique*, citent quelques faits isolés dans le corps de l'article, mais sans alinéa spécial. M. Bourgeois, en parlant de la marche de la maladie, la distingue bien en deux périodes : la première, qu'il appelle locale; la seconde, période d'imprégnation d'intoxication. Mais plus loin, il ajoute que, n'ayant eu que trois fois l'occasion de faire des autopsies, il n'a recueilli que peu de renseignements; il a néanmoins constaté que le sang dans le cœur était fluide et noir. M. Hansky a montré à la Société anatomique une infiltration sanguine entre les feuillets du mésentère, et plusieurs ecchymoses dans les parois de l'estomac et des intestins d'un individu qui avait succombé à une pustule maligne; le sang contenu dans le système veineux avait conservé sa fluidité.

Dans le *Dictionnaire en quinze volumes*, l'auteur résume ainsi les connaissances pathologiques : « Ce que l'on connaît des altérations intérieures se réduit à peu de chose; le voici : Fournier a fait l'ouverture de trois personnes qui succombèrent pendant l'épidémie charbonneuse du Languedoc; il trouva, dans le voisinage de l'orifice inférieur de l'estomac, de petites pustules et quelques points rougeâtres vers les ramifications des artères de l'estomac, et des vers en peloton dans les intestins (un seul individu en avait dans l'estomac). Vericel, ancien chirurgien-major de Lyon, dans un discours qu'il prononça, rapporte, d'après Reydelet, l'observation d'une nouvelle pustule maligne fixée dans le colon, et que tout le monde regarda comme la cause de la mort. »

Là se résume l'état des connaissances pathologiques sur les organes intérieurs; encore la plupart des faits sont-ils différemment interprétés. MM. Bérard et Denonvilliers disent que l'observation citée si légèrement par Vericel n'a aucune autorité, et objectent aux trois faits observés par Fournier sous le nom de pustule maligne de l'estomac qu'il avait commis une erreur de diagnostic, et que c'était une affection des follicules de cet organe.

Je me suis convaincu que, dans tous les cas graves où le malade a succombé ou bien a couru de grands dangers, la mort a toujours été précédée de symptômes du côté du tube digestif en rapport avec ceux que je cite dans mon observation; il est à regretter que l'ouverture du corps n'ait point été faite, on aurait probablement trouvé des lésions analogues à celles que je vais décrire. Je ne rapporterai ici, à l'appui de mon opinion, que les faits les mieux connus. Par exemple, dans les trois observations de M. Fournier qui ont été suivies de mort, il raconte que chez ces trois individus on observait des faiblesses presque continuelles et une douleur fixée au creux de l'estomac qui était météorisé; la moindre nourriture ne pouvait être tolérée, ce qui coïncide avec l'altération pathologique. Sur les quatorze observations particulières de M. Bourgeois publiées dans les *Archives*, je trouve qu'il a perdu trois malades seulement, et, sur ce nombre, deux avaient présenté des symptômes abdominaux, tels que tension de l'abdomen, douleur vive, nausées, même vomissement; ceux qui ont guéri n'ont rien présenté de ce côté, moins un qui a seulement eu une légère diarrhée.

Dans l'épidémie de Bayle, observée dans les Basses-Alpes, sur six observations rapportées dans l'ouvrage de Régnier de Semur, on trouve trois morts; pour deux, la tension du ventre avec vive douleur abdominale est signalée; quant au troisième, l'observation est très incomplète. Il me semble qu'on peut conclure de ces faits que la forme de pustule maligne la plus grave est celle dans laquelle il se développe des douleurs abdominales. Maintenant, quel en est le siége, quelle en est la cause? Car si la pustule maligne est une affection locale, comment les expliquer.

Si au contraire on admet, comme M. Bérard, que ces douleurs sont le résultat d'une affection folliculeuse, je la crois alors spécifique; elle est une affection générale, qui peut même marcher lorsque l'affection locale est éteinte. En résumant donc les lésions signalées dans les auteurs et celle qui résulte de mon observation, les altérations pathologiques possibles dans la pustule maligne peuvent avoir leur siége sur le tégument externe et interne; quant au tégument interne (les muqueuses), MM. Bérard et Denonvilliers disent ne pas connaître d'observation qui prouve que le principe septique mis en contact avec elles puisse faire naître une pustule maligne sur la place qu'il touche. M. Denonvilliers a observé en 1834, à la Pitié, une pustule maligne qui s'étendit sur la conjonctive palpébrale et oculaire; mais elle avait débuté par la paupière. Si le contact immédiat de la muqueuse avec le virus de la pustule maligne ne détermine point d'accidents; lorsque ce virus s'est développé sur la peau et a infecté l'économie, ne peut-il pas donner naissance à des pustules malignes internes? Ce qui me ferait penser que la chose est possible, malgré que je sois en désaccord avec plusieurs de mes maîtres, c'est que chez l'individu qui fait le sujet de mon observation sous l'influence de la cautérisation tous les symptômes locaux et généraux se calmèrent presque de suite, la tumeur s'entoura de l'aréole éliminatoire des escharres, un commencement même de suppuration semblait s'établir, et M. Boyer était déjà dans une pleine sécurité, lorsque tout à coup se développèrent des phénomènes abdominaux qui l'induisirent même en erreur sur leur nature, et c'est vers le cinquième ou le sixième jour qu'ils se sont développés exactement comme dans les observations déjà citées de Bayle, Bourgeois, Fournier (1). Jusqu'alors on n'avait point tenu, il me semble, un compte assez exact de ce symptôme, et le genre de tumeur de la muqueuse de l'estomac ne laisse aucun doute sur sa nature; il a été facile pour tous les assistants de se convaincre que c'était une pustule maligne dans sa première période. Quant aux tumeurs intestinales, elles étaient déjà plus avancées, mais elles m'ont bien semblé de même nature. MM. Leuret et Hamond, *Nouvelle Bibliothèque*, 1827, tome IV, en citant des faits d'inoculation sous le tissu cellulaire sous-cutané du cheval, ont observé une marche rapide des symptômes, et ont signalé qu'au milieu de tous ces désordres il n'est pas rare que l'appétit se conserve; cependant, disent-ils, de fréquents borborygmes se font entendre, les excrétions alvines sont plus molles qu'à l'ordinaire et ont aussi une odeur plus fétide.

Une seconde altération interne siége dans l'organe circulatoire; le cœur lui-même est comme ramolli; le sang plus noir, plus épais, tellement consistant, qu'il semble ne plus pouvoir couler dans les artères. A plus forte raison dans les capillaires, cette altération sanguine pourrait peut-être expliquer la dyspnée, le refroidissement des extrémités, la teinte bleuâtre de la peau, que j'ai également retrouvée signalée, mais sans explication, et ses épanchements, dans les lames de l'épiploon, épanchements qui sont tellement considérables, que le sang s'était aggloméré en caillots. M. Leuret est porté à soupçonner que le sang éprouve pendant la vie des animaux charbonneux un commencement de décomposition, d'où résulterait la formation d'une certaine quantité d'acide carbonique et d'acide hydro-sulfurique. Il a mis le sang d'animaux affectés de charbon en contact avec les organes d'animaux sains, et il a transmis l'affection charbonneuse de cette manière, soit qu'il se servît de sang recueilli avant ou après la mort.

En résumé donc, la pustule maligne peut s'éteindre d'une manière locale si elle a été assez profondément cautérisée; mais comme le chancre, elle peut infecter l'économie et avoir sa manifestation interne sur la muqueuse, et celle du tube digestif en paraît le siége principal. Je sais que pour donner toute la valeur possible à cette observation, il aurait fallu pratiquer l'inoculation sur un animal du virus trouvé dans l'estomac. Malheureusement cette expérience n'a pas été faite, et nous avons déjà vu que, même faite dans les conditions les plus favorables, elle n'est pas toujours couronnée de succès; il n'en reste pas moins ce fait pour moi, c'est que la maladie peut être détruite d'une manière locale et avoir un retentissement général; c'est presque toujours dans ces cas que la mort survient.

Voici maintenant, telle que je l'ai recueillie au lit du malade, l'observation qui a servi de point de départ au travail qu'on vient de lire :

Le 15 novembre 1842, est entré au n° 50 de la salle Saint-Louis, hôpital Saint-Louis, service de M. Boyer, le nommé P., âgé de trente-cinq ans, écarrisseur. Cet homme, d'une constitution sanguine, fut pris tout à coup sans cause appréciable, deux jours avant son entrée à l'hôpital, d'une démangeaison sur la face antérieure de la seconde pièce du sternum; bientôt il survint une escharre, avec vive douleur. Un médecin qu'il consulta l'engagea à venir dans un hôpital. A son entrée, l'interne de garde reconnut l'existence d'une pustule maligne, qu'il fendit crucialement et cautérisa profondément avec le beurre d'antimoine.

Le lendemain à la visite nous constatâmes ce qui suit : l'état général peu satisfaisant, la prostration considérable, le pouls petit, peu développé; pendant la nuit, la somnolence a été accompagnée de rêves et elle persiste encore à la visite; on trouve sur la face antérieure du sternum, dans le lieu déjà indiqué, une eschare noire, profonde, incisée crucialement : c'est la pustule maligne qui a été cautérisée; les tissus voisins sont peu douloureux, sans empâtement; on trouve dans l'aisselle droite quelques ganglions lymphatiques engorgés, qui, au dire de l'interne de garde, n'ont point fait de progrès depuis la veille.

La cautérisation n'est point renouvelée; M. Boyer prescrit un régime tonique avec vin de Bagnols et aliments même si le malade en désire.

Le 17 novembre, l'état général est meilleur; il y a eu moins de sommeil; les ganglions axillaires sont un peu diminués et moins douloureux; mais la petitesse du pouls persiste. L'eschare est entourée d'un liséré blanchâtre, qui est un commencement de suppuration, et circonscrit par un cercle inflammatoire avec un peu d'empâtement. Continuation des moyens toniques.

Le 19, même état à peu près que les jours précédents; le détachement de l'eschare n'a point fait de progrès sensibles; le pouls a encore diminué de volume; les extrémités sont froides, le pourtour des ongles bleuâtre; le malade se plaint d'un peu de dyspnée.

Le 22, la pustule ne présente rien de particulier, si ce n'est la lenteur avec laquelle se détache l'escbare qui depuis deux jours est restée stationnaire; les ganglions sont de beaucoup diminués. Mais l'état général est moins satisfaisant; le pouls n'est plus sensible, les extrémités sont complétement froides et violacées, ainsi que les lèvres; la peau s'est couverte de pe-

(1) Dans le Musée il existe encore aujourd'hui un estomac en cire sur lequel on observe un point gangreneux qui a été décrit par Chaussier comme un cas de pustule maligne. Ce fait a la plus grande ressemblance avec celui que j'ai observé.

tites taches ayant quelque ressemblance avec des pétéchies, seulement elles sont moins rouges; une douleur très vive s'est développée dans le ventre, la moindre pression ne peut être tolérée; des vomissements de matières bilieuses fatiguent beaucoup le malade. M. Boyer, craignant l'existence d'une péritonite sous-diaphragmatique, prescrit 40 sangsues sur le ventre, un cataplasme, des frictions mercurielles, la suppression des toniques et la diète absolue. Le malade est mort vers midi.

Autopsie. — Les taches simulant des pétéchies sont moins visibles, et l'on retrouve à la surface du corps un grand nombre de petites tumeurs que le malade portait depuis sa naissance, simulant assez bien des tumeurs érectiles. Après en avoir incisé une, qui fut facile à énucléer, on constata qu'elles étaient dures, un peu élastiques et qu'elles siégeaient dans les couches les plus superficielles de la peau.

La pustule est un peu affaissée; disséquée avec soin, on la trouve parfaitement circonscrite, n'intéressant même que la peau, et laissant sous elle les insertions du grand pectoral au sternum parfaitement saines; elle est bien circonscrite; l'abdomen ouvert laisse écouler peut-être près de trois litres d'une sérosité roussâtre, sans fausses membranes ni flocons albumineux; le grand épiploon et l'intestin grêle surtout étaient violacés, ce dernier, vers son extrémité inférieure, paraissait même infiltré de sang dans l'épaisseur de ses parois; incisé dans sa longueur, les valvules conniventes présentaient dans le point correspondant à l'infiltration une éruption remarquable qui n'était autre chose qu'une agglomération de pustules à des degrés différents. L'estomac incisé présenta également à la face inférieure de sa cavité une pustule unique avec soulèvement de l'épithélium, qui se creva, donna issue à de la sérosité roussâtre, et laissa à nu une plaque noirâtre circonscrite par un cercle rouge d'environ 4 millimètres de largeur. Cette disposition de la pustule jusqu'au soulèvement de l'épithélium fut très bien constatée. Tout le mésentère était en outre rempli, non pas seulement d'infiltration sanguine, mais même de véritables caillots.

Les poumons gorgés de sang, l'oreillette droite, ainsi que le ventricule, fortement distendus par un sang épais, noir, ressemblant, pour la consistance, à de la mélasse, disposition qui pourrait peut-être aider à expliquer la dyspnée et la petitesse du pouls. L'oreillette et le ventricule gauche étaient complétement vides et revenus sur eux-mêmes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1850. — Présidence de M. DANYAU.

M. LARREY demande la parole sur la communication qui a été faite dans la dernière séance par M. Chassaignac.

« C'est avec embarras, dit-il, et non sans émotion, que je vais adresser quelques réflexions critiques à un collègue pour lequel j'ai toujours ressenti une vive sympathie. Mais, je dois le déclarer avant tout, c'est seulement au point de vue de la pratique de l'art que j'exprimerai ma pensée sur le fait qui a été exposé à la Société de Chirurgie par M. Chassaignac. Je ne chercherai pas à apprécier le mode opératoire qu'il a employé, dans ce cas grave, pour pratiquer d'abord la ligature de l'artère iliaque primitive, et ensuite l'extirpation de la tumeur étendue de la cuisse vers le bassin. Le talent chirurgical de notre confrère nous garantit son habileté dans cette double opération, comme sa confiance dans les ressources de l'art témoigne de sa sollicitude pour le malade qui s'était mis entre ses mains.

» Mais un fait capital, à mon sens, et qui me semble dominer tout le reste, c'est la question d'opportunité. Un cas insolite se présente; la maladie, par sa nature présumée, par son origine profonde, par ses limites indéterminées, par ses rapports anatomiques, offre les plus grandes difficultés au diagnostic, une gravité extrême pour le pronostic; et le chirurgien ne juge pas à propos de convoquer une consultation pour soumettre le malade à l'examen de ses confrères et s'éclairer de leurs avis. Il décide, à lui seul, qu'il y a nécessité de faire coup sur coup deux opérations, dont chacune, envisagée isolément, devait faire redouter les plus grands dangers.

» Ainsi, l'opérateur, après avoir soumis le malade aux inhalations du chloroforme, voulant prévenir une hémorrhagie possible, pratique la ligature préalable ou accessoire de l'iliaque primitive, avec toutes les chances incertaines de cette opération, si bien faite qu'elle puisse être d'ailleurs, comme dans les cas fort rares où elle a été régulièrement indiquée et exécutée pour des lésions artérielles ou pour des lésions directes, puisque sur une demi-douzaine de cas connus dans la science, deux seulement paraissent avoir été suivis de guérison. (Quant à la question de priorité en France, elle me semble devoir rester hors de cause.)

» La ligature étant faite, l'extirpation de la tumeur est pratiquée ensuite; et, à part les difficultés vaincues, à part les longueurs inévitables de cette seconde opération, il y avait à craindre soit une désorganisation trop profonde pour en atteindre les limites, soit une pénétration du tissu morbide dans le bassin, ou bien des adhérences intimes ou une altération des os; car on sait, par exemple, combien l'ostéosarcome a de tendance à se développer dans les os iliaques. Il y avait à craindre encore, dans le cas présent, les probabilités d'une récidive, d'après le diagnostic explorateur lui-même, qui avait établi l'existence d'une tumeur encéphaloïde. Il y avait à craindre enfin une mort prompte, non plus par hémorrhagie, par prolongement du mal, par suppuration, par résorption, par gangrène, par infection cancéreuse ou par toute autre cause ordinaire, mais par épuisement nerveux, comme le résultat semble ne l'avoir que trop tôt démontré, puisque l'opéré a succombé la nuit suivante.

» On peut donc croire avec raison que, si M. Chassaignac avait pris conseil de quelques-uns de ses confrères, il aurait été détourné, par tous peut-être, d'agir comme il l'a fait, tout en s'appuyant sur les motifs qu'il a fait valoir, et que je respecte sans les admettre. Je pense, en un mot, s'il me permet de le lui dire, qu'il a agi avec trop de précipitation et de témérité chirurgicales, dans un cas presque certainement incurable, et chez un jeune homme encore de bonne constitution d'ailleurs, et qui, exempt de toute diathèse morbide, aurait pu vivre plus longtemps.

» Je regrette enfin que notre honorable collègue ait cru devoir porter ce cas malheureux à la connaissance de l'Institut, et je n'en comprends pas l'utilité; non point que je prétende qu'il eût fallu soustraire un pareil fait à la publicité, mais parce qu'il me semble appartenir exclusivement à l'appréciation des hommes de l'art, qui doivent s'en instruire et en tirer un enseignement pour tous.

» C'est pourquoi, et sans arrière-pensée, je le proteste, j'ai provoqué ouvertement cette discussion au sein de la Société de Chirurgie, à laquelle chacun de nous reconnaît le droit de juger ses œuvres. »

M. CHASSAIGNAC répond avec chaleur à l'argumentation de M. Larrey. L'opération qu'il a pratiquée est justifiable devant la science et l'humanité; aussi n'admet-il pas que sa conduite puisse être blâmée. Un sentiment d'humanité l'a seul guidé dans cette circonstance. Sans doute le résultat a été malheureux; mais n'arrive-t-il pas tous les jours qu'un homme succombe des suites d'une opération que néanmoins on pratique de nouveau le lendemain? Dans la circonstance où je me suis trouvé, devais-je rester inactif devant un malade jeune encore, ayant toutes les apparences d'une bonne santé, ne portant aucun engorgement ganglionaire compliquant une tumeur qui elle-même n'allait pas dans le bassin. Les ponctions qui ont été pratiquées dans la tumeur, tout en nous indiquant la nature de celle-ci, ne nous montrèrent que trop la marche rapide et funeste de cette affection.

Le malade, d'ailleurs plein de confiance en moi, prévoit les suites de sa maladie, et accepte l'opération, dont la gravité ne lui est pas dissimulée; j'avoue que j'ai cru remplir un acte d'humanité en tentant quelque chose pour ce malheureux. D'abord, continue M. Chassaignac, j'avais eu la pensée de découvrir la fémorale et de ne la lier que consécutivement si la chose me paraissait nécessaire; mais la crainte d'une hémorrhagie m'a fait préférer la ligature de l'iliaque primitive; d'ailleurs, cette ligature a donné deux succès sur six opérations; elle pouvait donc être tentée, et elle a donné dans ce cas tout ce que j'en attendais : elle a prévenu l'hémorrhagie; sans doute l'opération a été malheureuse; c'est pour cela que je devais me hâter de la faire connaître, et c'est en cela qu'est l'enseignement. Maintenant, ajoute M. Chassaignac, peut-on dire qu'il y avait une contre-indication dans le siége de la tumeur elle-même? Quant à lui, il ne le croit pas; il ne peut pas croire non plus que l'issue funeste de cette opération pût être indiquée à l'avance quand on voit des malades supporter la ligature des deux carotides. Il est vrai, ajoute M. Chassaignac en terminant, j'aurais dû prendre l'avis de mes confrères; j'accepte ce reproche; ils m'eussent été utiles; mais dans le cas actuel j'ai dû me presser d'agir après avoir fait les ponctions exploratrices, et c'est là ce qui m'a empêché d'avoir recours aux lumières de la Société de Chirurgie. J'espère, ajoute M. Chassaignac, que M. Larrey ne s'est point laissé aller aux impressions du dehors et qu'il ne s'est pas laissé influencer par un journal que je ne veux pas nommer.

M. LARREY déclare qu'en prenant la parole il a cédé à son propre mouvement et n'a été influencé par personne. Il ne connaît point l'opinion de ses collègues; mais il ne doute pas qu'en exprimant son opinion sur l'opération de M. Chassaignac, il n'ait exprimé en même temps le sentiment de la plupart d'entre eux. Il sait gré à M. Chassaignac de reconnaître qu'il eût été avantageux de consulter quelques-uns de ses collègues. Cette consultation, suivant M. Larrey, eût établi un diagnostic peut-être plus précis, et eût certainement détourné M. Chassaignac de faire une opération qui a été si promptement mortelle.

M. ROBERT. La Société ne peut rester muette devant le fait rapporté par M. Chassaignac; son silence serait une adhésion. J'écarte donc tout de suite la question de moralité qui a été soulevée. Certainement, M. Chassaignac n'a été mu que par un sentiment d'humanité; sa conduite est en outre pleine de courage; il faut lui savoir gré d'avoir exposé dans tous ses détails une opération qui d'ailleurs a été malheureuse. Mais, comme M. Larrey, j'aurais voulu une consultation; celle-ci l'eût certainement détourné d'une pareille opération, et eût dissipé dans l'esprit de M. Chassaignac les espérances qu'il avait conçues. Je vois avec peine comme M. Chassaignac un homme jeune, vigoureux, en proie à une maladie mortelle; mais je suis aussi frappé de la difficulté d'enlever de la cuisse une tumeur grosse comme une tête d'enfant et fixe dans le point qu'elle occupe; cette dernière circonstance aurait dû faire réfléchir M. Chassaignac, lui inspirer des craintes sur l'origine de la tumeur, qui pouvait naître des os du bassin. M. Marjolin a rapporté plusieurs observations d'ostéosarcomes naissant des os du bassin et dont l'un avait été pris par Lisfranc pour un abcès par congestion; une ponction démontra que c'était un cancer. L'immobilité de la tumeur, le résultat de la ponction avec un trocart devaient détourner M. Chassaignac de toute opération; il eut le bonheur de tomber sur une tumeur née au sein des parties molles; mais quelle douleur pour lui s'il fût tombé sur un ostéosarcome et s'il n'avait pu terminer la seconde opération! Après avoir diagnostiqué une tumeur cancéreuse par l'exploration directe, l'absence de battements et d'expansion de la tumeur, M. Chassaignac est arrêté par la crainte de l'hémorrhagie, et c'est alors qu'il se décide à lier l'iliaque primitive, opération grave, compromettant la vie du malade et qui avait déjà été pratiquée en France avec succès par notre honorable collègue M. Deguise. C'est après avoir fait une pareille opération que notre confrère va enlever une tumeur grosse comme la tête d'un enfant à la racine du membre dans le point où les anastomoses devaient ramener une partie de la circulation dans le membre où siégeait la tumeur! L'ablation de cette tumeur exige que le chirurgien pénètre jusque dans la cavité abdominale; la mort, à la suite d'une pareille opération, ne présente donc rien d'extraordinaire; elle est naturelle. Je ne puis ne pas rendre hommage au courage et à la loyauté de notre collègue, mais je ne puis pas non plus ne pas reconnaître qu'il a dépassé les limites de l'art.

M. CHASSAIGNAC repousse toute possibilité de confusion de la tumeur avec un ostéosarcome; l'examen le plus minutieux avait été fait à cet égard. Toutefois, il reconnaît qu'en pressant sur les os du pubis on déterminait de la douleur au sein même de la tumeur, ce qui s'explique par la disposition du cancer relativement à la branche ascendante de l'ischion et descendante du pubis. Ne savais-je pas par l'examen que j'en ai fait que, si la tumeur pénétrait dans le bassin, elle y pénétrait fort peu. On a enlevé quelquefois des tumeurs cancéreuses tenant aux os, et, sans approuver ces opérations, je veux dire que ce n'est pas une contre indication absolue. La vascularité de la tumeur, l'absence d'écoulement sanguin pendant l'opération ne prouvent-elles pas l'avantage de cette ligature? L'insuccès, que je déplore, n'est pas une preuve suffisante pour blâmer mon opération; que d'opérations blâmées, rejetées dans leur origine sont maintenant admises, pratiquées chaque jour. Je n'accepte donc pas, ajoute M. Chassaignac, le reproche d'avoir dépassé les limites de l'art.

M. GOSSELIN accepte que le diagnostic a été fait d'une manière certaine relativement à la nature et au siége de la tumeur, et que cette dernière n'était point au-dessus des ressources de l'art; mais ce qu'il n'accepte pas, c'est la ligature préventive de l'iliaque primitive. Ces ligatures sont généralement considérées comme mauvaises, ajoute M. Gosselin, et je ne les comprends que lorsque les vaisseaux que l'on doit intéresser sont profondément placés et en dehors des atteintes du chirurgien. Or, ici ce n'est pas le cas; les vaisseaux coupés ou intéressés pendant l'opération étaient sous la main du chirurgien, il pouvait les lier ou les tordre. On comprend encore ces ligatures préventives quand on doit intéresser un grand nombre de vaisseaux, ce que l'on rencontre dans les tumeurs érectiles volumineuses; mais, dans ce cas, la conduite du chirurgien doit être toute différente. Dans les tumeurs de la nature de celle qu'a enlevée M. Chassaignac, malgré leur vascularité, le chirurgien n'a point à redouter l'hémorrhagie; les vaisseaux arrivent par quelques points, et il peut les lier. J'ai vu, ajoute M. Gosselin, enlever plusieurs tumeurs vasculaires analogues à celle que M. Chassaignac a enlevée, et les accidents hémorrhagiques ne survinrent pas. Tout récemment j'ai enlevé une tumeur assez vasculaire de la cuisse, et quatre ligatures suffirent pour arrêter toute hémorrhagie. A la rigueur, je comprends encore une ligature provisoire, quand cette dernière n'est pas grave; mais autrement, n'est-ce pas exposer le malade à toutes les chances d'une opération grave pour prévenir une hémorrhagie primitive, en l'exposant d'ailleurs à toutes les conséquences d'une hémorrhagie secondaire?

M. CHASSAIGNAC répond que toutes les objections présentées par M. Gosselin, il se les était adressées à lui-même avant de tenter l'opération; cependant il crut devoir préférer le plan de son opération tel qu'il l'a exécuté. En effet, dit-il, la tumeur, très vasculaire, pouvait recevoir des vaisseaux par toute sa circonférence, et surtout n'être pas enkystée; ajoutez à cela qu'elle était profondément placée, que son extirpation pouvait être difficile; ses limites dans le bassin étaient indéterminées; des branches nombreuses de l'iliaque interne, branches difficiles à atteindre, pouvaient alimenter cette tumeur. Pour toutes ces raisons, j'ai préféré la ligature de l'iliaque primitive avant de pratiquer l'opération.

M. MAISONNEUVE. Je n'ai point la pensée de venir en aide à M. Chassaignac, il n'a d'ailleurs pas besoin d'appui; mais cependant, je dois le déclarer, je ne partage pas la manière de voir de plusieurs de nos collègues relativement à l'opération faite par M. Chassaignac. Et d'une manière générale, je dirai que le chirurgien doit s'oublier lui-même quand l'intérêt du malade l'exige. Quand un malade est aux prises avec une maladie promptement mortelle, le chirurgien ne doit point refuser à ce malade les secours de l'art, quelques minimes qu'ils soient; n'est-ce pas le cas dans lequel se trouvait notre confrère? Son malade était jeune encore, vigoureux et la maladie mortelle; il agi, il a donné au malade les chances de salut qu'il pouvait lui donner; il a bien fait. Sans doute il était sur les limites de l'art et du possible, mais ces limites n'étaient point dépassées, et, ce qui le prouve, c'est l'opération elle-même; n'a-t-elle point été complétement terminée, sans que d'ailleurs aucun organe important à la vie ait été intéressé? Il est arrivé malheur; mais n'arrive t-il pas très souvent que la désarticulation de la cuisse est suivie d'accidents mortels? Et cependant le chirurgien ne recule pas devant cette opération.

Quant à la ligature de l'iliaque primitive, je partage la manière de voir de M. Gosselin; mais encore, pour se prononcer d'une manière définitive à cet égard, il eût fallu voir le malade. Pour moi donc, ajoute en terminant M. Maisonneuve, la ligature faite par M. Chassaignac était opportune, et je lui sais gré d'avoir eu le courage de la pratiquer.

M. HUGUIER aurait désiré que M. Chassaignac donnât dans son observation les causes présumées de la mort. Dans ce cas, elle pourrait être rapportée à plusieurs causes; mais il importerait de savoir si l'action du chloroforme, qui a été longtemps continue, ne pourrait point être invoquée ici. On peut en dire autant de l'épuisement du système nerveux. La ligature portée sur l'iliaque primitive, en suspendant momentanément la circulation dans le membre correspondant, n'a-t-elle pas amené consécutivement des congestions pulmonaire, cardiaque ou cérébrale? M. Huguier aurait désiré, à cet égard, des détails plus complets dans l'observation que M. Chassaignac a communiquée à la Société.

M. CHASSAIGNAC déclare que l'opération a duré une demi-heure, pendant laquelle le malade a été soumis à l'action du chloroforme. Je ne serais point éloigné de croire que le chloroforme a été pour quelque chose dans la mort du malade. Toutefois, ce n'est pas pour m'abriter que j'invoque l'action

du chloroforme ; j'accepte complétement la responsabilité du fait en lui-même. Mais l'opéré n'a éprouvé ni hémorrhagie, ni accidents nerveux. L'opération, sans doute, a été longue; le malade était épuisé; un moment je crus ne pas pouvoir le rappeler complétement à la vie ; mais au bout d'une demi-heure toute crainte était dissipée, et cependant j'accepte très bien que l'épuisement nerveux, inséparable de toute grande opération, ait été pour quelque chose dans la mort du malade.

M. Forget dit qu'après les explications données par M. Chassaignac, il y aurait de la mauvaise grâce à discuter plus longtemps sur la moralité du fait dont il s'agit; il n'admet pas que dans une Société qui a pris pour devise *moralité dans l'art* aucun membre puisse jamais par des considérations personnelles, un intérêt de célébrité, par exemple, se décider à pratiquer une opération quelconque. Aussi, en prenant la parole, ai-je en vue, dit M. Forget, de repousser certaines propositions émises par M. Maisonneuve, et qui me semblent en opposition avec les principes d'une saine philosophie chirurgicale. Notre collègue, en présence d'un malade atteint d'une affection à laquelle il doit succomber dans un temps prochain, pour peu qu'il ait une lueur si faible qu'elle soit pour le sauver par une opération, veut que le chirurgien fasse abnégation de lui-même et qu'il pratique cette opération, n'y eût-il qu'une chance favorable sur dix mauvaises. Suivant M. Maisonneuve, il faudrait encore agir sans doute si la responsabilité du chirurgien était seule en cause. Comme notre collègue, je consentirais bien à en faire bon marché; mais il y a un intérêt qui me préoccupe beaucoup plus, c'est la dignité, la considération, et surtout l'autorité de l'art que vos témérités vont compromettre; les principes de la chirurgie ne sont pas illimités, et il faut prendre garde de les fausser par une application excessive et immodérée, car on ne pourrait pas mettre en suspicion leur justesse et leur efficacité. Pour prouver que M. Chassaignac avait eu raison d'opérer, M. Maisonneuve a dit que l'opération était possible, puisqu'elle avait pu être achevée. A cette manière de confondre la question, je laisserai répondre M. Chassaignac, qui a avoué avec une franchise qui l'honore qu'avant d'opérer, malgré ses recherches, il ne savait pas la limite de la tumeur. Or, doit-on, en présence d'un pareille doute, entreprendre une œuvre de chirurgie d'une telle gravité? On a dit encore que la mort pouvait survenir très promptement à la suite de beaucoup d'opérations. M. Maisonneuve a cité l'exemple d'un individu auquel Sanson désarticula la cuisse, et qui mourut quelques instants après. Ce fait, continue M. Forget, prouve précisément contre M. Maisonneuve et contre la conduite dont il s'est fait le défenseur. En effet, si la mort peut suivre presque immédiatement une opération réglée, d'une exécution prompte, facile, dans laquelle on sait d'avance tous les vaisseaux qui sont ouverts, on m'accordera que le danger est bien plus imminent si à cette opération on en ajoute une première qui est elle-même de la plus haute gravité, et il me semble que les chances deviennent plus mauvaises encore si la seconde opération est longue, laborieuse, et sujette à l'imprévu.

M. Maisonneuve, M. Forget ne s'occupe que de l'intérêt de l'art. Quant à moi, je me préoccupe davantage de l'intérêt du malade. Je saurais très mauvais gré à un chirurgien, si j'étais malade, de ce respect pour l'art; ce qu'il faut respecter, c'est le malade. Quand un homme est voué à une mort certaine, et dans un temps prochain, et qu'une opération peut quelque chose pour lui, il faut la tenter. Le chirurgien doit se mettre par la pensée en lieu et place du malade pour décider quelle conduite il doit tenir. Sans doute le chirurgien peut se tromper dans ses calculs, dans ses appréciations. Telle personne à qui vous prêtez une grande résistance vitale, un grand courage, n'a rien de tout cela, et succombe aux suites de votre opération. Somme toute, je le répète, une opération n'offrît-elle qu'une chance sur dix, elle doit être tentée en faveur du patient.

M. Forget. Je me préoccupe de l'intérêt de l'humanité; seulement j'entends cet intérêt d'une autre manière, en modérant l'action chirurgicale dans les limites tracées par l'expérience et la logique. Je tiens à conserver à l'humanité la foi en la puissance de notre art, tandis que par des entreprises hasardeuses, par vos neuf insuccès, sur dix opérés, vous allez lui apprendre à douter de l'efficacité des secours qu'elle doit en attendre. La conséquence d'une chirurgie ainsi appliquée est de détourner les malades alarmés par tant de revers de venir chercher la guérison là où ils ne voient plus que du danger. Est-ce là comprendre sciemment les intérêts de l'humanité? Pour ma part, je ne le crois pas; car pour un seul à qui on a la chance d'être utile, on nuit sûrement au plus grand nombre.

M. Chassaignac, en terminant la discussion, revient d'une manière générale sur tous les motifs qui l'ont porté à agir ; et quant à la limite de la tumeur sur laquelle on insiste dans le courant de la discussion, M. Chassaignac répond qu'il ne connaissait pas la limite précise de la tumeur, mais l'examen auquel il s'était livré lui avait appris au moins où elle n'était pas. Il savait que, si la tumeur pénétrait dans le bassin elle ne pénétrait pas profondément. Pour ce qui est du fait de M. Deguise, il ne le connaissait pas avant de pratiquer son opération; il a pu voir qu'en effet il était le premier en France qui ait lié l'artère iliaque primitive.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le vice-secrétaire Demarquay.

SUR LA SÉPARATION DU NICKEL D'AVEC LE COBALT.

Par M. Liebig.

Deux méthodes ont été proposées par M. Liebig pour arriver à ce but; nous allons en donner un résumé :

1° La solution des deux métaux est traitée par l'acide cyanhydrique et neutralisée par la potasse ou par du cyanure de potassium exempt de cyanate; la liqueur rougeâtre qui en provient est soumise à l'ébullition, et le cyanure de cobalt se transforme ainsi en cobaltocyanure, de la même manière que le cyanure de nickel devient nickélocyanure. En ajoutant alors dans la liqueur chaude de l'oxyde de mercure délayé dans l'eau, le nickel est précipité en entier à l'état d'oxyde, qu'on lave, qu'on calcine et qu'on pèse.

La liqueur où se trouve le cobalt étant devenue alcaline, on y ajoute un excès d'acide acétique, et l'on précipite à chaud par le sulfate de cuivre. Par une ébullition prolongée, le précipité, qui est du cobaltocyanure de cuivre, devient plus cohérent et abandonne la potasse qu'il contiendrait sans cette précaution. On le calcine, on dissout le résidu dans de l'acide chlorhydrique contenant un peu d'acide nitrique, puis on précipite le cuivre par l'hydrogène sulfuré dont on chasse l'excès par l'ébullition, et on sépare le cobalt au moyen d'une lessive bouillante de potasse. Le précipité, bien lavé, est calciné et pesé.

2° L'autre méthode recommandée par M. Liebig consiste à substituer l'emploi de l'ammoniaque à celui de la potasse qu'on ajoute à la dissolution métallique après l'addition de l'acide cyanhydrique. En faisant bouillir la liqueur, il se forme du cobaltocyanure et du nickélocyanure d'ammonium. Quand on y ajoute du sulfate d'ammonium et du soufre, elle se colore en noir : au bout de quelque temps d'ébullition, elle devient incolore en déposant du sulfure de nickel. Le liquide surnageant est exempt de nickel, mais il renferme du cobaltocyanure et du sulfocyanure d'ammonium.

(*Journ. de chimie médicale.*)

PRÉSENCE DE L'ARSENIC, DU CUIVRE ET DE L'ÉTAIN

dans les eaux minérales de Bavière.

Par M. Keller.

M. Keller a examiné les dépôts ocreux des différentes sources minérales de Bavière, et il est arrivé aux résultats suivants :

1° Les dépôts ocreux des sources de Bakaczy et de Pandur à Kissingen ne renferment que peu ou point de cuivre; mais elles contiennent suffisamment d'arsenic pour qu'on puisse y reconnaître ce métal.

2° L'ocre brun-rougeâtre de la source ferrugineuse de Bruckenau renferme des traces d'arsenic et beaucoup de cuivre.

Dans l'une et dans l'autre des deux espèces d'ocres qui précèdent, on trouve de petites quantités d'étain.

Les sources dans lesquelles ces ocres se sont déposées renferment les mêmes substances. Il y a du plomb dans les deux premières; dans la source de Bruckenau, la présence de ce métal paraît douteuse.

L'antimoine et l'étain se trouvent dans toutes les trois.

(*Idem.*)

NECROLOGIE.

Un de nos honorables confrères, le docteur Tanchou, dont ce journal a souvent publié d'intéressants travaux, est mort subitement jeudi 10 octobre, à dix heures du soir. Ses obsèques ont eu lieu dimanche au milieu d'un nombreux concours de médecins et d'amis. Deux discours ont été prononcés sur sa tombe, l'un par le docteur Bois de Loury au nom de la Société de Médecine, l'autre par le docteur A. Foucart, au nom de la Société de Médecine pratique.

M. Bois de Loury, en quelques pages vivement senties, a retracé rapidement les principaux détails de la vie de M. Tanchou, qui soldat, puis officier dans les dernières guerres de l'empire, avait su se faire dans les armes une position brillante, que vinrent briser les désastres de 1815, pour le rendre à la vie civile et à l'exercice de la médecine, sa carrière de prédilection.

Nous reproduisons les quelques paroles prononcées par M. Foucart.

Messieurs,

La Société de Médecine pratique devait, elle aussi, apporter un pieux et dernier hommage sur la tombe de celui qui n'est plus. Il y a huit jours, à pareille heure, nous conduisions à sa dernière demeure un des hommes qui, par leur savoir, leur dignité, leur distinction scientifique et l'honorabilité de leur caractère, ont le plus contribué, dans la première moitié de ce siècle, à rehausser notre belle profession. Cet homme, c'était le professeur Fouquier, l'une des illustrations de la Faculté, et qui ne craignit pas de prêter l'appui de son nom et de son autorité à l'humble et modeste Société dont il était le président. Il y a huit jours, M. Tanchou assistait, plein de santé et d'avenir encore, à cette triste cérémonie. Nous disons plein d'avenir encore, car à l'âge de cinquante-neuf ans à peine il pouvait espérer de longs jours qui n'eussent pas été perdus pour la science et pour l'humanité.

Je ne vous raconterai pas, Messieurs, la vie de notre confrère. Comme pour la plupart des existences qui ont commencé à la fin du dix-huitième siècle, ses premiers jours ont été rudes, ses débuts laborieux et pénibles. Il a fallu à Tanchou cette force de caractère, cette persévérance à toute épreuve, cette énergie dont nous avons été tous à même d'apprécier les résultats souvent heureux pour sortir de la foule, et se créer une position qu'il n'a due qu'à lui même. Forcé par les circonstances d'embrasser la profession des armes au moment même où des études de plusieurs années l'avaient préparé avec fruit à l'exercice de la médecine, il s'acquitta de ses devoirs de soldat comme si c'eût été par goût qu'il eût choisi cette carrière si éloignée de la première.

Lors des catastrophes de 1815, de ces catastrophes dont le souvenir de deuil pèse encore sur nous, Tanchou reprit avec amour ses études interrompues, et depuis lors jusqu'au jour, jusqu'à l'heure où il a succombé d'une manière si imprévue, sa vie n'a été qu'un labeur continuel; et, disons-le, Messieurs, c'est peut-être dans ce travail de tous les jours, de toutes les nuits qu'il nous faut rechercher la cause de cette triste mort. Médecin, il a succombé sur son champ de bataille, et cette fin n'est ni moins belle, ni moins honorable que celle du soldat qui meurt pour sa patrie.

Unissons-nous, Messieurs, dans une dernière pensée, pour bénir la mémoire de notre ami, de l'homme juste, probe et savant qui ne laisse en ce monde que des regrets.

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Nogués, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Frison, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Corte.

M. Benoist, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Dehée, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Eychenne, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Maublanc, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Cambrai, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Petibon, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Duauthier, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Brégeaud, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Ving, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Lhoste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Chems, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Tédeschi, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Corte, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Rey, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Lotor, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Molinard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Carabin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubeuge, est désigné pour passer aux ambulances de Constantine.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 123. (23e ANNEE.) JEUDI 17 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sns pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 16 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Quoique assez brève, la séance d'hier a cependant été convenablement remplie. M. Grisolle a ouvert la séance par un rapport remarquable qui est une nouvelle et victorieuse réponse aux piteux adversaires de sa candidature académique, qui du reste, suivant leurs honorables habitudes, cherchent aujourd'hui à flatter celui qu'ils dénigraient hier. Le rapport de M. Grisolle est trop étendu pour qu'il nous soit possible de le publier aujourd'hui. Nos lecteurs en apprécieront cux-mêmes tout le mérite samedi prochain.

Après le rapport de M. Grisolle est venu celui de M. Piorry, presque sur le même sujet. M. Piorry a jugé avec une bienveillance judicieuse le travail d'un honorable praticien de Paris, plein de zèle pour la science, mais qui a malheureusement le défaut, trop commun, de céder à des inspirations non suffisamment réfléchies, quoique souvent ingénieuses, et de se livrer ainsi à des illusions qu'un contrôle sérieux et vraiment scientifique dissipe promptement. Ce n'est pas la première occasion que nous avons de faire ces observations à notre honorable confrère M. Wanner; espérons que les conseils d'un rapporteur que M. Wanner ne peut soupçonner de malveillance à son égard engageront enfin ce laborieux médecin à employer avec plus de discernement une activité qui pourrait être très utile à la science.

— A M. Piorry a succédé M. Monneret. Accueilli avec la faveur qui est due à un aussi laborieux et aussi intelligent écrivain, M. Monneret a vu cette faveur diminuer un peu à mesure que sa lecture avançait : nous n'oserions dire que l'auditoire ait eu entièrement tort. M. Monneret a lu un travail qui n'a pas la facture que doivent avoir les travaux à notre époque; il a cru pouvoir procéder par assertions, comme faisaient jadis les maîtres de la science, et nous sommes aujourd'hui un peu plus difficiles, nous exigeons qu'on procède par démonstration. Nous avons d'autant plus regretté de voir M. Monneret choisir une semblable voie, qu'il est homme à en parcourir une autre avec succès, et que, s'il persistait dans la première, il ne pourrait que stériliser une intelligence qui pourrait être très féconde.

— Nous ne pouvons que mentionner l'intéressante présentation faite par M. Depaul : cet habile chirurgien nous paraît avoir précisément dit tout ce qu'il convenait de dire sur le fait curieux dont il a entretenu l'Académie.

H. DE CASTELNAU.

Nous sommes obligé de renvoyer à notre prochain numéro les quelques réflexions que nous avons faites sur la séance si pleine d'intérêt de l'Académie des Sciences.

NOTE SUR UNE ALTÉRATION PARTICULIÈRE DE LA MATIÈRE SÉMINALE ;

présence dans cette matière de petits grumeaux albumineux d'une forme régulière ;

Par M. DEMEAUX, ex-interne des hôpitaux de Paris; ex-aide d'anatomie de la Faculté; médecin à Puy-l'Evêque (Lot).

Tous nos lecteurs se rappellent encore les communications faites à l'Institut par M. Demeaux sur une nouvelle méthode de traitement de la stérilité, restée malheureusement trop mystérieuse pour le public médical. Si cette méthode avait été annoncée par un homme sans nom, comme cela était déjà arrivé trop souvent, on ne s'en serait pas préoccupé autrement, et après la séance de l'Académie il n'en aurait plus été question. Mais M. Demeaux avait laissé à Paris trop de preuves d'une rare aptitude et d'un esprit vraiment scientifique pour qu'une telle communication de sa part ne fît pas une certaine sensation. Nous avions donc cru, à plusieurs reprises différentes, devoir faire appel à sa plume, afin qu'il nous mît à même d'initier nos lecteurs à ses découvertes. Aussi c'est avec une vive satisfaction que nous avons vu cet honorable praticien et habile observateur répondre enfiu à nos désirs. La première communication qu'il nous adresse, et que nous publions aujourd'hui, intéressera déjà nos lecteurs; mais nous ne devons pas omettre de rappeler à M. Demeaux ce qu'il n'ignore certainement pas, c'est que ce sera surtout l'ensemble de ses communications qui excitera vivement l'intérêt du monde scientifique.

H. DE CASTELNAU.

Depuis la publication des belles recherches de M. le professeur Lallemand sur les pertes séminales, la plupart des praticiens ont pu constater avec quelle judicieuse sagacité cet illustre observateur avait apprécié les différents phénomènes sympathiques ou symptomatiques que peuvent occasionner les modifications anormales, soit organiques, soit fonctionnelles de l'appareil génital. En relisant avec soin ces pages, on est frappé de l'importance de la moindre question relative à la génération, parce que « le bonheur des individus, l'union et le repos des familles, la puissance et l'avenir des sociétés ont les rapports les plus directs et les plus variés avec cette fonction. » (1)

Les altérations, morbides organiques ou fonctionnelles, de l'appareil génital, comme l'a parfaitement établi le professeur Lallemand, minent le corps social tout entier comme la constitution des malades qui en sont atteints; car elles sévissent principalement sur l'homme dans toute sa force, à l'époque la plus importante de sa vie; elles empêchent, elles relâchent ou détruisent le lien conjugal; elles attaquent par conséquent la famille, base essentielle de toute société.

Occupé depuis plus de dix ans de rechercher les causes qui peuvent occasionner l'infécondité, soit chez l'homme, soit chez la femme, bien pénétré d'ailleurs que la moindre vérité relative à la génération pouvait avoir une grande importance, j'ai eu l'occasion non-seulement de constater combien les propositions du professeur Lallemand sont fondées, mais encore j'ai pu observer quelques faits nouveaux que je me décide à publier, plutôt pour appeler sur cette nouvelle question l'attention des savants et du corps médical tout entier que pour résoudre moi-même les divers problèmes qu'elle renferme.

En 1845, le hasard me mit sur la voie d'une question relative à la génération, que j'ai poursuivie depuis avec persévérance; je veux parler de la présence dans la matière séminale de petits corps de nature albumineuse que je me propose de décrire aujourd'hui. En poursuivant mes recherches sur ce mode d'altération, j'ai pu non-seulement constater un grand nombre de fois cette variété, mais encore en observer plusieurs autres qui feront chacune l'objet d'un travail, et qui présentent toutes le même intérêt.

L'altération que je veux décrire aujourd'hui m'a paru devoir être la première, non pas parce qu'elle est plus importante ou plus fréquente que les autres, mais seulement parce qu'elle peut être observée sans le secours d'aucun instrument d'optique, ni aucun réactif chimique, qu'elle est visible à l'œil nu, et que le plus souvent elle sera signalée au médecin par le malade lui-même; il m'a paru logique de procéder du simple au composé.

On comprend d'avance tout ce que l'étude d'une pareille question présente de difficulté et de délicatesse; mais lorsqu'un médecin, par sa discrétion et sa dignité, a su mériter la confiance absolue de son client, les investigations les plus minutieuses et les plus délicates lui deviennent possibles.

Voici dans quelle occasion j'ai, pour la première fois, observé l'altération déjà mentionnée.

Au mois de mai 1845, je fus consulté par un jeune homme de vingt-huit ans, rentré depuis quelque mois seulement du service militaire. Comme il se disposait à servir de nouveau en qualité de remplaçant, il vint me trouver pour se faire débarrasser d'une éruption presque générale qu'il croyait être un reste de gale. Au premier aspect, je reconnus que les taches que présentait ce jeune homme n'étaient autre chose que des syphilides; cette circonstance me porta à l'interroger sur ses antécédents, et j'appris, en effet, qu'étant au service il avait eu une affection syphilitique qui, d'après son récit, avait consisté en un écoulement et quelques chancres pour lesquels il n'avait pas suivi de traitement méthodique. Je voulus examiner les organes génitaux pour m'assurer s'il y avait encore quelques restes de maladie ou quelques cicatrices indurées; je fus frappé d'abord du volume du pénis, et j'appris de ce jeune homme que cet organe avait acquis insensiblement ces dimensions depuis son affection vénérienne, et quoique à dater de cette époque il n'eût pas fréquenté de femmes et qu'il ne se fût pas livré à la masturbation. Ce phénomène, que je ne puis encore m'expliquer, me parut assez étrange; toutefois, je l'ai constaté une seconde fois et dans des conditions presque identiques. Cet homme portait une

(1) Lallemand, *Pertes séminales*, t. III, p. 530.

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre.)

Le lévite emporta avec lui sa femme plus morte que vive, et, étant arrivé dans sa maison, il la tua, la coupa en douze morceaux et en envoya un dans chacune des tribus du peuple de Dieu.

Tous les prêtres prirent en main la cause de leur malheureux collègue; et, après avoir assemblé tout Israël, à l'exception des Benjamites, ils firent décréter que la ville de Guibba serait anéantie et ses habitants *frappés au tranchant de l'épée*, hormis les jeunes vierges. Les Benjamites se refusèrent à cette vengeance, et la guerre contre toute la tribu fut proclamée par Israël. L'entrée en campagne ne fut pas heureuse pour ces derniers : quoique bien inférieurs en nombre, les Benjamites, dans une première bataille, défirent complétement leurs frères d'Israël et leur tuèrent 22,000 combattants. L'Eternel consulté en ces termes : « M'approcherai-je encore pour » combattre les enfants de Benjamin, mon frère? » répondit, par la bouche des prêtres : « Montez contre lui. » La seconde bataille ne fut pas plus favorable aux Israélites que la première; car les fils de Benjamin les battirent de nouveau et leur tuèrent encore 18,000 hommes. « Alors, dit le verset 26 du chapitre XX, tous les enfants » d'Israël et tout le peuple montèrent à la maison du Dieu fort et » pleurèrent, et se tinrent devant l'Eternel et jeûnèrent ce jour-là » jusqu'au soir, etc., etc. — Ensuite, les enfants d'Israël consultè» rent l'Eternel (or, là était l'autel de l'alliance de Dieu en ces » jour-là). — Et Phinées, fils d'Eléazar, fils d'Aaron, se tenait » devant l'Eternel; ils consultèrent donc l'Eternel en disant : Sorti» rai-je encore une autre fois en bataille contre les enfants de Ben» jamin, mon frère, ou m'en désisterai-je? Et l'Eternel répondit : » Montez, car demain je les livrerai entre vos mains. » (V. 27-28.) Ce qui arriva, en effet, grâce à une adroite manœuvre qui permit au peuple d'Israël de prendre son frère Benjamin entre deux feux, si l'on peut ainsi dire pour une époque où l'on ne connaissait que l'arme blanche.

Ce seul fait prouve mieux que tous les raisonnements l'iofluence immense qu'exerçaient les prêtres sous le gouvernement des juges. Mais il n'en fut plus de même sous les rois. D'abord, ceux-ci, en s'emparant de la puissance temporelle et en consultant moins souvent l'Eternel sur les choses d'ici-bas, affaiblirent nécessairement chez le peuple la confiance illimitée qu'il avait en ses lévites. En second lieu, les richesses acquises, dont on peut se faire une idée par le luxe qui régnait à la cour du roi David et à celle de Salomon, durent engendrer un matérialisme qui s'alliait peu avec les idées religieuses; enfin, par suite des rapports continuels et longtemps prolongés avec les peuples conquis, les Israélites se familiarisèrent avec les mœurs, les coutumes et les superstitions de ces peuples, surtout après que Salomon eut épousé une fille de Pharaon.

La Bible prend soin de nous indiquer quelles étaient ces mœurs et ces superstitions « en abomination à l'Eternel. — Quand tu seras » entré au pays que Dieu te donne, tu n'apprendras point à faire » selon les abominations de ces nations-là. — Il ne se trouvera per» sonne au milieu de toi qui fasse passer par le feu son fils ou sa » fille, ni de devin qui se mêle de deviner, ni de pronostiqueur de » temps, ni aucun qui use d'augures, ni aucun sorcier; — ni d'en» chanteur qui use d'enchantement, ni d'homme qui consulte l'es» prit de Pithon, ni de diseur de bonne aventure, ni aucun qui in» terroge les morts. » (*Deutéronome*, chap. XVIII, v. 9, 10, 11.)

En vain Moïse écrit-il deux versets plus loin : « Ces nations-là » dont tu vas occuper le pays écoutent les pronostiqueurs et les de» vins. Mais quant à toi, l'Eternel, ton dieu, ne t'a point permis » d'agir de la sorte. — L'Eternel, ton dieu, te suscitera un prophète » comme moi d'entre tes frères; vous l'écouterez. »

Les Hébreux au temps des rois commençaient à ne plus écouter le prophète et à consulter les devins et les pronostiqueurs.

Les lévites, afin de soutenir la concurrence que leur faisaient ces derniers, et sauver un reste d'influence, agrandirent la sphère de leur art médical, renfermé jusqu'alors dans le diagnostic et dans quelques préceptes d'hygiène, et allèrent jusqu'au pronostic. Abija, fils du roi Jéroboam, étant tombé malade, sa mère alla consulter le prophète Abija. Celui-ci répondit assez durement à la reine, lui reprocha les crimes de son mari, qui « s'était fait d'autres dieux et » des images de fonte, » et lui pronostiqua la mort de son fils. (Livre des Rois, I, ch. XIV, v. 1 et suiv.)

Le roi Achazia, « étant tombé par le treillis de sa chambre haute qui était à Samarie, » se blessa grièvement, et envoya consulter Bahal-Zébul, dieu de Hékron, pour savoir les suites de sa maladie. Le prophète Elie, pensant que la clientèle des rois d'Israël lui revenait de droit, alla trouver Achazia, et lui dit : « N'y a-t-il point de » Dieu en Israël, que vous alliez consulter Babal-Zébul, dieu de » Hékron? — C'est pourquoi, a dit l'Eternel, tu ne descendras » point du lit sur lequel tu es monté, mais certainement tu mour» ras. Cela dit, Elie s'en alla. » (Livre des Rois, II, ch. I, v. 2, 3, 4.)

Bientôt le pronostic ne suffit plus pour contre-balancer l'influence des médecins; car il y en avait réellement, si nous nous rappelons la mort d'Asa; « et Asa fut malade de ses pieds, et sa maladie fut » extrême. Toutefois il ne rechercha point l'Eternel dans sa mala» die, mais les médecins; — puis Asa s'endormit avec ses pères. » (Chroniq. II, ch. XVI, v. 12.) Les prêtres recoururent, *horresco referens!* à la thérapeutique proprement dite. Le roi Ezéchias étant malade, le prophète Esaïe vint le trouver, et le guérit en appliquant

chemise de toile neuve ; il avait eu, la nuit précédente, une pollution très abondante, le sperme desséché occupait sur la toile une place de l'étendue de la main. Je remarquai çà et là, sur cette tache, des granulations que je crus d'abord tenir à la chemise ; mais, par un examen plus attentif, je restai convaincu que ces granulations faisaient partie de la matière séminale épanchée ; je pus en effet, en frottant avec une sonde cannelée, en détacher plus de cinquante, qui, plongées dans l'eau, reprirent, au bout de quelque temps, leur forme et presque leur consistance primitive. Je prescrivis à ce jeune homme une médication spécifique, et, depuis, je n'ai pu le revoir.

Ce fait avait vivement excité mon attention ; cependant je ne pouvais encore en tirer aucune conclusion, d'autant plus que mes investigations sur ce premier sujet avaient été fort incomplètes.

Quelques mois plus tard, au mois de septembre 1845, je fus consulté par un jeune homme de vingt-cinq ans environ, dont la santé avait été délabrée par la masturbation. A part les phénomènes morbides qui s'étaient manifestés sur divers appareils, il avait remarqué que depuis quelques années son pénis avait acquis un volume considérable ; que l'érection était presque toujours incomplète, que la matière séminale dans les pollutions volontaires ou involontaires était plus abondante et d'une nature différente ; il en avait conclu lui-même qu'elle était altérée, et, pour m'en convaincre, il me présenta dans une fiole le produit d'une pollution volontaire excrétée depuis une heure environ. Je constatai, même à travers la transparence du verre, de petits corps présentant le même aspect que le cristallin ; je versai la moitié de cette liqueur dans un verre à pied, et je constatai que ces corps, en nombre considérable, étaient insolubles dans le sperme laissé au contact de l'air ; ensuite je remplis le verre d'eau, et m'assurai que ces corps, également insolubles dans ce liquide, se précipitaient au fond du vase ; enfin, en versant sur ces corps une certaine quantité d'alcool, je les vis immédiatement perdre leur transparence, devenir blancs et opaques, et prendre la consistance du blanc d'œuf cuit.

DESCRIPTION DE CES CORPS.

Au milieu de la matière séminale, soit immédiatement, soit quelque temps après l'excrétion, on aperçoit une substance nageant au milieu de ce liquide, et finissant par se précipiter au fond du vase lorsque cette matière s'est décomposée au contact de l'air.

Nombre. — Le nombre de ces petits corps est très variable, mais très facile à déterminer, par une attention suffisante, dans chaque émission de semence ; j'en ai compté plus de quatre-vingts.

Forme. — La forme de ces corps est à peu près toujours la même ; c'est celle d'un rein humain, représentant par conséquent un ellipsoïde avec deux faces convexes, un bord semi-lunaire formant sur un des côtés une espèce de hile auquel adhère ordinairement un petit filament qui se confond avec le reste du liquide ; on peut également comparer ces petits corps, pour la forme, à celle d'un grain de luzerne.

Volume. — Le volume de ces corps est très variable, depuis celui d'un grain de moutarde jusqu'à celui d'un grain de riz ; du reste, dans la même semence, on en trouve d'un volume différent.

Couleur. — La couleur de ces petits corps est d'un jaune clair, en tous points comparable à celle du cristallin humain dégagé de sa membrane.

Consistance. — Leur consistance est aussi la même que celle du cristallin, et, comme lui, ils sont transparents.

Ces petits corps sont insolubles dans la matière séminale elle-même. Si on les plonge dans l'eau, ils ne se dissolvent pas, mais au contraire s'isolent parfaitement et se précipitent au fond du vase ; si ensuite on soumet ces corps à l'action de l'alcool ou de l'acide nitrique, ils deviennent opaques et acquièrent la consistance du blanc d'œuf.

Si on abandonne à l'évaporation, sur une plaque de verre ou de porcelaine, de la matière séminale qui contient de ces corps, celle-ci se dessèche, et après cette dessiccation chacun de ces corps apparaît également desséché, mais isolé de l'autre substance, quoique y adhérant. En soumettant le tout à la macération dans l'eau froide, ces petits grumeaux se gonflent et reprennent presque les caractères primitifs.

Abandonnée à l'évaporation sur du linge, cette même matière est en partie absorbée par le tissu, qui se dessèche et présente des caractères que tout le monde connaît ; mais les petits grumeaux aussi desséchés restent à la surface, isolés, adhèrent au linge, et présentent une couleur jaunâtre que j'ai comparée à celle des tendons desséchés. En soumettant également à la macération dans l'eau froide le linge qui porte ces taches, les petits grumeaux peuvent être facilement détachés, et reprennent presque leurs caractères primitifs.

Je comprends bien que d'avoir signalé la présence de ces corps, ce n'est qu'avoir posé une question et non pas l'avoir résolue. Toutefois, pour donner à cette communication toute l'utilité possible, je dois faire connaître combien de fois et dans quelles conditions j'ai observé ce mode d'altération, car je ne doute pas que dans peu de temps des observations nouvelles ne viennent s'ajouter aux miennes, et ne rendent par conséquent plus facile la solution du problème.

J'ai déjà signalé deux faits relatifs à cette question ; le second surtout m'a servi pour la description que je viens de faire. Ces deux faits s'étant présentés à moi dans un court laps de temps, je soupçonnai que cette altération devait être assez fréquente, et j'attendais avec impatience l'occasion de la constater de nouveau.

Au mois d'avril 1846, je fus consulté par un jeune homme de vingt-quatre ans, dont la santé avait été considérablement délabrée par des habitudes d'onanisme ; les fonctions de l'estomac, des entrailles, celles du cœur, étaient fortement dérangées. Il me déclara que depuis plusieurs mois il avait renoncé à ses mauvaises habitudes ; que ses désirs étaient presque nuls ; qu'il éprouvait cependant tous les huit ou dix jours des pollutions nocturnes très abondantes. Soupçonnant que chez ce jeune homme il pourrait exister une altération dans la matière séminale semblable à celle que j'avais déjà constatée, je l'engageai, pour m'en assurer, à m'apporter le lendemain d'une pollution la chemise sur laquelle la semence aurait été déposée. Ce jeune homme, dont le moral était profondément affecté, et qui désirait vivement guérir, parce qu'il était à la veille de se marier, revint quelques jours après, me disant qu'il préférait, pour que je pusse mieux m'éclairer sur son état, me mettre en mesure d'examiner la matière séminale immédiatement après l'excrétion, et cela au moyen d'une pollution volontaire. Je pus en effet examiner cette matière une ou deux minutes après son excrétion, et je constatai qu'elle était d'une couleur oléagineuse et non blanche, et qu'elle contenait un nombre considérable des petits corps déjà mentionnés.

Au mois de juillet de la même année, je fus consulté par un parent de mon second malade, qui, s'étant entretenu avec ce dernier des phénomènes morbides qu'il avait éprouvés, vint également réclamer mes soins dans l'espoir d'une prochaine guérison. Ce jeune homme, déjà marié une première fois et devenu veuf, s'était livré avec excès à l'onanisme soit avant, soit après son mariage, et même ces habitudes ne l'avaient pas préservé des excès avec les femmes ; depuis quelques mois sa santé générale s'était considérablement affaiblie, ses fonctions génitales étaient profondément altérées : connaissant déjà ce qu'avait fait son parent quelques mois auparavant, il vint me trouver en m'apportant aussi du sperme dans un flacon. A ce premier examen, je ne pus rien constater, attendu que la matière séminale, répandue sur les parois du flacon et en partie desséchée, ne présentait plus aucun caractère distinct ; mais, quelques jours plus tard, je pus, comme chez les précédents malades, constater dans la matière séminale cette même altération.

Au mois de mars 1848, je la constatai encore sur un jeune homme de dix-neuf ans qui, par suite d'habitude d'onanisme, avait éprouvé depuis quelques mois des attaques épileptiformes sans que la santé générale fût en rien altérée (je dois ajouter en passant qu'à mesure que la matière séminale a repris ses caractères normaux les attaques sont devenues moins fréquentes et enfin ont fini par disparaître complétement ; je ferai observer toutefois que j'attribue plutôt la cessation de ces accidents à la suppression des mauvaises habitudes qu'à une relation directe avec l'altération signalée).

Depuis cette époque, j'ai encore observé trois faits de cette nature : le premier chez un jeune homme de vingt et un ans, qui avait gardé pendant près de quinze mois une blennorrhagie ; le second chez un homme de vingt-neuf ans, marié depuis quatre ans et qui n'avait jamais eu d'enfant ; le troisième, enfin, sur un homme de trente ans environ, qui avait eu étant au service et à plusieurs reprises tout le cortége des affections syphilitiques.

Je ne puis décrire dans ce premier travail les divers symptômes sympathiques ou autres qui, dans les cas que j'ai observés, coïncidaient ou semblaient dépendre directement de ce mode d'altération ; je n'entreprends pas non plus de discuter de quelle manière ces petits corps se forment et s'organisent dans les vésicules séminales ; je laisse à d'autres plus capables le soin de traiter cette question ; je crois devoir faire observer toutefois que, d'après les faits que je possède et que je ne pouvais dans ce travail donner dans tous leurs détails, cette altération de la matière séminale peut être chez l'homme une cause d'infécondité, ou que du moins le produit d'une fécondation opérée dans ces conditions est peu apte à se développer convenablement soit pendant la grossesse, soit après la naissance.

Dans la plupart des observations mentionnées plus haut, je n'ai pas négligé d'examiner au microscope cette même matière séminale, et je dois signaler que les zoospermes, même dans les cas où j'admets qu'il y avait infécondité, m'ont paru être également nombreux et agiles ; cependant, presque immédiatement après l'excrétion, j'en observais un certain nombre sans mouvement, tandis que d'autres se mouvaient encore après deux ou trois heures. Si de nouveaux faits venaient corroborer ma manière de voir à ce sujet, comme j'en ai la conviction, il faudrait bien conclure que les zoospermes n'ont pas dans la fécondation l'importance exclusive qu'on leur attribue jusqu'ici.

Je décrirai prochainement d'autres altérations de la matière séminale que j'ai aussi constatées ; et enfin, dans un travail spécial, je m'occuperai avec tout le soin possible de la partie la plus utile de cette question, c'est-à-dire du traitement.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 octobre. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose uniquement de tableaux de vaccinations.

Correspondance manuscrite. — Enveloppes médicamenteuses.

M. Huby adresse des échantillons perfectionnés de capsules ou enveloppes en lichen s'ouvrant et se fermant à volonté, et destinées à faire prendre les médicaments qui ont une saveur désagréable.

Dyspepsie.

M. le docteur Raimbert, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Châteaudun, envoie un deuxième mémoire sur la *dyspepsie acessante*, considérée comme cause prédisposante du choléra.

Législation médicale.

M. Rigollot, correspondant de l'Académie à Amiens, demande l'avis de l'Académie sur l'interprétation à donner aux articles du 18 août 1810 et du 3 mai 1850.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL répond que l'Académie ne peut répondre aux questions posées par M. Rigollot sans y avoir été invitée officiellement par le ministre. C'est donc à l'administration que M. Rigollot devra s'adresser.

Extraits médicamenteux.

M. Grandval envoie une note sur les avantages des extraits obtenus dans le vide.

Contagion du choléra.

M. Buard, médecin au 1[er] de spahis, envoie quelques observations en faveur de la contagion du choléra.

Étiologie et curation de la phthisie.

M. Grisolle lit sur ce sujet un rapport important que nous ferons connaître textuellement, et que le défaut d'espace nous empêche de publier aujourd'hui.

---

sur sa plaie un cataplasme de figues sèches. (Livre des Rois, II ; ch. XX, v. 1 à 7.)

Cependant la rivalité des médecins et des prêtres continuant, à ce qu'il paraît, à être redoutable à ces derniers, les prophètes se mirent à ressusciter les morts, ce qui fit un grand tort aux médecins, qui, il faut l'avouer, n'ont jamais eu le don de faire des miracles. Dès ce moment la vogue des prophètes reprend faveur, et, chose remarquable, le mot de médecin ne se retrouve plus dans la Bible. Cependant cette rivalité ne fut pas perdue pour la science, et la thérapeutique, jusqu'alors confinée parmi les attributs de Dieu, devint l'apanage de l'homme et resta comme une belle conquête de l'esprit humain.

Cette histoire rapide de la médecine chez les Hébreux, outre l'intérêt qu'elle nous pouvait présenter, nous a paru nécessaire pour expliquer ce que nous avons à dire touchant l'absence des hôpitaux chez le peuple de Dieu ; car il ne suffit pas, ce nous semble, de constater cette absence, il la faut expliquer et lui assigner une excuse soit dans la religion, soit dans les mœurs, soit dans les lois, soit dans l'ignorance de la nation. Nous appartenons essentiellement à l'école philosophique, et nous ne considérons les faits que comme des jalons, posés par la civilisation à travers la marche de l'humanité.

La cause principale, et l'on pourrait même dire unique, à laquelle il faut rapporter l'absence de tout établissement hospitalier chez les Hébreux est la religion de Moïse. Dans tout ce code, si remarquable à tant d'égards, ne se trouve nulle part l'idée d'une vie future, et par conséquent l'idée de châtiments et de récompenses en dehors du monde où nous sommes jetés ; l'horizon religieux ne dépasse pas les bornes de la terre, et si le libre arbitre est laissé à l'homme, le châtiment ou la récompense, dus à ses actions et à ses paroles, arrive incontinent, et les arrêts de la justice divine sont exécutés aussitôt que rendus. Aussi la Bible est à tous les chapitres remplie par l'intervention de Dieu, dont le bras est constamment levé soit pour frapper, soit pour absoudre ; les châtiments, inventés par la colère divine étaient nombreux, et les maladies de toutes sortes s'y trouvaient en première ligne : « L'Eternel, dit le *Deutéronome*, te » frappera de langueur, d'ardeur, de fièvre, de chaleur brûlante, » d'épée, de sécheresse et de nielle qui te poursuivront jusqu'à ce » que tu périsses. — L'Eternel te frappera de l'ulcère d'Egypte, » d'hémorrhoïdes, de gale et de gratelle dont tu ne pourras guérir. » — L'Eternel te frappera de frénésie, d'aveuglement et de stupidité. » — Tout le cadre nosologique, médical et chirurgical, des Hébreux est entre les mains de Dieu, comme une menace constamment suspendue sur la tête des coupables. Or, n'aurait-ce pas été se révolter contre Dieu même que de vouloir arrêter les effets de sa colère ? De quel droit l'homme se serait-il interposé entre la justice divine et le coupable ? Soigner les malades, entourer de commisération et de soins ceux que poursuivait le courroux céleste, n'était-ce pas accuser implicitement Dieu d'injustice et se mettre en révolte ouverte contre les arrêts de sa volonté ? Aussi, non-seulement les hôpitaux, mais encore l'art médical étaient-ils inconnus aux Hébreux, et la loi de Moïse leur faisait un devoir de les ignorer à toujours ; si plus tard les prêtres oublièrent cette règle et se mirent à soigner les malades, nous avons vu que, la corruption aidant, l'intérêt de caste l'emporta sur l'intérêt de la religion, et nous rencontrons Job, l'homme pieux par excellence, anathématisant les lévites infidèles dont les *discours mémorables sont des sentences de cendre et les éminences des éminences de boue.*

L'influence des dogmes religieux sur l'existence et le développement de l'art médical est des plus remarquables : tous les peuples, qui ont admis l'immortalité de l'âme, et par conséquent une vie ultérieure réservée à la justice divine, ont tous pratiqué l'art de guérir et ont mis cet art au premier rang des connaissances humaines. Les Egyptiens, qui les premiers ont annoncé que l'âme était immortelle, sont aussi les premiers à avoir cultivé la médecine, et, s'ils se sont égarés dans les pratiques les plus superstitieuses de l'astrologie et de la magie, nous en devons chercher la cause dans les fictions dont ils n'avaient pu dégager entièrement le dogme de l'immortalité de l'âme. La métempsycose, en leur promettant la transmigration de l'âme dans d'autres corps, dut amoindrir singulièrement à leurs yeux la valeur réelle de la vie humaine et leur inspirer le désir, autant sinon plus, de connaître les destinées futures de cette âme que de lui conserver son enveloppe passagère. Ce fut ainsi que, par une conséquence fatale de cette fiction, les prêtres confondirent l'art médical avec les pratiques de la divination et de l'astrologie, et les firent bientôt servir toutes deux à leur ambition et à leur suprématie.

Quoi qu'il en soit des dogmes des Egyptiens, trois grandes religions, sur lesquelles nous avons des détails certains, ont successivement régi le monde : 1° le mosaïsme, 2° le paganisme, 3° le christianisme, chacune des trois marque une étape de l'humanité, sans que la chaîne des traditions soit jamais rompue.

Le paganisme a de nombreux points de contact avec le judaïsme, et le christianisme tient à la fois au judaïsme et au paganisme ; mais chacune d'elles, pour avoir sa raison d'être, marque un progrès nouveau, et de ces progrès successifs naissent d'abord la médecine, et ensuite les hôpitaux.

Le judaïsme, ainsi que nous l'avons dit, en ne point admettant le dogme de l'immortalité de l'âme et en limitant aux termes de cette vie la justice divine, condamnait non-seulement la pratique médicale, mais encore la commisération aux malheureux.

Le paganisme, abstraction faite de la déification de tous les objets de la nature, déification qui tenait essentiellement au caractère poétique des peuples qui l'avaient adoptée, le paganisme reconnaît la même théogonie que celle de Moïse, c'est-à-dire un Dieu unique, tout-puissant, père des autres dieux, Ζεὺς, que les hymnes orphiques nomment le Ζεὺς ἀρχὴ, celui qui a enfanté toutes choses, le grand démon générateur. Mais à côté de cette similitude de théogonie, apparaît le dogme de l'immortalité de l'âme, et ce dogme, en

— M. Piorry lit, à peu près sur le même sujet, le rapport suivant, sur un mémoire de M. Wanner, intitulé : *Etiologie de la tuberculisation en général.*

M. Wanner ayant avancé il y a six ans cette opinion, que des substances calcaires sont la principale cause des tubercules pulmonaires, a poursuivi cette idée, et invoque à l'appui de sa manière de voir que dans plusieurs parties de la Sologne, où le sol est entièrement composé, jusqu'à la profondeur de 8 mètres, de silice et d'alumine, il n'y a pas rencontré de phthisiques, de scrofuleux, ou même de calculeux.

Les sels de chaux formeraient, suivant M. Wanner, les noyaux des tubercules, et ceux-ci se rencontrent en abondance, et plus que dans d'autres contrées, dans les régions de la Sologne, où de la chaux existe en grande proportion.

L'opinion exprimée par M. Wanner aurait une grande importance hygiénique et thérapeutique si elle était complétement démontrée. Malheureusement il ne nous a pas paru que les faits sur lesquels l'auteur s'appuie pour la formuler soient assez nombreux.

Il nous a semblé que pour établir un fait de cette importance il faudrait recueillir des relevés statistiques dans lesquels on présenterait des tableaux sur les habitants de chaque commune, sur son sol, sur le nombre de tuberculeux qui s'y trouvent, etc., et comparer exactement ce que l'on observerait dans les localités à terrain argileux et dans les lieux où le sol est calcaire.

Nous croyons donc devoir encourager les recherches de M. Wanner sur ce sujet, et l'engager à les faire sur une grande échelle.

Il faut avouer, du reste, que des causes fort différentes de la présence ou de l'absence des sels calcaires pourraient agir dans la production des tubercules chez les habitants de la Sologne, qui vivent sur des terrains dans lesquels la chaux est abondante; telles sont les constructions très insalubres de leurs demeures, l'état de pauvreté dans lequel ils végètent, les privations qu'ils éprouvent, la mauvaise alimentation dont ils font usage. Du reste, M. Vanner ne se dissimule pas que de telles circonstances peuvent contribuer au développement des tubercules. L'auteur admet, avec M. Cruveilhier et avec beaucoup d'autres, que des molécules solides inspirées, telles que des poussières de farine, de charbon, de caillou, etc., peuvent devenir le noyau de tubercules; il cite même le cas curieux d'un ver qui se serait introduit dans les poumons d'un marsoin, et autour duquel se serait formé de la matière tuberculeuse. Nous partageons entièrement cette opinion, à laquelle nous avons depuis longtemps donné de l'extension; car, pour nous, toute substance non organisable, mucosités, sang altéré par le contact de l'air, pus, etc., séjournant dans les cellules pulmonaires et s'y indurant, sont susceptibles, à la longue, de devenir les points de départ de la tuberculisation. Celle-ci est d'autant plus facile que les puissances de la respiration sont plus faibles et que l'expectoration s'opère avec plus de difficulté. Nous nous étendrions davantage sur cette manière de voir, et nous établirions les faits nombreux sur lesquels elle repose, si nous n'avions pas surtout à vous parler du travail de M. Wanner.

Ce médecin est loin d'adopter l'opinion de M. Boudin, qui admet une sorte d'antagonisme entre les phymies ou tubercules et les affections intermittentes. S'il est vrai que dans les parties de la Sologne où le sol est argileux et siliceux, les habitants ont peu de tubercules et sont très fréquemment atteints de fièvre d'accès tout au contraire, bien que celles-ci règnent à Cherbourg, à Rambouillet, à Romorantin, à Orléans, on rencontre de nombreux phthisiques dans ces diverses localités. Or, dans ces mêmes pays, on trouve en abondance de la craie. Ce ne serait donc pas, suivant M. Wanner, les conditions qui donnent lieu aux fièvres d'accès; ce n'est pas le miasme paludéen (éliose, ou miasme des marais); ce n'est pas la splénie ou l'altération du sang, soit primitive, soit consécutive, en rapport avec cette lésion qui serait la cause du défaut de formation de tubercules ou de phymogénie, mais le défaut de craie dans certains pays où règnent des fièvres d'accès, qui expliquerait l'absence de phymies qu'il affirme y avoir constatées.

Le traitement que M. Wanner propose pour prévenir la formation des tubercules pulmonaires consiste dans l'emploi des bicarbonates alcalins; mais il avoue que chez les malades atteints de pneumophymies déclarées, les accidents marchaient plus vite alors qu'il administrait des médicaments de cette sorte. Il conseille aux phthisiques l'habitation de pays où la craie n'est pas abondante, ou même n'existe pas. Il cite quelques faits sans détails suffisants à l'appui de l'utilité de ce moyen préservatif. La médication proposée par M. Wanner contre la pneumophymie développée ne diffère pas, du reste, de celle qui est, en général, adoptée. Nous avons même éprouvé quelque surprise en voyant l'auteur employer, dans la curation de la phthisie, le lait, qui contient abondamment des sels calcaires, ce qui est peu d'accord avec sa théorie étiologique.

Si je ne craignais de sortir du sujet qui est traité par M. Wanner, le rapporteur de la commission que vous avez appelée à vous rendre compte du travail de cet honorable médecin aurait l'honneur de vous entretenir de l'action de l'iode en vapeur, en frictions, et à l'intérieur, chez des gens atteints de phthisie fort grave; il vous parlerait de succès assez nombreux obtenus par cet agent médicamenteux; mais il croit plus convenable de mentionner aujourd'hui ces faits, et de ne vous les présenter en détail que si vous le désirez.

En somme, nous vous proposons, Messieurs d'adresser des remercîments à M. Wanner pour son travail, et de l'engager à recueillir des observations nombreuses, exactes, suivies de relevés statistiques, et cela dans le but d'appuyer sur des bases solides l'opinion qu'il défend.

Maladies du foie.

M. Monneret lit un travail intitulé : *Description et valeur séméiotique de quelques symptômes des maladies du foie.*

Dans ce mémoire l'auteur étudie la fièvre et les hémorrhagies.

Il a trouvé que la fièvre *hépatique*, c'est-à-dire affectant le type intermittent ou rémittent, existe « dans les congestions inflammatoires, dans la suppuration, dans le ramollissement phlegmasique du foie, dans la phlébite de la veine-porte et dans les phlegmasies de l'appareil d'excrétion biliaire; elle manque, au contraire, dans l'ictère spasmodique, saturnin, dans l'hypertrophie simple, l'état gras, les kystes, les indurations, les hydatides et le cancer. »

Les hémorrhagies ont été rencontrées par l'auteur « dans les congestions inflammatoires accompagnées d'ictère, dans l'hypertrophie avec induration de tissu; dans le cancer (plus fréquemment que dans toute autre lésion), dans la phlébite de la veine-porte, dans la cirrhose *chronique* avec atrophie et induration. » — Ces hémorrhagies peuvent se faire par la plupart des tissus, mais surtout dans le tube intestinal et ses dépendances. Les hémorrhoïdes fluentes ont avec les maladies du foie des rapports bien connus et indiqués par les anciens. (Commissaires : MM. Espiaud, Gérardin, Collineau.)

Rachitisme intra-utérin ou rachitisme survenu pendant la vie intra-utérine.

M. le docteur Depaul, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, fait la présentation suivante, qui est écoutée avec un vif intérêt :

L'enfant que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie est né le 11 de ce mois à la Clinique d'accouchement de la Faculté. Il n'était parvenu qu'au huitième mois et demi de la vie intra-utérine. Le travail se déclara à cette époque sans cause connue pour la femme et se termina facilement après quatre heures et demie de durée. Cependant, aussitôt après la naissance, les battements du cœur se ralentirent, la respiration ne s'établit pas, et il mourut après quelques minutes malgré tous les soins qui lui furent donnés.

Les quatre membres sont le siége d'un vice de conformation qui mérite d'être étudié avec soin. Cette étude pourra servir, j'espère, à éclairer un des points encore si obscurs de la pathologie de l'enfant pendant la vie intra-utérine.

Il s'agit évidemment ici d'une altération du squelette; mais cette altération est-elle primitive ou la conséquence d'une rétraction musculaire due elle-même à une maladie du système nerveux?

Si j'en juge par la dissection des muscles de l'un des membres inférieurs, il faudrait renoncer à la dernière de ces opinions, qui m'avait paru d'abord la plus probable, et chercher dans la première l'explication des difformités qui existent.

Ce ne sera d'ailleurs qu'après une dissection complète qu'on pourra se prononcer définitivement. Pour le moment, j'ai voulu seulement appeler l'attention des membres de cette assemblée sur les formes extérieures de ce petit individu. Dans une prochaine séance, j'aurai l'honneur de compléter cette communication en montrant le squelette préparé et en faisant connaître les détails de l'examen anatomique des autres systèmes.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 octobre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Recherches sur le curare.

M. Cl. Bernard lit la relation suivante des recherches expérimentales qu'il a faites de concert avec M. Pelouze sur le *curare*, poison violent et célèbre, comme tout le monde sait, sur les bords de l'Orénoque.

Ce poison se rapproche des venins par cette circonstance déjà bien connue qu'il peut être mangé, c'est-à-dire ingéré impunément dans le tube digestif de l'homme et des animaux, tandis que lorsqu'il est introduit par piqûre dans une partie quelconque du tissu cellulaire son absorption est constamment mortelle pour tous les animaux.

Voici les observations qu'ont faites MM. Pelouze et Bernard :

Une solution aqueuse faible de ce poison poussée dans la veine jugulaire chez des chiens et des lapins a constamment déterminé une mort instantanée, sans que les animaux aient poussé aucun cri ni manifesté aucune agitation convulsive. L'organisme est comme foudroyé, et tous les caractères de la vie s'évanouissent avec la rapidité de l'éclair. Lorsqu'on introduit le *curare* en solution ou en fragments solides sous la peau, son action toxique se manifeste plus lentement et avec une durée qui varie un peu suivant l'activité du poison, sa dose, la taille de l'animal et son espèce. Toutes choses égales d'ailleurs, les oiseaux meurent les premiers, puis les mammifères et ensuite les reptiles; ainsi, avec le même poison les oiseaux et les mammifères périssent en quelques minutes, tandis qu'il faut quelquefois plusieurs heures pour qu'un reptile succombe. Mais toujours la mort arrive avec des symptômes semblables et très singuliers. D'abord après la piqûre, l'animal n'éprouve rien d'apparent. Si c'est un oiseau, par exemple, il vole comme à l'ordinaire, et au bout de quelques secondes, quand le *curare* est très actif, il tombe mort sans pousser aucun cri et sans avoir paru souffrir; si c'est un lapin ou un chien, il va et vient après la piqûre comme à l'ordinaire sans présenter rien d'anormal; puis après quelques instants, comme s'il se trouvait fatigué, il se couche et a l'air de s'endormir; puis sa respiration s'arrête, la sensibilité et la vie disparaissent sans que l'animal ait poussé aucun cri ni manifesté aucune douleur; à peine y a-t-il parfois de légères contractions dans les muscles peauciers de la face et du corps. En ouvrant aussitôt après la mort le corps des animaux ainsi empoisonnés, on trouve, si la mort a été subite, que les nerfs sont complétement inertes sous les excitants mécaniques ou chimiques comme sur un animal qui serait froid et mort depuis longtemps. On sait qu'il arrive le contraire chez ceux qui meurent subitement par une autre cause. En outre, chez les animaux empoisonnés par le *curare* le sang est constamment noir et souvent altéré au point de se coaguler difficilement et de ne plus pouvoir devenir rutilant au contact de l'air.

Si l'on rapproche cette action du *curare* de celle du venin de la vipère, on trouve que les effets du *curare* présentent une grande analogie, sauf l'intensité, avec les phénomènes que Fontana a observés sur le sang et sur le système nerveux des animaux morts par le venin de la vipère. De plus, le *curare*, comme le venin de la vipère, peut être introduit impunément dans le canal intestinal.

En voyant l'innocuité si complète du *curare* quand il est introduit dans l'estomac, on pourrait penser qu'il était modifié, digéré, en un mot, par les sucs gastriques, de telle façon que ses propriétés délétères seraient détruites. C'est dans le but de vérifier cette première supposition que MM. Bernard et Pelouze ont fait digérer dans du suc gastrique de chien, pendant 24 ou 48 heures, du *curare* au bain-marie entre 38 et 40°. Après ce laps de temps, ils ont piqué des animaux

---

créant le Ténare et les Champs-Elysées, fait en quelque sorte disparaître de la terre la justice de Dieu et ne fait plus des maladies un attribut exclusif de la vengeance céleste; aussi tous les philosophes sont médecins, et bientôt des temples nombreux, élevés par l'ignorance aux dieux qui ont la réputation de guérir, s'élance et apparaît radieuse la médecine humaine, à laquelle un génie tout-puissant, Hippocrate, donne des bases qu'ont su respecter le temps et les révolutions.

Le progrès du paganisme sur le judaïsme fut donc l'énonciation du dogme de l'immortalité de l'âme. Mais là s'arrêta la marche de l'humanité, et le paganisme conserva l'esclavage que la loi de Moïse avait consacré. Ce reliquat de la barbarie des premiers âges éloignait la conception même des établissements hospitaliers. Les hommes qui, par leur misère, par le genre de leurs travaux, les influences délétères auxquelles ils sont soumis, étaient seuls en position de recourir à des soins publics, appartenaient à des maîtres trop intéressés à leur conservation pour les abandonner à des mains inconnues; de plus, la société, ou ce que nous appelons aujourd'hui l'Etat, ne les inscrivant pas au livre des habitants de la cité et ne leur reconnaissant pas les droits de citoyen, n'était tenue envers eux à aucune assistance et à aucun soulagement; en conséquence, l'idée des hôpitaux ne pouvait ni ne devait naître en Grèce et à Rome. Mais le maître, par cela même qu'il était intéressé à la conservation de son esclave, en prenait soin dans ses maladies, et Columelle, en effet, nous apprend dans son *De re rusticâ* que les palais et les maisons réservaient une sale, *valetudinarium*, espèce d'infirmerie, où se retiraient les esclaves pendant leurs maladies.

Sans doute en dehors des maîtres et des esclaves, tant chez les Hébreux que chez les Grecs et les Romains, était une classe nombreuse que la misère atteignait souvent et pour laquelle les hôpitaux eussent répondu à de véritables besoins. Cette classe, que l'on pourrait comparer à notre petite bourgeoisie, n'avait pas été oubliée dans les prescriptions des législateurs, et nous allons bientôt voir ce que Moïse fit pour elle; nous remettrons l'examen de sa position sous le paganisme au moment où nous serons arrivé à cette époque.

Le christianisme, tout en adoptant dans son intégrité la Genèse des juifs, conserva le dogme de l'immortalité de l'âme, et ajouta à ce progrès du paganisme celui de l'abolition de l'esclavage et de la liberté universelle. Mais bientôt ce dogme trois fois saint de la liberté, jeté sans palliatif au milieu des hommes aux forces et aux aptitudes différentes, livra sans asile et sans secours toute une population que son ignorance, ses vices, ses passions, l'absence de travail, que sais-je? frappaient tout à la fois de misère et de maladies. La charité, élevée par le Christ au rang des plus sublimes vertus, et l'intérêt des riches et des puissants de la terre inspirèrent la pensée de donner un asile et du pain, à ceux que Dieu commandait de regarder comme des frères, et que le désespoir et la faim pouvaient un jour ruer sur les biens et la puissance des heureux de ce monde. Telle est l'origine des hôpitaux.

Depuis 1848 surtout est apparue, en France principalement, une nouvelle école philosophique qui, sous le nom de socialisme, prétend faire faire un nouveau pas à l'humanité. Adoptant les conquêtes déjà acquises à la civilisation, c'est-à-dire l'immortalité de l'âme, l'abolition de l'esclavage et la liberté, elle veut faire entrer dans la pratique de la vie le dogme de la fraternité. Il ne nous appartient pas d'analyser ici la formule de la nouvelle religion; mais nous dirons qu'une des conséquences fatales de ce dogme est l'abolition des hôpitaux.

L'idée n'est pas neuve, Montesquieu lui a prêté l'autorité de son nom, et depuis cette époque on discute la question du remplacement des hôpitaux par les secours à domicile. Nous ne pouvons ici aborder l'examen de ce problème; mais il nous paraît certain que dans l'état actuel de notre civilisation, les hôpitaux répondent à des besoins véritables et que nulle autre institution ne saurait satisfaire; qu'il est impossible de les détruire, à moins de nous jeter dans le socialisme ou de rétrograder au temps de l'esclavage, c'est-à-dire de bouleverser de fond en comble la société actuelle, comme le christianisme bouleversa la société païenne.

Mais achevons notre étude de la Bible, et voyons rapidement ce qu'ordonna Moïse pour prévenir les maladies et guérir la misère, que l'on pourrait regarder comme le grand générateur de nos maux.

Félix Roubaud.

NOUVELLES.

Comme on devait s'y attendre, M. Sédillot a décliné l'honneur qu'on a voulu lui faire en l'appelant à la chaire de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce. M. H. Larrey, placé le second sur la liste de présentation du conseil, a été nommé à la place de M. Sédillot. On ne peut qu'applaudir à ce nouveau choix, comme on devait applaudir au premier.

— M. Audiganne (de Saumur), déjà connu par quelques travaux remarquables, et en particulier sur la fièvre typhoïde chez l'enfant, vient de mourir de mort violente à l'âge de trente-quatre ans.

AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui ont l'intention de faire un cours à l'Ecole pratique pendant le semestre d'hiver sont prévenus que la réunion pour le choix des amphithéâtres et des heures aura lieu à la Faculté de Médecine le 23 octobre à midi.

AVIS. — MM. les médecins nouvellement établis dans le département de la Seine, et qui ne figurent pas sur l'*Agenda Médical*, de même que ceux qui ont changé d'adresse depuis un an, sont priés d'envoyer leurs notes avant le 25 octobre courant à M. Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

avec ce suc gastrique contenant du *curare* en dissolution ; ces animaux sont morts comme à l'ordinaire, de sorte qu'ils ont pu constater que le contact du suc gastrique pendant 24 ou 48 heures n'avait aucunement modifié les propriétés délétères du *curare*. Cette expérience a été souvent répétée et variée de toutes manières, en la produisant tantôt en dehors de l'animal, tantôt sur l'animal vivant lui-même. Ainsi, chez un chien auquel ils avaient pratiqué une fistule de l'estomac, ces expérimentateurs ont fait avaler des fragments de *curare* avec les aliments ; puis en retirant, au bout de quelque temps, du suc gastrique, ils ont reconnu qu'il avait toutes les propriétés mortelles d'une dissolution de *curare*. L'on a alors sous les yeux, dit M. Bernard, ce singulier spectacle d'un chien qui porte dans son estomac, sans en sentir aucune atteinte, un liquide qui donne la mort instantanément à tous les animaux auxquels on l'inocule autour de lui. Non-seulement le chien dont l'estomac renferme du *curare* n'en éprouve aucun accident qui compromette son existence, mais sa digestion n'en est aucunement troublée.

Il est donc démontré que l'action spéciale du suc gastrique ne peut en rien donner la raison de l'innocuité du *curare* ingéré dans l'estomac.

Les autres liquides intestinaux, la salive, la bile, le suc pancréatique, ont donné un résultat semblable, c'est-à-dire qu'aucun de ces fluides ne détruit par son contact plus ou moins prolongé l'action toxique du *curare*.

L'explication de ces faits se trouve dans le défaut d'absorption de la substance vénéneuse à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Voici l'expérience à l'aide de laquelle on prouve cette absence d'absorption : En prenant la muqueuse gastrique fraîche d'un animal (chien ou lapin) très récemment tué, et l'adaptant à un endosmomètre de telle façon que la surface muqueuse regarde en dehors, et qu'ensuite on plonge l'endosmomètre contenant de l'eau sucrée dans une dissolution aqueuse de *curare*, on constate, au bout de deux ou trois heures, que l'endosmose est effectuée ; et cependant le liquide qui a monté dans le tube endosmométrique n'offre aucune trace de poison, ainsi qu'on le constate en l'inoculant à des animaux.

Si on laissait l'expérience marcher plus longtemps, l'endosmose du poison pourrait avoir lieu ; mais on constaterait en même temps que la membrane s'est modifiée, et que le mucus et l'épithélium qui la revêtent à sa surface se sont altérés et ont permis l'imbibition et l'endosmose du principe toxique du *curare*. En effet, en employant à cette expérience une membrane déjà altérée, l'endosmose du liquide toxique a lieu immédiatement. Sur l'animal vivant, on peut constater aussi cette propriété sur la muqueuse intestinale.

Les muqueuses de la vessie, des fosses nasales, des yeux, essayées de la même façon, ont constamment produit les mêmes résultats. Une injection de *curare* faite dans la vessie a pu être gardée six à huit heures par un chien, sans qu'il en éprouvât aucun accident ; mais l'urine qu'il rendit après ce laps de temps avait toutes les propriétés toxiques du *curare*.

Une seule membrane muqueuse du corps fait exception, c'est la muqueuse pulmonaire ; elle se comporte, à l'égard de l'absorption du *curare*, exactement comme le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'en introduisant avec toutes les précautions nécessaires à peine quelques gouttes de la dissolution toxique dans les voies aériennes, on voit la mort survenir avec la même rapidité que si l'on avait piqué l'animal sous la peau.

M. Bernard explique cette exception par la structure toute spéciale de la membrane muqueuse des poumons spécialement destinée au passage de l'air et dépourvue en conséquence du mucus protecteur qui lubréfie les autres membranes muqueuses communiquant avec l'extérieur, et par sa similitude avec le tissu cellulaire. Les auteurs concluent provisoirement de ces recherches :

1° Que le *curare* agit sur les animaux à la manière des venins ;

2° Que son innocuité, quand il est ingéré dans le tube intestinal, ne peut pas être expliquée par une altération ou digestion que le principe toxique subirait, mais bien par une propriété spéciale de la muqueuse gastro-intestinale qui se refuse à son absorption.

Préparation de l'atropine à l'aide du chloroforme.

M. Bussy présente au nom de M. Rabourdin, pharmacien à Orléans, une note sur la préparation de l'atropine à l'aide du chloroforme. Voici le procédé d'extraction du principe actif de la belladone, que M. Rabourdin soumet à l'Académie.

On prend de la belladone fraîche au moment où elle commence à fleurir; après l'avoir pilée dans un mortier de marbre et soumise à la presse pour en extraire le suc, on chauffe celui-ci à 80 ou 90 degrés cent. pour coaguler l'albumine, et on filtre; quand le suc ainsi clarifié est froid, on y ajoute 4 gramm. de potasse caustique et 30 gramm. de chloroforme par litre; on agite le tout pendant une minute, et on abandonne au repos. Au bout d'une demi-heure le chloroforme chargé d'atropine est déposé, ayant l'aspect d'une huile verdâtre; on décante le liquide surnageant qui est remplacé par un peu d'eau; celle-ci est décantée à son tour et remplacée par d'autre, jusqu'à ce qu'elle en sorte limpide ; on recueille alors la solution du chloroforme dans une petite cornue tubulée, on distille au bain-marie jusqu'à ce que tout le chloroforme soit passé dans le récipient. Le résidu de la cornue est repris par un peu d'eau acidulée d'acide sulfurique qui dissout l'atropine, en laissant une matière résinoïde verte ; la solution filtrée passe incolore. Il suffit pour avoir l'atropine à l'état de pureté d'y verser un léger excès d'une solution de carbonate de potasse, de recueillir le précipité et de le dissoudre dans l'alcool rectifié ; cette solution donne par son évaporation spontanée de beaux groupes aiguillés d'atropine.

A défaut de plante fraîche, on peut se servir d'extrait officinal bien préparé ; 30 grammes d'extrait de belladone obtenus avec le suc dépuré de cette plante ont été dissous dans 100 grammes d'eau distillée ; la solution filtrée fut additionnée de 2 grammes de potasse caustique et de 15 grammes de chloroforme après l'avoir agité une minute et laissé en repos pendant une demi-heure ; le chloroforme chargé d'atropine était déposé, le liquide surnageant a été décanté et remplacé par de l'eau qui a été renouvelée trois fois. La solution chloroformique recueillie sur un verre de montre pesait 11 grammes (c'est donc 4 grammes de chloroforme perdus pendant les manipulations). Cette solution abandonnée à l'air libre s'est rapidement évaporée laissant une masse cristalline verdâtre formée presque entièrement par de l'atropine ; reprise par de l'eau acidulée d'acide sulfurique et précipitée après filtration par une solution de carbonate de potasse, le précipité recueilli pesait 0 gr. 16 centigr. Ce précipité s'est entièrement dissous dans l'alcool rectifié, et a donné en s'évaporant spontanément de belles aiguilles d'atropine groupées en aigrette.

L'auteur croit ce mode de traitement de la belladone susceptible de se généraliser en s'appliquant à une foule de substances renfermant des alcalis organiques ; s'il ne devient pas un moyen économique de préparation de ces produits, du moins servira-t-il dans quelques cas à estimer promptement la richesse de certains produits commerciaux.

Présence de la caséine en dissolution dans le sang de la femme pendant l'allaitement.

MM. Natalis Guillot et Félix Leblanc envoient une note sur la présence de la caséine en dissolution dans le sang de femme pendant l'allaitement. Ils s'expriment en ces termes :

« La présence d'une substance analogue à la caséine coagulée a déjà été signalée dans le sang de l'homme malade par M. Dumas. Plus récemment, MM. Dumas et Cahours ont publié, dans leur mémoire sur les matières protéiques, l'analyse d'un produit extrait du sang, et possédant, sinon toutes les propriétés, du moins la composition de la caséine.

» M. Stas a trouvé récemment que le sang placentaire, chez la femme, renfermait de la caséine en dissolution à dose notable.

» Nous avons examiné le sang de deux nourrices en pleine lactation.

» Le sérum de ce sang, privé d'albumine par la coagulation à chaud et filtré, fournit un abondant précipité blanc lorsqu'on le fait bouillir avec quelques gouttes d'acide acétique.

» Nous avons reconnu dans la dissolution tous les caractères de la caséine. La quantité de ce produit nous a paru en rapport avec une diminution dans l'absorption de l'albumine.

» En opérant de la même manière avec du sang d'enfants nouveau-nés, nous n'avons pu y reconnaître aucune trace sensible de la caséine.

Du sang d'homme et de femme, examiné de la même façon, nous a donné un très léger précipité se dissolvant dans quelques gouttes de carbonate de soude, mais beaucoup moins abondant, et d'une autre apparence que le précipité fourni par le sang des nourrices. Ce dernier seul peut être recueilli.

CORRESPONDANCE.

Paris, ce 14 octobre 1850.

Mon très honoré confrère,

Je lis dans votre numéro de samedi dernier, ces paroles de mon très honorable collègue M. Chevallier, relativement à la première observation de colique de zinc que j'ai publiée. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 16 mai.)

« On voit que la première observation, celle qui concerne Nafteux, devrait être discutée. Dans cette affaire, Nafteux aurait dit, le 19 avril, à M. Bouvier, qu'il était malade par suite de son travail au blanc de zinc ; et il déclare, le 26 septembre, que la maladie pour laquelle il est entré à Beaujon n'a pu certainement être occasionnée par le travail qu'il a fait à l'usine d'Asnières. Il serait à désirer qu'une enquête contradictoire vînt élucider ces faits contradictoires. »

Afin de fournir le plus d'éléments possibles à l'enquête dont il est ici question, je vous adresse, mon cher confrère, quelques nouveaux renseignements sur le point en litige.

Sorti de l'hôpital le 4 mai, Nafteux y est rentré le 18 juillet pour une affection analogue à celle qui avait nécessité son premier séjour. Je ne puis mieux faire, pour exposer cette seconde partie de l'observation, que de transcrire les détails recueillis par M. Degaille, interne de mon service. Voici ces détails :

« Nafteux, tonnelier, âgé de quarante-deux ans, était déjà venu à l'hôpital il y a deux mois pour des accidents (vomissements fréquents, douleur épigastrique excessive, coliques violentes, constipation) qu'il attribuait au blanc de zinc, lequel il avait pendant plusieurs jours renfermé dans de petits tonneaux. C'est ce travail qu'on désigne par le mot *embariller*. Ses camarades, qui se livraient au même travail, avaient, dit-il, été également indisposés.

» Nafteux est rentré dans le service de M. Bouvier le 18 juillet éprouvant à peu près les mêmes symptômes que lors de son premier séjour à l'hôpital ; aussi les attribue-t-il encore au blanc de zinc, bien qu'il n'ait travaillé à aucune préparation métallique depuis sa sortie de l'hôpital.

Lors de son entrée, il présentait l'état suivant : facies à peu près normal, pas d'amaigrissement, langue normale, peu d'appétit, vomissements de matières muqueuses, gardes-robes régulières, douleurs vives à l'épigastre et besoin impérieux de manger toutes les heures sous peine d'avoir des nausées, des douleurs vives, quelquefois même des vomissements ; ne mangeant que fort peu, mais étant obligé d'introduire toutes les heures une minime quantité d'aliments dans son estomac ; pouls normal, pas de céphalalgie, respiration normale, aucune douleur dans tout autre point du corps ; accusant de la faiblesse dans les jambes et se fatigant promptement de la marche. Cet état durait depuis environ quinze jours avec plusieurs vomissements par jour, particulièrement le soir et le matin. Pas de tumeur à l'épigastre, le teint étant celui de l'homme en bonne santé et éloignant toute idée d'une affection organique de l'estomac.

» Interrogé avec soin et de diverses manières, il dit avoir depuis neuf années des douleurs à l'épigastre et des vomissements ; mais ces phénomènes étaient peu intenses et n'apparaissaient qu'à d'assez longs intervalles. Il pouvait travailler et ne se préoccupait pas beaucoup de ces vomissements : ce n'est qu'à l'époque où il a travaillé au blanc de zinc que ces vomissements, cette douleur à l'épigastre et ces coliques ont pris une telle intensité que, pour lui, c'est une autre maladie. Il dit n'avoir jamais rien éprouvé de semblable, et, si l'on cherche à lui persuader que ce n'était que son ancienne maladie, il affirme le contraire et invoque à l'appui de son affirmation l'indisposition subite de ses camarades qui, dit-il, étaient bien portants auparavant.

» Lors de son entrée, petit vésicatoire à l'épigastre, que l'on panse pendant trois jours avec un demi-grain de chlorhydrate de morphine ; 20 centigrammes de sous-nitrate de bismuth en quatre fois dans la journée ; eau de Seltz ; tilleul sucré ; une portion. Vomissements pendant les deux premiers jours.

» Le 15, le malade reste un peu plus longtemps sans manger ; toujours même douleur, mais moins intense. — 2 pilules d'opium à prendre avant le repas ; 2 portions.

» Le 25, amélioration sensible. Le malade reste plus de deux heures sans manger. Pas de vomissements. — Bains sulfureux.

» Il continue à prendre tous les deux jours un bain sulfureux, et le 8 août il demande sa sortie, mangeant trois portions depuis plusieurs jours, et pouvant rester cinq heures sans prendre aucun aliment. Il a encore parfois une légère douleur à l'épigastre ; mais il se considère comme guéri. »

Je désire, mon cher confrère, que chacun soit bien convaincu qu'en publiant ces faits je n'ai nullement l'intention de me montrer opposé à une industrie naissante. Je fais, au contraire, des vœux sincères pour que l'emploi du blanc de zinc substitué à la céruse délivre les populations du fléau de l'intoxication saturnine. Mais je pense, comme je l'ai dit dans ma lettre du 13 mai à l'Académie des Sciences, qu'il importe à la prospérité même de la fabrication du blanc de zinc que ses effets sur la santé des ouvriers soient exactement appréciés, afin d'obtenir par des précautions convenables toute l'innocuité que l'on peut désirer dans la préparation et dans l'emploi de cette substance.

Agréez, etc.

D[r] Bouvier.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 124. (23e ANNEE.) SAMEDI 19 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Luxation en avant de la première phalange du pouce. — Cette espèce de luxation est assez rare pour que M. Nélaton n'en eût observé qu'un seul exemple au moment où il rédigeait le chapitre *Des luxations* de son ouvrage. Je ne sais si c'est à cette rareté qu'il faut attribuer l'obscurité qui règne encore sur plusieurs points de l'histoire de cette luxation; toujours est-il qu'elle présente des particularités fort singulières et tout à fait inexpliquées, et qu'il serait cependant d'autant plus utile de bien connaître, qu'elles ont une importance pratique capitale et immédiate. En effet, ce qui frappe et intéresse surtout dans cette luxation, c'est que la réduction, qui en est très facile chez certains individus, offre au contraire des difficultés insurmontables chez d'autres.

Dans le fait que rapporte M. Nélaton dans son ouvrage, la réduction fut pratiquée avec facilité et d'une manière assez solide pour que le malade, qui était un vieillard de soixante-dix-huit ans, ait pu tomber impunément sur la main affectée, le jour même de la réduction.

M. Nélaton, il y a deux jours, a eu l'occasion d'observer sur une femme adulte un autre cas de luxation de la première phalange du pouce en avant, et cette fois encore la réduction s'est opérée sans difficultés sérieuses; enfin M. Jobert nous a dit en avoir réduit plusieurs sans difficulté. Les choses se sont passées tout autrement chez un jeune garçon de neuf ans, que nous avons vu il y a quelques jours dans le service de M. Roux, remplacé momentanément par M. Gosselin. Cet enfant s'était luxé en avant, en tombant sur les mains, la première phalange du pouce. La luxation fut parfaitement reconnue par le médecin de la localité, et des tentatives de réduction furent faites immédiatement; elles furent tout à fait infructueuses. L'enfant fut conduit à Paris cinq jours après et admis dans le service de M. Gosselin. Ce jeune chirurgien renouvela avec l'habileté qu'on lui connaît les tentatives faites par son confrère de province, mais sans plus de succès; elles eurent même si peu d'action sur la position respective des deux extrémités déplacées, que M. Gosselin renonça définitivement à tout espoir de réduction.

En présence de ce fait, deux questions s'offraient principalement à l'esprit: Quel est l'obstacle qui s'oppose d'une manière aussi invincible à la réduction? La réduction étant reconnue impossible, que convient-il de faire?

Quant à la première question, aucune réponse satisfaisante n'y peut être faite dans l'état actuel de la science. On conçoit bien qu'une certaine disposition des ligaments articulaires, que l'interposition entre les extrémités déplacées d'un tendon entier ou déchiré, ou même d'une portion de tissu cellulo-graisseux, puisse empêcher les surfaces de revenir au contact; mais entre toutes les suppositions que l'on pourrait faire, quelle sera la vraie? L'obstacle n'est-il pas dû même à des dispositions tout à fait imprévues? C'est ce qu'il nous semble impossible de dire; et cette difficulté, M. Gosselin et M. Roux lui-même, malgré toutes les ressources de son esprit, n'ont point cherché à la résoudre. C'est donc à des recherches ultérieures d'anatomie pathologique qu'il faut laisser le soin de nous éclairer à ce sujet.

Comme des connaissances anatomo-pathologiques dépend en grande partie le choix d'un bon traitement, lorsqu'il s'agit de luxations, on comprend qu'on ne soit guère plus avancé sur la seconde question que sur la première. M. Roux, malgré sa longue expérience, n'avait pas encore vu de cas semblable à celui que nous venons de décrire sommairement; il ne pouvait donc avoir pour guide que ses seules inspirations. Dans les cas analogues de luxation en arrière de la première phalange du pouce, A. Cooper a conseillé la résection de la tête de la phalange; il espérait que celle-ci une fois raccourcie reprendrait sa direction normale, qu'il se formerait une sorte d'articulation entre son extrémité réséquée et l'extrémité articulaire du métacarpien, et qu'ainsi le pouce pourrait recouvrer en grande partie la force et l'étendue de ses mouvements.

C'est par des motifs semblables, assez fondés en apparence, que M. Roux paraissait disposé à appliquer au petit malade de l'Hôtel-Dieu les préceptes d'Ast. Cooper. M. Gosselin cependant, quelque soit son respect pour l'opinion de son savant maître, ne paraissait que médiocrement séduit par les raisons invoquées en faveur de la résection. Il avait d'abord songé à faire, suivant le conseil de quelques chirurgiens, la section des ligaments latéraux de l'articulation métacarpo-phalangienne, espérant avec juste raison que cette section rendrait la réduction facile. Mais après y avoir mûrement réfléchi, considérant que les mouvements du pouce n'étaient pas totalement abolis, quoique la luxation datât de seize jours seulement; convaincu que ces mouvements deviendraient d'autant plus étendus et plus énergiques que le malade était plus jeune, il paraissait très disposé à l'abandonner aux seules forces de la nature, lorsque cet enfant a quitté l'hôpital. Nous avouons que cette dernière conduite serait celle que nous conseillerions en pareil cas. Quoi qu'il en soit, ce fait nous semble mériter l'attention des praticiens, et nous espérons bien que ceux de nos confrères qui en auraient rencontré de semblables nous feront part de leurs observations.

Affection syphilitique ou farcineuse de diagnostic douteux. — La morve et le farcin, qu'on désigne à tort sous deux dénominations quoiqu'ils ne forment qu'une seule et même maladie, ont avec la syphilis des analogies symptomatologiques qui n'ont point échappé aux historiographes modernes de la première de ces maladies. Le fait suivant, dont nous devons la communication à l'obligeance de M. Nélaton, et dont il est lui-même redevable à un confrère de province, est une nouvelle preuve des difficultés que ces analogies jettent quelquefois dans le diagnostic. Ces difficultés sont telles que l'honorable médecin qui a rédigé l'observation qu'on va lire et M. Nélaton lui-même ont hésité longtemps avant de porter un diagnostic, et qu'aujourd'hui même ils ne sont pas complètement édifiés à cet égard. Mais en cette occasion comme dans bien d'autres, M. Nélaton a pris la détermination la plus avantageuse au malade. On sait que les cas de morve ou de farcin chronique se sont montrés jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art, et que, dans les cas extrêmement rares où l'on a pu croire à une guérison définitive, c'est plutôt aux efforts de la nature qu'à l'action de la thérapeutique qu'on a dû rapporter cette heureuse solution. Dans l'alternative donc où M. Nélaton et son honorable confrère auraient eu affaire à une affection morveuse, le traitement qu'ils ont mis en usage ne pouvait avoir d'inconvénients bien prononcés, tandis qu'en cas d'affection syphilitique ce traitement pouvait être suivi des plus heureux résultats. Ces résultats, du reste, sans être précisément aussi avantageux qu'on aurait pu le désirer, sont cependant de nature à augmenter les probabilités qui existaient déjà en faveur d'une affection syphilitique. En effet, quoique le doute fût parfaitement permis avant le traitement, les symptômes étaient cependant plutôt ceux de la syphilis que de la morve : en outre, dans les cas de morve chronique, cas qui sont beaucoup moins fréquents que ceux de farcin, il est rare que l'affection ait duré aussi longtemps que celle dont on va lire la relation, et même dans les cas de farcin chronique, lorsque les lésions atteignent les fosses nasales (c'est-à-dire lorsque le farcin devient la morve), une terminaison fatale ne tarde pas à avoir lieu. Il ne restait donc contre la probabilité d'une affection syphilitique que l'absence d'un chancre antérieur, absence d'autant mieux constatée ici que le malade est un homme à peu près médecin et habitué à une observation attentive. Mais cette objection, bonne pour les jeunes gens qui se laissent séduire par les inoculateurs, est de nulle valeur pour tous les praticiens expérimentés, lesquels n'ont que de trop fréquentes occasions de se convaincre que la blennorrhagie la plus simple en apparence peut être suivie des symptômes secondaires les plus graves.

Quoi qu'il en soit, le fait qu'on va lire acquerra plus d'intérêt encore par la suite, et nous espérons pouvoir tenir nos lecteurs au courant de ce qui adviendra. Le voici tel que l'a rédigé l'honorable correspondant de M. Nélaton :

M. X... a toujours joui d'une bonne santé pendant son enfance; il a eu des glandes autour du cou, comme cela arrive à beaucoup d'enfants, sans qu'il y ait le moindre du monde de vice scrofuleux. D'ailleurs, la force et la vigueur dont il a joui depuis, réunies à l'état de sécheresse de son corps, prouvent qu'il a eu plutôt un tempérament sanguin. Il n'a jamais eu d'autre maladie vénérienne qu'un écoulement pendant qu'il était militaire, écoulement qu'il a guéri avec les rafraîchissements et le temps. Il s'est écoulé au moins vingt-cinq ans entre l'époque de cette gonorrhée et le moment où il a été pris des accidents que je vais décrire; et pendant ce laps de temps, il a toujours joui d'une santé parfaite, qui lui a permis de supporter les fatigues de son état, médecin-vétérinaire très occupé, sauf quelques indispositions aiguës qui se passaient rapidement, et qui n'ont aucun rapport avec le mal qui le tourmente aujourd'hui.

Il y a quatre ans à peu près, M. X... soignait des chevaux morveux ou farcineux. Un cheval, en soufflant par les naseaux pour chasser les mucosités qui les obstruaient, couvrit de ce mucus la figure de M. X... C'est quelques jours après qu'une tumeur se montra au grand angle de l'œil droit, au niveau du sac lacrymal. Cette tumeur s'abcéda et laissa une ulcération à fond grisâtre, à bords calleux et taillés à pic. De nombreuses cautérisations au nitrate d'argent, des pansements avec de la charpie trempée dans du jus de citron, dans du vin aromatique, n'ont amené la cicatrisation de cette plaie qu'au bout de six mois, et avec grand'peine. Bientôt la narine du même côté s'est prise; en même temps plusieurs glandes sous-maxillaires se sont engorgées; l'une d'elles a suppuré; il y a eu aussi des tumeurs sur les cuisses, sur les jambes, dans le tissu cellulaire sous-cutané; la peau qui les

---

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'arthrite vertébrale, par M. le docteur RIPOLL.

(Thèse de Paris.)

Au premier abord, on est tenté de se demander pourquoi une histoire de l'arthrite vertébrale, et si, dans l'état actuel de la science, cette maladie a encore besoin d'être étudiée. Si l'on vient à examiner la question de plus près, l'on reste tout surpris de voir que, bien que généralement admise, l'arthrite vertébrale n'est décrite nulle part; son existence n'est même formellement démontrée par aucun travail, et il faut une interprétation raisonnée de certains faits d'anatomie pathologique et de certains symptômes physiques et physiologiques, un rapprochement de ces deux éléments pour en faire un tout et reconstituer la maladie. De plus, et ce n'est pas un des points de vue les moins curieux de son travail, l'auteur a voulu déterminer la part pour laquelle l'arthrite vertébrale entre dans cette espèce de famille de maladies connues sous le nom de *mal de Pott*. Il pense, pour lui, que cette part est très grande, et c'est principalement en vue de justifier cette croyance qu'il a conçu l'idée de cette dissertation.

Ceci posé, M. Ripoll débute par un résumé rapide de l'anatomie normale des articulations vertébrales, résumé dans lequel il a trouvé moyen de faire entrer, chemin faisant, l'explication de quelques faits pathologiques encore mal ou incomplètement interprétés. Nous ne pouvons entrer dans les détails de ces considérations anatomiques; nous nous bornons à en reproduire la conclusion : « De cet aperçu anatomique, dit M. Rippoll, il résulte que la colonne vertébrale osseuse tout entière est entourée comme d'un fourreau par une masse ligamenteuse presque partout continue, qui maintient en place les diverses pièces du squelette tout en leur permettant des mouvements; que la plus grande mobilité est à la région cervicale, et que, dans cette même région, la plus grande variété de mouvements existe dans les premières articulations; que ces mouvements sont facilités par les synoviales, qui existent au nombre de trois entre chaque vertèbre. Cette prodigieuse quantité de ligaments, leur continuité, le nombre des synoviales, leur voisinage, font soupçonner que l'arthrite vertébrale doit être une maladie fréquente, et c'est, en effet, ce que l'expérience démontre... »

Dans un second chapitre, et sous ce titre : *De l'arthrite vertébrale considérée dans ses rapports avec le mal de Pott*, M. Ripoll s'étonne, avec raison, de n'avoir vu nulle part, non pas seulement traitée, mais même posée comme question, l'étude de l'inflammation des disques intervertébraux considérée dans sa fréquence relative comme point de départ de la maladie de Pott. On comprend de quelle importance est pour la thérapeutique la solution de cette question, et combien il est utile de déterminer dans un cas donné si c'est à une inflammation de ce genre ou à une affection tuberculeuse fatale qu'est due la maladie.

De l'étude comparative des nombreux faits de maladie de Pott observés par lui-même ou consignés dans les livres, voici les conséquences qu'a déduites M. Ripoll. Il a acquis la certitude :

1° Que, dans un grand nombre de cas, la maladie connue sous le nom de mal de Pott a pour point de départ les tubercules vertébraux;

2° Qu'un non moins grand nombre de cas de mal de Pott sont dus seulement à l'existence d'une arthrite vertébrale;

3° Que presque tous les cas de guérison de mal de Pott se rapportent à cette inflammation, qui cède le plus souvent lorsque, reconnue, elle est attaquée à propos par un traitement énergique et rationnel;

4° Que les ostéites vertébrales sont rares;

5° Qu'elles peuvent être primitives; mais que, le plus souvent, elles sont secondaires à une arthrite vertébrale, dont la marche funeste a été favorisée par l'absence du traitement ou l'influence de certaines circonstances particulières.

Une argumentation rigoureuse, basée sur l'observation des faits, conduit M. Ripoll à la démonstration de ces diverses propositions, après laquelle il se hâte de passer à la description succincte de l'arthrite vertébrale envisagée comme affection particulière et devant occuper une place bien distincte dans le cadre nosologique.

Et d'abord, sous le nom d'*arthrite vertébrale*, disons que M. Ripoll n'entend pas parler ici que de l'inflammation active des disques intervertébraux, mais qu'il applique ce nom d'une manière générale à toutes les inflammations articulaires de l'épine dans toute sa longueur, en se réservant toutefois de signaler les différences qui existent entre toutes ces inflammations, d'une part, suivant que telle ou telle articulation d'une même vertèbre est affectée, et, d'autre part, suivant la région où on l'observe.

Les premières manifestations de la maladie consistent, le plus souvent, dans des troubles gastriques, des douleurs dorso-thoraciques, dorso-abdominales, dorso-lombaires, se manifestant d'une manière intermittente. Puis, bientôt, douleur dans un point fixe de la longueur de l'épine occasionnant de la roideur dans les mouvements, sinon leur impossibilité; le tout sans aucun phénomène physique apparent encore, au moins le plus ordinairement.

Au bout d'un temps plus ou moins long, si un traitement énergique n'a pas été mis en usage, survient une gibbosité bien caractérisée, avec troubles de la locomotion ou de la sensibilité du côté des parties inférieures. A cette époque encore un traitement énergique peut guérir la maladie et faire disparaître complétement la gibbo-

recouvrait était rouge et douloureuse; aucune d'elles ne s'abcéda. Des cautérisations, des aspirations de vin aromatique, d'infusion de plantes aromatiques, des toniques, du vin de quinquina à l'intérieur, ont paru modifier avantageusement cette tuméfaction ulcéreuse de la pituitaire droite; la tuméfaction était si considérable, que la fosse nasale était oblitérée et ne donnait plus passage à l'air; il y eut de temps en temps des épistaxis, mais peu abondantes, ne consistant très souvent qu'en une goutte de sang. De la faiblesse, de l'amaigrissement sont survenus, et souvent aussi un embarras gastro-intestinal bilieux très prononcé, que de nombreux purgatifs ont toujours fait cesser. Comme traitement général, j'ai prescrit l'iodure de potassium à la dose de 50 centigr. jusqu'à 1 gramme par jour, et cela pendant deux mois.

La narine droite s'est modifiée avantageusement; mais la pituitaire du côté gauche s'est affectée à son tour de la même manière, et il s'est développé la même série d'accidents que du côté droit, aussi bien dans l'état local que dans l'état général. Vous avez pu constater vous-même des ulcérations sur la pituitaire à gauche lorsque M. X... est allé vous consulter il y a deux ou trois mois environ. A cette époque, il lui était survenu un gonflement sur le dos du nez, au niveau des os propres. Gonflement portant plus à droite qu'à gauche, et dans lequel étaient compris la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, et sans doute le périoste de l'os du nez. Nous avons suivi exactement le traitement par vous prescrit: iodure de potassium à la dose de 2 grammes, en élevant d'un grammes tous les six jours jusqu'à 4 grammes. Nous nous sommes tenus longtemps à 4 grammes, et nous avons progressivement ensuite diminué la dose d'un gramme de six jours en six jours. Pendant l'usage de l'iodure de potassium, cette fois comme lorsque je le lui avais prescrit moi-même, M. X... eut tout le corps couvert de boutons, assez semblables à ceux de l'achné; mais cette fois dernière il a eu de plus de la rougeur dans les deux yeux, dont les conjonctives étaient fortement injectées, et il a eu encore, particulièrement aux jambes et sur les fesses, des tumeurs sous-cutanées très volumineuses, des espèces de phlegmons qui n'ont point suppuré, mais qui cependant étaient très douloureux. La peau, à leur niveau, était rouge, tendue, luisante; ce qui faisait craindre une suppuration prochaine, qui cependant n'arrivait pas. Enfin vers la fin du traitement à l'iodure de potassium, il survint une tumeur au grand angle de l'œil gauche, semblable à celle par laquelle le mal a débuté du côté droit. Cette tumeur s'est abcédée de même, et de même a donné lieu à des ulcérations grisâtres taillées à pic; mais ces ulcérations se sont cicatrisées très rapidement sous l'influence de trois ou quatre cautérisations au nitrate d'argent.

Aujourd'hui M. X... va mieux; ses narines sont libres. Cependant il s'y accumule encore des mucosités qui s'y épaississent, et qui sortent sous forme d'un véritable bouchon dur, *hépatisé*. Cela se produit particulièrement à droite, et depuis une quinzaine de jours ce bouchon est moins volumineux. Il est vrai de dire que M. X... a le soin d'humecter chaque jour les narines, jusqu'à ce que cette mucosité épaissie se détache. La tumeur au niveau de l'os du nez qui avait disparu depuis quelques jours s'est reformée, et diminue maintenant de nouveau.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. BRACHET.

Heureuse application de l'hydrothérapie au diabète sucré.

Observation à ce sujet par R. PHILIPEAUX.

« Si les travaux modernes de chimie pathologique ont jeté de grandes lumières sur la nature de l'affection glucosurique, dit M. Devay dans un remarquable travail sur le diabète sucré inséré dans la *Gazette médicale de Lyon* en mai 1850; si, grâce à ses efforts, le médecin mis en présence de cette bizarre maladie s'approche, autant peut-être qu'il est humainement possible de le faire, du point de départ des mystérieuses créations de la pathogénie, il n'en est pas moins vrai que, sous le rapport de l'étiologie et du traitement, le diabète offre au médecin un caractère de nouveauté. »

En effet, que n'a-t-on pas essayé contre cette terrible maladie réputée jadis tellement incurable que le célèbre Cullen, dans ses *Eléments de Médecine pratique*, tome II, page 250, avance n'en avoir jamais vu guérir aucun cas.

Parmi les remèdes externes, ceux qui ont été le plus vantés sont les bains de vapeurs, les frictions de toutes sortes, les révulsifs, les vésicants, les exutoires profonds, les saignées générales et locales; parmi les remèdes internes, les acides minéraux, l'eau de chaux, les astringents, les ferrugineux, les stimulants, les diaphorétiques, les évacuants, les diurétiques, l'opium, etc. De cette longue série de médicaments quels sont ceux qui sont restés dans la pratique? quels sont ceux aussi qui ont pu amener des guérisons? Le nombre en est tellement restreint que la plupart de ces remèdes, oubliés dès leur apparition, ne se trouvent plus aujourd'hui relatés que dans les ouvrages de pathologie médicale comme un malheureux témoignage de l'insuffisance de notre thérapeutique.

De nos jours, se fondant sur des idées chimiques, on a voulu leur donner dans le traitement du diabète une trop large part. Si les travaux publiés par M. Bouchardat ont fait ressortir avec la dernière évidence tous les avantages qu'on retirerait en supprimant chez les diabétiques les boissons et les aliments sucrés ou féculents pour ne leur donner qu'une nourriture essentiellement azotée, combinée avec certains moyens hygiéniques, l'expérience n'a pas tardé à démontrer aussi que cette thérapeutique ne pouvait pas remplir toutes les indications fondamentales.

Il importe donc, puisque la plupart des médications usitées jusqu'à ce jour sont restées très infructueuses, de se livrer à de nouvelles recherches, afin de tâcher de découvrir un traitement qui soit capable, sinon de guérir complètement, du moins d'enrayer dans certains cas les trop funestes effets de cette terrible maladie.

Sous ce rapport, le fait suivant mérite d'être signalé à l'attention des praticiens, car il ouvre à l'expérimentation une nouvelle voie qui pourra peut-être conduire souvent à une thérapeutique efficace. Il s'agit de l'heureuse application de l'hydrothérapie au traitement du diabète sucré.

La nommée Boudet, âgée de dix-sept ans, native du département de Saône-et-Loire, entre à la clinique médicale le 8 avril 1850.

Cette jeune fille, d'un tempérament lymphatique, n'est réglée que depuis environ cinq mois, et encore les menstrues ne coulent-elles qu'en très petite quantité. Elle ne se plaint que d'une douleur épigastrique, qui cède à la pression; mais bientôt elle accuse, à nos demandes réitérées, une soif ardente et de presque tous les instants: sept litres de tisane ne lui suffisent plus pour tempérer la soif d'une journée. Ses urines sont très abondantes; elle est obligée de vider son vase cinq à six fois par jour et autant par nuit. Cette soif et ces urines copieuses nous mettent sur la voie d'un diabète sucré, maladie que viennent encore nous confirmer les symptômes suivants:

Marie Boudet est triste, très peu développée pour son âge, de prime abord on ne lui donnerait qu'une douzaine d'années; elle est excessivement maigre, le teint de son visage est pâle, sa peau sèche et rugueuse, son pouls est petit et fréquent; ses digestions sont pénibles, son appétit vorace; elle préfère les aliments farineux. Cette affection date de quatre années; elle a commencé par une soif de plus en plus marquée; peu à peu elle a atteint le degré que nous lui connaissons. Cette malade n'a jamais ressenti des douleurs rénales.

Examen des urines. — Les urines, fortement sucrées, ont perdu leur coloration; elles sont tout à fait claires, alcalines, et sans odeur urineuse. Traitées par la chaleur, après avoir été mélangées à une légère dissolution de potasse caustique et de sulfate de cuivre, elles donnent un précipité rouge-brique très considérable qui n'est autre chose que du caramel.

Après avoir parfaitement constaté l'existence d'un diabète sucré, M. Brachet résolut de soumettre cette jeune fille au traitement proposé par M. Mialhe, c'est-à-dire à l'usage des boissons acides associées à l'opium. Dans ce but il fit administrer de la limonade sulfurique, et une potion calmante avec vingt-cinq gouttes de laudanum liquide de Sydenham. Cette médication continuée pendant une quinzaine de jours ne produisit aucune amélioration; la soif était toujours aussi vive et les urines aussi abondantes; les quantités de sucre n'avaient pas même subi la moindre diminution.

Le 24 avril, on soumit cette malade au traitement formulé par M. Bouchardat, c'est-à-dire qu'aux moyens hygiéniques conseillés par cet auteur on associa un régime fortement animalisé et varié à l'usage d'un vin généreux et de boissons sudorifiques.

Le 3 mai, neuf jours après le début de ce traitement, la soif était moins vive, et les urines avaient diminué, puisque cette fille n'en rendait plus que six litres par jour, mais elles étaient toujours aussi chargées en sucre. Cette médication, continuée jusqu'au 25 mai, ne produisit aucune autre amélioration. La peau resta sèche, le pouls petit et fréquent, l'amaigrissement identiquement le même.

Ayant dès lors constaté le peu de succès des deux méthodes de traitement les plus usitées en pareille circonstance, M. Brachet eut recours à l'hydrothérapie, qui lui semblait devoir peut-être réussir dans ce cas à cause de la grande perturbation qui en est la conséquence.

Le matin de fort bonne heure, après avoir enveloppé le corps de cette jeune fille, sauf la tête, d'un drap mouillé d'eau froide et bien exprimé, on l'entourait de couvertures sous la forme d'emmaillottement, ne laissant seulement à l'air que la figure; en même temps, on lui faisait prendre aussitôt que la chaleur arrivait des gorgées d'eau froide répétées toutes les cinq minutes. Le temps de la sudation écoulé, c'est-à-dire après l'avoir laissée trois ou quatre heures dans le drap mouillé, on la dégageait de ses couvertures pour la plonger dans un bain froid, où elle restait deux minutes, laps de temps après lequel on la retirait pour la frictionner avec un linge bien sec, et la masser ensuite.

Ce traitement, auquel on ajoutait celui de M. Bouchardat, fut continué pendant un mois avec un succès qui dépassa toutes les espérances. La quantité de sucre dans les urines diminua tellement qu'on ne put en dénoter la présence que par l'appareil polarisateur de M. Biot: la soif si intense n'existait plus, la malade se contentait d'un litre de tisane par jour; les urines rendues trois fois par jour ne dépassaient pas la valeur de deux litres.

En même temps l'état général avait totalement changé; sa face était devenue rosée et fraîche, sa peau douce et moite, son pouls régulier; l'amaigrissement avait disparu; ses chairs, jadis flasques, étaient fermes.

Cette jeune fille, se sentant pour ainsi dire dégagée de son infirmité, quitta l'Hôtel-Dieu le 2 juillet 1850. Depuis lors l'amélioration s'est maintenue, puisqu'elle vient de nous écrire, le 2 septembre, de Semande, ville qu'elle habite, que ses urines sont colorées et rendues en quantité ordinaire, que la soif n'existe plus, et qu'elle a pris un embonpoint auquel on ne se serait jamais attendu.

— Cette observation est doublement remarquable, et par le résultat qui a été obtenu, et par la rapidité avec laquelle les bons effets de l'hydrothérapie se sont manifestés. En effet, la guérison du diabète est encore un problème. Malgré les avantages que paraît avoir procurés l'application de la théorie chimique de Dupuytren, si bien développée par M. Bouchardat, le praticien doute le plus souvent de la vérité ou plutôt de la solidité du succès. Voilà donc une maladie réputée à peu près incurable qui vient d'être guérie par l'hydrothérapie. Déjà, il est vrai, une amélioration avait été obtenue par une alimentation fortement animalisée; la quantité de l'urine avait diminué de plus de la moitié, mais sa composition était restée invariablement la même, et depuis un mois le mal était tout à fait stationnaire: aussi l'action de l'hydrothérapie n'a été douteuse pour personne.

Si le docteur Schédel a pu citer deux faits de guérison qui lui ont été communiqués par le docteur Gryzimala-Gilewicz, il y a eu cependant une différence immense dans la promptitude des effets, puisque chez le premier ce n'est qu'après cinq mois que l'amélioration a commencé, et après le dixième mois chez le second. Qu'il nous soit permis de rappeler ici quelques-unes des réflexions qui ont été présentées par M. le professeur Brachet.

Il s'est demandé d'abord comment l'hydrothérapie avait agi. Est-ce par simple révulsion? Est-ce par modification vitale de l'économie ou des reins? La transpiration abondante que ce moyen de traitement provoque, les éruptions qu'il détermine quelquefois pourraient faire présumer que la révulsion est le mode d'action d'après lequel il a opéré. Mais, comme l'a fait observer M. Brachet, s'il en était ainsi, l'amélioration ne se ferait sentir que dans la quantité des urines, il y aurait seulement diminution du fluide sécrété; or il y a eu plus que cela, il y a eu changement dans la composition chimique, le sucre a diminué en quantité, pendant que l'eau devenait plus abondante. Il y a donc eu quelque chose de plus que la révulsion; il y a eu en même temps modification vitale de l'organe sécréteur de l'urine, puisque le produit de sa sécrétion a changé, et que ce changement n'a pu s'opérer que par le changement du mode d'action, du mode de vitalité de l'organe sécréteur. La nourriture animalisée que la malade prenait n'avait pas suffi pour opérer ce changement. Il n'a commencé que huit jours après que l'hydrothérapie était employée. L'hydrothérapie n'a point introduit de nouveaux matériaux dans l'économie, elle n'en a point supprimé; le sang a continué de recevoir ses principes réparateurs des mêmes substances alimentaires, il a dû présenter aux reins les mêmes matériaux. Si les résultats ont été différents, c'est parce que le mode d'action a été différent lui-même; c'est parce que le rein modifié a agi d'une manière différente sur ces matériaux, et les a transformés en un liquide différent. C'est parce qu'il a été ramené à son rhythme normal d'action, et qu'alors il a sécrété une urine plus normale, en faisant subir aux principes constitutifs qu'il a puisés dans le sang, les transformations normales qui sont dans ses attributions.

Ainsi, l'hydrothérapie a bien évidemment agi en modifiant l'action vitale du rein. Une question peut se faire: Est-ce en modifiant l'économie entière et consécutivement la vitalité du rein que la médication a agi? Est-ce en modifiant directement et seulement cette vitalité? Ce qui s'opère dans l'intimité de nos tissus est trop souvent couvert d'un voile épais pour qu'il soit possible de répondre d'une manière affirmative. Cepen-

---

sité, car les disques intervertébraux seuls sont probablement affectés. Si l'on abandonne la maladie à elle-même, la saillie devient anguleuse, de curviligne qu'elle était d'abord, ce qui annonce que les corps des vertèbres commencent à disparaître, et la colonne s'infléchit de plus en plus. Un traitement actif guérit toujours l'affection, mais la difformité persiste.

Il faut tenir compte dans l'appréciation de la saillie osseuse de la région où on l'observe. Avec une lésion de la même valeur, la saillie sera beaucoup plus forte dans la région dorsale que dans la région cervicale, et dans la région lombaire il pourra même se produire une dépression.

Si un traitement énergique n'est pas mis en usage, les désordres et les troubles fonctionnels s'aggravent, la colonne s'infléchit de plus en plus, des abcès par congestion surviennent, et le malade succombe.

L'immobilité est une des conditions de guérison. Aussi observe-t-on des guérisons d'autant plus fréquentes que la région où s'est développée la maladie est moins mobile. Mais les deux faits les plus importants de cette histoire sont: 1° l'absence d'abcès dans la majorité des cas; lorsqu'ils surviennent, ce n'est que par exception, et alors, au bout d'un temps très long, lorsque l'arthrite a déterminé une ostéite; 2° la guérison presque constante sous l'influence de la thérapeutique, quelquefois même spontanée.

Suivrons-nous l'auteur dans l'examen des lésions anatomiques, dans les détails du diagnostic et des causes? Nous aimons mieux renvoyer nos lecteurs au travail original, qui ne peut manquer de leur offrir un vif intérêt, et dire deux mots du pronostic et du traitement, deux points éminemment pratiques de l'histoire de l'arthrite vertébrale.

Contrairement à l'opinion généralement admise, le pronostic est assez favorable; la maladie guérit presque toujours; mais il peut être modifié par la période de la maladie, son siége, et la nature des phénomènes. Quand il n'y a encore qu'excurvation courbe, et que probablement les disques seuls sont malades, on peut espérer le redressement du rachis. Si la saillie est anguleuse, le redressement sera bien faible; il y a perte de substance; il ne peut y avoir effacement complet de la difformité.

De même, la courbure sera moins prononcée à la région dorsale qu'à la région lombaire, si les disques seuls disparaissent; et s'il survient un abcès, on devra regarder ce fait comme très fâcheux, car il annonce la production d'une carie mortelle.

Le traitement est, en général, celui de la maladie de Pott; la connaissance de la nature inflammatoire de la maladie donnera seulement au médecin plus de confiance et de hardiesse.

M. Ripoll recommande principalement les cautères, dont l'action doit être très profonde. Il rappelle que M. Duval use en quelque sorte les tissus par l'acide sulfurique, les pommades résolutives, les applications de sangsues; puis, à l'intérieur, le calomel à dose fractionnée, l'iodure de potassium; enfin, l'immobilité, l'une des conditions les plus puissantes de la guérison.

Nous regrettons que l'espace nous force à restreindre ce compte-rendu dans des limites si resserrées, et ne nous permette pas même de signaler les observations intéressantes dont M. Ripoll fait suivre son remarquable travail.

Disons seulement qu'il est du nombre, malheureusement trop petit, des jeunes médecins qui dès leurs débuts se font une place honorable dans la science, et qu'une dissertation pareille est un engagement pris de ne pas rester inactif dans le grand mouvement qui anime aujourd'hui les travailleurs et recule les bornes des connaissances humaines.

Dr A. FOUCART.

dant nous sommes porté à admettre la première interprétation, en nous représentant la manière d'agir de l'hydrothérapie sur l'économie. En général, elle modifie principalement l'économie entière; c'est là son action la plus évidente, la plus certaine. L'économie a donc reçu une impulsion générale qui a changé l'état de vitalité, qui lui a rendu un ton, un rhythme qu'elle avait perdu. Le rein a participé à ce retour général de l'économie, à cette excitation nouvelle; il en a ressenti l'influence, et il a modifié le produit de sa sécrétion à proportion que sa vitalité avait été modifiée.

Ces considérations sur le mode d'action de l'hydrothérapie ont conduit M. le professeur à en tirer des conséquences favorables à l'opinion qu'il avait développée sur la nature du diabète. Non, a-t-il dit, ce n'est pas l'estomac qui est le siége de la maladie, ce n'est pas seulement parce que cet organe transforme en glucose les parties animales qu'il y a viciation des urines; non, ce n'est pas non plus en supprimant tout aliment qui contient des principes chimiques susceptibles d'être transformés en glucose que vous guérirez l'affection. Il faut plus que cela; il faut changer la vitalité viciée du rein, il faut la ramener au rhythme normal; ce n'est que de cette manière que la guérison peut s'obtenir. Bien plus, les matières fortement azotées, la privation des substances féculentes sucrées et autres propres à fournir les matériaux du glucose agissent moins en soustrayant ces matériaux qu'en modifiant l'action vitale du rein. Cela est si vrai que, lorsqu'avec un régime purement lardacé on est parvenu à obtenir l'absence complète du sucre dans les urines, le sucre reparaît si vous cessez ce régime. Il reparaît parce que le rein n'avait point changé de vitalité; il n'avait cessé de mettre du sucre dans les urines que parce qu'il n'en avait pas trouvé les éléments dans le sang. Il repousse donc cette théorie chimique comme application et comme guide, sans toutefois rejeter les avantages qu'elle a pu procurer d'autre part. On sent à combien de réflexions d'un haut intérêt nous conduirait un sujet aussi important; mais cette digression sortirait alors des limites que nous devons nous imposer. (*Gaz. Méd. de Lyon.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 15 OCTOBRE.

Inhalations du gaz acide carbonique dans le traitement de la phthisie. Signe nouveau d'auscultation pour reconnaître la présence des tubercules latents. Stéthoscope différentiel;

Par M. le Dr GOIN.

(Commissaires : MM. LOUIS, PATISSIER et GRISOLLE, rapporteur.)

Messieurs, dans votre séance du 8 juin deruier, vous avez chargé une commission composée de MM. Louis, Patissier et moi, de vous rendre compte d'un mémoire de M. le docteur Goin, propriétaire et directeur de l'établissement des eaux minérales de Saint-Alban, dans le département de la Loire.

Dans ce travail, notre confrère a eu spécialement pour but de démontrer l'efficacité des inspirations de gaz acide carbonique dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Il a indiqué ensuite un signe d'auscultation propre, suivant lui, à faire reconnaître les tubercules commençants, et peut-être même la simple prédisposition à la maladie. Enfin, il a proposé un nouveau stéthoscope qu'il nomme *différentiel*.

Nous allons examiner successivement ces trois points dans l'ordre même suivi par l'auteur.

Ce furent sans doute les travaux entrepris à la fin du dernier siècle sur l'acide carbonique, par les chimistes les plus éminents, qui engagèrent quelques médecins à expérimenter les propriétés thérapeutiques de ce corps, dont Lavoisier venait de déterminer la composition.

On lit dans le *Nouveau Dispensaire* de Lewis (1) que Wintering et Percival ensuite firent respirer l'acide carbonique à de nombreux phthisiques; Home y soumit quatre malades (2); Baumès l'expérimenta sur un seul (3), et Maret, de Dijon, communique, en 1778, à la Société royale de Médecine, un travail pour prouver les bons effets de l'acide carbonique dans les plus redoutables maladies, dans le cancer et dans la consomption pulmonaire (4).

Hâtons-nous de dire que la plupart de ces auteurs, moins enthousiastes peut-être qu'on ne l'est communément pour les nouveautés, virent bien moins dans l'acide carbonique un spécifique qu'un agent capable de soulager quelquefois et de pallier certains accidents. Mais cette illusion même dura peu; car les faits publiés étaient si peu concluants, si peu précis, que les inhalations d'acide carbonique ne tardèrent pas à être complétement abandonnées. Ce moyen était tout à fait oublié lorsque deux médecins d'eaux minérales, MM. Goin et Barrier, sont venus récemment en proposer de nouveau l'emploi.

On sait que les eaux de Saint-Alban renferment une forte proportion d'acide carbonique. Ce gaz, d'une pureté parfaite, ainsi que l'a démontré le professeur Dupasquier, de Lyon, est recueilli au fond des sources au moyen d'entonnoirs auxquels sont adaptés des tuyaux qui vont jusque dans les chambres des malades, et à l'aide desquels l'inhalation se fait. Depuis vingt ans, M. Goin a cherché à tirer parti, dans le traitement de la phthisie, de l'acide carbonique, que dégagent en si grande abondance les sources de Saint-Alban; il fait inspirer le gaz sans mélange et exclusivement par la bouche, les fosses nasales restant libres, et permettant ainsi l'introduction dans les poumons d'un courant d'air atmosphérique suffisant pour que l'asphyxie ne soit pas immédiate. Cependant, à peine quelques inspirations ont eu lieu, que déjà le patient éprouve une oppression croissante; et, d'après le témoignage de M. Nepple, au bout de 15 à 20 secondes les malades sont haletants et près de suffoquer. La respiration à l'air libre fait bientôt cesser tout malaise; les individus éprouveraient ensuite un sentiment de force et de bien-être, et leurs poumons acquerraient en outre une tolérance telle, qu'ils pourraient, comme M. Nepple l'a expérimenté sur lui-même, recevoir pendant plusieurs minutes la même quantité de gaz délétère, et cela avec la plus entière impunité. Les inspirations d'acide carbonique sont répétées plus ou moins souvent dans le courant de la journée et même de la nuit. Il est des malades qui en font usage pendant plusieurs années de suite; et, chose vraiment incroyable, on pourrait, d'après M. Goin, évaluer à deux et même trois heures la somme totale du temps employé chaque jour à ces inhalations par quelques individus.

(1) T. III, p. 327. Traduit de l'anglais. Paris, 1775.
(2) *Clinical experiments*, sect. 6.
(3) *De la phthisie*, t. II, p. 245.
(4) Mémoire lu à la Société royale de Médecine, année 1776, p. 327 de l'histoire.

Quoique M. Goin préfère appliquer sa méthode aux tuberculisations peu avancées, il n'hésite pourtant pas à la conseiller aussi à la période de ramollissement, et lorsque le parenchyme pulmonaire est creusé de cavernes spacieuses.

Les médecins qui, à la fin du dernier siècle, avaient recours aux inspirations d'acide carbonique, malgré ses propriétés délétères, supposaient, pour la plupart, que ce gaz agissait surtout comme antiseptique. Telle n'est pas l'opinion professée par M. Goin. Pour lui, l'acide carbonique volontairement inspiré par la bouche ne serait pas délétère et ne compromettrait point l'hématose, mais il déterminerait seulement une excitation particulière du poumon; il imprimerait une activité plus grande au jeu pulmonaire, et cette espèce de gymnastique aurait pour effet de provoquer l'élimination et même la résorption du produit morbide.

On ne peut énoncer une pareille théorie sans qu'aussitôt les objections les plus sérieuses ne s'élèvent dans l'esprit. Comment contester encore aujourd'hui les propriétés toxiques du gaz acide carbonique? N'avons-nous pas, pour répondre aux expériences si peu probantes de Nysten, le grand nom de Lavoisier et les recherches si concluantes d'expérimentateurs habiles, celles notamment d'Edwards, de MM. Collard, de Martigny et Leblanc, etc.? qui ne voit dans cette prétendue excitation organique dont parle M. Goin, un acte véritablement morbide; dans cette apparente activité, une impuissance réelle; dans ces efforts si imprudemment provoqués peut-être, une lutte désespérée de l'organisme qui cherche vainement à suppléer par le nombre des respirations à l'imperfection de la fonction? Que peut-on raisonnablement espérer pour la curation de la phthisie, de cette dyspnée, de cette orthopnée provoquées, lorsque tous les jours nous voyons cet accident être la conséquence des progrès de l'affection ou de quelque complication grave, et révéler en général un péril plus ou moins prochain?

Les faits observés par M. Goin sont loin d'ailleurs de confirmer les opinions qu'il soutient avec une conviction si entière. Il est à regretter que, riche d'une expérience de vingt années, l'auteur ne nous ait point donné le résumé des faits qu'il avait observés. Il a pensé que quelques résultats d'anatomie pathologique, dont nous apprécierons bientôt la valeur, étaient suffisants pour dissiper tous les doutes, pour entraîner toutes les convictions, comme si depuis les immortels travaux de Laënnec nous n'avions pas dans l'auscultation la méthode sûre qui nous permet, dans l'immense majorité des cas du moins, de saisir les désordres presque à leur origine, de les suivre dans leurs évolutions, dans leurs progrès, comme dans leur décroissance; les cas de phthisie, dans lesquels tous les troubles fonctionnels et les résultats fournis par l'auscultation et la percussion sont sévèrement notés et suivis, dont les phases successives permettent de juger la valeur des moyens thérapeutiques, sans qu'il soit besoin du concours de l'anatomie pathologique.

Les faits rapportés par M. Goin dans le travail que nous analysons sont seulement au nombre de quatre.

Nous ne dirons rien pour le moment de la première observation, que l'auteur signale comme étant la plus importante de toutes. Nous prouverons bientôt qu'elle n'est point un exemple de phthisie pulmonaire, mais de pleurésie chronique.

Le malade qui fait le sujet de la seconde observation vint à deux reprises différentes respirer le gaz à Saint-Alban. La première fois il avait surtout une pleurésie droite en voie de résolution; c'est ce qui prouvait du moins la dépression des côtes correspondantes.

L'autopsie, faite dix-huit mois après, révéla d'ailleurs l'existence d'adhérences pleurales nombreuses et un poumon vierge de tout produit accidentel. Le poumon gauche était au contraire en pleine suppuration, et des tubercules également suppurés existaient en maints endroits dans le mésentère, dans les intestins, sous le péritoine. Ces manifestations si nombreuses de la diathèse rendent d'autant plus extraordinaire pour nous que la tuberculisation n'ait envahi qu'un seul des deux poumons. Quoi qu'il en soit, l'impuissance des inhalations a été ici complète, malgré un premier séjour de dix mois à Saint-Alban. Il est vrai que M. Goin reproche à son malade de nombreux écarts de régime et d'avoir inspiré le gaz sans méthode.

La troisième observation est tellement négative, qu'elle avait un instant ébranlé la foi si vive de M. Goin dans l'efficacité du gaz acide carbonique. Il s'agit dans ce fait d'une jeune et belle femme de Saint-Alban, âgée de vingt-quatre ans, qui, devenue phthisique à la suite d'une grossesse, inspira sans succès le gaz acide carbonique, et mourut dans le dernier degré de marasme.

La quatrième observation est encore un cas de mort. Il paraît cependant que le malade, arrivé dans un état très grave à Saint-Alban, en serait parti six mois après dans une position sensiblement meilleure. Quoi qu'il en soit, dix-huit mois après cet individu succombait à une affection dont les progrès avaient peut-être été un instant suspendus. Nous disons peut-être, car les détails fournis par M. Goin sont généralement peu précis; la percussion ne paraît pas être habituellement pratiquée par lui, et les résultats d'auscultation sont souvent un peu confus, contradictoires même parfois, de sorte que l'esprit reste dans le doute, et qu'il est impossible de faire la part de ce qui appartient à la maladie principalement et de celle qui revient aux complications.

Comment, en présence de faits aussi négatifs, persister à croire que l'acide carbonique guérit la phthisie pulmonaire? Ce sont quelques résultats d'anatomie pathologique mal interprétés qui ont entretenu les illusions de M. Goin, et lui ont donné une foi d'autant plus ardente, que, même chez les malades qui succombent dans le dernier degré de marasme, et qui accusent le plus l'impuissance de l'art, il voit encore les bienfaits de sa méthode, et découvre des cicatrisations. Vous cesserez d'être surpris lorsque vous saurez que M. Goin prend pour des cicatrices les adhérences celluleuses de la plèvre, qu'il est si commun de rencontrer dans toutes les autopsies et qui sont presque constantes chez ceux qui succombent à la consomption pulmonaire. Pour vous convaincre de ce que nous vous disons, permettez-nous de vous citer succinctement la première observation du mémoire que M. Goin donne comme tout à fait concluante.

Un homme, âgé de quarante-huit ans, est envoyé à Saint-Alban comme phthisique. L'exploration de la poitrine n'est pas faite avec cette rigoureuse exactitude à laquelle nos maîtres nous ont habitués ici, et qui est indispensable pourtant pour juger de la valeur des méthodes thérapeutiques. On dit: « le poumon droit paraît entièrement altéré; il y a gargouillement, et la crépitation est presque générale. Un grand nombre de points imperméables hépatisés sans doute étaient très faciles à reconnaître. Le poumon gauche, au contraire, ne laissait entendre que des crépitations très circonscrites à son sommet et à sa base. » L'auteur ajoute que l'amaigrissement est peu considérable. Ce malade, réputé phthisique, a bu de l'eau de Saint-Alban et a respiré l'acide carbonique avec une grande persévérance, car le traitement a duré deux ans, et il aurait inspiré le gaz trois heures sur vingt-quatre. Ce fut après ce temps, et lorsque la santé paraissait rétablie, que cet individu fut emporté par une fièvre thyphoïde. M. Goin décrit ainsi les lésions trouvées dans la poitrine : le côté gauche est sain, sauf deux petites adhérences appelées cicatrices par M. Goin, et qui existaient l'une au sommet, l'autre à la base.

«Le côté droit, dans lequel on avait autrefois diagnostiqué des cavernes, était pour ainsi dire criblé de cicatrisations, espèce de points aponévrotiques, de couleur nacrée, de longueurs diverses. Toutes étaient aplaties, et frangées irrégulièrement sur les bords. De ces franges, ou dentelures, partaient des ligaments filiformes qui s'irradiaient en forme de plexus vers les plèvres, où ils avaient comme soudé le poumon presque dénaturé et réduit à près d'un quart de son volume. Au reste, pas un vestige de tubercules, pas un atome de pus.»

Les détails qui précèdent suffisent pour démontrer que le malade dont nous venons de parler a eu une pleurésie chronique. Ce n'est point dans cette enceinte, devant un public aussi éclairé que nous avons besoin d'insister pour prouver une proposition qui ressort si manifestement de l'analyse du fait. Cependant la pleurésie n'a pas été simple, mais elle s'est compliquée à une certaine époque d'une sécrétion catarrhale des bronches, et c'est à l'accumulation de mucosités dans ces conduits qui peut-être avaient subi une dilatation dans certains points qu'il faut rapporter ces râles humides et même le gargouillement que nous avons notés plus haut, et qu'on rencontre en effet dans beaucoup de bronchites chroniques?

Rien ne prouve donc, dans le travail de M. Goin, l'utilité des inhalations de gaz acide carbonique dans le traitement de la phthisie. Les prétentions formulées dans d'autres écrits auraient-elles plus de fondement? C'est ce que nous avons dû vérifier.

M. Nepple, un de nos honorables correspondants, a observé aux mêmes sources que M. Goin. Dans une communication qu'il a faite en 1846 à la *Gazette médicale de Paris* (p. 486), il cite quelques faits tirés, pour la plupart, de la pratique de M. Goin; mais on ne trouve parmi eux aucun exemple certain de phthisie. Et les quelques cas de bronchite ou de sécrétion catarrhale des bronches qui ont paru s'améliorer plus ou moins rapidement pendant le traitement suivi à Saint-Alban, l'ont-ils été par suite de l'inspiration gazeuse ou par le régime, ou les autres conditions nouvelles auxquelles les malades ont été soumis? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer.

Ce que nous disons de Saint-Alban nous paraît s'appliquer également aux eaux gazeuses de Celles, dans le département de l'Ardèche. Les quatre observations que cite M. Barrier dans son livre (1) de maladies graves de poitrine qui auraient été rapidement améliorées ou guéries par l'usage combiné des bains, des inspirations de gaz acide carbonique et des boissons sulfureuses, ne sauraient en rien nous aider à éclaircir le problème; il est impossible, d'ailleurs, de déterminer la nature de la lésion qui existait dans les organes thoraciques.

Dans l'état actuel de la science, rien ne prouve donc que les inspirations d'acide carbonique, combinées ou non à l'usage intérieur des eaux gazeuses, aient jamais guéri la phthisie pulmonaire. On comprend pourtant que l'emploi des boissons gazeuses puisse, dans certains cas, être utile en réveillant l'activité des fonctions digestives si souvent diminuée ou éteinte dans le cours de la phthisie; mais là se bornent leur action, et nous ne saurions interpréter autrement la pratique de deux médecins célèbres, celle d'Hoffmann et d'Hufeland, qui conseillaient dans la consomption l'usage des eaux de Seltz.

Les inspirations d'acide carbonique ne sont-elles jamais nuisibles, comme le prétend M. Goin; donneraient-elles, au contraire, plus d'activité aux fonctions respiratoires? Dans les faits produits par le médecin de Saint-Alban, il n'y a rien qui puisse motiver une accusation précise. Si nous avions eu à analyser une série un peu considérable de faits très détaillés, nous eussions recherché si les inhalations de gaz acide carbonique avaient coïncidé avec la manifestation plus fréquente de certains accidents thoraciques plus ou moins communs dans le cours de la phthisie, tels que hémoptysie, perforations pulmonaires, pneumonie, pleurésie, etc.; nous au-

(1) Premier mémoire sur les eaux médicinales de Celles, obs. 31, 32, 33, 34. Valence, 1837.

rions essayé, enfin, de déterminer si la maladie avait suivi une marche plus ou moins rapide que par les traitements généralement usités. Mais il est impossible de rien conclure des trois observations de phthisie qui ont été produites par M. Goin; ces faits mêmes manqueraient de renseignements nécessaires pour une analyse rigoureuse. Quoi qu'il en soit, on ne saurait *à priori* s'empêcher de redouter les effets de la médication usitée à Saint-Alban. Lorsqu'on se rappelle combien sont profondes les altérations du poumon dans la phthisie; lorsqu'on sait que l'hématose devient de plus en plus incomplète par la destruction des vaisseaux à sang noir, que la circulation s'ouvre des voies nouvelles et insolites, ainsi que l'ont prouvé les belles injections des docteurs Schrœder Van der Kolk et Natalis Guillot, on concevra difficilement qu'un trouble nouveau apporté aux fonctions pulmonaires par l'inspiration d'un gaz irrespirable puisse être indifférent.

M. Goin croit qu'on calomnie le gaz acide carbonique lorsqu'on le signale comme un agent nuisible, délétère ; la chose est pourtant incontestable. Chacun sait seulement que ce gaz n'est pas toxique, à quelque dose qu'on l'inspire ; nous admettons qu'il est des organisations qui pourront en supporter les atteintes plus longtemps que d'autres ; l'habitude peut aussi, comme pour tous les poisons, rendre ses effets moins promptement funestes. Mais proclamer avec M. Goin l'innocuité du gaz acide carbonique, c'est émettre une doctrine fausse et périlleuse; il ne saurait être indifférent pour personne, et surtout pour une organisation déjà minée par une lésion grave, de suspendre l'hématose ou de la rendre de temps en temps assez imparfaite pour exciter de l'orthopnée.

Dans la seconde partie de son travail, M. Goin propose un signe d'auscultation propre à faire reconnaître les tubercules à l'état latent, et même la simple prédisposition à la maladie. Ce signe consisterait en une crépitation plus ou moins nombreuse qu'on percevrait au moment du réveil dans les premières inspirations, et qui disparaîtrait bientôt pour se reproduire de nouveau le lendemain après un sommeil prolongé et non interrompu. M. Goin dit avoir retrouvé ce signe notamment sur la jeune femme dont nous avons parlé plus haut, à une époque où elle avait toutes les apparences de la plus florissante santé, quatre ou cinq ans avant qu'elle ne succombât aux atteintes de la phthisie.

M. Goin ne dit pas précisément dans quels points de la poitrine il a constaté ces râles, chez combien d'individus il les a rencontrés, si tous ceux chez lesquels il les a découverts sont devenus tôt ou tard phthisiques ; et cependant, pour établir la valeur séméiotique d'un phénomène morbide, pour affirmer surtout, comme le fait M. Goin, que le signe qu'il propose est pathognomonique, ne faut-il pas démontrer préalablement, par des chiffres bien établis et par une expérimentation comparative, que ce signe ne se rencontre que dans des cas déterminés, toujours les mêmes, et qu'il révèle constamment l'existence d'une même lésion ?

Or, M. Goin a, d'après quelques faits particuliers, déduit une règle générale, mais il n'en a pas donné la démonstration scientifique ; elle était d'autant plus nécessaire ici, que le phénomène qu'il signale comme révélant la tuberculisation latente ou la prédisposition tuberculeuse est inexplicable. Car comment expliquer une crépitation quand il n'existe que quelques tubercules crus ou de simples granulations dans les poumons ? comment surtout s'en rendre compte lorsque les poumons sont sains, et qu'ils n'ont que la prédisposition ou l'aptitude organique à produire des tubercules sous l'impulsion de causes qui ne sont pas toujours appréciables ? Est-ce à dire que M. Goin a été le jouet de quelque illusion ? Non, certes ; notre confrère a réellement perçu de la crépitation dans les cas dont il parle, mais il lui a certainement donné une valeur qu'elle ne saurait avoir.

Les médecins qui ont la louable habitude d'ausculter indistinctement tous leurs malades, même ceux qui n'accusent rien du côté des organes thoraciques, constatent souvent, surtout à la partie inférieure et postérieure des poumons, une crépitation sèche et nombreuse, qui ne se reproduit plus après la première ou la seconde inspiration. Ce phénomène doit dépendre de ce que, dans les inspirations profondes que font les malades qu'on ausculte, l'air pénètre dans des vésicules qui, pendant le repos et le calme de la respiration, étaient restées momentanément inactives ; le bruit qu'on entend lors de la pénétration de l'air n'est pas, à proprement parler, un râle, mais un simple bruit de déplissement des cellules pulmonaires. Le phénomène signalé par M. Goin ne saurait avoir d'autre interprétation ; c'est un acte purement physiologique; il n'a donc aucune signification soit pour révéler une prédisposition à la phthisie, soit pour déceler la présence de tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Ce n'est pas par des signes fugaces, mais bien par des caractères permanents qu'on pourra démontrer l'existence de l'une et de l'autre. La prédisposition tuberculeuse sera, en effet, reconnue par l'étude des antécédents et par quelques traits de la constitution des malades. Les tubercules, n'occupant encore qu'en petit nombre le sommet d'un ou des deux poumons, pourront s'annoncer seulement par quelques signes rationnels, parmi lesquels l'hémoptysie tient le premier rang, ou bien par des phénomènes que la percussion et l'auscultation révèlent. Ainsi, une diminution, quelque légère qu'elle soit, dans la sonorité et l'élasticité de la partie supérieure du thorax; un bruit respiratoire ou plus faible, ou bien exagéré, ou plus rude; une expiration prolongée; enfin un retentissement insolite de la toux et de la voix, ce sont là, dans l'état actuel de la science, les seuls phénomènes locaux qui, rapprochés d'ailleurs des commémoratifs, donneront, suivant qu'ils seront isolés ou réunis, ou une simple présomption, ou bien une certitude complète.

M. Goin termine son travail par la description d'un nouveau stéthoscope qu'il nomme différentiel. Il se compose « de trois cônes creux, deux plus petits, qui se placent symétriquement sur les parties de la poitrine qu'on veut explorer; le troisième, plus grand, sert à recevoir le pavillon de l'oreille. Du sommet des deux petits cônes partent deux tubes en caoutchouc qui viennent se fixer au troisième. » Pendant l'inspiration, on entendra les bruits qui se produisent dans les deux côtés de la poitrine, et, pour avoir isolément les bruits produits dans un des côtés, il suffit de comprimer le tube du côté opposé entre le pouce et l'index.

M. Goin reconnaît à son stéthoscope plusieurs avantages : celui de pouvoir ausculter les malades dans le bain, celui surtout de reconnaître plus exactement l'état anatomique des parties correspondantes des deux poumons.

Ces avantages, Messieurs, ne nous semblent pas réels : d'abord, nous ne voyons aucune utilité et dans aucun cas d'ausculter les malades dans leur bain; d'ailleurs, la chose devînt-elle nécessaire, comme pour pratiquer l'auscultation, même avec l'instrument de M. Goin, il est nécessaire que la poitrine du malade ne soit plus plongée dans l'eau, on peut tout aussi bien se servir de tout autre stéthoscope ou de l'auscultation immédiate, suivant les préférences du médecin. Quant à prétendre qu'avec ce nouveau stéthoscope on peut bien juger des faibles nuances que présentent deux points symétriques des poumons, nous croyons que ces différences sont non moins exactement perçues en portant alternativement l'oreille nue ou armée du stéthoscope ordinaire d'un côté de la poitrine à l'autre. Il est vrai que, si ces nuances sont faibles, il faut renouveler l'expérimentation plusieurs fois de suite et la répéter mieux encore à plusieurs jours de distance. Le stéthoscope de M. Goin ne saurait affranchir le médecin de ces précautions indispensables.

Cet instrument nous paraît avoir d'ailleurs de graves inconvénients : il faut que le médecin qui s'en sert ait un aide ; car si on confie les deux petits cônes au malade, ainsi que M. Goin le pratique, on s'expose à ce qu'ils ne soient pas exactement appliqués, ce qui empêche la propagation des sons ou les rend beaucoup moins sensibles. Mais l'objection la plus grave, c'est que, si ce stéthoscope transmet à l'oreille les divers bruits qui se passent dans la poitrine, il les transmet certainement d'une manière moins nette et beaucoup moins précise; nous le croyons donc incapable de révéler les faibles nuances qui nous permettent souvent de saisir une lésion dès son origine. Sous tous ces rapports, l'instrument proposé par M. Goin ne saurait être conseillé.

Ici se termine la tâche de votre commission. Quoiqu'elle n'ait pu adopter aucune des conclusions proposées par M. Goin dans son travail, elle n'en rend pas moins entière justice au talent de l'auteur et à son zèle. Elle vous propose donc d'écrire une lettre de remercîment à ce médecin et de déposer son mémoire dans vos archives.

CORRESPONDANCE.

Alais, le 8 octobre 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens vous prier d'insérer dans le plus prochain numéro de votre journal la note suivante :

Nous lisons au compte-rendu de l'Académie des Sciences (séance du 23 septembre dernier) une note de notre honorable confrère M. Martinet adressant à ce corps savant le résultat de ses recherches sur le phénomène lumineux se produisant sous la pression du globe oculaire, et désigné par nous sous le nom de phosphène. Nous apprenons avec regret qu'une partie *seulement* de ses résultats concorde avec les nôtres, et nous sommes surpris de voir cette dissidence porter sur un fait qui n'est pas autre chose qu'une illusion. « J'ajouterai, dit-il, à ce que M. Serre a écrit relativement au point » où se développe la sensation lumineuse, qu'elle se produit toujours dans la région orbitaire externe d'un œil quand on comprime l'œil opposé dans la même région orbitaire supérieure externe..... que, quand on ne parvient pas à provoquer le phosphène temporal par la pression nasale de l'œil amaurotique, il faut, avant d'affirmer qu'il y a amaurose complète, s'assurer par la pression de la région orbitaire externe de l'œil opposé que ce phénomène ne se produit réellement point. »

Si le fait rapporté par M. Martinet était exact, vrai, pourquoi les autres phosphènes d'un œil ne se manifesteraient-ils pas dans l'autre? C'est qu'en réalité ils sont le produit de l'œil comprimé réagissant sur lui-même, que tous sont identiques quant à leur origine; que si l'on aperçoit le phosphène nasal d'un œil à la région temporale de l'autre, l'illusion doit être attribuée à une appréciation trompeuse du lieu et de la distance où se manifeste dans ce cas le phénomène lumineux. Pour faire tomber cette illusion, il faut provoquer le phosphène péri-orbitaire, formé alors par un trajet de cercles lumineux cheminant autour de l'œil en sens inverse du doigt avec des proportions et à une distance, et qui différeront subjectivement selon leur apparence et la manière d'apprécier de chacun ; de sorte que, dans l'opinion de M. Martinet, la marche du phosphène dans l'intérieur de l'œil soumis à l'expérience éprouverait, à la hauteur de la région orbitaire externe et supérieure, un changement dans sa nature tel qu'à ce point *seulement* l'œil opposé répondrait pour son congénère; en définitive, il n'y aurait pas de phosphène nasal; mais leur identité d'origine suffit pour démontrer l'erreur contenue dans le fait signalé par M. Martinet.

A cette preuve, nous joignons les suivantes :

1° La pression simultanée des deux yeux au point indiqué par M. Martinet rassemble les phosphènes *dans la région nasale* où une faible distance les sépare, et si l'on aperçoit un léger éclairage à la région temporale, on doit l'attribuer au phosphène direct, à celui qui naît immédiatement sous le doigt.

2° Dans la production simultanée encore du phosphène nasal de l'œil droit et du temporal de l'œil gauche, on rectifie l'erreur en question en apercevant le temporal à sa place accoutumée et le nasal près du doigt qui produit le premier près de la région nasale supérieure, ayant entre eux la distance qui les sépare naturellement l'un de l'autre.

3° Enfin, et pour démontrer péremptoirement que l'illusion a été prise pour une réalité, nous rappelons ici l'observation (qui concerne M. Murjas) relatée dans la troisième partie de notre travail sur le phosphène. L'œil gauche ne perçoit aucun phosphène, parce que la vue est totalement perdue de ce côté; le droit perçoit encore le phosphène nasal seul, parce qu'il est amblyopique à un haut degré. D'après les expériences de M. Martinet, la pression de la région orbitaire externe de cet œil donnant le phosphène temporal de l'autre (pour nous, c'est le nasal du droit), il faudrait conclure que l'œil gauche depuis longtemps paralysé voit distinctement la lumière ; ou la conclusion serait contraire à la vérité. Donc notre estimable confrère a commis une erreur, partagée du reste par le docteur Victor Szokalski, qui l'a exprimée de la manière suivante au tome II des *Annales d'Oculistique*, page 14: Qui ne sait, dit-il, qu'une légère » pression, par exemple, exercée *sur l'angle externe d'un œil* produit une tache jaune *dans le même angle de l'autre œil* s'il est » fermé!.... »

Quant à l'assistance que l'exploration électrique peut concurremment donner au phosphène, nous n'avons pour le moment rien à ajouter à ce que nous en avons dit dans la troisième partie de ce travail. Et en ce qui concerne la question de priorité, quoique la science en soit peu soucieuse, elle sera ultérieurement décidée en son temps. Le point essentiel, en attendant, consiste à ouvrir une enquête sur la valeur et l'importance des phosphènes appliqués à l'ophthalmologie au point de vue du diagnostic des souffrances fonctionnels de la rétine.

Agréez, etc.

SERRE, D.-M.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 125. (23e ANNEE.) MARDI 22 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 21 OCTOBRE 1850.

Ectopie du cœur. Mouvements et bruits du cœur.

A L'OCCASION DE LA PRÉSENTATION DE M. FOLLIN.

(Suite. — *Voir* le numéro du 15 octobre.)

Il nous reste à examiner nos deux observations d'ectopie du cœur au point de vue des bruits qui accompagnent le double choc.

Malheureusement M. Follin est très bref sur ce point si important. « L'auscultation avec le stéthoscope a fait reconnaître à M. Follin et à M. Cazeaux, qui l'a assisté dans cet examen, des bruits secs, comme parcheminés. L'un d'eux a cru les entendre doubles à chaque fois. Mais la rapidité des contractions ne permettait pas de les rattacher à l'une ou à l'autre d'entre elles (1) ». A cela se bornent les remarques de M. Follin. Ajoutons que l'auscultation fut faite à distance, le stéthoscope n'ayant pas été appuyé sur le cœur. Il en fut autrement dans le cas de M. Cruveilhier. On notera d'abord ceci : que, le cœur étant à nu, les bruits étaient beaucoup moins nets qu'ils ne le sont quand il est renfermé dans la poitrine. Ils étaient si peu nets, si équivoques, ces bruits, qu'il était même douteux qu'il y eût *des bruits*, et que l'un des observateurs n'en a entendu qu'un. On notera aussi qu'il n'y a, dans la manière dont M. Follin rend compte de ces bruits, rien qui montre qu'il ait éprouvé, en les écoutant, cette impression vive que produit en nous un phénomène important et bien caractérisé, impression qui ne manque jamais de se traduire dans le récit. On notera enfin que le cœur avait subi une inversion telle, que sa face postérieure regardait en avant : d'où il suit que ce bruit sec et parcheminé pouvait bien résulter de quelque tiraillement, de quelque frottement du cœur ou des gros vaisseaux contre les parties voisines. En résumé, on ne peut rien induire de l'observation de M. Follin en faveur de la théorie du claquement valvulaire ; théorie proposée, comme chacun sait, par M. Rouanet, esprit sérieux qui a droit à toute notre considération, mais que nous sommes, à regret, obligé de contredire, pour obéir à une conviction vive, profonde et ancienne. M. Rouanet, que nous connaissons seulement par ses travaux, est certainement un de ces hommes qui tiennent à la vérité plus encore qu'à leurs idées, et il ne s'offensera pas d'une discussion franche, fût-elle un peu animée. Le cas de M. Follin ne prouve donc rien en faveur de la doctrine de M. Rouanet ; et, au contraire, il l'infirmerait plutôt ; car si les bruits du cœur dépendaient du claquement des valvules, on devrait les entendre mieux le cœur étant à nu qu'à travers les parois pectorales.

(1) Extrait par l'auteur, dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° du 15 septembre 1850.

Dans le cas de M. Cruveilhier, « l'oreille, appliquée contre le cœur, soit à nu, soit à travers un linge fin, a reconnu le double bruit du cœur, dont le premier était beaucoup plus faible que lorsque ce bruit est perçu à travers les parois thoraciques. » Le savant professeur en conclut que la cause du double bruit est *inhérente* au cœur, en d'autres termes, que c'est dans le cœur même, à l'exclusion des parois thoraciques, c'est-à-dire du choc contre ces parois, que se produit le double bruit (seulement le premier bruit serait renforcé par la paroi thoracique). Nous devons le dire avec tout le respect que commande une si grande autorité : Cette conclusion ne nous paraît pas rigoureuse. Quand l'oreille est appliquée contre le cœur, avec ou sans intermédiaire, le choc du cœur a lieu soit contre l'oreille, soit contre le corps intermédiaire, et le double bruit peut très bien dépendre du double choc (car il y a deux chocs, celui du sommet du cœur et celui de sa base contre les points correspondants de la paroi pectorale).

Le double bruit, dit M. Cruveilhier, allait en augmentant à mesure qu'on remontait de la pointe du cœur vers la base, et en diminuant à mesure que de la base on se dirigeait vers sa pointe ; *d'où il résulte que c'était à la base du cœur qu'il fallait chercher la cause de ces bruits.* Aucunement. On se rappelle, en effet, que le cœur faisait issue à travers une perforation sternale ; or il ne pouvait se dilater et se contracter sans que, directement, ou indirectement, moyennant le pédicule formé par les gros vaisseaux, les bords de l'ouverture osseuse ne ressentissent l'effet de ce double mouvement, de manière à renforcer les deux bruits en ce point ; d'où il résulte que ces bruits devaient être plus intenses près de la perforation, c'est-à-dire à la base, que loin de la perforation, c'est-à-dire au sommet.

Nous arrivons à la remarque la plus importante et en apparence la plus précise, la plus probante de l'observation de M. Cruveilhier. Ayant appliqué le doigt sur l'origine de l'artère pulmonaire, il éprouva la sensation d'un frémissement vibratoire correspondant au resserrement du vaisseau ; puis, se servant de ce doigt comme d'un stéthoscope, il entendit « aussi clairement que possible » un bruit de claquement très prononcé, coïncidant pareillement avec la dilatation du ventricule et le resserrement de l'artère. Ce bruit était bref, éclatant ; il avait en un mot tous les caractères justement assignés au bruit du second temps. Il fut impossible à M. Cruveilhier, absolument impossible, de constater de même l'existence du premier bruit. Vainement il porta le doigt sur tous les points de la circonférence de la base des ventricules, et il fut réduit à supposer que le premier bruit était dû au redressement des valvules sygmoïdes, dans la systole ventriculaire, comme le second, le seul perçu, était due à leur abaissement, dans la diastole, sous l'influence du choc en retour (1). Il y a pourtant une objection très simple, trop simple, à faire à cette hypothèse ; c'est que, si effectivement le premier bruit était produit par le redressement des valvules sygmoïdes, comme le second par leur abaissement, il n'y aurait pas eu de raison pour que M. Cruveilhier n'entendît pas l'un aussi bien que l'autre, et par le même procédé. Nous pensons tout simplement que le bruit si distinctement perçu par M. Cruveilhier, au second temps, était produit artificiellement, à l'insu de l'observateur, par la pression du doigt venant en aide à la contraction artérielle, à moins qu'il ne fût (ce qui serait aussi possible et aussi simple) le résultat de la transmission du *mouvement diastolique* du cœur à l'artère, et par l'intermédiaire du doigt à l'oreille. Resterait à expliquer comment ce bruit aurait été soit produit artificiellement, soit transmis, dans un temps et non dans l'autre ; mais cette objection, comme on l'a vu, s'adresse aussi bien à M. Cruveilhier qu'à nous, et prouve seulement que l'observation est très difficile dans ces sortes de cas, et qu'il faut une circonspection extrême dans l'emploi des données qu'elle fournit. On le voit, le cas de M. le professeur Cruveilhier, si remarquable d'ailleurs et par le sujet et par l'exposition, est trop incertain dans ses détails les plus essentiels pour pouvoir servir de preuve à la théorie du claquement valvulaire.

(1) M. Cruveilhier appelle abaissement le mouvement par lequel les valvules artérielles ferment l'orifice correspondant. Pour nous, les valvules s'abaissent quand elles se meuvent dans le sens contraire.

Ces cas d'ectopie, dont nous venons d'analyser deux exemples, on peut les simuler expérimentalement, et c'est là que la théorie du claquement valvulaire devrait chercher sa démonstration ; mais ce serait vainement.

Vainement, si nous en jugeons d'après des expériences faites plus de dix fois sur des chiens et sur un cheval. Jamais, dans ces expériences, nous n'avons, en nous rapprochant le plus possible du cœur, entendu des bruits dans son intérieur. Ce n'est que par l'application médiate ou immédiate de l'oreille sur lui, c'est-à-dire dans les conditions du double choc, que nous les avons entendus. Nous ne saurions trop le répéter : quoi qu'on ait dit, le cœur ne fait pas entendre de bruits à moins de frapper contre l'oreille, soit à nu, soit à travers la paroi pectorale, avec ou sans l'intermédiaire du stéthoscope. Or, nous le demandons, si des bruits se produisaient dans son intérieur par le seul fait du claquement valvulaire, ne devrait-on pas les entendre en approchant l'oreille du cœur mis à nu ? Nous n'en voudrions pour preuve qu'une expérience invoquée par M. Rouanet à l'appui de sa théorie. Quand on tire brusquement par les deux bouts un morceau de toile dans de l'eau, on entend le bruit de claquement à distance. De même on devrait entendre à distance le claquement des valvules intra-cardiaques. On dira sans doute qu'on n'entend pas non plus à distance les bruits de souffle du cœur et des artères ; mais on n'en peut rien inférer, attendu que ces bruits de frottement et le bruit de claquement ne sont pas comparables.

En vérité, quand on y réfléchit, on a peine à comprendre la fortune de cette théorie du claquement. Il y a peu d'exemples d'un engouement, nous allions dire d'un aveuglement pareil. On a tout accepté presque sans discussion et d'enthousiasme. Mais nous-même sachons résister à l'entraînement contraire, et examinons la question froidement. Commençons par le premier bruit. Il serait produit, d'après M. Rouanet, par le claquement des valvules auriculo-ventri-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Nouvelle candidature à l'Institut. — Les permutations. — Le choléra des pachydermes.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Les révolutions ne dérangent pas seulement les combinaisons de la politique, les intérêts du commerce et de l'industrie ; elles font souvent aussi retentir leurs ébranlements jusque dans les régions placides de la science. Si vous voulez chercher des preuves de cette assertion dans les faits qui ont eu lieu depuis février, elles se présenteront à votre esprit en nombre tel, que vous n'aurez que l'embarras du choix ; je n'ai donc aucune indication à vous donner sur ce point. Voici cependant un exemple que son opportunité m'engage à vous signaler.

Deux naturalistes distingués, MM. Coste et Laurent, se disputaient à l'Institut les dépouilles de M. de Blainville comme deux héritiers naturels, qui n'ont et ne peuvent avoir de concurrents redoutables. On peut dire même que M. Coste, pour tant soit peu qu'il eût manqué de modestie, aurait pu se croire des droits assurés à l'héritage convoité : le nombre, l'importance et l'originalité de ses travaux l'y autorisaient. Mais si M. Coste s'était fait ce raisonnement, ce que je suis loin de croire, connaissant sa modestie extrême, il aurait compté sans la loi qui rappelle de la terre d'exil la famille Bonaparte. Cette loi pouvait créer au moins un aspirant de plus au fauteuil académique, et ce qui pouvait arriver est arrivé en effet : le prince de Canino aspire à la succession de M. de Blainville. Vous entrevoyez facilement toutes les chances que doit réunir une telle candidature. Du temps de la monarchie, un des principaux titres des candidats à l'Institut était la qualité de républicain ; on en compte plus d'un qui, sans ce titre important, frapperait encore aux portes du palais Mazarin, et pourrait y frapper longtemps, quoi qu'en dise l'Evangile. Rien d'étonnant donc que, sous la République, la qualité de prince soit tout au moins l'équivalent de celle de républicain sous la monarchie : vous êtes trop français pour ne pas apprécier tout le piquant, toute la justice d'une telle réciprocité, et dans tous les cas l'Institut semble on ne peut mieux disposé à l'apprécier. Il faut ajouter, pour être juste, que le prince de Canino est l'auteur de travaux sérieux qui, sans avoir l'importance de ceux de M. Coste, ont cependant un mérite incontestable et supérieur à celui de beaucoup d'académiciens qui sont titulaires depuis longtemps. La nomination du prince se justifierait donc aux yeux de la science ; la politique seule pourrait en être offusquée...... si nous étions en monarchie. Pour mon compte, j'applaudirais de toute mon âme au choix de M. de Canino, s'il n'avait M. Coste pour compétiteur.

— Du côté de la Faculté, il y a eu beaucoup moins d'agitation qu'on ne s'y attendait, et le vent est en plein au *statu quo*. L'éminent professeur de pathologie générale, qu'on croyait très désireux d'une chaire de clinique, est au contraire bien décidé à garder celle qu'il occupe, et qui en définitive doit mieux convenir à son esprit philosophique : la pathologie générale n'est-elle pas, en effet, l'expression la plus élevée de la science médicale, ou plutôt n'est-elle pas la science médicale tout entière ? Mais s'il n'y a guère d'agitation parmi les professeurs, il paraît y en avoir beaucoup parmi les candidats. Déjà ils se comptent et supputent leurs chances ; le nombre surtout paraît en effrayer d'aucuns ; si l'on en croyait certaines statistiques, ce nombre ne serait pas de moins de 25 à 30, ce qui, vu l'absence d'épreuves éliminatoires, donnerait au concours une durée d'un an au moins. On se demande déjà si le concours serait suspendu pendant les vacances, ou si, au contraire, les vacances ne seraient pas supprimées pour cette fois. Quelques partisans de cette dernière mesure se fondent sur ce que le temps d'un concours est vraiment un temps de vacances et d'amusement pour les élèves et surtout pour les juges (vu les jetons de présence). Mais je suis porté à croire que ces dialecticiens sont de mauvais plaisants et, de plus, des ennemis du concours ; c'est pour cela que je me prononce formellement pour le maintien des vacances, non à cause de moi qui n'en jouis jamais, mais à cause de ces pauvres élèves auxquels je m'intéresse toujours et que je ne puis soupçonner de prendre beaucoup d'amusement aux joutes oratoires d'un concours de médecine.

— Après le choléra des hommes, nous avons eu le choléra des poules et le choléra des chevaux ; voici maintenant le choléra des verrats. Mais celui-ci diffère des autres par la puissance qu'a sur lui une bonne thérapeutique ; exemple, la narration suivante que nous publions avec la vive satisfaction d'être agréable à notre honorable confrère *La Provence*, journal d'Aix :

« Au moment où une épizootie cruelle sévit sur tous les porcs de l'arrondissement, nous ne devons pas oublier d'offrir aux malheureux fermiers que cette calamité frappe toutes les ressources et les moyens de guérison couronnés par l'expérience. Un de nos amis se laisse émouvoir par les grognements de douleur d'un superbe verrat ; touché de la consternation du malheureux fermier, il a l'idée subite et originale d'appliquer à l'animal un traitement cholérique ; il le fait envelopper dans une couverture de laine, le gorge, à l'aide d'un entonnoir, d'une infusion abondante de thé et de mauve ; les anti-narcotiques ne tardent pas à amener une réaction salutaire ; la chaleur de l'enveloppe rend la souplesse aux membres roidis, et le lendemain l'animal convalescent pouvait saluer par de vigoureux grognements les succès de son Esculape. Nous garantissons l'authenticité du fait précédent en lui souhaitant la plus grande publicité. »

Le Provençal étant de sa nature assez facétieux, il se pourrait que la charmante anecdote qu'on vient de lire ne fût qu'un bon canard imaginé pour faire pièce à *la Patrie* et pour berner le paysan picard ou le badaud parisien. Mais n'importe, je me hasarde à croire notre confrère d'Aix : si ce qu'il dit est vrai, j'aurai fait une bonne action, et l'occasion ne s'en présente pas assez fréquemment au feuilletoniste pour qu'il ne doive pas s'empresser de la saisir, au risque d'avaler un canard.

S. BERNARD.

culaires au moment de la systole ventriculaire. Or, M. Cruveilhier, dont on ne manque jamais de citer l'observation en faveur de la théorie du claquement, a fourni précisément, comme on va le voir, un argument irréfutable contre elle quant au premier bruit : « *On ne doit nullement s'étonner*, dit-il, *qu'aucun bruit n'accompagne les mouvements des valvules auriculo-ventriculaires*, attendu que ces valvules ne sont pas libres, mais bien retenues par les cordages tendineux qui s'attachent à leur bord libre et à leur surface ventriculaire. Joignons à cela que, *la contraction des ventricules se faisant avec lenteur et pour ainsi dire d'une manière successive*, le mouvement de la pointe du cœur vers sa base et par conséquent le soulèvement des valvules auriculo-ventriculaires doit se faire de la même manière et par conséquent sans vibration. » Voilà un argument! Et remarquons bien que, quant à la lenteur de la contraction des ventricules, l'observation de M. Follin confirme amplement celle de M. Cruveilhier. En cela ces deux observations sont précieuses. N'eussent-elles fait que démontrer cette circonstance, la lenteur de la systole ventriculaire, et par là renverser la théorie du claquement valvulaire en ce qui concerne le premier bruit, elles auraient rendu un signalé service. Du reste, à notre avis, on n'aurait pas besoin de tant de preuves contre cette doctrine considérée en elle-même ; mais ce n'est pas trop, eu égard à la faveur irréfléchie dont elle jouit.

Si les valvules auriculo-ventriculaires se redressent lentement (et non brusquement, de manière à claquer), parce que les ventricules se contractent lentement, et pour la même raison les valvules sygmoïdes doivent s'abaisser insensiblement ; d'où il suit que cet abaissement ne peut être invoqué pour concourir à expliquer le premier bruit concurremment avec le redressement des valvules auriculo-ventriculaires. M. Bouillaud ne nous en voudra pas de refuser notre adhésion à une doctrine qui brille de l'éclat de son nom.

Passons au second bruit. Celui-ci, on l'explique par le choc en retour du sang qui ferait claquer les valvules sygmoïdes. Mais ce choc en retour, qui l'a constaté? Sur quoi fonde-t-on son existence? Sur la contraction artérielle? Mais qui vous dit que cette contraction pousse le sang des deux côtés, vers le cœur et vers les capillaires? N'est-il pas infiniment probable que les artères se contractent successivement dès leur insertion au cœur, et que par conséquent le mouvement du sang doit être successif dans le même sens? d'où il résulterait qu'il n'aurait aucune tendance à rentrer dans le cœur, au moins par l'effet de la systole artérielle. D'autre part, au moment où les artères se resserrent, il y a tendance au vide à leur extrémité par suite de la diastole ventriculaire qui attire le sang des veines; ce qui fait que le sang est attiré dans les capillaires, outre qu'il y est poussé par la contraction des artères. C'est encore une raison pour ne pas admettre légèrement la rétrocession du sang vers les ventricules. Rien n'est donc moins prouvé que le choc en retour, et, par conséquent, rien n'est plus hasardé que l'explication du second bruit par le claquement des valvules sous l'influence de ce choc. On remarquera, au surplus, que, si le premier bruit, le bruit de *tic*, ne peut être attribué au claquement valvulaire, c'est déjà une forte raison pour que le second, le *tac*, n'ait pas lieu non plus par cette cause.

On a dit que les faits cliniques s'accordaient merveilleusement avec la théorie du claquement; on a été jusqu'à prétendre, tant il y a eu de fougue dans l'accueil enthousiaste fait à cette théorie, qu'elle seule donnait la clef des bruits morbides. Nous taxerions volontiers cette assertion de légèreté si elle n'avait été émise ou propagée par des hommes dignes de toute considération. Voyez, s'écrie-t-on, dans l'endocardite commençante, les valvules, étant légèrement tuméfiées, *claquent* moins, et les bruits sont *enroués* : n'est-ce pas là, ajoute-t-on, une preuve bien convaincante qu'en effet c'est le claquement valvulaire qui produit les bruits? Mais pas du tout. Que le double bruit soit dû au double choc du cœur, si un souffle naissant l'*accompagne*, il sera voilé, enroué, si l'on veut, et cela ne prouvera pas du tout qu'il soit l'effet du claquement. *Il n'est aucun des bruits endocardiques qui ne puisse s'expliquer en dehors de la théorie valvulaire.*

S'agirait-il d'un souffle *mitral* au premier temps par suite d'insuffisance des valvules mitrales? Il serait parfaitement explicable par le frottement du sang contre un rebord et des valvules altérés sans qu'il fût nécessaire de recourir au claquement. S'agirait-il d'un souffle mitral au second temps, se rattachant à un rétrécissement auriculo-ventriculaire? Il s'expliquerait de même parfaitement par l'excès de frottement, à l'exclusion du claquement. S'agirait-il d'un souffle ventriculo-aortique au premier temps, impliquant un rétrécissement de l'orifice aortique? Il s'expliquerait aussi très bien par l'excès de frottement; et il en serait de même enfin pour un souffle ventriculo-aortique au second temps, supposant une insuffisance des valvules de l'orifice artériel correspondant. *Jamais*, nous le répétons, *la théorie du claquement n'est nécessaire pour expliquer un bruit morbide endocardique*. Nous avançons cette proposition avec la plus grande confiance, avec la plus ferme conviction.

On a pu voir, dans le cours de cette discussion, que nous sommes acquis à la doctrine soutenue par M. Magendie, celle qui attribue le double bruit au double choc du cœur contre les parois pectorales. Nous n'ajouterons plus qu'une considération, c'est que les bruits morbides endocardiques et les bruits normaux du cœur (en dehors de la question de normalité) sont, quant au mode de production, tout à fait distincts; que les premiers sont des bruits de frottement du sang contre des orifices rétrécis ou mal clos, et généralement altérés dans les deux cas, tandis que les autres sont des bruits de choc du cœur contre les parois pectorales; que, par conséquent, les uns ne sauraient être, en aucun cas, considérés comme le résultat de changements éprouvés par les autres; qu'enfin les premiers sont toujours des bruits d'accompagnement.

MARCHAL (de Calvi).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Huitième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre et 8 octobre.)

Théorie de l'hallucination.

Après avoir décrit avec soin, quoique sous une forme générale, les phénomènes connus sous le nom d'illusions et d'hallucinations, nos efforts doivent tendre actuellement à en rechercher la nature intime à l'aide des matériaux que nous avons réunis et dont nous vous avons donné connaissance; il s'agit maintenant de chercher à faire découler de tous ces documents, de toutes ces observations particulières une théorie générale qui les contienne et les résume tous, et puisse servir à grouper autour d'un fait principal tous ces faits autrement isolés et sans coordination réciproque.

L'hallucination, cette perception sans objet, comme on l'a si souvent répété, cette rumination de la sensation, semble au premier abord, par l'étrangeté de son caractère principal, placée en dehors de tous les phénomènes connus et ne pouvoir, par la moindre analogie, être rapprochée d'aucun d'eux, soit à titre de comparaison, soit à titre d'explication. S'il en était ainsi, il faudrait évidemment renoncer à pénétrer plus avant dans sa nature intime, et, conformément au procédé suivi, avec raison, dans les sciences naturelles, il conviendrait de se borner à constater et à décrire un fait qui ne pourrait être rattaché à un fait plus général. Mais telle n'est pas, à nos yeux, la nature du phénomène qui nous occupe actuellement; nous croyons que, loin d'être un fait simple et indécomposable dont il serait stérile de rechercher le mode de production, c'est un fait complexe qu'il est utile, indispensable même d'étudier dans ses éléments constitutifs, et qui est susceptible d'être rattaché à des faits plus généraux qui peuvent éclairer le mécanisme de sa génération et rendre compte d'une manière satisfaisante de sa naissance et des diverses phases de son évolution.

On peut réduire à trois toutes les théories qui ont été présentées par les auteurs pour expliquer le phénomène de l'hallucination : les uns en ont fait un phénomène sensorial, les autres un phénomène intellectuel, et d'autres, enfin, ont cru pouvoir le rapporter en même temps aux sens et à l'intelligence. Cette dernière théorie, c'est-à-dire la théorie mixte ou éclectique, peut se subdiviser encore en deux catégories principales : parmi ses partisans, en effet, les uns admettent qu'il existe des hallucinations sensoriales et des hallucinations intellectuelles, et les autres soutiennent que dans la même hallucination il y a à la fois un élément sensorial et un élément intellectuel. Nous allons exposer successivement les motifs sur lesquels se sont appuyés les divers auteurs pour démontrer leurs théories; nous nous livrerons à un examen critique de ces opinions et nous dirons ensuite comment nous comprenons nous-même la production de ce phénomène; nous ferons alors connaître le mécanisme de sa génération, en même temps que les différences et les analogies qui existent, selon nous, entre les illusions et les hallucinations.

La première idée qui a dû se présenter à l'esprit aussitôt que l'on a cherché à approfondir la nature de l'hallucination a dû être évidemment de l'identifier avec une sensation. En quoi consiste, en effet, ce phénomène? Il consiste à voir lorsque aucun objet ne frappe la vue, à entendre lorsque aucun son ne parvient à l'oreille, à sentir, en un mot, lorsque aucun objet extérieur n'impressionne les sens. Ce phénomène, quelque extraordinaire qu'il paraisse, réveille donc immédiatement l'idée d'une sensation, moins l'impression qui la produit ordinairement, d'une perception, moins l'objet qui la provoque à l'état normal, etc. Il est tout naturel par conséquent, en partant de cette simple définition, de chercher son explication dans les organes des sens, de même que l'on cherche la cause des impressions ordinaires dans le monde extérieur.

C'est, en effet, ce qui est arrivé, et souvent à leur insu, à la plupart des auteurs qui se sont occupés des hallucinations.

Ils sont partis de l'idée d'une sensation, et, ne pouvant en trouver la cause dans le monde extérieur, ils l'ont cherchée dans les organes des sens.

Il faut avouer que certains faits physiologiques et pathologiques sont venus fournir à leur opinion des arguments assez spécieux : c'est ainsi, par exemple, que des expériences physiologiques ont démontré que, lorsqu'on irritait par un moyen mécanique quelconque les nerfs des sensations spéciales, on ne produisait pas la douleur comme dans les autres nerfs, mais on produisait des étincelles, des lumières, pour le nerf optique; des bourdonnements, des sons, pour le nerf acoustique, etc. On a conclu naturellement de ces expériences qu'il suffisait de l'irritation de l'extrémité ou du corps d'un nerf spécial pour déterminer une sensation en conformité avec la nature spéciale de ce nerf, et cela en l'absence de tout objet extérieur.

Les maladies de l'œil ou de l'oreille sont venues prêter un nouvel appui à cette opinion : on a constaté que, dans plusieurs affections de ces appareils sensoriaux, il se produisait des phénomènes optiques et acoustiques qui n'étaient pas seulement le résultat de l'appréciation erronée d'une sensation réelle, mais qui étaient de véritables sensations subjectives non provoquées par un objet extérieur; on en a conclu que, s'il en était ainsi dans les cas où l'on pouvait apprécier extérieurement la maladie de l'appareil sensorial qui donnait naissance à ces sensations fausses, rien n'empêchait d'admettre que dans l'hallucination il existait également une lésion du sens ou du nerf, avec cette seule différence que cette lésion n'était pas à la portée de nos moyens d'investigation.

Tels sont les deux ordres de faits principaux sur lesquels se sont appuyés les auteurs qui, comme Darwin et M. Foville, par exemple, ont voulu rattacher l'hallucination à une lésion des organes des sens. Nous ne pouvons insister plus longuement ici sur les faits particuliers qu'ils ont cités, parce que notre but est surtout d'indiquer d'une manière générale les bases des diverses opinions sur la nature des hallucinations et n'est nullement de faire un historique complet qui nous entraînerait à de trop grands développements.

Que répondent à ces arguments les partisans de la nature intellectuelle de l'hallucination?

Ils répondent deux choses bien simples et bien péremptoires :

1° Les expériences physiologiques et les faits pathologiques cités par les partisans de l'intervention des sens n'ont jamais démontré qu'une seule chose, à savoir : que la lésion d'un sens ou d'un nerf spécial pouvait produire des sensations indéterminées en rapport avec la nature spéciale de ce sens, c'est-à-dire des étincelles, des éclairs, des cercles lumineux pour la vue, des bourdonnements, des sons vagues, des bruits de cloches, etc., pour l'ouïe; mais elles n'ont jamais pu produire une seule hallucination véritable, c'est-à-dire une sensation complète, une vision ou une voix : or, comment expliquer la transformation de sensations vagues et indéterminées en sensations nettes, complètes et formant des tableaux complexes et bien ordonnés?

2° Les hallucinations ne sont pas un phénomène isolé, indépendant du travail de l'esprit, sans rapport aucun avec les idées dominantes des malades, comme elles devraient l'être si elles résultaient simplement de l'irritation ou d'une lésion quelconque d'un nerf sensorial : la lésion serait-elle permanente, l'hallucination devrait l'être également; serait-elle intermittente, mais toujours de la même nature, l'hallucination devrait être intermittente, mais toujours la même.

Le malade chez lequel existerait cette lésion du sens devrait voir toujours le même objet, entendre toujours le même son, ou du moins, pendant tout le cours de sa maladie, ne présenter qu'un nombre très restreint de sensations, à moins d'admettre, chose évidemment impossible, qu'à chaque hallucination nouvelle correspond une lésion différente du nerf ou de l'appareil sensorial. C'est ainsi, par exemple, que l'on constate la persistance des mêmes phénomènes anormaux chez les personnes atteintes de strabisme et d'amaurose; les unes voient toujours les objets doubles, et les autres, lorsqu'elles éprouvent une sensation fausse, voient toujours des cercles de feu ou des étincelles.

Que voyons-nous, au contraire, dans l'aliénation? Nous voyons que les hallucinations, loin d'être un phénomène isolé et identique, sont presque constamment, pour ne pas dire toujours, en rapport avec les idées, les habitudes, les souvenirs des individus qui les éprouvent, et qu'elles varient à l'infini chez le même individu. Elles puisent tous leurs éléments dans les souvenirs ou dans les idées actuelles des malades; elles se produisent à la suite de l'association des idées, du raisonnement, quelquefois même de la volonté; elles s'attirent les unes les autres par les procédés logiques, et s'enchaînent mutuellement d'après les lois de l'intelligence; une hallucination, par exemple, en amène souvent une autre du même sens, pour compléter le tableau et ajouter à l'effet général; enfin l'on voit quelquefois, quoique plus rarement, une hallucination d'un sens entraîner à sa suite l'hallucination d'un autre sens, par le seul effet des lois de l'habitude et de la logique, qui veulent que, dans une circonstance déterminée, un son accompagne nécessairement la présence d'un objet, ou qu'un objet ne puisse être vu sans être en même temps touché. Après avoir constaté ces faits, qui sont de tous les instants, que personne ne peut révoquer en doute, et dont nous avons eu le soin de vous citer de nombreux exemples dans les leçons précédentes, qui pourrait encore contester la nécessité de l'intervention d'un élément intellectuel dans l'hallucination?

Aussi, devons-nous avouer que bien peu d'auteurs ont été assez exclusifs pour refuser à l'intelligence toute espèce de coopération dans la production de ce phénomène. Ceux-là même qui semble de prime abord accorder la plus grande influence au système nerveux périphérique sont entraînés malgré eux à faire une certaine part à l'intelligence, et rentrent par conséquent plus ou moins dans la théorie mixte que nous avons maintenant à examiner.

Cette théorie est difficile à bien caractériser en peu de mots, parce qu'elle est compliquée et présente de nombreuses différences, selon les divers auteurs. Elle est également bien plus difficile à réfuter sous une forme générale que si on passait successivement en revue les opinions de chacun de ses partisans. Cependant, laissant à part les diverses nuances de la même théorie, nous distinguerons parmi eux deux catégories principales. Ceux qui soutiennent qu'il y a des hallucinations des deux espèces, sensoriales et intellectuelles, et ceux qui croient à la coopération des deux éléments dans la même hallucination. En démontrant que les hallucinations ne pouvaient en aucun cas s'expliquer sans l'intervention d'un élément intellectuel, nous avons, par cela même, réfuté d'avance l'opinion de ceux qui, sans admettre la nature toujours sensoriale des hallucinations, proclament néanmoins que plusieurs d'entre elles doivent être exclusivement rattachées aux organes des sens. Nous avons déjà dit que, selon nous, les lésions des sens ne pouvaient jamais produire que des sensations indéterminées; et par conséquent ces sensations, ne produisant chez les aliénés, pourraient tout au plus donner lieu à des illusions, soit de jugement, soit par substitution, mais ne sauraient constituer de véritables hallucinations.

Nous n'avons donc pas à nous occuper plus longtemps de cette première espèce d'éclectisme, qui se borne à admettre que les hallucinations peuvent provenir de deux sources différentes, sans croire à leur réunion dans la même hallucination, et nous arrivons à l'examen de la théorie, véritablement mixte, qui admet la coexistence des deux éléments sensorial et intellectuel dans la production de toute hallucination.

Quelles sont les raisons sur lesquelles on s'est appuyé pour admettre un élément sensorial dans l'hallucination? Quelque nombreuses qu'elles paraissent au premier abord, elles peuvent se réduire à une seule, qui résume toutes les autres; savoir :

Le témoignage des personnes qui éprouvent ou ont éprouvé

des hallucinations, qu'elles soient aliénées ou saines d'esprit. Elles s'accordent, en effet, à reconnaître qu'elles ne peuvent établir de différence entre l'hallucination et une sensation réellement perçue. C'est en se basant sur cette affirmation des hallucinés que les auteurs ont pu dire, comme M. Leuret, par exemple, « croire que l'on est impressionné, c'est une » erreur; être impressionné réellement, c'est avoir une hal- » lucination. »

Nous ne voulons pas dire certainement qu'en s'exprimant ainsi les auteurs aient eu l'intention d'assimiler complétement l'hallucination à une sensation; ils ont parfaitement senti que l'hallucination était un phénomène intermédiaire entre la perception et l'imagination normales. Ils ont vu qu'elle était une sensation, moins l'objet extérieur, une image reproduite par l'imagination, moins la conscience du travail de l'esprit pour la production de l'image, et par conséquent plus la croyance à son extériorité. Ces faits, ainsi définis, sont évidemment incontestables; l'hallucination est en effet un phénomène spécial qui n'est, comme le dit M. Michéa, « ni la perception normale, puisque dans celle-ci il y a toujours une cause adéquate qui manque dans l'hallucination, ni la mémoire normale, puisque dans cette faculté l'objet présent à l'esprit ne revêt jamais l'apparence d'une perception actuelle; enfin ni l'imagination normale, puisque cette faculté fait concevoir la possibilité d'une chose, sans que l'esprit attache à cette chose aucune existence actuelle ou passée. »

Mais, après avoir précisé ainsi la place que doit occuper l'hallucination entre l'imagination et la perception, les auteurs ont eu le tort, selon nous, de se laisser entraîner à vouloir trop donner eu phénomène sensorial, et pas assez au phénomène intellectuel. Il leur a suffi de constater que les hallucinés croyaient être impressionnés pour en conclure qu'ils l'étaient réellement; et, ne pouvant alors trouver la cause de cette impression dans le monde extérieur, ils l'ont cherchée dans la lésion du sens ou du nerf conducteur.

Toute leur argumentation n'a pas d'autre base que cette analogie véritable, mais forcée, entre l'hallucination et la sensation réelle.

A quelle conclusion ont-ils été amenés en partant de ce point départ? Ils ont été conduits à dire : l'hallucination ne se produit pas dans le sens lui-même, puisqu'elle ne serait alors qu'une sensation ou une illusion, et non une création nouvelle; elle n'est donc que la reproduction spontanée, sans excitant extérieur, du mouvement cérébral, qui se passe lors de la perception normale; ils ont été ainsi entraînés à admettre qu'elle avait son siége dans la partie du cerveau où s'épanouit le nerf sensorial; et dès lors, pour différencier l'hallucination de la perception, ils ont été réduits à dire : dans la sensation normale, le mouvement se produit de dehors en dedans; dans l'hallucination, il se produit de dedans en dehors; dans un cas, il faut une impression extérieure pour lui donner naissance; dans l'autre, il se développe spontanément sous une influence maladive.

Eh bien! cette série de raisonnements, séduisante au premier abord, repose en réalité sur une équivoque et une confusion qu'il est indispensable de faire disparaître si l'on veut porter de la clarté dans la théorie de l'hallucination.

Voici ce que nous croyons devoir répondre à cette argumentation : En attribuant l'hallucination à la reproduction maladive du phénomène de la perception normale, on admet, de deux choses l'une, ou bien que ce phénomène est de nature physique, ou bien qu'il est de nature intellectuelle. Le regarde-t-on comme purement physique, cérébral, mais indépendant de l'exercice des facultés intellectuelles, on se soumet alors à toutes les objections que nous avons adressées aux partisans de la lésion des sens; admet-on, au contraire, qu'il est dépendant de l'action de l'intelligence unie à la lésion de la partie cérébrale où s'épanouit le nerf, dans ce cas, d'un côté, on méconnaît que la perception n'est et ne peut être que l'application de l'esprit à une impression, et que par conséquent il ne peut y avoir de perception sans impression; et de l'autre, on oublie que la mémoire et l'imagination jouent évidemment un rôle dans l'hallucination, rôle qu'il s'agirait alors de concilier avec l'action de la perception. Or, c'est tout à fait impossible. En effet, si l'on admet que le mouvement de reproduction de la perception donne lieu à la sensation complète et déterminée, on n'a plus aucun rôle à faire jouer à la mémoire et à l'imagination; si, au contraire, la sensation produite n'est qu'indéterminée, alors elle n'est pas l'hallucination, elle n'en est que la cause occasionnelle, comme dans l'illusion. La véritable création de l'image réside dans l'imagination. Cette faculté peut avoir été mise primitivement en mouvement par une sensation vague; mais cette sensation ne lui a servi que de point d'appui, et ne contenait réellement pas en germe l'hallucination, que l'imagination a formée de toutes pièces, et lui a substituée. C'est une illusion par substitution, ce n'est pas une hallucination; et dès lors, puisque l'imagination a pu, dans ce cas, produire de toutes pièces une image sans rapport avec la sensation indéterminée qu'on suppose lui avoir donné naissance, pourquoi ne pourrait-elle pas le faire sans l'intervention de cette sensation indéterminée qui n'a eu qu'une influence très secondaire dans la production du phénomène?

Nous ne croyons pas que les partisans de l'opinion mixte que nous combattons puissent sortir de ce dilemme. Toute la question vraiment importante à résoudre dans la théorie de l'hallucination se réduira toujours, en effet, à ces deux termes : ou bien c'est un phénomène réellement extérieur à l'individu et qu'il contemple en spectateur passif; ou bien c'est un produit de son esprit dont il méconnaît l'origine. Là réside la question vraiment pratique; toute autre recherche est stérile et purement spéculative. Peu importe de savoir si elle se produit dans le sens, dans le nerf, dans son extrémité sensoriale ou dans son extrémité cérébrale; dès lors que l'on aura admis qu'elle est de nature sensoriale, c'est-à-dire étrangère au moi, il découlera de ce seul fait une foule de conséquences ultérieures qui pourront être ou fécondes ou dangereuses, selon la vérité ou l'erreur du point de départ. D'un autre côté, si l'on prouve, comme nous croyons l'avoir fait d'une manière abrégée, que c'est un phénomène qui ne peut se passer de la coopération de l'intelligence, on sera conduit fatalement non-seulement à exclure toute idée d'intervention sensoriale, mais à la rattacher à l'action de la mémoire et de l'imagination, qui seules peuvent expliquer sa production. Toute théorie mixte ne peut résister à un examen approfondi, parce que, dès lors que l'on fait pencher la balance d'un côté de l'un des éléments sensorial ou intellectuel, on est entraîné nécessairement à lui attribuer la part vraiment importante dans la production du phénomène, et par conséquent à rendre inutile l'intervention de l'autre élément. Toute conciliation entre des principes aussi opposés est complétement impossible; il faut se prononcer pour l'un ou pour l'autre, parce que chacun d'eux n'explique rien qu'à la condition de tout expliquer.

Les auteurs qui ont cherché la solution de cette question dans l'éclectisme ont donc, selon nous, échoué dans cette tentative de conciliation. Ceux qui se sont bornés à admettre des faits des deux ordres ont reconnu implicitement la vérité de notre opinion, puisqu'ils n'ont même pas cherché à réaliser cette conciliation qui leur a paru sans doute aussi impossible qu'à nous-même; ceux qui l'ont admise comme une nécessité n'ont pas même cherché à en démontrer la possibilité; ne pouvant concevoir l'hallucination sans un élément sensorial et sans un élément intellectuel, ils ont admis théoriquement cette simultanéité d'action, mais ils n'ont pas cherché à se rendre compte de la manière dont elle s'effectuait; ils avouent même ne pas bien comprendre ni la nature, ni le mécanisme de l'association des deux éléments.

(*La suite à un prochain numéro*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Luxation ancienne du bras. Réduction contestée.

M. Dionis, interne des hôpitaux, adresse une note, dont nous allons donner le résumé.

Il s'agit de cette luxation de l'humérus datant de trois mois dont M. Maisonneuve aurait obtenu la réduction après des essais infructueux tentés par M. Velpeau. On se rappelle peut-être qu'en effet le chirurgien de l'hôpital Cochin a communiqué ce fait en juillet dernier à la Société de Chirurgie comme un exemple de succès. Or M. Dionis, ayant eu récemment l'occasion de revoir ce malade dans son département, a constaté :

« Que l'épaule, au lieu d'être arrondie, est déformée; que l'acromion fait une saillie très marquée; qu'au-dessous de cette saillie osseuse il existe une dépression plus prononcée en arrière qu'en avant; que le membre malade est plus allongé que l'autre de 2 centimètres et demi. Une mensuration des plus exactes et faite à plusieurs reprises, du sommet de l'acromion à l'épicondyle, a fait constater une longueur de 36 centimètres pour le côté malade, et de 33 centimètres et demi pour le côté sain.

» Le bras droit est moins volumineux que le bras du côté sain; les muscles en sont un peu atrophiés.

» Le malade peut rapprocher le coude du corps; mais il le porte avec peine en avant; les mouvements en arrière se font sans difficulté; ceux d'abduction et d'élévation au contraire sont presque impossibles. La plus grande distance à laquelle il puisse écarter le coude du tronc est de 0,19 centimètres seulement, et si on cherche à faciliter ce mouvement, c'est à peine si on peut l'augmenter de 0,05 centimètres. Dans cette circonstance surtout, l'humérus semble soudé avec l'omoplate, qui participe à tous ses déplacements et exécute un véritable mouvement de sonnette. A l'état de repos, l'angle inférieur de l'omoplate forme une saillie très prononcée en arrière, et paraît s'éloigner de l'axe de la colonne vertébrale.

» L'avant-bras, dans sa plus grande flexion sur le bras, ne peut dépasser l'angle droit.

» Le malade, de son bras droit, soulève assez facilement un fardeau jusqu'à la ceinture, mais au delà cela lui est impossible. Aussi aujourd'hui ne s'occupe-t-il de sa boulangerie que d'une façon tout à fait accessoire. »

Retrouvant ainsi tous les signes de la luxation, M. Dionis semble écarter l'idée d'une reproduction, parce que, suivant le malade, l'épaule serait toujours restée déformée comme aujourd'hui, et que le membre n'aurait été ultérieurement le siége d'aucune violence extérieure. Il penche dès lors forcément vers la seule alternative qui puisse expliquer l'existence actuelle du déplacement. Il exprime la crainte que M. Maisonneuve ne s'en soit laissé imposer, et que la réduction n'ait pas été réelle.

M. MAISONNEUVE. Si M. Dionis avait eu plus d'expérience, il aurait peut-être été plus circonspect dans son interprétation. Il retrouve les signes de la luxation, et il en conclut qu'elle n'a pas été réduite; mais M. Rigal, qui était présent, a constaté cette réduction, ainsi que tous les élèves. Il oublie donc que le déplacement a pu se reproduire. Encore pour admettre cette reproduction, il faudrait être bien sûr que ce jeune observateur a bien recueilli tous les éléments du contrôle auquel il a soumis mon malade, et que rien n'a pu l'abuser sur les caractères de la lésion qu'il a cru constater. Il y a d'ailleurs de ces symptômes qui ne sont nullement incompatibles avec la réduction persistante. Est-ce que la roideur de la jointure et la difficulté des mouvements ne s'expliquent pas très bien par l'engorgement chronique des tissus ligamenteux et musculaires? N'a-t-on pas vu, après la réduction d'une luxation, même récente, survenir une atrophie du membre ou même une ankylose? Je citerai, sous ce rapport, un homme de Bicêtre qui s'était luxé les deux bras à la fois; la réduction fut faite des deux côtés, et une double ankylose n'en fut pas moins la suite de cet accident.

M. LENOIR. La communication de M. Dionis mérite un accueil plus bienveillant. On doit le remercier d'avoir complété l'observation de M. Maisonneuve, qui s'est trop hâté ici de prononcer le mot de guérison; c'est ainsi que dans la *Gazette des Hôpitaux* il vient encore de présenter comme guérie une luxation de trois mois, deux jours après la réduction. Il ne faut pas perdre de vue que, si ces déplacements anciens sont difficiles à réduire, ils peuvent être également difficiles à maintenir; il ne faut parler de guérison ici que lorsque la jointure, conservant sa bonne conformation, a repris ses fonctions.

M. BOINET. Il y a effectivement bien des inexactitudes dans la relation du fait auquel M. Lenoir vient de faire allusion. En voici, par exemple, qui sont assez palpables. On parle de la sortie du malade de l'hôpital; or, il n'y est point entré. On dit qu'en quelques minutes la luxation a été réduite, quand ce résultat n'a été obtenu qu'au bout d'une demi-heure environ. Mais de telles erreurs ne peuvent évidemment appartenir qu'au rédacteur du journal. Il s'agit de la luxation du coude que j'ai récemment présentée à la Société. Cette luxation datait de trois mois. On a eu successivement recours à divers procédés. D'abord, M. Maisonneuve employa le sien, qui consiste à appliquer un lacs extensif sur l'olécrane, en même temps qu'un autre est jeté autour du poignet : ce fut sans succès; puis celui du genou fut mis en usage aussi inutilement. Enfin, on fit exécuter, toujours à l'aide du chloroforme, des mouvements exagérés à l'avant-bras; les tissus fibreux qui retenaient les os dans leur situation anormale se relâchèrent, et se rompirent même, car on entendit le bruit d'une déchirure : alors la réduction eut lieu, complète, sauf que la tête du radius n'est pas tout à fait à sa place; mais le cubitus a parfaitement repris la sienne. Les mouvements de flexion et d'extension sont très étendus; ceux de pronation et de supination restent seuls un peu bornés. Je suivrai ce malade et le représenterai à la Société.

M. MAISONNEUVE. On ne répond que de ses actes ou de ses paroles. Je n'ai jamais dit qu'une luxation ancienne fût guérie deux jours après la réduction; je me suis borné à dire qu'elle était réduite. Je ne saurais être solidaire des inexactitudes qui échappent au rédacteur d'un article.

M. Dionis a bien fait de porter à votre connaissance l'existence actuelle de la luxation; mais il n'aurait pas dû contester la réduction.

M. GIRALDÈS. Je pense, avec M. Lenoir, que la note de M. Dionis méritait d'être mieux accueillie. Evidemment, sans cette rectification, la statistique eût rangé le fait de M. Maisonneuve parmi les succès, ce qui eût faussé les résultats.

M. GOSSELIN. A ce point de vue, cette lettre me paraît également offrir un intérêt incontestable.

M. HUGUIER. Dans le cas où, comme je suis porté à le croire, il y aurait eu réduction, la reproduction pourrait s'expliquer de deux manières : ou parce qu'il y aurait eu une fracture oblique de la cavité glénoïde, et on sait alors avec quelle facilité les surfaces s'abandonnent, ou bien la cavité glénoïde déformée ne présentait plus un rebord suffisant pour retenir la tête replacée.

M. MARJOLIN. J'admets, moi, qu'il y avait une luxation, et qu'elle a été réduite, puisque M. Maisonneuve nous l'affirme; mais nous devons également croire M. Dionis quand il vient nous dire qu'à un examen ultérieur il a retrouvé tous les signes de la luxation, et l'on doit aussi lui savoir gré d'avoir ainsi complété le fait en le rectifiant.

M. ROBERT. Il y a des articulations si profondément cachées dans les parties molles, qu'il peut rester du doute sur la question de savoir si l'on a réellement obtenu la réduction de leurs déplacements : c'est ce que j'ai vu pour la hanche; mais à l'épaule, la jointure est trop superficielle pour que M. Maisonneuve ait pu se tromper. Comme l'a dit M. Lenoir, la réduction n'est pas tout le traitement. Je ne pense pas qu'il s'agisse ici d'une fracture de la cavité glénoïde; des stalactites osseuses se fussent opposées à la réduction et à la reproduction; pour moi, il y avait une luxation qui s'est reproduite, et on doit savoir gré à M. Dionis d'avoir rétabli l'exactitude de ce fait.

M. CHASSAIGNAC. Il y a deux points dans la communication de M. Dionis : il y a le fait et l'appréciation. Pour le fait, on lui doit des remercîments; pour l'appréciation, M. Dionis est un interne très distingué, je me plais à le reconnaître, mais je crois que sa note laisse percer une insinuation blâmable.

M. MAISONNEUVE. De deux choses l'une : ou M. Dionis a voulu dire que la luxation s'est reproduite, et c'est un accident vulgaire, ou il nie que la réduction ait eu lieu, et ce serait une assertion injurieuse pour un de vos collègues, et qui mériterait d'être sévèrement qualifiée.

M. FORGET. En interprétant ainsi les intentions de l'auteur, M. Maisonneuve rendrait toute discussion impossible; et je ne vois rien dans la note qui puisse exciter sa susceptibilité. Si cette note recevait l'accueil qu'on propose, il ne serait plus permis de contrôler ni un fait, ni une doctrine; il n'y aurait plus de droit d'examen, plus de science possible. Personne ne contestera que, sans la lettre de M. Dionis, le cas de M. Maisonneuve eût occupé, dans la statistique, la colonne des guérisons; rien ne pouvait donc être plus opportun, et je dirai plus naturel que la lettre que l'on incrimine.

M. GOSSELIN. Il me semble que M. Maisonneuve se méprend sur le caractère de la lettre de M. Dionis. M. Dionis exprime la crainte que M. Maisonneuve ne se soit trompé, il ne dit pas autre chose. M. Maisonneuve a cru à une réduction qu'il n'a pas obtenue, telle est la signification de la note de M. Dionis. MM. Maisonneuve, Chassaignac et Robert regardent cette erreur comme impossible; c'est une opinion que je ne saurais partager. J'ai vu Blandin annoncer un jour la réduction d'une luxation (c'était à l'épaule), et s'empresser de reconnaître le lendemain qu'il s'était trompé. Les tractions qu'on a exercées sur le membre en augmentant l'étendue des mouvements, un gonflement en rétablissant jusqu'à un certain point la rondeur de la région, ne peuvent-ils pas, en effet, donner lieu à cette illusion? Moi-même j'ai commis momentanément cette méprise pour une articulation très superficielle, puisqu'il s'agissait d'une luxation du pouce. Cette erreur, dont je

viens de démontrer la possibilité, M. Dionis s'est demandé si M. Maisonneuve n'y était pas tombé, voilà tout, et sa lettre ne mérite que des remercîments.

M. Lenoir. Je pense qu'ici une erreur est possible; ce ne serait pas la première fois qu'il se serait commis à ma connaissance de pareilles méprises. M. Malgaigne était venu. avec ses moufles, dans mon service à l'hôpital Necker, réduire une ancienne luxation de l'épaule; il crut avoir réussi, mais il fut bientôt facile de constater qu'il n'en était rien. M. Maisonneuve s'est également fait illusion; M. Dionis s'en est assuré, et il était de son devoir de faire connaître le résultat de son examen.

M. Larrey, appréciant, d'une part, le résultat primitif annoncé par M. Maisonneuve, et, d'autre part, le résultat consécutif signalé par M. Dionis, pense que la Société ne saurait se prononcer d'une manière absolue sur cette question délicate.

Il propose, en conséquence : 1° d'adresser à M. Dionis un simple accusé de réception de sa lettre, sans y joindre l'expression d'un remercîment ni d'un blâme; 2° de la déposer aux archives à titre de renseignement complémentaire; 3° d'en insérer un extrait détaillé au procès-verbal qui rendra compte de la discussion.

— Plusieurs membres proposent de voter des remercîments à M. Dionis; mais la Société décide qu'il sera répondu à sa lettre par un simple accusé de réception.

— Il est également proposé de passer à l'ordre du jour sur cette note, et de se borner à en énoncer le titre dans le compte-rendu.

M. Robert. La discussion sera publiée, et la lettre ne le serait pas! En étouffant ainsi cette lettre, nous paraîtrions vouloir couvrir un de nos collègues; je demande formellement l'insertion.

M. Maisonneuve. J'ai déjà fait voir que, si la lettre de M. Dionis n'avait pas le sens injurieux que je lui vois encore, elle ne signifierait rien; dans les deux hypothèses, elle doit être supprimée.

M. Morel-Lavallée. Vous ne pouvez pas supprimer la discussion, il faut partir de là; or, en publiant la discussion, vous ne pouvez pas la séparer de sa base. Quelle est-elle, cette base? La note de M. Dionis; vous êtes donc obligés d'insérer cette note, je ne dis pas dans son entier, mais en résumé, au point de vue du fait comme au point de vue de son interprétation.

M. le président met aux voix l'insertion d'un extrait de la note de M. Dionis. (Adopté.)

Correspondance.

M. Larrey fait hommage à la Société du compte-rendu des travaux de la commission de souscription pour le monument élevé à la mémoire de son père.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

DE LA MEILLEURE MANIÈRE D'ADMINISTRER L'IODE,

ou emploi de l'iodure d'amidon,

Par le docteur Quesneville.

Le mémoire que vient de publier M. Chatin doit fixer l'attention des médecins sur le rôle important que l'iode est appelé à jouer en médecine. Suivant ce chimiste, l'iode se rencontre dans presque toutes les eaux douces; il existe dans les plantes, les animaux terrestres, dans les liqueurs fermentées, le vin, le cidre, le poiré, dans le lait, les œufs. Il fait partie de la terre arable, et sa présence, en un mot, est presque générale dans tous les aliments qu'emploie l'homme.

L'iode fait-il défaut dans les eaux de certaines sources et de certaines contrées, on remarque dans ce pays moins de santé chez les habitants, et une prédisposition toute particulière aux scrofules et au goître. Les eaux de puits, toutes si malsaines, ne contiennent pas, à beaucoup près, autant d'iode que les eaux douces, et l'eau provenant de la fonte des neiges en est totalement dépourvue. Ces observations, appuyées par plus de cinq à six cents analyses, sont des plus importantes et doivent être prises en sérieuse considération par les médecins.

C'est en réfléchissant à tous ces faits que nous nous sommes demandé sous quelle forme on pourrait bien administrer l'iode en médecine. Nous nous sommes alors rappelé qu'il y a plusieurs années nous avions conseillé l'emploi de l'iodure d'amidon soluble à des scrofuleux, et que la guérison avait été d'une promptitude remarquable.

Combiné à un corps comme l'amidon, si facilement assimilable aux autres principes de la digestion, l'iode se trouve mis à nu aussitôt son arrivée dans l'estomac, et dégagé ainsi de sa combinaison. Il agit alors comme agirait l'iode s'il était administré à l'état de pureté, et non combiné aux alcalis ou aux métaux qui lui font perdre une partie de ses vertus.

M. Huette propose, de son côté, l'éther hydriodique, qu'il conseille de faire prendre aux malades sous forme d'inhalation. Ce moyen est sans contredit des plus ingénieux, et pourra rendre de grands services dans certains cas exceptionnels. Aussi nous empressons-nous d'en préparer et d'en mettre à la disposition de nos confrères.

En essayant de reproduire l'iodure d'amidon soluble, nous avons remarqué que le sucre, chauffé pendant quelque temps avec l'iodure d'amidon précipité en pâte, s'y combinait parfaitement, et que le sirop qu'on obtenait était d'une couleur bleue très foncée et parfaitement transparent. Ceci permettra donc de préparer un sirop avec l'iodure d'amidon.

Voulant savoir à quelle dose on pourrait préparer ce sirop d'iodure d'amidon, nous en avons préparé nous-même, et avons pu obtenir les proportions de 12 grammes d'iodure d'amidon par kilogramme de sirop, ce qui représente, d'après la composition de l'iodure d'amidon, 5 grammes d'iode par kilogramme, ou 1/2 pour 100. Quand on voudra donc prendre l'iode à petites doses, l'ordonner à des enfants, par exemple, à des natures impressionnables ou à des estomacs déjà irrités, rien ne conviendrait mieux que le sirop d'iodure d'amidon soluble; il remplacera ainsi merveilleusement les huiles de foie de morue et de raie, et autres huiles iodées; mais quand on voudra faire prendre l'iode à haute dose, le sirop pris en trop grande quantité pourrait être désagréable, on pourra alors le remplacer par les poudres d'iodure d'amidon, que l'on ordonnera, soit en prises comme la rhubarbe, soit en pilules, ou délayées dans l'eau simplement. Ces poudres contiennent, combinés à un excès d'amidon, 10 pour 100 d'iode; elles sont parfaitement lavées à l'alcool bouillant pour les dépouiller de tout excès d'iode qui serait dangereux.

L'iodure d'amidon peut être pris à des doses très fortes sans irriter l'estomac ni les intestins; il est ensuite beaucoup plus actif que les autres composés d'iode, et doit leur être préféré dans la plupart des cas. (*Revue scientifique.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Formules pharmaceutiques dont l'ergotine forme la base.

L'ergotine est un extrait rouge-brun auquel M. Bonjean, de Chambéry, qui en a fait la découverte, attribue toutes les propriétés thérapeutiques et spécialement les propriétés hémostatiques de l'ergot de seigle. L'ergotine, comme l'ergot lui-même, devant être employée sous plusieurs formes, M. Bonjean propose les formules suivantes pour satisfaire à toutes les indications :

1° *Potion d'ergotine.*

Ergotine.	1 gram. 30 centigr.	(24 grains).
Eau commune. . . .	96 grammes	(3 onces).
Sirop de fleurs d'oranger.	32 id.	(1 once).

F. s. l. une potion à prendre par cuillerée à bouche dans la journée. Cette potion s'altère facilement; on ne doit la préparer qu'à mesure du besoin.

2° *Sirop d'ergotine.*

Ergotine.	8 grammes 80 cent.	(160 grains).
Eau de fleurs d'oranger.	64 id.	(2 onces).
Sirop simple	500 id.	(1 livre).

Faites dissoudre l'ergotine dans l'eau de fleurs d'oranger et ajoutez la dissolution au sirop bouillant. On obtient ainsi une livre de sirop très agréable à prendre et qui contient par once dix grains d'ergotine. Ce sirop ne s'altère pas comme la potion; on l'emploie de préférence quand l'usage de ce remède doit être continué pendant quelque temps. La dose varie de deux à quatre cuillerées à bouche par jour suivant le cas.

3° *Pilules d'ergotine.*

Ergotine. . . . . 4 grammes (72 grains).
Poudre de guimauve ou de réglisse, q. s.

F. s. l. trente-six pilules, qui peuvent être argentées au besoin. On en prend de cinq à dix par jour suivant l'urgence des cas.

4° *Injection d'ergotine.*

Ergotine.	4 grammes	(72 grains).
Eau commune. . . .	125 à 250 id.	(4 à 8 onces).

Employée seule ou concurremment avec les préparations précédentes lorsque l'hémorrhagie présente de la gravité.

5° *Lavement d'ergotine.*

Ergotine. . . .	4 grammes	(72 grains).
Eau commune. . .	250 à 500 id.	(8 à 16 onces).

dans les hémorrhagies rectales et les hémorrhoïdes, si la maladie résiste aux préparations internes d'ergotine.

6° *Suppositoires à l'ergotine.*

Taillez un morceau de savon en forme de cône, et enduisez-le d'ergotine. Si le savon est trop dur, on peut le remplacer par du suif ou du beurre de cacao que l'on fait fondre à une douce chaleur, et que l'on coule ensuite dans un petit cornet de papier. — Même cas que les précédents (n° 5).

7° *Pilules composées d'ergotine.*

Ergotine.	10 à 30 centigr.	(2 à 6 grains).
Iodure de soufre. . .	5 à 20 id.	(1 à 4 id.).
Sirop de douce-amère.	q. s.	

Pour une ou plusieurs pilules à prendre dans les 24 heures.

Voici maintenant quels sont les caractères de l'ergotine pure :

L'ergotine pure se reconnaît aux caractères suivants : elle est sous la forme d'un extrait solide, rouge-brun foncé quand elle est en masse, et d'un *beau rouge de sang* vue en couches minces. Elle a une odeur agréable de viande rôtie; sa saveur, un peu piquante et amère, rappelle celle du blé gâté. Elle se dissout entièrement dans l'eau froide; la dissolution, qui est *limpide, transparente* et d'un *beau rouge*, ne doit céder à l'éther *ni huile, ni résine*. Toute ergotine qui ne présentera pas ces caractères devra, suivant M. Bonjean, inspirer peu de confiance aux médecins.

NOUVELLES.

Nous reproduisons, sans les apprécier pour le moment, les réflexions suivantes de la *Gazette Médicale de Montpellier* :

Il paraît certain que la chaire de botanique, vacante par la mort du professeur Delille, sera mise prochainement au concours au sein même de notre Faculté de Médecine, et nous en sommes content parce que nous devons nous opposer de nos forces à la centralisation des concours dans Paris; mais nous regrettons que le Conseil national de l'Université n'ait pas encore adopté la proposition que nous avons faite, depuis plusieurs années, d'ouvrir tout concours dans une Faculté autre que celle où la chaire est vacante; c'est un des meilleurs moyens pour soustraire les candidats aux passions des coteries; et la Faculté de Médecine de Paris ne gagnerait pas moins que ses deux sœurs à cette mesure générale.

Nous regrettons tout autant de voir négligée la proposition faite par nous au ministre en décembre 1845, de donner des juges compétents à tout concours, car le cas que nous avions prévu à cette époque se présente : les professeurs de chimie générale et de toxicologie, d'hygiène, de médecine légale, de pathologie interne et externe, qui doivent, avec le professeur de thérapeutique en matière médicale, composer la partie professorale du jury, sont-ils assez spéciaux pour apprécier les nuances qu'il peut y avoir entre plusieurs candidats, et donner par conséquent la chaire à celui qui en est le plus digne?

Nous voulons bien qu'il y ait dans le jury des hommes capables de décider quel sera le candidat qui saura le mieux appliquer les études botaniques à la médecine pratique, puisque nous avons souvent signalé le vice qu'il y a, dans les Facultés de médecine, d'enseigner, soit la botanique, soit la chimie, soit la physique, d'une manière trop générale; mais il faut aussi qu'il y ait dans le jury des hommes spéciaux capables d'apprécier le botaniste. Or le seul moyen est de faire entrer dans ce jury les professeurs de botanique de Paris, de Strasbourg et des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie les plus voisines de nous. Sans cette innovation, si le jury reste composé tel que l'ont établi les règlements du 11 janvier 1842 et du 28 juillet 1847, le nouveau concours sera encore, comme tant d'autres, un concours menteur, et par conséquent un acte gouvernemental d'immoralité.

— M. le docteur Colson, médecin de l'Hôtel-Dieu de Beauvais (Oise), vient de mourir dans cette ville.

Cette mort a douloureusement frappé toute la population de Beauvais, qui perd en M. Colson un ami fidèle et un médecin dévoué. Après un discours de M. le maire de la ville, MM. les docteurs Daniel, Warmé, Jules Bourgeois et Delamarre (de Grandvilliers) ont prononcé sur la tombe de leur ami ou de leur maître des paroles qui ont profondément impressionné l'auditoire.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 126. (23e ANNEE.) JEUDI 24 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 23 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a dû presque exclusivement à des communications étrangères l'intérêt de la séance d'hier; ce n'est pas un reproche que nous lui faisons, nous constatons seulement un fait, et un fait dont l'Académie se consolera d'autant mieux que ce qui n'est chez elle qu'une exception, à la vérité un peu fréquente, est chez sa sœur une règle extrêmement générale.

Le premier orateur entendu a été M. Bouchut, jeune médecin d'une instruction solide et l'un de nos investigateurs les plus laborieux et les plus habiles. Le sujet traité par M. Bouchut était ce qu'on pourrait appeler l'hygiène de la peinture au blanc de zinc, sujet presque entièrement neuf encore, et avec lequel cependant nos lecteurs doivent être un peu familiarisés.

M. Bouchut s'est livré sur ce sujet à des recherches beaucoup plus complètes que celles qui avaient été faites avant lui, et il est arrivé à des résultats à peu près rigoureusement conformes à ce qu'avait annoncé M. Chevallier. Seulement M. Bouchut, plus confiant que le savant professeur de l'Ecole de pharmacie dans les résultats de son observation, n'a pas hésité à en tirer de hautes conséquences d'hygiène publique, et il a conseillé résolument à l'Etat, sinon d'interdire la peinture au blanc de plomb, du moins d'accorder au blanc de zinc une protection signalée, en lui accordant l'adjudication de tous les travaux publics de peinture. Cette conséquence, nous nous en sommes aperçus, a paru exorbitante à un certain nombre d'auditeurs, académiciens ou non, et en a surpris un certain nombre d'autres.

Nous n'avons partagé ni l'un ni l'autre de ces sentiments. Pour commencer par le dernier, M. Bouchut a des antécédents qui ne laissent pas place au plus léger soupçon malveillant. S'il a insisté plus qu'il n'était utile sur la partie artistique et industrielle de son sujet, c'est qu'il est de ceux qui ne savent pas traiter une question à moitié; c'est qu'il avait, en outre, toutes les connaissances nécessaires pour envisager cette question sous toutes ses faces, et qu'il a cru arriver plus sûrement au but en l'envisageant ainsi. Quant au but lui-même, c'est uniquement, personne n'en saurait douter, de délivrer la classe ouvrière d'une industrie qui envoie chaque année, ainsi que l'a rappelé le jeune observateur, 300 malades aux hôpitaux de Paris et 11 malheureux au cimetière.

Quant à la protection que M. Bouchut voudrait voir accorder au blanc de zinc, loin qu'il ait dépassé, à cet égard, les bornes de ce qui est juste et permis, il ne les aurait même pas atteintes, suivant nous, si les faits doivent se perpétuer tels qu'il les a observés. Est-ce que le premier devoir de l'administration n'est pas, en effet, de veiller sur la santé publique? Est-ce que son premier droit n'est pas de prohiber tout ce qui la compromet? Ce droit et ce devoir, l'administration les exerce depuis longtemps; elle ne ferait qu'appliquer une fois de plus une loi qui a été mille fois appliquée déjà, en proscrivant d'une manière formelle l'emploi (ou, ce qui revient au même, la vente) du blanc de plomb, s'il était bien démontré que le blanc de zinc pût le remplacer sous le rapport industriel, et fût sans inconvénients au point de vue sanitaire. Cette dernière question est donc la seule à résoudre. M. Bouchut a beaucoup fait pour cela : il n'a pas fait assez cependant. Les fabriques qu'il a visitées ne sont qu'au nombre de deux, dont la plus ancienne date seulement de dix-huit mois; il faut que les résultats annoncés par M. Bouchut soient confirmés par d'autres observateurs avant de pouvoir servir de base à une mesure administrative d'hygiène publique. Nous avons d'ailleurs le plus ferme espoir que l'observation ultérieure confirmera ce qu'ont annoncé MM. Chevallier et Bouchut. Déjà les investigations de ce dernier portent sur un nombre de quatre-vingt-deux ouvriers ayant fait chacun, en moyenne, 192 journées de travail non interrompu. Or, sur une telle échelle, les résultats obtenus doivent bien approcher de la vérité. La commission de l'Académie pourra, si elle le veut, compléter le travail de M. Bouchut, et s'associer ainsi largement au service qu'aura rendu à l'hygiène ce consciencieux observateur.

— A M. Bouchut a succédé M. le docteur Chartroule, qui s'est efforcé de faire apprécier à l'Académie les avantages qui résultent pour le traitement de la phthisie de l'administration de l'iode, et spécialement de l'iode en vapeur. Les faits invoqués par ce jeune médecin peuvent en effet donner quelque espoir; mais ils ne sauraient encore démontrer que la thérapeutique soit en possession d'un remède si longtemps et si vainement cherché jusqu'à ce jour. Encore des expériences intéressantes à faire pour les membres de la commission.

— M. Huguier a exposé à l'Académie un procédé particulier dont il a fait usage pour enlever une production cancéreuse de la base de la langue. Il nous serait impossible, pour le moment, de porter un jugement sur la valeur de ce procédé.

— Enfin M. Maisonneuve, en présentant une malade chez laquelle il a pratiqué la résection du coude il y a déjà un an au plus, a montré par un exemple remarquable les magnifiques résultats qu'on peut espérer dans certains cas de réduction. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les deux dernières séances de l'Académie des Sciences n'ont guère été moins intéressantes pour les sciences médicales que celles de l'Académie de Médecine; seulement ce sont les questions de haute philosophie scientifique qui ont été mises sur le tapis, c'est-à-dire celles qu'il serait très présomptueux de prétendre discuter à l'improviste : nous nous contenterons donc de signaler, sans vouloir les juger, les lectures de MM. Coste et Dujardin, la première sur l'évolution de l'œuf humain comparée à celle de l'œuf dans la série animale, la deuxième sur les rapports de l'instinct et de l'intelligence avec les diverses portions ou la structure des centres nerveux.

Dans une sphère moins élevée se sont fait remarquer les recherches de M. Bernard sur la présence du sucre dans le sang des veines hépatiques et surtout celles extrêmement curieuses sur le *curare*. Les effets de ce poison violent avaient déjà été signalés dans la toxicologie de M. Orfila, d'après les indications fournies par M. de Humboldt; mais ces effets avaient tellement paru tenir du merveilleux qu'en l'absence d'expériences précises, on se sentait porté à crier à l'exagération. Ces expériences existeront maintenant, grâce au zèle et au courage de M. Bernard, sans que l'étonnant poison y puisse rien perdre de sa renommée.

Nous parlons du courage de M. Bernard, non sans raison : ce n'est pas seulement quelque chose d'étonnant pour le physiologiste que cette propriété terrible et merveilleuse que possède le *curare* de foudroyer (le mot n'est point ici métaphorique) un animal; c'est aussi quelque chose d'effrayant de penser qu'un simple mouvement fait mal à propos, une simple piqûre, comme il n'arrive que trop souvent aux anatomistes de s'en faire, tuerait instantanément l'expérimentateur, sans qu'aucune puissance humaine pût lui porter secours. Pour braver de tels dangers, il faut, nous le répétons, un véritable, un grand courage. Ce courage heureusement ne sera pas dépensé en pure perte : ce sera un vaste sujet de méditations pour la physiologie que cette rapidité, cette instantanéité avec laquelle les animaux sont tués par l'inoculation du *curare*; c'est un sujet de méditations non moins profondes, et plus fertiles peut-être, que l'innocuité complète de cette fatale substance, lorsqu'on l'introduit dans une cavité muqueuse autre que celle de l'arbre aérien. Cette propriété singulière, déjà constatée pour les virus et les poisons animaux, devient plus frappante sinon plus curieuse, pour un poison végétal, surtout lorsqu'on démontre, ainsi que l'a fait M. Bernard, que l'innocuité dépend, non d'une altération chimique du poison, mais bien de la propriété qu'ont les diverses muqueuses de ne point l'absorber.

Voilà qui prouve d'une manière aussi irrécusable que singulière que les vaisseaux absorbants n'agissent pas en aveugles, par un mécanisme purement physique, ainsi que le professait M. Magendie quand il professait encore; qu'au contraire ils fonctionnent sous une influence qu'on appellera vitale si l'on veut, mais qui diffère certainement des actions physiques telles que nous les constatons dans les corps inorganiques. Du reste, les expériences de M. Bernard, quoique très instructives déjà, peuvent être variées avec utilité; il est très probable que l'habile expérimentateur n'y manquera pas.

Nous ne pouvons que mentionner aujourd'hui les nouvelles recherches chimiques de MM. Guillot et Félix Leblanc; celles de M. Serre (d'Alais) sur le phosphène, et enfin la louable persévérance de M. Landouzy à soutenir une opinion qui ne prend faveur qu'avec peine, mais à laquelle on ne peut dès à présent contester au moins un fond de vérité.

H. DE CASTELNAU.

Nous voulions laisser passer sans réflexions la discussion de la Société de Chirurgie, dans laquelle on a fait intervenir la rédaction de la *Gazette des Hôpitaux*. Quelques bruits arrivés jusqu'à nous nous engagent à y revenir, mais ne sauraient nous obliger à y insister longtemps.

Tout le monde est sujet à erreur, et ceux qui connaissent les exigeances matérielles de la presse quotidienne comprendront facilement que ces erreurs soient très pardonnables dans les conditions où elle se trouve. On nous verra donc toujours très disposés à reconnaître celles qui nous échapperaient, pourvu qu'elles nous soient bien démontrées. Nous invitons même très instamment ceux de nos confrères qui auraient intérêt à les rectifier à ne pas trop tarder à nous adresser leurs réclamations.

Les rédacteurs de journaux, en effet (qu'il s'agisse de science ou de politique), ne sont pas les seuls à se tromper, il faut bien le savoir. Les auteurs y sont également sujets, et, ce qui est pis, ils oublient quelquefois leurs erreurs qu'ils trouvent tout naturel, à l'occasion, de rejeter sur la rédaction, qui en est parfaitement innocente. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Maladies de la peau.

Du pemphigus.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Au n° 23 de la salle des femmes est couchée une malade dont l'affection, très curieuse, se rapproche beaucoup, sous le rapport des apparences et de la marche, d'une forme de pemphigus que nous avons en ce moment sous les yeux.

Cette malade est âgée de vingt ans; elle a eu dans son enfance des éruptions analogues à celle dont elle présente actuellement l'exemple. A part cette circonstance, on ne trouve dans ses antécédents aucune particularité remarquable. Il y a quelques mois, elle a vu, à la suite de la suppression complète de l'écoulement menstruel, sa figure et ses mains se couvrir de vésicules confluentes, résistantes et remplies d'un liquide transparent. Une douleur très vive précédait et accompagnait les vésicules, qui disposées par plaques, étaient entourées isolément, et dans leur ensemble, d'une inflammation de la peau sur laquelle elle reposait. La durée des plaques était d'un ou deux septenaires; au bout de ce temps, les vésicules, de transparentes qu'elles étaient, devenaient opaques par suite de la transformation de la sérosité contenue dans leur intérieur, s'affaissaient progressivement et étaient remplacées par des squames.

A cette description on a reconnu l'herpès, qui a pour caractère de consister dans des vésicules réunies par groupes plus ou moins nombreux et plus ou moins étendus, groupes qui, au prépuce, sont formés par dix ou douze vésicules, et qui, dans d'autres régions du corps, comptent un nombre de lésions élémentaires quatre ou cinq fois plus grand. Tel avait été le début de la maladie; il s'agissait d'un herpès phlycténoïde, c'est-à-dire d'une affection assez commune qui semblait devoir affecter la marche ordinaire des éruptions de ce genre, mais qui, en réalité, prit une forme intermittente des plus marquées.

Après un intervalle dont la durée variable correspondait, en général, assez exactement au laps de temps qui séparait chaque époque menstruelle de la précédente, la malade était prise de frissons, de céphalalgie et de malaise général. Les parties de la peau qui devaient être le siége des plaques vésiculeuses devenaient rouges, chaudes et légèrement tuméfiées. L'éruption apparaissait, avec cette seule différence, qu'elle envahissait une étendue de plus en plus considérable; aussi, les plaques d'herpès, au lieu d'être bornées, comme dans l'origine, au visage et à la face dorsale des mains, sont-elles aujourd'hui répandues sur les bras et sur la poitrine. On trouve dans quelques points de la peau les douleurs aiguës et lancinantes qui appartiennent à l'herpès phlyctenodes, et en particulier à l'herpès zoster. Les plaques ont la largeur de pièces de 1 ou de 2 francs; elles se composent de trente à quarante vésicules, qui, contrairement à ce qui avait lieu dans le commencement de la maladie, cessent, au bout d'un certain temps, de jouir d'une existence isolée. Le liquide de ces vésicules devient trouble; on les voit alors s'étendre, se rapprocher, puis se confondre de manière à former une bulle plus ou moins large qui donne à l'éruption la forme d'une variété de pempbigo chronique dont nous aurons à nous occuper plus loin. La ressemblance est telle, que nous avons dû nous de-

mander si l'affection conserverait les caractères de l'herpès ou prendrait d'une manière définitive ceux du pemphigus chronique; il arrive souvent, en effet, que par une transition insensible l'une de ces éruptions se convertit dans l'autre; nous avons eu plus d'une fois l'occasion de l'observer chez des vieillards. Notre malade, à la vérité, ne semble pas être dans des conditions générales de santé propres à favoriser une pareille transformation; mais, d'un autre côté, la marche des accidents autorise à supposer la succession prochaine d'un pemphigus chronique à l'herpès phlycténoïde que nous avons décrit.

Le pemphigus chronique est une maladie dont l'étude présente un grand intérêt; il est mal connu dans sa nature, malgré les travaux dont il a été le sujet. Son histoire a fait très peu de progrès depuis la monographie que Gilibert a publiée en 1814, monographie dont quelques parties ne sont pas en rapport avec l'état actuel de la science, mais dans laquelle on trouve des descriptions complètes et des divisions qui, pour n'être pas généralement admises, n'ont pas moins le mérite de l'exactitude.

Le pemphigus est une affection caractérisée par un soulèvement de l'épiderme qui, toujours beaucoup plus étendu que celui de l'herpès, donne naissance à des bulles dont le volume varie entre les dimensions d'une noisette et celles d'un œuf de poule. Ces bulles sont arrondies, une aréole rouge et persistante les environne; elles se développent d'une manière simultanée ou successive. La sérosité transparente qu'elles contiennent, dans la forme aiguë de la maladie, s'écoule et est suivie d'une desquamation; dans la forme chronique, elle devient trouble et se trouve remplacée par des croûtes.

On peut juger, par ce simple aperçu, qu'il existe plusieurs variétés de pemphigus; les auteurs en ont établi un grand nombre: c'est ainsi qu'ils ont divisé le pemphigus en *pemphigus senilis* et en *pemphigus infantilis*. La valeur particulière qu'on a attachée à la dernière de ces deux espèces n'est nullement justifiée par l'observation; si l'on fait abstraction du pemphigus des nouveau-nés (*pemphigus neo-natorum*), affection mal connue qui, d'après les recherches de M. P. Dubois et les faits dont nous-même avons été témoin, paraît être de nature syphilitique, on se convaincra facilement que le *pemphigus infantilis* ne constitue pas une maladie à part.

Willan a décrit une forme à laquelle il a donné le nom de *pemphigus pruriginosus*. Il y aurait beaucoup à dire au sujet de la qualification imaginée par le dermatographe anglais; un très grand nombre de pemphigus sont, en effet, précédés et accompagnés non-seulement par une démangeaison insupportable, mais encore par des élévations papuleuses analogues à celles de l'érythème papuleux, phénomène dont l'importance a été méconnue jusqu'à ce jour.

On a admis, ou plutôt il faut admettre un pemphigus aigu et un pemphigus chronique. L'école anglaise refuse de reconnaître le pemphigus aigu; Bateman, Willan, S. Planck, ont exclusivement décrite un pemphigus chronique qu'ils désignent sous le nom de *pompholix diutinus*. Il y a là une grave erreur, contre laquelle s'élève l'observation de chaque jour. Sans parler du *pemphigus castrorum*, et des divers pemphigus que complique un état typhoïde ou bilieux; des cas de pemphigus dont Gillibert a donné la description, cas dans lesquels on retrouve toutes les phases des affections éruptives, sans parler non plus des pemphigus qu'on voit dans nos hôpitaux, et qui, eu égard à la manière dont ils se comportent, mériteraient la dénomination de fièvres pemphigoïpes; on rencontre très souvent des pemphigus qui se développent avec tous les caractères d'acuité des autres éruptions de la peau.

Nous avons en ce moment dans nos salles une femme âgée de cinquante ans qui présente l'une des formes les mieux tranchées du pemphigus chronique. La maladie s'est montrée chez elle peu de temps après la cessation naturelle de la menstruation; quelques érysipèles, et plus tard des éruptions bulleuses se sont tour à tour manifestés à l'époque des règles. L'apparition du pemphigus est constamment annoncée par un malaise général et par des pesanteurs de tête; la peau est chaude dans les points qui doivent être envahis par les bulles, elle est aussi le siége de douleurs légères et de démangeaisons très vives. Dans les premiers temps de la maladie, si notre mémoire est fidèle, à l'injection des téguments se joignaient des élévations papuleuses. L'épiderme soulevé dans une grande étendue donnait lieu, sur toutes les régions du corps, à de nombreuses tumeurs distendues par une sérosité transparente, dont le volume égalait celui d'une noisette, dont la durée variait entre vingt-quatre et quarante-huit heures. Au bout de cinq ou six jours on voyait réunies dans une même éruption les différentes phases du pemphigus chronique; la malade reprenait peu à peu son état de santé habituel. Si l'on considérait chaque bulle isolément, on remarquait la résorption partielle de la sérosité, qui perdait peu à peu sa transparence, et la formation de squames larges et humides.

L'éruption, en se renouvelant chaque mois, a cessé peu à peu d'avoir le caractère de généralité qui la distinguait dans l'origine; le visage était épargné, à l'exclusion de toutes les autres parties; aujourd'hui les bulles ne se développent plus sur le ventre et les divers points du tronc. Indépendamment de cette différence relative à leur nombre et à leur siége, elles en présentent une autre qui porte sur leur nature et le mode de leur évolution. Au lieu d'être saillantes, arrondies, distendues et résistantes au doigt, elles sont déprimées, molles et flasques; au lieu de contenir une sérosité claire et transparente, elles renferment, même au début, un liquide trouble et purulent entièrement comparable à celui des pustules; le temps de leur durée, qui dans le principe était assez court, est devenu beaucoup plus long; leur terminaison, qui se faisait par des squames, se fait maintenant par des croûtes semblables à celles de l'impétigo.

La diminution constante et successive de l'abondance de l'éruption a été troublée il y a huit jours par une recrudescence que l'on doit considérer comme un signe pronostique très fâcheux, eu égard à la marche ultérieure de la maladie.

Tel est le pemphigus chronique à éruptions successives; il existe une autre forme qu'on peut à juste titre considérer comme le véritable type de cette affection, nous voulons parler du pemphigus chronique à marche continue: celui-ci n'apparaît pas comme le précédent à des périodes, en quelque sortes fatales, que précèdent des phénomènes prodromiques et que suivent des intervalles de santé régulière; il est permanent. Le malade, qui la veille s'était couché sans remarquer aucun trouble ou aucun dérangement fonctionnel de nature à éveiller ses inquiétudes, se réveille le matin avec deux ou trois énormes bulles dont le volume atteint ordinairement la grosseur d'un œuf: ces bulles sont peu résistantes et légèrement affaissées, en sorte que les changements de position, en déplaçant suivant les lois de la pesanteur le liquide qu'elles contiennent, distendent tour à tour les différentes parties de leur enveloppe; comme elles se déchirent avec facilité et au bout d'un temps très court, il est rare que la sérosité citrine renfermée dans leur intérieur acquière les caractères du pus.

Une variété très curieuse de cette forme de pemphigus a été décrite par Bateman sous le nom de *pompholix solitarius*. Une bulle unique apparaît; elle occupe le plus souvent les membres pelviens; elle se vide; une exulcération, qui reste suintante, puis se recouvre d'une croûte, lui succède. Alors se montre une nouvelle bulle qui présente exactement les mêmes phénomènes.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette variété de la maladie; il en est une autre qui, en raison de sa gravité, mérite au plus haut point de fixer l'attention; intermédiaire au pemphigus à marche successive et au pemphigus à marche continue, elle constitue une éruption confluente qui, se faisant tantôt par série et tantôt par un travail non interrompu, envahit dans l'une et l'autre circonstance toute la surface du corps. Les bulles sont aplaties; une sérosité opalescente, qui soulève à peine l'épiderme, se concrète de bonne heure en lamelles croûteuses et jaunâtres. Le malade, au premier aspect, semble couvert de croûtes d'impétigo, apparence qui dans aucun cas ne peut donner lieu à une illusion de longue durée. Les éruptions se succèdent quelquefois avec une rapidité telle que, l'épiderme étant impropre à la formation de nouvelles bulles, la maladie se réduit à la sécrétion d'un liquide qui se dessèche sous forme de larges squames. De toutes parts, le malade exhale une odeur fade et nauséabonde; il est bientôt atteint d'œdème, de diarrhée, d'épanchements séreux ou d'entérite chronique; souvent il succombe.

Il nous reste à mentionner, pour compléter le tableau des aspects divers sous lesquels peut se montrer le pemphigus chronique, une variété peu commune, que sa forme et son mode de développement rattachent naturellement au *pompholix solitarius*. Elle se reconnaît à la présence de plusieurs bulles qui se rapprochent et se confondent en partie de manière à détacher l'épiderme dans une grande étendue et qui, lorsqu'elles ont livré issue au liquide renfermé dans leur intérieur, offrent l'apparence d'une surface qu'on aurait dénudée par l'application d'un vésicatoire.

(*La suite à un prochain numéro*).

HOTEL-DIEU. — M. Tardieu.

Néphrite albumineuse compliquée d'érysipèle et de pneumonie. — Guérison.

Par M. Drourard, élève du service de la clinique chirurgicale de la Faculté.

Quoique l'opinion exprimée par le jeune observateur qui a publié le fait suivant, touchant l'influence de l'érysipèle et de la pneumonie sur l'albuminurie, soit encore bien loin d'être démontrée, d'autant moins démontrée, que des exemples analogues qui n'ont eu en aucune façon la même terminaison se trouvent dans l'ouvrage de M. Rayer, ce fait mérite néanmoins la sérieuse attention des observateurs, et sera lu avec intérêt.

Le nommé C..., âgé de cinquante ans, naquit dans le département de l'Aveyron, où il passa la plus grande partie de sa vie au milieu des privations et de la misère. Comme bien d'autres, cet homme s'imagina que Paris lui offrirait des ressources qu'il n'avait pu trouver dans son département; il vint donc à Paris, mais il y vint avec un organisme profondément débilité qui ne devait pas tarder à être le siége de troubles plus sérieux, et auquel devait peu contribuer à offrir des éléments de résistance aux causes morbides le métier que fit cet homme, et qui consistait à vendre par les rues des légumes et des fruits au milieu de la pluie, des brouillards et du froid. Aussi, après un court séjour à Paris, travaillant le jour au milieu de toutes les variations de la température, se nourrissant presque exclusivement de végétaux, couchant la nuit dans un taudis humide où ne pénétraient jamais ni l'air ni le soleil, cet homme, qui d'ailleurs, contrairement aux habitudes des gens de sa condition, ne faisait aucun abus de boissons alcooliques, fut atteint d'un ulcère siégeant au niveau de la malléole interne de la jambe droite, et, le 5 du mois de juillet dernier, il s'aperçut d'une enflure qui, d'abord limitée aux membres pelviens et aux parties génitales urinaires, s'irradia ensuite sur l'abdomen, sur le dos, sur les membres thoraciques et sur la face, sans avoir été précédé, sans être accompagné d'aucun des signes qui caractérisent une inflammation aiguë.

Le 11 juillet, il se décide à venir demander des soins à l'Hôtel-Dieu, et il est reçu au n° 51 de la salle Sainte-Madelaine, dans le service de M. Tardieu.

Examiné à la visite du 12, il présente l'état suivant:

Au niveau de la malléole interne de la jambe droite siége un ulcère de la largeur d'une pièce de cinq francs.

La face est infiltrée, ainsi que les parois abdominales et les jambes. Les téguments déprimés ne conservent pas l'empreinte des doigts.

Rien du côté de l'appareil digestif, pas même de l'inappétence.

Les fonctions des poumons s'exécutent régulièrement.

Les battements du cœur sont réguliers et sans bruits anormaux; seulement le volume de l'organe a un peu augmenté, circonstance qui n'est pas due à un état morbide, mais qui dépend des progrès de l'âge; car chacun sait qu'à mesure qu'on avance dans la vie le volume du cœur augmente, et à un point tel que, chez le vieillard, le cœur peut devenir une demi-fois plus considérable que chez l'adulte.

Quand on presse sur la région lombaire gauche, le malade accuse une douleur profonde et très obtuse.

Les urines sont claires et citrines, n'ont ni augmenté ni diminué de fréquence et de quantité; mais, traitées par l'acide nitrique et par la chaleur, elles laissent déposer de l'albumine. La soif n'a pas augmenté; l'appétit n'a pas diminué; le pouls est à 75 pulsations.

Tout fait voir qu'ici nous avons affaire à une maladie chronique de l'organe sécréteur de l'urine, et dont la nature ne saurait être douteuse si nous faisons entrer en ligne de compte, conjointement avec l'hydropisie et le dépôt d'albumine, d'autres altérations des urines, et qui consistent dans la diminution de l'urée, des phosphates et des urates, qui ne précipitent plus par l'acide oxalique.

Malgré les traitements employés, diurétiques et purgatifs, la maladie persista, toutefois avec quelques variations dans la marche de l'hydropisie, qui disparaissait quelquefois pour apparaître de nouveau.

Le 28 juillet, le malade est pris d'une forte fièvre. La soif est vive, l'appétit complétement nul, la miction difficile et douloureuse; les urines sont rouges, et donnent toujours un précipité d'albumine; la jambe droite est douloureuse; les ganglions de l'aine sont engorgés.

Le 29, un érysipèle s'est déclaré sur la jambe droite, et se limite au niveau de l'articulation fémoro-tibiale.

Du 29 juillet au 9 août, l'érysipèle disparaît.

Le 8, le malade présente tous les caractères d'une pneumonie. Langue sèche, brune et dure. Dyspnée; douleurs au côté gauche de la poitrine; râle crépitant, et matité à la base du poumon gauche.

Cette pneumonie a été rapidement guérie par les vésicatoires, et l'hydropisie ainsi que le dépôt d'albumine, qui avait disparu aussitôt la manifestation de cette inflammation du poumon, n'ont plus reparu. Aujourd'hui le malade demande à sortir.

Quelle conclusion tirer de cette brusque guérison de la néphrite albumineuse coïncidant avec cette double phlegmasie représentée d'une part par l'érysipèle, et de l'autre par la pneumonie? Certes, des faits nombreux sont nécessaires pour justifier une médication quelconque. Cependant nous pensons que ce fait que nous rapportons ici constitue tout au moins une indication utile; il doit engager le médecin, dans le traitement d'une néphrite albumineuse, à insister un peu plus qu'on ne le fait d'habitude sur la méthode révulsive. Pour nous, c'est en partie à cette double phlegmasie que notre malade a dû sa guérison; et si très souvent une phlegmasie qui se déclare dans un autre viscère ne peut enrayer le travail morbide qui se fait dans les reins, c'est que l'altération des reins est portée à un point tel qu'elle doit résister à tout traitement.

(*Gazette Médicale.*)

ASILE DES ALIÉNÉS DE MARÉVILLE.

Empoisonnement par les fleurs de pêcher.

Par M. A. Boriod, interne de l'asile.

Les circonstances qui ont accompagné la mort du malade dont on va lire l'observation un peu succincte ne sont peut-être pas assez précises pour autoriser un titre aussi nettement déterminé que celui inscrit par l'auteur en tête de son observation. Mais ce fait doit au moins exciter l'attention des médecins, et à ce titre nous croyons devoir lui donner place dans nos colonnes.

Théodore G... était un ancien militaire, âgé de trente-neuf ans. Taille moyenne, constitution forte, tempérament bilieux, sanguin, appétit vorace, mangeant tout ce qui lui tombait sous la main quand il pouvait éviter la surveillance la plus exacte; caractère sombre et taciturne; réponses brèves et insolentes, ne se plaignant d'ailleurs jamais de son séjour à Maréville.

Le 11 avril dernier, il se rend comme d'habitude aux travaux du jardin. Pendant la matinée, ingestion considérable de toutes sortes de fleurs, principalement de fleurs de pêcher; aussitôt survient de la céphalalgie, puis des convulsions épileptiformes et des vomissements considérables composés d'aliments, de fleurs de pêcher, d'impériale et de quelques racines entières de pourpier. Dans l'espace de vingt minutes, les convulsions alternent avec les vomissements, le corps est froid, le teint pâle, les traits déformés, la pupille large, le pouls irrégulier, presque imperceptible. Le malade ne peut se soutenir sur ses jambes: il est dans un anéantissement complet ou dans un état de contraction tétanique. Enfin, il expire vers midi au milieu d'une dernière et plus forte convulsion: la figure reste violacée, les yeux saillants et la bouche écumeuse.

A l'ouverture du cadavre, quarante-huit heures après le décès, injection du cuir chevelu, des membranes du cerveau et du cerveau lui-même; chaque incision fait couler un sang noir et abondant; les poumons en sont gorgés et les oreillettes du cœur remplies.

Intestins. — A l'extérieur, teinte rosée; à l'intérieur, la muqueuse présente quelques plaques rougeâtres plus prononcées dans l'estomac et qu'on ne peut attribuer qu'à l'huile essentielle qui accompagne toujours l'acide cyanhydrique, ce dernier ne laissant pas de trace d'inflammation. Plusieurs

lombrics de 5 à 8 centimètres de longueur existaient dans l'intestin grêle : c'est à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer la voracité de ce malade. Il mangeait bien au delà de sa ration, et c'était pour satisfaire son appétit, comme il a pu le dire, qu'il s'était ingéré toutes ces fleurs qui le tuèrent si rapidement.

L'effet toxique des fleurs de pêcher s'explique par l'action de l'acide cyanhydrique, qui, suivant qu'il est plus ou moins concentré, stupéfie le système nerveux plus ou moins rapidement et amène comme épiphénomène une stase veineuse dont la prolongation peut être considérée comme la cause prochaine de la mort. D'un autre côté les stupéfiants, quand ils sont étendus, ayant une action primitive fugace, quand ils ne foudroient pas, la première indication à suivre est de combattre par la saignée générale les phénomènes de stase consécutifs dont nous avons parlé. Dans un cas d'intoxication par l'eau de laurier-cerise, M. le docteur Renaudin a déjà obtenu le rétablissement complet du malade par l'emploi immédiat d'une saignée, dont le but était de ranimer la circulation.

(*Ann. médic.-psycholog.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 octobre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose de plusieurs états de vaccinations et de la statistique des décès dans la ville de Paris pendant le mois de septembre 1850.

Correspondance manuscrite. — Traitement des fièvres intermittentes.

M. Bouvier présente, au nom de M. Dermiguy, chirurgien-major au 39e de ligne, un compte-rendu de 6 cas de fièvre intermittente traités par l'écorce d'*adansonia digitata*; cette écorce n'a produit aucun effet appréciable, et le sulfate de quinine, administré ensuite, a coupé la fièvre en peu de jours.

— M. Bernier, médecin de l'hôpital de Sarreguemines, annonce qu'ayant traité plusieurs cas de fièvre intermittente par l'arsenic, il a vu, dans le plus grand nombre des cas, la maladie cesser après la première ou la deuxième prise.

Etablissement pour l'allaitement.

Mme Lemaitre adresse un projet d'établissement modèle d'allaitement. (Commissaires : MM. Danyau, Moreau, Fréd. Dubois.)

Influence du blanc de zinc sur la santé des ouvriers.

M. Bouchut, médecin du Bureau central des hôpitaux, lit un mémoire sur l'industrie et l'hygiène publique de la peinture au blanc de zinc.

Dans ce travail, l'auteur fait connaître les noms de ceux qui ont donné le jour à cette industrie, en commençant par Guyton de Morveaux et Courtois, en 1786. Il expose les procédés de fabrication de l'oxyde de zinc ou *cadmie artificielle*, et, secondairement, sa manutention pour en faire une couleur facile à employer dans les arts. Il discute les objections dont cette industrie a été l'objet, comparativement aux avantages de la peinture au plomb, et se prononce en faveur de la première.

Dans un second chapitre, M. Bouchut aborde la question relative à l'hygiène publique en étudiant les effets de la préparation de zinc, qu'il désigne sous le nom de phénomènes *cadmiques*. Il a étudié ces effets dans les usines d'Asnières et de La Villette, où a lieu cette fabrication, en interrogeant et visitant les ouvriers qu'on y emploie. Ces phénomènes sont de deux ordres : *dynamiques* et *mécaniques*.

Les premiers sont des troubles d'énervation fort intéressants, qui s'observent chez les ouvriers du four lorsqu'ils respirent les vapeurs invisibles et inodores du zinc en fusion; ils sont caractérisés par de la céphalalgie, un peu d'oppression, de courbature dans les cuisses, et d'agitation nocturne, fébrile ou apyrétique. Ces phénomènes sont éphémères, paraissent dans la journée, à la fin du travail, continuent la nuit, et cessent le lendemain matin, sans aucun traitement particulier, de manière à ne pas empêcher la reprise du travail; ils sont rares d'ailleurs, se manifestent de loin en loin chez les ouvriers, au début de leur apprentissage, et n'apparaissent plus lorsque ceux-ci ont pris l'habitude de l'usine.

Les phénomènes *mécaniques* de l'absorption d'oxyde de zinc, si l'on peut parler ainsi, sont le résultat de l'irritation des bronches et de la peau par la poussière d'oxyde de zinc. Quelques ouvriers souffrent lorsqu'ils avalent cette poussière; mais ils ne tardent pas à s'y habituer et ne toussent plus ensuite. La peau est le siége de quelques démangeaisons et de quelques papules. Elles sont surtout apparentes aux bourses, et cet accident est à ce point désagréable que les ouvriers enferment le scrotum dans un étui de toile.

M. Bouchut compare ensuite ces accidents *cadmiques* aux accidents saturnins, et fait voir la différence qui existe entre eux, à l'avantage de l'oxyde de zinc. Ici, quelques phénomènes éphémères de courbature et d'agitation nerveuse, de toux et d'angine, incapables de causer la mort; là, au contraire, des coliques violentes, l'intoxication générale, des paralysies partielles, du délire, de la folie, et trop souvent la mort. En effet, il n'y a que deux fabriques de céruse à Paris, et elles fournissent en moyenne, par année, aux hôpitaux, 300 malades et 11 morts.

Un dernier chapitre est consacré à un parallèle entre l'action physiologique de l'oxyde de zinc, qui est insoluble, et les autres préparations solubles de ce métal, telles que le citrate, le sulfate, l'acétate et le chlorure de zinc, dont les propriétés toxiques sont évidentes. C'est aux accidents déterminés par ces substances que M. Bouchut réserve exclusivement le nom d'*intoxication zincale*.

Traitement de la phthisie par l'iode.

M. Chartroule lit un mémoire sur le traitement de la phthisie par la vapeur d'iode. Il le termine par les conclusions suivantes :

1° L'emploi de l'iode administré sous différentes formes peut avoir, dans la curation des tubercules en général, et des tubercules pulmonaires en particulier, une grande utilité; il n'a aucun inconvénient.

2° C'est surtout vers les poumons qu'il est utile de porter ce médicament.

3° L'emploi de l'iode en vapeur n'exclut pas celui de l'iode en frictions et de l'iodure de potassium à l'intérieur.

4° On peut se servir avec avantage et des appareils contenant de l'iode, et des cigarettes renfermant une certaine quantité de cette substance.

5° Il est préférable d'employer l'iode que l'huile de foie de morue, qui est moins efficace et beaucoup plus désagréable à prendre.

6° L'usage de l'iode n'exclut pas celui d'un régime réparateur, de la respiration d'un air chaud et sec; en un mot, de tous les autres moyens qu'il peut être utile de prescrire aux phthisiques.

Cancer de la langue.

M. Huguier présente un malade auquel il a enlevé une tumeur cancéreuse de la base de la langue du côté gauche par un nouveau procédé que nous décrirons en détail.

Résection du coude.

M. Maisonneuve présente une femme chez laquelle il a pratiqué, il y a un an, une résection de l'extrémité inférieure de l'humérus, des extrémités supérieures du cubitus et du radius, pour une grave tumeur blanche du coude. La malade jouit aujourd'hui de tous les mouvements du membre supérieur; et, à une certaine distance, on ne voit aucune différence entre le membre sain et celui qui a subi une opération. L'examen attentif du coude permet de constater une disposition telle des surfaces osseuses, qu'elle rappelle beaucoup la disposition normale.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 octobre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Présence du sucre dans le foie et son rôle dans l'économie.

M. Cl. Bernard lit un mémoire sur une nouvelle fonction du foie chez l'homme et les animaux. Cette fonction consiste dans la sécrétion du sucre.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La présence du sucre dans l'organisme animal est un fait constant et indispensable dans l'accomplissement régulier des phénomènes nutritifs;

2° La présence du sucre chez les animaux n'est point liée à une alimentation déterminée, mais a lieu, au contraire, quels que soient les aliments dont se nourrisse l'animal; le sucre est produit dans le foie par une fonction spéciale de cet organe;

3° La formation du sucre dans le foie est sous la dépendance immédiate du système nerveux.

Embryogénie de l'espèce humaine.

M. Coste lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la gestation de l'espèce humaine*. Chez toutes les femmes pendant ou immédiatement après les règles, c'est-à-dire au moment où l'ovule était en état de maturation complète, M. Coste a trouvé la matrice pourvue d'une membrane muqueuse tellement épaisse que, si la constance du phénomène n'avait pas été la garantie de son état normal, on aurait supposé qu'il s'agissait d'une altération morbide.

Cette membrane, en grande partie formée par des glandules s'ouvrant à sa face interne par des orifices visibles à l'œil nu, avait non-seulement une épaisseur d'un quart ou d'un tiers de la couche musculeuse, mais dans certains cas même elle formait des circonvolutions ou des plis pressés les uns contre les autres dans la cavité utérine, qu'elle oblitérait presque entièrement.

Dans les cas de grossesse extra-utérine, cette membrane muqueuse peut prendre des proportions bien plus grandes encore. Elle forme alors des plis aussi volumineux que des circonvolutions cérébrales, et n'a quelquefois pas moins de 10 millimètres d'épaisseur.

D'après ces faits, il reste démontré que, toutes les fois qu'un ovule mûrit dans l'ovaire de la femme ou qu'il s'en détache la muqueuse utérine subit une évolution qui la prépare à le recevoir.

Cette première découverte étant mise hors de toute contestation, M. Coste a recherché si, chez ces mêmes femmes, les trompes utérines étaient libres et perméables dans toute leur longueur, de manière à pouvoir conduire l'ovule jusque dans la cavité de la matrice, ou si, comme les auteurs l'admettaient, elles étaient bouchées à leur entrée dans l'utérus par une pseudo-membrane qu'on supposait destinée à former la caduque. Cet examen l'a convaincu que, contrairement à la croyance commune, ces trompes restaient toujours ouvertes, et que par conséquent l'ovule peut tomber dans la cavité utérine et qu'il y tombe réellement, puisque jamais, en aucun temps, rien ne s'oppose à son passage. — Que devient-il quand il y est entré? C'est ce qu'apprennent les observations suivantes.

Sur des femmes suicidées du vingtième au trentième jour après la conception, M. Coste a toujours trouvé les trompes communiquant librement avec la cavité de l'utérus, la membrane muqueuse devenue plus épaisse, ayant la même organisation; mais l'œuf, au lieu de se trouver dans la cavité utérine, était enseveli dans la paroi même de la muqueuse; en sorte que, la matrice ouverte, on aurait pu croire qu'il n'y avait pas de grossesse. Chez la femme, la grossesse est donc, pour ainsi dire, normalement *interstitielle*.

Lorsque l'œuf s'est enseveli dans la paroi de la muqueuse hypertrophiée, il y grandit progressivement et distend la loge qui le renferme; cette loge se dilate à mesure et grandit aussi en proportion, faisant, par son côté libre, une saillie de plus en plus prononcée dans la cavité utérine, et, par le côté opposé, tenant à la couche musculeuse. Sa portion saillante dans la cavité utérine devient ce que les anatomistes désignent sous le nom de feuillet réfléchi de la caduque; la portion qui tient à la couche musculeuse forme leur caduque sérotine ou placentaire; le reste de la muqueuse constitue leur caduque pariétale ou utérine. Ces trois caduques ont, en effet, la même organisation que la muqueuse utérine dont elles procèdent, et ce n'est que par le progrès du développement qu'elles perdent les caractères de cette organisation.

Il n'est donc point nécessaire pour concevoir la formation de trois parties continues et contemporaines dont la caduque se compose d'avoir recours à l'hypothèse de la pseudo-membrane imaginée par Hunter; la muqueuse utérine suffit pour expliquer tous les phénomènes. Si la caduque utérine, la caduque réfléchie, la caduque sérotine ne sont autre chose que la muqueuse utérine modifiée par la gestation, il s'ensuit nécessairement que cette muqueuse doit s'exfolier après l'accouchement, car les trois parties de la caduque qu'elle forme se détachent avec l'œuf : c'est précisément ce qui arrive.

Lorsque les lochies ont purgé la matrice de tous les débris de la muqueuse exfoliée qui y tenaient encore et guéri la plaie que l'accouchement y avait faite, il se produit à sa face interne dénudée une végétation qui régénère cette muqueuse et rend l'organe propre à une nouvelle gestation.

Du phosphène dans l'amaurose.

M. Serre (d'Alais) envoie une troisième partie de son mémoire sur le phosphène dans l'amaurose. L'objet de ce nouveau mémoire est de rechercher comment ce phénomène se comporte dans la cécité et si son absence totale et prolongée peut constituer le caractère pathognomonique de la paralysie de la rétine. L'auteur résume ce mémoire dans les conclusions suivantes :

1° L'immobilité et la dilatation de la pupille, la perte complète ou incomplète de la vue, les caractères anatomiques pris ensemble ou isolément ne peuvent constituer, au dire des ophthalmologistes, le signe pathognomonique de l'amaurose.

2° Jusqu'à ce jour les effets complexes des substances toxiques agissant pathogénétiquement sur l'œil, n'ayant pas permis de distinguer s'ils retentissent sur le cerveau ou la rétine, ce mode d'exploration est et sera probablement d'une médiocre ressource pour le diagnostic de la paralysie de cette membrane, d'autant plus que les malades ne se prêteront pas facilement à l'ingestion de ces substances incommodes et dangereuses à manier.

3° L'absence de l'éclairage chatoyant dans le fond de l'œil ne saurait servir au diagnostic des maladies de la rétine et de ses paralysies.

4° Le moyen de diagnostic proposé par M. Brown-Séquart, et qui consiste à juger de l'étendue et de la position de la partie paralysée par celle de l'objet vu par le malade, très utile dans l'amblyopie partielle pure, n'est d'aucun avantage lorsque cette maladie est accompagnée d'une altération dans la transparence des milieux, et lorsqu'il y a amaurose complète.

5° L'électricité, contrairement à l'opinion de MM. Sarlandière et Martinet, qui regardent cet agent comme devant aider puissamment l'oculiste, sera rarement utile, parce que ce moyen d'exploration est incommode, difficile, douloureux, et, de plus, très infidèle; sa puissance d'action étant assez grande pour faire naître des étincelles et des flammes dans certains cas d'amaurose irrévocablement confirmée; c'est ce que prouvent les expériences de M. Magendie.

6° La teinte bleuâtre perçue par les amaurotiques électrisés ne saurait non plus devenir le signe de la paralysie de la rétine.

7° On distinguera le phosphène, au milieu des feux amorphes spontanés de l'œil amaurotique, par le lieu qu'il occupe et la forme qui le caractérise.

8° Le phosphène ne se montre jamais dans l'amaurose complète ni même dans celle où le patient ne conserve plus que le sentiment du jour et de la nuit. Seul, cet intéressant et simple phénomène, qu'on peut constater à toute heure du jour et de la nuit, sans autre appareil que l'index, constitue le signe auquel on reconnaît *à priori* l'insensibilité actuelle de la rétine, que la paralysie soit congestive, éréthique, torpide, organique; que la pupille soit dilatée, resserrée, totalement oblitérée, mobile ou immobile; qu'il reste encore un sentiment confus et vague de la lumière; qu'enfin la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, ses capsules, le corps vitré soient devenus profondément opaques; à travers ces complications, ces obstacles nombreux, la valeur de l'absence du phosphène reste et demeure la même.

9° Si l'anneau ne se produit pas, l'ophthalmologiste devra prendre les précautions les plus grandes avant d'affirmer un fait qui va être d'une si grande importance dans le diagnostic et le pronostic à porter, le traitement à suivre ou l'opération à pratiquer. Un jour et une nuit suffisent à l'accomplissement de l'exploration par le phosphène dans les circonstances les plus difficiles, et à la fixation de son résultat définitif. Toutefois, cette temporisation, conseillée par une prudence extrême, peut avoir des inconvénients dans certains cas aigus d'amaurose foudroyante imminente; un retard de quelques heures laisse s'organiser alors d'irréparables désordres.

Système nerveux des insectes.

M. Félix Dujardin lit un mémoire sur le système nerveux des insectes. Des faits contenus dans ce mémoire, il résulterait : 1° que chez certains animaux articulés il existe un véritable cerveau dont la structure et le volume sont en rapport avec le développement des facultés intellectuelles; 2° que ce cerveau ou ganglion sus-œsophagien contient des corps sy-

métriques de forme complexe bien déterminée; les corps pédonculés, qui sont entourés plus ou moins complétement par une substance corticale, pulpeuse, laquelle, relativement moins considérable chez les insectes les plus intelligents, prédomine au contraire chez ceux où l'intelligence est masquée par l'instinct, et se trouve seule chez les insectes qui n'ont point d'autres facultés que l'instinct. 3° Enfin la même substance pulpeuse paraît constituer exclusivement aussi les ganglions du thorax et de l'abdomen qui doivent régir et coordonner des actes purement instinctifs.

Sur la présence de la caséine et les variations de ses proportions dans le sang de l'homme et des animaux.

MM. Natalis Guillot et Félix Leblanc envoient une nouvelle note sur la présence de la caséine dans le sang des nourrices; fait qui a été de leur part l'objet de nouvelles recherches beaucoup plus étendues.

Voici les nouvelles conclusions qu'ils ont été conduits à formuler:

1° La présence de la caséine en dissolution dans le sang de l'homme, de la femme et des divers animaux est un fait normal (taureau, bœuf, vache, bouc, chèvre, bélier, mouton, brebis, chien, etc.).

2° Les proportions de caséine varient suivant les animaux, le sexe et suivant diverses circonstances d'alimentation, de santé ou de maladie, comme on le verra plus bas.

Ces variations ont une amplitude qui dépasse de beaucoup celles des éléments constitutifs du sang dosés dans les analyses de ce liquide.

3° C'est à l'époque de la gestation, peu de temps avant la parturition, et pendant l'allaitement que la proportion de caséine se trouve à son maximum chez la femme et chez les femelles des divers animaux.

4° Pendant la vie intra-utérine, la nutrition du fœtus paraît se faire, au moins en partie, par la caséine, qu'on retrouve assez abondamment dans le placenta et que nous avons extraite aussi du cordon.

5° Dans certains cas pathologiques, la proportion de caséine diminue beaucoup, même dans le sang des femmes enceintes ou nourrices. La caséine peut même cesser d'être appréciable aux réactifs. C'est ce qui a été constaté chez des femmes enceintes ou récemment accouchées et atteintes d'érysipèle, d'anasarque, de pleuro-pneumonie, de pleurésie, de péritonite, de fièvre puerpérale, etc. Ce sont des circonstances morbides analogues qui expliquent l'absence de la caséine dans le sang des enfants morts nouveau-nés; tandis que le sang des nouveau-nés vivants, enfants ou animaux, en contient beaucoup.

6° Les animaux castrés (bœuf, mouton) nous ayant présenté une proportion assez notable de caséine, nous nous sommes demandé si chez les animaux entiers le même fait se reproduisait. L'expérience faite sur le sang de taureau et sur le sang de bélier nous a indiqué de la caséine en proportion notable; cependant, nous avons remarqué pour le sang de taureau des différences marquées d'un individu à l'autre.

Le sang d'un verrat ne nous a pas donné du tout de caséine, tandis que le sang d'une truie non pleine en a fourni de petites quantités.

7° Nous nous sommes dès lors demandé si l'état de jeune ou d'alimentation pouvait exercer une influence sur la proportion de caséine contenue à un moment donné dans le sang d'un même animal.

Pour décider la question, nous avons fait les expériences suivantes, dont les résultats ont paru très nets:

Deux chiens ont été saignés d'abord à jeun depuis dix-huit heures, ensuite une heure après un repas assez copieux. Dans les deux cas, la différence de proportion en faveur de la caséine a été notable, lorsque le sang provenait de l'animal bien nourri.

8° La caséine constitue-t-elle un aliment plus apte à l'assimilation que les autres matières albumineuses? On serait tenté de le croire en rapprochant les derniers faits que nous venons de citer des phénomènes de la nutrition chez le fœtus aux dépens d'un liquide sanguin riche en caséine.

9° En définitive, c'est dans le sang des femmes en lactation et saines que la caséine se trouve à la proportion la plus élevée, et le sang recueilli dans ces conditions se prête parfaitement à l'extraction de la caséine. Les procédés d'extraction et de purification sont au moins aussi simples que s'il s'agissait de l'extraire du lait.

10° Il sera curieux d'examiner comparativement le sang des femelles en lactation et la richesse en caséine de leur lait.

11° Plusieurs observateurs ont signalé chez l'homme et chez les animaux des productions anormales ou morbides de liquides lactescents qui, examinés par plusieurs chimistes, ont paru contenir divers éléments du lait. Nous croyons que les conclusions rapportées dans cette note sont de nature à éclairer ces faits restés obscurs jusqu'à ce jour.

— M. Landouzy écrit ses nouvelles observations qui le confirment de plus en plus dans son opinion sur la constance de l'amaurose *au début* de l'albuminurie.

CORRESPONDANCE.

Polype vaginal chez une fille âgée et vierge. — Excision par M. le docteur Avrard.

La Rochelle, 1er octobre 1850.

Monsieur et très honoré confrère,

Le fait publié dans votre numéro du 28 septembre par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) m'engage à vous communiquer une observation de polype vaginal, dans laquelle le mode d'exploration fut plus facile, et le manuel opératoire différent.

Le 6 septembre dernier, se présenta à ma consultation une femme qui me dit éprouver des douleurs très fortes dans le bas des reins, la région rénale gauche, l'hypogastre et sur le rectum. La vulve, dans toute son étendue, était le siége de cuissons tellement fortes, que la malade ne pouvait s'empêcher de se gratter jusqu'à faire saigner, et que depuis plusieurs semaines elle passait les nuits presque sans sommeil. Il y avait une leucorrhée abondante et des urines sédimenteuses dont l'émission était si pénible, que la malade ne pouvait se retenir de crier.

Sous l'influence de cet état général, la malade ne pouvait presque plus manger et digérait fort mal. En un mot, et pour résumer son affreuse position de santé, elle me dit que, si elle n'était pas retenue par des idées religieuses, elle se jetterait à l'eau.

Les douleurs des reins du côté gauche et le sédiment des urines avaient fait porter le diagnostic d'affection calculeuse et de coliques néphrétiques.

Le début de ces accidents remontait à huit ans, époque de la cessation des règles; depuis trois mois ils présentaient l'intensité que je leur trouvais.

Avec de telles données il était difficile de porter un diagnostic précis. Cependant, m'occupant d'une manière particulière des maladies des organes génito-urinaires chez la femme, je pensai, procédant comme toujours par voie d'exclusion, que j'avais affaire ou à un polype urétral, maladie si fréquente, ou à un polype soit du vagin, soit de l'utérus. En conséquence, je demandai l'examen direct des organes génitaux.

La malade me dit alors qu'elle était vierge, bien qu'âgée de cinquante-six ans. Cette femme est hideuse et manchote par suite de brûlures à la face et au bras droit, et de plus bossue. Après de nombreux refus elle se décida, et je pus constater: un érithème intense du pénil, des grandes lèvres et de la partie supérieure interne des cuisses; un état fongueux et livide du méat urinaire, mais sans polype, au moins apparent; une coloration violet-foncé des petites lèvres avec turgescence, telle qu'elles dépassaient les grandes. L'hymen existait, bien conformé et rigide, comme il l'est toujours à un âge avancé.

L'indicateur put, en exécutant un mouvement de rotation sur son axe, pénétrer jusqu'au col. Bien que la partie supérieure du doigt fût étranglée par l'hymen et partant la sensibilité de cet organe diminuée, je pus constater à la réunion de la paroi antérieure du vagin et de la face antérieure du col, qui avait conservé sa forme, sa densité et son poli, une tumeur allongée et mobile, mais ferme comme le col, dont l'orifice, situé plus en arrière que la base de la tumeur, offrait la sensation si bien dépeinte par A. Dubois. Il me fut possible, bien qu'avec peine, tant à cause des cris et des mouvements de la malade, qui était étendue dans un fauteuil, que par l'engourdissement du doigt, de contourner la tumeur et de constater qu'elle avait environ 1 centimètre de diamètre à son pédicule, 2 et demi à sa base et une longueur de 0m,03. Le retrait du doigt fut suivi de l'issue d'une matière albumineuse jaunâtre infecte.

Avec tous les ménagements et les égards dus à une femme aussi souffrante, je dis à ma malade qu'elle avait besoin d'une opération. A la nouvelle que l'opération la débarrasserait en peu de jours de ses atroces douleurs et désirant garder l'incognito, la malade me dit qu'elle voulait être opérée le même jour et chez moi si c'était possible. J'adhérai à sa demande, ayant ainsi pour aide une vieille fille qui l'accompagnait.

Ayant pratiqué de semblables opérations déjà plusieurs fois par excision sans accidents consécutifs et l'excision étant beaucoup plus facile dans les conditions où j'étais que la ligature, je me décidai pour la première, bien qu'elle m'offrît moins de sécurité.

L'appareil instrumental se composa de ciseaux courbes sur le plat, d'une longue pince porte-charpie, dont je me sers ordinairement pour le pansement des affections utérines, et d'un *speculum ani* à développement plein, celui que j'emploie exclusivement pour le traitement des maladies de matrice chez les femmes vierges, qui (soit dit en passant) sont plus souvent atteintes qu'on ne le croit généralement de lésions traumatiques ou spontanées des organes génitaux internes.

Si l'introduction du spéculum fut assez facile et pas très douloureuse, son développement fut très pénible pour la malade, qui, malgré un rare courage, ne put retenir des cris rappelant ceux de la parturition. Le spéculum ayant été introduit le manche en bas, le développement exécuté, l'embout retiré et les deux branches fixées sur leur curseur au moyen de la vis, je désarticulai la valve mobile, et le polype, qui n'avait pu s'engager dans le spéculum avec le col utérin, vint se placer de lui-même dans la gouttière formée par les deux valves fixes, de telle façon que, pendant que mon aide maintenait le manche du spéculum, je pus saisir la base de la tumeur avec mes pinces à extrémités mousses et dentelées sur leurs faces correspondantes, et, rasant avec la convexité de mes ciseaux courbes la paroi antérieure du vagin, qui ne s'engageait presque pas dans la gouttière du spéculum, j'excisai le pédicule avec une facilité d'autant plus grande qu'à l'aide d'un mouvement d'élévation de la main droite, qui tenait les ciseaux, je refoulai en avant la partie correspondante du vagin et mesurai de l'œil les dimensions de la tumeur: j'opérai ainsi *cito et tuto*.

L'enlèvement de la tumeur fut immédiatement suivi d'une hémorrhagie très abondante, qu'un *second* tamponnement, fait un quart d'heure après l'opération et sans nouvelle application du spéculum, put seul arrêter. Le sang continua encore à couler pendant quelques heures après que la malade fut rentrée chez elle, mais en petite quantité. Une partie de la charpie fut retirée vingt-quatre heures et le reste quarante-huit heures après l'opération; l'hémorrhagie ne reparut pas. Des injections de sulfate de zinc, à la dose de 20,00 par litre d'eau, firent disparaître en quinze jours la vulvo-vaginite suraiguë déterminée par le polype, et avec elle cessèrent toutes les souffrances de cette malheureuse femme, dont les difformités physiques sont largement compensées par les qualités morales, et surtout par une fermeté et un courage vraiment très rares.

Dix jours après l'excision du polype vaginal, j'ai constaté, à l'aide du spéculum d'Itard, qu'il n'y avait pas de polype urétral. Je dirai, en passant, que je ne connais rien de plus commode que cet instrument pour savoir s'il y a des polypes profondément situés dans l'urètre et opérer *de visu*, la production polypeuse devant inévitablement s'engager entre les deux valves de l'instrument quand elles sont écartées et que l'on imprime un mouvement de circumduction aux branches extérieures. Le spéculum d'Itard m'a donné aussi plusieurs fois la facilité de voir des ulcérations de la muqueuse nasale, que sans lui je n'aurais pu constater et, entre autres cas, il y a quelques semaines, chez une femme atteinte de morve chronique.

Agréez, etc.

AVRARD, D.-M.-P.

NOUVELLES.

Les cours à l'Ecole de pharmacie, premier semestre de l'année scolaire 1850-1851, ouvriront le 5 novembre.

— On lit dans l'*Akhbar* du 15 octobre:

« Des lettres, que nous recevons de l'intérieur, nous permettent de donner à nos lecteurs quelques renseignements nouveaux sur la marche du choléra. L'épidémie est sur tous les points en pleine décroissance. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 127. (23e ANNEE.) SAMEDI 26 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Fracture de la base du crâne. Diagnostic douteux. Guérison probable. — Parmi toutes les fractures, on sait que celles de la base du crâne se font remarquer par une gravité extrême et par les difficultés de leur diagnostic. Ces difficultés étaient telles il y a peu d'années encore que Boyer, dans son immortel ouvrage, n'avait pas cru devoir tenter de les vaincre, et qu'il ne fait aucune mention spéciale de ces fractures. Grâce aux travaux de plusieurs observateurs modernes, de MM. Robert et Laugier en particulier, la lacune laissée par Boyer a pu être comblée par son fils dans une savante note ajoutée à l'ouvrage de son père, et le diagnostic de plusieurs des fractures de la base du crâne peut aujourd'hui être établi d'une manière aussi positive que celui des fractures des membres. Quelques-uns cependant font encore exception, comme, par exemple, celles de la voûte orbitaire. On a cependant donné comme signe très important de ces dernières un épanchement sanguin dans le tissu cellulaire, et les faits récemment observés sont en effet de nature à donner une grande confiance dans ce phénomène. Il y a dans ce moment dans les salles de M. le professeur Velpeau un malade qui a présenté ce symptôme d'une manière très prononcée, et qui nous semble digne de l'attention des praticiens.

Cet homme, âgé de trente-huit ans, exerçant la profession de fumiste, tomba d'un cinquième étage le 27 septembre 1850. Il fut immédiatement conduit à l'hôpital et fut admis au n° 51 de la salle Sainte-Vierge, service de M. le professeur Velpeau ; il était sans connaissance.

Aucune fracture ne put être constatée ni sur les membres, ni ailleurs ; une ecchymose d'un rouge bleuâtre-foncé existait dans le tissu sous-conjonctival de la moitié interne de l'œil droit. Il n'y avait d'ailleurs aucun écoulement sanguin ou seulement sanguinolent par l'oreille, par le nez, ni par la bouche. Il existait une demi-résolution générale, plus marquée néanmoins à droite, surtout au membre supérieur ; la face, de côté, offrait aussi un degré remarquable de paralysie. La jambe droite était fortement tuméfiée, et le coude-pied en outre ecchymosé. — Etat de somnolence qui n'est qu'incomplétement interrompu par une vive impression communiquée au malade ; expression d'hébétude ; réponses difficiles et vagues ; enduit blanc et épais sur la langue ; soif vive. On prescrit douze sangsues à la région mastoïdienne droite.

Le 27, tous les symptômes que nous avons mentionnés s'étaient amendés, sauf l'épanchement sanguin, qui s'était étendu. — On prescrit le calomel à l'intérieur à dose purgative.

Le 2 octobre, tous les symptômes ont éprouvé une nouvelle amélioration, à l'exception de l'épanchement, qui couvre toute la sclérotique.

Le 6, une salivation abondante s'établit.

Le 12, gencives très rouges et gonflées ; langue tellement tuméfiée qu'à peine peut-elle se mouvoir dans la cavité buccale ; une couche diphthéritique recouvre toute la muqueuse de la bouche. — Les phénomènes de paralysie, au contraire, ont presque entièrement disparu ; le bras droit est aussi fort que le gauche, et l'expression de la physionomie est, à très peu de chose près, naturelle.

Le 24, les symptômes de stomatite ont disparu. Il reste une grande faiblesse, mais qui ne paraît pas plus marquée à droite qu'à gauche. Il reste une déviation à peine sensible de la bouche quand le malade ouvre cet orifice : la langue se tire droite. Il reste encore un léger épanchement d'un rouge-vif dans le tissu cellulaire de la partie externe de l'œil.

A quelle lésion a-t-on affaire dans ce cas ? Il est impossible de le dire d'une manière positive. La prompte amélioration des phénomènes de paralysie, leur disparition graduelle et continue doivent nécessairement faire penser à une commotion pure et simple. D'un autre côté, la prédominance des symptômes morbides à droite, l'épanchement sanguin dans l'œil droit rendent très probable l'existence d'une lésion locale, et particulièrement d'une fracture de la voûte orbitaire. Le malade étant arrivé aujourd'hui sans fièvre au vingt-huitième jour de l'accident, il est à espérer que l'autopsie ne permettra pas de transformer en certitude les probabilités que nous venons de mentionner. Cependant, vingt-huit jours sont encore insuffisants pour dissiper toutes les craintes, et ce ne sera tout au plus que dans une quinzaine de jours qu'on pourra être complétement rassuré. Quoi qu'il arrive, ce fait n'en restera pas moins digne de l'attention des praticiens.

Constipation opiniâtre. Obstruction intestinale ? — La constipation, qui n'est le plus souvent qu'un symptôme peu important, soit qu'il se trouve associé à plusieurs autres, soit qu'il existe seul, prend quelquefois par sa ténacité toute l'importance d'une véritable maladie et doit absorber toute l'attention du médecin. Dans ces cas, ce phénomène peut dépendre d'un obstacle au cours des matières ou bien être, comme on le dit, idiopathique, c'est-à-dire dû à des causes non matérielles et qui restent encore inappréciées. Le plus souvent, il est très facile de distinguer l'un de l'autre ces deux genres de constipation ; mais dans quelques cas aussi leur diagnostic reste fort incertain, ce qui est toujours très fâcheux pour le pronostic et quelquefois aussi pour la thérapeutique. Un cas de cette nature se trouve en ce moment dans le service de M. le professeur Cruveilhier.

Une femme âgée de trente-cinq ans, entrée le 11 octobre 1850 au n° 4 de la salle Saint-Raphaël, est affectée d'une constipation opiniâtre depuis un an ; elle donne les renseignements suivants sur le développement de sa maladie.

Il y a un an, étant au premier jour de ses règles, qui durent habituellement cinq jours, elle se retint pendant très longtemps d'une envie pressante d'uriner ; après qu'elle eut satisfait ce besoin, les règles, qui coulaient très abondamment, se supprimèrent sans autre cause appréciable que la contrainte qu'elle s'était imposée. Elle fut prise en même temps d'une fièvre assez forte et de douleurs de ventre pour lesquelles on lui conseilla d'entrer à l'hôpital, ce qu'elle fit le 8 juillet. Quelques jours après son entrée, une diarrhée s'ajouta aux autres symptômes et dura jusqu'à sa sortie de l'hôpital, le 30 septembre. Son état était alors beaucoup plus grave qu'au moment de l'entrée ; néanmoins elle se remit chez elle en quelques semaines. Mais, après la guérison, il resta, au lieu de la diarrhée, une constipation qui est devenue de plus en plus opiniâtre. Cette constipation pourtant n'était pas complète. La malade allait à la garde-robe presque tous les jours ; seulement elle ne rendait qu'une ou deux boules fécales très dures, quoiqu'elle mangeât beaucoup. Pendant quatre, cinq ou six jours le ventre grossissait, devenait de plus en plus douloureux, après quoi une selle abondante soulageait la malade. Puis une nouvelle période semblable à la précédente s'accomplissait, et ainsi de suite. C'est encore de cette manière que les phénomènes se succédaient quand la malade est entrée à l'hôpital ; seulement la crise était devenue de plus en plus difficile. La santé générale est d'ailleurs notablement altérée ; une fièvre plus ou moins intense accompagne habituellement la constipation, surtout dans les deux derniers jours de la période. Le facies est d'un jaune-terreux ; il y a un certain degré d'amaigrissement.

Le toucher rectal fait constater une ampoule rectale assez développée au-dessus de l'anus, et, plus haut que l'ampoule, des replis saillants dans l'intérieur de l'intestin, mais qui ne paraissent en obstruer en rien la lumière.

A quelle affection a-t-on affaire ? Est-ce à une constipation idiopathique ? est-ce à une obstruction intestinale ? A ce degré d'opiniâtreté, ce symptôme est rarement idiopathique, surtout quand il affecte une marche aussi régulière. D'autre part, lorsqu'il existe une obstruction assez prononcée pour causer une telle constipation, il est rare que les matières ne portent pas l'empreinte du rétrécissement qu'elles traversent avant d'arriver à l'extérieur. Dans ce cas-ci, rien de semblable n'a lieu. Il faudrait donc admettre que le rétrécissement est situé très haut, et que les matières ont encore le temps de se mouler dans le trajet qui leur reste à parcourir depuis l'obstacle jusqu'à l'anus. Cette supposition est loin d'être impossible, et M. le professeur Cruveilhier ne l'a point écartée, au contraire.

Quoi qu'il en soit, un premier purgatif a déjà produit les meilleurs résultats. Si la constipation est idiopathique, il est probable que les purgatifs qu'on pourra administrer encore ne seront pas moins avantageux, et que même, comme il arrive souvent en pareille circonstance, ils finiront par guérir la malade. Dans le cas contraire, ces purgatifs resteront bientôt sans effet, fatigueront même, et l'on sera obligé d'y renoncer, soit pour avoir recours à des moyens chirurgicaux, soit, ce qui est plus probable, pour abandonner avec regret la maladie aux ressources de la nature, au moins jusqu'à ce que des accidents funestes deviennent imminents.

DU TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE
par la cautérisation de l'oreille.

Avant que cet étrange moyen de guérison, qui vient d'intriguer si vivement les physiologistes et étonner quelque peu

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des effets physiologiques du sulfate de quinine; par le Dr LEMAISTRE. (Thèse de Paris.)

Névrologie, ou Description et Iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme; par MM. Ludovic HIRSCHFELD et LÉVEILLÉ. (Livraisons 2, 3 et 4.)

Parmi les médicaments auxquels on pourrait donner le nom de médicaments *modernes*, le sulfate de quinine est certainement un de ceux qui ont rendu le plus de services à la thérapeutique, qui ont été le plus souvent employés, et aussi le mieux et le plus scrupuleusement étudiés. Et cependant tout n'a pas été dit sur cette précieuse préparation. Des nombreux expérimentateurs qui s'en sont occupés, les uns ont agi sur les animaux, et ces expériences ont toujours nécessité des opérations, la ligature de l'œsophage, qui les ont placés dans de mauvaises conditions, outre qu'il n'est souvent pas exact de conclure des animaux à l'homme.

D'autres ont agi sur l'homme malade, et ceux-là ont pu prendre des faits pathologiques pour des faits physiologiques. Le plus petit nombre, avec Giacomini, ont expérimenté sur eux-mêmes à l'état de santé, et l'on peut dire que c'est la seule classe qui se soit mise dans la bonne voie. C'est sur vingt-deux malades observés par lui cette année dans le service du professeur Andral que l'auteur de cette dissertation a recueilli les résultats dont il fait le sujet de sa thèse. Ces malades avaient tous des affections qui, bien que morbides, n'influent que peu sur les fonctions générales, de sorte que l'on peut croire que le médicament a dû agir sur eux comme sur l'homme sain.

Le médicament a été toujours administré à l'état de bisulfate dans 100 gram. d'eau distillée et 30 gram. de sirop, à la dose de 0,60 à 8 gram. par jour. Les doses les plus ordinaires étaient de 1 à 6 gram. La durée du traitement n'a pas dépassé huit jours. C'est principalement sur les appareils digestif, circulatoire et le système nerveux qu'ont porté les recherches de M. Lemaistre.

Appareil digestif. — Amertume de la bouche, inappétence, surtout chez ceux qui éprouvaient des phénomènes nerveux, ce qui semblerait prouver qu'elle est due aux troubles cérébraux, qui réagissent sympathiquement sur l'estomac. Dans un certain nombre de cas, nausées, rarement suivies de vomissements ; lorsqu'ils ont eu lieu, ceux-ci ont paru dépendre encore des troubles cérébraux, et s'être produits par nn effet sympathique, quelquefois même sous l'influence d'une légère irritation de l'estomac. Jamais l'auteur n'a rencontré ces graves irritations gastro-intestinales signalées par M. Monneret. Le plus ordinairement, il y avait une légère constipation qui persistait trois ou quatre jours après la cessation du remède.

Circulation. — C'est surtout l'action du sel quinique sur le système circulatoire qui est aujourd'hui l'objet des discussions les plus animées. D'unc part, M. Bretonneau a écrit que le premier effet du médicament était de développer un mouvement fébrile suivi de sueur. D'autre part, l'Ecole italienne prétend qu'un effet tout contraire est observé, et que le nombre des pulsations est toujours diminué. Ce dernier résultat a été confirmé par les recherches de MM. Blache, Kapeler, Briquet, chez l'homme malade, d'où l'on a cru pouvoir conclure à l'homme sain.

Les faits nombreux observés par M. Lemaistre paraissent lui avoir démontré que lc sulfate de quinine n'a pas d'action sur le pouls à l'état normal. De ces faits, analysés avec le plus grand soin et classés en diverses catégories, il résulte : 1° que, sur huit sujets à l'état physiologique, le pouls n'a jamais baissé, pendant l'emploi du sel, au-dessous du chiffre *minimum* compté avant l'expérience ; 2° que, sur des pouls au-dessus de l'état physiologique (14 cas) et quel qu'ait été le nombre des pulsations avant l'administration du sel, il n'a jamais baissé au-dessous de sa moyenne normale.

Pour les sécrétions, urines et sueurs, M. Lemaistre n'a noté aucune modification, soit en plus, soit en moins. Quant à la présence du sulfate de quinine dans les urines, présence que M. Piorry dit avoir constatée une demi-heure après l'ingestion, M. Legroux quatre heures après et M. Monneret au bout de vingt minutes, l'auteur de la dissertation dit ne l'avoir jamais trouvé avant trois heures après l'ingestinn ; le plus souvent, c'était au bout de cinq heures seulement. Lorsqu'il l'a rencontré plus tôt, c'est que le médicament avait été donné à des sujets qui l'avaient pris au moment des repas. Alors, M. Lemaistre a trouvé le sulfate de quinine au bout de trois quarts d'heure ou d'une heure. Les observations relatives à l'élimination du sel hors de l'économie ont démontré qu'il y reste à peu près constamment vingt-quatre heures.

Système nerveux. — Les plus importants des phénomènes qui se produisent sous l'influence du sulfate de quinine sont ceux dont le siége est le système nerveux et les organes des sens. Le plus fréquent, et le premier, c'est le trouble de l'ouïe ; tantôt des bourdonnements, des tintements d'oreilles ; tantôt des bruissements comparés à l'eau courante, au sifflement du vent. En même temps, obscurité de l'ouïe ; souvent illusions ou hallucinations de l'ouïe. Jamais de surdité absolue.

La vue n'a été que rarement affectée.

Après de fortes doses, il survenait des vertiges, titubations, lipothymies ; tendance au sommeil, rêves fatigants, intelligence obtuse. Plusieurs malades ont éprouvé un commencement d'anesthésie, une diminution de forces bien évidente.

Les premiers troubles se manifestaient d'une heure à quatre heures après la première cuillerée ; ils devenaient plus intenses le deuxième jour, en général, en raison de l'accumulation du médicament ; leur durée était, en général aussi, peu considérable.

D'après les faits observés et recueillis par lui, voici les conclusions que M. Lemaistre croit pouvoir tirer : 1° que le sulfate de quinine n'a aucune influence sur la circulation à l'état normal, mais que toute son action, ou à peu près, se passe du côté des fonctions de l'innervation qu'il déprime, qu'il abat ; 2° que, si quelques auteurs l'ont regardé comme un sédatif de la circulation, c'est qu'ils ont conclu d'un effet pathologique à un effet physiologique, et que, dans les différents cas observés, il y avait l'élément douleur qui n'a pas été pris en considération.

Dans quels cas, en effet, le sulfate de quinine fait-il baisser le nombre des pulsations ? Dans le rhumatisme aigu, celle de toutes les pyrexies inflammatoires où l'élément douleur joue le plus grand

les pathologistes, ne soit complétement banni de la classe des agents thérapeutiques, et ne soit retourné aux pays d'où on l'a fait venir avec quelque bruit, hâtons-nous d'en dire quelques mots et de rechercher consciencieusement quels ont été, jusqu'à présent, les résultats qu'il a pu produire et l'influence réelle qu'il a pu exercer sur la cure d'une maladie souvent bien difficile à guérir. On a déjà pratiqué, dans les différents hôpitaux de Paris, un assez grand nombre de ces opérations pour pouvoir se livrer déjà à quelques réflexions critiques sur l'emploi d'un moyen que l'expérience nous avait transmis. Ce n'est pas que je veuille mal juger les moyens empiriques appliqués à la thérapeutique; l'empirisme a rendu trop de services à l'art médical pour que les médecins ne s'inclinent pas devant lui et ne le remercient de bien des succès inespérés qu'ils lui doivent.

Je ne veux pas faire ici le résumé statistique des cautérisations que l'on a pratiquées dans les différents hôpitaux, et arriver ainsi à une conclusion complétement fausse. Je veux me borner à examiner avec soin les faits dont nous avons été témoin, et qui ont été assez nombreux pour me permettre les réflexions que leur résultat définitif m'autorise de hasarder ici. Il est bien démontré maintenant que certaines sciatiques ont été guéries par l'emploi de ce moyen, par la cautérisation de la racine de l'hélix.

Les médecins on chirurgiens qui ont pratiqué de ces sortes d'opérations, et, on peut le dire, à leur corps défendant, ont constaté ces faits. Je dirai même plus, c'est que non-seulement quelques-unes de ces sciatiques ont été guéries instantanément, mais je dois ajouter que plusieurs de ces guérisons ont duré assez longtemps pour que la cure ait été complète. (Je ne puis rien dire encore des récidives.) Le plus généralement, la guérison n'a duré qu'un certain nombre de jours; mais enfin, toujours est-il que le malade, dans un certain nombre de cas, a été guéri de sa douleur immédiatement, et tellement soulagé dans les premiers temps de la maladie, que pas un d'eux ne se serait refusé à se soumettre à une nouvelle opération pour obtenir la même amélioration. Plusieurs malades y ont gagné du soulagement seulement, et du soulagement peu marqué généralement. D'autres enfin, et je crains que ce ne soit le plus grand nombre, n'ont eu aucune espèce d'amélioration dans leur état. Je dois dire même qu'au moment où j'écris ces lignes il a été pratiqué à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Rostan, suppléé par M. Vigla, une série de cautérisations qui ont échoué toutes de la manière la plus complète.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que tous les cas de sciatique ont été chez tous les malades constatés avec un soin extrême; que chez presque tous la douleur était véritablement intense; que, dans quelques cas seulement, la sciatique datait de plusieurs mois, et qu'enfin l'opération a été faite avec tout le soin et l'habileté désirables par M. Jobert (de Lamballe), et en dernier lieu par M. Gosselin.

En résumé, il a été bien évident que dans certains cas la cautérisation a produit une guérison merveilleuse; que dans d'autres le succès a été douteux; et enfin, que, généralement, l'opération a eu le résultat que les physiologistes ont été, on peut le dire, fort satisfaits de constater, c'est-à-dire qu'elle a complétement échoué.

Est-il possible d'expliquer une différence si singulière, et devons-nous rester encore dans le merveilleux que nous ont inspiré les premières cautérisations que nous avons vu réussir. Je ne pense pas que nous puissions rester dans cette voie, et sans vouloir chercher à expliquer pourquoi et comment la cautérisation d'une certaine partie de l'oreille, ou même d'une autre partie de la peau du corps, arrive à guérir la sciatique, nous pouvons, du moins, tâcher d'expliquer les différences de résultats, et cela, en posant le diagnostic d'une manière plus positive des différentes espèces et variétés de sciatique, et en tenant compte de l'influence étiologique de la sciatique, état de choses qui peut nous donner peut-être la clef de la différence des résultats obtenus. Nous laisserons aux physiologistes et aux anatomistes le soin de découvrir de plus gros filets nerveux que ceux qu'ils nous ont indiqués, et qui établissent une communication plus palpable entre les nerfs de l'oreille et le nerf sciatique. Ces anastomoses nerveuses ne peuvent évidemment pas suffire, et ne sont pas assez généralement acceptées pour que nous puissions en tenir compte. Tous les nerfs du corps viennent former de semblables anastomoses et constituer ce qu'on appelle généralement le système nerveux, qui offre dans toutes ses parties, dans tous les endroits où on l'examine, des connexions pour le moins aussi intimes que celles que l'on a pu constater dans cette circonstance. Hâtons-nous de le dire, la question physiologique dans la cure de la sciatique par la cautérisation de l'oreille a pu dérouter les hommes le plus versés dans la connaissance des fonctions du système nerveux; aussi est-ce avec une sorte de joie, et, nous devons le dire, à la gloire de la science, que l'on voit maintenant réussir moins souvent un moyen qui pourra, selon les indications néanmoins, être invoqué et employé dans certaines circonstances.

Je crois donc qu'il y a, pour la réussite de ce moyen, de véritables indications; je ne me permettrai pas de l'affirmer, parce que je ne puis et ne veux juger et apprécier l'emploi de ce moyen que d'après les cas que j'ai observés; mais je veux me contenter de reproduire ici les remarques que j'ai pu faire à propos des cas que j'ai constatés; remarques qui m'ont été signalées par la différence des résultats obtenus, malgré l'emploi constant du même moyen; nous arrivons donc évidemment à une question du diagnostic.

La sciatique, ou mieux la douleur sciatique, reconnaît des formes et des variétés très différentes, qui toutes sont produites par des causes essentiellement diverses. Cette douleur, qui s'étend sur le trajet du nerf sciatique et se propage jusque dans ses ramifications, reconnaît pour cause soit une maladie du nerf lui-même, soit une véritable névralgie, affection non inflammatoire, remarquable par l'intensité de la douleur, phénomène qui prédomine toute la maladie, soit une inflammation du nerf, ou mieux de l'enveloppe qui le recouvre, ou même du tissu cellulaire dans lequel il est situé.

Dans beaucoup de cas, et on peut dire dans la plupart, la névralgie sciatique n'existe que par le fait d'une compression d'une partie de ce nerf; dans l'état de grossesse, la pression que l'utérus, développé par le produit de la conception, vient exercer sur l'origine de ce nerf, peut très souvent déterminer la douleur sciatique; des tumeurs de diverses natures, développées dans le petit bassin, telles que les hypertrophies de l'utérus; les tumeurs développées dans l'intestin, et notamment l'accumulation de matières fécales dans certaines parties du tube intestinal, sont des causes fréquentes de la détermination de cette maladie. On voit aussi souvent se développer cette affection sous l'influence du froid et des violences extérieures. Enfin nous devons ranger dans un autre ordre de causes la sciatique qui se lie à l'état rhumatismal ou à l'état goutteux.

Il est inutile de rappeler ici l'influence énorme qu'apportent l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, l'habitation, l'alimentation, les saisons, etc., etc., sur la production de cette maladie.

On voit donc, par ce rapide exposé des causes qui peuvent produire cette maladie, qu'il n'en est peut-être pas qui se manifestent sous des influences plus diverses, et qui par conséquent puissent offrir dans leur manifestation des manières plus opposées. Eh bien! c'est peut-être dans ces conditions si diverses que nous devons chercher la différence si grande qui existe entre la réussite des différents moyens de traitement employés pour guérir cette affection. En émettant cette proposition, nous nous rapprochons évidemment des véritables règles qui doivent dominer la saine pathologie, et en posant un diagnostic plus serré, nous arrivons à baser un traitement dans les meilleures conditions de réussite. Telle n'est pas généralement la marche que l'on a suivie pour expérimenter convenablement un moyen de traitement qui a pu faire un instant quelque bruit dans le monde médical à cause de son étrangeté, et par suite du singulier résultat qu'il a produit dans quelques circonstances. D'un autre côté, puisqu'on expérimentait, on a bien fait d'employer le moyen proposé dans tous les cas, quels qu'ils fussent, puisque maintenant, sans qu'il soit possible de rien conclure d'une manière positive de l'emploi de ce moyen, nous pouvons peut-être déjà expliquer pourquoi dans certaines certaines circonstances il a produit des effets si merveilleux, tandis que dans la plupart des cas les malades ont eu en plus de leur maladie la racine de l'hélix plus ou moins profondément cautérisée.

Je crois que généralement, dans toutes les cautérisations que l'on a faites, on n'a pas assez tenu compte de l'état général du malade et de la cause qui donnait évidemment à la forme de la maladie des caractères tranchés. En effet, que voulez-vous que fasse une légère brûlure à l'oreille pour guérir une douleur sciatique, une névralgie sciatique, produite par la compression de ce nerf, compression qui peut être faite par des tumeurs développées dans le petit bassin, pour des sciatiques de nature rhumatismale ou inflammatoire, etc.? n'avons-nous pas dans tous ces cas une indication bien formelle, bien positive, pour le traitement? J'ai vu dans d'autres circonstances ce moyen ne pas réussir, quand on a voulu guérir des sciatiques anciennes liées à un état goutteux, à une diathèse rhumatismale, dont la sciatique n'était en quelque sorte qu'un symptôme de plus, qu'un véritable épiphénomène. Dans d'autres cas, on a cautérisé des oreilles chez des individus qui présentaient, outre les accidents douloureux du côté du nerf sciatique, d'autres phénomènes qui affectaient le système nerveux en général et chez lesquels il y avait évidemment des lésions des nerfs de divers ordres.

Ce n'est généralement que dans les névralgies franches, idiopathiques, caractérisées par une douleur vive avec ses exacerbations, ses points douloureux, sans réaction fébrile; c'est, dis-je, dans ces cas généralement que j'ai remarqué les bons effets de la cautérisation de la racine de l'hélix. Je ne prétends pas émettre cette idée sous forme de proposition. Je ne puis encore que signaler cette remarque que j'ai pu faire, et diriger l'attention des pathologistes et des expérimentateurs dans un sens qui se rapproche davantage de la vérité. On sait que dans certains cas, dans les expériences faites par exemple sur la cure des fièvres intermittentes par les préparations arsenicales, on sait que des médecins sont arrivés avec des masses de faits prouvant que le spécifique de la fièvre intermittente, le quinquina, pouvait presque être remplacé avec avantage par l'arsenic. De nouvelles expérimentations, faites par des hommes distingués qui s'étaient appuyés sur un diagnostic plus rationnel, ont prouvé en définitive que quelques fièvres intermittentes, dans certaines conditions, pouvaient guérir seules ou du moins être modifiées avantageusement, et tellement, que la rate elle-même diminuait de volume, tandis que, dans les véritables fièvres intermittentes bien acquises, l'arsenic ne produisait que des phénomènes de phlogose qui interdisaient au médecin prudent l'administration plus longtemps prolongée de cet agent thérapeutique.

Je crois que maintenant, si l'on veut chercher à élucider parfaitement la question de la cautérisation de l'oreille et lui ôter tout ce qu'elle peut avoir d'étrange et de merveilleux, il faut véritablement la travailler et l'expérimenter de manière à ne pas se priver peut-être d'un moyen qui a eu évidemment des résultats des plus avantageux.

Loin de moi l'idée de vouloir défendre l'emploi de ce moyen, qui me paraît par-dessus tout rationnellement absurde; mais il serait fâcheux que des insuccès vinssent priver les médecins d'un moyen de soulager leurs malades, ne fût-ce que pour un temps fort limité.

Je reconnaîtrai, tant qu'on le voudra, que le moyen employé est irrationnel, absurde, dérisoire; mais il est des faits qui ont existé et contre l'évidence desquels il est impossible de se poser. Ne concluons rien si l'on veut, mais cherchons à apprécier; plus tard on pourra peut-être arriver à la vérité.

Maintenant que devons-nous penser de ce singulier moyen? La plupart des chirurgiens qui ont pratiqué cette cautérisation y ont été portés parce qu'ils savaient que dans certains cas l'emploi de ce moyen avait procuré une guérison instantanée. Ils arrivaient donc sans idées préconçues, sans savoir autre chose sinon qu'ils allaient pratiquer une opération assez bizarre dans ses résultats, dans son procédé, et en quelque sorte attirés et poussés par l'étrangeté du mode opératoire.

---

rôle. Mais alors le sulfate de quinine agit en calmant, en engourdissant la douleur qui surexcitait le mouvement fébrile, d'où sédation de celui-ci, mais d'une manière secondaire, et la preuve, c'est que le premier effet du médicament, dans cette maladie, c'est de calmer la douleur. Toutes les fois qu'il n'y a pas douleur augmentant le nombre des pulsations, le sulfate de quinine ne le fait pas diminuer.

L'auteur de cet intéressant travail, qui est le résumé de plus d'une année de recherches incessantes et le fruit d'une observation de tous les jours, termine sa dissertation par trois faits détaillés, qui sont comme la preuve des assertions émises dans le cours de son mémoire.

Toutes concises qu'elles sont, les observations faites par M. Lemaistre sont d'une haute valeur. Notre jeune confrère a bien mérité de la science en lui apportant son tribut, dont ne peuvent manquer de faire usage les thérapeutistes qui s'occuperont, à l'avenir, de l'histoire de ce précieux médicament.

Névrologie, ou *Description et Iconographie du système nerveux et des organes des sens de l'homme*; par MM. Ludovic Hirschfeld et Léveillé. (Livraisons 2, 3 et 4.)

Nous avons, il y a quelques mois, rendu compte dans un de nos feuilletons bibliographiques de la publication du premier fascicule de cet ouvrage. Nous avons résumé le plan de l'auteur, et nous avons indiqué sommairement les principales circonstances qui différencient son livre de ceux qui ont été jusqu'ici composés sur le même sujet. Aujourd'hui que quatre livraisons ont paru, c'est-à-dire près de la moitié du travail entier, nous devons consacrer un second article à l'examen des parties récemment publiées, et entrer dans quelques détails au sujet des principaux articles qu'elles renferment. Les planches et le texte étant liés ensemble par les connexions les plus intimes, nous ne les séparerons pas dans l'examen que nous voulons en faire.

Après l'étude de l'encéphale considéré à l'extérieur, et de la moelle épinière envisagée tant dans ses dispositions anatomiques que dans sa structure intime, l'auteur aborde la description si difficile, tant de fois faite déjà, et pourtant si féconde encore en découvertes nouvelles, de l'encéphale dans son ensemble et dans ses détails les plus délicats et les plus minutieux. Et d'abord, nous trouvons un excellent chapitre sur la manière d'étudier l'encéphale, que M. Hirschfeld croit avoir été jusqu'à ce jour incomplétement présentée, ou du moins d'une manière assez peu facile à comprendre pour que les élèves ne saisissent pas tout d'abord les rapports des parties entre elles et les connexions intimes qui les relient les unes aux autres. La méthode de l'auteur nous paraît et plus simple et plus intelligible que celle des auteurs qui l'ont précédé.

Les descriptions particulières commencent par la moelle allongée, dont la texture est surtout l'objet de recherches minutieuses. Nous y avons remarqué plusieurs points de dissemblance complète entre les opinions de l'auteur et celles d'hommes qui ont une certaine réputation et passent pour des autorités en pareille matière. C'est ainsi, par exemple, que M. Hirschfeld nie l'entrecroisement des fibres qui forment le sillon médian de la paroi antérieure du quatrième ventricule, entrecroisement admis par M. Foville.

Nous ne pouvons ici décrire dans tous leurs détails les figures qui composent l'atlas névrologique dont nous rendons compte. Contentons-nous d'indiquer par un mot les figures les plus importantes des principales planches. Ainsi l'on trouve, planche 17, des coupes destinées à faire voir la communication des 3e et 4e ventricules; planche 20, une vue de la voûte à trois piliers par sa face inférieure; planche 21, une représentation des plus exactes du corps calleux et de ses fibres, figure à l'aide de laquelle l'auteur démontre que le corps calleux est constitué par des fibres qui aboutissent aux circonvolutions ou qui en émanent, et qu'il constitue une véritable commissure des hémisphères, et non, comme on l'a prétendu, une commissure des pédoncules cérébraux.

L'étude des circonvolutions est toujours une chose assez difficile et compliquée. M. Hirschfeld, après avoir cité longuement et apprécié les travaux de ses devanciers, a cherché à simplifier ces descriptions, en mettant à profit les recherches faites antérieurement, et sans y rester servilement attaché.

On lira avec intérêt un chapitre étendu sur les nerfs et le système nerveux périphérique considéré en général, et un autre sur les ganglions nerveux, leur classification, leur structure et leur préparation. Et, à ce propos, rappelons une disposition importante introduite par l'auteur dans son *Traité de Névrologie*, et sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention, c'est que chaque description est accompagnée d'un paragraphe distinct consacré à la préparation, exposé de la manière la plus simple, la plus claire et la mieux conçue, pour servir de guide au scalpel encore inexpérimenté de l'élève.

Un des grands mérites de M. Hirschfeld dans la disposition des figures de son atlas, c'est d'avoir fait en sorte, quand il s'occupe des nerfs, par exemple, que la description graphique d'un nerf donné soit autant que possible complète dans une planche; c'est ainsi que nous pourrions citer à la planche 26 trois figures dans lesquelles se trouve entièrement représenté dans son trajet et dans ses rapports le filet ethmoïdal de la branche nasale du nerf ophthalmique de Willis; à la planche 27, une réunion de cinq figures destinées au nerf maxillaire supérieur. Nous signalerons également les planches 31, qui renferme le glosso-pharyngien, et 32-36 destinées à l'étude du pneumogastrique du côté gauche et du côté droit depuis son origine jusqu'à sa terminaison.

Certes, nous ne pouvons nous dissimuler qu'un pareil exposé est bien aride et bien ingrat; mais est-il possible, à moins de disposer d'un espace aussi étendu presque que le travail original, de rendre compte d'une autre façon d'un livre de cette espèce? Nous ne le pensons pas. Nous devons simplement ici faire l'énumération des points traités, signaler autant que possible ce qu'il y a de neuf et d'original dans l'ouvrage, et terminer en disant que anatomiste et dessinateur ont attaché leur nom à un travail qui restera longtemps encore un des meilleurs guides dans l'étude directe et l'interprétation de l'anatomie du système nerveux.

Dr A. Foucart.

On écrit de Cassel, le 20 octobre:

« Le choléra, qui règne ici depuis six semaines, a sévi d'une manière extraordinaire dans ces derniers jours. Il enlève vingt personnes par jour. Suivant la liste officielle de décès, cent quatre personnes sont mortes, dans les six derniers jours, à Cassel et dans les faubourgs. En temps ordinaire, la mortalité n'aurait pas dépassé vingt personnes. »

Un certain nombre d'oreilles ont été cautérisées en vue de guérir la sciatique. Dans quelques cas, l'opération a été suivie d'un succès étonnant; tel malade qui éprouvait des douleurs extrêmement vives au moindre mouvement volontaire ou involontaire a pu remuer la jambe malade, l'agiter en tous sens, la mouvoir, enfin marcher, sans éprouver, le plus ordinairement, qu'un engourdissement tellement léger qu'il n'y faisait aucune attention, surtout s'il venait à comparer cette faible douleur à celle qui lui arrachait des cris l'instant précédent. Le soulagement avait été nul pour le plus grand nombre et l'opération n'avait eu aucune action sur la douleur sciatique.

On peut se demander à quoi tient cette singulière différence : faut-il l'attribuer au manuel opératoire? Les anastomoses nerveuses ne seraient-elles pas les mêmes chez tous les individus? Je pense, en somme, que nous devons plutôt examiner avec soin si cette différence n'est pas le fait des variétés que j'ai déjà signalées dans les sciatiques d'espèces diverses, et il est probable que nous devons, en définitive, réduire cette question à une meilleure appréciation diagnostique. C'est ce que nous allons maintenant chercher à élucider.

Et, d'abord, il est bien certain que le manuel opératoire n'est pour rien dans la guérison du malade affecté de sciatique. J'ai vu des chirurgiens opérer : les uns ont pu cautériser rapidement, les autres plus lentement et plus profondément. La cautérisation, qu'elle ait été profonde ou superficielle, a été faite, le résultat qu'on se propose obtenu : la guérison devait avoir lieu si le moyen était bon. Nous pouvons donc affirmer que le procédé opératoire n'est pour rien dans la réussite de l'opération.

Ne trouvant dans le remède rien de satisfaisant pour expliquer le but de la médication, on a cherché partout plutôt que d'accuser son ignorance, et l'on a prétendu que l'impression de l'appareil opératoire, la vue d'un fourneau rempli de charbons ardents, d'un fer rougi à blanc, que l'émotion morale, la sensation d'une douleur assez vive avaient pu avoir quelque influence pour détourner la douleur et la fixer sur un autre point. Eh bien ! cela n'est pas, évidemment.

J'ai vu des malades très effrayés ne pas être soulagés, tandis que ceux qui paraissaient désirer l'opération et ne pas la redouter avaient été guéris immédiatement. Dans certains cas, les chirurgiens ont eu beau prendre leur plus grosse voix et vouloir persuader aux malades qu'ils étaient guéris, leur influence, je dirais presque magnétique, est restée sans effet, et les malades n'ont pas voulu se rendre à leurs raisons; la douleur persistait dans la jambe malgré celle que la cautérisation avait produite.

Ainsi l'influence morale, et qui évidemment est un moyen d'action très direct, puisqu'un médecin de l'hôpital Saint-Louis faisait marcher ses malades affectés de sciatique à l'aide d'un fouet, puisque à l'incendie de l'hôpital de Lyon les paralytiques purent se sauver à toutes jambes (ajoutons cependant que dans ces cas la maladie revenait immédiatement après la cessation des moyens d'action); ainsi l'influence morale, que l'on avait pu invoquer comme moyen d'action sur la sciatique, est restée évidemment nulle et sans effet dans la plupart des cas.

J'admettrais plus volontiers le déplacement de la douleur, déplacement qui agirait d'autant plus activement qu'à un moment donné la douleur de l'oreille est plus vive que celle de la jambe et doit la faire oublier complétement. Je crois qu'en effet l'impression de la douleur et probablement aussi le changement de nature de la douleur ont été peut-être pour quelque chose dans la réussite de l'opération. On sait, en effet, que certains prurits insupportables sont notablement modifiés et disparaissent, momentanément du moins, lorsqu'on vient à provoquer en se grattant une douleur plus violente et plus franche. On ne fait dans ce cas que modifier véritablement la nature de la douleur. On produit quelque chose d'analogue en cautérisant l'oreille; seulement la douleur est en quelque sorte révulsive ou dérivative, si l'on veut, c'est-à-dire qu'elle est plus vive pour un moment que celle de la sciatique et qu'elle est située loin du lieu où elle est le plus vivement ressentie.

Je crois qu'il faut tenir compte de ce premier point, et il est bien certain que la douleur a un effet non douteux sur la guérison de la sciatique, car c'est au moment où cette douleur est produite que le malade éprouve du soulagement; en outre, on a pu remarquer généralement que la durée de la douleur a une influence réelle sur la durée de la guérison. On a pu croire que dans la production de la douleur était tout le secret de la guérison, et on a cherché à produire cette douleur d'une autre manière. On sait que dans certaines névralgies, et dans la névralgie dentaire particulièrement, on en était arrivé, chez les anciens, à la soulager en coupant un peu du lobule de l'oreille, opération que M. Jobert (de Lamballe) a pratiquée dans le même but et qui lui a réussi dans quelques circonstances. La douleur provoquée à la racine de l'hélix a été produite à l'aide de la galvanisation; cette douleur est beaucoup plus vive que celle produite par la cautérisation à l'aide du fer rouge, et peut acquérir toute l'intensité que l'on est en droit de désirer. Plusieurs malades ont été soumis à l'influence de cette vive douleur, et, chez quelques-uns, il y a eu, immédiatement après l'opération, un soulagement assez marqué, mais de peu de durée; après quelques heures, la douleur sciatique était complétement revenue, et la modification heureuse avait été trop passagère. Il y a seulement, dans ce fait, un point intéressant à observer; c'est que, dans les différents cas que l'on a pu suivre, la durée de la guérison a été proportionnée à la durée de la douleur. La douleur produite par l'application du galvanisme n'a duré à peu près que de deux à quatre heures, et n'a été vive qu'au moment de l'emploi de ce moyen; la durée du soulagement n'a été que de trois à six heures. Dans les autres cas, où l'oreille a été brûlée plus complétement, la douleur, très vive au moment de la cautérisation, dure une grande partie de la journée, puis s'affaiblit; mais elle persiste pendant une huitaine de jours, en donnant lieu à un bourdonnement légèrement douloureux qui ne cesse guère que lorsque l'eschare produite par la brûlure est tombée, ou jusqu'à ce que la suppuration de la petite plaie ait été tarie et remplacée par une cicatrice qui n'a laissé jusqu'à présent aucune difformité. Il me paraît à peu près positif qu'il y a entre ces deux effets une certaine corrélation qu'il a été possible de constater. Et cependant cette explication peut-elle nous suffire? Evidemment non. C'est avec quelque peine que nous avons découvert cette espèce de relation entre ces deux phénomènes, et nous n'y attachons, en somme, qu'une importance médiocre; car, si la douleur devait produire l'effet que nous avons signalé, pourquoi n'aurait-elle pas la même action dans tous les cas, et pourquoi n'offrirait-elle, en définitive, que des différences dans les degrés d'action, pourquoi n'aurait-elle pas la même influence dans tous les cas? Pourquoi cette action, qui est produite de la même manière, n'est-elle pas la même dans toutes les circonstances?

Nous devons donc chercher ailleurs la cause de cette singulière différence d'action; nous l'avons, je crois, fait pressentir au début, en disant que toutes les sciatiques ne se ressemblaient pas et qu'il y avait entre elles des variétés portant sur la nature de l'affection, variétés qui peuvent jusqu'à un certain point rendre compte des différences que l'on a constatées et qui ont pu étonner les praticiens qui ont mis en usage ce singulier moyen. Il est évident que l'emploi des meilleurs agents thérapeutiques mal appliqués doit presque inévitablement conduire à des insuccès; lorsque l'indication thérapeutique n'a pas été comprise, que le remède a été à côté du mal, que la cause de la maladie n'a pas été atteinte, le résultat obtenu doit être nul dans son efficacité, s'il n'a été nuisible ou dangereux. En cautérisant toutes les oreilles qui se sont présentées dans le but de guérir la sciatique, sans tenir compte des différences, des formes et des variétés, on devait fatalement arriver au résultat que nous avons constaté maintenant, c'est-à-dire que l'on guérit dans certains cas et que l'on échoue dans d'autres; c'est absolument comme si on voulait, à l'aide du même moyen employé très rationnellement dans d'autres circonstances, guérir toutes les sciatiques. Les antiphlogistiques guériraient les unes et ne donneraient aucun soulagement aux autres; les vésicatoires, les révulsifs locaux, les bains de vapeur, qui agissent dans certains cas d'une manière héroïque, devraient nécessairement échouer dans des cas où ils ne sont pas convenablement appliqués. Les saignées à haute dose, qui guérissent d'une manière presque constante les affections inflammatoires, les pneumonies, par exemple, ne peuvent dans certaines pneumonies triompher de la maladie. Nous trouverons un exemple plus frappant de ce que j'avance dans les maladies moins franches dans leur essentialité, dans le rhumatisme, par exemple, que l'on guérit tantôt par les antiphlogistiques, tantôt par le sulfate de quinine, tantôt par le nitrate de potasse, et par d'autres agents thérapeutiques encore. Tout le secret de la réussite, dans ces cas, est dans l'appréciation exacte et réfléchie de la nature de la cause, des symptômes et des nuances si diverses des différents états pathologiques.

Ch. Frémy.

(La suite à un prochain numéro).

(La suite à un prochain numéro).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er août 1850. — Présidence de M. Fouquier.

La correspondance comprend :

1° Une brochure intitulée : *Séance de la Société nationale de Médecine de Lyon du 28 janvier 1850.* — Rapporteur : M. Masson.

2° *Du traitement des fièvres intermittentes à Alger*, par M. le docteur Bertherand. — Rapporteur : M. Terrier.

3° Un rapport sur l'épidémie de choléra-morbus qui a régné à Nîmes en 1849. — Rapporteur : M. Chalut.

— M. Péoelaboroe lit un rapport sur un cas de pathologie dentaire que M. Magitot a adressé à la Société. L'auteur de cette observation rapporte qu'ayant eu à extraire à une dame de trente-six à quarante ans la seconde grosse molaire de la mâchoire supérieure du côté droit, il parvint d'abord à en opérer la luxation sans grande difficulté; mais, ayant voulu achever l'extraction avec une pince, il rencontra alors un obstacle qu'il n'avait pu prévoir : à cette dent était soudée la dent de sagesse restée dans l'épaisseur de l'os maxillaire et dans une position presque perpendiculaire à la racine de la molaire en question. Pour les extraire toutes deux, il fut obligé, à l'aide d'un bistouri, de faire l'ablation de toute la partie de la gencive qui recouvrait la dent de sagesse à laquelle elle était adhérente. Après quelques considérations sur les divers modes d'union et d'accollement des dents portant tantôt sur la couronne, tantôt sur la racine, et avoir rappelé les principales opinions des auteurs relatives à la manière dont ils supposent que se produisent ces sortes d'anomalies, M. Magitot explique ainsi la production anormale qui fait l'objet de sa communication :

« Cette réunion, selon moi, est la conséquence de l'inflammation du périoste d'abord de la dent malade. Cette inflammation aura détruit par absorption la cloison alvéolaire qui la séparait de la dent de sagesse, aura atteint le périoste de cette dernière et se sera enfin terminée par ossification du périoste des deux dents. »

Diagnostic difficile. Mort inexpliquée.

M. Tanchou communique à la Société l'observation suivante :

« M. G..., rue du Mont-Thabor, robuste, âgé de cinquante-quatre ans, dans une position aisée, faisant usage d'un bon régime, s'occupant de quelques affaires et de gérer sa propre fortune, rentre chez lui le 8 du mois dernier, à l'heure du dîner, bien portant; il mange avec appétit un plat de viande et un autre de légumes; il boit, comme à son ordinaire, une demi-bouteille de vin Quelques instants après, il est pris de douleurs dans l'estomac, qui deviennent intolérables et lui arrachent des cris. On me fait appeler, j'arrive à neuf heures du soir. Le malade avait vomi une partie de son dîner après du thé qu'on lui avait fait prendre; il se tordait sur son lit et accusait une douleur déchirante et profonde dans la région de l'estomac et la partie inférieure de la poitrine; les extrémités, inférieures surtout, étaient froides; douleurs extrêmement vives dans les poignets. Malgré cela, le pouls était calme, ordinaire, à 68-72, et semblait appartenir à un individu qui n'était pas malade; la respiration était un peu gênée; le ventre ballonné et légèrement tendu; la face était rouge et animée; les yeux conservaient leur éclat et leur vivacité accoutumés.

» J'ordonnai des frictions sèches et des sinapismes sur les membres, un liniment avec de l'ammoniaque, du chloroforme et de l'huile sur la région de l'estomac, une potion éthérée. Le malade vomit de nouveau à plusieurs reprises, se plaint constamment d'une gêne épigastrique et de vives douleurs dans les poignets. Cependant, peu à peu cet état s'améliore, et je quitte M. G... à onze heures avec un peu de disposition au sommeil. La nuit fut mauvaise et agitée; mêmes symptômes que la veille, mais à un moindre degré. La journée du 9 se passa exactement de même; le pouls était calme; la respiration un peu gênée. Le malade prit du thé alternativement et une tisane amère.

» Le 10 au matin, même état; sentiment de faiblesse; le ventre, l'estomac surtout, étaient ballonnés; éructations sans goût ni odeur. Lavement laxatif et un peu de magnésie; le malade refuse les boissons; la langue sale et très saburrale; je pense à un purgatif pour le lendemain, et je permets un peu de bouillon de poulet. La voix est affaiblie. Le même jour à neuf heures du soir, le pouls est faible et lent, le visage un peu décoloré; les membres, qui s'étaient un peu réchauffés, sont redevenus froids. La voix est cassée; la langue, à la lumière, paraît bleuâtre; le malade se plaint d'une faiblesse extrême et demande des *réconfortants*. Un peu de bouillon de bœuf, qui est pris avec plaisir et passe bien.

» Le 11, le malade est entièrement décoloré, le visage abattu, les yeux enfoncés et moins expressifs. Le pouls de la radiale est nul des deux côtés; et si on écoute le cœur en même temps qu'on cherche le pouls, on croit sentir un petit mouvement artériel, parce qu'on sait qu'il doit exister. Les mouvements du cœur sont petits, distincts, espacés, sans précipitation, de 60 à 68. La respiration est toujours gênée; l'air pénètre au sommet du poumon; mais à la base, râle crépitant. Il n'y a point de battements à la tibiale, presque pas à la poplitée; ils sont très faible à la crurale. Gonflement du ventre sans dureté; froid très prononcé aux extrémités. Le malade, au contraire, éprouve de la chaleur intérieure; la langue est cyanosée; faiblesse extrême. Cependant il se lève facilement sur son séant. La position de ses bras dans le lit ou sur la tête fait croire qu'il est en santé; il demande, et on lui accorde du vin et du bouillon à plusieurs reprises. Promener de nouveau des sinapismes, masser les membres pour les réchauffer. — Potion avec l'eau de menthe et l'esprit de Mendérer; frictions ammoniacales sur l'épigastre. Cependant, justement alarmé et préoccupé de cet état, je demande une consultation. M. Trousseau ne se rend pas plus que moi compte de ce qui se passe, et ne change absolument rien à la médication.

Le soir, même état; une selle provoquée par un lavement; très peu d'urine; celle-ci est rouge-acajou; la plaie des sinapismes est très rouge. Ceux qu'on avait mis les jours précédents sont d'une couleur marbrée, comme ecchymosée. — Même traitement.

» Le 12, au matin, peu ou point de sommeil pendant la nuit; rêvasseries; un peu de délire. Même état que la veille; l'abattement plus prononcé; pas de pouls; même embarras dans la poitrine et dans la respiration; pas d'urine; froid persistant; cyanose de la langue, qui est chaude. Je demande une nouvelle consultation : MM. Louis, Gendrin et moi, nous nous réunissons à trois heures. Rien n'est changé dans le diagnostic, ou plutôt, nul diagnostic n'est porté. On ne change rien à la médication. Le malade s'était levé dans la journée; il avait marché seul, pris du pain émietté dans du vin; plusieurs bouillons; un peu de vin de Madère étendu, du punch fort léger, le tout avec plaisir et sans accident. A neuf heures du soir il meurt sans agonie, sans qu'on s'en aperçoive, c'est-à-dire qu'à cette même heure j'arrive, le malade avait auprès de lui sa famille, qui avait remarqué que depuis un instant il était tranquille. Je m'approche, j'examine; il était mort!...

» Que s'est-il passé dans cette maladie? En quoi consiste-t-elle? Il est évident que dès les premiers accidents et jusqu'à la fin, la réaction qui a lieu après le repas ou après l'injestion de boissons chaudes ou stimulantes n'a pas eu lieu; de là l'expulsion des aliments et la persévérance du refroidissement des extrémités, quoiqu'à des degrés différents.

» Le désordre était dans la circulation ou l'innervation, sans doute; mais où et comment a-t-il commencé? S'est-il formé un caillot de sang, et celui-ci s'est-il arrêté dans le voisinage du cœur? Mais cet organe battait fort tranquille, non tumultueux, non inégal, non saccadé. Il s'est montré faible dans l'origine, il est vrai. Serait-ce donc une inertie, un affaiblissement dans sa contractilité?..... Une inertie du cœur dans les circonstances où se trouvait M. G... ne se comprend guère. Etait-ce une attaque de choléra, de choléra sec? Mais y a-t-il réellement un choléra sec, c'est-à-dire sans vomissement ni gardes-robes spécifiques ou particulières?... Il y avait de la cyanose, il est vrai, mais seulement de la langue et des parties sigillées par les sinapismes. Il n'y a point eu de crampes; la voix était cassée; mais le choléra est-il la seule maladie où ces symptômes se montrent? Enfin le visage n'était pas décomposé, comme il l'est dans cette maladie. Il y avait peu d'urine, il est vrai; mais d'une part le malade buvait peu, et de l'autre son urine n'offrait aucun caractère susceptible de fixer l'attention; enfin la réaction ne se faisait pas plus, je le répète, sur les organes inférieurs qu'à la périphérie. En un mot, je me perds en conjectures et en recherches mentales, sans aboutir à rien, et c'est pour m'éclairer que je soumets cette observation à votre expérience et à votre examen. »

Suivant M. Dupertuis, le malade aurait succombé à une affection aiguë de l'estomac et des intestins.

M. Bossu pense que c'est une variété de choléra.

— M. Pertus rapporte l'observation d'une petite fille âgée de dix à onze ans, atteinte d'une affection caractérisée par de violentes palpitations accompagnées fréquemment d'imminences de suffocation. Il existait au cœur un bruit de souffle très prononcé; l'examen de la poitrine ne révéla aucune lésion. Malgré l'emploi de moyens appropriés à cet état morbide, tels que la digitaline et les préparations ferrugineuses, l'état de la malade ne s'améliorant pas, plusieurs confrères furent appelés, et en dernier lieu M. Guersant. Comme les palpitations continuaient ainsi que les menaces de suffocation, le père de la petite malade alla chercher un officier de santé, qui prescrivit l'application de 15 sangsues sur la région précordiale. Le lendemain, les sangsues coulaient encore que l'enfant expirait. M. Pertus rapporte ce fait pour faire voir le danger qu'il y a à s'impatienter dans le traitement d'une maladie et à se confier à des mains inhabiles.

M. Fouquier se rappelle avoir fait appliquer 12 sangsues à un enfant de dix ans atteint d'une pleurésie. On eut l'imprudence de laisser couler le sang jusqu'au lendemain. Le malade était dans un état d'anémie complète. M. Fouquier se hâta d'arrêter l'écoulement du sang. Il ne parvint à réchapper le malade qu'en lui donnant pour toute tisane du bouillon coupé; encore resta-t-il pendant six mois anémique et d'une pâleur de linge.

M. Guersant. L'observation que M. Pertus a rapportée plus haut est dans le but de faire voir combien l'impatience des parents peut devenir funeste aux malades. Nous fûmes d'accord pour reconnaître que l'enfant était chlorotique, et que, loin d'ôter du sang, il y avait indication d'en refaire avec les ferrugineux et les analeptiques. Notre honorable président a signalé un fait qui prouve le danger de laisser couler trop longtemps les sangsues chez les enfants, même dans les cas où elles sont le mieux indiquées.

M. Bossu croit que les sangsues coulent moins aux pieds, et qu'il y a moins à craindre, en les appliquant à cette région, l'excès de perte de sang.

M. Pertus fut appelé pour donner des soins à une jeune personne âgée de dix-huit ans, affectée d'une amygdalite. Il prescrivit l'application de 15 sangsues, des révulsifs sur les extrémités inférieures, et de temps en temps une cuillerée à bouche d'une potion émétisée. L'une des amygdales s'abcéda, ce qui produisit un soulagement tel que M. Pertus regarda la malade comme complétement hors de danger; cependant, l'autre amygdale était recouverte d'une pseudo-membrane. Dans la nuit suivante, il y eut une agitation considérable; un médecin fut appelé, qui conseilla de continuer le même traitement. Le lendemain, M. Pertus trouva la malade agitée, mais moins que dans la nuit. Il avait fait prendre pendant tout le temps un éméto-cathartique. Vers les quatre heures du soir, il trouva la malade mourante, et à six heures elle avait cessé de vivre. Etonné d'une terminaison si promptement funeste, il se demande s'il n'a pas eu affaire à une angine pseudo-couenneuse cachée qui s'est propagée clandestinement dans les bronches.

M. Guersant demande si la malade est morte asphyxiée.

M. Pertus répond affirmativement: elle était suffoquée. Il fait remarquer qu'aux moments de ses visites la malade ne lui paraissait pas trop mal, et qu'il n'y a pas eu continuité dans l'intensité de l'affection.

M. Guersant. C'est ce que l'on observe dans les affections pseudo-membraneuses; et l'on peut donner de ce fait deux raisons: la première, c'est que, par les éméto-cathartiques, on débarrasse l'arrière-gorge et l'entrée des voies aériennes; en second lieu, les fausses membranes sont d'abord minces et gênent peu; plus tard, devenant plus épaisses, elles finissent par gêner de plus en plus l'entrée de l'air et l'action de l'hématose.

M. Guersant a eu depuis quelque temps occasion d'observer beaucoup d'affections croupales, et d'opérer sept à huit cas de croup. Depuis deux mois, il a eu trois cas de succès bien établis par la méthode de M. Miquel, d'Amboise (calomel et alun à l'intérieur, et frictions mercurielles autour du cou). Le troisième cas est celui d'un enfant d'environ trois ans, dont le père, âgé de quarante ans, venait de mourir, il y avait huit jours, d'une angine pseudo-membraneuse. Cet enfant avait, de plus, une diphthérite de tout le tube intestinal; aussi a-t-il rendu une très grande quantité de fausses membranes par les selles.

M. Masson. L'émétique et les préparations mercurielles agissent en ralentissant l'activité de la circulation, et c'est probablement ce qui les rend antiphlogistiques.

M. Guersant. Jusqu'à il y a vingt ans, on a traité tous les croups comme en étant de véritables. Or, il faut bien faire la distinction entre le vrai et le faux croup. Je suis convaincu que les saignées et les sangsues sont funestes dans les affections véritablement croupales; elles débilitent les enfants et facilitent la production des fausses membranes.

M. Masson croit que c'est une grave erreur de dire qu'en général les saignées et les sangsues facilitent la production des fausses membranes. Il cite le fait d'un malade retenu depuis trois mois au lit par une fièvre typhoïde prolongée, et chez lequel les fausses membranes se développèrent et cédèrent promptement à de nombreuses sangsues appliquées au cou.

M. Guersant. C'était un adulte.

M. Masson. Lorsque les chirurgiens pratiquent la laryngotomie dans le croup, s'ils échouent ils, attribuent le non-succès à la faiblesse causée par la déperdition sanguine; mais cette faiblesse est amenée par l'asphyxie commençante et le défaut de sanguification. Elle serait la même quand bien même on n'aurait pas retiré de sang au malade. Il est bien entendu qu'il faut proportionner les évacuations sanguines à l'âge ou à la force des malades.

Quant aux moyens d'arrêter l'écoulement du sang, on peut joindre à ceux déjà connus l'application sur la piqûre de plâtre finement pulvérisé.

M. Picard, revenant sur l'emploi des préparations mercurielles, fait remarquer qu'elles déterminent rarement la salivation chez les enfants; c'est là un fait d'observation qui paraît être resté sans explication de la part des auteurs.

M. Fouquier a toujours observé que plus un malade a de fièvre, moins la salivation est à craindre. C'est ce qu'on remarque chez les femmes atteintes de péritonite, qui ne salivent pas, malgré les quantités quelquefois énormes d'onguent mercuriel qu'on emploie dans le traitement de cette maladie.

M. Guersant. Il est très important de tenir compte de cette observation de M. Fouquier. J'ai eu, en effet, souvent occasion d'observer que, sous l'influence des préparations mercurielles, la salivation était beaucoup moins fréquente chez des individus atteints d'affections aiguës que chez ceux qui étaient affectés de maladies chroniques et apyrétiques.

Dr G. Picard, *secrétaire annuel.*

Lettre sur les pilules de Blaud.

A propos de la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie touchant les pilules de Blaud, un de nos confrères a adressé à M. le président la lettre suivante, dans laquelle il rappelle plusieurs formules analogues à celle du médecin de Beaucaire, et non moins utiles à la thérapeutique.

Monsieur le président,

Dans la discussion qui s'est élevée dans le sein de l'Académie à propos des pilules de Blaud, dont la formule a été publiée, je crois, en 1833, je n'ai pas entendu donner, par qui que ce soit, une marque de souvenir au docteur Griffith, qui, dès 1817, avait fait connaître une formule pour la préparation des pilules obtenues à l'aide des carbonates alcalins et du sulfate de fer, préparation qui ressemble singulièrement aux pilules de Blaud, qui se prépare avec le sulfate de fer et le carbonate de potasse à parties égales. Les pilules de Griffith valent mieux, selon moi, que celles de Blaud, en ce sens qu'elles contiennent de la myrrhe, qui prévient la dessiccation de ces pilules. La formule des pilules de Griffith est cependant très répandue; on la trouve: 1° dans la *Pharmacopée de Stockholm*, publiée en 1817 à Stockholm; 2° dans la *Pharmacopée médicale pratique universelle*, publiée à Bruxelles en 1817; 3° dans la *Pharmacopée usuelle de Van-Mons*, publiée en 1821; 4° dans la *Pharmacopée du Collége médical de Dublin*, 1826; 5° dans la *Pharmacopée de Londres*, publiée en 1837; 6° enfin Jourdan a fait connaître les diverses formules de ces pilules dans la *Pharmacopée universelle* publiée par Baillière en 1840.

Voici les formules:

Pilules de Griffith.

Pilules pectorales toniques; *pilulæ Griffithii S. ferri compositæ S. E. myrrha compositæ*:

Myrrhe. . . , ...	2 gros, 8 gram.
Carbonate de soude. / Sulfate de fer. / Mélasse. } ã ã. . .	1 — 4 —

Faites une masse pilulaire.

On remplace le carbonate de soude par celui de potasse, et la mélasse par le sirop de sucre.

Myrrhe.	7, 6 gram.
Sulfate de fer.	1,27 —
Carbonate de soude.	3, 8 —
Extrait de gentiane.	6, —
Sirop balsamique.	q. s.

Faites des pilules de 5 grains, 0,27 gram.

Myrrbe.	7 gram.
Sulfate de fer.	2 —
Carbonate de potasse.	4 —
Campbre.	1 —
Mélaoge de gomme arabique.	q. s.

Faites 60 pilules.

Myrrbe.	30 gram.
Sulfate de fer.	1 —
Carbonate de soude.	11 —
Campbre.	4 —
Extrait de chiendent.	q. s.

Faites des pilules de 5 grains, 0,27 gram.

Ces pilules sont vantées par les Anglais dans la phthisie tuberculeuse. Les doses sont de 2 à 5 pilules, deux ou trois fois par jour.

M. le rapporteur, dans sa lecture à l'Académie, en parlant des pilules de Blaud, n'a pas non plus fait mention:

1° Des observations de M. Adorne, adressées à l'Académie le 27 novembre 1838; observations dans lesquelles il donnait une formule de pilules susceptibles de se conserver, et ces pilules se préparaient avec le sulfate de fer préparé d'après le procédé de Bousdorff, les sous-carbonates de potasse, ou mieux, de soude, la poudre de racine de guimauve et de sucre, prenant de chaque 16 grammes; puis, à l'aide d'un mucilage de gomme arabique sucré en quantité suffisante, faisant 96 pilules;

2° De celles de M. Boissenot, pharmacien à Châlons-sur-Saône, qui fait connaître une modification apportée dans la préparation des pilules de Blaud, modification qui consiste à prendre:

Carbonate de potasse.	15 grammes.
Sulfate de fer cristallisé. . . .	15 —
Poudre de gomme adragante. . .	2 —

à pulvériser le carbonate de potasse avec la gomme adragante, à mêler à cette poudre le sulfate de fer pulvérisé; à convertir le tout, à l'aide de sirop simple, en pilules. Selon M. Boissenot, ces pilules se conservent très bien (*Journal de Chimie médicale*, t. XVIII).

3° La modification proposée par M. Simonin, pharmacien à Nancy, qui consiste à prendre: protosulfate de fer pur préparé selon la méthode de M. Berthemot; sous-carbonate de fer, de chaque, parties égales; à réduire séparément ces deux substances en poudre fine, à les mêler exactement en les triturant ensemble jusqu'à ce qu'elles commencent à se liquéfier; à ajouter alors une suffisante quantité de miel déprimé pour donner au mélange une liquidité complète; à placer le mortier ou la marmite de fonte, si vous opérez sur une grande quantité de matières, sur un feu très doux, en triturant toujours, de manière à convertir la masse en consistance pilulaire.

Cette masse ne peut être conservée dans un pot ou divisée en pilules; ces pilules, d'après M. Simonin, sont inaltérables; elles conservent une ductilité et une consistance convenables; on peut dès lors les préparer à l'avance. (*Journal de Chimie médicale*, tome XVII.)

Si M. le rapporteur eût fait connaître ces divers travaux, l'Académie eût peut-être adopté son rapport; mais, ce rapport adopté, aurait-on pu refuser une place au *Bulletin de l'Académie* aux médicaments qui sont analogues, par leur composition, aux pilules de Blaud; notamment:

A la poudre tonique de Buchner,
Aux pilules antichlorotiques de Neumann,
Aux pilules emménagogues du Formulaire d'Ellis,
A la mixture tonique de Griffith?

Je suis, monsieur le président, etc.

NOUVELLES.

On lit dans l'*Ere nouvelle* de Bastia du 17 octobre:

« Aux débats d'une affaire correctionnelle portée devant la cour de Bastia sur l'appel du ministère public un fait grave s'est révélé. L'avocat a cru devoir produire à l'appui de la défense le certificat d'un officier de santé, dont la lecture a douloureusement surpris le barreau et motivé de la part de M. le président Stefanini de sages représentations.

» M. l'avocat-général Moisson a vu dans ce fait le délit prévu et puni par l'art. 378 du Code pénal: il a demandé le dépôt de la pièce et requis acte des réserves qu'il faisait de diriger plus tard des poursuites contre le médecin coupable d'avoir révélé un secret qui lui avait été confié dans l'exercice de sa profession, et dont la publicité était de nature à compromettre la réputation et l'honneur des personnes. La cour a donné acte de ces réserves et ordonné le dépôt de la pièce incriminée.

Après avoir rapporté ce fait, l'*Ere nouvelle* ajoute:

« Puisse cet avertissement sévère rendre plus circonspects les officiers de santé qui, au lieu de garder scrupuleusement les secrets dont ils sont devenus dépositaires par état et par profession, ne craignent pas de les révéler, au risque de porter le déshonneur dans les familles. »

Si nous approuvons sans réserve les intentions exprimées par notre confrère, nous n'en pouvons heureusement accepter les termes. Le défaut de circonspection dont se plaint l'*Ere nouvelle* est à peu près sans exemple parmi les médecins; ce qui est plus commun, ce sont les poursuites qu'ils subissent pour garder trop fidèlement, au gré de certains magistrats, les secrets qui leur sont confiés.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 128. (23e ANNEE.) MARDI 29 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 28 OCTOBRE 1850.

Quelques réflexions sur l'asphyxie par la vapeur de charbon.

L'asphyxie par la vapeur de charbon a été l'objet de tant de recherches, on a si souvent l'occasion de l'étudier, qu'on pourrait croire son histoire parvenue presque au dernier degré de perfection : il s'en faut bien qu'il en soit ainsi. Parmi les nombreuses questions qui peuvent être posées aux médecins-légistes, il en est même une qui non-seulement n'a jamais été approfondie d'une manière générale, mais qui même dans les faits particuliers consignés dans la science, a presque toujours été résolue d'après des données fausses ou du moins très incertaines. Cette question, qui n'a jamais été formulée d'une manière catégorique, nous l'énoncerons ainsi :

Une personne peut-elle vivre dans une atmosphère de vapeur de charbon où une autre personne a succombé ?

Voici à quel propos nous traitons aujourd'hui ce sujet. Tout le monde a pu lire dans les feuilles publiques, il y a quelques jours, la narration suivante :

« Un triste événement a été constaté hier, après midi, rue Cassette. Le sieur F..., passementier, âgé de trente et un ans, vivant seul avec son fils, âgé de six ans, était devenu dans ces derniers temps fort taciturne par suite de chagrins domestiques. Plusieurs fois il avait manifesté l'intention de se détruire, mais les voisins espéraient qu'il reviendrait à de plus saines pensées. Cependant hier, vers une heure, ne le voyant pas paraître, non plus que son petit garçon, ils firent part de leurs doutes au commissaire de police de la section du Luxembourg, qui se transporta immédiatement sur les lieux, fit ouvrir la porte et pénétra dans la chambre, où il trouva le père et le fils étendus sans mouvement sur leur lit. Un réchaud, contenant des débris de charbon à peine éteints, placé au milieu de la pièce, indiquait suffisamment que cet infortuné avait voulu mettre fin à ses jours et à ceux de son enfant.

» Des secours donnés sur-le-champ aux deux victimes ont permis de rappeler un reste de vie chez le père, qui a repris peu à peu connaissance ; mais son état était si alarmant qu'on a dû le faire transporter à l'hôpital de la Charité, où l'on craint de ne pouvoir le sauver. Quant à l'enfant, tous les soins ont été infructueux ; l'asphyxie était complète, et il a été impossible de le rappeler à la vie.

Les discussions que nous avons eues, il y a quelques années, pour des faits analogues, avec un médecin qui s'occupait surtout de médecine légale, donnaient à ce fait nouveau un grand intérêt à nos yeux. Nous avons donc eu soin de suivre la marche des phénomènes morbides chez celle des deux victimes qui avait échappé aux dangers immédiats de l'empoisonnement. Malheureusement, l'espoir qu'on avait pu concevoir sur son état n'a été que momentané, et cet homme a succombé le lendemain de son transport à l'hôpital. Mais il arrive assez souvent que l'issue est moins fâcheuse que dans ce cas, et que l'une des deux personnes qui cherchent à se suicider survit définitivement à l'autre. Alors celle qui survit est fréquemment accusée d'une criminelle supercherie, quand elle ne l'est pas d'assassinat pur et simple.

Quand cette accusation a eu lieu, on a ordinairement posé aux médecins-légistes la question que nous avons énoncée ci-dessus ; et pour répondre à cette question, voici comment ont procédé ceux qui ont agi avec le plus de circonspection.

Ils ont d'abord cherché quelle avait dû être la quantité d'acide carbonique dégagée dans la pièce où le crime supposé avait été commis, ou mieux, le degré de viciation de l'air de cette pièce. C'est cette question que M. Orfila a étudiée dans le passage suivant de son beau *Traité de Médecine légale* :

Quelle peut être la quantité de charbon qu'il faudrait brûler pour empoisonner un individu, en ayant égard à l'étendue de la pièce qu'il occupe ? — On se tromperait étrangement si, pour résoudre cette question, on se bornait à déterminer quelle est la proportion de gaz acide carbonique nécessaire pour tuer un adulte, quelle est la quantité de charbon qu'il faudrait brûler pour obtenir cette proportion de gaz acide carbonique ; car une atmosphère viciée par la vapeur du charbon n'est pas seulement viciée par du gaz acide carbonique, mais bien aussi par du gaz oxyde de carbone, du gaz hydrogène carboné, du gaz azote. En outre, elle contient moins d'oxygène : aussi admettrai-je qu'un animal, qui à la rigueur pourrait vivre dans un mélange artificiel de 96 parties d'air et de 4 parties d'acide carbonique, périrait infailliblement dans une atmosphère où l'on aurait fait brûler du charbon et qui pourtant ne renfermerait pas au delà de 4 pour 100 d'acide carbonique. M. Leblanc, après s'être assuré qu'un chien de forte taille, placé dans une chambre où il y avait de la braise de boulanger allumée, était tombé épuisé au bout de dix minutes et qu'il était mort au bout de vingt-cinq minutes, a vu que l'air recueilli dans cette chambre était formé de 19,19 d'oxygène, de 75,62 d'azote, de 4,61 d'acide carbonique, de 0,54 de gaz oxyde de carbone et de 0,04 d'hydrogène carboné. (Mémoire cité, p. 17.)

Ce serait donc en brûlant du charbon dans l'air et en expérimentant directement sur l'atmospère viciée par suite de la combustion que l'on devrait tenter de résoudre ce problème. On peut affirmer que, toutes les fois que cette atmosphère contiendrait 3 pour 100 au plus de gaz carbonique, l'empoisonnement serait mortel.

Il s'agit maintenant de savoir s'il est possible de calculer la proportion de charbon qu'il a fallu brûler dans une capacité déterminée pour rendre délétère l'air qu'elle renferme. M. Devergie se prononce pour l'affirmative et s'exprime ainsi : « Soit donc que l'on ait à déterminer la quantité de charbon qu'il a fallu brûler pour rendre délétère une capacité de 25 mètres cubes d'air, on dira : puisqu'il faut que le quart de l'oxygène de la pièce soit converti en acide carbonique ; que 25 mètres cubes d'air contiennent 5 mètres cubes d'oxygène (négligeant une fraction), dont le quart est 1 mètre 26/100 ; qu'il faut 54 grammes 70/100 de carbonne pour donner naissance à 1 mètre cube d'acide carbonique ; que 54 grammes 70/100 de carbone représentent 58 grammes environ de charbon, à cause des sels et de l'eau qu'il contient ; qu'un décalitre de charbon pèse, terme moyen, 300 grammes, on arrivera à ce résultat qu'il a suffi de brûler la cinquante et unième partie d'un décalitre ou boisseau, en supposant que l'espace fût parfaitement clos. » Et plus loin : « Remarquons que, dans toutes ces opérations, on ne peut arriver qu'à des approximations : aussi doit-on toujours se rapprocher de la détermination numérique la plus favorable à la défense. » (*Médec. lég.*, t. III, p. 102.)

On ne saurait sans danger admettre de pareils préceptes ; et d'abord il n'est pas exact de dire qu'il faille, pour rendre délétère de l'air atmosphérique, que le quart de l'oxygène de cet air ait été transformé en acide carbonique par la combustion du charbon, car il suffit, pour tuer un adulte, que l'air n'ait perdu qu'un septième environ de son oxygène ; d'où il suit que de l'air qui n'aurait perdu qu'un dixième ou un douzième de l'oxygène qu'il renferme serait déjà un élément irrespirable et susceptible d'occasionner des accidents graves. Je dirai, en second lieu, que les chambres dans lesquelles les individus ont été empoisonnés, quelque bien fermées qu'elles fussent en apparence, étaient loin d'être parfaitement closes, en sorte que l'air extérieur a dû pénétrer dans la chambre en expulsant une partie de celui qui auparavant occupait la totalité de la pièce et en se mêlant avec la portion restante. Or la conséquence de ce mélange a dû être de rendre l'air moins vicié, et par conséquent de prolonger la vie. S'il en est ainsi, et cela n'est pas douteux, la quantité de charbon brûlée avant que les individus aient péri a dû être plus considérable que dans le cas où la mort serait arrivée plus promptement dans une pièce hermétiquement fermée. Enfin le charbon que l'un aura fait brûler renfermera tantôt, sur 100 parties, 75 parties de charbon et 25 parties de cendres ; tantôt 96 ou 97 parties de charbon et 4 ou 3 de cendres ; dans d'autres circonstances il pourra contenir 80, 85, 90, etc., parties de charbon. Or, comme cet élément est inconnu, toutes les fois qu'il ne reste pas dans la pièce une portion de charbon non brûlé avec lequel on puisse expérimenter, ce qui arrive presque toujours, il en résulte que l'on pourra croire avoir brûlé 2 kilogrammes de charbon, lorsqu'en réalité on n'en aura brûlé que les trois quarts ou les quatre cinquièmes ; car il n'est pas vrai, comme le dit M. Devergie, que 54 grammes, 70,100 de carbone, représentent toujours 58 grammes environ de charbon (à cause des sels et de l'eau qu'il contient).

A la vérité, les difficultés sont moins grandes lorsqu'on trouve dans la chambre une partie du même charbon qui n'a point été brûlé ; car alors on peut l'incinérer et savoir combien il fournit de cendres par kilogrammes ; ce fait une fois connu, on sait, d'après le poids des cendres contenu dans le fourneau, combien il a dû être brûlé de charbon ; mais encore il faut supposer qu'il n'y avait pas dans ce fourneau, avant de l'introduire dans la chambre, une certaine quantité de cendres, ce qu'il sera souvent difficile d'affirmer.

D'où je conclus qu'il est impossible de donner une solution tant soit peu satisfaisante du problème dont je m'occupe, et qu'il y a lieu de dire aux magistrats que l'on s'exposerait par trop à les induire en erreur en cherchant à le résoudre, même d'une manière approximative ; c'est assez faire sentir combien j'aurais été loin de répondre, comme le fit M. Devergie au juge d'instruction qui, à l'occasion de l'affaire Amouroux, lui posa la question qui fait le sujet de ce paragraphe. Voici cette réponse : « L'on peut, sans s'éloigner de la vérité, dire qu'il aurait fallu moitié moins de charbon, ou deux livres seulement pour produire une quantité de gaz capable d'amener l'asphyxie dans la chambre occupée par les époux Amouroux !!! »

Quelle est la proportion de cendres que peut fournir une quantité donnée de charbon ? — La solution de cette question est difficile, sinon impossible ; en effet, la quantité de cendres variera suivant l'espèce de charbon, son degré d'humidité ou de sécheresse, etc. Ainsi M. Berthier a trouvé que, le plus ordinairement, elle était de trois à quatre centièmes ; toutefois, elle peut être beaucoup moindre ou beaucoup plus considérable : le charbon de bourdaine n'en a fourni que huit millièmes, tandis que le charbon d'acajou en a donné huit centièmes, celui de tilleul vingt centièmes, et celui d'écorces de chêne près de vingt-cinq centièmes. Dans les expériences que j'ai tentées, le charbon de mon laboratoire, non calciné, a laissé seize centièmes de cendres, tandis que du charbon pris dans un autre laboratoire n'en a donné que sept centièmes. Le charbon employé dans ma cuisine, et non calciné, a fourni seulement quatre centièmes, et le même charbon calciné cinq centièmes. La braise de boulanger n'en a donné que deux centièmes et demi.

Appliquant ces données à l'espèce, je dirai qu'il me serait impossible d'accorder la moindre confiance à la phrase du rapport de M. Devergie, ainsi conçue : « Toutefois, quelques essais tentés par nous à cet égard nous ont conduit aux résultats suivants : un boisseau de charbon donne souvent un peu plus d'un litre de cendres poreuses et légères ; en sorte que l'on aurait dû trouver, tant dans le fourneau que dans la terrine dont s'est servi Amouroux, près d'un demi-boisseau de cendres. » (*Méd. lég.*, t. III, p. 137).

Evidemment, on ne parviendra à résoudre le problème dont il s'agit que lorsqu'il restera dans la chambre où l'on a été empoisonné une partie du charbon employé, comme cela eut lieu dans l'affaire de la fille Ferrand, dont je vais parler. Pour tous les autres cas, il n'y a que vague et incertitude.

On ne saurait trop approuver la prudence conseillée par M. Orfila en présence des difficultés qu'il signale, et cependant ces difficultés sont loin d'être les seules ; il y a quelques circonstances dont on n'a pas tenu compte dans les expertises faites jusqu'à ce jour et qui ont pu singulièrement fausser les conclusions que les experts ont, en général, tirées de leurs expériences. Ainsi, en admettant que l'on connût parfaitement la quantité de charbon brûlée, la quantité d'eau et de cendres que renferme ce charbon, et la capacité d'une pièce, pourrait-on dire quelle a été, à un moment donné, la quantité de gaz délétères renfermés dans l'atmosphère ? On le pense généralement ; quant à nous, nous le nions d'une manière formelle. Jusqu'à présent, on s'est livré, pour résoudre cette question, aux calculs proposés par M. Devergie, en supposant que tout le gaz formé par la combustion du charbon restait dans la pièce, c'est-à-dire en admettant implicitement que celle-ci était hermétiquement close. Or, on peut dire que cette condition ne se présente à peu près jamais. Dès lors il s'établit dans la chambre un ou plusieurs courants d'air qui peuvent prolonger ou même conserver définitivement la vie des individus y renfermés, et cela de plusieurs manières.

Lorsque la combustion est très lente, on conçoit très bien qu'un courant, même assez faible, puisse renouveler la masse de l'air dans une proportion suffisante pour entretenir la vie pendant plus ou moins longtemps. Il faut donc tenir un grand compte de la rapidité de la combustion, chose très difficile à apprécier d'une manière approximative, et tout à fait impossible d'une manière exacte. Personne n'a songé à tenir compte de cette condition à ce point de vue.

Les courants d'air peuvent encore entretenir la vie sans suffire à renouveler la masse de l'air, en passant directement sur les orifices aériens des individus soumis à l'expérience ; car le mélange entre l'air qui entre et celui qui se trouve dans la pièce ne se fait pas instantanément ; avant que ce mélange ne soit complet, l'air extérieur peut avoir le temps de servir à la respiration. Or, quoi de plus difficile à apprécier que la direction des courants d'air dans une chambre donnée ! La différence de température de l'air de cette chambre et de l'air extérieur, les dispositions des corps placés dans la chambre, la température de ces corps eux-mêmes influent tellement sur la direction de ces courants, qu'il est à peu près impossible à des experts de se mettre pour expéri-

menter dans les conditions qu'exigerait la solution du problème qu'ils ont à résoudre. Que dire donc d'un médecin-légiste qui, pour apprécier le degré de viciation de l'air dans une pièce, fait une expérience dans cette même pièce au mois d'avril, les températures extérieure et intérieure étant à peu près les mêmes, et qui conclut résolument, sans hésiter, à ce qui a dû se passer au mois de janvier, lorsque les températures intérieure et extérieure différaient peut-être de plus de 20 degrés? C'est pourtant avec une expérience pareille qu'en 1847 on a fait condamner à mort un malheureux!

Il faut donc conclure de ces faits que la force et la *direction* des courants d'air doivent avoir la plus grande influence sur la résistance vitale d'un individu exposé à la vapeur du charbon, et que pour cette raison autant que pour celles qu'il a énoncées, M. Orfila a eu raison de conseiller aux médecins légistes, une réserve qu'ils n'ont malheureusement pas toujours su garder.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Cazenave,

Maladies de la peau.

Du pemphigus.

(Suite. — *Voir* le numéro du 24 octobre.)

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. Margerie.

Les causes du pemphigus chronique sont très obscures : il se montre plus souvent chez les femmes que chez les hommes, contrairement à ce qui se passe pour le pemphigus aigu; il n'est pas rare de le voir survenir à la suite d'impressions morales vives : la colère, la crainte, toutes les influences générales, de quelque nature qu'elles soient, capables d'apporter un trouble profond dans l'organisme, peuvent déterminer son apparition. Un lien intime et mystérieux, dans un grand nombre de circonstances, le place sous la dépendance de la menstruation; on possède à ce sujet des faits très curieux dans la catégorie desquels rentre l'observation de notre malade. C'est surtout lorsque le flux cataménial est abondant que le pemphigus succède à la suppression des règles; souvent aussi il remplace des hémorrhagies d'une autre nature; certaines personnes, après avoir vu disparaître des épistaxis et d'autres écoulements de sang périodiques, après avoir renoncé à la fâcheuse habitude de se faire saigner de temps en temps, ont été atteintes d'éruption pemphigoïdes. Une autre cause embrasse toutes les lésions par suite desquelles la circulation peut être gênée dans une certaine étendue : souvent le pemphigus chronique coïncide avec un embarras de la circulation veineuse du foie, tel que celui qu'on observe dans la maladie connue sous le nom de foie gras et dans diverses autres altérations du parenchyme hépatique. Plus d'une fois l'autopsie a permis de constater, à part ces altérations, un engorgement des veines d'origine de la veine-porte qui contrastait avec l'état de vacuité des autres vaisseaux du système veineux général.

Le pemphigus, à l'état aigu, est une maladie que l'on connaît très peu, malgré la description qu'en a donnée Gilibert. Elle se présente avec l'ensemble des caractères suivants. Le malade est pendant plusieurs jours en proie aux symptômes qui accompagnent le début de toutes les affections générales : il éprouve un malaise indéfinissable, de l'anorexie, des frissons et plus tard de la fièvre. Ces prodromes sont suivis de l'apparition de taches d'un rouge-vif, que surmontent bientôt des bulles remplies d'une sérosité transparente. La durée des bulles est de deux ou trois jours; elles se développent de manière à acquérir un volume variable; puis se plissent, s'affaissent et se terminent par une véritable résolution, ou, ce qui est beaucoup plus ordinaire, par une desquamation à laquelle succède une plaque rougeâtre. L'étendue des taches, qui sont le premier indice de l'éruption, est très variable; il en faut dire autant de celle des bulles et des dimensions relatives des unes et des autres; en général, les secondes ne recouvrent pas entièrement la surface occupée par les premières. On a vu de très petites bulles coïncider avec de très larges taches. Dans quelques circonstances plus rares, il ne se forme pas d'ampoule; il se fait simplement une exsudation sous-épidermique. Il est important de remarquer que jamais le volume des bulles n'égale celui que l'on rencontre dans le pemphigus chronique; il varie entre les dimensions d'un pois et celles d'une amande ou d'une noisette.

Le pemphigus aigu peut affecter deux formes différentes et constituer deux maladies parfaitement distinctes. Dans la première de ces formes, qui est la plus commune, l'éruption, au lieu de se faire tout d'un coup, apparaît d'une manière successive et entretient une fièvre continue. On pourrait lui donner le nom de pemphigus successif; beaucoup d'auteurs, et entre autres Gilibert, en ont fourni des exemples; nous ne rapporterons pas l'observation très curieuse dont Dickson nous a transmis les détails; nous nous contenterons de dire que, pour notre part, nous avons été témoin de plusieurs faits du même genre. Un état de souffrance générale, des maux de tête, la perte de l'appétit, de la chaleur à la peau, un mouvement fébrile qui redouble le soir, tels sont les phénomènes précurseurs de la maladie. Les bulles de pemphigus apparaissent en nombre plus ou moins grand et à des intervalles plus ou moins éloignés, en sorte qu'au bout de quelque temps existe une éruption dans laquelle on trouve les divers états de la lésion élémentaire depuis la bulle entièrement flétrie jusqu'à celle qui commence à naître. A une certaine époque se déclarent les complications qui paraissent appartenir en propre à cette affection; la plus ordinaire est l'œdème des extrémités. Il en est une autre qui a fait admettre la variété de pemphigus que nous avons signalée plus haut sous le nom de *pemphigus pruriginosus*; elle consiste dans un prurit généralement très intense, que l'on observe dans la plupart des cas de pemphigus aigu. Les malades distinguent deux sortes de boutons qu'ils appellent, les uns, boutons à plaques, les autres boutons à cloches. Les premiers sont accompagnés d'une vive douleur, les seconds sont indolents. La démangeaison, dans quelques circonstances, est le phénomène le plus important de la maladie; on peut lire dans Franck l'histoire d'une femme chez laquelle le pemphigus terminait de violentes douleurs névralgiques; ces douleurs, qui occupaient tantôt la figure, tantôt le tronc ou les membres inférieurs, résistaient à tous les moyens mis en usage pour les calmer ou les faire disparaître, et ne cédaient qu'au moment où des bulles de pemphigus se développaient dans la région où elles avaient eu leur siége.

La terminaison du pemphigus successif est presque toujours favorable; la fièvre diminue; les bulles deviennent moins nombreuses, en même temps qu'elles perdent peu à peu de leur volume primitif.

La seconde forme du pemphigus aigu est une maladie très rare, dont la réalité ne saurait néanmoins être révoquée en doute, tant est formel et explicite le témoignage des auteurs qui en ont rapporté des exemples. C'est elle qu'on a décrite sous les noms de *pemphigus helveticus*, de *pemphigus castrorum*, et sous d'autres dénominations qui ont varié suivant la nature et la prédominance des divers symptômes dont elle a pu s'accompagner; nous la désignerons par les mots de pemphigus simultané. Elle consiste en une éruption qui se fait à la fois sur tous les points du corps auxquels elle doit être limitée, et donne naissance à un ensemble de symptômes qu'on a, non sans quelque raison, comparé à celui que présentent les fièvres éruptives. On trouve dans les annales de la science la description de maladies générales, de fièvres avec symptômes typhoïdes, ataxiques ou adynamiques, dans le cours desquelles surviennent des éruptions de pemphigus qui, à cause de leur étendue et de leur importance, ne peuvent être considérées comme de simples épiphénomènes. Gilibert nous a laissé l'histoire d'une de ces fièvres pemphigoïdes, comme il les appelle, dans laquelle il y eut une période d'invasion caractérisée par un malaise général, de l'anorexie, de la chaleur à la peau, de l'accélération du pouls et quelques phénomènes qu'il regarde comme pathognomoniques, phénomènes qui, d'après lui, seraient à l'égard du pemphigus ce que l'angine est à l'égard de la scarlatine, ce que le coryza est à l'égard de la rougeole. Il nous paraît que la constipation et l'état de concentration des urines ne doivent, dans aucun cas, être présentés comme le trait pathognomonique du pemphigus ou de toute autre affection; la bronchite est un signe d'une plus grande valeur.

Quoi qu'il en soit, l'éruption bulleuse propre au pemphigus simultané ne se manifeste que trois ou quatre jours après l'invasion des phénomènes prodromiques; des plaques rouges, puis des bulles se montrent tour à tour; leur durée est de six à huit jours; leur terminaison est la même que dans les autres variétés de pemphigus.

Indépendamment des faits par lui observés, Gilibert cite dans son livre des observations qu'il emprunte à différents auteurs; la plus remarquable de ces observations est due à Hébréard : Un enfant de la commune de Chantilly fut pris des accidents qui annoncent ordinairement les exanthèmes fébriles; on crut qu'il aurait la variole, il eut un pemphigus simultané. La maladie suivit une marche régulière, et se termina d'une manière favorable. Les bulles étaient de la grosseur d'une noisette; il n'est donc pas permis de supposer un seul instant que, dans cette circonstance, on ait pu prendre des pustules de varicelle pour des bulles de pemphigus.

Le seul fait analogue à celui que nous venons de retracer dont nous ayons été témoin nous a été offert par une femme du faubourg Saint-Marceau, qui, à la suite d'une chute dans un réservoir auprès duquel elle était occupée à laver, fut atteinte d'un frisson général et, peu de temps après, d'un mouvement fébrile intense. Une éruption de pemphigus simultané eut lieu au bout de quatre jours. Nous fûmes appelé; l'affection cutanée se présentait avec des caractères qui rendaient toute méprise impossible; la malade se trouvait dans un état de prostration et d'adynamie extrême, le pouls était faible et filiforme, il y avait des symptômes typhoïdes.

Alibert raconte dans son ouvrage l'histoire d'une femme qui chaque soir était prise de chaleur à la peau et d'accélération du pouls, l'accès fébrile durait jusqu'au jour; à minuit, apparaissait très régulièrement une bulle de pemphigus dont la sérosité était peu à peu résorbée. Le lendemain, le lieu de cette singulière éruption était à peine marqué par une légère rougeur. Un pareil fait, s'il était entouré de toutes les garanties d'authenticité qu'on doit désirer en pareil cas, tendrait à montrer qu'il existe un pemphigus aigu à forme intermittente et périodique; il est bon de remarquer, à l'égard de celui qui nous occupe, qu'Alibert ne dit pas l'avoir observé lui-même, et que, d'un autre côté, on a pu méconnaître une simple urticaire.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que les éruptions pemphigoïdes peuvent se manifester sur tous les points de la surface du corps et occuper une étendue plus ou moins considérable. Dans des cas peu graves, chez des hommes jeunes et robustes, il est assez ordinaire de voir limitée aux bras et aux jambes une éruption qui alors ne se prolonge pas au delà de deux septenaires; quelquefois il arrive, au contraire, au milieu de conditions opposées, que toutes les parties de la peau se trouvent envahies. La maladie qui, dans le premier cas, est essentiellement locale; dans le second, traduit au dehors un trouble général de l'organisme.

Cette réflexion nous conduit naturellement à l'examen des causes du pemphigus aigu. Nous ne reviendrons pas sur les lésions anatomiques et sur les influences diverses qui ont été signalées au sujet du pemphigus chronique; nous nous bornerons, sans prétendre dissiper l'obscurité de ce point d'étiologie, à appeler l'attention sur une cause occasionnelle qui nous paraît jouer un grand rôle dans la production de la maladie; nous voulons parler du froid humide, et surtout du froid humide dont l'action s'exerce par suite d'une immersion prolongée dans l'eau. Nous ne possédons, à la vérité, qu'un seul fait à l'appui de notre manière de voir; mais nous ferons observer que la plupart des pemphigus à éruption partielle, dont il vient d'être parlé, se montrent chez des garçons marchands de vin, que leurs occupations obligent souvent à plonger les bras dans l'eau, ou chez des personnes qui ont dû traverser des terrains humides et marécageux. A cette occasion, nous pouvons citer les observations rapportées par Gilibert. La plus ancienne de ces observations est relative à un jeune homme d'une constitution vigoureuse et d'une bonne santé, qui, après avoir chassé dans un marais, vit au bout de quelques jours se développer une éruption de pemphigus sur la partie des membres inférieurs qui avait subi l'action du froid et de l'humidité.

Le diagnostic du pemphigus est en général très facile. L'aspect pittoresque de l'éruption, si l'on peut ainsi dire, ne permet de la confondre avec aucune autre affection cutanée. Les vésicules de l'herpès sont quelquefois très volumineuses et les bulles du pemphigus très petites; mais les vésicules herpétiques, comme nous en avons déjà fait la remarque, sont toujours disposées par plaques, quelque volumineuses qu'elles soient; ce qui n'arrive jamais pour les bulles du pemphigus, quel que soit le volume auquel elles se trouvent réduites. Nous n'avons rien à ajouter sur la ressemblance éloignée que le pemphigus chronique à desquamation foliacée, affecte avec l'impétigo.

Le pronostic du pemphigus, si l'on omet les diverses formes de pemphigus aigu qui pour la plupart n'ont pas une gravité très grande, est toujours fâcheux. Le pemphigus chronique foliacé est une maladie incurable qui entraîne ordinairement la mort des malades par les complications qu'elle engendre. Les autres variétés, même lorsqu'elles coïncident avec des troubles de la menstruation, ne cèdent qu'à une médication active longtemps continuée, quand elles ne s'aggravent pas au point de compromettre l'existence de ceux qui en sont atteints.

Le traitement doit être distingué en traitement général et en traitement local. Le premier se compose d'indications qui, jusqu'à ce jour, n'ont pu être précisées d'une manière exacte. Le pemphigus aigu, à éruption partielle, réclame les boissons émollientes, le repos, un régime sévère et l'administration de laxatifs ou de purgatifs légers. Lorsque l'éruption est générale, on doit aux boissons émollientes substituer les boissons acidulées. Les dérivatifs sur le tube intestinal conviennent principalement au déclin de la maladie. La médication, dans le pemphigus chronique, varie suivant la constitution, l'âge, et les nombreuses circonstances qui peuvent modifier la marche et la nature de l'éruption. Lorsque le pemphigus succède à la ménopause ou à la cessation d'hémorrhagies périodiques, il paraît rationnel d'avoir recours aux émissions sanguines; nous pensons qu'il est préférable de tenir une conduite opposée et de donner les préparations toniques. Un mode de traitement dont nous avons obtenu de bons résultats au début de la maladie comprend à la fois l'emploi du bicarbonate de soude et des laxatifs. L'aloès nous a rendu quelques services. Enfin il est des cas dans lesquels le praticien doit s'attacher exclusivement à agir sur l'état général du malade et à combattre les complications diverses, l'œdème, la diarrhée, les épanchements séreux qui peuvent survenir.

La plupart des applications topiques qui ont été conseillées dans le traitement local sont à nos yeux dangereuses ou inutiles. Il faut placer en première ligne les cataplasmes émollients dont l'unique effet est de ramollir le tissu de la peau; nous rejetons entièrement leur emploi; nous étendons cette prescription aux bains que les malades demandent souvent avec tant d'instances, dans l'espoir de trouver un soulagement à leurs souffrances. Les pommades, à l'exception de quelques-unes, n'ont aucune utilité; leur usage, suivant nous, doit être restreint aux cas dans lesquels la rupture prématurée des bulles a donné naissance à des ulcérations, on pourra se servir d'axonge, à laquelle on incorporera une certaine quantité de tannin. Les médicaments capables d'exercer sur les téguments une action tonique et astringente devront être appliqués toutes les fois que la peau sera molle et blafarde. Nous avons coutume de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon additionnée de poudre de tan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 octobre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Luxation ancienne de l'épaule. Réduction contestée.

M. Sédillot, à propos de la discussion dont la note de M. Dionis a été l'objet, adresse l'observation suivante :

« M. Gosselin a cité l'exemple de Blandin, qui avait cru à tort avoir obtenu la réduction d'une luxation de la tête de l'humérus, et avouait publiquement, le lendemain, son erreur.

» M. Lenoir a raconté une observation semblable. L'erreur avait été commise cette fois par M. Malgaigne.

» Ces faits montrent, contradictoirement à l'avis de M. Robert, qu'il n'est pas toujours si facile que ce chirurgien le suppose de constater la réduction. En voici un troisième exemple fort remarquable.

» En faisant pour la première fois la visite des blessés à l'hôpital civil de Strasbourg, le 20 avril 1850, je trouvai à la salle des femmes une malade dont le bras droit était entouré d'un appareil contentif assez lâchement appliqué. Je demandai quelle était la lésion, et il me fut répondu qu'il s'agissait d'une luxation du bras datant de six mois, qui avait été réduite quelques jours auparavant.

» Je défis le bandage, examinai le bras, et annonçai que la luxation pouvait sans doute avoir été réduite, mais qu'en tout cas elle ne l'était plus, et que la tête humérale ne se trouvait pas dans la cavité glénoïde, mais bien dans la fosse sous-scapulaire.

» Je m'enquis de nouveaux détails, et j'appris que M. le docteur Michel, professeur agrégé de notre Faculté, qui assis-

tait au même moment à ma visite, avait assisté à la réduction avec M. le docteur Lach, etc., etc.

» Ma position était difficile et commandait beaucoup de réserve. Je priai donc M. Michel de vouloir bien opérer de nouveau la réduction, pensant qu'il y parviendrait plus aisément que moi, par suite de son expérience des manœuvres dont il avait été précédemment témoin.

» M. Michel tenta de réduire le bras et n'y réussit pas, malgré des tentatives énergiques et habilement dirigées.

» Il me parut dès lors évident que la réduction n'avait jamais été obtenue. L'on sait, en effet, qu'une luxation réduite, puis accidentellement reproduite, se réduit avec plus de facilité que la première fois, puisque les obstacles principaux (particulièrement dans une luxation ancienne) n'existent plus.

» Je tentai à mon tour la réduction le 30 avril, et malgré l'emploi du chloroforme et la puissance des moufles, je parvins seulement à convertir la luxation sous-scapulaire en luxation axillaire, mais il me fut impossible de faire rentrer la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde.

» La luxation persista.

» Je quittai le service dans les premiers jours de mai, et la malade revint aux mains de son premier chirurgien, qui la renvoya avec son bras luxé. Il y avait donc eu une erreur commise par un chirurgien habile et exercé, et il ne serait pas impossible, bien que je m'abstienne complétement de formuler un avis à cet égard, que M. Maisonneuve se fût trompé comme Blandin, M. Malgaigne et d'autres chirurgiens, ce qui ne diminuerait en rien sa réputation de savoir et d'habileté. »

Injections iodées dans les abcès par congestion.

M. Abeille, médecin au Val-de-Grâce, adresse à la Société :

1° Un mémoire sur les injections iodées, mémoire couronné par la Société de médecine de Toulouse;

2° Une lettre relative au travail de M. Boinet sur les injections iodées dans les abcès par congestion et à la discussion qui a suivi la lecture de ce travail. Cette lettre se résume en trois points.

D'abord, M. Abeille exprime le regret que M. Boinet ait reproduit d'une manière incomplète un fait qu'il lui avait emprunté.

Ensuite il réclame la priorité du traitement des abcès par congestion par les injections iodées, priorité qui lui semble établie par la publication de son mémoire en 1849.

Enfin, il insiste sur la difficulté de faire arriver l'injection jusqu'à la source de l'abcès.

M. Boinet. M. Abeille se plaint de la reproduction incomplète de son observation; à cela je n'ai qu'un mot à répondre, c'est qu'à la séance je n'ai rien reproduit du tout, puisque je n'ai pas donné lecture de ce fait à la Société; je l'ai d'ailleurs textuellement inséré dans mon mémoire. Je ne sais donc où M. Abeille est allé puiser ses renseignements, ou plutôt je soupçonne la cause de son erreur. Il a vu que, dans la discussion, la valeur de son observation avait été contestée, et il n'a pu se rendre compte de cette critique que par une mutilation.

Il y avait pourtant une autre explication qui a échappé à M. Abeille, c'est que son observation était connue. C'est donc à l'attention qu'on donne à ses publications, et non à mon inexactitude, qu'il devait s'en prendre ici. Je suis d'autant plus touché de ce reproche, que, loin de mutiler ce fait, c'est moi, et moi seul, qui l'avais défendu.

Voyons maintenant si la réclamation de priorité est plus fondée. M. Abeille n'a pu découvrir de publication antérieure à la sienne, quelque nombreuses qu'aient été ses investigations; ses citations me paraissent, en effet, assez complètes; il n'en manque qu'une, celle de mes travaux sur la question; je ne m'en plains point; seulement, je me demande comment mes recherches ont pu échapper aux yeux de M. Abeille, consignées qu'elles étaient dans les mêmes journaux que ceux où il a puisé d'autres faits.

Comme, du reste, la priorité est une question de dates, rappelons-les. La première publication de M. Abeille sur les injections iodées est de 1849; or, les miennes remontent à 1846 et même à 1840. (*Gazette Médicale*.)

Je terminerai par une dernière remarque. M. Abeille n'a pas pu s'empêcher de voir dans le compte-rendu du concours où son mémoire a été couronné l'analyse d'un autre travail qui s'occupait du même sujet. M. Abeille me permettra-t-il de lui demander pourquoi il n'a pas cité ce travail, qu'une mention honorable devait cependant signaler à son attention? Ce travail était de moi. Je ne m'arrêterai pas aux autres objections; j'y avais déjà répondu dans la discussion.

Fractures du fémur. — Appareil à extension continue.

M. Chassaignac lit au nom d'une commission, dont MM. Larrey et Robert font également partie, un rapport sur un travail que M. Ferdinand Martin a présenté sur ce sujet le 26 juin dernier.

Ce mémoire a pour but de faire prévaloir un appareil mécanique, dont nous allons essayer de donner une idée. Il se compose essentiellement d'attelles qui prennent leur point d'appui en haut (contre-extension) sur une ceinture métallique retenue par le bassin et par des sous-cuisses; en bas (extension), sur le haut de la jambe fléchie et retenue dans cette attitude par un lacs fixé sur le coude-pied. Les tractions sont pratiquées à l'aide d'une vis sans fin, ou à l'aide d'une simple bande enroulée sur le mollet et qui se noue sur l'extrémité inférieure de l'attelle dépassant le genou.

L'auteur destine surtout cet appareil aux fractures obliques du corps du fémur, et à celles du col de cet os.

La commission, tout en reconnaissant ce qu'il y a d'ingénieux dans la construction de cet appareil, regrette qu'il ne soit point accompagné de faits qui permettent de l'apprécier autrement qu'au point de vue théorique. M. Martin ne rapporte, en effet, qu'un seul cas, qui, bien que d'ailleurs intéressant, ne saurait être bien concluant. Il s'agit d'une fracture existant aux deux fémurs, et conséquemment ce fait est peu propre à juger la question du raccourcissement. La commission recommande l'expérimentation clinique de cet appareil.

Elle propose

1° D'adresser des remercîments à M. Martin ;

2° De déposer son mémoire aux Archives, en engageant l'auteur à le compléter par de nouvelles observations.

M. Guersant. J'ai appliqué l'appareil mécanique de M. Martin à un enfant pour une luxation spontanée du fémur, dont la réduction était très facile. Depuis deux mois il est placé, et la contention est très exacte, sans qu'il en résulte de fatigue pour le jeune sujet.

M. Boinet. Je possède deux faits analogues à celui de M. Guersant. Je me bornerai à citer le suivant; il s'agit d'une luxation congénitale chez un enfant. M. Martin est parvenu à ramener et à fixer la tête fémorale au niveau de la cavité cotyloïde. Il y a quatre mois que l'appareil est appliqué, et lorsqu'on l'enlève la tête de l'os ne remonte pas dans la fosse iliaque.

M. Marjolin. Cet appareil me paraît offrir un inconvénient sérieux. En condamnant le malade à une immobilité prolongée dans le décubitus dorsal, il expose, surtout les vieillards, aux escharres sur la région sacrée, à l'engorgement pulmonaire, à l'affaiblissement de la santé générale. Je crains aussi que la ceinture métallique destinée à la contre-extension ne fasse souffrir les parties qui ont à en supporter la pression. A mes yeux, la simple planchette coudée que M. Nélaton a imaginée pour s'opposer à la déviation en dehors serait encore préférable.

M. Chassaignac. Les appréhensions de M. Marjolin me semblent très fondées; c'est même cette formation d'escharcs qui m'a forcé d'abandonner un appareil dont le but était principalement d'identifier la cuisse avec le bassin à l'aide d'une cuirasse dextrinée.

Une fois la cuirasse complétement solidifiée, je coupai la cuirasse vers le milieu de la cuisse avec les pinces de Seutin, et le malade étant soumis au chloroforme, je fis faire une extension vigoureuse, et je plaçai dans l'hiatus, à peu près trois travers de doigt que laissa la coupure de la cuirasse pendant l'extension, des chevilles en bois en double V, que je fixai au moyen de papier dextriné. Mais au bout de quelques jours l'existence d'une eschare au sacrum m'obligea de renoncer à mon projet. Cette manière de faire indique un principe ou mode d'extension qui pourra peut-être devenir utile entre les mains des chirurgiens.

L'appareil de M. Nélaton me paraît excellent, surtout employé concurremment avec le bandage inamovible.

M. Lenoir. L'appareil de M. Martin place le membre dans les mêmes conditions que le double plan incliné, où les tractions sont également combinées avec la demi-flexion. Le principe de cet appareil avait d'ailleurs été déjà appliqué par M. Miquel (d'Amboise) et par quelques autres chirurgiens. Quant au danger des escharres chez les vieillards, il existe toujours, quel que soit l'appareil qu'on emploie. A cet âge, le simple séjour au lit offre de graves inconvénients; et, pour mon compte, je fais lever mes malades dès que la douleur a disparu. C'est, d'ailleurs, une conduite généralement suivie.

J'ai été témoin de l'application de cet appareil dans un cas de luxation spontanée; au bout d'un ou deux ans, la mort arriva à la suite d'abcès, peut-être entretenus en partie par l'appareil. Lorsque la carie a détruit le bord du cotyle ou la tête du fémur, dès que l'appareil est enlevé, la luxation se reproduit. Je ne crois donc pas qu'il soit indiqué dans cette affection.

M. Robert. Je laisse de côté l'application de l'appareil de M. Martin aux luxations spontanées, dont la réductibilité a été contestée dans ces derniers temps. Je ne l'approuverais pas dans le traitement des fractures du col du fémur : ces fractures s'observent, en effet, le plus ordinairement chez des vieillards; l'on sait qu'à cet âge les appareils à extension continuelle, de même que le repos prolongé au lit, sont très mal supportés. Mais je pense qu'on pourrait très utilement l'employer dans le cas de fracture du *corps* du fémur accompagnée de raccourcissement du membre.

Enfin, je ne voudrais pas qu'on le fît servir à la réduction des luxations spontanées; car, l'ankylose étant le but et la conséquence de ce traitement, l'appareil de M. Martin aurait pour conséquence l'immobilité avec flexion de la cuisse sur le bassin, position évidemment défavorable à la station et à la marche. Dans les cas de ce genre, les appareils à extension permanente me paraissent préférables.

M. Lenoir. Mais l'action de l'appareil peut être modifiée de manière à placer le membre dans l'extension.

M. Chassaignac. On peut se fracturer le col du fémur à 50 ans, et à cet âge on pourrait obtenir la consolidation avec l'appareil de M. Martin, consolidation que j'ai même vue s'opérer trois fois avec l'appareil de M. Nélaton; il y avait raccourcissement il est vrai, mais c'est un inconvénient qu'on pourrait peut-être prévenir avec la machine.

M. Larrey. J'ai eu à m'occuper d'une manière particulière du traitement des fractures du col du fémur (*Thèse de l'agrégation*, 1835), et j'ai été frappé des inconvénients des appareils à extension continue. J'ai vu que, surtout chez les vieillards, ils déterminaient des ecchymoses, des excoriations, des eschares. Je craindrais, d'un autre côté, qu'une traction excessive exercée par ces appareils, dont l'action par sa puissance même est difficile à régler, n'amenât un écartement des fragments, leur mobilité et par suite une pseudarthrose. Du reste, l'appareil de M. Martin me semblerait plutôt applicable aux fractures du corps du fémur qu'à celles du col.

Quant à obtenir l'ankylose par l'extension continue, je ne pense pas que ce résultat soit possible. En effet, si l'on peut admettre que la tête du fémur soit restituée dans la cavité cotyloïde par la double puissance de l'extension et de la contre-extension, on ne comprend pas que les mêmes efforts puissent assurer l'immobilité de l'articulation.

M. Boinet. On ne porte jamais l'extension à la limite que M. Larrey redoute.

Coup de feu dans l'aisselle. Baguette rompue dans la plaie.

M. Huguier. Au moment où un paysan chargeait un des côtés de son fusil double, l'autre coup, sur lequel il avait placé la baguette, partit et l'atteignit dans l'aisselle gauche. La baguette, qui était en bois, se rompit en plus de 20 fragments, qui se logèrent tous dans les chairs, et, chose remarquable, deux grains de plomb seulement ont pénétré dans la plaie. Comment expliquer le résultat? L'arme aura été détournée avant que la charge ne soit sortie du fusil.

Un des fragments de la baguette faisait saillie à travers la peau, qui était soulevée vers le moignon de l'épaule en avant de l'extrémité externe la clavicule.

Au niveau du tendon du grand pectoral, le corps de l'humérus est carié, ainsi que sa grosse tubérosité.

M. Larrey. Comment les fragments de la baguette étaient-ils disposés dans la plaie ?

M. Huguier. Ils ont été enlevés par le chirurgien qui, le premier, a donné des soins au blessé; la plaie n'avait, du reste, qu'une seule ouverture.

Cancer de la langue. — Mort subite par œdème de la glotte.

M. Morel-Lavallée. Il y a trois ans, je présentai à la Société de Chirurgie un cas de cancer de la langue terminé brusquement et fatalement par un œdème de la glotte; les pièces que je mets aujourd'hui sous vos yeux appartiennent à un homme qui a succombé au même accident, et, par un hasard qui se rencontre quelquefois, ce fait rare a été observé dans le même hôpital (la Charité), dans le même service et, je crois, dans le même lit. Le malade, qui ne se plaignait le soir ni de dyspnée, ni de rien d'extraordinaire, était mort le lendemain matin. Ce cas me semble offrir plusieurs points dignes d'attention : d'abord, indépendamment de l'ouverture supérieure du larynx, l'infiltration a envahi la glotte elle-même à un degré tel que la corde vocale supérieure empiète sur l'inférieure, ferme et cache l'ouverture du ventricule, et qu'à ce niveau le canal aérien est presque oblitéré; c'est à peine s'il reste une fente étroite, qui devait l'être davantage encore sur le vivant. C'était donc un véritable œdème de la glotte. Le luette est, comme vous voyez, très infiltrée, et vous vous rappelez peut-être que c'est cette infiltration qui m'a fait reconnaître, chez mon premier malade, la nature de la lésion qui produisait la gêne de la respiration. Cet œdème, dont la manifestation est si subite, est un danger qu'il ne faut pas perdre de vue dans le cancer de la langue, surtout lorsque, comme dans ces deux cas, il y aura un engorgement des glandes sous-maxillaires. On comprend que la trachéotomie, qui, sur l'avis de M. Velpeau, ne put être pratiquée sur mon premier malade à cause de l'état désespéré où je le trouvai à la visite, peut se présenter tout à coup avec une urgence extrême, comme la seule ressource qui puisse sauver la vie et rendre possible l'ablation du cancer, qu'on aura peut-être fixée au lendemain.

L'infiltration de la luette sera un indice important, et qui exercera sans doute une grande influence sur la détermination du chirurgien.

Quant au cancer, il occupe toute la moitié droite de la langue dans toute la longueur et dans toute l'épaisseur de cet organe; ce sont des tumeurs encéphaloïdes isolées et à l'état de crudité.

C'est un cas que je publierai prochainement en entier avec les très beaux dessins que je dois à M. Closmadeuc, élève du service.

M. Forget. A part le cancer de la langue, quelle était, d'ailleurs, la santé du malade ?

M. Morel-Lavallée. Excellente. C'était un homme d'environ 45 ans, très bien constitué et d'un teint d'une remarquable fraîcheur.

Calcul du canal de Warthon. — Extraction.

M. Michon présente un calcul salivaire qu'il a extrait du canal de Warthon par une simple incision. Ce calcul, dont le malade s'était aperçu depuis cinq ou six mois, ne produisait, pour tout symptôme, que la sensation d'un corps dur sous la langue. Cette concrétion était dans le canal même dilaté ou rompu, ce qu'il est fort difficile de décider; mais l'orifice de ce conduit était parfaitement intact.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

DE L'AMMONIAQUE

dans le traitement de l'éclampsie.

M. le docteur Vanoye rapporte le fait suivant, qui justifierait, selon lui, la confiance que quelques médecins ont eue dans l'ammoniaque contre certaines affections nerveuses.

« Une femme, âgée de vingt-sept ans, primipare, fut prise, pendant le cours du travail, d'une hémorrhagie survenue sans cause connue, et bientôt suivie de quelques légères convulsions. L'écoulement de sang, assez peu abondant, se répéta de loin en loin; mais une heure et demie environ plus tard, un accès convulsif beaucoup plus prononcé se manifesta et dura à peu près dix minutes. A midi et demi, une nouvelle hémorrhagie survint et, immédiatement après, un accès convulsif très intense. A deux heures, cette femme mit au monde un enfant vivant, après avoir perdu abondamment du sang et éprouvé une grande fatigue. Peu d'instants après l'expulsion du fœtus, une nouvelle perte sanguine eut lieu, et fut suivie d'une seconde beaucoup plus copieuse. Le placenta fut extrait. Nonobstant, un quart d'heure plus tard, il s'écoula une énorme quantité de sang, et la femme fut prise immédiatement de nouvelles convulsions, plus intenses et plus prolongées que toutes celles qui avaient eu lieu jusqu'alors. Ce fut quelque temps après que M. Vanoye constata l'état suivant:

» L'accouchée, extrêmement faible, se trouvait dans un état de somnolence presque comateux; sa figure était pâle, livide;

son air étonné et son intelligence presque entièrement abolie; le pouls était petit, plutôt lent que rapide; les pupilles dilatées, et la peau offrait une moiteur sensible.

» M. Vanoye, en présence d'accidents aussi formidables, contre lesquels tous les moyens tentés jusque-là étaient restés sans succès, eut l'idée d'essayer l'emploi interne de l'ammoniaque liquide, qu'il prescrivit comme il suit :

Eau distillée.	250 grammes.
Esprit d'ammoniaque.	20 gouttes.
Sirop de menthe.	30 grammes.

A prendre par cuillerées toutes les demi-heures.

» Le lendemain matin, l'état de la malade était toujours le même, sauf que les accès étaient un peu moins fréquents, et qu'il était survenu de la fièvre avec menace de congestion vers l'encéphale. Une petite saignée fut prescrite; mais à peine le sang eut-il coulé quelques instants, qu'un accès éclamptique plus terrible que les précédents survint. On continua la mixture ammoniacale, à laquelle on joignit des frictions stimulantes et quelques grains de calomel. A partir de midi de ce jour, on constata une diminution dans l'intensité et la durée des accès. — Même traitement.

» Le surlendemain les accès ne s'étaient plus reproduits, les lochies avaient paru; incontinence d'urine. (Même traitement.) — A dater de ce jour, l'amélioration continua, la malade revint peu à peu à elle; la sécrétion laiteuse s'établit, et bientôt cette femme ne tarda pas à récupérer toutes ses facultés avec la santé. » (*Annales de la Société de Roulers.*)

DU PHOSPHATE D'AMMONIAQUE

dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.

Les idées généralement reçues par les médecins sur la nature des maladies ont naturellement beaucoup d'influence sur la thérapeutique que l'on dirige contre elles. Les altérations des humeurs, si souvent invoquées par les anciens, ont conduit à l'emploi systématique de moyens qui ont varié suivant la nature de l'humeur qu'on supposait altérée et l'espèce d'altération qu'on croyait qu'elle avait subie. Les altérations du sang et des urines, sur lesquelles les travaux modernes ont jeté tant de jour, ont conduit aussi les médecins modernes à des essais thérapeutiques, et, pour ne parler que de la goutte et du rhumatisme, du moment qu'on a eu reconnu la présence de ce qu'on appelle la diathèse urique, on a dû chercher les moyens de neutraliser cette diathèse. C'est ce qui a conduit M. Edwards à proposer dans ces maladies l'emploi du phosphate d'ammoniaque. Rien de plus facile à comprendre, suivant lui, que les heureux effets de ce sel : introduit dans l'économie, il se combinerait avec l'acide urique et l'urate de soude en excès; ces deux substances insolubles seraient décomposées, et il y aurait formation de deux sels solubles, le phosphate de soude et l'urate d'ammoniaque. Il aurait encore, suivant Liébig, la propriété de rendre l'acide urique facilement soluble dans l'eau; de sorte que cet acide, en excès dans cette maladie, serait éliminé facilement par les reins. Voilà pour la théorie. Quant à la pratique, M. Edwards affirme que, donné à l'intérieur à la dose de 50 centigrammes, ce sel ne détermine aucun accident, tout au plus quelques nausées en commençant, avec un peu de chaleur à l'épigastre; et si le malade se tient chaudement, on ne tarde pas à voir des effets diaphorétiques et diurétiques très prononcés. Ce médecin fait précéder l'usage du phosphate d'ammoniaque de l'administration d'un purgatif; et, dans le rhumatisme articulaire aigu, lorsque la maladie est intense, il a recours aussi à un traitement antiphlogistique local et général. Suivant lui, le phosphate d'ammoniaque prévient l'extension du rhumatisme à d'autres jointures, l'empêche de passer à l'état chronique et de se localiser; il prévient aussi les complications vers le cœur. Dans la goutte, en employant ce sel de bonne heure, on préviendrait et on retarderait les attaques. C'est surtout dans la forme atonique, avec gonflement rebelle des articulations, que l'on se trouve le mieux du phosphate d'ammoniaque. On peut encore en faire usage en lotions sur les parties malades. Tels sont les résultats annoncés par M. Edwards; ils méritent d'être vérifiés, mais avec toute la réserve que comporte l'emploi d'un sel dont les propriétés physiologiques ne sont pas encore bien connues, et qui doit avoir une inflnence altérante analogue à celle des autres sels ammoniacaux. (*Med. Times.*)

Le docteur Neill, démonstrateur d'anatomie à l'Université de Pensylvanie, a publié dans le numéro de juillet 1849 de l'*Americ. Journ. of Medic. science*, la description de quelques pièces d'anatomie pathologique qui, par leur rareté, offrent un assez grand intérêt, quoiqu'on n'y trouve point l'histoire des maladies qui étaient la conséquence ou la cause de ces lésions. Nous avons cru devoir emprunter à cette publication les trois faits suivants :

FRACTURE NON CONSOLIDÉE

de l'extrémité postérieure de l'astragale.

Les fractures simples de l'astragale, quel que soit le point où elles siégent, sont considérées comme des accidents rares. La force nécessaire pour fracturer cet os produit très fréquemment une lésion compliquée ou comminutive. L'exemple suivant a été rencontré à l'amphithéâtre, et aucun renseignement ne put être pris sur l'accident qui avait causé la lésion. Le cadavre était celui d'une jeune femme noire, âgée d'environ vingt ans. Le pied droit était plus petit que le gauche et plus incurvé, de telle façon qu'on crut avoir affaire à un varus; mais, en le disséquant avec attention, la vraie nature de la lésion apparut bientôt.

La fracture offrait la direction représentée dans le dessin suivant :



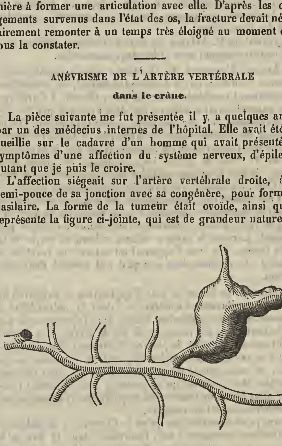
Le tibia était enclavé entre les fragments et les séparait largement; le plus grand de ceux-ci était poussé en avant, et son extrémité antérieure tournée en dedans. Dans cette position, il était uni au calcanéum, et formait avec lui une ankylose. Le petit fragment était repoussé en arrière et restait mobile. Le tendon du long fléchisseur du gros orteil était contenu dans sa gouttière, qui existait encore sur ce petit fragment. La face articulaire du tibia reposait sur la face supérieure du calcanéum, qui s'était modifiée de manière à former une articulation avec elle. D'après les changements survenus dans l'état des os, la fracture devait nécessairement remonter à un temps très éloigné au moment où je pus la constater.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE

dans le crâne.

La pièce suivante me fut présentée il y a quelques années par un des médecins internes de l'hôpital. Elle avait été recueillie sur le cadavre d'un homme qui avait présenté des symptômes d'une affection du système nerveux, d'épilepsie, autant que je puis le croire.

L'affection siégeait sur l'artère vertébrale droite, à un demi-pouce de sa jonction avec sa congénère, pour former la basilaire. La forme de la tumeur était ovoïde, ainsi que le représente la figure ci-jointe, qui est de grandeur naturelle.



L'épaisseur des parois du sac était augmentée par des dépôts de matière calcaire siégant dans l'épaisseur de la tunique moyenne de l'artère.

Nous publierons le troisième fait dans le prochain numéro.

NOUVELLES.

Nous avions évité jusqu'à présent de parler d'un malheur déplorable arrivé à l'un de nos honorables confrères de Paris. Aujourd'hui que toute la presse s'occupe de ce triste événement, nous croyons d'autant moins devoir tarder plus longtemps à le faire connaître que c'est une nouvelle preuve du danger qu'il y a, même pour le praticien le plus expérimenté, à ne pas se recueillir religieusement avant de formuler une ordonnance.

Voici ce qu'on lit dans presque tous les journaux quotidiens d'aujourd'hui :

« Un homme fort distingué, M. Labbé, maître de poste à Alfort, membre du conseil général de la Seine et de la Société centrale d'agriculture, vient de mourir d'une manière bien déplorable.

» Depuis quelques jours, M. Labbé était retenu au lit par une indisposition qui ne présentait aucun caractère dangereux. Il appela près de lui M. D..., son ami, chirurgien en chef de la maison de Charenton. Celui-ci prescrivit un lavement dans lequel il devait entrer dix gouttes de laudanum. M. D... écrivit lui-même l'ordonnance; mais, par une erreur fatale, il mit dix grammes au lieu de dix gouttes.

» Le remède fut préparé dans cette proportion par un pharmacien de Charenton, et on l'administra à M. Labbé, qui est mort quelque temps après. »

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 26 octobre 1850, le concours qui devait s'ouvrir le 1er décembre 1850, devant la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire de clinique externe, est reporté au 6 du mois de janvier 1851.

Le terme du délai dans lequel les docteurs en médecine ou en chirurgie qui désireraient prendre part à ce concours devront déposer au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites, est fixé au 6 décembre 1850, conformément à l'article 7 du règlement du 11 janvier 1842.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Rey, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à celui de Marseille.

M. Arondel, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Grémeaud, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Maubeuge.

M. Meunier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Dautezac, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Miltemberger, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Mercier, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Oran.

M. Gélis, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Saint-Omer.

M. De Guillin, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Cambrai.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 129. (23e ANNÉE.) JEUDI 31 OCTOBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés vendredi prochain, fête de la TOUSSAINT, le journal ne paraîtra pas samedi 2 novembre.

PARIS, 30 OCTOBRE 1850.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un long et consciencieux travail de M. Ferrus sur le crétinisme et le goître a fait hier presque tous les frais de la séance académique de la rue des Saints-Pères. Il nous serait complétement impossible de discuter toutes les opinions émises par M. Ferrus, après une première audition, ces opinions sont basées sur des documents aussi nombreux que difficiles à contrôler à l'improviste; mais si nous nous abstenons de juger le fond de ce mémoire, il est une chose que nous pouvons apprécier, ce sont les louables intentions et le zèle scientifique de l'auteur. Lorsqu'on voit tant d'académiciens, même parmi les jeunes, oublier de faire les rapports qui leur sont cependant imposés par leur devoir, on ne saurait avoir assez d'éloges pour les hommes qui, arrivés comme M. Ferrus à une période où ils pourraient se reposer sans scrupule sur leurs travaux passés, continuent avec une activité infatigable à consacrer tous leurs instants à la science et à rehausser l'éclat de la profession et du corps auquel ils appartiennent.

Avant la lecture de M. Ferrus, M. O. Henry a lu, sur des eaux minérales nouvelles, quatre rapports terminés tous par des conclusions favorables, tous adoptés sans observations, et presque sans avoir été écoutés. Nous avons plus d'une fois déjà fait remarquer à l'Académie qu'elle mettait trop de légèreté dans l'adoption des rapports concernant les eaux minérales; nous croyons devoir renouveler aujourd'hui notre avertissement. Est-il convenable, par exemple, pour l'Académie, d'envoyer à l'autorité une conclusion ainsi formulée : « L'Académie pense qu'il n'y aurait pas d'in» convénient à accorder l'autorisation..., etc. » Ce n'est point là notre avis. L'Académie doit, avant tout, rechercher si l'autorisation d'une nouvelle source peut ou non être utile à la santé publique; dans le premier cas, elle doit conseiller l'autorisation; dans le second cas, elle doit conseiller le contraire. Mais, dire qu'il n'y a pas d'inconvénients à accorder telle ou telle source, c'est en quelque sorte articuler une vérité de M. de La Palisse; car si l'on voulait autoriser toutes les sources qui n'ont pas d'inconvénients pour la santé publique, nous ne voyons pas trop quelles seraient celles qu'on n'autoriserait pas, ni quel serait le but de la législation sur les eaux minérales. L'Académie sait que nous aimons peu l'opposition, et que nous n'en faisons jamais qu'à contre cœur; mais enfin, il y a des devoirs qui parlent plus haut que toute sympathie, et nous serions heureux de voir qu'à l'avenir de tels devoirs nous fussent épargnés.

M. Hutin a remplacé à la tribune M. Ferrus, et dans une courte note il est venu soulever une des questions les plus importantes de la chirurgie des plaies par armes à feu, question qu'il traite à fond dans un mémoire étendu qu'il a déposé à l'Académie, et dont sa note n'était qu'une analyse très abrégée. M. Hutin se déclare partisan très prononcé de l'extraction immédiate des esquilles, se mettant ainsi en opposition avec quelques-uns de nos chirurgiens qui ont le plus d'autorité. Le temps ne nous a pas permis d'examiner comme elles le méritent, comme nous l'aurions désiré, les observations de M. Hutin; mais le théâtre extrêmement avantageux sur lequel M. Hutin observe, l'esprit éminemment judicieux de ce savant chirurgien nous portent grandement à croire qu'il doit être dans la voie de la vérité.

M. Maisonneuve a heureusement clos la séance en présentant une jeune fille chez laquelle il avait enlevé sans incision extérieure les deux maxillaires supérieures. Le résultat de cette opération a été d'autant mieux apprécié, que la malade était déjà guérie depuis un an. H. de Castelnau.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Huitième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8 et 22 octobre.)

Théorie de l'hallucination. (Suite.)

De l'examen critique auquel nous venons de nous livrer, il résulte évidemment, selon nous, que l'hallucination ne peut s'expliquer d'une manière satisfaisante ni par l'altération des organes des sens, ni par la lésion complexe des organes des sens et de l'intelligence. Où donc chercher l'explication de ce phénomène ?

Après tout ce que nous avons dit précédemment, vous devinez aisément qu'à l'exemple d'Esquirol nous la trouvons dans la lésion des facultés intellectuelles et surtout dans celle de l'imagination. Nous n'avons certainement pas l'intention, en nous exprimant ainsi, de nier l'action du cerveau et de faire de l'hallucination un phénomène purement spirituel; nous n'admettons pas, en effet, que dans l'état maladif, pas plus que dans l'état physiologique, un seul phénomène intellectuel puisse s'accomplir sans la coopération du cerveau, et il est toujours bien entendu que, toutes les fois que nous parlons des lésions des diverses facultés intellectuelles ou morales dans le délire, nous supposons toujours l'action simultanée du cerveau. En parlant des lésions de l'imagination, nous ne voulons dire qu'une chose, à savoir : que l'hallucination se rattache à une modification cérébrale analogue à celle qui, dans l'état normal, accompagne l'action de la faculté d'imagination. Ceci étant bien établi, disons comment nous concevons la production du phénomène de l'hallucination par la lésion de l'imagination; plus tard nous indiquerons ce qui lui donne l'empreinte du délire.

Nous avons montré, dans les leçons précédentes, l'imagination s'exerçant sans contrôle, à l'état physiologique, dans les rêves, et donnant naissance à de véritables hallucinations. Nous vous avons montré cette même faculté créant, pendant la veille, chez tous les hommes, à l'aide des matériaux fournis par la mémoire, de véritables images variant en degré de vivacité, selon les individus et selon les dispositions particulières dans lesquelles ils se trouvent, mais ayant toutes pour caractère commun d'être instinctivement repoussées dans le monde extérieur; enfin, nous sommes ainsi arrivés, par une gradation successive, de l'image de l'état normal à l'image maladive, c'est-à-dire à l'hallucination.

Après un tel exposé, comment ne pas être frappé de l'analogie extrême qui existe entre la production de l'hallucination et l'action de l'imagination à l'état normal, et comment chercher ailleurs une explication du phénomène, alors que la nature semble avoir pris le soin de nous ménager les transitions, en fournissant à notre observation les divers anneaux intermédiaires qui établissent comme une chaîne non interrompue entre l'état sain et l'état maladif? Il est un caractère cependant, sur lequel nous reviendrons tout à l'heure avec détail, qui semble s'opposer à cette explication de l'hallucination par la lésion de l'imagination. Ce caractère ne consiste pas dans l'extériorité de l'image, car cette tendance à rejeter l'image dans le monde extérieur appartient également à l'imagination normale; il réside dans la production toute passive du phénomène, passivité qui empêche l'esprit d'avoir conscience de son action, et qui entraîne nécessairement la croyance à la séparation complète entre le phénomène et le moi.

Ce caractère semble devoir établir une ligne de démarcation infranchissable entre l'état sain et l'état maladif; eh bien! ici encore l'observation des états intermédiaires nous fournit des éléments de jugement bien précieux. Nous voyons, en effet, qu'il existe constamment, dans l'état normal, une sorte d'équilibre entre la puissance d'action de l'imagination et celle des autres facultés; nous voyons que toutes les fois que l'imagination se développe sans contre-poids, soit de la part de la réflexion, soit de la part des impressions extérieures, ce développement exclusif a pour conséquence naturelle la diminution de conscience du travail de l'esprit, la vivacité plus grande de l'image et la croyance plus entière à sa séparation du moi qui la produit. Dans le rêve, par exemple, cet équilibre est complétement rompu; l'imagination, jointe à la mémoire et à l'association des idées, semble seule veiller, tandis que les facultés de contrôle, comme la réflexion, sont endormies et que le monde extérieur est comme anéanti par l'occlusion des sens.

Eh bien ! alors, la simple action de l'imagination donne naissance à des images qui paraissent indépendantes du moi par le seul fait de l'absence de contrôle de la part des autres

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19, 26 septembre et 17 octobre.)

Le peuple juif était, comme tous les peuples agriculteurs, sujet à un petit nombre de maladies, et sans la guerre qui le décimait parfois, il eût fort bien vécu avec les seules règles que lui donna Moïse.

Ce législateur, ne pouvant, ainsi que nous l'avons vu, recourir à la médecine proprement dite, s'efforça de prévenir les maladies soit par de bons préceptes hygiéniques, soit par un large système de bienfaisance.

Il poussa si loin les prescriptions contre la contagion, qu'il ordonna de mettre hors du camp non-seulement les lépreux, mais encore celui qui aurait touché un mort. « Commande aux enfants » d'Israël qu'ils mettent hors du camp tout lépreux, tout homme » découlant et tout homme souillé pour un mort. » (*Nombres*, ch. V, v. 2.) Il n'est pas moins explicite dans le *Lévitique* : « Quand » quelqu'un aura touché une chose souillée, soit la charogne des » bêtes sauvages immondes, soit la charogne des animaux domesti» ques immondes, soit la charogne des reptiles, lesquels sont im» mondes, quoiqu'il ne s'en soit pas aperçu, il est toutefois souillé » et coupable; — ou quand il aura touché à la souillure d'un homme, » à quelle que ce soit de ses souillures, soit qu'il ne s'en soit pas » aperçu, soit qu'il l'ait connu, il est coupable. » (Ch. V, v. 2 et 3.)

Moïse donne les conseils les plus minutieux touchant l'hygiène, et sans parler des ablutions et des lavages fréquents auxquels il soumettait son peuple, nous ne rapporterons, comme preuve, que sa recommandation suivante, qui prouve jusqu'où allait sa sollicitude : « Tu auras quelque endroit hors du camp et tu sortiras là dehors — » et tu auras un pic entre tes ustensiles, et quand tu voudras t'as» soir dehors, tu creuseras avec ce pic, puis tu t'en retourneras » après avoir couvert ce qui sera sorti de toi. » (*Deutéronome*, ch. XXIII, v. 12 et 13.)

Ses soins pour prévenir la misère ne sont pas moins grands, « Tu ne prêteras point à usure à ton frère, soit à usure d'argent, » soit à usure de vivres, soit à usure de quelque autre chose que ce » soit qu'on prête à usure. » (*Deutéronome*, ch. XXIII, v. 19.)

Il est inutile, ce nous semble, de continuer nos citations; tout le monde connaît les lois morales de Moïse. Nous les trouvons exposées en peu de mots dans un passage du mémoire de MM. Percy et Willaume. Nous demandons, pour abréger, de nous en rapporter à lui : « Ce législateur, si humain et en même temps si sévère, fit aux Hébreux un devoir essentiel de la bienfaisance et de la charité. Veiller aux besoins des malheureux et les prévenir, leur prêter de l'argent, ne recevoir en gage ni les instruments de leur travail, ni leurs vêtements, payer exactement le salaire de l'ouvrier; une dîme établie tous les trois ans au profit de l'indigent, de l'orphelin, de la veuve, de l'étranger; les productions naturelles de la terre qu'on leur abandonne tous les sept ans; les épis, les grappes, des gerbes entières laissées à dessein pour eux lors des récoltes; l'obligation d'une redevance pieuse prescrite à l'homme riche envers le pauvre; des collectes publiques et régulières à leur bénéfice; l'aumône allant jusqu'à la libéralité et se faisant avec autant de délicatesse que de ponctualité. (Il est à remarquer que la langue hébraïque n'a pas de mot qui corresponde précisément à celui d'*aumône*, qu'elle exprime par un mot équivalant à notre mot *justice*); enfin le refus de faire l'aumône cité par-devant les magistrats et puni comme un crime. »

Tous les auteurs qui, avant nous, ont recherché l'origine des hôpitaux se sont appuyés sur les prescriptions hygiéniques et les lois morales de Moïse pour expliquer l'absence et reconnaître l'inutilité de ces établissements chez les Hébreux. Ne croit-on pas que les infortunés que l'on jetait hors du camp pour cause de lèpre, teigne, etc., ou qui mouraient de douleur ou d'hémorrhagie après les combats, n'eussent pas été heureux d'être portés dans un lieu convenable où leurs maux auraient été soulagés? Pourquoi la société chrétienne a-t-elle senti la nécessité, pour me servir de l'expression de Percy et Willaume, de la thérapeutique et des hôpitaux, quand nous avons comme les Hébreux, et mieux qu'eux encore, des traités d'hygiène et des évangiles qui, pour la charité et la bienfaisance, ne le cèdent en rien aux lois morales de Moïse? C'est que l'origine de ces établissements, ainsi que nous l'avons établi plus haut, ne peut être rattachée à des institutions purement humaines, et qu'elle trouve son explication seulement dans le dogme religieux de la liberté, dont le Christ illumina tout à coup les sociétés anciennes.

Nous avons essayé de dégager cette vérité de nos études sur la Bible; il nous reste à la montrer encore dans le paganisme, par les recherches que nous allons faire d'abord dans Homère pour compléter la première période que nous avons marquée au commencement de ce travail; enfin dans les auteurs qui remplissent les 600 ans qui nous séparent du christianisme, c'est-à-dire de toute la période païenne.

DEUXIÈME SECTION. — *Livres homériques.*

On est loin d'être d'accord sur la date précise de la guerre de Troie. M. Saint-Martin la place de 1209 à 1199; Larcher, de 1280 à 1270, et d'autres auteurs de 1194 à 1184 avant Jésus-Christ. Homère, selon la tradition la plus accréditée, écrivait environ trois siècles avant la prise d'Ilion. Par conséquent, en adoptant les chiffres de Larcher, qui passent pour les plus probables, il faut considérer les livres homériques comme datant de 970 avant Jésus-Christ.

Après l'Iliade et l'Odyssée, nous nous trouvons en face de plu-

facultés, qui seules peuvent établir nettement les rapports naturels entre le moi et le non-moi.

Nous voyons aussi que tous les états physiologiques remarquables par l'exaltation de l'imagination, et par conséquent favorables à la production des hallucinations, s'accompagnent en même temps de la diminution des facultés de contrôle et de la diminution des rapports avec le monde extérieur. Nous voyons, en un mot, que, dans l'état physiologique, l'action exagérée de l'imagination a pour condition indispensable, ou entraîne après elle, la cessation des rapports avec le monde extérieur et le sommeil, ou l'absence plus ou moins complète des facultés de contrôle. Il en est de même de tous les états où l'on rencontre des hallucinations, et depuis longtemps tous les auteurs ont noté que la diminution des relations avec le monde extérieur et le silence des facultés de réflexion était une condition non-seulement favorable, mais presque indispensable pour la production des hallucinations. C'est ainsi qu'on a signalé l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, qui est surtout remarquable par la réunion de ces deux conditions. Ces deux conditions sont également très fréquentes, sinon presque constantes, dans l'aliénation, maladie dans laquelle surtout on constate l'existence des hallucinations.

Ainsi donc, le caractère de passivité de l'esprit, qui semblait devoir séparer nettement l'hallucination de la production normale des images, est loin d'être aussi tranché qu'il le paraît au premier abord; il n'est, au contraire, qu'une conséquence naturelle des lois qui régissent l'imagination à l'état normal, et il se trouve lié intimement au développement de l'action de cette faculté : il ne réside pas dans les lois mêmes de cette faculté, mais dans les relations naturelles qui existent entre elles et les autres facultés de l'esprit.

Bien plus, on peut suivre cette liaison indispensable et observer cette loi d'équilibre jusque dans l'aliénation elle-même; on y constate les mêmes rapports entre l'intensité d'action de l'imagination, la diminution d'activité des facultés de perception et de réflexion, et le degré de netteté de l'hallucination. Comment, dès lors, en présence de semblables observations, pourrait-on persister à admettre, avec certains auteurs, des hallucinations intellectuelles et des hallucinations phychosensoriales, en ne se basant absolument que sur cette différence de degré que nous voyons clairement être le résultat des relations constantes et forcées qui existent entre l'imagination et les autres facultés de l'intelligence.

Après avoir ainsi réfuté l'objection principale que l'on pouvait adresser à l'explication de l'hallucination par la lésion de l'imagination, il ne nous reste plus maintenant qu'à vous donner quelques détails sur le mécanisme de la production de ce phénomène. Nous terminerons enfin cette leçon par l'exposé des différences générales qui existent, selon nous, entre les illusions et les hallucinations.

Comment donc se produit le phénomène de l'hallucination; quelle est, en quelque sorte, sa généalogie?

La mémoire entre d'abord en action et fournit les matériaux; l'imagination les colore; les souvenirs sont transformés en images, et ces images sont refoulées dans le monde extérieur. Toute la faculté pensante est tellement absorbée par la vivacité de ces images, que l'esprit est comme subjugué par la puissance irrésistible de la réalité. Voilà évidemment un phénomène particulier, spécial et distinct des autres symptômes du délire. Mais en quoi diffère-t-il de l'action de l'imagination dans l'état normal? On sait, et nous avons eu soin de le rappeler, que nous avons tous la puissance d'évoquer des souvenirs avec énergie, et que les poètes, les artistes, la possèdent au point de faire poser devant eux, en quelque sorte, les objets que l'imagination leur représente. Ce n'est donc ni la production vive et animée d'une image, ni même son refoulement dans le monde extérieur qui font de l'hallucination un phénomène anormal. En effet, le fait de localiser dans un sens le produit de l'imagination ne saurait caractériser une lésion de cette faculté; il tient, non à une loi d'habitude, comme l'a dit Esquirol, et comme, après lui, l'ont dit tous les médecins, mais à une loi constitutive de l'esprit humain; et son énergie est en rapport direct avec la vivacité de l'image représentée à l'esprit. Toutes les fois qu'un souvenir est ramené dans le présent par un acte de l'imagination, il est immédiatement et nécessairement rejeté dans le monde extérieur; ainsi le veut la constitution de l'entendement humain.

Il faut donc rechercher autre part le caractère qui fait de l'hallucination un phénomène psychologique en dehors des lois habituelles de l'esprit humain.

Eh bien, ce caractère réside dans la production spontanée du phénomène; l'imagination puise son impulsion en elle-même; elle entre en mouvement sans provocation aucune. Si, en effet, dans l'état normal il peut arriver quelquefois qu'un souvenir sillonne la tête humaine sans que rien l'ait appelé, ce souvenir sera si passager et si vague, qu'il ne sera ni saisi, ni représenté par l'imagination; son rapide passage à travers l'esprit en aura fait un phénomène isolé. Dans l'état normal, l'association des idées ou la volonté sont indispensables pour donner naissance à un souvenir dont la vivacité puisse devenir un aliment de l'imagination. De plus, la volonté est indispensable pour le maintenir présent à l'esprit, et l'on sait quelle force de volonté est nécessaire pour prolonger seulement de quelques instants la durée de cet acte de l'imagination. Enfin, la volonté peut le faire disparaître à son gré, soit en l'abandonnant, soit en dirigeant l'attention de l'esprit sur d'autres objets. Dans l'hallucination, au contraire, la volonté n'a pas d'influence directe sur la production d'une image, empreinte néanmoins d'une excessive vivacité; elle se maintient dans l'esprit par cette vivacité même. La volonté est comme anéantie; elle n'est pour rien dans la production de l'image, dans sa durée, dans sa cessation.

L'hallucination se distingue donc des phénomènes psychiques analogues de l'état normal par deux caractères : par sa naissance subite et spontanée dans l'esprit et par l'absence de la volonté.

Telle est psychologiquement l'hallucination comme phénomène anormal; elle se résume dans une lésion de l'imagination. Un second élément est nécessaire pour en faire un délire; il faut, comme nous l'avons déjà indiqué, que l'esprit croie à la réalité actuelle des images; et pour cela, il faut que le jugement et toutes les facultés qui y coopèrent soient altérés. L'esprit, alors, est tellement saisi par ces apparitions, qu'il ne peut s'en dégager et faire appel à la réflexion. Tout entier à ce phénomène, il reste étranger à toute idée de temps et d'espace, et le jugement, privé de tant d'éléments, se trouve d'autant plus faussé qu'il s'exerce dans un ordre de circonstances où d'ordinaire il est plus facile, plus sûr et plus entraînant. Ajoutons, comme nous l'avons dit précédemment, que l'activité de la mémoire et de l'imagination a pour effet nécessaire de restreindre l'action des sens, de la rendre incomplète, et que cette circonstance, jointe à la nullité d'exercice de la réflexion, augmente l'erreur de l'esprit et s'oppose à toute rectification.

Tels sont les deux éléments constants et nécessaires qui constituent l'hallucination et en font un symptôme du délire : lésion de l'imagination, lésion du jugement. Mais, remarque très importante selon nous, l'hallucination est loin d'être un phénomène toujours identique à lui-même; si le fond du tableau reste toujours le même, les détails varient à l'infini. Ce ne sont pas seulement les facultés d'imaginer et de juger qui sont lésées, toutes les autres facultés prennent une part plus ou moins grande à la production de ce délire, et l'on peut dire avec justesse que, sous ce rapport, il y a autant de variétés que de faits d'hallucination. Nous nous efforcerons, dans les divers cas qui se présenteront à notre observation, de rendre sensibles à vos yeux les différents ordres de prédominance de lésion des facultés et leurs degrés si variés. Ces faits et les considérations dont j'aurai le soin de les accompagner auront pour résultat de démontrer le principe que je viens d'émettre, de concourir à la connaissance de la nature intime des hallucinations et de prouver, de plus en plus, la nécessité de l'action simultanée de nos facultés dans tout acte de notre esprit.

L'étude psychologique à laquelle nous venons de nous livrer sur la nature de l'hallucination et celle que nous avons faite précédemment sur la nature des illusions nous mettent à même de résumer leurs caractères analogues et différentiels.

D'après Esquirol, il y a une ligne de démarcation précise, nettement tranchée, entre l'illusion et l'hallucination. Dans l'illusion, il y a impression, et l'hallucination se produit en l'absence de tout objet sensible. En bornant ainsi l'analyse de ces phénomènes, il n'y a pas de contestation possible; mais l'analyse doit être plus profonde; il faut comparer les deux phénomènes dans tous leurs éléments, et de cette comparaison dérivent les analogies et les différences.

Si les illusions diffèrent des hallucinations par leur point de départ, ces deux phénomènes ont cela de commun, qu'ils sont, l'un et l'autre, contrairement à l'opinion d'Esquirol, d'une nature essentiellement intellectuelle. Par cette seule remarque, la ligne de démarcation devient déjà moins tranchée; mais, pour établir d'une manière plus exacte cette comparaison entre deux phénomènes complexes, il faut recourir nécessairement à des distinctions. Rappelons, en conséquence, que nous avons divisé les illusions mentales en deux espèces, d'après leur nature psychologique (car il ne peut être ici question des illusions sensoriales, qui diffèrent totalement des hallucinatious). Les illusions de la première espèce sont constituées par une lésion du jugement sans l'intervention d'un produit de l'imagination. Celles de la deuxième espèce consistent, au contraire, dans la lésion de l'imagination unie à l'altération du jugement. Eh bien! si nous comparons les hallucinations aux illusions caractérisées par la lésion du jugement, indépendante de toute action de l'imagination, nous trouvons entre ces deux phénomènes beaucoup plus de différences que d'analogies. Sans doute il y a dans les deux cas sensation actuelle ou reproduite, action de l'intelligence; mais dans cette espèce d'illusion manque le caractère essentiel, pathognomonique de l'hallucination, la lésion de l'imagination.

Dans le deuxième groupe des illusions, au contraire, qui présente à la fois la lésion de l'imagination et celle du jugement, il y a analogie frappante avec l'hallucination, ou plutôt c'est une hallucination même, moins le point de départ, qui est une impression actuelle.

En résumé, des faits et des considérations que nous avons présentés, il résulte :

1° Qu'Esquirol a basé la distinction entre les illusions et les hallucinations sur deux caractères secondaires, la lésion des sens et l'actualité de l'impression;

2° Que, pour établir des différences vraiment scientifiques, il faut en chercher les caractères dans le domaine de l'intelligence;

3° Que les faits réunis par Esquirol sous le nom d'illusions doivent être divisés en deux catégories, dont l'une est presque identique à l'hallucination et dont l'autre en diffère complétement et se confond avec les autres phénomènes du délire.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 octobre 1850. — Présidence de M. Brichteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose de l'envoi d'un tableau des épidémies de choléra en 1832 et 1849 dans les hôpitaux de Paris, et de plusieurs envois d'échantillons d'eaux minérales.

Correspondance manuscrite. Seigle ergoté. Accouchements.

M. Spitzer, de Marseille, adresse des considérations sur le seigle ergoté et le mécanisme de l'accouchement.

Préparations de quinquina.

MM. Fournier et Laroche envoient la formule d'une préparation de quinquina qu'ils ont imaginée, et qui, suivant eux, a l'avantage d'enlever à ce médicament sa saveur désagréable, tout en augmentant ses propriétés fébrifuges. Voici cette formule :

Quinquina officinal.	150 grammes.
Grande absinthe sèche.	60 —
Alcool à 35°	1 litre.
Eau	1/2 —

Eaux minérales.

M. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, fait quatre rapports, dont les conclusions sont de conseiller à l'administration l'autorisation des sources minérales suivantes :

Eau minérale alcaline gazeuse (source Sainte-Marie), à Cusset;

Idem (source des Dames);

---

sieurs siècles, sans autorité réelle pour nous appuyer, sans guide authentique pour nous conduire, et nous sommes condamné aux fables les plus absurdes pour retrouver la trace des deux principaux *médecins* de l'armée grecque, Podalyre et Machaon, auxquels on a voulu rattacher l'origine des temples d'Esculape. Mais le soin de nous garder de ces contes ridicules n'est pas encore venu, et nous ne devons ici que rechercher dans les livres homériques les éléments essentiels, pour ainsi dire, des hôpitaux, c'est-à-dire la misère, la maladie et la médecine, montrer que, malgré l'existence de ces éléments, il n'y eut aucun établissement hospitalier dans la Grèce antique, et rentrer ainsi dans la loi que nous nous avons précédemment posée.

Non-seulement la misère était connue du temps d'Homère, mais encore la mendicité était permise. « A ce moment survint un mendiant public qui demandait par la ville d'Ithaque, célèbre glouton, » toujours insatiable de mets et de vin, mais sans force, sans énergie, malgré sa grande taille et sa belle apparence. Sa vénérable » mère, à sa naissance, lui avait donné le nom d'Arnaios; mais les » jeunes hommes l'appelaient Iros, à cause de son empressement à » faire les messages qu'on lui confiait. » (*Odyssée*, ch. XVIII, v. 1 et suiv.) Quoique Iros soit resté le type des mendiants de l'antiquité, il n'était pas seul à souffrir de la misère; car Homère, quelques vers plus loin, met ces paroles dans la bouche d'un des prétendants de Pénélope : « Quel que soit le vainqueur....., nous l'admet» trons à l'avenir à tous nos festins, et nous ne souffrirons pas qu'un » autre mendiant vienne demander parmi nous. »

Quant aux maladies, nul doute que les Grecs n'en fussent atteints. Outre la description des blessures que les guerriers recevaient au combat, et que nous examinerons plus loin; l'Iliade débute par le récit d'une épidémie de peste sur laquelle aurons à revenir plus tard.

Une question plus grave s'offre d'abord à nous. Dans l'énumération que nous fait Homère de la flotte des Grecs, il nous apprend que « ceux de Tricca, de l'âpre Ithome, ceux d'OEchalie, où régna » jadis Euryte, obéissent aux deux fils d'Esculape, médecins renom» més, Podalyre et Machaon. »

Plus loin, nous voyons l'un d'eux exerçant publiquement son art. Ménélas venait d'être blessé; un héraut, sur l'ordre d'Agamemnon, court aux vaisseaux de Tricca, et s'adressant à Machaon : « Debout, » fils d'Esculape, lui dit-il, le puissant Agamemnon t'appelle afin » que tu visites la blessure qu'un habile archer des rangs troyens ou » lyciens vient de faire au vaillant Ménélas. » Machaon obéit, et arrive près du malheureux époux de la belle Hélène. « D'abord, pour» suit Homère, le fils d'Esculape arrache le trait du baudrier; les » pointes aiguës cèdent à son effort; ensuite il détache le baudrier » et au-dessous de la cuirasse, puis la ceinture, œuvre d'un artisan » habile à façonner l'airain. Lorsqu'à l'endroit que la flèche a frappé » il a examiné la plaie, il la presse pour en exprimer le sang; puis » il y répand avec adresse les baumes adoucissant dont jadis Chiron » enseigna le secret à son père. » (*Iliade*, ch. IV.)

On a écrit tant de livres, composé tant de mémoires, édité tant d'hypothèses et tellement lâché la bride à l'imagination sur le compte du malheureux Esculape, que nous nous sentons pris d'un immense respect à l'endroit de cet homme étrange, sans parler de la pudeur que nous professons également envers son maître Chiron, et nous reculons devant le triste courage de soulever le voile dont se sont couverts le professeur et l'élève. A une époque où il était de mode de placer en Egypte la source de toutes les institutions grecques, on a prétendu qu'Esculape n'était autre chose que Sérapis, et on reléguait le pauvre Chiron parmi les inutilités dont il ne fallait tenir aucun compte. Heureusement pour ce dernier, les livres homériques étaient là, inflexibles dans leur opinion, et répétant sans cesse : Chiron, le centaure Chiron fut le maître d'Esculape. Les études modernes sur l'Egypte et les progrès récents des mythographes ne permettent plus aujourd'hui l'assimilation d'Esculape et de Sérapis; Chiron est rentré dans ses droits, et est resté pour les commentateurs moins graves que plaisants le premier médecin de campagne, car il faisait, et pour cause, toutes ses visites à cheval.

D'autres savants moins ambitieux, et peut-être plus près de la vérité, veulent que le culte de la médecine ait été importé en Grèce par une colonie de Phéniciens, dont les dieux, comme on sait, étaient tous difformes et monstrueux. A ce compte, Chiron, cet être moitié homme et moitié cheval, serait la personnification d'une divinité phénicienne, et Esculape ne serait plus, comme dans Homère, qu'un simple mortel élevé plus tard au rang des dieux, ainsi que le furent Pan, Hercule, et beaucoup d'autres.

Cette opinion, quoique moins hasardée que la première, laisse encore subsister des doutes qu'il sera bien difficile d'éclaicir. Nous le répétons encore, pour cette époque reculée de l'histoire, nous n'avons qu'un seul témoignage, qu'une seule autorité, les livres homériques, et, avant de pouvoir résoudre la question relative à Chiron et à Esculape, il faudrait d'abord vider toutes celles qu'ont soulevées ces mêmes livres homériques. Ces livres sont-ils l'œuvre d'un seul et même individu, ou doivent-ils être rapportés à plusieurs rapsodes? Ce premier procès est encore indécis, et les deux opinions ont un nombre égal de partisans. Qu'ils soient attribués à un seul homme ou à plusieurs, à quelle époque les livres homériques ont-ils vu le jour? On nous répond : trois cents ans après la prise de Troie. Nous le voulons bien; mais qui le prouve? Eh! mon Dieu, à défaut d'autres mérites, ayons au moins en cette circonstance celui de la franchise; la science ne gagne rien à des allégations mensongères, et appliquons-nous ici cette grande et belle pensée du philosophe ancien : Ce que je sais le mieux, c'est que je ne sais rien. Pour nous donc, nous avouons notre complète ignorance sur l'origine de Chiron et d'Esculape, et nous conseillons aux plus savants que nous de faire le même aveu; leur science et le public y gagneront également.

Félix Roubaud.

(*La suite à un prochain numéro*).

Eau ferrugineuse de Watteviller (Haut-Rhin);
Eau ferrugineuse de Saint-Christophe en Briennois (Saône-et-Loire).

Goître et crétinisme.

M. Ferrus lit la première partie d'un travail original très étendu sur les causes et la nature du goître et du crétinisme. Nous ferons connaître plus tard les conclusions de ce travail.

Plaies par armes à feu.

M. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, dépose sur le bureau un mémoire étendu sur une des questions les plus intéressantes que soulève le traitement des plaies par armes à feu, et se borne à lire la note suivante, dans laquelle il esquisse rapidement l'état de la question, et expose les résultats auxquels il est arrivé.

Les malheureux événements de juin 1848, dit-il, ont amené au sein de l'Académie des communications sur les plaies par armes à feu dont tous les praticiens ont pu apprécier le haut intérêt. Des hommes éminents ont élevé la voix pour exposer le résultat de leurs observations dans les hôpitaux et les ambulances; ils ont dit ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont fait, et leurs paroles, portées par la presse médicale à ceux qui n'ont pas été assez heureux pour les entendre, ont eu d'autant plus de retentissement que leurs noms sont chers à la science à plus d'un titre, et que leurs œuvres forment aujourd'hui un code généralement adopté en France et à l'étranger. A l'appel de MM. Roux et Baudens, ont répondu des chirurgiens célèbres en livrant le tribut de leur expérience; et MM. Bégin, Velpeau, Jobert, Amussat, Malgaigne, Huguier, etc., ont acquis de nouveaux droits à la reconnaissance publique et appuyé certains préceptes de leur autorité. Mais ces communications, acceptées par la savante assemblée comme de simples *comptes-rendus*, n'ont malheureusement pas éveillé les discussions que l'on eût désiré voir surgir sur tant de points importants, et qui eussent éclairé la pratique chirurgicale.

Parmi les questions restées en litige, se trouve tout d'abord celle de l'extraction des corps étrangers et des esquilles. Tandis que des hommes illustres la conseillent, d'autres la proscrivent; et le chirurgien, au moment d'agir, reste indécis et fluctuant, quand une expérience personnelle ne guide pas son raisonnement et sa main.

Il est inutile de remonter dans l'histoire de l'art et d'inscrire ici l'opinion de nos devanciers sur le respect que l'on doit avoir, d'après eux, pour certains agents venus du dehors et pour les fragments osseux encore adhérents; on retrouve partout ce point de doctrine. Les noms les plus respectés se lient à ce précepte, adopté par un grand nombre de nos plus illustres contemporains. Percy partageait cette idée quand il écrivait dans son *Manuel du chirurgien d'armée*: « Il faut bien se garder d'arracher les esquilles, pour peu qu'elles tiennent encore. C'est une défense qu'ont faite les auteurs de tous les siècles, et notamment Hippocrate, qui le premier a averti des dangers de cette précipitation..... Lorsque rien ne s'y oppose, on remet en place celles dont on peut espérer le recollement. »

De son côté, Larrey, l'homme à la vaste expérience, établit ainsi la même distinction : « Il faut extraire les esquilles mobiles isolées ou déplacées, remettre en rapport celles dont on peut espérer la soudure avec le reste de l'os; en feint, dans quelques cas, la résection. »

« Si des fragments d'os, d'esquilles sont *libres* ou enfoncés au milieu des chairs, on en fait l'extraction », professe M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire*.

« Je n'extrais jamais les esquilles », dit enfin plus exclusivement M. Jobert (de Lamballe).

Ces quelques citations, jointes aux règles tracées par Dupuytren, de n'enlever les esquilles secondaires que lorsqu'elles sont détachées par la suppuration, résumeraient l'état général de la thérapeutique à ce sujet, si nous ne voyions, à côté des hommes si compétents qui précèdent, MM. Bégin, Roux, Malgaigne, Huguier, Baudens s'inscrire dans le camp opposé.

« Je ne connais pas de précepte plus erroné et plus dangereux en chirurgie, dit M. Bégin, que celui qui consiste à respecter, à maintenir les fragments d'os en partie détachés dans les fractures..... »

En 1830, M. Roux prescrivit d'enlever toutes les esquilles, tous les fragments visibles des os.

M. Malgaigne, à son tour, est d'avis que, « quand le suppuration est inévitable, les esquilles constituent une complication des plus graves; elles sont là, au milieu des chairs, comme autant de corps étrangers qu'il importe d'extraire le plus tôt possible. »

M. Huguier avait sans doute la même opinion quand il disait à l'Académie, le 26 septembre 1848, qu'il faut extraire les esquilles le plus promptement possible, excepté celles qui adhèrent encore largement aux os ou au périoste. « *Encore plus tard*, ajoute-t-il, *sera-t-on souvent forcé de les extraire, parce qu'elles se nécroseront, ou blesseront les chairs par leur mauvaise direction.* »

Convaincu de la parfaite justesse de ce que disait il y a une dizaine de jours, dans la *Gazette des Hôpitaux*, M. de Castelnau, l'un de ses consciencieux rédacteurs, que c'est par *démonstration*, et non par *assertion* que l'on doit procéder en médecine, j'ai réuni une centaine d'observations cliniques prises au milieu de plusieurs centaines d'autres à l'hôtel des Invalides pour chercher à établir où se trouve la vérité entre ces manières de voir si opposées. Ce sont elles qui forment la base de ce travail, trop volumineux pour être lu en séance, et dans lequel je tâcherai de démontrer la nécessité de l'extraction et les dangers d'une conduite opposée.

Ablation des maxillaires supérieures.

M. Maisonneuve présente à l'Académie une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'ablation des maxillaires sans inciser la peau, c'est-à-dire en opérant par l'intérieur de la cavité buccale. Cette jeune fille, opérée maintenant depuis un an, est aujourd'hui parfaitement guérie, et n'offre en effet aucune trace de cicatrice à l'extérieur du visage.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 octobre. — Présidence de M. Duperrey.

Du phosphène dans ses rapports avec la myopie et la presbytie.

M. Serres (d'Alais) envoie une nouvelle note sur le phosphène envisagé dans ses rapports avec la myopie et la presbytie.

D'après M. Serres, le phosphène se montre chez les myopes plus vif, plus complet que dans l'état normal. Le phosphène nasal et les orbitaires semblent égaler le temporal en constance, en vivacité et parfois en grandeur.

Ces faits infirmeraient, suivant M. Serres, l'opinion émise par M. Stœber, de Strasbourg, qui pense que la cause prochaine de la myopie réside peut-être quelquefois dans une altération particulière de la rétine, à moins d'admettre une complication de la myopie avec l'amblyopie ou amaurose commençante.

Dans l'état amblyopique, que l'on rencontre quelquefois plutôt comme effet que comme complication de la myopie, surtout lorsque cette maladie affecte les deux yeux, on peut reconnaître la véritable cause du trouble visuel à l'aide du phosphène, dont les orbitaires et quelquefois le nasal sont peu appréciables ou font défaut entièrement si la rétine est essentiellement affectée, et c'est à l'aide des verres concaves à foyers différents qu'on peut de prime abord déterminer la distance à laquelle s'opère la vue distincte pour chaque œil. Le témoignage du phosphène atteste, contrairement à l'opinion communément admise, que l'œil le plus affecté de vue basse est le plus faible, que la rétine de cet œil aurait plus d'acuité perceptive que celle du côté opposé.

Dans la presbytie, l'anneau entopsique se comporte à peu près comme dans la vue normale lorsque les deux yeux en sont affectés; mais, s'ils le sont à des degrés différents ou si l'un d'eux est presbyte et l'autre myope et tous les deux à un degré avancé, il survient dans l'œil et la vue des changements morbides analogues à ceux que l'on observe dans la myopie larvée ou inégale.

En résumé, la rétine est étrangère aux causes de la myopie et de la presbytie; elle conserve son aptitude fonctionnelle attestée par la présence des phosphènes, qui, dans la première de ces aberrations de la vue, se produisent mieux dessinés souvent que dans la vue normale, à cause peut-être d'une plus grande tension et d'une plus forte saillie de l'œil. Ils doivent servir à l'ophthalmologiste à exclure l'idée d'une complication amaurotique lorsque la myopie est arrivée au point de simuler une amblyopie par ses progrès successifs, ou qu'elle s'est combinée avec la presbytie avancée et inégale, et à faire chercher ailleurs que dans la rétine la raison de l'affaiblissement de la vue.

Composition chimique des liquides de l'amnios et de l'allantoïde.

M. Stas communique une note sur les liquides de l'amnios et de l'allantoïde. L'auteur s'exprime en ces termes :

En examinant l'amnios, lorsque le poulet brise sa coque, j'avais observé qu'il s'y trouvait toujours du bi-urate d'ammoniaque; je m'étais demandé si cet urate était le résultat des phénomènes chimiques accomplis pendant le développement du fœtus et si celui-ci possédait déjà des fonctions qu'il est destiné à exercer plus tard.

Mes expériences m'ont fait reconnaître que l'amnios ne renferme jamais d'acide urique sens qu'il en existe en même temps dans le cloaque. De plus, on en découvre dans le cloaque avant même qu'il s'en trouve dans l'amnios. Il est donc bien évident que l'acide urique arrive par la voie du rein et qu'il est un produit de combustion intérieure qui s'opère déjà chez le poulet avant qu'il ait atteint son entier développement.

Dans la liqueur de l'allantoïde, je n'ai pu découvrir ni urée, ni acide urique, mais j'y ai trouvé une matière organique azotée, cristallisable, soluble dans l'eau et dans l'alcool, mais dont je n'ai pas encore complétement défini la nature, faute de matière.

La liqueur de l'allantoïde renferme, en outre, des chlorures, des sulfates et phosphates alcalins. Chez la vache, l'eau de l'allantoïde renferme tous les sels que l'on rencontre dans l'urine de cet animal; mais je n'ai pu y constater ni acide hippurique, ni acide benzoïque. On y trouve, en outre, de la fibrine, de l'albumine, de la caséine, et une quantité notable de sucre de raisin.

L'eau de l'amnios, chez la vache, ne renferme ni allantoïde, ni acide benzoïque; elle contient tous les sels de l'urine, ainsi qu'une quantité notable d'albumine et de fibrine; elle est saturée d'acide carbonique et contient du bicarbonate de potasse.

Chez la femme, l'allantoïde renferme de l'urée, comme on le sait déjà.

J'ai trouvé également l'urée dans le sang placentaire, et, chose remarquable, la partie liquide de ce sang est presque entièrement formée par de la caséine. Ce seng est pur, albumineux et peu fibrineux. Jusqu'à présent, il a été impossible de déterminer la quantité relative de ces matières.

Candidature.

M. Longet écrit à l'Académie pour se porter candidat à la place laissée vacante, dans la section d'anatomie comparée et de zoologie, par la mort de M. de Blainville.

CORRESPONDANCE.

Note sur les hallucinations.

Nous avons reçu depuis longtemps déjà la note de notre savant confrère M. Brierre de Boismont; le défaut d'espace nous a seul empêché de la publier plus tôt.

Monsieur le Rédacteur,

Lorsqu'on avance une opinion qu'on croit vraie et qui rencontre cependant de nombreux contradicteurs, on est heureux de la voir défendue par des hommes consciencieux, équitables et qui se font un devoir de rendre justice aux travaux de leurs confrères. Tel est le sentiment que j'ai éprouvé en lisant dans divers numéros de votre journal et en particulier dans celui du 17 de ce mois les articles que M. Falret a publiés sur les hallucinations. Il y a cinq ans, dans un ouvrage très favorablement accueilli, je formulai le premier la proposition suivante : *Les hallucinations sont compatibles avec la raison*. Voici les motifs sur lesquels je m'appuyais pour prouver que les visions d'une foule d'hommes célèbres n'étaient point un symptôme de folie : L'histoire, disais-je, nous apprend qu'elles dépendent d'une influence complexe; elles proviennent à la fois du tribut que payaient les intelligences d'élite aux croyances du temps, de ce caractère extatique que la contention de l'esprit fait contracter aux idées, et enfin de la nature de l'organisation. Nulle comparaison à établir entre les hallucinations de ces hommes fameux et celles des hallucinés de nos jours. Là des entreprises conçues, exécutées avec toute la force du raisonnement, l'enchaînement des faits, la puissance du génie; ici des projets sans suite, sans but, sans actualité et toujours frappés au coin de la folie. Mais, dira-t-on, comment se fait-il que ce genre d'hallucination ait disparu de nos jours? Voici notre réponse à cette objection : pour être halluciné de la sorte, il fallait avoir des convictions profondes, des croyances ardentes; il fallait vivre au milieu d'une société qui partageât ces sentiments et sût au besoin mourir pour eux. Où sont donc aujourd'hui les croyances? Où sont donc les martyrs? Quelle est la voix qui domine le monde? Chacun vit pour soi et chez soi; le scepticisme a gagné toutes les classes; les généreux dévouements excitent le sourire; le bonheur matériel, voilà la devise.

Ces principes sont maintenant adoptés par des médecins de la plus haute distinction. Le savant professeur Ideler, de Berlin, s'exprime ainsi dans son *Essai d'une théorie du délire religieux*, dont M. le docteur Morel, de Moreville, doit bientôt dans les *Annales psychologiques* donner l'analyse : L'importance des considérations établies par M. de Boismont, qui peuvent nous servir de critérium pour distinguer la folie réelle des phénomènes insolites du génie, de l'exaltation morale et qui doivent nous guider dans le cours de nos recherches, est encore plus évidente dans l'application que le médecin français en fait à la vie privée de personnages fameux. Je lui emprunte la belle peinture qu'il nous a donnée de la Pucelle d'Orléans.

Rejeter l'hallucination physiologique, c'est nier dans l'homme une faculté supérieure, admise par les observateurs, qu'on appellera comme on voudra, enthousiasme, illuminisme, extase; qui se dérobe à toute analyse, qui touche au plus profond mystère de l'être, mais qui n'en est pas moins un fait réel, permanent dans l'histoire, inhérent à sa nature. Le patriotisme et le génie militaire, élevés par la foi jusqu'aux dernières limites de l'inspiration, telle est, dit M. Michelet, la véritable interprétation de la destinée glorieuse de Jeanne d'Arc, la seule que puisse admettre la raison moderne. Nous reviendrons sur cet important sujet en examinant le remarquable ouvrage de M. Quicherat sur l'héroïne de Vaucouleurs.

Depuis que j'ai publié un ouvrage sur les hallucinations, j'ai rassemblé un grand nombre de faits destinés à mettre en lumière l'opinion que je défends. Permettez-moi de vous en citer un à l'appui. Georges Fox, le célèbre fondateur de la secte des quakers, devrait-il être rangé parmi les fous si l'hallucination était la compagne inséparable de la folie. J'ignore comment ce grand homme a échappé aux iconoclastes modernes, car il avait les qualités requises pour être abattu par eux.

Voici ce que Georges Fox nous apprend dans le récit de sa vie, dont nous extrayons ce qui a rapport à notre sujet. Pour se livrer à son œuvre de régénération, il abandonna de très bonne heure sa famille; pendant de longues années, il se vêtit de cuir de la tête aux pieds. Tantôt renfermé dans sa chambre, tantôt accroupi dans le creux d'un vieil arbre, toujours jeunant, priant et méditant les Ecritures, il fut assailli de tentations et de découragements. Vers cette époque, il eut plusieurs révélations qui le frappèrent d'étonnement : il lui fut *ouvert* que tous les chrétiens, protestants ou papistes, *étaient des croyants, des fils de Dieu*. Effrayé et désolé de ne trouver d'appui nulle part, il fut enfin consolé par une voix qui disait dans son cœur : « Il y a quelqu'un qui peut te comprendre et t'aider, c'est le Christ lui-même. » Ainsi que saint François d'Assise, ce fut durant une vision qu'il reçut la consécration de l'esprit. Pendant quatorze jours, il resta dans une sorte de léthargie, et, tandis que son corps était comme mort, son regard plongea dans ce qui était sans fin et dans des choses que la langue ne peut exprimer. — Je vis, ajoute-t-il, la grandeur, l'infinitude et l'amour de Dieu... Un dimanche, en 1649, il se sentit appelé à entrer dans la cathédrale de Nottingham, afin d'y porter témoignage... Il est donc incontestable que le fondateur de la société des quakers eut des visions, des révélations; ces phénomènes psychologiques se manifestèrent aussi chez les premiers apôtres qui se levèrent à sa voix. Comme lui, tous étaient profondément convaincus de leur infaillibilité, tous se regardaient comme des saints délivrés de tout péché, tous étaient doués du don de prophétie, mais tous aussi avaient en eux un certain héroïsme; le mépris du danger et la passion de la sincérité.

Pour se rendre compte de cet état qui nous paraît si singulier aujourd'hui, il suffit de se reporter au temps où tout le monde alors, fanatique de religion, en attribuait ses convictions à la révélation; les officiers prêchaient, les femmes montaient en chaire, les enfants recevaient les prénoms de *Dieu soit loué par*....... ou *le Seigneur pour serviteur*..... Chacun expliquait les volontés du Très-Haut comme s'il avait eu en main le registre des volontés divines. Fox, loin d'être une anomalie, était un prophète populaire, une exagération de son temps. Le siècle lui avait donné sa direction; mais il y avait en lui une foi extrême en sa mission; ce fut là une cause très puissante de l'action qu'il exerça sur la société anglaise par lui-même et par ses successeurs. Il était venu au monde au moment où allait s'écrouler une ancienne civilisation, et dans sa nature se trouvaient entassés une infinité d'instincts qui étaient déjà développés, et qui n'avaient point encore été formulés ou définis. Les faits mêmes ont prouvé que sous son exaltation se cachait quelque chose de profondément vrai, de profondément humain. Après avoir séduit les ignorants par ce qu'elle avait de trompeur, la doctrine du berger de Drayton a su se faire adopter par des raisons clairvoyantes; le quakérisme, pour tout dire, a survécu, parce qu'il avait un principe de vie, le respect pour la légalité.

On s'est beaucoup moqué des illusions populaires des autres siècles. Les croit-on toutes dissipées? Voici une anecdote qui s'est passée chez un peuple dont le bon sens est proverbial, et je crois qu'il ne serait pas difficile d'en trouver de semblables à des distances beaucoup plus rapprochées.

Le prophète Miller, aux Etats-Unis, annonçait la fin du monde pour le 23 octobre 1844; l'événement ayant prouvé la fausseté de ses calculs, il remit au 23 octobre 1847, date précise, l'accomplissement de la catastrophe. Les masses populaires du Nord furent ébranlées, et ce mouvement fanatique s'étendit jusqu'à Philadelphie. Fermiers et cultivateurs négligèrent les travaux des champs; beaucoup de propriétaires vendirent leurs maisons et leurs domaines, et concoururent de leurs deniers à la construction du tabernacle où

devaient se réunir les fidèles, vêtus de robes blanches, pour monter au ciel.

On éleva dans un des quartiers les plus fréqnentés de Boston une salle. La tronpe des hallucinés s'y rendit le 23 octobre 1847, et y passa la nuit en prières. Ces sectaires étaient vêtus de robes blanches, prêts, disaient-ils, *à monter* (*to go up*), et chantaient à perdre haleine :

> Je suis tout blanc, mon âme est prête ;
> Je vais monter, rien ne m'arrête !

La salle, ornée de fleurs, était éclairée par de grands chandeliers bibliques et tapissée de textes hébreux. La nuit s'écoula, l'aurore parut, personne ne monta, et la société fit banqueroute. La salle, vendue par autorité de justice, devint un théâtre.

Une jeune personne, à laquelle son fiancé avait fait cadeau d'un collier de prix, voulut, quand elle sut que la fin du monde approchait, consacrer ce présent de noce à l'œuvre sainte du tabernacle. Le joaillier auquel elle le porta pour le vendre lui demanda si elle n'était pas millénaire ; et sur sa réponse affirmative : « Voici, lui dit-il, des couverts d'argent sur lesquels je fais graver les initiales de votre ministre ; je dois les lui livrer à la fin du mois ; il ne croit donc pas un mot de ce qu'il vous prêche ?

(*Revue des Deux-Mondes*, 15 mai 1850, pag. 933.)

A. Brierre de Boismont.

Calculs dans les deux reins.

Le 25 avril 1849, je fus appelé pour voir une petite fille âgée de douze ans, qui avait souffert cruellement pendant la nuit ; elle était pâle, faible et maigre, sans fièvre ; elle avait la langue nette et la peau naturelle ; elle se plaignait d'une douleur dans la région lombaire, qui était sensible à la pression ; toutes ses sécrétions étaient naturelles, à l'exception de l'urine, qui contenait un dépôt albumineux épais.

La mère me rappela que l'enfant avait été traitée pour incontinence d'urine trois ans auparavant ; l'enfant ne fut jamais guérie ; l'incontinence continua, et parfois elle éprouvait de fortes douleurs. Mais son indisposition n'avait jamais été assez sérieuse pour que ses parents consultassent un médecin ; et en effet, elle s'était amusée à courir pendant la journée qui avait précédé les souffrances qui ont été cause de ma visite.

Le dimanche, 26 au matin, on me fit chercher de nouveau en grande hâte. Elle avait eu une nouvelle attaque. Quand je la vis, elle était abattue ; la peau tiède et humide ; le pouls presque inappréciable ; les lèvres livides ; la voix faible ; le visage exprimant la mort. Je lui ordonnai des boissons stimulantes et les sinapismes. A 1 heure elle mourut.

Le mardi, 28, je fis l'autopsie. Tous les viscères étaient dépourvus de lésion organique, excepté les reins. Ces organes avaient six pouces de long, trois pouces de large et deux pouces d'épaisseur ; la couleur en était très foncée et la consistance naturelle détruite ; en les ouvrant, je trouvai les calices et les bassinets considérablement distendus et contenant une grande quantité de matière partie albumineuse et partie puriforme ; les parois rénales étaient si minces, et leur structure tellement modifiée qu'aucun des caractères normaux de la glande ne pouvait être retrouvé.

L'urètre gauche était très dilaté ; la vessie ne présentait aucune trace de maladie. Il fut impossible de dégager complétement les calculs, calculs arborescents avec toutes leurs tiges, leurs branches et leurs extrémités, sans les casser ; mais, après avoir lavé les fragments, les extrémités brisées furent pour la plupart ajustées, et chaque calcul offrit alors la forme représentée dans les dessins ci-joints :

F. 1. F. 2.



Les extrémités, ou épanouissements négatifs, étaient parfaitement blanches et composées d'un nombre de beaux et brillants cristaux ; quelques-unes des tiges étaient empreintes d'une teinte brunâtre ; d'autres paraissaient corrodées comme si l'on y avait appliqué un acide. Leur poids était de 510 grains (environ 25 grammes). Ils étaient composés de phosphate de chaux.

Dans *The Cyclop. Pract. Medicine*, on trouve décrit le fait anatomo-pathologique suivant :

« Un exemple remarquable d'un semblable calcul fut observé chez une fille naturelle de sir Richard Steele. Aucun symptôme néphritique n'avait eu lieu chez elle, si ce n'est peu de temps avant sa mort, lorsqu'une douleur violente se manifesta dans la région du rein droit ; la fièvre survint et fut bientôt suivie de mort. Un calcul d'oxalate de chaux, pesant sept onces et demie, fut trouvé dans le rein droit, qui était devenu si mince, qu'il était réduit à une simple membrane. Dans ce cas-ci, la pierre pouvait être sentie, pendant la vie, à travers les lombes, ce qui porterait à croire que le rein était ossifié. (*The americ. journ. of med. science, july* 1849.)

GASTRALGIES.

Emploi du sous-nitrate de bismuth uni à l'extrait de belladone dans ces affections.

Rien de mieux établi que les bons effets du sous-nitrate de bismuth dans les maladies nerveuses de l'estomac. Suivant M. le professeur Caizergues, sa réunion à l'extrait de belladone serait beaucoup plus efficace encore. Aussi M. Artaud, s'appuyant sur des faits nombreux de guérison dont il a été témoin à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, dans le service de M. Caizergues, n'hésite point à proclamer cette association des deux substances comme un véritable spécifique. Voici la formule habituellement employée :

Sous-nitrate de bismuth.	10 grammes.
Extrait de belladone.	1 —

Diviser en quatre pilules que l'on fait prendre au malade à la dose de deux soir et matin.

Le sous-nitrate de bismuth et l'extrait de belladone réunis ne combattent pas seulement, suivant M. Artaud, la gastralgie, dont la nature est essentiellement nerveuse, mais ils triomphent encore des douleurs nerveuses de l'estomac qui sont sous la dépendance de certains états généraux, tels que la chlorose, par exemple, sauf, bien entendu, aussitôt les symptômes gastralgiques calmés, à s'occuper du traitement de l'affection principale. (*Revue thérap. du Midi.*)

NOUVELLES.

M. le docteur Gagnière, qui fut pendant de longues années la providence de la petite ville de Saint-Vallier (Isère), lui a légué en mourant une somme de 150,000 fr. pour diverses œuvres de charité et pour la reconstruction d'un hospice.

— M. Bouchut, médecin du Bureau central des hôpitaux, commencera son cours de pathologie interne le jeudi 7 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis à la même heure.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Nogués, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Gros-Caillou à Paris, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Frison, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce à Paris, est désigné pour passer à l'hôpital de Corte.

M. Benoist, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Dehée, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Eychenne, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lille, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Maublanc, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Cambrai, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Petibon, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Duauthier, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Brégeaud, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Ving, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

L'huile de foie de morue remplacée.

Voici un véritable progrès à signaler : le docteur Quesneville vient de remplacer complétement l'emploi en médecine de l'huile de foie de morue ou de raie. On sait que c'est à l'iode que ces huiles doivent leurs vertus ; or voici ce que nous lisons dans la *Revue scientifique* : « Quand on voudra prendre l'iode à petites doses, l'ordonner à des enfants, par exemple, à des natures très impressionnables ou à des estomacs déjà irrités, rien ne conviendra mieux que le sirop d'iodure d'amidon soluble du docteur Quesneville ; *il remplacera ainsi merveilleusement les huiles de foie de morue et de raie.* Quand on voudra prendre l'iode à haute dose, on pourra remplacer le sirop par les poudres d'iodure d'amidon soluble du même chimiste. »

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 130. (23e ANNÉE.) SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 4 NOVEMBRE 1850.

Séance de rentrée de la Faculté.

La Faculté a fait aujourd'hui sa rentrée avec la pompe accoutumée. Nous avons cru remarquer néanmoins un moindre concours, non pas d'élèves, car l'amphithéâtre a été, comme toujours, trop étroit pour les contenir, mais d'hôtes étrangers. Il y avait cependant, pour piquer la curiosité publique, l'attrait d'un discours de M. Velpeau, qui a fait, tout le monde le sait, d'excellents discours dans plusieurs discussions scientifiques auxquelles il a pris part, mais qui ne s'était point essayé encore dans le genre des oraisons funèbres. Tout en conservant pour la mémoire de Marjolin le respect auquel elle a droit, nous pouvons dire cependant, nous qui ne parlons pas un langage officiel, nous pouvons dire avec tout le monde que M. Velpeau n'était pas favorisé dans son sujet; il aurait pu échouer sans déshonneur; c'était donc double mérite de réussir : M. Velpeau a réussi. Il a su, pendant plus de cinq quarts d'heure, soutenir l'intérêt en racontant une vie, très honorable sans doute, et fort bien remplie, mais peu accidentée et sans éclat. M. Velpeau a su parsemer avec assez d'art, dans les diverses parties de son discours, les réflexions philosophiques, les discussions, les critiques scientifiques et quelques anecdotes pour tenir constamment en éveil l'attention de l'auditoire. Peut-être trouvera-t-on que parmi les anecdotes il aurait pu en supprimer quelques-unes comme n'étant pas tout à fait en rapport avec la gravité de la circonstance; mais la vie et la personnalité de Marjolin n'autorisaient-elles pas précisément ces anecdoles, qui auraient pu ne pas convenir si l'on avait prononcé l'oraison funèbre de Dupuytren ou de Laënnec?

Quant aux réflexions philosophiques dont M. Velpeau s'est montré prodigue, elles sont marquées au coin d'une raison solide; elles ont été exprimées en bons termes, dites avec l'accent ferme d'une profonde conviction, et nous avons constaté avec une vive satisfaction qu'elles ont trouvé un immense écho dans le jeune auditoire.

Après la lecture de M. Velpeau, plusieurs fois interrompue par d'unanimes applaudissements, M. Gavarret a prononcé le nom des lauréats, et M. le doyen a levé la séance. Tout s'est passé dans le plus grand ordre, et la Faculté peut se flatter d'ouvrir le cours de ses travaux sous d'heureux auspices. Puissent tous les professeurs répondre par leur zèle à l'empressement dont sont animés les élèves! H. de Castelnau.

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. VELPEAU.

Messieurs,

Aujourd'hui que le calme renaît dans les esprits, que, moins inquiète, la patrie, un moment épouvantée se tranquillise et tend à se rasseoir, il est doux, plus doux que jamais pour la Faculté de se retrouver au milieu de ses enfants.

Gardienne avancée des connaissances humaines, la médecine doit être plus que toute autre amie de l'ordre et de la paix, parce qu'elle est avant tout l'ardente amie de l'homme.

Ce n'est pas quand le sol tremble, quand l'édifice social est menacé de toutes parts, quand le monde politique est en feu, que l'art de guérir peut prendre de l'essor, peut attirer à lui et fixer les intelligences d'élite, dont il a tant besoin, cependant, pour remplir sa noble mission.

Notre science, qui aime le progrès en toutes choses, qui s'associe volontiers aux réformes utiles, qui a pour but de protéger l'existence, est par cela même antipathique à ces grandes crises qui, en bouleversant les Etats, ne laissent souvent après elles que ruines et destruction.

Attirés par le goût de plus douces études, que la perspective d'être utiles vous encourage et vous anime; pour servir les uns, vous ne serez point obligés de nuire aux autres; votre âme, heureuse des secours qu'il est loisible au médecin de porter à tous, restera sans amertume à la fin comme au début de votre carrière.

La solennité qui nous rassemble ne nous montre-t-elle pas d'ailleurs la réalité de ce qu'il y a de pur, de ce qu'il y a de possible dans la plus belle organisation que puissent rêver les plus exigents utopistes? L'élève qui arrive à côté des disciples de l'année dernière, un peu plus haut l'externe, puis l'interne, et les élèves de l'Ecole pratique, que divers concours ont déjà distingués. Sur les mêmes bancs, grandis par des combats plus sérieux, l'aide d'anatomie, le prosecteur, les membres du Bureau central; puis ceux qui, naguère encore vos émules, ont acquis par des luttes nouvelles le beau titre d'agrégé et le droit comme le devoir de suppléer vos maîtres, en attendant qu'un dernier combat leur ouvre définitivement les portes du sanctuaire; et les professeurs eux-mêmes ne sont-ils pas sortis de vos rangs! Enfin le talent, soutenu par l'étude, conduisant seul du premier jusqu'au dernier degré de la hiérarchie. N'est-ce pas là ce que l'imagination peut concevoir de plus noble, de plus conforme à la dignité de l'homme?

Egalité parfaite, absolue, à l'entrée des voies diverses qui conduisent aux distinctions et à la fortune. Liberté, indépendance pour chacun; nul ne peut s'imposer en médecin que par son savoir ou son mérite. Nées du suffrage général, les notabilités, les grandes renommées sont acceptées par tous, parce qu'elles ne sont subies par personne; aussi leur influence n'a-t-elle d'autres limites que celles du monde civilisé.

Les lignes qui encadrent ou séparent les empires nous sont étrangères. Ne prodiguons-nous pas nos soins, sans distinction aucune, aux différents peuples de la terre, quelles que soient leurs croyances politiques ou religieuses?

Que de si consolantes destinées, qu'un si noble but, ne sortent point de votre mémoire, et le rôle que vous avez choisi fera le bonheur de votre vie. Un instant encore, et vous allez en goûter les primeurs. La joie si naïve qui agite l'âme des lauréats, les émotions si douces des proches au moment où les trophées du collége touchent la jeune tête de l'enfant studieux, ne vont-elles pas se reproduire à la vue de ces premières palmes enlevées à force de travail par quelques-uns d'entre vous!

Si l'aspect de semblables couronnes a la puissance d'enflammer votre ardeur, nous n'en ressentons pas, de notre côté, des impressions moins heureuses, n'en doutez pas, à cause des souvenirs et des jouissances qu'elles rappellent à bon nombre d'entre nous. En ravivant, chez le professeur, des émotions d'un autre âge, de telles fêtes ne rebaussent-elles pas en même temps chacun de vous en lui indiquant la route glorieuse qui conduit au faîte de la profession? On savoure avec délices le bonheur qu'elles font naître, parce qu'il est sans mélange et parce qu'il marque dans la vie un passage sur lequel la pensée se reporte toujours avec plaisir, avec orgueil même.

L'année qui s'enfuit, Messieurs, a été féconde en événements au sein de l'Ecole; un de nos collègues les plus éminents a changé de chaire; de l'enseignement de la clinique, où son savoir et son tact exquis ne vous attachaient pas moins que sa parole facile et l'aménité de son caractère, il passe à la pathologie, où il avait déjà brillé d'un si vif éclat. La permutation des chaires dans les Facultés soulève une grave et délicate question, une question que je ne veux ni ne puis discuter en ce moment, moi qui ne suis partisan de la permutation que dans des limites extrêmement restreintes; mais, outre que de la chaire de pathologie à la chaire de clinique, comme de la clinique à la pathologie, je les crois utiles et désirables dans certains cas, je dois ajouter que, dans le cas actuel, nulle objection n'eût été possible; c'est à la chaire de pathologie externe, en effet, que M. Cloquet fut d'abord nommé par la voie du concours.

La maturité de son talent ne le porta que plus tard à la chaire de clinique, renonçant à la partie manuelle de la chirurgie, qui l'impressionne toujours péniblement, et il revient modestement à son premier enseignement avec l'espoir bien fondé de vous y faire jouir de sa longue expérience.

Une chaire de clinique chirurgicale est ainsi devenue vacante, et vous allez la voir incessamment disputée par de vigoureux athlètes, les mêmes au surplus que s'il se fût agi d'une chaire de pathologie externe, preuve déjà concluante qu'une semblable permutation ne change rien à la nature des choses.

La mort de Blandin, dont une voix éloquente vous retraçait ici même il y a un an la vie et les douleurs, avait laissé un vide cruel dans nos rangs. Un concours dut s'ouvrir, de nombreux combattants se sont présentés; tout ce que la chirurgie possède parmi nous d'hommes exercés, expérimentés, quoique jeunes encore, sont entrés dans l'arène.

La lutte n'a pas duré moins de cinq mois; vous en avez suivi, comme nous, toutes les phases, et vous savez si jamais

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Un prix homœopathique. — Encore les permutations. — Bel exemple de galanterie française.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Il y a à Paris ou ailleurs un homme que je soupçonne d'être bien malin, mais qui, malgré toute sa malice, pourrait bien se faire un mauvais parti, sinon deux : cet homme s'appelle M. Loiseau. Vous me direz peut-être que ce nom ne prouve rien; d'accord; mais voici qui prouve davantage : ce même M. Loiseau a écrit à l'Académie des Sciences en propres termes ce qui suit : « Je tiens à la disposition de l'Académie un prix de 4,000 fr. pour l'homœopathe qui démontrera par des expériences physiologiques les principes sur lesquels repose la doctrine de Hahnemann exposés dans l'*Organon*. » Je dis qu'il pourrait bien arriver malheur à M. Loiseau. Par ces paroles en apparence si anodines, il est bien évident que cet honorable citoyen met en doute la solidité des principes de Hahnemann; or, s'il y a des homœopathes gens d'esprit et tolérants, il y en a beaucoup qui n'aiment pas qu'on mette en question la vérité de la parole du maître et qui ne souffrent pas qu'on leur demande des démonstrations à leur avis faites depuis longtemps : j'aime mieux que ce soit M. Loiseau que moi qui s'expose à la colère de ces derniers. Si du moins M. Loiseau s'était ménagé des défenseurs dans le camp des allopathes, sa position pourrait encore être tenable; mais c'est ici que se trahit cette malice dont j'ai accusé M. Loiseau, et qui pourrait lui être plus fatale qu'il ne le suppose : M. le secrétaire perpétuel, dans la droiture de sa conscience, avait compris, comme tout homme loyal l'aurait fait, que M. Loiseau donnerait quatre mille francs à celui qui démontrerait que la doctrine de Hahnemann est vraie ou bien qu'elle est fausse; mais il paraît que M. Loiseau ne l'entend pas ainsi : comme il se croit certain que le hahnemanisme est une pure vision ou une spéculation, il a cru pouvoir faire pièce aux homœopathes sans exposer ses 4,000 fr. Cela peut être plaisant, mais je ne sais si cela est prudent : quand on attaque d'une façon aussi impertinente une corporation aussi puissante que celle des homœopathes, on fait bien de se garder à carreau, et le plus sûr moyen pour M. Loiseau de se mettre à l'abri de tout projectile infinitésimal, c'est de se faire un rempart d'allopathes en instituant son prix comme l'a entendu M. Flourens, c'est-à-dire d'une manière sérieuse. C'est un conseil d'ami que nous donnons à M. Loiseau.

— Voici une nouvelle phase de la permutation; mais celle-ci sera probablement la dernière. C'est M. Piorry qui a fait la demande, qu'on supposait d'abord devoir être faite par MM. Cruveilhier et Andral, et M. Piorry a été accueilli avec une faveur unanime au conseil des professeurs.

Vous n'avez sans doute pas changé d'avis, mon cher confrère, touchant l'équité des permutations. Quant à moi, je suis toujours pour celui que vous avez exprimé autrefois en maintes occasions. Je commence donc par déclarer que la permutation est en principe une mauvaise chose, et en droit une illégalité et une viciation du concours (pour lequel, du reste, mon amour se refroidit sensiblement). Cela posé, j'accorde qu'une permutation faite en faveur de M. Piorry serait une permutation aussi justifiable que puisse l'être une illégalité : M. Piorry fait depuis plus de vingt ans des leçons cliniques fort suivies; entre la pathologie spéciale et la clinique, il n'y a vraiment que la différence d'une salle d'hôpital, et l'on peut ajouter que s'il y a une distinction à faire entre des travaux *pathologiques* et des travaux *cliniques*, c'est plutôt parmi ces derniers qu'on doit ranger ceux de M. Piorry. Je voterais très volontiers sur la permutation de M. Piorry, n'étaient ces scrupules de légalité dont je ne sais pas me défendre. La permutation heureusement n'a pas besoin de mon suffrage, et avant deux mois vous verrez M. Piorry installé à la Charité et faisant une concurrence redoutable à l'amphithéâtre de son collègue M. Bouillaud.

— Il y a bien des occasions, mon cher confrère, où je suis tenté de me demander, malgré tout mon patriotisme, si la galanterie française n'est pas un vain préjugé, ou si du moins nous n'avons pas singulièrement dégénéré sous ce rapport depuis que la civilisation a fait tant de progrès. Voyez deux charretiers qui se rencontrent : rarement ils passeront leur chemin sans se dire des injures, trop heureux s'ils n'ajoutent pas l'action au discours; allez du faubourg Saint-Marceau au rendez-vous de la fashion, et vous verrez, sur les boulevards mêmes, la fleur des pois du dandysme exhaler sous les narines du beau sexe la fumée empestée d'un cigare faisandé, ou bien se livrer à l'accomplissement de certaines fonctions avec une indécence qui ferait rougir une macaque. Heureusement que M. Carlier commence à y mettre bon ordre. Je dois l'avouer cependant, on rencontre çà et là quelques vestiges de galanterie qui semblent prouver que le temps de la chevalerie française ne doit pas être classé parmi les temps fabuleux. Voici un exemple d'autant plus touchant pour moi, qu'il m'a été fourni par un membre de la profession; je regrette seulement que l'auteur ait eu le peu de modestie de le raconter lui-même au public, et qu'il n'ait pas laissé à ses confrères le soin d'en faire valoir tout le mérite. Vous avez sans doute connaissance de cet assassinat, aussi barbare que bizarre, commis dans une des églises de Paris. Au moment où le meurtre fut commis, un honorable confrère se trouvait, à ce qu'il paraît, près de là avec deux dames; le premier témoin qui s'aperçut de la perpétration du crime accourut avec effroi auprès de notre confrère, lui raconta par quelques mots entrecoupés ce qu'il venait de voir, et le pria d'apporter des secours à la victime, s'il en était encore temps. « Ne dites rien », répond notre confrère au porteur de cette affreuse nouvelle, « de peur d'impressionner ces dames. » Quand ces dames furent mises à l'abri de toute impression, notre honorable confrère se rendit auprès du mourant et lui prodigua les secours de son art. Avouez, mon cher confrère, qu'on n'aurait rien fait de mieux, pour ménager l'impressionnabilité des dames,

Au temps où l'amour se montrait constant,
Où beauté, valeur et galanterie
Guidaient au combat un fidèle amant.

Il y a donc encore de la ressource en France, et il ne faut désespérer de rien tant que de tels exemples honoreront la société française et la profession. S. BERNARD.

concours fut plus brillant. Avec de telles épreuves, en présence de rivaux si dignes et si capables, l'anxiété devait être grande; il fallait chercher le meilleur parmi les meilleurs. L'un d'eux, déjà vieilli comme les autres dans l'enseignement et la pratique, surgit entre tous; son talent d'écrivain, son ardeur pour le travail, son amour pour la science, son entraînant langage le désignaient depuis longtemps à la Faculté : M. Malgaigne a été choisi, et vous saurez bientôt en l'écoutant lui-même s'il était à la hauteur d'une telle distinction.

Mais pourquoi faut-il qu'à côté de tant de sujets de joie et d'orgueil viennent sans cesse se placer des motifs de tristesse et de regrets ! La Faculté, encore émue de la mort si imprévue de Blandin, a été frappée coup sur coup dans la personne de deux de ses membres les plus estimés, de deux professeurs qui avaient le mieux conquis vos sympathies comme les nôtres.

M. Fouquier, avec sa santé encore si florissante, était loin de nous laisser entrevoir une fin si prochaine. Ses triomphes à l'Ecole pratique, le succès de son enseignement particulier, la publication de quelques travaux estimés le firent entrer de bonne heure par élection à la Faculté, où ses qualités de savant et de praticien, d'homme judicieux et de médecin éclairé ont rendu tant de services.

Nous espérions tous le voir longtemps encore partager nos travaux et profiter de ses précieux conseils, quand des pertes cruelles, des séparations douloureuses sont venues lui briser le cœur et porter le trouble dans son organisme si fort en apparence, si fragile en réalité.

Mais ses cendres, à peine refroidies, ne permettraient pas de vous en entretenir dignement aujourd'hui. Un autre que moi viendra dans cette chaire vous exposer les phases diverses d'une vie à la fois si douce et si bien remplie. Les sombres pensées que sa perte inattendue et si récente nous inspire ne rappellent-elles pas à tous qu'un juste et dernier tribut est dû, avant tout, à la mémoire de Marjolin, cet autre collègue qui n'a précédé M. Fouquier que de quelques mois dans la tombe?

Marjolin! qui de vous n'a connu cet excellent homme, quel est le médecin français qui soit resté sans relations avec lui ou qui ne l'ait entendu dans cet amphithéâtre?

Parti des rangs inférieurs de la société, il était parvenu à une des plus belles renommées qui se soient vues. Une haute position scientifique, une grande fortune, l'amour de tout le monde ne lui laissaient rien à désirer, quand il nous a été ravi le 4 mars dernier, à l'âge de soixante-neuf ans. Mais quelques mots ne suffiraient point à vous le faire connaître; c'est en racontant sa vie qu'il sera possible de vous montrer à quel prix, par quels efforts, à l'aide de quels moyens on peut devenir ce qu'il a été.

Issu de parents peu fortunés, Marjolin naquit dans un petit village de la Haute-Saône le 6 décembre 1780.

Son père, homme honorable et plein de courage, périt, en 1781, victime d'un dévouement sublime : Des ouvriers allaient être asphyxiés au fond d'une vieille citerne remplie de gaz méphitiques; n'écoutant que son cœur, il descendit dans le cloaque; deux hommes avaient déjà été retirés vivants par lui, il triomphait; chargé du troisième, il était sur le point de sortir du gouffre lorsque l'échelle qu'il avait ramené près du sol le précipita en se brisant d'une hauteur telle qu'il eut la tête fracassée et qu'il mourut sur-le-champ. Le pauvre orphelin, âgé de neuf mois seulement, n'a, comme on le voit, jamais connu son père; les soins d'une tendre mère et l'attachement d'un oncle entourèrent sa jeunesse. Cet oncle, l'abbé Crystallin, homme de sens et de mérite, professeur d'humanités au séminaire de Toul, ne voulant confier l'éducation de son neveu à personne, s'en chargea lui-même.

A seize ans, on le plaça dans une étude de notaire; mais promptement dégoûté du genre de travail qui lui était ainsi imposé, il entra comme dragon dans un régiment, d'où il ne fut que difficilement retiré. A force de conseils et d'instances, on parvint cependant à changer le cours de ses idées. Un ami de la famille, M. Gillot, chargé du service de l'hôpital de Commercy, s'y prit si bien qu'il lui donna le désir d'étudier la médecine. Le voilà donc dans un hôpital à titre d'élève.

Mais trouvant que son fils continuait de trop fréquenter la garnison à Commercy, Mme Marjolin prit le parti de l'envoyer à Paris, où il arriva en 1800 avec une lettre de recommandation pour Boyer.

En 1800, les bases de l'ordre social étant ébranlées, tendaient, comme aujourd'hui, à se raffermir. Le génie qui devait répandre tant de gloire sur le nom français exerçait déjà son heureuse influence sur l'état civil avec la même force que sur l'état militaire du pays. Un moment dédaignées, puis détruites par la tourmente révolutionnaire, les institutions médicales renaissaient avec d'autant plus d'énergie qu'elles avaient été plus violemment comprimées ou dispersées.

Les hôpitaux, des écoles nouvelles s'ouvraient à un enseignement mieux approprié que l'ancien aux besoins de la science et de l'humanité. Une rare ardeur pour l'étude venait de s'emparer des esprits; de tous côtés les travaux surgissaient à vue d'œil; une émulation sans pareille agitait toute la grande famille médicale.

Que va devenir le jeune Marjolin au milieu de ce mouvement rénovateur? Sa modeste bourse ne devait attendre que neuf cents francs chaque année des privations maternelles; vivre et s'instruire à Paris avec neuf cents francs par an, cela ne prête guère aux prodigalités ni au faste! N'importe, il se fait sur-le-champ un plan conforme à ses richesses; une chambre à cinq francs par mois lui servira d'appartement; moins d'un franc par jour lui suffira pour vivre; avec le reste, il payera ses cours, ses dissections et satisfera aux autres besoins de la vie.

D'une table voisine à l'amphithéâtre de Dupuytren, un élève qui le remarque est frappé de son zèle, de son assiduité; cet élève, qui est devenu et qui est encore chirurgien du grand hôpital de Reims, M. Gilbert de Savigny, se sentit ainsi attiré tout d'abord vers Marjolin.

Une circonstance fortuite les rapprocha bientôt davantage. M. Gilbert, qui suivait les cours de Gail, célèbre helléniste du temps, rentra un jour à la salle de dissection en discutant avec un autre amateur de grec sur quelques passages qu'ils n'avaient pas compris de la même façon. Un peu échauffés par le débat, ils furent brusquement apostrophés par Marjolin, qui mit un moment de côté son scalpel pour leur prouver qu'il avait étudié autre chose que l'anatomie, et qu'il suivait aussi, lui, et avec fruit, les leçons de Gail.

La liaison, à partir de là, devint intime entre Gilbert et Marjolin; ils logèrent ensemble rue de Tournon pour 130 fr. Là point de frais de domestique, ils se servaient eux-mêmes; chacun avait sa semaine pour veiller au ménage commun, et la table qu'ils s'étaient imposée ne leur revenait guère qu'à un franc par jour. Tous frais soldés, il leur restait encore de l'argent. Vous le voyez, Messieurs, avec neuf cents francs de rente on peut être heureux à Paris et mener une vie splendide!

Un premier hiver est ainsi franchi; la deuxième année va s'ouvrir sous de plus riants auspices. Les deux inséparables concourent pour l'Ecole pratique, et sont admis en rang honorable; de là une économie notable, ils vont pouvoir disséquer sans frais. Rien ne sera changé dans leur dépense d'intérieur, cependant; mais ils vont suivre de nouveaux cours, celui de Pinel à la Salpêtrière, par exemple.

Pinel avait à faire prévaloir les doctrines exposées dans sa *Nosographie*, dont la première édition date de l'an VII, contre Corvisart, qui professait avec d'autres principes dans le local occupé maintenant par l'Académie de Médecine.

Observateur avant tout, Marjolin ne prit fait et cause pour personne; la science était bonne des deux côtés; il l'accepta sans enthousiasme, et sut en profiter avec reconnaissance.

Au printemps de 1803, les hôpitaux ouvrent un concours. Marjolin se présente, et en sort triomphant le 7 floréal an XI. Il se trouva le troisième sur la liste, et fut envoyé comme interne à la Salpêtrière. Le voilà riche, la chambre de la ville ne sera plus pour lui qu'un pied à terre. Vivant à l'hôpital, il va se livrer à toute l'activité de son esprit, faire marcher de front la médecine et la chirurgie, sans négliger l'anatomie.

Vif, franc, d'humeur joviale, il ne reculait pas non plus devant certaines malices, d'ailleurs inoffensives. Un jour de *gala*, au réfectoire, les vapeurs du dîner allèrent jusqu'à faire chanceler l'un des convives, qui, aux yeux de tous, s'était mal conduit envers Marjolin. Il faudrait se venger; mais que faire? il dort profondément. Une idée : couchons-le; supposons qu'il a la cuisse cassée; appliquons-lui un appareil complet. Aussitôt dit, aussitôt fait. L'un des juges se tient au chevet du lit, près du malade, qui, à son réveil, ouvre de grands yeux, et n'y comprend rien? Le chirurgien en chef est appelé; mais l'appareil étant bien mis, il ne veut toucher à rien. Notre homme est ainsi gardé à vue pendant une semaine. Le pardon lui est alors accordé avec la levée de l'appareil, à la satisfaction joyeuse de tout l'aréopage.

Une autre fois, le chef du service réclame les observations que les internes doivent avoir recueillies dans le mois. On en lit quelques-unes au hasard; le malheur voulut que le sort tombât au nom de Marjolin, sur la relation d'une extraction de cataracte, que le malin élève terminait ainsi : *L'opération a parfaitement réussi; tout est sorti, dit-il, excepté le cristallin.* Aussi le professeur Lallemand, homme non moins savant que modeste, mais d'une pusillanimité proverbiale, fondé en outre, sans doute, sur d'autres peccadilles, pronostiqua-t-il pour Marjolin, quelque temps après, un avenir qui, heureusement, ne s'est point réalisé.

Notre espiègle n'en recevait pas moins, à titre de prix, une médaille d'argent au nom du Conseil des hôpitaux, le 18 avril 1804, étant encore interne à la Salpêtrière.

Une victoire en fait rechercher d'autres. A l'Ecole pratique, qui ne datait pas de loin, pourtant, le zèle se refroidissait déjà; peu d'élèves se présentaient aux concours, et le but de l'institution était manqué. La Faculté décida, en l'an XII, que, de facultatif qu'il avait été jusque-là, ce concours allait être obligatoire pour les étudiants des différentes classes. L'arrêté, qui ne fut annoncé que trois semaines avant le combat, épouvanta un grand nombre de jeunes gens. M. Gilbert en fut privé de sommeil et cessa de pouvoir travailler, lui, un des sujets les plus laborieux de son temps. Marjolin, au contraire, en prit bravement son parti; il se mit à l'œuvre jour et nuit, en même temps qu'il réchauffait l'ardeur de son commensal.

Le premier prix fut remporté par eux; ils furent couronnés dans la séance publique du 27 brumaire an XII. Les félicitations leur arrivèrent de toutes parts. Sous ce rapport, Dupuytren se fit remarquer entre tous. Il rendit plusieurs visites aux deux amis; un goûter splendide fut même donné par lui à cette occasion, avec toute la grâce qu'il savait déployer. Le ministre de l'intérieur les avait invités à dîner, de son côté; mais le retour inattendu du chef de l'Etat, arrivant du camp de Boulogne, les priva de cet excès d'honneur.

On ne s'en tint pas là; Dupuytren vint trouver Marjolin et lui proposa la direction de son amphithéâtre, ce qui fut accepté sur-le-champ. La place de chef des travaux anatomiques de Rouen lui fut aussi offerte; mais cette place, aux appointements de 1,200 fr., devant l'éloigner de Paris, il refusa et la fit donner à M. Bourgeois, un de ses amis, qu'il en croyait le plus digne.

Ces scènes durent d'autant plus émouvoir Marjolin, que sa première entrée dans le grand amphithéâtre de l'Ecole était un jour de distribution solennelle de prix, et que l'éclat, la pompe, les couronnes, les applaudissements décernés aux vainqueurs lui avaient laissé dans l'âme un ardent désir d'y figurer lui-même un jour.

Ma première entrée dans cette salle, il y a trente ans, fut aussi un jour de distribution de prix. A la vue d'un candidat, de M. Bouvier (pourquoi ne le nommerais-je pas?) qui fut couronné quatre fois dans la même séance, qui obtint les quatre prix de la Faculté, j'aurais, comme Marjolin, donné la moitié de ma vie pour mériter un pareil triomphe. Ceux qui nient l'utilité de semblables institutions ne les connaissent point, ne les ont point approchées, n'ont point été témoins de l'excitation qu'elles portent dans les jeunes imaginations, de l'influence qu'elles exercent sur les esprits.

Outre les prix de la Faculté, le gouvernement institua, en 1804, quatre nouveaux prix pour les élèves de l'Ecole pratique. Des prix donnés au nom du gouvernement, au nom du héros qui venait de ceindre le diadème, devaient être un brillant appât pour la jeunesse des écoles, et tenter de nombreux rivaux. Les deux plus importants, le prix de clinique interne et le prix de clinique externe, furent remportés par Marjolin, qui obtint en outre le premier accessit en anatomie et physiologie, en matière médicale, chimie et thérapeutique, le 21 thermidor an XII.

Il est vrai que cette victoire lui coûta cher : avant le concours, il se croyait si peu sûr du succès qu'il avait tenu contre plusieurs camarades plus confiants que lui dans son savoir des paris considérables. Il perdit ainsi toutes ses gageures, que le brillant lauréat n'en paya pas moins de bon cœur à ses jeunes admirateurs.

L'année suivante, le 28 brumaire an XII, il n'y eut que deux premiers prix de décernés dans la première section de l'Ecole pratique; Marjolin en obtint un, l'autre fut remporté par Rullier.

Nous voilà déjà loin de la chambrette du sixième étage. La carrière militante de l'élève est épuisée; les couronnes des hôpitaux et de l'Ecole pratique ont toutes été conquises. Interne à l'Hôtel-Dieu, directeur de l'amphithéâtre de Dupuytren, Marjolin est en droit de viser un peu plus haut. Une lutte nouvelle s'ouvre pour une place d'aide d'anatomie à l'Ecole en 1805, et il est nommé à cette place le 4 prairial an XIII. Le 10 avril 1806, un autre concours le fait nommer prosecteur en remplacement de M. Ribes, dont les fonctions allaient expirer.

Il entra à la Société philanthropique comme adjoint en 1805; Ribes, dont il vantait le savoir et qui était son titulaire, dut se rendre à la grande armée. Tout le service chirurgical du cinquième dispensaire retomba ainsi à la charge de Marjolin. Il s'en acquitta si bien que son nom fut cité avec éloge dans le discours annuel prononcé en 1806 par Lerminier. En 1807, Bayle signala à son tour la pratique heureuse et le zèle de Marjolin. Devenu titulaire à la place de Ribes, qui venait d'être appelé par Napoléon au nombre des chirurgiens de la maison impériale, son habileté fixe de plus en plus l'attention de l'administration, ainsi que le constate le rapport de Foureau, de Beauregard, en 1808. En 1809, M. Roux eut à revenir sur les mêmes éloges, quoique Marjolin eût été pris d'une fièvre putride des plus graves et dont la convalescence dura trois mois.

L'année 1810 marqua comme une page distincte dans sa carrière chirurgicale. Un enfant de neuf ans, qu'il traitait aux dispensaires, dut subir l'amputation de la cuisse. Au foyer paternel ce n'était pas possible; mais l'hospice dit de *perfectionnement* était là. On y admit le petit malade sans le soustraire aux soins de Marjolin, qui resta chargé de l'opération. Il la pratiqua sous les yeux et avec le concours d'A. Dubois, qui lui servit d'aide. Une amputation de cuisse en public, sous les yeux de la brillante Ecole créée par Dubois, il n'en fallait pas tant à cette époque pour faire battre le cœur de notre jeune chirurgien. Aussi sa vénération pour Dubois, auquel il dédia son *Manuel d'anatomie*, ne s'est-elle jamais démentie.

Au commencement de ce siècle, Desault, puis Bichat venaient de mourir; mais leur ombre se voyait encore partout. Le savant Sabatier, l'éloquent Pelletan régnaient chacun de leur côté. Boyer et Dubois s'emparaient du sceptre de la chirurgie pratique, en même temps que Pinel et Corvisart renouvelaient la médecine en la replaçant sur ses véritables bases. L'anatomie pathologique jetait ses premiers fondements sous la puissante impulsion de Dupuytren et de Laënnec. Le cataclysme qui avait tout englouti quelques années auparavant était cause que tout paraissait neuf, que chaque travailleur croyait rentrer chaque soir avec une découverte; aussi y avait-il une émulation ardente parmi ceux qui commençaient à sortir de la foule. Trois noms distinguaient par-dessus tout cette jeune phalange : MM. Dupuytren, Roux et Marjolin vont se retrouver partout. Ils avaient grandi ensemble; en 1812, la chaire de médecine opératoire devint vacante par la mort de Sabatier; ils se présentèrent tous les trois et Tartra avec eux. Dans ce concours, un des plus célèbres qui aient été enregistrés et qui amena la nomination de Dupuytren, Marjolin déploya un savoir, une souplesse d'esprit que les immenses ressources de Dupuytren pouvaient seules éclipser, et qui n'eurent d'égal que dans la redoutable facilité de M. Roux. Ses leçons, ses argumentations furent surtout remarquables. Avec Dupuytren, il fallait de la finesse et de l'habileté aussi bien que du talent. Celui-ci, ayant fait une leçon médiocre, demande en sortant à Marjolin ce qu'il en pense. « Vous voudriez bien, lui répondit son ancien prosecteur, que ce fût moi qui l'eusse faite! »

Dans son argumentation, Dupuytren, s'apercevant qu'un chapitre de sa thèse, sur lequel M. Roux l'attaquait vivement, manquait, crut se tirer d'affaires en alléguant que les feuillets relatifs à ce chapitre avaient été oubliés chez l'imprimeur. Remarquant une semblable lacune dans la thèse de Marjolin, il en fit à son tour le texte de sa principale argumentation. Marjolin, lui, échappa aux applaudissements de l'auditoire par cette simple réponse : « J'ai eu le même malheur que vous, ce chapitre de mon travail est resté à l'imprimerie. »

Chargé d'exposer les résultats de la pratique médico-chirurgicale des dispensaires pendant l'année 1813, il lut son rapport le 21 mai 1814. La France alors était malheureuse. Les rigueurs de l'hiver, le manque de travail avaient fait craindre un instant la famine. L'Europe coalisée avait franchi nos frontières, et l'étranger était maître de la capitale. Tant de calamités engendrèrent à Paris une épidémie terrible de typhus. Les hôpitaux ordinaires ne suffisant plus, on en établit de temporaires dans différents lieux. Celui de la Salpêtrière fut confié à Marjolin. Une foule de ses collègues, atteints par l'épidémie, succombèrent. Il eut la chance, lui, sauvegardé sans doute par sa fièvre de 1809, de ne rien éprouver et de retourner ensuite aussi résolu que jamais à son enseignement privé, emportant avec lui les remercîments de l'administration et la bénédiction des malades.

Marjolin ne reparut plus dans les concours qu'en 1816. Il

s'agissait cette fois d'une place de chirurgien en second à l'Hôtel-Dieu, devenue vacante par la mort de Giraud, un des élèves chéris de Desault. Béclard et Marjolin seuls se présentèrent; personne n'osa se mesurer avec eux. La vivacité du combat se devine par le nom des athlètes. Marjolin remporta la palme, qui lui fut accordée à l'unanimité le 5 juin 1816; mais les épreuves avaient été si brillamment soutenues par les deux émules, que le conseil, appuyé sur les vœux du jury, nomma quelques mois plus tard, sans nouveau concours, Béclard chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

La vie de Marjolin n'est pas tout entière dans les concours qu'il a soutenus; les prix qu'il a obtenus ne font pas toute sa gloire. Nous allons le suivre dans d'autres sentiers. C'est par l'enseignement qu'il s'est surtout distingué, que le monde médical a pu l'apprécier. A la renaissance des études en 1796 et plus tard, il s'établit à côté de l'enseignement universitaire un enseignement privé largement organisé. Déjà illustré par Boyer, Dubois, cet enseignement venait de prendre un magnifique essor par l'éclat que lui avait donné Bichat. Un industriel eut même ensuite la pensée de fonder dans ce but, rue Saint-Victor, un établissement qu'il décora du titre pompeux de *Collége médical*, et où les célébrités de l'époque venaient s'exercer, faire des cours moyennant rétribution.

Jamais peut-être les dissections n'ont été suivies avec plus d'ardeur et l'anatomie étudiée avec plus de soin. Forcé de payer les cours, l'élève ne voulait perdre aucune leçon; désireux d'augmenter le nombre de ses disciples, le professeur ne négligeait rien de ce qui pouvait servir à leur instruction.

(*La fin au prochain numéro.*)

Après le discours de M. Velpeau, M. Gavarret a lu les noms des lauréats.

Prix de l'Ecole pratique. — Cette année, aucun des candidats n'ayant mérité le grand prix (médaille d'or), les prix suivants ont été décernés :

1er 1er prix de l'Ecole pratique (médaille d'argent), M. Baillon (Henri-Ernest);

2e 1er prix, M. Muret (Charles-Joseph-Victor);

2e prix, M. Nerat (Octave-Etienne-Joseph).

Prix Corvisart. — Schnepf (Bernard).

Prix Montyon. — Leudet (Lucien-Théodore).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 octobre 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Cancer de la langue; mort subite par œdème de la glotte.

M. LARREY. Les deux faits du cancer de la langue communiqués ou rappelés par M. Morel-Lavallée dans la dernière séance me paraissent mériter la plus sérieuse attention, surtout au point de vue de la trachéotomie. La rapidité avec laquelle l'œdème de la glotte entraîne la mort me semble, comme à M. Morel, nettement indiquer cette opération. Je pense également que les chirurgiens devront s'attacher à saisir les premiers symptômes de cet œdème, notamment l'infiltration de la luette, signalée par notre collègue, afin d'être à même de prévenir les suites si promptement funestes de cette complication.

Luxations anciennes de l'épaule. — Réduction contestée.

M. Malgaigne, dans le but de rectifier le fait cité par M. Lenoir dans la discussion, adresse une lettre dans laquelle, après avoir rétabli les termes dans lesquels la réduction avait été contestée, il donne d'abord le résumé de l'observation tel qu'il lui a été remis par l'interne du service.

« Une femme atteinte d'une luxation de l'épaule gauche entra dans le service de M. Lenoir le 19 mars 1843; elle fut réduite le 26 mars, après quatre mois seize jours de durée, moyennant une traction de 150 à 160 kilogrammes. Je la revis huit jours après, et commençai à lui faire exécuter des mouvements. Ces mouvements gagnaient tous les jours, et la malade sortit de l'hôpital le 2 mai *dans un état très satisfaisant.*

» On voit déjà que le récit s'exprime sans aucun doute, bien que la malade soit restée, après sa réduction, trente-sept jours sous les yeux du narrateur. Mais l'observation ne s'arrête pas là; l'interne a voulu revoir la malade; et je copie ici textuellement.

» Cependant il était intéressant de revoir cette malade, et de s'assurer si son état s'était amélioré depuis sa sortie des salles. C'est dans ce but que le 24 du mois d'août nous nous transportâmes chez la malade, M. le docteur Desquibus et moi.

» Là, nous constatâmes ce qui suit :

» La malade commença par nous dire qu'elle se trouvait beaucoup mieux qu'à sa sortie de l'hôpital; que les mouvements de son bras lui permettaient de se livrer aujourd'hui à tous ses travaux de ménage, comme elle le faisait avant son accident; et en effet elle se mit à mouvoir son membre de manière à confirmer ce qu'elle nous avançait. Les seuls mouvements qui restent encore limités sont le mouvement d'élévation du bras, qui ne va pas plus loin que la ligne horizontale, et le mouvement du bras en arrière, qui permet seulement à la malade d'atteindre la hanche.

» Nous fîmes déshabiller la malade pour voir l'état local; alors nous reconnûmes que le bras avait déjà dans sa totalité un volume plus considérable qu'à la sortie de l'hôpital, volume qui était encore cependant inférieur à celui du membre opposé. La flexion de l'avant-bras et des doigts était à l'état normal. Le bras gauche a exactement la même longueur que celui du côté opposé. *La tête est bien évidemment dans sa cavité*, et cependant elle fait en avant une saillie *un peu plus grande* que celle du côté opposé. *L'acromion et l'apophyse coracoïde sont eux-mêmes plus prononcés, ce qui s'explique suffisamment par l'atrophie des muscles de l'épaule.* Somme toute, la malade est on ne peut plus satisfaite de sa position, et elle nous a priés d'être auprès de M. Malgaigne l'interprète de ses sentiments affectueux. »

« L'interne n'avait pas ajouté son nom; une note de ma main indique que c'était M. Tavignot. La contre-visite était du 24 août, c'est en conséquence *cinq mois* après la réduction; la réduction s'était donc maintenue.

» Un seul point a frappé M. Lenoir; c'est la saillie un peu plus grande de la tête humérale en avant que du côté sain; et il en conclut que dès lors la réduction n'est pas aussi entière qu'on l'obtient, par exemple, dans les luxations récentes. C'est un fait aujourd'hui bien connu, et à la détermination duquel je n'ai pas été étranger, que dans les luxations anciennes de l'humérus principalement, quelquefois aussi du fémur et du coude, la région ne reprend pas à l'extérieur sa forme normale; et la tête humérale, par exemple, tantôt semble plus éloignée de l'acromion, tantôt paraît faire une petite saillie en avant; de même que dans les luxations sous-acromiales réduites après un long temps elle conserve souvent une petite saillie en arrière. Si la luxation n'était pas très vieille, ces saillies disparaissent; quelquefois elles subsistent; ce qui n'empêche pas la réduction d'être accomplie, et le membre de recouvrer ses mouvements. »

M. LENOIR. Je reconnais que la réclamation de M. Malgaigne est juste à un certain point de vue et dans de certaines limites. Mais, de mon côté, je n'ai rien à rétracter de ce que j'ai avancé. Je crois que la dissidence qui existe entre nous tient à ce que le compte-rendu de la séance n'a pas exactement reproduit ma pensée, ou à ce que moi-même je ne suis pas entré dans tous les détails propres à la faire saisir. Je n'ai pas dit que la réduction que notre confrère avait cru obtenir pût immédiatement après l'opération être regardée comme une illusion de sa part. J'ai dit que cette réduction, qu'il croyait complète, ne m'avait jamais paru telle, et qu'un examen fait quelques années après m'avait confirmé dans cette idée. Voilà tout ce que j'ai dit, et j'ai étayé mon opinion sur ce fait d'anatomie pathologique, que dans les luxations anciennes du bras il s'établissait entre la synoviale de la capsule et celle de la cavité glénoïde des dépôts fibrineux, des adhérences, des brides, qui s'opposent à la réduction centre pour centre de la tête de l'humérus dans sa cavité articulaire, ou du moins qui rendent le replacement de cette tête dans le milieu de la cavité glénoïde aussi difficile à obtenir qu'il l'est d'amener celle-ci sur un point quelconque de cette cavité, et j'ajoutai que c'était surtout en cela que la réduction des luxations anciennes différe de celle des luxations récentes, où la tête peut facilement glisser sur la surface lisse de la cavité glénoïde. Maintenant, que m'objecte M. Malgaigne sur cette appréciation?

Une observation d'un de mes internes qui, se plaçant en dehors du contrôle de son chef de service, aurait constaté une réduction parfaite après l'opération, et qui l'aurait de nouveau constatée plusieurs mois après. Mais je me bornerai à rappeler que cet élève relate, au milieu de beaucoup de détails exacts, les trois circonstances suivantes, encore appréciables cinq mois après la réduction : 1° saillie *en avant* de la tête humérale plus prononcée que de l'autre côté; 2° saillie plus prononcée de l'acromion; 3° atrophie du deltoïde et impossibilité d'élever le bras au-dessus de la ligne horizontale et de le porter en arrière au delà de la hanche. Or ce sont les mêmes phénomènes, et de plus la possibilité de sentir avec le doigt le bord postérieur de la cavité glénoïde, que j'ai constatés de mon côté plusieurs années après l'opération, qui m'ont fait avancer ici que la réduction n'était pas complète, et jusqu'à preuve du contraire je maintiens cette appréciation. Ces phénomènes sont autrement interprétés par mon honorable confrère; c'est un point de pathologie à débattre entre nous. Pour mon compte, je ferai des recherches nécessaires pour retrouver la malade, sujet de cette discussion, et je la présenterai à la Société, qui pourra juger de quel côté les faits ont été sainement interprétés.

Ostéosarcome de la partie supérieure du fémur avec fracture.

M. GOSSELIN, au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Morel-Lavallée et du rapporteur, présente le résumé et l'appréciation d'une observation d'ostéosarcome du fémur, lue à la Société par M. Musset, interne des hôpitaux.

Ce fait, dit M. Gosselin, est intéressant au point de vue de la double difficulté de reconnaître la maladie sur le vivant, et de caractériser à l'autopsie la nature de la production morbide.

Une femme est traitée pendant deux mois pour une coxalgie rhumatismale par M. Bouillaud. Cet habile médecin n'obtenant aucune amélioration, fait passer la malade en chirurgie, dans le service de M. Gerdy, alors suppléé par M. Morel-Lavallée. Il y avait un engorgement considérable de la hanche et des parties environnantes; le membre était dans l'abduction, renversé en dehors, sans raccourcissement sensible. Les douleurs sont tellement vives à la moindre pression, au moindre mouvement imprimé à la cuisse, que le chirurgien, après un examen nécessairement insuffisant, traite l'affection comme une coxalgie, — dans cette idée que, s'il s'agissait d'une autre lésion, cette médication ne saurait être préjudiciable, tandis que l'arthrite chronique de la hanche n'aurait pu être impunément négligée. L'affaiblissement, déjà porté très loin, fait de nouveaux progrès, des eschares surviennent au sacrum et la vie s'éteint. On reconnut alors qu'un ostéosarcome avait détruit la continuité du fémur au niveau du grand trochanter.

M. Gosselin, après avoir rapporté un cas où il lui fut également impossible d'éviter une semblable méprise, ainsi qu'à plusieurs autres chirurgiens appelés avec lui, continue en ces termes :

L'observation de M. Musset est intéressante à un autre point de vue. La tumeur, nous dit-il, était fibro-plastique. Or, comme il est vraisemblable qu'elle s'était développée sous la même influence diathésique qu'un cancer du sein dont cette femme avait été précédemment opérée, ce fait tendrait à établir des liens de parenté très étroits entre la tumeur fibro-plastique et le cancer. Mais nous devons, à cet égard, nous tenir dans la plus grande réserve. D'abord, les descriptions microscopiques de M. Musset ne sont pas assez précises ni assez détaillées pour fixer une détermination. Il y a même dans sa description quelque chose qui rappelle la cellule cancéreuse, et il reste sur ce fait une obscurité qui lui enlève une grande partie de sa valeur.

Néanmoins, comme cette communication offre d'ailleurs un côté pratique, la commission propose :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur;

2° De déposer son travail aux archives.

M. LEBERT. Je pense, avec M. Gosselin, que le travail qui fait l'objet de son rapport ne présente pas la sévérité d'observation nécessaire dans de semblables études. Pour que ces recherches eussent la signification que leur attribue leur auteur, il faudrait des descriptions minutieuses, des mesures et des dessins des éléments microscopiques. Sans une grande expérience, l'erreur est facile, surtout lorsqu'il s'agit du cancer des os. S'il s'accompagne, et le cas n'est pas rare, d'un travail hypertrophique dans le périoste, on peut, en effet, trouver des éléments fibro-plastiques dans quelques points, et des cellules plastiques dans d'autres. J'ai vu plusieurs fois des tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques entraîner la mort par infection générale. La multiplicité des tumeurs peut aussi appartenir à celles qui sont de nature fibreuse. J'ai observé dans le service de M. Lenoir un malade qui en avait depuis bien des années des centaines sous la peau, sans qu'elles eussent affecté la santé générale. Une de ces tumeurs, que sa position rendait gênante, fut enlevée, et sa texture déterminée. Dans un cas de tumeurs fibreuses et fibro-plastiques opérées par M. Velpeau, le mal se reproduisit dans l'abdomen et fit périr le malade. A l'autopsie, on constata une complète identité de structure entre les tumeurs du ventre et celles qui avaient été enlevées précédemment.

Il n'y a pas de tumeurs, quelle qu'en soit la bénignité, qui ne puissent se montrer quelquefois en plus ou moins grand nombre; mais ce caractère, tout à fait exceptionnel pour les tumeurs de bonne nature, se rencontre fréquemment dans le dans le cancer, dans les deux cinquièmes des cas, d'après nos observations.

En résumé, rien, dans le fait de M. Musset, ne prouve qu'une tumeur purement fibro-plastique ait succédé, sur un autre point du corps, à une tumeur cancéreuse.

M. CHASSAIGNAC. On pourrait croire que dans le cas de M. Musset l'existence antérieure d'une tumeur cancéreuse eût dû mettre sur la voie de l'affection subséquente; eh bien! c'est précisément ce qui vient de m'induire en erreur. Un homme vint dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un encéphaloïde du testicule; je fis l'opération par la ligature en masse; le cordon était sain. Le malade sortit guéri. Il revint bientôt avec une sciatique extrêmement intense, qui résista au chloroforme et à la cautérisation de la plante du pied, que je pratique au lieu de celle du lobule de l'oreille. Puis, à la douleur succéda la paralysie du membre; douleur qui envahit également le membre du côté opposé et remonta jusqu'au mamelon. Des eschares survinrent, et enfin la mort. Ces accidents se montrant chez un homme qui avait eu un cancer, je les attribuai à un cancer du rachis, des enveloppes de la moelle ou de la moelle elle-même, quand il s'agissait tout simplement d'une myélite purulente dont les foyers étaient placés entre la pie-mère et le névrilème : il n'y avait pas de pus dans la cavité arachnoïdienne. Vous voyez donc que je tombai dans l'erreur précisément par ce qui semblait devoir me la faire éviter. — J'ajouterai que chaque cathétérisme provoquait l'érection.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les conclusions de la commission, qui sont adoptées.

Lipome de la joue. — Diagnostic difficile.

M. ROBERT. Tous les chirurgiens connaissent la difficulté qu'on éprouve, dans certains cas, à distinguer les lipomes des kystes; le fait que je vais rapporter en est un nouvel exemple, et me paraît, d'ailleurs, offrir de l'intérêt.

Une femme de 22 ans, d'une bonne constitution, eut, au mois d'avril dernier, une fluxion à la joue droite, causée par la carie d'une dent molaire. Cette inflammation, d'une médiocre intensité, céda promptement; mais il resta, à la joue, un gonflement indolent, qui fit en quelques mois de rapides progrès; la malade entra à l'hôpital Beaujon le 17 octobre.

A cette époque, la tumeur s'étendait de haut en bas, depuis l'orbite jusqu'à la commissure des lèvres; et d'avant en arrière, depuis l'aile du nez jusqu'à la région massétérine, qu'elle recouvrait en partie. Elle était indolente, molle, élastique, sans changement de couleur à la peau. La fluctuation y était douteuse; mais on sait qu'il est difficile de percevoir cette sensation dans les tumeurs qui, bien que contenant un liquide, siégent dans des parties mobiles. En plaçant une lumière près de la joue, pendant que la bouche était largement ouverte, on trouvait cette paroi de la cavité buccale transparente partout, seulement à un degré moins prononcé dans la partie correspondant à la tumeur. Lorsque la malade riait, il se formait, à la face interne de cette tumeur, un sillon oblique dû à la contraction du grand zygomatique. Manifestement indépendante de l'os maxillaire, elle s'était développée dans l'épaisseur de la joue. Quant à sa nature, on ne pouvait hésiter qu'entre le lipome et un kyste.

1° En faveur du lipome, il y avait l'existence de la boule graisseuse, signalée par Bichat dans ce point de la joue chez les jeunes sujets, et dont l'hypertrophie pouvait constituer la tumeur; il y avait encore la mollesse de certains lipomes qui donnent lieu à une véritable fluctuation. La transparence de la joue n'excluait pas elle-même l'idée d'un lipome. Ne sait-on pas en effet que, lorsqu'on regarde à contre-jour une partie quelconque du corps dont l'épaisseur n'est pas excessive, les doigts rapprochés, par exemple, on y constate une translucidité assez marquée?

2° D'un autre côté, A. Bérard a publié (*Archives de Médecine*, en 1837), deux cas de kystes séreux de la joue,

dont les caractères offrent la plus parfaite analogie avec ceux de la tumeur que j'avais sous les yeux. *Mollesse*, *fluctuation douteuse*, jusqu'à la *forme lobulée*, que Bérard avait attribuée à la présence d'un kyste multiloculaire, tout s'y trouvait, et j'inclinai, je l'avoue, pour un kyste.

L'opération a été pratiquée ce matin (23 octobre). Pour éviter la difformité, j'ai dû attaquer la tumeur par la face interne de la joue. J'y ai pratiqué d'abord, à l'aide du bistouri, une ponction explorative, me proposant, si je rencontrais un kyste uniloculaire, d'y passer un séton en forme d'anse, dont les deux chefs seraient ramenés et noués dans l'intérieur de la bouche; dans le cas où j'aurais eu affaire à un kyste multiloculaire, j'aurais agrandi la petite incision, débridé les cloisons du kyste, dont j'aurais provoqué la suppuration en introduisant de la charpie dans son intérieur. Pour un lipome, il suffisait d'élargir l'ouverture faite par le bistouri, afin de procéder à l'extirpation de la tumeur.

De ces trois hypothèses, celle qui me semblait la moins probable s'est cependant réalisée. Un lobule de graisse, en se présentant dans l'incision, révéla l'existence d'un lipome, que j'enlevai après avoir agrandi la plaie.

Comme vous voyez, ce lipome est du volume d'un œuf; il est lobulé et d'une remarquable mollesse.

M. Maisonneuve. A mes yeux, il eût été préférable de pratiquer la ponction explorative avec un trocart; dans le cas où j'aurais eu affaire à un kyste, j'aurais eu recours à une injection iodée, comme j'ai déjà eu occasion de le faire avec succès.

M. Robert. J'ai préféré le bistouri, parce que, dans le cas d'un kyste multiloculaire, je me proposais de l'attaquer par le séton, et, dans l'hypothèse d'une tumeur solide, je n'avais qu'à agrandir l'incision pour faire l'extirpation. Mais je penchais d'autant plus vers l'idée d'un kyste, malgré la fluctuation douteuse, que je savais qu'il est presque impossible de percevoir celle sensation dans les poches qui ne reposent pas sur un plan solide.

M. Morel-Lavallée. M. Robert vient de dire qu'il était presque impossible de sentir la fluctuation dans les poches qui ne sont pas supportées par un plan solide. Assurément, ces expressions n'ont pas exactement rendu sa pensée. Il sait mieux que moi, par exemple, que dans l'hydrocèle, qui est loin d'offrir cette condition, la fluctuation est en général extrêmement facile à percevoir. Ce qui rend surtout ce phénomène obscur dans les tumeurs liquides, c'est l'excessive tension de la poche ou son excessive laxité. Dans ce dernier cas, le liquide fuit sous le doigt qui le presse, sans transmettre cette pression aux autres doigts disposés pour la recevoir. En refoulant, en rassemblant le liquide dans une partie du kysle, la fluctuation y devient très facilement appréciable; c'est un procédé qui réussit très bien dans certaines hydrocèles molles et dans les autres tumeurs liquides dont les parois présentent cette flaccidité.

Quant à la distinction des kystes mous de la joue d'avec les tumeurs solides également molles et d'une fluctuation équivoque qui peuvent se développer dans cette région, je rappellerai à la Société un procédé aussi simple qu'efficace, dont je l'ai déjà entretenue. Il consiste à saisir la tumeur entre deux doigts, dont l'un est placé dans la bouche et l'autre à l'extérieur de la joue. Si la tumeur est un kyste, comme ses parois sont d'une étendue en quelque sorte disproportionnée avec le liquide qu'elle renferme, elle se laisse déprimer, le fluide fuyant sous les deux doigts, qui ne s'arrêtent dans leur mouvement de jonction que quand ils ne sont plus sensiblement séparés que par l'épaisseur de la joue; je dis sensiblement, car à cette épaisseur il ne s'ajoute que celle des deux points actuellement contigus des parois opposées du kyste. Si la tumeur est solide, lipomateuse ou érectile, l'épaisseur de la joue s'accroît de toute la masse du tissu accidentel, qui ne se laisse déprimer que jusqu'à un certain degré. Le diagnostic se réduit alors à une simple question de mesure, prise, en quelque sorte, au compas d'épaisseur, figuré par l'indicateur et le pouce. C'est un procédé qui m'a plus d'une fois réussi et sur lequel j'appelle de nouveau votre attention.

M. Larrey. Les réflexions faites par M. Morel-Lavallée m'engagent à en soumettre une autre à M. Robert, qui n'a sans doute pas effectivement exprimé sa pensée tout entière lorsqu'il s'est contenté de dire : « Le diagnostic de la fluctuation ne peut être sûrement établi que lorsque la tumeur est superposée à un plan osseux. » Si cette allégation était prise au pied de la lettre d'après l'autorité de notre savant confrère, elle pourrait induire en erreur. Ne voyons-nous pas tous les jours des tumeurs purulentes dont la fluctuation est facilement appréciable dans des régions composées de parties molles, comme les abcès du cou, de l'aisselle, de la fosse iliaque, de la marge de l'anus, etc.? et par contre, quelquefois, des tumeurs dont la fluctuation est douteuse, malgré leurs rapports avec des parties dures, comme certaines tumeurs de la surface du crâne, des régions vertébrale ou iliaque et sur le trajet des os des membres?

M. Robert. J'ai voulu parler de ces tumeurs plates situées sur des parties mobiles, comme à la mamelle, par exemple, où il est important, pour sentir la fluctuation, d'embrasser la poche avec tous les doigts, afin que le liquide ne puisse s'échapper entre eux sans les impressionner.

M. Huguier. Cette question de la fluctuation est tellement importante, qu'elle mériterait d'être mise à l'ordre du jour et examinée sous toutes ses faces.

M. Forget. Au sujet du procédé indiqué par M. Morel-Lavallée, je ferai observer que Lisfranc introduisait l'indicateur d'une main dans le vagin et l'indicateur de l'autre main dans le rectum pour sentir la fluctuation des tumeurs de la cloison. C'est un fait également connu que la dépressibilité d'une tumeur sous le doigt permet d'y constater plus aisément la présence d'un liquide. Du reste, je ne conteste pas à M. Morele le mérite d'avoir appliqué le premier un procédé analogue aux tumeurs de la joue.

M. Morel-Lavallée. D'abord M. Forget me conteste une priorité à laquelle je n'avais pas même fait allusion; j'ai exposé simplement le procédé, sans même insinuer qu'il m'appartenait. C'est, d'ailleurs, une question facile de décider, s'il est certain que toucher une tumeur sur deux points opposés, qu'elle soit dans la cloison recto-vaginale ou ailleurs, pour y sentir la fluctuation, la saisir entre deux doigts pour en apprécier l'épaisseur comme avec un compas, sont deux choses très différentes.

M. Michon. Le diagnostic de la fluctuation a été étudié sous toutes ses faces, et à cet égard, ce qui n'est pas dans les livres se trouve dans la tradition. Dupuytren, qui s'y connaissait, explorait successivement la tumeur dans tous les sens, jusqu'à ce qu'il fût convaincu de l'existence ou de l'absence de la fluctuation.

M. Chassaignac. Je reviens sur une remarque que j'ai déjà présentée autrefois à l'occasion d'un malade de M. Guersant; c'est que les kystes de la joue que j'avais rencontrés étaient d'une dureté considérable.

J'ajouterai que je viens d'opérer deux lipomes dont le siége m'a paru exceptionnel; l'un était sur la bosse frontale, l'autre sous la muqueuse de la joue.

M. Robert. Les kystes des joues sont généralement mous, ainsi que dans les cas de Bérard et de Dupuytren, au point que Dupuytren avait pu prendre un de ces kystes pour une tumeur fongueuse; les faits de M. Chassaignac ne seraient donc qu'exceptionnels.

M. Forget. M. Michon ayant très bien montré qu'il y avait dans la tradition des choses qu'on ne trouvait pas dans les livres, je n'ai rien à ajouter à ma première observation sur le procédé exposé par M. Morel-Lavallée.

M. Maisonneuve. M. Michon n'a parlé que de la fluctuation, et nullement de la mensuration de l'épaisseur de la tumeur, comme l'indique M. Morel, dont le procédé est neuf et très utile.

Kyste sanguin.

M. Morel-Lavallée présente un kyste sanguin qu'il a enlevé en ville sur la face dorsale de la main. Cette opération s'est faite absolument sans douleur, grâce à l'application préalable d'un mélange de glace pilée et de sel marin.

Polypes des fosses nasales. Perte de la mémoire.

M. Chapel adresse un travail par l'intermédiaire de M. Larrey, qui en donne un aperçu en ces termes :

J'ai reçu de M. Chapel (de Saint-Malo), pour en donner connaissance à la Société de Chirurgie, deux observations de polypes des fosses nasales qui paraissent offrir quelque intérêt au point de vue du diagnostic. Des accidents cérébraux, et notamment la perte de la mémoire, avaient d'abord fait méconnaître, dans l'un et l'autre cas, la nature de la maladie, et ils ont cessé de se manifester après l'ablation des polypes.

L'amnésie dans des affections semblables est un phénomène assez étrange qui ne semble pas avoir été signalé par les auteurs, et dont on pourrait, sous toutes réserves, apprécier la signification.

M. Chapel, ajoute M. Larrey, est un jeune praticien laborieux qui se propose d'adresser quelques travaux à la Société de Chirurgie pour obtenir d'elle le titre de membre correspondant. (Commissaires : MM. Huguier, Marjolin et Nélaton.)

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

Nouvelles du choléra.

Après avoir annoncé tout récemment avec bonheur la cessation de l'épidémie dans notre province d'Alger, nous avons la douleur aujourd'hui de publier les tristes nouvelles suivantes, que nous apporte le journal l'*Akhbar* :

« Nous négligions depuis quelques jours de publier le bulletin du choléra, parce que l'épidémie avait à peu près complétement disparu à Alger. L'état sanitaire de la ville était même tellement satisfaisant que le bateau d'hier est parti pour la France avec patente nette; tout nous donnait lieu d'espérer que le fléau nous avait fait ses adieux définitifs.

» Malheureusement dans la nuit de samedi à dimanche, une forte recrudescence s'est déclarée et le choléra a éclaté de nouveau dans Alger avec la violence et la rapidité d'un coup de foudre. La population a dû être naturellement très effrayée de cette inexplicable réapparition, et comme les bruits les plus exagérés ont été répandus sur le nombre des victimes, nous croyons devoir donner le chiffre exact des décès, quelque considérable qu'il soit, afin de couper court à toutes les exagérations qui ne peuvent qu'augmenter les alarmes publiques.

» Dans la journée du 20 au 21, c'est-à-dire de samedi dans la nuit jusqu'à lundi dix heures du matin, sur 62 cas qui ont éclaté en ville et au lazaret, il y a eu 45 décès. Dans ce chiffre ne sont pas compris les décès dans les hôpitaux militaires, qui, si nous sommes bien informés, se sont élevés le même jour au chiffre de 5, ni les décès de la population musulmane, qui n'ont pu être encore exactement constatés.

» Nous nous empressons d'annoncer qu'une amélioration notable s'est fait sentir aujourd'hui lundi dans l'état de la santé publique. Ainsi, de dix heures du matin à six heures du soir, il n'y a eu qu'un décès au lazaret et cinq en ville. Le rapprochement de ces chiffres avec ceux d'hier est la meilleure réponse qu'on puisse faire aux alarmistes.

» Il nous reste à remercier l'administration de l'activité qu'elle a déployée dans ces tristes circonstances. M. le préfet a visité dimanche l'hôpital et le lazaret, et s'est entendu avec M. le maire, qui l'accompagnait, sur les mesures immédiates qu'il y avait à prendre. Il s'est rendu de nouveau aujourd'hui à l'hôpital civil, où il avait donné rendez-vous au corps médical, et il a été décidé dans cette réunion qu'on ferait blanchir à la chaux intérieurement et extérieurement toutes les maisons d'Alger; que des ordres seraient donnés pour faire nettoyer et chlorurer les rues malsaines, qu'on rouvrirait, s'il y a lieu, des bureaux de secours, etc. La population peut donc être complétement rassurée : l'administration veille sur elle avec sollicitude, et toutes les mesures sont déjà prises pour combattre efficacement l'épidémie dans le cas où la recrudescence d'hier se maintiendrait à son état d'intensité, ce que la situation bien améliorée de la journée d'aujourd'hui ne nous donne pas lieu de craindre. »

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants jeudi prochain, 7 novembre.

Visites tous les jours à 8 heures.

Leçons et opérations tous les jeudis de 8 à 10 heures.

Consultations tous les jours à 9 heures, excepté les jeudis et les dimanches.

— M. le docteur Pajot commencera son cours d'accouchements aujourd'hui mardi, à 2 heures, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, 4, près l'Ecole de Médecine, et le continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés.

— MM. les médecins et pharmaciens du département de la Seine qui ne seraient pas portés sur l'*Annuaire médical et pharmaceutique* du docteur Félix Rouhaud ou qui auraient à faire des changements dans leur adresse sont priés de faire parvenir au plus tôt leur rectification à M. Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, ou à M. le Dr Félix Rouhaud, rue de Trévise, 26.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 131. (23e ANNÉE.) JEUDI 7 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 6 NOVEMBRE 1850.

Séances des Académies.

L'Académie de Médecine a laissé reposer hier l'esprit de ses auditeurs, qu'elle avait tenu en éveil pendant plusieurs séances consécutives. La séance s'est ouverte par un rapport de M. Chevallier sur un appareil propre à faire de la glace dans les saisons chaudes, et s'est terminée par une longue lecture de M. Grimaud sur la *pathogénie philosophique*. La pathogénie pure et simple serait déjà un sujet bien ardu à traiter ; que sera-ce donc de la pathogénie philosophique ! si tant est que celle-ci soit différente de la première, ce que M. Grimaud a omis de nous dire. Peut-être était-il utile cependant de commencer par là. Faute d'avoir pris cette précaution, M. Grimaud a vu l'esprit de ses auditeurs s'évertuer d'abord à chercher, dans la lecture du savant pathogéniste, une distinction qui ne leur semblait pas bien claire ; puis, après quelques vains efforts, se détacher complétement d'une dissertation dont il n'avait nullement saisi le point de départ. Nous pouvons donc prédire à M. Grimaud que, si, dans la plus prochaine des lectures qu'il a promises à l'Académie, il ne reprend pas la question *ab ovo*, et s'il ne commence pas par établir la distinction dont nous venons de parler, il n'obtiendra que difficilement l'extrême attention dont il a besoin pour faire comprendre les profondes doctrines qu'il professe.

Quant à la question, d'une portée moins élevée, mais d'une application plus immédiate, traitée par M. Chevallier, nous pouvons dire qu'après son consciencieux rapport comme après les lumineux éclaircissements donnés par M. Orfila, les besoins médicaux et domestiques réclament et attendent encore un procédé commode et économique de fabriquer de la glace.

— Les communications plus ou moins médicales de l'Académie des Sciences se sont bornées à une réclamation de priorité de M. Claude Bernard, et à une dissertation de M. Guindet sur le choléra. Tout le monde ayant dit son opinion touchant le choléra, M. Guindet a jugé à propos de ne point priver la science de ses méditations sur ce fatal fléau. C'est un droit dont la science lui saura certainement gré d'avoir fait usage.

Séance de rentrée de la Faculté.

SUITE ET FIN DU DISCOURS PRONONCÉ PAR M. VELPEAU.

(*Voir* le numéro précédent.)

Chacun se procurait à ses risques et périls les cadavres dont il avait besoin, et quelques cimetières de Paris avaient ainsi cessé d'être pour les morts le champ du repos. Sans autoriser de tels larcins, la police fermait les yeux, et le professeur venait la nuit choisir ou prendre ce qui lui était nécessaire pour la semaine ; ainsi faisait Bichat, ainsi ont fait longtemps M. Roux et quelques autres.

Cet enseignement était soutenu par des hommes jeunes, pleins de verve, d'activité et de science, une pléiade composée de Bichat et de Roux, de Dupuytren et de Marjolin, de Ribes et de Magendie, de Loerne et de Bayle, de Baron et de Breschet ! A-t-on jamais vu surgir en aussi peu de temps tant et de si beaux noms ? Sans compter ceux de Duméril et de Hallé, de Lallemant et de Chaussier, de Richerand et de Buisson, d'Alibert et de Baudeloque, qui brillaient d'un autre côté.

Une intelligence comme celle de Marjolin ne pouvait se contenir longtemps dans le cercle de l'anatomie pure.

La fréquentation des hôpitaux, sa qualité d'interne à l'Hôtel-Dieu, le merveilleux savoir qu'il avait déployé dans les concours lui donnèrent la pensée d'instituer un cours de chirurgie à côté de son cours d'anatomie, qu'il abandonna même définitivement en 1812 ou 1813. Libre de toute autre préoccupation, il donna dès lors tant d'attention à ce nouveau cours, qu'il finit par attirer une affluence considérable. Les amphithéâtres étaient trop étroits, on se querellait, on se battait pour y être admis. Les généralités de la chirurgie y étaient discutées avec un rare bonheur ; l'état de la science y était exposé d'une manière si complète, avec tant de clarté et de justesse d'appréciation, que toute la génération de l'époque y est allée puiser les principes de la bonne chirurgie. Il faut dire aussi que Dupuytren et M. Roux, suivant une autre pente, se laissaient entraîner de plus en plus par la pratique des hôpitaux et la clientèle privée ; Marjolin fit ainsi de son enseignement particulier une véritable école ; à tel point, que les cours officiels en souffraient visiblement. Du reste, il n'y mettait ni faste, ni morgue. Estimé de tous, il n'entendait faire d'opposition à personne.

Ses leçons étaient rétribuées. Alors comme aujourd'hui, beaucoup plus qu'aujourd'hui, il se présentait des étudiants peu en mesure de payer des cours particuliers. Cependant ils voulaient entendre Marjolin ; comment faire ? Ils contrefaisaient les cartes.

Le professeur ne manquait pas de s'en apercevoir. Vous supposez peut-être qu'il va faire punir les faussaires ? Détrompez-vous ; si quelque chose dans le délinquant annonçait la pauvreté, il prenait la carte falsifiée, la mettait dans sa poche sans rien dire et en donnait aussitôt une véritable à l'élève confus. Cette conduite, aussi délicate que généreuse, dont, en somme, il n'ahusa point, augmentait le nombre de ses partisans et contribuait à lui concilier l'amour de son auditoire.

Le professeur Lassus mourut. Si le concours eût existé comme en 1812 pour la chaire de Sabatier, MM. Roux et Marjolin s'y seraient de nouveau mesurés : Dieu seul sait lequel des deux l'eût emporté ! Par l'élection de Marjolin, la Faculté ne fit, en réalité, que sanctionner un fait depuis longtemps accompli. La pathologie externe de Paris s'était, en effet, personnifiée dans son enseignement, sans que pour cela il eût besoin de faire ses leçons dans l'enceinte officielle. Sa nomination, qui date du mois de novembre 1818, fut accueillie avec une indicible joie par tout le monde. Si les professeurs ne l'eussent point appelé parmi eux, on aurait vu les élèves l'y porter d'une voix unanime. Mus comme toujours par la noblesse et l'impétuosité de leurs instincts, ils le croyaient dédaigné, persécuté même par Dupuytren, dont le caractère naturellement un peu hautain le blessait.

L'espace manqua dans cette vaste salle, comme il avait manqué rue Saint-Julien-le-Pauvre, au nombre toujours croissant des auditeurs de Marjolin. Sa popularité s'est maintenue, sous ce rapport, pendant plus de trente ans, sans que jamais le succès de ses leçons ait paru faiblir un seul jour. Ne vous semble-t-il pas entendre encore sa parole sonore résonner sous ces voûtes ?

L'enseignement de Marjolin avait un cachet tout spécial ; sa diction était pure, un peu lente, mais accentuée. Il répétait volontiers le dernier membre de ses phrases principales ; sa voix était étendue et grave. D'un jugement droit et sagace, il ne se laissait ni entraîner, ni effrayer par les innovations. Il exposait, discutait, appréciait les faits aussi bien que les doctrines avec impartialité ; ses cours étaient le miroir de la science du moment. Il avait une mémoire remarquablement fidèle et sûre ; aussi ses leçons étaient-elles enrichies d'observations et d'anecdotes scientifiques sans nombre. Tout ce qu'il disait se gravait merveilleusement dans l'esprit, et on l'écoutait toujours avec plaisir. Il racontait avec tant de simplicité et de bonhomie, soit à son cours, soit aux examens, les erreurs qu'il avait pu commettre, les incertitudes ou la pénurie de la science, qu'avec lui on se sentait disposé à devenir soi-même ou plus franc, ou plus modeste.

Peu enclin aux explications, il faisait bon marché des théories. Les faits, de quelque part qu'ils vinssent, étaient accueillis par lui et servaient de base à peu près unique à toutes ses dissertations. Le côté pratique de la chirurgie plaisait seul à son esprit essentiellement positif. Ennemi de toute chirurgie aventureuse, il essayait sans répugnance les médications purement empiriques, mieux quand elles lui venaient de gens étrangers à la science médicale, et ce caractère facile concourait à le mettre en vogue près des étudiants et des jeunes médecins. Il en résultait aussi quelques inconvénients, néanmoins. Son laisser-aller dans certaines prescriptions ne convenait pas à tout le monde. Un client était furieux contre lui en arrivant chez moi. Esprit chagrin, misanthrope comme le sont souvent les êtres qui souffrent, ce malade n'admettait pas qu'un médecin pût prescrire des moyens dont il n'avait pas apprécié d'avance l'action ou le degré d'efficacité. Or, Marjolin, qui venait de lui conseiller un remède empirique, eut la naïveté de lui dire en le reconduisant : « A propos, si mon remède vous réussit, vous me le ferez savoir, n'est-ce pas ? car j'en ai aussi, moi, des rhumatismes ! »

S'il n'était pas initiateur, il avait mieux que personne le don de vulgariser, de faire aimer la chirurgie prudente et de bon aloi. Avec les principes qu'il répandait à profusion dans ses leçons, il a contribué plus qu'on ne pense à faire prédominer la pratique à la fois si hardie et si réservée qui caractérise actuellement la chirurgie française. De volumineux ouvrages eussent porté son nom plus haut et plus loin dans l'histoire de l'art ; mais on peut se demander s'ils eussent exercé plus d'influence sur la conduite de ses contemporains, rendu plus de services à l'humanité.

Son enseignement n'était, après tout, que l'image de sa pratique. Il eut de bonne heure une clientèle nombreuse ; on le venait consulter de tous les pays. Il n'était guère moins connu, sous ce point de vue, dans les deux Amériques, en Allemagne, en Angleterre et en Italie qu'en France. On ne décidait rien de grave à Paris sans l'avoir adjoint aux médecins des familles. La foule des malades n'était pas moindre à son cabinet que celle des élèves à son cours, et il était un de ceux qu'on appelait le plus hors de la ville. Nul n'a vu plus de malades que lui dans la clientèle privée. On peut dire que tous les cas difficiles observés à Paris depuis trente ans lui ont passé sous les yeux, aussi son expérience était-elle d'une richesse incomparable, et pouvait-il se flatter d'avoir observé à peu près tout ce qu'il est possible d'observer en pathologie externe.

La source d'une telle vogue se trouvait dans le savoir immense de Marjolin, dans son extrême perspicacité, dans la sûreté de son diagnostic, dans la netteté de sa thérapeutique, mais aussi dans ses qualités d'homme et de confrère. Avec lui, tous les malades étaient à l'aise ; en consultation, il ne frondait et ne cherchait à humilier personne. Les autres médecins n'étaient pas gênés par sa présence, et ils acceptaient tous sans crainte sa coopération. Il trouvait encore là une occasion de généraliser les doctrines qu'il enseignait à la Faculté, et tout le monde y gagnait.

On ne sait pas assez le profit que pourraient retirer les médecins, en général, de ces réunions de plusieurs confrères au sein des familles ; au fond, rien n'est plus fructueux. On y voit la science telle que chacun doit vouloir la faire. Où apprendre ailleurs ces mille détails relatifs à la manière de se retenir, de parler et de se taire ; aux précautions à prendre, à la réserve qu'il convient de garder près des gens qui nous appellent ou des personnes qui nous entourent ? Il se fait là un échange de notions qui n'est possible que là ; chacun y montre ce qu'il sait de particulier sur le cas en litige ; l'expérience personnelle de chacun se met à nu devant tout le monde ; ceux qui ont vu le plus ou le mieux ne peuvent pas manquer d'instruire les autres, et l'on a de la sorte un genre d'enseignement mutuel que les livres, que les cours, que les hôpitaux eux-mêmes sont parfaitement incapables de donner ni de suppléer. Rien ne mûrit, ne forme le praticien à l'égal de ce frottement journalier des médecins peu exercés contre ceux qui le sont le plus.

Est-il un seul praticien qui ne finisse par se faire quelques habitudes, par avoir sa pratique à lui sur certains points, par perfectionner une ou plusieurs médications ? La plupart cependant ne publient rien, emportent avec eux dans la tombe le résultat de leur expérience personnelle. Dans les consultations, au contraire, les richesses partielles, passant de l'un à l'autre, s'ajoutent sans cesse à la richesse commune. On a là un médecin de tradition trop négligé de nos jours après avoir été trop estimé jadis.

Le caractère naturellement expansif de Marjolin le rendait précieux en pareil cas. On le quittait rarement sans en avoir appris quelque chose, et son vaste répertoire lui permettait presque toujours de modifier ou de changer l'opinion que chacun s'était préalablement faite des questions à résoudre. Que de notions utiles, directement applicables, n'a-t-il pas répandues ainsi parmi ses confrères ! comme la pratique se régularise, se perfectionne sans bruit, sans prétentions par le fait d'un tel enseignement, à l'ombre d'un tel maître !

Plein de zèle à la clinique de Boyer, qui se plaisait à l'interroger, Marjolin, devenu interne à la Salpêtrière, puis à l'Hôtel-Dieu dans différents services, se fit partout remarquer, comme à la Société philanthropique, par son aptitude et ses goûts pratiques.

Il est vrai cependant que, dans les hôpitaux, il n'est point sorti de la sphère commune comme opérateur. A l'Hôtel-Dieu, il avait pour chef un homme dont l'activité dévorante absorbait tout ; ce n'est point, comme on s'est plu à le répéter, que Dupuytren fût jaloux de son adjoint, mais leurs caractères se ressemblaient peu ; l'un était ombrageux et fier, l'autre ouvert, confiant et familier ; le chef aimait le retentissement et l'éclat, le second fuyait la contrainte et l'ostentation ; celui-là tenait à ce qu'on eût les regards fixés sur lui, celui-ci répugnait à se mettre en scène ; le premier ne laissait échapper aucune occasion de faire ressortir son majestueux talent aux yeux de la foule, le second restait volontiers à l'écart ; l'un aurait voulu que toute la chirurgie lui passât par les mains, l'autre n'était jamais pressé d'opérer. Sur le deuxième plan, par le titre, qui donc, après tout, aurait pu briller à côté de Dupuytren, qui était alors dans toute la force de l'âge et de sa gloire ?

Ils servaient l'humanité de façon diverse ; mais de ces contrastes à de l'inimitié, la distance est infinie. Marjolin, qui le savait mieux que personne, souffrait d'entendre dire le contraire, et parler de haine entre ces deux hommes remarquables serait actuellement un blasphème ; si je l'osais, après les avoir vus tant de fois se montrer si affectueux l'un pour l'autre, leur ombre se dresserait dans cette chaire qu'ils ont tant illustrée pour protester et me démentir.

Devenu titulaire à l'hôpital Beaujon en 1825, Marjolin ne

chercha guère plus à s'y faire remarquer comme opérateur qu'à l'Hôtel-Dieu ; il mit plutôt son bonheur à favoriser l'essor des jeunes talents qui vinrent l'un après l'autre se placer à côté de lui. Blandin arriva le premier ; après Blandin, ce fut M. Laugier. En voyant de tels noms grandir sous sa tutelle, ne devait-il pas être fier, en effet, du patronage qu'il leur avait accordé ?

Ce n'est pas que Marjolin opérât moins bien qu'un autre ; loin de là, il était doué d'adresse et avait la main sûre ; mais son âme souffrait à la vue du sang ; les cris des malades le remuaient douloureusement, et quand il fallait mettre le couteau à la main, il se sentait mal à l'aise. Pourquoi se serait-il fait violence ? Au surplus, son temps était bien employé autrement. Il échappait de la sorte à la responsabilité quelquefois si lourde qui pèse sur le médecin opérateur, ainsi qu'aux angoisses qui serrent parfois le cœur avec tant de violence au moment de porter l'instrument sur l'homme malade. Ce sont là, n'en doutez pas, les motifs, plutôt que la rivalité de Dupuytren, qui ont empêché Marjolin d'aspirer à devenir un opérateur célèbre.

Avec tant d'occupations diverses, il devait lui rester peu d'instants pour écrire ; il est loin de s'en être abstenu cependant. Sous la protection de Royer-Collard, qui a dirigé longtemps la bibliothèque médicale, il débuta par des traductions, des analyses ou des extraits de travaux récents ou anciens. La variété de ses connaissances le rendait très propre à ce genre de travail, qu'il continua plusieurs années à la satisfaction générale du public et de l'administration du journal.

La thèse inaugurale qu'il dut composer à la hâte et qu'il soutint en 1808 montre que Marjolin était déjà en mesure de modifier la science sur plusieurs points importants de doctrine ou de pratique. L'inflammation des veines, dont il a été tant de fois question depuis, avait été oubliée jusque-là. Sa thèse en donne une description qui prouve que l'auteur l'avait observée et bien comprise; on voit même qu'il en pressentait les dangers réels. Un pas de plus, et l'infection redoutable qu'engendre cette terrible phlegmasie était constatée, au lieu d'être simplement entrevue, par Marjolin, dont le nom doit rester ainsi associé à l'un des plus grands faits pathologiques de la médecine moderne. Dans un autre passage, il essaie de faire ressortir l'importance des saignées abondantes et coup sur coup dans le traitement des plaies de poitrine.

L'idée lui en était venue à l'occasion d'un fait singulier :

Un soir, en 1799, il arrive, hors d'haleine, près du chirurgien-major de son régiment pour le prévenir qu'un militaire étouffe par suite d'un coup d'épée dans la poitrine : « Qu'on le saigne », dit Philippi sans se déranger. — Au bout de deux heures, l'élève revient dire que le blessé suffoque plus que jamais : « Qu'on le saigne encore », répondit le vieux chirurgien. Enfin, vers minuit, tout le monde croit que le malade va succomber. On retourne à la hâte chez Philippi, qui ne s'en émeut pas plus que la première fois, que rien ne peut ébranler, et qui se borne à répondre : « Saignez-le de nouveau. » Le plus étonnant de l'affaire, aux yeux du jeune homme, fut que, le lendemain, le pauvre dragon se trouva beaucoup mieux et qu'il finit par guérir.

Les épanchements de sang dans le ventre, d'après la doctrine de Petit le fils, se comportent à peu près comme les collections de pus. Marjolin ne craint pas d'attaquer cette doctrine, dont la justesse n'était l'objet d'aucun doute dans les écoles. Il prouve, en effet, que le sang qui s'épanche dans le péritoine n'est pas retenu par les organes, et qu'il descend volontiers en s'étalant comme de l'eau, d'après les lois de la déclivité. La suite n'a fait que confirmer ces premiers aperçus, et personne maintenant ne défend sans réserve la manière de voir de Petit le fils.

Son esprit pénétrant lui avait fait voir que le gonflement brusque de la langue doit être divisé en deux espèces distinctes : l'une avec simple accumulation de liquide, comme dans une éponge; l'autre avec mélange, combinaison presque intime des fluides et des tissus : l'une que l'on guérit vite par des émissions larges, profondes et multiples; l'autre qui est plutôt aggravée qu'amoindrie par ce genre de médication. L'érysipèle gangréneux, les parotidites de la fièvre typhoïde, qui avaient aussi fixé son attention, sont envisagées aujourd'hui par tout le monde comme il les envisageait alors.

Ses dissections lui avaient démontré, et il a établi que l'artère transverse ne peut point être évitée dans la taille latéralisée si l'incision extérieure commence à 15 lignes au-devant de l'anus; mais il prouve en même temps que cette lésion n'expose à aucun danger. Pour s'y soustraire, d'ailleurs, il institua un nouveau procédé, qui consiste à commencer au-dessous du bulbe une incision un peu courbe, à convexité externe, incision qui permet de respecter à la fois le rectum et l'artère honteuse en même temps que l'artère transverse; il avertit, enfin, qu'il faut se mettre en garde contre les abcès du bassin, contre les suppurations profondes, lorsque la taille n'a donné issue qu'à une petite quantité de sang après l'extraction d'un calcul volumineux.

A cette époque comme dans la suite, Marjolin ne séparait point la médecine de la chirurgie. Il avait déjà touché à une question qui est en ce moment à l'ordre du jour; il soutenait, contre l'opinion commune, que le gonflement de la rate ne résulte nullement de l'emploi du quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes. Des observations recueillies dans le service de Montaigu à l'Hôtel-Dieu le portèrent à dire qu'il y a en même temps réaction de la fièvre sur la rate gonflée et réaction de l'engagement de la rate sur la fièvre. Il savait que des ulcères se forment dans l'intestin des sujets affectés de fièvre putride, et que ces ulcères sont plus nombreux vers la fin de l'iléon qu'ailleurs ; c'est en 1808, cinq ans avant le traité de la fièvre entéro-mésentérique, huit ans avant le plaidoyer foudroyant de Broussais, qu'il énonçait de pareils faits. Bien plus, il ne craint pas d'avouer que les saignées, soit locales, soit générales, sont souvent utiles dans le traitement des fièvres muqueuses, adynamiques et ataxiques, alors que toute l'école de Pinel, la seule qu'on écoutât depuis 1800 jusqu'en 1816, ne voyait de salut pour les malades que dans la médication tonique, alors que, depuis plus d'un siècle, la fièvre putride n'était combattue partout qu'à l'aide de moyens excitants.

D'autres points de doctrine ou de pratique ont encore été abordés par Marjolin. Les abcès à source éloignée qu'on observe dans l'aine ou aux lombes lui paraissent former deux genres qui ont souvent été confondus au détriment des malades et de la science. Ces abcès, en effet, ne dépendent pas tous, comme on l'admettait, d'une carie, d'une maladie des vertèbres; il en est qui résultent d'une phlegmasie sourde d'un tissu sous-péritonéal ou de certaines lésions vésicales, et qui n'en prennent pas moins leur racine très loin du lieu qui en est le siége manifeste.

Le diagnostic différentiel de pareils dépôts n'est pas toujours facile ; il importe cependant de ne pas prendre l'un pour l'autre. Ceux qu'engendre l'altération des vertèbres se terminent presque toujours par la mort; les autres guérissent quelquefois d'eux-mêmes, ou du moins sous l'influence d'une thérapeutique bien dirigée. La science en sait-elle beaucoup plus en 1850 ? et Marjolin n'avait-il pas saisi du premier coup ce qu'il y a de fondamental, de franchement utile dans la question des abcès par congestion ?

Au lit du malade rien ne lui échappait. Il avait remarqué que l'ischurie est quelquefois simulée par un défaut de sécrétion de l'urine. Si l'on a recours au cathétérisme en pareil cas, l'instrument semble s'arrêter sous les pubis et ne pas pouvoir pénétrer dans la vessie. Malheur au praticien qui tombe dans cette erreur ; malheur surtout au pauvre patient qui en est le sujet! Si la sonde ne pénètre pas, c'est que la vessie, fortement rétractée, l'empêche d'aller plus loin ; si, croyant ne pas y être, on emploie un peu de violence, l'instrument pourra perforer le réservoir de l'urine et pénétrer dans le péritoine. Il n'y a rien à changer de nos jours à ce que Marjolin a dit sur ce point intéressant de pratique.

En parlant des hernies, il n'hésite pas à soutenir que, malgré tous les caractères donnés pour distinguer au moment de l'opération l'intestin des tissus voisins, les plus habiles peuvent s'y tromper, et qu'on aurait tort d'accorder à chacun de ces caractères une valeur absolue. Ce qu'il dit de certaines tumeurs encore peu connues du tissu cellulaire montre avec quel soin il observait, et qu'il avait bien apprécié la nature et la composition d'une des variétés du cancer encéphaloïde.

En reprenant chacun de ces sujets, en les développant, il eût composé des mémoires de haute portée; mais à quoi bon? ses opinions étaient omises ; la science allait en profiter et marcher; d'autres allaient cultiver, faire fructifier ce qu'il avait semé, sans songer à lui, peut-être ; mais, en définitive, l'humanité ne devait rien y perdre et cela suffisait à Marjolin.

L'étude favorite de ses débuts dans la carrière le conduisit à la composition d'une œuvre de plus longue haleine, d'un ouvrage intitulé : *Manuel d'anatomie*, qui parut le premier volume en 1812, le deuxième en 1815. Ce traité, qu'il eût mieux valu appeler *Manuel de l'Anatomiste*, eut une grande vogue et fit pour ainsi dire époque. La science n'en possédait point de semblable ; Versale, Albinus, Santorini, Sœmmering, Chaussier, auxquels il emprunte, n'avaient rien fait de pareil. Le livre de Marjolin, en effet, n'est pas un traité d'anatomie, c'est l'*art*, et non la *science*, de l'anatomie qui s'y trouve représenté. On ne manquait point de bons ouvrages d'anatomie, ceux de Sabatier et de Boyer suffisaient aux besoins de l'époque ; mais les élèves étaient sans guide dans leurs dissections, et c'est cette lacune que l'auteur s'était proposé de combler.

Il atteignit si bien son but, que les nombreux manuels publiés depuis, et dont les progrès incessants de la science justifient assez l'apparition, sont loin d'avoir fait oublier le sien. Avec une indication claire et concise des procédés de dissections, des préparations qui permettent le mieux d'étudier chaque organe, il donne en quelques mots la situation, ou la direction, ou le trajet, et les points d'attache de la partie disséquée ou à disséquer. L'ouvrage contient, en outre, des détails précieux sur les différentes manières de conserver les pièces anatomiques et de pratiquer les différentes sortes d'injections.

Marjolin avait eu le soin d'ajouter à ses descriptions une synonymie très riche qu'on ne trouvait nulle part avant lui, et qu'on regrette de ne pas retrouver au même degré dans des livres plus récents, fort estimables d'ailleurs. Son Manuel aurait suffi à la rigueur pour donner une idée exacte des organes, en même temps qu'il apprenait à les préparer et à les conserver. Aussi n'était-il guère moins utile à l'élève qui commence qu'au chef d'amphithéâtre, qu'à l'aide et au préparateur d'anatomie. En 1820, en 1825, c'était encore le *vade mecum* que nous préférions dans nos salles de dissection, malgré les acquisitions sans nombre que l'anatomie avait faites depuis sa publication.

Les précautions qu'il faut prendre pour éviter de se blesser en disséquant, pour conjurer les dangers des piqûres de l'anatomiste, y sont indiquées avec un soin qui prouve que la santé des élèves était une des préoccupations sérieuses de l'auteur. Ce sujet, si intéressant par lui-même, donne en outre à Marjolin l'occasion de soulever une question importante au point de vue de la contagion des maladies. Le principe de la plupart de ces maladies peut-il émaner du cadavre comme du malade, se communiquer de l'homme mort à l'homme vivant, comme il se propage d'homme à homme pendant la vie? Marjolin ne nie pas, n'affirme pas; il émet simplement des doutes; mais on voit qu'au fond il penche pour la négative (1). Disséquer le cadavre d'un galeux, d'un syphilitique, d'un hydrophobe, d'un varioleux, d'un rubéoleux, dit-il, fondé sur sa propre expérience, ne fera contracter ni l'une ni l'autre de ces maladies. Il ne faut pas l'oublier, en effet, les agents de transmission d'une foule de maux ont eux-mêmes quelque chose d'animé qui ne peut se maintenir ou persister qu'avec la vie de l'être qui leur sert de pâture. N'allez pas en conclure cependant que nulle maladie ne peut se transmettre de l'être inanimé à l'homme vivant; qu'il n'y a pas plus de danger à se blesser en disséquant un cadavre infecté qu'en travaillant sur un sujet sain. Cela veut seulement dire que la plaie qu'on se fait alors ne communique pas la maladie dont l'homme était atteint pendant la vie.

(1) Tome Ier.

Ailleurs on le voit appeler l'attention, çà et là, sur quelques cas curieux d'anatomie anormale ou de chirurgie. Il a vu, par exemple, que le clitoris est parfois coiffé d'un véritable prépuce chez les jeunes filles. En s'amassant au fond de la petite poche, la matière sécrétée par le tissu muqueux acquiert dans certains cas une âcreté très grande.

Cette double particularité donne l'explication d'un prurit fatigant, qui devient ou peut devenir la source d'un penchant insurmontable à de fâcheuses habitudes. Il cite, à l'appui de sa proposition, le fait d'une enfant espagnole âgée de quatre ans, qu'il traita sans succès de toute façon, et qu'il guérit sans retour en la soumettant à la circoncision (1).

C'est par inadvertance sans doute que quelques personnes semblent reprocher à Marjolin de n'avoir rien écrit. Pour parler de la sorte, il faut n'avoir point ouvert les dictionnaires de médecine publiés depuis quarante ans. Le deuxième volume du *Manuel d'Anatomie* était encore sous presse que Marjolin prenait déjà rang parmi les auteurs du grand dictionnaire, cette gigantesque et souvent trop indigeste entreprise qui parut absorber l'élite de la médecine française pendant plus de dix ans. En 1821, quand le plan d'un nouveau dictionnaire fut établi, Marjolin en devint un des principaux rédacteurs. Qui n'a pas médité les nombreux chapitres que sa plume féconde a consignés dans le *Dictionnaire en trente volumes !*

Si tous les articles donnés par Marjolin à divers dictionnaires étaient réunis en un corps d'ouvrage, il ne faudrait pas y ajouter beaucoup pour faire de cet ouvrage un traité complet de chirurgie. Les écrits de Marjolin ne sont au surplus que le reflet de ses leçons : ils se montrent au dehors ce qu'il était à l'amphithéâtre ou au lit de ses clients.

Dans ses relations sociales, Marjolin était d'une vie facile, sans être plus endurant qu'un autre. Malgré son uniforme de dragon, qu'il eut la fantaisie de mettre pour son entrée dans le pavillon de dissection, il n'eut de querelle inquiétante avec personne; il parvint même ainsi dès le premier jour à faire sensation dans l'Ecole de Paris.

Sa loyauté faillit le brouiller cependant avec le maître dont il était devenu le prosecteur. En 1805, le plan d'un cours ou d'un ouvrage d'*Anatomie pathologique* parut presque en même temps sous le nom de Laënnec et sous le nom de Dupuytren dans les journaux de médecine. L'œuvre, étant identique des deux côtés, ne devait être sortie que d'une seule tête ; mais de laquelle? Dupuytren accusa M. Gilbert de Savigny de lui avoir soustrait ce plan au profit de Laënnec. Marjolin, sûr de son ami, le défendit chaleureusement à l'insu même de celui-ci, qui ne l'apprit que longtemps après. Calmé en apparence, Dupuytren n'en garda pas moins une certaine rancune à M. Gilbert, et montra dès lors aussi quelque froideur à Marjolin, qui enseigna pour son propre compte à partir de ce moment.

Après l'avoir suivi comme savant, comme professeur, comme chirurgien, jetons maintenant un regard discret sur sa vie intime.

Comme ce philosophe cité par Plutarque, il répondait à ceux qui voulaient le marier avant sa trentième année : « Il est trop tôt; » et quand il entra dans sa trente-unième : « Il est trop tard. » Mais Royer-Collard et Double, qui lui portaient un vif intérêt, en avaient décidé autrement.

Amateur de tableaux, on le conduisit chez un confrère dont les salons étaient riches en ce genre. Il rencontre là une jeune fille qui ne songeait pas plus à lui qu'il n'avait pensé à elle, mais qui fit une vive impression sur son cœur, et dont les rares qualités l'eurent bientôt séduit tout à fait.

Devenue la compagne de son existence, Mlle Duval a joué un beau rôle dans la carrière de Marjolin, en donnant à son intérieur la physionomie le mieux en rapport avec ses goûts naturels, en gouvernant sa maison avec une intelligence supérieure, en lui vouant un attachement qui ne s'est jamais démenti, en montrant partout cette haute raison que nous sommes heureux de retrouver encore dans son digne père, que ses quatre-vingt-quatorze ans n'empêchent point de suivre nos solennités, pas plus que nos travaux académiques, avec toute l'assiduité du jeune âge.

Marjolin ne s'occupa jamais que de sciences. En dehors de ses devoirs professionnels, deux passions, celle de la pêche et celle des fleurs, se partagèrent un instant ses loisirs. Pour se délasser, il courait à sa ligne et à ses hameçons, comme plus tard nous le verrons ne plus rêver que fleurs, que dahlias, dont il avait établi une délicieuse collection dans sa villa de Clichy.

L'amour de la patrie était profondément gravé dans son noble cœur. En 1814, nos désastres lui causèrent tant d'amertume qu'il évita jusqu'aux rapports de simple politesse ou de confraternité avec les officiers de santé attachés aux armées des vainqueurs. Le gouvernement nouveau, répudiant avec maladresse et sans distinction les gloires sorties du régime impérial, offrit à Marjolin le titre de chirurgien en chef des gardes royales. On voulait ainsi punir un des plus beaux caractères de notre temps de son inviolable attachement au grand capitaine qui, pendant quinze ans, avait si glorieusement présidé aux destinées de la France. Marjolin refusa avec dédain, et la place fut conservée à l'illustre Larrey. Cet acte de haute convenance est un trait d'autant plus digne dans sa vie qu'il fut accompli sans éclat, qu'il est resté généralement ignoré. Calme et bon par instinct, il eût rougi de servir d'instrument à des ressentiments politiques quelle qu'en fût la couleur.

Heureux dans son intérieur, heureux par sa famille tout entière, heureux par deux fils qu'il a vus grandir à ses côtés et dont l'un semble plus spécialement destiné à perpétuer parmi nous le nom du père; heureux par la fortune comme il l'était avant tout par nature, Marjolin aurait voulu que tout le

(1) Tome II, page 553.

monde fût heureux comme lui; aussi avec quelle complaisance il aidait, soutenait ses élèves intimes; avec quel dévouement il servait, même dans le concours, ceux dont il avait reconnu la capacité; à combien d'infortunes, de jeunes gens ou de confrères nécessiteux, n'a-t-il pas ouvert sa bourse? Pour ses amis, pour ses anciens disciples rien ne lui coûtait. « Il apprend un jour qu'un de ses anciens élèves n'ose par discrétion réclamer les soins du maître pour sa femme mourante; souffrant lui-même du mal affreux qui nous l'a ravi, il se rend spontanément près de la pauvre malade, et se constitue pour ainsi dire l'adjoint du vénérable Guersant, qui la soignait, et l'assiste matin et soir pendant quarante jours de sa coopération, de façon que la dernière main amie qui pressa la main de la pauvre agonisante fut celle de Marjolin. » Admettant avec Pascal qu'il est *haïssable de parler de soi*, *que le moi est haïssable partout*, l'élève auquel j'emprunte ce fait et qui le raconte les larmes aux yeux (1) n'a point voulu se nommer; mais moi, qui ne suis pas tenu au même scrupule, je dirai que c'est le docteur J. Rousseau, un des hommes les meilleurs, l'un des praticiens les plus probes que je connaisse.

Sa constitution et la sérénité de son âme annonçaient pour Marjolin une longévité qui ne s'est point réalisée. Des douleurs, d'abord vagues ou erratiques, portèrent un premier coup à sa robuste santé en 1848. Longtemps il s'en plaignit comme d'un *lombago* fatigant qui ne l'empêchait point de remplir ses devoirs de professeur et de praticien. Une canne lui devint nécessaire, et nous le vîmes avec affliction, penché sur cet appui, se traîner à la Faculté pour les actes pendant plusieurs mois; mais les racines du mal étaient profondes, il fallut céder, ne plus sortir. Les douleurs devinrent atroces et le mirent à une véritable torture, comme pour lui faire expier la longue et douce quiétude dont il avait joui jusque-là. A la différence de tant d'autres, il ne se berça d'aucune illusion; son coup d'œil si juste et si sûr lui divulgua tout d'abord la gravité de son état. Cette découverte ne l'abattit point, n'altéra ni sa bonhomie, ni sa gaieté naturelles.

Sachant que le mal était au-dessus de toutes ressources, il en parlait peu; il ne s'en entretenait que pour en masquer la nature et les dangers aux yeux de tout le monde, aux yeux de sa famille surtout.

Un jour que je me trouvais près de son lit, il me dit, à l'occasion d'un concours qui allait s'ouvrir : « Il y a parmi les compétiteurs un homme que je voudrais bien voir arriver; mais cela ne se terminera probablement pas avant quatre ou cinq mois, et il est douteux, ajouta-t-il, que j'aille jusque-là ! Après tout j'en ai pris mon parti; j'ai assez vécu pour assurer le sort des miens, et je crois avoir honorablement employé ma vie ! »

Dès qu'on essayait de lui donner le change, il secouait doucement la tête et répondait en souriant : « Parlons d'autre chose. » Bravant la douleur qui le privait de sommeil, de tout mouvement, il s'est constamment tenu à la hauteur des philosophes dont l'histoire nous vante le courage et la résignation. Sa belle intelligence, restée intacte jusqu'au dernier moment, lui permit de suivre les progrès de sa propre destruction avec un calme stoïque.

Prévoyant sa fin prochaine, il demande qu'on hâte l'union, d'ail urs convenue, de son second fils avec la petite-fille d'un de nos collègues, union qu'il a pu bénir en effet quelques jours avant de mourir, mais qui s'est douloureusement brisée presque aussitôt après en abreuvant deux familles de larmes aussi amères qu'imprévues. Touchant à sa dernière heure, il fit appeler son fils : « C'est la seule nuit qui te reste à passer près de moi, lui dit-il; je sens ma vie s'éteindre; vers minuit je ne serai plus; la nature peut-être tentera un dernier effort et il se pourrait que j'allasse jusqu'au jour. » Cette scène déchirante avait lieu le 3 mars au soir et le 4 avant le jour Marjolin n'existait plus !

Il vit approcher la mort avec la fermeté, avec la patience du juste, et son heure suprême eut quelque chose de sublime.

Bien que prévue, que reconnue inévitable, que désirable même jusqu'à un certain point à cause des horribles souffrances qui ne lui laissaient ni paix ni trêve, la mort de Marjolin eut un grand retentissement parmi les gens du monde aussi bien que parmi ses collègues, ses confrères et ses élèves. Cette foule immense, accourue de tous les points de la capitale pour joindre ses sanglots et ses prières aux prières et aux sanglots de sa famille éplorée avait un aspect aussi imposant que solennel, et ce que je pourrais ajouter ne ferait qu'amoindrir l'éloge ainsi donné par toutes les classes à la mémoire vénérée de notre regrettable collègue.

Si le tableau de cette belle existence, si les lauriers, les honneurs, la gloire et la fortune qui l'ont couronnée vous tentent, Messieurs, cherchez-en en vous-mêmes, non dans le secours des autres, les éléments. Avec de l'intelligence, un jugement droit, du travail et de la persévérance, avec du travail surtout, plusieurs d'entre vous pourront devenir ce que fut Marjolin; mais interrogez d'abord vos forces et votre courage, vos penchants et vos aptitudes. Tous les hommes ne sont pas propres aux mêmes études, aux mêmes labeurs; n'oubliez pas le *versate diu*, le *quid ferre recusent, quid valeant humeri* du grand poète, sans cela point de succès durables, votre vie ne serait qu'ennui et déception.

Avec moins de grandeurs, après tout, le bonheur est également possible, car on le trouve dans le travail encore plus que dans la fortune; le travail, oui, le travail de tous les jours, le travail obligé, telle est la vraie source du bonheur; malheur à l'homme qui ne s'impose pas l'obligation de travailler, qui ne prend pas étant jeune l'habitude du travail à quelque poste qu'il arrive, quels que soient la fortune et les honneurs que le ciel lui réserve! Le travail de chacun d'ailleurs n'est pas moins nécessaire à la bonne harmonie des fonctions dans l'organisme individuel que le travail de tous au bien général.

Si, d'un autre côté, Marjolin a vécu longtemps heureux, c'est moins encore à cause des succès qu'il a obtenus que par suite de sa manière d'envisager toutes choses. Que manquait-il à Dupuytren? N'était-il pas entouré des mêmes avantages, d'un prestige encore plus radieux? et cependant Dupuytren n'était pas ou ne fut que rarement heureux. La raison de notre bonheur, on ne peut trop le redire, est en nous et non dans les circonstances extérieures où tant d'hommes s'obstinent toujours à la chercher.

Marjolin était heureux alors qu'il s'imposait tant de privations aussi bien que quand il est devenu millionnaire, pendant qu'il était élève dans les hôpitaux autant qu'il l'a été plus tard au milieu de ses triomphes et de sa grande clientèle; pensez-vous que l'homme qui vit le plus péniblement de ses sueurs n'ait pas aussi ses moments de jouissance ou de bonheur, et comprenez-vous un âge, une position, une carrière qui mette à l'abri des soucis ou de toute tristesse? Sous ce rapport, on peut dire du bonheur qu'il est partout et qu'il n'est nulle part. La somme en a été de tout temps la même; Dieu l'a inégalement distribuée entre les hommes, mais la part de chacun est inhérente à l'individu qui la porte et peut la retrouver comme une réserve dans quelque lieu qu'il existe, à toutes les phases de la vie, dans quelque condition qu'on le suppose.

Ne criez pas au paradoxe; quelque jeunes que vous soyez, votre existence n'est pas tout à fait nouvelle; faites un retour sérieux sur les âges que vous avez déjà traversés, et voyez si, sous des formes diverses, le temps de votre enfance, le temps de la pension ou du collége, si ailleurs comme sur ces bancs vous n'avez pas éprouvé partout à peu près la même proportion de plaisir et de tribulations. Ce que le passé vous dira sous ce rapport sera le *criterium* de ce qui vous est réservé dans l'avenir.

A l'abri de la faim et du froid, le reste augmentera peu la somme de votre bonheur réel. Avec le travail et sans fortune, vous pourrez être heureux dans quelque sphère que vous agissiez. Avec de la fortune et sans travail, le bonheur vous échappera sans cesse; l'important est de bien choisir; mais, à tout prendre, un travail qui excède vaut encore mieux que le repos; le repos, en effet, auquel tant de gens aspirent, n'est pas moins contraire au jeu régulier de la vie matérielle qu'au bien-être moral, à la santé parfaite qu'au véritable bonheur des individus aussi bien que des nations.

(1) Rapport à la Société philanthropique, 18, p. 16.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. MALGAIGNE.

Tumeur pulsatile développée dans la tête du péroné. Traitement infructueux par l'électro-puncture et la ligature de l'artère fémorale. Extirpation de la tête du péroné. Guérison.

Le nommé Pillard, âgé de vingt-trois ans, tabletier, entra le 17 mars dans mon service pour une tumeur pulsatile qui paraissait occuper la tête du péroné gauche.

Bien que frêle et de petite taille, il avait toujours joui d'une bonne santé, et rien, dans sa famille, ne semblait le prédisposer à une affection de cette nature, quand, il y a quinze mois, le pied gauche, sur lequel il s'appuyait en travaillant, reçut un choc violent qui retentit dans la jambe. Il n'en résulta rien d'apparent sur l'heure; mais, à partir de cet instant, il commença à éprouver un peu de gêne à se servir de cette jambe, soit pour son travail, soit dans la marche; tous les soirs le pied était le siége d'un œdème assez considérable; il n'y avait encore ni tumeur, ni douleur. Il vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où l'on ne put découvrir la cause de l'œdème.

Peu après, il s'aperçut d'un petit gonflement vers la tête du péroné, qui s'accrut peu à peu sans autres phénomènes. La pression seule y déterminait quelque douleur. Cette tumeur ayant acquis un certain volume, il entra à la Charité le 8 janvier 1850, dans le service de M. Gerdy. Il paraît qu'elle n'offrait point encore de battements; c'est à l'hôpital que ceux-ci apparurent, et le malade, suivant son dire, aurait été le premier à les apercevoir. Quoi qu'il en soit, le chirurgien en saisit aussitôt le caractère; ils étaient isochrones aux battements du pouls, disparaissaient lorsqu'on comprimait l'artère crurale; et enfin la tumeur, devenue un peu molle et quasi fluctuante, s'affaissait légèrement sous la pression directe, et diminuait également quand on y faisait cesser les battements.

M. Gerdy essaya de traverser la tumeur avec des aiguilles et d'y appliquer l'électro-puncture. L'électricité y détermina des douleurs très vives qui persistèrent environ dix jours. Pour les abattre, en même temps que pour favoriser la coagulation du sang, on couvrit la tumeur de glace. L'essai ne fut pas heureux. Les plaies des aiguilles se refermèrent, mais la tumeur acquit plus de volume, et M. Gerdy avait proposé la ligature de l'artère crurale; mais le malade préféra quitter l'hôpital.

Il vint donc à Saint-Louis, comme il a été dit, et fort peu de temps après, la tumeur placée dans la région de la tête du péroné, et paraissant due au développement de cette tête même, avait à peu près le volume d'un œuf de poule. En haut, elle s'arrêtait à 1 cent. environ au-dessous du condyle du tibia; en avant, elle restait à 3 cent. de distance de la crête de cet os; en bas, elle se continuait manifestement avec le corps du péroné; enfin, en arrière, elle plongeait sous les muscles jumeaux, et ne pouvait être exactement délimitée. La peau qui la recouvrait était saine et mobile, sauf deux petites cicatrices rougeâtres, résultat de l'introduction des aiguilles. Au niveau de ces cicatrices il y avait une fluctuation marquée. Toute la surface saillante de la tumeur était soulevée par des battements sensibles à l'œil nu, plus marqués quand on y appuyait le doigt, cessant subitement quand on comprimait l'artère crurale; et alors la tumeur diminuait légèrement. L'oreille n'y entendait d'ailleurs aucun souffle ni autre espèce de bruit. En la pressant fortement avec le doigt, on avait la sensation, en dehors des points fluctuants, d'une coque cartilagineuse élastique qui cédait avec un très léger craquement. Il y avait quelque douleur, mais rare et peu intense, si ce n'est quand le malade, en marchant, faisait un faux pas, notamment en portant la pointe du pied en dehors. Enfin, jambe n'était point tuméfiée; l'œdème du pied disparaissait par le repos, et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement.

Je reconnus là une de ces tumeurs des os, d'une nature encore équivoque, rangées par les uns parmi les anévrismes, par les autres parmi les tumeurs érectiles; et M. Nélaton, à qui je fis voir le sujet, pensa qu'elle renfermait en même temps de la matière encéphaloïde.

La ligature de l'artère crurale, déjà proposée par M. Gerdy, était sans contredit la première indication à suivre; je la pratiquai le 29 mars, au bas du triangle fémoral. Le sujet endormi à l'aide du chloroforme, l'opération fut simple et facile: la plaie réunie par deux points de suture, laissant seulement un passage à la ligature, et le membre placé sur un double plan incliné.

Les suites de cette opération furent assez simples. Il y eut, les premiers jours, un peu de fièvre, quelques élancements et soubresauts dans la jambe; une saignée pratiquée le deuxième jour abattit cette excitation. Dès le 4 avril, le malade mangeait une portion d'aliments; enfin la ligature tomba le 13 avril, au seizième jour, et, le 20, la plaie était entièrement cicatrisée.

Les choses ne semblaient pas aller moins bien du côté de la tumeur; immédiatement après la ligature elle avait diminué de volume, et les battements avaient absolument cessé.

Vers le 20 avril, la tumeur n'avait ni augmenté, ni diminué depuis la ligature, et elle offrait toujours cette fluctuation de mauvais augure; on crut y remarquer quelques battements, mais fuyants, et le fait resta encore incertain. On les rechercha vainement les jours suivants; le malade lui-même ne les sentait pas.

Le 26, on enleva le double plan incliné; le 30, on permit la marche avec des béquilles. Pas de battements, et la tumeur même semblait avoir éprouvé une nouvelle diminution.

Le 4 mai, le malade, en marchant, éprouva une sensation de brûlure. Ce fut une vaine alarme; rien de pareil ne reparut les jours suivants, et le 20 mai, il demanda et obtint sa sortie, promettant de revenir nous voir.

Il revint, en effet, le 20 juin. Il avait marché jusque-là sans éprouver de douleur; et il disait même qu'il aurait pu quitter ses béquilles, tant le membre avait de force. Le soir seulement, le pied était le siége d'un léger œdème, mais qui diminuait tous les jours. La tumeur n'avait pas augmenté; mais les battements y avaient reparu, et désormais il n'était plus permis de les révoquer en doute. Ils offraient toutefois cette circonstance remarquable, que par moments ils cessaient tout à fait, et que leur réapparition était sujette à de nombreuses intermittences. Néanmoins, il ne fallait plus compter sur la guérison; et le malade rentra à l'hôpital pour y subir une opération nouvelle.

Quelle devait être cette opération? L'amputation dans le genou ou l'amputation dans la cuisse était une ressource bien extrême, il y avait quelque espoir que le mal se serait limité au périoste, et n'aurait pas surtout atteint le tibia; et je me résolus à tenter l'ablation de la tête du péroné, sauf à aller plus loin, si le cas l'exigeait impérieusement.

L'opération fut pratiquée le 8 juin. Je cernai la tumeur en arrière par une incision curviligne de 10 à 12 centimètres de longueur, qui me donnait un lambeau à base antérieure, et je cherchai à disséquer la tumeur en arrière et en avant, ce qui me fut assez difficile. En effet, la tête du péroné était réduite, comme on l'avait présumé, à une coque très mince, osseuse en quelques points, cartilagineuse ou même simplement fibreuse en d'autres; et elle était remplie d'une substance molle, analogue à la matière encéphaloïde, si bien que le tout s'écrasait sous les doigts et les instruments. Il fallut aussi, pour la dégager des muscles, prolonger l'incision en bas jusqu'à lui donner 18 à 20 centimètres. J'essayai alors de passer sous le péroné une scie à chaîne, à l'aide d'une aiguille très courbe; l'aiguille se trouva trop longue, et il me fut impossible d'y parvenir. Alors, saisissant l'os avec un davier et l'attirant en dehors, je désarticulai la tête; je fis passer en arrière ma scie à chaîne, et sciai le péroné à 8 centimètres environ au-dessous de l'article, dans un endroit tout à fait sain.

La tumeur ainsi enlevée, nous portâmes avec inquiétude les doigts au fond de cette énorme plaie; le tibia était sain; la dégénération s'était arrêtée au cartilage articulaire. Il y eut peu de sang perdu; un gros tronc artériel seulement dut être lié au fond de la plaie. Quant au nerf tibial antérieur, je n'ai pas besoin de dire qu'il n'avait pas été respecté.

Je réunis par des sutures la partie inférieure de la plaie, je remplis la supérieure de charpie imbibée d'eau de guimauve, et j'assujettis le membre sur un double plan incliné.

Il serait fastidieux d'indiquer jour par jour les progrès de la cicatrisation. Le malade eut des soubresauts dans le membre; il éprouva, du troisième au cinquième jour, une douleur atroce, au point qu'il lui semblait qu'on lui arrachait la jambe, et qui semblait revenir par accès à la même heure. Le sulfate de quinine en fit justice. Bientôt tous les accidents cessèrent, et la cicatrisation gagna de jour en jour; elle était complète le 25 juillet, et déjà depuis quelques jours on avait permis au malade de se lever à l'aide de béquilles. La jambe reprenait de la force; le pied seul avait sa pointe portée en bas et en dedans à la fois, sans que le malade pût lui imprimer une autre position, résultat à peu près inévitable de la section du nerf tibial antérieur.

Il sortit le 15 août, marchant avec assez de facilité à l'aide d'une chaussure qui maintenait le pied en bonne direction. Il est revenu le 31 du même mois nous montrer sa jambe, comme je l'en avais prié. La cicatrice, qui offre encore 14 centimètres de longueur, paraît des plus solides, et tout permet de croire que cette dernière opération l'aura radicalement guéri.

Pour compléter tous les renseignements sur la nature de cette affection, il aurait été utile de soumettre la matière contenue dans la tumeur à l'examen du microscope; malheureusement ma recommandation à cet égard ne fut pas suivie. Elle avait, comme je l'ai dit, l'aspect de la matière encépha-

loïde; mais cet aspect se retrouve aussi dans certaines tumeurs érectiles de la peau, surtout chez les enfants, et ce point me paraît encore devoir rester indécis. (*Revue méd.-chirurg.*)

ACADÉMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 5 novembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse :

1° Une histoire des épidémies de choléra qui ont régné dans le département d'Indre-et-Loire pendant les années 1832 et 1849, rédigée par M. Charcellay;

2° L'exposé d'un mode de traitement du choléra par M. du Cazal;

3° Un échantillon des boues et des eaux minérales de Viterbe (Etats-Romains), pour être soumis à l'analyse;

4° Une notice sur un remède contre la rage, rédigée par M. le consul de France à Barcelonne. Ce remède se compose des plantes suivantes :

Eryngium campestre,
Viperina vulgaris,
Elisium spinosa,
Nepeta marifolia.

Réduire ces végétaux en poudre, et mélanger celle-ci par parties égales.

Un scrupule (1 gr. 20 c.) matin et soir, délayé dans de l'eau tiède ou du vin pendant neuf jours. Pendant ce temps on soumet les malades à la demi-ration. Tous les individus mordus à qui l'on a fait prendre ce remède ont été préservés de la rage.

M. VELPEAU. A-t-on fait prendre cette poudre à des malades présentant déjà les symptômes de la rage?

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. Non.

Il n'y a pas de correspondance manuscrite scientifique.

Appareil pour faire de la glace.

M. Chevallier, en son nom et au nom de M. Poiseuille, lit un rapport sur un appareil présenté par un limonadier pour faire instanément de la glace. Les substances à mettre dans l'appareil sont le sulfate de soude et l'acide chlorhydrique; la glace revient à 80 centimes le kilogramme. La commission conclut que le procédé proposé peut être utile dans le cas où il est nécessaire de se procurer instantanément de la glace, comme cela arrive souvent dans les campagnes dans le traiment de certaines maladies.

M. ORFILA fait observer qu'on fait de la glace beaucoup plus promptement avec un mélange d'azotate et de nitrate d'ammoniaque, et que cette glace revient moins cher, puisque les substances employées peuvent être desséchées après l'opération et servir ainsi indéfiniment.

Après une réponse de M. Chevallier et plusieurs observations faites par d'autres membres, il est décidé que les conclusions du rapport seront modifiées dans ce sens que le procédé proposé peut être utile, quoique la science en possède de meilleurs.

Pathologie générale.

M. Grimaud lit un mémoire intitulé : *Pathogénie philosophique*, ou *Exposition positive des causes*, *des symptômes*, *de la génération des maladies et de leur traitement*.

Ce mémoire, qui n'est qu'un premier fragment, se compose de considérations générales sur l'anatomie, la physiologie et la physiologie pathologique, dont il serait fort difficile de donner une idée dans une analyse. L'auteur ne donne d'ailleurs jusqu'à présent aucun fait nouveau, ou aucun ensemble d'observations à l'appui de sa manière de voir.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 novembre. — Présidence de M. DUPERREY.

Choléra.

M. le docteur Guindet envoie à l'Académie l'exposé de ses idées sur la cause et le mode de propagation du choléra.

Sucre dans l'allantoïde.

M. C. Bernard adresse une réclamation de priorité à propos de la note adressée à l'Institut, dans laquelle M. Stas annonce la présence du sucre dans l'allantoïde de la vache.

CORRESPONDANCE.

Manière de formuler les lavements laudanisés pour éviter les erreurs.

Monsieur le Rédacteur,

Le bruit de l'empoisonnement de M. Labhé par le laudanum donné en lavement vient de retentir dans toutes les feuilles médicales et politiques. En présence d'un aussi triste événement, je crois devoir vous signaler la manière dont je prescris depuis longtemps le laudanum en lavement, ce mode de prescription me paraissant devoir rendre toute erreur à peu près impossible de la part du médecin ou de celle d'autres personnes.

Persuadé que, l'usage externe excepté, le laudanum ne doit *jamais* être mis à la discrétion du malade ou de ceux qui l'entourent, lorsque j'ai l'intention de l'administrer en lavement, je formule ainsi :

Laudanum de Sydenham.	2,50
Eau simple ou eau de laitue. . . .	150
grammes,	152,50

Ajonter deux cuillerées à bouche du mélange à 1/4 de lavement, qui sera pris le, etc.

De cette façon, le médecin vérifie trois fois la dose qu'il prescrit, en même temps qu'il écrit sa formule. Il l'inscrit une première fois, il l'examine forcément en faisant l'addition; puis enfin il fait nécessairement, de mémoire, le petit calcul de ce que chaque cuillerée employée contiendra de laudanum.

On sait qu'une cuillerée d'eau pèse 15 grammes, et que 20 gouttes de laudanum représentent à peu près 1 gramme; on est donc certain, à cela près d'une fraction insignifiante dépendant de la capacité de la cuillère, que chaque cuillerée contiendra cinq gouttes de laudanum; ce qui permet au médecin d'élever les doses avec sécurité.

Ce dosage en poids est d'autant plus avantageux qu'il est bien reconnu que le volume des gouttes d'un liquide varie en raison de plusieurs circonstances, dont la principale est la forme du vase qui le contient. Puis il est très difficile à une main non exercée de compter par gouttes, ce qui cause de nombreuses erreurs, puisque le laudanum en flacon est devenu *malheureusement* depuis quelques années un médicament de réserve pour la plupart des familles.

Pendant le choléra, lorsque la frayeur et le désordre régnaient autour des malades, j'ai toujours, en prescrivant le laudanum en lavement, employé la méthode que j'indique; et tous les confrères auxquels j'en ai parlé l'ont adoptée dans leur pratique.

Agréez, etc. D[r] REINVILLIER.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du mardi 29 octobre de votre excellent journal contient les réponses faites par M. le docteur Boinet devant la Société de Chirurgie aux trois points principaux de ma lettre adressée à cette Société.

Me permettrez-vous d'user de vos colonnes pour relever quelques inexactitudes commises par ce très bonorable confrère et répondre à l'interpellation directe qu'il m'adresse, laissant de côté les autres points qui ne peuvent être résolus que par une expérimentation ultérieure?

Je prie M. le docteur Boinet de ne pas déplacer la question au sujet de la priorité. Je disais dans ma lettre que je croyais avoir tenté le premier les injections iodées dans les abcès par congestion et que je n'attachais du reste qu'une mince importance à cette question.

« Comme la priorité est une question de date, s'écrie M. Boinet, rappelons-les : la première publication de M. Abeille sur les injections iodées est de 1849; or les miennes remontent à 1846 et même à 1840 (*Gazette médicale*). »

Que veut conclure de là M. Boinet? Qu'il a fait usage d'injections iodées avant moi? Je ne le conteste pas plus qu'il ne pourrait contester à d'autres d'en avoir usé avant lui. Si, au contraire, il veut dire par là que dès ces époques il a injecté des abcès par congestion, je me contenterai de faire parler les faits.

En 1840 (*Gazette médicale*, p. 105 et suiv.), première publication de M. Boinet ayant trait, d'après son aveu écrit, à un abcès de la fosse iliaque provenant de la fonte purulente du chapelet ganglionaire profond et traité par les injections d'iode. Il n'y a rien là qui ressemble à un abcès par congestion.

En 1846 (*Gazette médicale*), deuxième publication du même auteur portant sur des fistules laryngées externes traitées par le même moyen.

En 1849 (*Gazette médicale*), troisième publication qui, autant que nous avons pu en juger, serait la reproduction du mémoire envoyé par M. Boinet à la Société de Médecine de Toulouse pour le concours ouvert sur la question des injections d'iode. Ici on trouve bien, en effet, l'histoire d'un abcès, chez une fille de trente-huit ans, situé à la partie inférieure du dos, dans l'espace qui sépare les deux fesses supérieurement, et lié à une altération du sacrum. Mais cet abcès, de l'aveu de l'auteur, et par les signes diagnostiques qu'il donne, est un abcès symptomatique direct, et M. Boinet se garde bien de prononcer le nom d'abcès par congestion. Est-ce que depuis cette époque cet abcès aurait changé de nature dans l'esprit de M. Boinet, qui l'a représenté à la Société de Chirurgie comme un abcès par congestion?

Le compte-rendu de la Société de Médecine de Toulouse sur le concours ouvert au sujet des injections d'iode, et que M. Boinet semble me reprocher de ne pas avoir lu, analyse le mémoire n° 3, qui est bien celui de ce confrère.

Cette analyse rend compte de l'abcès ganglionaire cité plus haut, de l'abcès froid situé au niveau du sacrum, symptomatique d'une carie de cet os au point correspondant (*sic*), et qui est bien cet abcès direct que j'ai mentionné tout à l'heure. Viennent enfin deux abcès, un à chaque épaule, et traités l'un par injection alcoolique et l'autre par injection iodée. Mais nulle part ce rapport ne parle d'abcès par congestion pas plus que M. Boinet n'en avait parlé lui-même.

Or, si ce confrère avait eu par devers lui une observation de cette nature, il n'eût pas manqué de la consigner dans ce travail, puisque c'eût été marquer un degré de plus à l'utilité des injections iodées dans la série des abcès.

Si depuis lors M. Boinet a publié quelque part des tentatives récentes ayant trait à un abcès par congestion, qu'il ait la bonté de nous l'indiquer et je m'exécuterai avec franchise.

Il est vrai que, dans la discussion qui a eu lieu le 18 septembre à la Société de Chirurgie au sujet du mémoire de M. Boinet, M. Michon s'est demandé si dans l'observation relative à une jeune fille de vingt et un ans, et qui m'est propre, il y avait bien abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, vu qu'il n'y avait point de saillie anormale, et si dans ce cas l'abcès ne tenait peut-être pas à une lésion des lames vertébrales?

Il me suffira de citer le passage suivant de Boyer pour faire disparaître les doutes de M. Michon et de tous ceux qui les ont partagés :

« Cependant, toutes les caries de la colonne vertébrale ne sont pas accompagnées d'abcès par congestion. L'ouverture d'un grand nombre de corps de personnes mortes de cette maladie m'a fourni l'occasion de remarquer que, quand la carie est superficielle, elle est suivie d'un abcès par congestion, et que, lorsqu'elle attaque profondément le corps des vertèbres, dont elle change la substance en une espèce de putrilage, elle donne lieu à la courbure de l'épine et constitue l'affection qu'on appelle mal vertébral de Pott. (Boyer, *Traité de chirurgie*, t. I, p. 86.) »

Ainsi mon observation porte bien réellement et incontestablement sur un abcès par congestion à double poche.

M. Boinet termine en me demandant pourquoi dans mon mémoire je n'ai pas cité son travail, qui a été le sujet d'une mention honorable. Il y aurait deux manières de répondre à cette question. Par la première, je craindrais de blesser sa modestie. Je me borne à la seconde.

Mon mémoire publié n'est que la reproduction de celui que j'ai envoyé au concours de Toulouse, additionné de l'observation d'abcès par congestion que j'avais recueillie depuis. Je n'aurais donc pu prendre dans l'excellent mémoire de mon confrère qu'une ou plusieurs observations analogues pour corroborer la mienne. J'ai dû m'abstenir, puisqu'il n'en contenait pas.

J'ai l'honneur d'être, etc. ABEILLE.

M. le docteur Caudmont commencera un cours public d'opérations sur les voies urinaires le mardi 12 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

L'administration de la *Gazette des Hôpitaux*, pour satisfaire aux demandes de livres, d'instruments ou de médicaments qui lui sont faites par ses abonnés, vient de s'attacher un homme parfaitement versé dans la connaissance de ces divers articles, et qui les leur fera obtenir aux meilleures conditions possibles.
(*Indiquer par quelle voie on veut recevoir les objets demandés.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SÉRIE. — TOME II. — N° 132. (23e ANNÉE.) SAMEDI 9 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Blessure du crâne. Hypérémie hépatique. Attaques d'épilepsie. — Nous avons observé il y a peu de temps, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans le service du professeur Champouillon, un fait assez singulier par ses complications, et dont voici, en peu de mots, les principales circonstances :

Goffrey, soldat au 3e de ligne, se plaignait depuis quelques jours de malaise et d'inappétence, lorsque le 30 juillet il ressentit une douleur vive dans la région gastro-hépatique. A ce premier phénomène morbide se joignit bientôt une teinte ictérique générale. Ce militaire fut transporté au Val-de-Grâce le 3 août.

Le professeur Champouillon, ayant reconnu, chez ce malade, tous les caractères apparents d'une gastro-duodénite aiguë avec gonflement du foie, fit appliquer immédiatement vingt sangsues sur l'hypochondre droit. Cette émission sanguine de même que des ventouses scarifiées appliquées sur la même région n'apaisèrent ni les plaintes, ni les douleurs du malade.

Comme il n'y avait ni fièvre, ni soif, et que le sujet réclamait énergiquement des aliments, M. Champouillon crut pouvoir autoriser deux bouillons pour la journée du 12 août. Mais à peine le premier de ces potages était-il ingéré, que le malade fut pris d'une attaque d'épilepsie qui dura près de cinq minutes. Le lendemain, un nouveau bouillon produisit un nouvel accès, à la suite duquel la douleur épigastrique devint plus vive. En variant la nature de l'alimentation, dont les exigences du malade avaient fait en quelque sorte une nécessité, on espérait prévenir le retour des accidents. Il n'en fut rien ; et pendant six jours l'épilepsie reparut à la suite de chaque ingestion d'aliments, si minime qu'elle fût.

Le 19 août, M. Champouillon prescrivit la diète absolue, une infusion de valériane et une potion antispasmodique, à laquelle fut ajouté un gramme de sulfate de quinine. Pas d'accès.

Le 20, continuation de la même prescription. Deux attaques d'épilepsie dans la journée. Dans le cours de la nuit, la fièvre, nulle jusque-là, se déclara avec une grande violence. Le sommeil fut très agité ; et le 21, au moment de la visite, Goffrey était en proie au délire symptomatique d'une encéphalite qui fut combattue avec succès au moyen des saignées locales, des révulsifs et de la glace sur la tête.

Le 3 septembre, la fièvre avait considérablement diminué ; le délire avait cessé ainsi que la douleur épigastrique. L'ictère seul persistait.

La nature et la singularité des phénomènes morbides qui avaient prédominé dans le cours de cette affection dépendaient évidemment d'autres causes que celles qui produisent ordinairement la jaunisse. Aussi, dès que le malade fut en état de répondre, M. Champouillon s'empressa-t-il de l'interroger d'une manière beaucoup plus pressante, et c'est alors qu'il apprit que Goffrey n'avait jamais eu d'attaques d'épilepsie avant son entrée à l'hôpital ; mais qu'étant de garde à l'Hôtel-de-Ville le 22 juillet, il fut requis, avec quelques hommes du poste, pour procéder à l'arrestation d'un malfaiteur attablé dans un cabaret voisin. Pendant la lutte qui s'engagea alors, ce militaire reçut, sur le sommet du pariétal droit, un coup de couteau qui divisa le cuir chevelu dans l'étendue de 2 centimètres environ, sans intéresser l'os. Cette blessure était si légère, qu'au bout de huit jours elle était complétement cicatrisée.

Pendant la convalescence de l'affection cérébrale dont il vient d'être question, la teinte ictérique s'effaça rapidement. La douleur disparut en même temps que le gonflement du foie, et le malade put manger impunément. Aucun accident n'est survenu depuis cette époque.

Nous devons faire remarquer, avant de terminer, que toute boisson médicamenteuse et tisane étaient parfaitement tolérées et non suivies d'accidents. Les aliments seuls provoquaient les convulsions épileptiques.

La guérison persistera-t-elle désormais et peut-on espérer que les accidents auxquels Goffrey a été soumis ne se renouvelleront plus ? Il serait assez difficile de répondre d'une manière positive à cette importante question. Si l'on doit rapporter à la blessure reçue par Goffrey les accidents éprouvés par ce malade, et il n'est guère permis d'avoir une autre opinion en admettant que les renseignements qu'il a donnés soient exacts, des craintes sérieuses doivent être conservées sur l'avenir. En effet, les accidents peuvent, doivent même être dus à un travail organique intérieur, à un dépôt sanguin, à un mouvement inflammatoire sourd et persistant ; en un mot, à une cause qui peut bien disparaître, mais qui peut aussi s'aggraver. L'observation ultérieure pourra donc seule nous éclairer définitivement sur ce fait curieux, qui vient nous prouver une fois de plus combien le praticien doit être réservé dans le pronostic des blessures de la tête, même lorsqu'elles se présentent avec toutes les apparences de la plus grande bénignité.

Bons effets de l'iodure de fer dans le traitement des abcès scrofuleux. — Le fait que nous allons faire connaître sommairement à nos lecteurs ne leur apprendra sans doute rien de nouveau : aucun d'eux n'ignore les excellents résultats que l'on obtient dans beaucoup de cas de l'iodure de fer, qui est un des médicaments les plus puissants, les plus utiles de la thérapeutique. Les expérimentations de Dupasquier, de Lyon, dont les résultats ont été aujourd'hui presque entièrement confirmés par la plupart des praticiens de nos grands hôpitaux, ont mis depuis longtemps hors de doute les propriétés extrêmement avantageuses de l'iodure de fer. Cependant, quoique ces propriétés soient généralement connues, on peut dire qu'elles ne le sont pas suffisamment encore, que ce médicament est loin d'être aussi employé qu'on pourrait le croire, et qu'il est loin par conséquent de rendre tous les services qu'on peut en attendre. La raison de ce fait n'est d'ailleurs que trop fondée et trop facile à comprendre : l'iodure de fer est un corps plus instable encore qu'il n'est puissant lorsqu'il est soumis au contact de l'air, en sorte que toutes les préparations dans lesquelles on l'introduit (pilules, sirop, etc.,) ne tardent pas à se décomposer ; l'iode se dégage, et ces préparations ne contiennent plus bientôt que de l'oxyde de fer. Dupasquier avait cherché à remédier à cette trop facile décomposition en incorporant dans du sirop le proto-iodure de fer préparé sur un excès de limaille de ce métal. Mais ce sirop lui-même ne tardait pas à se décomposer si le sirop n'était pas préparé avec le plus grand soin et s'il n'avait pas une très grande consistance. Les difficultés de la préparation de ce sirop expliquent pourquoi l'usage en est demeuré très restreint. Dupasquier avait senti lui-même l'insuffisance (pharmaceutiquement parlant) de son sirop, et il avait cherché, ainsi que M. Félix Boudet, dans une enveloppe de sucre, de gomme et de miel, un abri contre l'action de l'oxygène de l'air. Malheureusement ces tentatives, très rationnelles en théorie, n'avaient point été heureuses en application. Les préparations obtenues étaient toujours très altérables par l'action du contact de l'air. M. Gille, tout en parcourant la même voie que ses prédécesseurs, a été plus heureux. Ce pharmacien a présenté à la commission académique nommée pour juger son travail des échantillons de *dragées d'iodure de fer* préparées depuis *quatre ans*, et dans lesquelles on a trouvé le sel ferrique avec cette transparence et cette teinte vert-d'eau qui en démontrent la complète inaltérabilité. Voici, d'après M. le rapporteur de l'Académie, le procédé employé par M. Gille pour préserver d'une manière aussi absolue l'iodure du contact de l'oxygène.

« M. Gille recouvre l'iodure d'une première matière essentiellement capable d'absorber l'oxygène de l'air de préférence à lui, et susceptible d'exercer une action analogue à la sienne sur l'économie animale ; d'une seconde matière peu ou point hygrométrique, se moulant parfaitement et sans fissures contre les parois de la pilule, dont elle n'augmente pas sensiblement le volume.

» Les pilules qui nous ont été présentées et que nous plaçons sous vos yeux, celles que nous avons vu préparer, par leur régularité, le poli de leur surface, leur faible volume, et surtout leur peu d'altérabilité par les agents extérieurs, nous semblent satisfaire à toutes les exigences de la pratique. » (*Bull. de l'Acad. de Méd.*)

Les succès obtenus par Dupasquier à l'aide de son sirop ne pouvaient laisser de doute sur ceux qu'on réaliserait avec les dragées de M. Gille. Cependant il fallait attendre les résultats de la pratique avant de se prononcer d'une manière définitive. Aujourd'hui la pratique a parlé. Après les essais extrêmement avantageux faits par MM. Blache, Legroux et Monod, plusieurs autres médecins des hôpitaux ont observé les excellents effets de l'iodure de fer ainsi conservé. En attendant que nous portions à la connaissance de nos lecteurs quelques-uns des faits recueillis dans les cliniques des hôpitaux, en voici un que nous avons pu observer avec un de nos honorables confrères de la ville, M. le docteur Toutain.

Une jeune fille de treize ans, vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, née de parents scrofuleux, ayant présenté elle-même depuis son enfance des symptômes de scrofule (engorgements glandulaires, ophthalmies, mollesse et pâleur des chairs), portait depuis cinq ans des tumeurs blanches aux deux coudes et au pied droit. Celui-ci ainsi que le coude gauche étaient devenus le siége de tumeurs fluctuantes qui s'étaient abcédées depuis trois ans. Depuis cette époque, les ouvertures des abcès, au nombre de trois au pied et de deux au coude, ne s'étaient point fermées ; elles étaient devenues des fistules d'où s'échappait continuellement un pus sanieux et de temps en temps quelques parcelles d'os. Depuis la formation de ces abcès fistuleux, la petite malade avait été soumise à l'administration de l'eau de houblon, du sirop anti-

---

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre.)

Revenons à Homère.

Podalyre et Machaon n'étaient pas les seuls médecins de l'armée grecque ; beaucoup d'autres héros avaient été élevés à l'école de Chiron, et nous voyons le bouillant Achille et le sage Ulysse extraire les dards des blessures et verser sur les plaies des liqueurs bienfaisantes. Cependant, la réputation médicale de ces guerriers était moins grande que celle des fils d'Esculape. Ulysse et Machaon, blessés tous les deux, inspirent à leurs compagnons des plaintes différentes : « Ajax, s'écrie Ménélas entendant Ulysse appeler à son » secours, la voix de l'intrépide Ulysse frappe mon oreille, semblable » au cri de détresse d'un guerrier que les Troyens auraient seul enveloppé au fort de cette mêlée terrible. Courons au travers de la » foule, hâtons-nous de le secourir. Je tremble que, seul au milieu » des Troyens, il ne succombe malgré sa valeur et ne prépare aux » Grecs de cruels regrets. » (*Iliade*, ch. XI.) Les craintes qu'inspire la blessure de Machaon sont bien plutôt pour le médecin que pour le guerrier : « Toutefois, les intrépides Argiens ne lui auraient » point ouvert le passage si Alexandre, l'époux de la blonde Hélène, » n'eût mis hors de combat Machaon, vaillant pasteur des peuples, » en le blessant à l'épaule droite d'une flèche à trois pointes. De ce » moment les plus valeureux Grecs craignent qu'en fléchissant ils » n'exposent ce héros à périr, et Idoménée dit au roi de Pylos : O » Nestor, fils de Nélée ! honneur de la Grèce, monte sur ton char ; » hâte-toi, emmène Machaon ; conduis-le rapidement vers la flotte. » Un médecin vaut à lui seul plusieurs combattants : il sait retirer » les traits des blessures et calmer par des baumes adoucissants les » sombres douleurs. » (*Iliade*, ch. XI.) La différence, comme on le voit, est des plus sensibles, et les paroles d'Idoménée nous disent en quel honneur les Grecs avaient les médecins. Nous sommes fiers de cette préférence, et les chirurgiens militaires ne seraient peut-être pas fâchés de revenir au beau temps de la guerre de Troie et d'être traités comme leur antique confrère Machaon.

Ce même passage nous apprend encore que les blessés argiens étaient retirés du combat et ramenés dans leurs vaisseaux ; mais rien ne nous indique qu'un lieu commun leur fut destiné. Au contraire, Ménélas, Ulysse, Machaon, Eurypyle sont transportés chacun dans leurs vaisseaux respectifs, et les uns et les autres sont séparément soignés par leurs compagnons : « Les plus vaillants de l'armée, dit » Patrocle à son ami Achille, atteints ou frappés, gémissent parmi » les vaisseaux : le fort Diomède est blessé d'un trait ; l'illustre » Ulysse, Atride ont été frappés par des javelines ; une flèche a » percé la cuisse d'Eurypyle. Autour de ces rois des médecins habiles s'empressent et pansent leurs blessures. » (*Iliade*, ch. XVI.) On comprend que les héros se retirent dans leurs appartements et ne compromettent pas leur majesté royale par des soins, des esclaves et des médecins communs ; d'autant mieux qu'ils ont chacun, sans en excepter même le sage et vieux Nestor, de jeunes et belles captives qui leur prodiguent tout à la fois la vigilance de l'amitié et les consolations de l'amour. Mais que deviennent le menu peuple, la masse de l'armée, les soldats de ces héros qui poussent l'audace jusqu'à blesser les dieux ? Hélas ! nous craignons fort qu'ils ne soient abandonnés sur le champ de bataille, livrés à tous les hasards d'une guérison douteuse. Rien dans Homère ne nous indique les soins qu'on leur donne, et rien ne nous laisse soupçonner qu'ils soient retirés du combat et soignés à bord des navires. Homère, et c'est là l'expression la plus fidèle de son époque, ne voit et n'entend que les rois, les héros et les dieux ; le peuple est comme non avenu ; il n'a point encore de place dans le monde et n'en doit point avoir par conséquent dans l'histoire. Cependant, il nous est agréable de penser, car ici toute hypothèse est permise, que les soldats, à l'exemple de leurs chefs, se secouraient entre eux ; mais nous ne pouvons admettre, sans fausser l'interprétation homérique, que la sollicitude des *pasteurs des peuples* soit allée jusqu'à réserver aux malades des établissements spéciaux. Dans les temps héroïques, plus encore qu'aux époques postérieures dont nous allons parler, l'organisation sociale des Grecs était un obstacle à toute pensée philanthropique, à toute charité populaire. Cette proposition, que nous avons précédemment émise, trouvera son entière confirmation dans les chapitres suivants de ces études.

Il peut être intéressant de faire ressortir les points de rapprochement que l'on peut établir entre la Bible et les livres homériques ; la médecine, nous en convenons, fournirait sa large part de documents, et nous en trouverions un au début même de l'*Iliade* dans la description d'une peste, suscitée par le courroux d'Apollon ; nous pourrions encore, à l'exemple de M. Malgaigne, discuter la priorité de la chirurgie sur la médecine, *et vice versâ ;* mais nous croyons ces deux questions trop étrangères à notre sujet pour les aborder ici. La première revient de droit à l'Académie des inscriptions et belles-lettres, et la seconde nous paraît complétement oiseuse, depuis que la chirurgie est devenue une branche de la médecine et la médecine opératoire un moyen thérapeutique.

DEUXIÈME PÉRIODE (608 — à J.-C.).

Première section. — *Les Asclépiades.*

Après la Guerre de Troie, les deux fils d'Esculape, Podalyre et Machaon, eurent des destinées diverses, sur lesquelles planent des doutes qu'il sera bien difficile de dissiper jamais ; l'éclaircissement de ces doutes ne serait cependant pas sans intérêt ; car, selon quelques auteurs, c'est à ces deux frères qu'il faut attribuer le culte

scorbutique, des préparations ferrugineuses, de l'iodure de potassium, et d'un régime aussi succulent que possible, mais qui malheureusement laissait trop souvent à désirer. Depuis deux ans la maladie n'empirait pas notablement, mais elle était loin aussi de s'améliorer; les fistules fournissaient plutôt plus que moins de pus.

C'est dans ces conditions que nous administrâmes à la jeune malade, le 28 septembre, deux dragées d'iodure de fer (représentant ensemble 10 centigrammes de ce sel). Au bout de huit jours, l'état des fistules s'était notablement amélioré. Le médicament étant très bien supporté et l'appétit s'étant considérablement développé, on doubla la dose d'iodure, qu'on porta ensuite à 30 cent. par jour (6 dragées). Les fistules se rétrécirent rapidement, la sécrétion devint bientôt presque nulle, et le 21 octobre, la cicatrisation était complète. La tuméfaction a aujourd'hui considérablement diminué; les mouvements, qui étaient presque complétement abolis, surtout au pied, sont aujourd'hui faciles et assez assurés pour que la jeune malade puisse s'appuyer sur son membre inférieur et marcher dans l'appartement. Quoique la fortune des parents ne leur ait pas permis d'améliorer le régime de la malade, l'état général s'est cependant amendé presque autant que l'état local; l'appétit est toujours extrêmement vif. Nous avons aujourd'hui le ferme espoir que la malade se servira de son membre inférieur à peu près comme s'il n'avait pas été malade.

DU TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE

par la cautérisation de l'oreille.

(Suite et fin. *Voir* le numéro du 26 octobre.)

Il est donc bien évident que l'on devait arriver au résultat que l'on a obtenu; car chaque maladie a sa manière d'être, son mode, qui dépend beaucoup de la cause et de l'état de l'individu sur lequel elle est venue s'implanter et prendre naissance. C'est un principe qui, en thérapeutique, a une importance, et dans l'application duquel il y a une grande partie du secret de l'art de guérir. Certains médecins possèdent par instinct cette partie de la science de la médecine; chez la plupart, ce n'est qu'après une grande expérience et une longue pratique qu'ils acquièrent cette finesse de l'art qui leur fait choisir, entre plusieurs moyens également convenables, le seul qui soit approprié et qui agisse d'une manière efficace. Pour prendre un exemple, on sait qu'il n'est pas de maladie plus facile et plus difficile à guérir que l'hystérie; maladie qui se manifeste de tant de manières diverses et sous des faces si multipliées et si étranges à la fois.

Les phénomènes hystériques sont parfois si difficiles à modier, que certaines hystéries ont été regardées comme incurables. D'où vient que dans certains cas cette maladie résiste à tous les agents thérapeutiques, tandis que, lorsqu'à force d'épuiser les médicaments indiqués on vient à trouver le remède, la substance, l'agent qui doit modifier la maladie, on voit la maladie se guérir comme par enchantement? C'est évidemment ce qu'il a fallu chercher, trouver et appliquer le moyen qui avait quelque influence sur la variété d'hystérie qui change en quelque sorte avec chaque malade. Pour certains malades, c'est une certaine classe d'antispasmodiques qui se trouve indiquée; pour d'autres, ce sont des agents extérieurs qu'il faut employer; dans quelques cas on voit les modifications hygiéniques amener une guérison plus durable; en définitive, avant d'administrer le remède et choisir le médicament, il ne faut pas commencer une série d'expériences sur le malade et marcher à tâtons; il faut bien poser le diagnostic, étudier avec soin la cause qui a déterminé l'affection, suivre celle-ci dans toutes ses variétés, dans toutes ses formes, et saisir l'indication que l'on peut trouver quelquefois dans un petit détail. Nous pouvons faire à la sciatique l'application de ces principes, et peut-être trouverons-nous déjà à expliquer la différence d'action d'un même agent.

Les sciatiques ne se guérissent pas toujours avec une grande facilité. On peut dire d'une manière générale qu'il faut au moins une moyenne de vingt à trente jours pour arriver à une guérison assez satisfaisante; elles sont rarement guéries avant le huitième jour. Il n'est pas rare de voir le traitement se prolonger quarante à cinquante jours; il en est d'autres enfin dont la guérison se fait longtemps attendre, et lorsqu'elles passent à l'état chronique, on les soulage, mais on les guérit difficilement, ainsi que l'a observé avec tant de justesse J. Franck. Toutes, en outre, sont sujettes à récidiver.

Le nouveau moyen employé pour les guérir, la cautérisation de la racine de l'hélix, a pu modifier ces propositions; mais nous avons déjà vu, en définitive, que les cas de guérison immédiate, instantanée, étaient fort rares. Cependant nous devons en tenir compte, et d'autant mieux, que la durée générale de la sciatique entre pour beaucoup dans la gravité du pronostic. Quelque étrange que paraisse ce moyen, au point de vue de la durée de la maladie, il doit être rangé au nombre des moyens bons à employer dans certaines sciatiques, et je suis porté à penser, sans toutefois l'affirmer, qu'il doit exister pour ce moyen, comme pour tous les agents thérapeutiques en général, une indication quelconque; indication qui fait qu'elle échoue dans certains cas, parce que cette indication n'a pu être saisie, et qui, dans d'autres circonstances, fait qu'elle réussit. L'action favorable du moyen n'est pas durable, je le veux bien; mais l'action de tous les autres agents thérapeutiques n'offre pas plus de stabilité que la cautérisation, et leur action, si on la compare bien exactement à celle du moyen essayé, n'est pas plus constante et ne guérit guère mieux.

Je ne crois pas que la sciatique puisse échapper à la loi commune, et qu'il ne doive pas exister pour les variétés de cette affection des agents thérapeutiques différents, selon ses diverses manifestations; et si nous considérons que ces variétés sont tellement considérables dans la maladie dont nous nous occupons, que tantôt cette affection est une inflammation, tantôt une névrose, tantôt un symptôme d'une maladie plus généralisée, certes, nous trouverons que dans ce cas, plus que dans aucun autre peut-être, il doit exister des différences capitales dans les indications thérapeutiques.

Est-il possible de saisir cette indication? Je le pense. Pour mon compte, je ne pourrais me permettre de croire que, dans le peu d'exemples que j'ai pu suivre, je suis arrivé à trouver d'une manière certaine le point qu'il faut attaquer; mais je crois que c'est dans ce sens qu'il faut se livrer à de nouvelles expériences, et je me contenterai ici de faire part des remarques que j'ai pu faire, en invitant les praticiens à poursuivre leurs recherches dans le sens des idées que j'ai indiquées.

Si nous considérons que le médecin est conduit par telle ou telle forme de la maladie à suivre un mode de traitement plutôt qu'un autre, nous verrons déjà que dans certains cas il est inutile d'aller songer à cautériser l'oreille pour amener une guérison que l'on obtiendra avec certitune en enlevant la cause de la maladie. Ainsi quand la sciatique dépendra de la compression du nerf par une tumeur contenue dans le ventre, et notamment dans les intestins, l'indication sera bien nette et bien tranchée. Dans d'autres cas, l'inflammation du nerf sciatique et de ses névrilèmes sera guérie par les antiphlogistiques, locaux ou généraux, à l'exclusion de tout autre moyen de traitement.

Certaines sciatiques ne sont enfin qu'une véritable névralgie, affectant de préférence ce nerf et produisant les mêmes phénomènes que ceux que nous pouvons observer dans les autres nerfs. Les moyens de traitement devront alors être changés suivant la nature de la maladie, et c'est dans ce cas que les révulsifs directs, les vésicatoires, la cautérisation sur le trajet du nerf malade ont pu nécessairement produire les succès les plus certains.

Il est enfin d'autres douleurs sciatiques vagues, erratiques, difficiles à caractériser, qui tiennent du rhumatisme, de la névralgie, et sur la nature desquels le diagnostic vient difficilement s'établir; ce sont des sciatiques chroniques qui résistent à tous les moyens de traitement, qui sont soulagées par tous, jamais guéries par aucun, et dans lesquelles on trouve sur le nerf lui-même, ou dans le tissu cellulaire qui suit son trajet des altérations matérielles qu'il est possible de modifier, mais de faire disparaître rarement.

On le voit donc, il existe des variétés de sciatiques de nature entièrement différente, et qui demandent, d'après leur forme et leur manière d'être, des moyens de traitement rationnels et pour cela même tout différents.

D'après tout ce que nous avons dit, il me paraît non douteux qu'il doit exister des sciatiques pour lesquelles la cautérisation de la racine de l'hélix doit réussir, puisqu'en définitive la guérison dans certains cas a été bien évidente, qu'elle a été obtenue par ce moyen dans d'autres pays et sur des animaux.

Ce n'est pas d'après le petit nombre de faits que j'ai pu observer qu'il me sera permis d'arriver à une conclusion bien positive; ce n'a pas été d'ailleurs le but que je me suis proposé en écrivant le résultat des réflexions que ces faits ont pu me suggérer; mais cependant j'ai cru remarquer que, généralement, c'est lorsque la névralgie sciatique affectait la forme franchement nerveuse, qu'elle se développait avec assez de rapidité, qu'elle présentait surtout une grande acuité dans ses manifestations douloureuses; qu'elle n'existait que d'un seul côté, et qu'elle affectait des individus secs, nerveux, impressionnables, atteints pour la première fois de cette maladie; que la cautérisation de l'oreille avait pu présenter son efficacité la plus heureuse, et la guérison si rapide, si extraordinaire dont nous avons été témoin.

Pourquoi cette action s'est-elle plutôt fait sentir dans ces circonstances que dans d'autres cas? C'est ce qu'il est difficile d'expliquer, mais qu'il n'est cependant pas impossible de comprendre. Nous avons vu, en effet, que, dans la plupart des cas, les indications étaient bien tranchées, bien formelles, et que l'emploi des moyens dits rationnels était en général suivi de succès, ou tout au moins d'amélioration bien positive. Il existe des formes de la sciatique qu'il est difficile d'attaquer, parce que les indications sont en général mal définies. C'est dans ces cas encore que nous trouverons une indication de plus pour l'emploi de la cautérisation de l'oreille; cas dans lesquels l'absence d'indication bien positive fait que le médecin est forcé d'essayer, pour arriver la plupart du temps à de mauvais résultats. Enfin je conseillerai l'emploi de ce moyen dans les sciatiques qui se sont montrées rebelles à toute espèce de traitement, et chez lesquelles la thérapeutique est devenue impuissante, et a désespéré le malade et le médecin.

Je ne prétends pas expliquer le mode d'action de la cautérisation de l'oreille pour la guérison de la sciatique. Je dirai très franchement, avec la plupart des praticiens qui ont employé ce moyen, que je n'en sais rien, et c'est pour cela surtout que je ne garantis en rien les indications bien peu positives qu'il m'a semblé voir dans la variété des cas où ce singulier moyen a été employé avec succès. Seulement, comme j'ai observé et comme j'ai pu en quelque sorte prévoir le résultat des cautérisations pratiquées, j'ai voulu soumettre ces quelques réflexions au jugement d'hommes plus capables que moi d'apprécier et de définir un point de thérapeutique qui m'a paru présenter quelque intérêt.

Il ne m'appartient pas ici de juger et de décider une question dont la solution n'est pas encore possible. Que la cautérisation agisse dans ces cas comme moyen fortement révulsif, et par le fait de la cautérisation elle-même et par la douleur révulsive qu'elle produit; qu'il y ait ou non cautérisation d'un nerf qui vient sympathiquement ou par des anastomoses agir indirectement sur le nerf sciatique; qu'il y ait une action morale dans l'acte de la cautérisation, le fait n'en existe pas moins, et, en attendant l'explication que nous ne pouvons pas lui fournir, le fait matériel peut être revendiqué par la thérapeutique et être conservé pour être rangé parmi les moyens à employer dans le traitement de la névralgie. En définitive, nous ne pouvons pas demander davantage, quand nous ne pouvons expliquer l'action toujours certaine d'autres agents thérapeutiques. Nous ne savons pas encore comment l'opium fait dormir, pourquoi le quinquina guérit la fièvre intermittente, pourquoi et comment le mercure guérit la syphilis. Nous ne pouvons donc sans trop de scrupules laisser aux physiologistes le soin d'expliquer ce singulier mode d'action et chercher en attendant s'il existe véritablement quelques indications à l'emploi de ce nouveau remède.

La thérapeutique est riche de moyens qui ont constamment une action toujours semblable; mais qui, mal employés, mal administrés, à des doses variables, différentes chez certains individus, dans des affections de forme diverse, donnent, en définitive, des résultats bien différents et tout opposés. Il n'est pas indifférent pour produire un certain effet d'administrer dans tous les cas semblables une même dose d'un même médicament, et l'on s'exposerait à de graves mécomptes si l'on espérait que dans tous les cas l'opium, l'antimoine, le mer-

---

d'Esculape, mais non de la médecine, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Suivant des récits dont la date ne nous inspire pas une entière confiance, Podalyre et Machaon, alors qu'ils revenaient de Troie, furent assaillis par une violente tempête qui les sépara. Podalyre fut jeté sur la côte de Carie, où il fut recueilli par un berger nommé Bybassus. Dans le même temps, Syrna, fille de Dalmetas, roi du pays, étant tombée du haut d'un toit, se trouvait dangereusement malade. Bybassus amena Podalyre au roi, et le médecin, après avoir *soigné*, SAIGNÉ et *sauvé* la blessée, l'épousa et fonda dans le pays même deux villes, qu'il baptisa du nom de sa femme et de son hôte.

Nous n'avons rapporté cette version que pour montrer la hardiesse dont sont capables certains historiens. L'origine de la saignée, attribuée à Podalyre, était une fable trop grossière pour qu'elle ne fît pas douter de la vérité de toute la narration. Alors on a fait de Podalyre le conquérant de l'île de Cos et l'architecte du temple si connu dans l'histoire de la médecine. On pourrait bien encore élever contre cette version quelques chicanes, en comparant entre eux les chiffres des années et même des siècles, fournis par Tzetzès, Soranus, Goulin, et plus récemment par M. Littré, depuis Podalyre jusqu'à Hippocrate; mais, outre que cette question serait peu intéressante pour nous, nous risquerions fort de n'éclaircir aucun doute et de ne préciser aucun chiffre, dépourvu que nous sommes de tout document authentique.

La vie de Machaon ne présente pas des incidents plus certains que celle de son frère. Pausanias, qui vivait au deuxième siècle de l'ère chrétienne, prétend qu'au lieu de retourner en Thessalie, il s'arrêta avec Nestor en Messénie et y termina ses jours. Machaon, toujours au dire de Pausanias, avait cinq fils médecins, qui élevèrent successivement des temples asclépions : Alexanor en bâtit un en l'honneur d'Esculape, à Titano, près de Sicione; Sphyrus en construisit un semblable à Argos; Polémocrates eut, par la suite, un temple pour lui-même à Eva; les deux derniers, Gorgasus et Nicomaque, en eurent un en commun à Phères; et plus tard, Machaon lui-même en eut un à Gérémien.

Cependant, on se tromperait fort si l'on pensait que ces temples, élevés en l'honneur d'Esculape et de ses descendants, furent les premiers consacrés à l'art de guérir. Il est à peu près certain que les Grecs, avant de se faire un dieu spécial, reconnaissaient une faculté médicatrice à d'autres dieux, à l'exemple des Egyptiens, dont quelques colonies vinrent s'établir en Grèce. Un rapide coup d'œil jeté sur la théogonie égyptienne nous convaincra de cette vérité, et nous permettra en même temps de préciser les motifs qui valurent à quelques divinités des hommages, dont les Asclépions se montrèrent toujours fort jaloux.

Tout le monde sait que, par suite des principes primordiaux reconnus par les Egyptiens, le principe mâle et le principe femelle, et de l'idée d'accouplement et de génération qui en était la conséquence, les divinités égyptiennes étaient constamment formées en triades; Isis, Osiris, Horus, par exemple. Cette triade, que nous avons choisie exprès, est, au rapport d'Hérodote, la plus ancienne, et était l'objet principal des fables populaires, dont Plutarque nous a conservé un assez grand nombre dans son curieux traité *De Isi et Osiride*.

D'après les connaissances que nous avons acquises aujourd'hui par l'étude de l'écriture symbolique, il paraît que chaque nome avait sa triade particulière, à laquelle des attributs divers étaient assignés. Quelques mythographes nous ont conservé ceux des triades de Thèbes, de Saïs, d'Ombos, d'Hermonthis, d'Apollinopolis et de Philes. Hérodote nous apprend que plusieurs divinités avaient des oracles; tel était Ammon, dont le temple, placé dans une oasis, jouissait au temps d'Alexandre, d'une grande célébrité. Boutoa, Osiris, Neith, Horus, Chons, etc., profitaient aussi de cet heureux privilége.

A peu près toutes les divinités égyptiennes, disséminées dans les trente-six nomes de Sésostris se retrouvent en Grèce, et non-seulement la théogonie des deux peuples est la même, mais encore leur symbolisme est identique. Il est donc tout naturel de voir les prêtres grecs marcher sur les traces de leurs confrères d'Egypte, et établir à leur exemple des oracles auprès des dieux, dont le mythe se prêtait à ces sortes de consultations; ces mythes d'ailleurs venaient également d'Egypte, et l'analogie la plus parfaite existe entre Ammon ou Cnouphis et Jupiter Ammon; entre Boutoua et Latone, entre Neith et Minerve, entre Horus et Apollon, entre Chons et Hercule, etc., etc.

Toutes ces données nous font penser que longtemps avant l'apparition d'Esculape, et surtout avant l'établissement des Asclépions, une médecine essentiellement théocratique, mélange de divination et de magie, était exercée dans les temples de certains dieux, et que la foi médicale en ces dieux subsista même après la déification d'Esculape. Or cette déification n'ayant eu lieu que bien longtemps après la prise de Troie, puisque Homère, qui écrivait trois siècles après cette époque, ne parle d'Esculape que comme d'un grand médecin et non d'un dieu, il s'ensuit qu'il dut s'écouler un espace de trois siècles à trois siècles et demi, pendant lequel l'oracle de ces divinités jouit auprès des malades d'une autorité sans conteste.

En conséquence, afin de ne point laisser de lacune dans l'histoire si peu connue de la médecine antique, il nous faut chercher dans les attributs des divinités médicales les motifs qui leur valurent cette préférence. Après ce travail explicatif, nous exposerons les pratiques médicales de ces temples dont héritèrent les Asclépions, et nous examinerons s'il convient de réserver aux uns et aux autres une place dans l'*Histoire des Hôpitaux*, ainsi que l'ont soutenu quelques auteurs.

Les divinités médicales dont les temples s'ouvraient aux malades étaient Apollon, Minerve, Diane, Mercure, Cérès, Bacchus et Hercule.

Les titres d'Apollon à l'art de guérir sont tout à la fois les plus

cure, les sels de soude, de potasse, les diverses solanées, etc., viendraient produire le même effet, donner le même résultat. La question de la cautérisation de l'oreille est encore une question trop neuve pour qu'elle puisse être appréciée d'une manière convenable; elle demande à être étudiée sérieusement; ce n'est qu'après avoir employé et essayé l'action de nos meilleurs agents thérapeutiques que l'on est arrivé à les manier avec une certaine habileté, habileté que nos maîtres nous ont transmise et qu'une expérience de tous les jours arrive à nous donner.

La question de ce singulier moyen de guérir la sciatique en est, pour moi, à son début; nous avons déjà eu des faits qui nous ont permis de faire quelques réflexions à ce sujet et quoique ce moyen touche de près à l'empirisme vulgaire, en définitive, on aurait tort de l'éloigner parce que nous ne pouvons arriver à le définir, et, parce qu'il paraît au premier abord nous rejeter dans la médecine primitive, nous ne devons pas non plus nous laisser effrayer de cette impossibilité où nous nous trouvons de comprendre l'action de ce moyen et renoncer à son emploi à cause de notre ignorance. Nous savons déjà beaucoup de choses sur lui; nous savons que cette opération n'est jamais dangereuse, et qu'elle a pour tout inconvénient de laisser, si elle est inutile, une légère cicatrice dans un des endroits les plus profonds de l'oreille; nous savons déjà qu'elle peut guérir instantanément la douleur sciatique; que souvent cette guérison a donné un soulagement d'au moins une huitaine de jours aux malades, qui à cette époque ont toujours moins souffert; enfin, nous avons cru remarquer, ne serait-ce que par voie d'élimination, les cas dans lesquels la cautérisation avait paru réussir et ceux dans lesquels elle avait échoué. Ces cas pourront servir de base pour de nouvelles expériences, et, en donnant les indications que nous avons cru remarquer, nous n'avons eu pour but que d'appeler l'attention sur quelques faits qu'il est bon d'observer de nouveau et sur une plus grande échelle.

Je ne pense donc pas qu'il soit possible, en définitive, de trouver d'agent thérapeutique qui, à son début en quelque sorte, au moment où on a commencé à le mettre en usage, ait donné lieu à des résultats plus positifs que ceux que j'ai signalés. Nous en savons déjà sur l'emploi de ce moyen beaucoup plus qu'on n'en sait encore maintenant sur l'action de certains agents thérapeutiques et notamment sur ceux qu'on est obligé d'administrer à l'intérieur. Je ne sache pas qu'aucun moyen ait offert à son début autant de résultats positifs et négatifs aussi certains. Ce n'est qu'avec une longue habitude, avec une grande persévérance, avec une science profonde du malade que l'on est parvenu à manier avec hardiesse, avec quelques certitudes nos meilleurs médicaments.

On ne doit donc pas rejeter et bannir des moyens thérapeutiques la cautérisation de l'oreille pour guérir la sciatique, par la seule raison d'abord que ce moyen a réussi dans un certain nombre de cas d'une manière bien évidente à guérir, pendant au moins plusieurs jours, des douleurs sciatiques extrêmement vives. Je ne prétends pas dire qu'il faille mettre ce moyen au-dessus et même au niveau de tous les autres; évidemment non. Je crois, au contraire, qu'il ne doit être employé que comme moyen empirique, lorsqu'on ne trouve pas d'autres indications à remplir, lorsque les autres moyens auront échoué; mais, encore une fois, il ne faut pas rejeter ce moyen puissant de soulagement, si ce n'est de guérison, et se priver ainsi d'une ressource d'une grande utilité. Notons aussi que nous ne savons encore rien de son mode d'action, par conséquent sur son emploi, et qu'il est bon de faire quelques tentatives nouvelles à cet égard. Jusqu'à présent, on a employé ce moyen de prime abord sans calculer à quelle période de la maladie on agissait. Or il n'est pas indifférent de choisir le moment d'action d'un remède, et l'on sait fort bien que le même moyen ne réussit pas aussi bien et de la même manière dans toutes les conditions. N'a-t-on pas cherché pendant bien longtemps le meilleur moyen d'administrer certains remèdes, et n'est-ce pas après bien des tâtonnements que l'on est parvenu, pour le sulfate de quinine, par exemple, à administrer ce médicament dans les affections intermittentes à certaines doses et de manière à contre-balancer l'influence de la périodicité? Il est démontré qu'on ne sait rien jusqu'à présent ni de l'action, ni de la manière d'agir d'un moyen qui a donné des résultats évidents et non douteux; il faut donc chercher maintenant, faire des observations nouvelles; les tentatives que l'on peut faire doivent être continuées aujourd'hui dans une direction nouvelle, et peut-être arrivera-t-on par une série d'expériences nouvelles, et avec l'esprit mieux prévenu et plus instruit, à régler l'emploi d'un moyen encore tout nouveau, aussi héroïque que singulier dans son action, et par une série de recherches, à enrichir la science d'une nouvelle découverte que l'emploi bien réglé de ce moyen de traitement pourra venir consacrer. Ch. Fremy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 octobre 1850. — Présidence de M. Trousseau.

M. Bouchut lit un travail sur les *hémorrhagies intestinales des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Il les rapporte à trois ordres de causes, dont il constitue autant de variétés. Dans la première se trouvent les hémorrhagies intestinales qui résultent du *purpura hemorrhagica* et de l'altération du sang qui en résulte. Elles sont très rares; M. Bouchut n'en a vu que deux exemples. La seconde variété renferme toutes les hémorrhagies passives du nouveau-né, déjà décrites par Billaud, et qui sont très fréquentes chez les enfants dont la parturition a été difficile. A la suite du travail, de l'application du forceps ou de l'état apoplectique des enfants, il survient une congestion très vive de tous les tissus, et de l'intestin en particulier; le sang le remplit, s'épanche dans son intérieur, et forme, s'il transsude en grande quantité, des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Cet accident est fort grave; aucun des enfants observés par Billaud n'a survécu; mais cependant on en a vu qui ont été assez heureux pour guérir.

Dans une troisième variété que M. Bouchut a cru devoir constituer, et qui n'est, au reste, que la variété analogue chez l'adulte, se trouvent les hémorrhagies de l'intestin causée par une lésion organique quelconque, inflammatoire ou non inflammatoire, ayant amené la rupture des vaisseaux. Chez les jeunes enfants, en effet, on n'avait pas encore observé d'hémorrhagies dans ces circonstances. M. Bouchut en rapporte deux exemples; l'un chez une jeune fille de quatre mois, qui eut cette hémorrhagie dans le cours d'une entérite aiguë dont elle guérit; l'autre, chez une fille de neuf mois, affectée d'entérite chronique, et qui mourut.

Dans ces différentes circonstances, le sang rendu a été étudié avec soin. M. Bouchut a vu le sang rouge de l'intestin quand il était expulsé peu après la transsudation; noir, au contraire, altéré ou digéré, quand l'hémorrhagie était de quelques heures plus ancienne, ou que le siége de cette hémorrhagie était plus élevé dans l'intestin. Dans ces cas, les selles ressemblent à de la terre délayée dans l'eau. M. Bouchut a observé deux cas d'hématémèse dans lesquels le sang présentait ce dernier caractère.

Ces hémorrhagies sont, en général, fort graves; cependant les enfants peuvent guérir. Cela dépend de la quantité de sang épanché aussi bien que de la nature des altérations qui ont amené la rupture des vaisseaux.

M. Bouchut propose de traiter les hémorrhagies qui se rattachent au *purpura*, à l'aide des astringents et des remèdes généraux toniques, tels que l'eau rougie, le sirop de quinquina, de gentiane, etc.; celles qui sont causées par l'état apoplectique, à l'aide de la saignée du cordon ou de sangsues à l'anus, une ou deux seulement; enfin, celles des phlegmasies aiguës ou chroniques, à l'aide des hémostatiques ordinaires. L'eau froide à l'extérieur du ventre; à l'intérieur, par la bouche, ou encore par des lavements de tannin, 20 centigr. pour trois grandes cuillerées d'eau, d'extrait de ratanhia, à 50 centigr. d'extrait de cachou à la même dose; ou enfin, le nitrate d'argent à 5 centigr., et au moyen d'une seringue de verre.

M. Trousseau fait remarquer qu'il y a aussi quelquefois des hémorrhagies causées par les polypes du rectum et la fissure à l'anus, même chez les jeunes enfants.

M. Bouchut reconnaît toute l'importance du fait indiqué par M. Trousseau, mais il ne croit pas que ces hémorrhagies constituent une variété particulière. Elles rentrent dans la troisième variété qu'il a admise des hémorrhagies par altération organique de l'intestin.

— M. Béhier lit un rapport sur un travail présenté par M. Bourdon, médecin du bureau central; travail qui a pour but de préciser, à l'aide de nouveaux symptômes, le diagnostic de la phthisie commençante, au moment où le stéthoscope ne peut encore donner lieu à des signes caractéristiques suffisants. Selon M. Bourdon, ce serait des accidents développés, au début de la tuberculisation, du côté de l'estomac, du côté du foie. La douleur thoracique aurait présenté également des signés nouveaux appréciés par M. Bourdon. Nous reviendrons sur l'analyse de ce travail, dont la présentation a fait admettre M. Bourdon comme candidat à la Société des Médecins des hôpitaux.

Hydrothorax aigu. Thoracentèse.

M. Marotte lit une observation raisonnée sur un nouveau cas d'épanchement pleurétique guéri à l'aide de la thoracentèse. Cette observation présentant un grand intérêt, nous nous empressons d'en donner ici la substance.

La discussion pleine d'intérêt et de controverse qu'a soulevée dans le sein de notre Société la question de la thoracentèse pratiquée dans le cas d'épanchement exagéré des plèvres; la nomination d'une commission ayant pour but de recueillir des matériaux et d'établir, s'il est possible, une doctrine solide sur ce point de thérapeutique, imposent à chacun de nous le devoir de fournir son contingent à cet important travail. Je viens, en conséquence, vous donner communication d'une observation recueillie à l'hôpital Sainte-Marguerite; observation dans laquelle je n'ai cru devoir conserver que les détails intéressants du point de vue que je traite, afin d'en rendre la lecture profitable et de ne pas abuser de vos moments.

Le nommé Devilane, âgé de quarante-six ans, est entré dans mon service, salle Saint-Pierre, n° 8, le 30 mai 1850. Cet homme, d'une vigoureuse constitution, n'avait été jamais malade, lorsque six semaines avant son entrée il éprouva, le corps étant en sueur, un refroidissement marqué bientôt suivi de frisson et d'un peu de fièvre. Cependant, il put reprendre son travail; mais bientôt il remarqua qu'il s'essoufflait facilement; il fut pris d'une orthopnée si considérable, qu'il ne pouvait plus dormir qu'assis sur son lit, ou même sur une chaise, et c'est dans cette position que nous le trouvâmes à la visite du matin, le 31 mai. Sa face était vultueuse, légèrement bleuâtre, la respiration et la parole pénibles; le pouls à 84 seulement. Rien du côté des organes digestifs; mais l'inspection du thorax fit constater avec peine une dilatation du côté gauche. Les côtes restent immobiles dans les mouvements respiratoires; les espaces intercostaux sont élargis et bombés; matité à la percussion; absence de mouvements respiratoires; le long de la gouttière vertébrale, respiration bronchique; voix bronchique, excepté dans la fosse sous-épineuse, où l'on entend de l'égophonie imparfaite; cœur complétement dévié, à droite; respiration pénible dans le côté droit; toux sèche et assez rare; infiltration œdémateuse aux jambes, aux cuisses, ainsi que dans le tissu cellulaire du côté gauche de la poitrine. — Julep avec tartre stibié, 0,30; chiendent; 2 bouillons.

Le tartre stibié provoque des vomissements abondants et trois selles liquides. Un peu de soulagement. Le malade peut rester couché.

Dimensions du thorax. — Au niveau de l'appendice xiphoïde à l'apophyse épineuse de la dixième vertèbre dorsale à gauche, 0,47 c.; à droite, 0,46.

Le 3 juin, retour des accidents: orthopnée extrême; pas de sommeil; 32 inspirations par minute. Dans cette conjoncture, et après avoir pris l'avis de M. Legendre, je me décidai à pratiquer la thoracentèse, et je plongeai l'instrument de M. Reybard dans le neuvième espace intercostal. Une sérosité parfaitement claire et limpide jaillit avec force. A plusieurs reprises j'en interrompis l'écoulement pendant une minute à une minute et demie, pour ne point distendre trop brusquement les cellules aériennes et pour éviter une irruption trop brusque du sang dans le parenchyme pulmonaire. Lorsque la moitié environ de la sérosité fut évacuée, on entendit dans tous les points du souffle pleurétique et de la bronchophonie en arrière; le pouls était descendu à 72. La sérosité ne fut plus projetée que pendant l'inspiration, et enfin le poumon vint heurter avec force contre la canule du trocart. Je retirai la canule; le malade jouissait d'un bien-être indicible: pouls à 60; nombre des inspirations à 21. La respiration s'entendait partout et conservait toujours le caractère bronchique;

---

anciens et les plus généralement admis; ils lui valurent, ainsi que nous l'avons déjà dit, la paternité d'Esculape. Pindare (1) nous le montre indiquant aux hommes les moyens de traiter les maladies; Euripide (2) veut qu'il ait enseigné aux Asclépiades l'art de guérir; et Ovide (3) lui prête cette déclaration formelle:

> *Inventum medicina meum est, opiferque per orbem*
> *Vocor, et herbarum subjecta potentia nobis.*

L'attribut médical donné à Apollon, héritage direct de la religion d'Égypte, trouve son explication dans l'idée que les premiers peuples se faisaient des astres. Ils portèrent si loin le culte de l'astrologie, qu'ils assignèrent les plus beaux et les plus heureux attributs au soleil ou Apollon, dont l'éclat, la lumière, la chaleur et l'influence bienfaisante sur toute la nature semblaient être des qualités surnaturelles et divines. Grâce à cette influence, Apollon fut considéré comme le générateur des sciences et des arts qui concourent au bonheur des hommes. La médecine s'y trouvait nécessairement au premier rang.

Minerve, en sa qualité de déesse de l'intelligence, eut en partage tout ce qui demande l'application de l'esprit. La savante Athènes se vantait d'avoir reçu d'elle son nom; ce fut en raison de cet apanage que Proclus (4) a attribué à Minerve l'invention de la médecine. Plutarque (5) rapporte que Périclès, en reconnaissance d'un songe que lui envoya cette déesse pour guérir l'architecte Mnesiclès, qui était tombé en construisant la citadelle, la fit adorer sous le nom de *Athene Hygia*. Nous renvoyons, pour tout ce qui regarde cette divinité médicale, à l'ouvrage de Creuzer (6), où se trouve une savante dissertation sur Esculape et Minerve-Hygie.

(1) *Pythiq.*, ode V, v. 85.
(2) *Alcest.*, v. 967.
(3) *Metam.*, lib. I, v. 521.
(4) *In Timæum Platonis.*
(5) *Vie de Périclès*, c. 13.
(6) *Religions de l'antiquité*, tom. II, pag. 765.

Le culte de Diane s'explique facilement par les attributs qu'on lui donnait dans le ciel; elle était déesse de la lune; les rapports existant entre les révolutions de cet astre et le retour des menstrues chez la femme firent assigner à la lune une très grande puissance sur les maladies du sexe, en dehors même de l'influence que l'astrologie reconnaissait à tous les corps célestes. Il est probable que ce fut par suite de cette puissance que la chaste Diane, la vierge pudique, dut de présider aux accouchements et de se voir adorer à Rome sous le nom de Lucine.

Mercure fut redevable de son temple aux fonctions qu'il remplissait auprès des dieux: on sait que l'invention de la cithare, dont il fit présent à Apollon, lui valut, de la part de ce dernier, le don de prophétie et la baguette de héraut des dieux ou caducée. Investi de ce don précieux et de la puissance de produire des songes, Mercure trouva nécessairement place parmi les divinités médicales, à une époque où toute la médecine se résumait dans les rêves; de plus, comme ambassadeur des habitants du ciel, il dut encore être invoqué pour qu'il intervînt efficacement auprès des dieux dont on réclamait l'assistance.

Le culte de Cérès avait une origine tout égyptienne et se confondait avec celui d'Isis, qui passait pour avoir inventé l'orge et le blé. Pausanias raconte (1) que, près de Patras, était un temple de cette déesse, non loin duquel se trouvait une fontaine au-dessus de laquelle était appendu un miroir, dont une extrémité seule touchait l'eau. Après des prières à Cérès et l'offrande de parfums, on retirait le miroir qui, selon l'issue que devait avoir la maladie pour laquelle on la consultait, représentait le malade mort ou vivant. Nous partageons peu l'opinion de Pausanias, qui assure que l'oracle était infaillible.

Bacchus fut redevable à son éternelle santé et à ses goûts de bien

(1) Lib. VII, c. 21.

vivre le titre de divinité médicale. Pausanias (1) rapporte qu'à Ophitée, ville de Phocide, se trouvait un souterrain où des orgies étaient célébrées en l'honneur de Bacchus.

Hercule n'a d'autres titres que la force physique dont il était doué, et qui par conséquent était l'emblème de la santé la plus parfaite.

En dehors de ces divinités médicales et des membres de la famille d'Esculape, qui tous, ainsi que nous l'avons vu, avaient des temples, plusieurs héros reçurent le même honneur; on peut citer, comme les plus célèbres de cette catégorie, ceux de Calchas, d'Amphiarus et d'Amphiloque.

Les divinités égyptiennes n'étaient pas oubliées dans ce long catalogue des dieux-médecins. Pausanias compte quinze temples dédiés à Isis, Osiris et Sérapis. Ce dernier mérite de nous arrêter un instant à cause de la réputation toute spéciale dont il a joui. Nous nous sommes déjà expliqué sur l'assimilation qu'on a voulu en faire d'Esculape; et, quoique nous considérions Sérapis comme une divinité très ancienne de l'Égypte, nous persistons à croire cette assimilation impossible, et à nous en rapporter exclusivement à l'autorité d'Homère.

Dans les chapitres 83 et 84 du livre IV de ses Histoires, Tacite raconte que Ptolémée Soter, celui-là même qui s'était emparé de l'Égypte après la mort d'Alexandre, selon un ordre qu'il avait reçu en songe pendant qu'il bâtissait Alexandrie, envoya chercher à Sinope, dans le royaume de Pont, la statue de Sérapis et lui fit bâtir un temple à Rhacotis, près d'Alexandrie. D'après ce récit, le culte de Sérapis en Égypte ne remonterait pas au delà de 286 ou 285 ans avant Jésus-Christ et aurait eu son origine à Alexandrie, ce que saint Clément s'est bien gardé de contester, sans doute pour l'honneur de la ville où florissait son école. Félix Roubaud.

(La suite à un prochain numéro).

(1) Lib. X, c. 33.

pas de murmure vésiculaire de l'état normal ; égophonie évidente ; cœur moins dévié, mais battant encore en dehors du bord droit du sternum. — *Prescription* : chiendent nitré ; poudre de digitale, 0,05.

Le liquide, examiné le lendemain, présentait, nageant au milieu d'une sérosité jaunâtre, une masse gélatiniforme de même couleur, à texture fibrineuse, à mailles larges, mêlée de quelques stries sanguinolentes. La masse entière, pesée par M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital, fut évaluée à 3 kilogr. 370 grammes. Le mieux que le malade avait éprouvé avait été tel que, s'étant cru guéri, il était allé, le soir même, fumer tranquillement sa pipe dans la cour. Mais l'épanchement ne tarda pas à se reproduire ; et, malgré l'usage de la poudre de scille et de digitale portée à la dose de 35 centigr. dans les vingt-quatre heures, malgré les purgatifs, les vésicatoires et un régime assez sévère, dix jours après la ponction, l'épanchement avait rempli toute la poitrine, et, avec lui, avaient reparu tous les accidents signalés antérieurement. Une seconde opération fut pratiquée, et le soulagement fut aussi prompt et aussi complet que la première fois ; la quantité du liquide évacué ne fut que de 2 kilogr. 750 grammes ; sa teinte était légèrement rougeâtre, et, le lendemain, une partie solide, véritable caillot, rouge, sans couenne, épais d'un millimètre, nageait au milieu du sérum.

La nature sanguinolente du liquide, sa facile reproduction, l'amaigrissement du malade, etc., m'engagèrent à employer une médication plus active, et j'eus recours aux vésicatoires, aux purgatifs drastiques, aux préparations de scille et de digitale à haute dose. Deux jours après, l'épanchement s'était reproduit en partie; mais il resta stationnaire. Je persistai dans l'emploi de la médication active que j'avais commencée.

L'épanchement diminua peu à peu, les fonctions digestives conservèrent toute leur intégrité ; mais il resta encore un peu d'égophonie dans toute la moitié inférieure de la poitrine en arrière. Enfin, le 1[er] septembre, je pus constater le rétrécissement du côté gauche de la poitrine ; matité relative dans le côté malade ; murmure respiratoire partout ; le cœur a repris sa place ; le malade est évidemment guéri.

Après la lecture de cette observation, la première question qu'il est naturel de s'adresser est celle de savoir quelle était la maladie qui a nécessité la thoracentèse. Etait-ce une inflammation de la plèvre qui, primitivement aiguë, avait passé à l'état chronique ? Etait-ce une inflammation aiguë qui avait guéri, laissant comme reliquat un état anatomique, un simple épanchement ? N'y avait-il eu, au contraire, dès le début, qu'un hydrothorax ventral ? Cette détermination de la nature de la maladie n'est pas oiseuse, car elle sera sans doute une des bases les plus utiles pour poser l'indication d'évacuer ou de ne pas évacuer le liquide de la plèvre.

L'existence d'une pleurésie chronique au moment de l'entrée du malade à l'hôpital est inadmissible. L'absence complète de fièvre (car la fréquence du pouls était le résultat de la gêne mécanique de la respiration), la conservation de l'appétit et de la bonne humeur ne peuvent se concilier avec l'existence d'une pleurésie chronique. Le liquide retiré de la plèvre était d'ailleurs sans mélange de fausses membranes ou de pus, ce qui n'exclut pas l'existence d'une phlegmasie aiguë antérieure, mais celle d'une phlegmasie chronique datant déjà de six semaines. Il est même facile d'établir si la maladie a été primitivement une phlegmasie qui a laissé un épanchement comme trace de son passage, ou s'il a existé primitivement une simple exhalation séreuse, un hydrothorax ventral, pour me servir des termes de l'école. La nature du liquide évacué ne suffit pas pour juger la question. Au bout de six semaines, les productions fibro-albumineuses sécrétées par la plèvre ne sont plus, en général, flottantes dans la sérosité ; elles adhèrent à une surface séreuse, et lorsqu'on donne issue aux matières épanchées, la sérosité seule s'écoule.

Restent les symptômes pour élucider la question. Or les probabilités sont en faveur d'une de ces phlegmasies désignées aujourd'hui et caractérisées par la prédominance de l'exhalation sur les autres phénomènes de l'inflammation : irritation, douleur, sécrétion de produits fibro-albumineux. Il a existé de la fièvre et une légère douleur de côté, qui appartiennent à la pleurésie bien plus qu'à l'hydrothorax, malgré leur peu d'intensité. Si le caractère phlegmasique a existé, il a rapidement fait place à celui de l'hydropisie essentielle.

Un épanchement pleurétique sans phlegmasie actuellement existante étant donné, ces proportions considérables étaient-elles une raison suffisante de vider la poitrine, indépendamment des accidents pénibles et alarmants observés chez notre malade, comme le pense M. Trousseau ? L'insomnie cruelle subie depuis douze nuits et l'orthopnée considérable m'ont seules déterminé à opérer. S'il n'eût existé qu'un épanchement considérable mieux supporté par le malade, j'aurais eu recours aux vésicatoires, aux diurétiques et aux drastiques. Pour que de pareils épanchements guérissent, il ne faut pas seulement évacuer le liquide épanché, il faut en prévenir la reproduction, ce qu'on ne peut obtenir d'un moyen tout mécanique.

Examinons maintenant quels ont été les effets immédiats et les effets éloignés de l'évacuation du liquide pleural. Les effets immédiats sont de nature à enthousiasmer pour la thoracentèse, surtout si nous joignons à cela l'innocuité complète de l'opération. La guérison, beaucoup plus rapide que par les moyens rationnels, ne plaide pas moins favorablement pour les effets consécutifs de ce moyen de traitement. Ce serait, néanmoins, manquer du véritable esprit médical que d'accepter sans discussion ce résultat favorable. Si le soulagement a été immédiat après la première opération, la reproduction de l'épanchement a été assez rapide pour qu'une seconde ponction devînt nécessaire après un simple intervalle de dix jours ; cette seconde ponction fut elle-même suivie d'un nouvel épanchement dont la marche devenait menaçante, lorsque les traitements énergiques employés ont enrayé l'exhalation séreuse, puis déterminé sa marche rétrograde. Dans le cas où ces moyens eussent été insuffisants, eût-il été permis de revenir à une troisième ponction ? La couleur rougeâtre de la sérosité extraite la seconde fois et le caillot qui s'en est séparé n'autorisaient-ils pas à craindre qu'une troisième ponction n'eût amené un liquide plus sanguinolent, remplacé à son tour par une véritable hémorrhagie de la plèvre ? On est en droit de m'objecter, je le sais, que ce serait comparer deux choses dissemblables que d'assimiler une hémorrhagie résultat passif d'une simple diapédèse et une hémorrhagie résultat actif d'une inflammation vive. Il n'est pas impossible que la présence d'une plus grande quantité des éléments plastiques du sang dans le liquide épanché ne soit une condition favorable à la guérison, que le caillot, se séparant comme dans le vase, recouvre les surfaces séreuses d'une couche plastique qui en modifie les conditions vitales et joue le rôle d'une fausse membrane ; il n'est pas impossible, enfin, que la ponction ait favorisé l'action du traitement médical par les vésicatoires et les drastiques en faisant cesser la gêne de la circulation et la distension excessive de la plèvre, deux obstacles à l'absorption du liquide épanché.

Je terminerai ces réflexions en fixant l'attention sur un des effets consécutifs les plus importants de la thoracentèse : l'amaigrissement et la pâleur si immédiatement appréciables qui ont suivi les deux pertes séreuses. Il y a là une cause d'épuisement qui, trop répétée, concourrait pour sa grande part à une terminaison funeste, et deviendrait, dans certains cas, une contre-indication sérieuse. Toutes ces questions et bien d'autres encore ne pourront être résolues que par une discussion judicieuse de faits nombreux et bien observés.

Nouvelles du choléra.

On lit dans l'*Akhbar* du 26 octobre :

« Voici le bulletin du choléra à Alger, en ville et au lazaret : du 20 au 27, 13 constatations, 14 décès; du 27 au 28, 11 constatations, 7 décès.

» Aux hôpitaux militaires : du 26 au 27, 2 entrées, 3 décès ; du 27 au 28, 3 entrées, 1 décès.

» Les décès parmi les musulmans se sont élevés, en ville, d'après les documents officiels qui nous sont fournis, du 20 de ce mois au 27, au chiffre de 34. »

NOUVELLES.

Mutations dans le corps des officiers de santé militaires. — M. Coste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Rennes, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Lhoste, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Chems, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Tédeschi, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Corte, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Rey, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer à l'hôpital de Lille.

M. Lotor, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Saint-Omer, est désigné pour passer aux ambulances de la division de Constantine.

M. Molinard, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Carahin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Maubeuge, est désigné pour passer aux ambulances de Constantine.

M. Barby, médecin ordinaire de 2[e] classe à l'hôpital de Metz, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Dussourt, médecin ordinaire de 2[e] classe à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Collin, médecin-adjoint aux ambulances de l'Algérie, est désigné pour les ambulances de l'hôpital de Briançon.

— M. Malgaigne commencera son cours d'opérations lundi prochain, 11 novembre, à quatre heures.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format ; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 133. (23e ANNÉE.) MARDI 12 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

HOPITAL SAINT-ÉLOI, DE MONTPELLIER.

M. CAIZERGUES.

Observation et réflexions pour servir à l'histoire de l'inflammation des veines encéphaliques;

Par M. A. GIRBAL, chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

On trouve, dans quelques ouvrages récents et dans les principaux recueils périodiques, des observations ayant trait à l'inflammation des veines du système encéphalique. J. Abercrombie la signala un des premiers en 1818 (1); Ribes, de Paris, en a décrit, en 1825, un exemple qu'il a observé sur un personnage haut placé, atteint de céphalalgie intense depuis quelques années, et qui succomba à la suite d'accès épileptiques. L'autopsie cadavérique démontra la présence de concrétions sanguines et pseudo-membraneuses dans les principaux sinus de la dure-mère, coexistant avec un noyau cancéreux au centre de l'hémisphère droit (2). En 1826, M. Gendrin a fait connaître un cas d'inflammation de la veine cérébrale moyenne, observée chez une dame de vingt-deux ans (3). En 1829, M. Tonnellé a traité ce sujet *ex professo*, au point de vue surtout de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, dans un travail intéressant qu'il a lu à l'Académie de Médecine de Paris, dans la séance du 24 janvier 1829 (4). Le docteur Bruce, de Liverpool, a également publié, dans *London medical gazette*, un article fort curieux sur la *phlébite des sinus cérébraux, comme résultat de l'otorrhée purulente* (5). Enfin, MM. Richard, J. Hope, Cruveilhier et quelques autres l'ont aussi observée. Moi-même, en 1848, pendant mon internat à Nîmes, j'ai eu occasion de constater les altérations multiples se rapportant à la phlébite des sinus, chez un homme de constitution moyenne, âgé de cinquante-sept ans, qui fut apporté dans les salles de M. Pleindoux, chirurgien en chef. Il marchait dans une rue voisine de l'hôpital, lorsqu'il fut pris tout à coup d'une attaque apoplectiforme qui détermina une chute avec perte subite de connaissance. Malgré les investigations auxquelles je me livrai auprès de diverses personnes, je n'obtins que les renseignements suivants sur ses antécédents pathologiques : Depuis deux ans, il avait vu son intelligence faiblir progressivement; il vivait d'aumônes, stationnait habituellement du matin au soir sur les les principales places de la ville, avait toujours conservé son intelligence naturellement peu développée, s'adonnait à la boisson et traînait un peu la jambe gauche. Il mourut, douze ou quatorze heures après l'attaque, dans un état de paralysie générale, avec contracture des deux avant-bras et symptômes asphyxiques. A l'autopsie, je trouvai le sinus longitudinal supérieur rempli d'une concrétion blanc-grisâtre, assez résistante et offrant sur divers points un liquide puriforme. Le sinus latéral droit contenait à peu près la même matière, ainsi qu'un coagulum sanguin. L'arachnoïde et les deux ventricules étaient le siége d'un épanchement séro-sanguinolent considérable. En outre, à deux centimètres au-dessous de la partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère droit, existait, dans l'étendue d'une grosse noisette, une matière pulpeuse jaunâtre; les poumons étaient fortement engoués, le cœur était gorgé de sang visqueux; la cavité abdominale ne fut pas ouverte.

Dans le cas actuel, le ramollissement cérébral est-il antérieur ou postérieur à la phlébite des sinus? Je l'ignore complétement. De plus, la coexistence de ces deux lésions fait qu'il n'est guère possible d'apprécier laquelle a le plus contribué à la mort, dont la cause finale est, sans contredit, le vaste épanchement séreux. Cependant, vu la fréquence avec laquelle les épanchements de cette nature accompagnent la phlébite, il est permis de considérer celle-ci comme ayant joué le rôle principal. Toujours est-il que ces deux lésions remontent très probablement à une époque éloignée, et qu'elles ont longtemps été compatibles avec la vie, sans avoir déterminé des symptômes appréciables.

Dans cette observation, comme dans presque toutes celles qui ont été rapportées, les veines qui rampent dans la substance encéphalique n'offraient pas de lésions bien notables. Il n'en est pas de même de la suivante; ici l'altération principale réside non dans les sinus, mais dans les veines cérébrales proprement dites.

L..., lingère, domiciliée à Montpellier, âgée de soixante-quatre ans, robuste, replète, d'un tempérament lymphatico-sanguin, à cou large et court, à tête volumineuse, est entrée à l'hôpital Saint-Eloi le 19 octobre 1849, dans le service de M. le professeur Caizergues. Elle est mariée, n'a jamais eu d'enfants, et s'adonnait à l'usage des boissons alcooliques. Elle est porteur depuis longtemps de varices à la jambe droite et d'un petit ulcère variqueux presque entièrement cicatrisé depuis quatre ans, et qui donnait lieu, il y a surtout cinq à six ans, à une abondante suppuration. Pendant ces quatre dernières années, elle a eu trois attaques peu intenses, qui ont consisté en maux de tête, éblouissements, perte momentanée de l'intelligence, gêne temporaire dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Cet état s'est dissipé chaque fois après un traitement de huit à dix jours, consistant principalement en saignées, purgatifs et cataplasmes sinapisés aux extrémités pelviennes. Depuis la première attaque, il y a toujours eu un peu d'hésitation dans la parole, et une légère céphalalgie occipitale se produisant à l'occasion de la moindre fatigue.

Le 18 octobre 1849, elle vaquait à ses occupations, lorsque, sans cause connue, elle éprouva des fourmillements dans tout le côté gauche, avec lassitude générale, céphalalgie, vertiges, tintements d'oreilles, titubation dans tous les membres. Bientôt elle perdit connaissance, fut couchée dans son lit, et transportée à l'hôpital deux jours après.

Le soir, on prescrivit un litre de chiendent avec 0,05 tartre stibié; cataplasmes sinapisés aux membres inférieurs.

Le 20, troisième jour, elle offrait les symptômes suivants : perte presque complète de l'intelligence, articulation des mots presque impossible; face rouge, vultueuse; respiration fréquente, râle trachéal perçu à distance; les joues se gonflent à chaque expiration. Paralysie complète des membres du côté gauche; flexion de l'avant-bras sur le bras, avec contraction des doigts. A droite la sensibilité est conservée, exaltée même; le pouls est modérément développé, et donne 85.

Prescription. Saignée au bras droit de 360 grammes; lavement avec 20 grammes follicules de séné; cataplasmes sinapisés aux pieds et aux mollets; eau de veau stibiée.

Le quatrième jour, le sang retiré de la veine donne un caillot assez épais et recouvert d'une légère couenne; quatre garde-robes depuis hier matin; émission abondante d'urines; persistance de l'hémiplégie; pouls assez résistant, 82.

Prescription. 5 sangsues derrière chaque oreille; eau de veau stibiée; vésicatoire au bras droit le soir.

Le cinquième jour, mêmes symptômes; état comateux; la respiration s'embarrasse de plus en plus et devient stertoreuse.

Prescription. Eau de veau stibiée; vésicatoire à la nuque.

Le septième jour, peau froide, face violacée, écume à la bouche; paralysie des quatre membres, cyanose générale; mort.

NÉCROPSIE. — *Cavité crânienne.* Sinus longitudinal supérieur gorgé de sang visqueux; vive injection de l'arachnoïde et de la pie-mère; l'hémisphère droit est beaucoup plus piqueté que le gauche dans la portion sus-ventriculaire. La consistance du parenchyme est normale; il n'existe pas la plus légère trace d'épanchement sanguin. 40 gram. environ de sérosité limpide dans le ventricule latéral du côté droit, et une quinzaine dans le gauche; léger ramollissement de la face supérieure de la couche optique droite. A l'intérieur, ainsi que dans les corps striés du même côté et à la base de cet hémisphère, existent de nombreuses veines dilatées, résistantes; on eût dit qu'elles étaient le siége d'une injection artificielle.

(1) *The Edinburgh med. and surg. journal.* July 1818.
(2) *Exposé succinct des recherches faites sur la phlébite*, par F. Ribes. — *Revue médicale*, année 1825, t. III, p. 4.
Nota. — C'est par erreur que le docteur Bruce, de Liverpool, attribue ce mémoire à M. le professeur F. Ribes, de Montpellier.
(3) *Considérations sur les causes de la phlébite, et observations sur l'inflammation des veines encéphaliques*, par M. Gendrin. — *Revue médicale*, t. II, p. 28, année 1826.
(4) Voir *Journal hebdomadaire de Médecine*, 28 novembre 1829; *Mémoire sur les maladies des sinus de la dure-mère*, par M. Tonnellé.
(5) Voir *Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 260.

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Les lettres d'invitation de la Faculté. — Rentrée de l'Ecole de pharmacie. — Testament du duc de Palmela.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

M. Fr. Dubois nous a appris une fois de plus mardi dernier le danger des explications. Comme vous, comme tout le monde, j'avais été frappé du petit nombre d'hôtes étrangers que renfermait l'amphithéâtre de l'Ecole le jour de la rentrée de la Faculté, et, comme un fait quelconque ne peut passer sans explication, celui-ci en reçut de nombreuses : les uns l'attribuaient à l'accroissement de l'indifférence publique pour l'Ecole, les autres aux préoccupations de la politique, ceux-ci à la pluie et ceux-là au beau temps (le ciel nébuleux autorisant également ces deux manières de voir). Quant à moi, je fus assez prudent pour ne basarder aucune explication et bien m'en a pris, car j'étais bien loin de songer à la véritable, qui était, comme toujours, beaucoup plus simple que toutes celles qu'on avait trouvées; cette explication, M. Fr. Dubois nous l'a donnée mardi dernier : les lettres d'invitation s'étaient arrêtées en route et n'étaient point parvenues aux destinataires. Avis à M. le doyen pour l'année prochaine.

L'Ecole de pharmacie a mieux pris ses précautions : elle a fait sa rentrée jeudi dernier, sous la présidence de M. Bussy, au milieu d'un brillant concours d'auditeurs. L'Ecole s'était d'ailleurs mise en frais : à défaut de discours nécrologiques, plusieurs mémoires peu étendus, mais d'un grand intérêt, ont été lus devant l'honorable assistance.

L'infatigable M. Chevallier a ouvert la séance par la lecture d'un travail *sur la nécessité pour les pharmaciens d'examiner les médicaments minéraux et organiques qui leur sont livrés par le commerce.* Dans ce travail, M. Chevallier a rappelé aux pharmaciens, par des exemples frappants et multipliés, des devoirs qu'ils négligent généralement un peu trop.

M. H. Gaultier de Claubry a lu un travail d'un haut intérêt hygiénique *sur l'emploi qu'on peut faire du gaz hydrogène et sur sa production dans la fabrication des sels de zinc, qui peuvent servir à l'assainissement des matières infectes.*

M. Chatin, dont tout le monde connaît les intéressantes recherches sur la présence de l'iode dans les plantes, a encore étendu ces recherches depuis ses dernières communications à l'Institut, et a étudié ce corps simple *dans les trois règnes de la nature.* C'est la lecture de ce travail de généralisation et de philosophie chimique, qui peut avoir de si utiles conséquences hygiéniques et thérapeutiques, que M. Chatin a fait entendre à la séance de rentrée de l'Ecole de pharmacie.

Enfin, M. Lhermite a lu un travail, qui lui est commun avec M. Personne, *sur des faits pouvant servir à l'histoire de l'acide manganique et hypermanganique.*

Après ces travaux d'un grand intérêt scientifique, M. Chevallier est monté de nouveau à la tribune pour lire une notice nécrologique sur M. Pypert, secrétaire de la Société de pharmacie d'Anvers, et M. Guibourt a ensuite rendu compte du concours de l'Ecole pratique.

L'honorable professeur a fait ressortir toutes les difficultés que présente aujourd'hui ce concours, dans lequel les élèves doivent, à l'instar de ceux de l'Ecole pratique de la Faculté, répondre sur toutes les branches de l'enseignement pharmaceutique. Cet exorde, qui n'était qu'un éloge de plus accordé aux candidats couronnés, a été suivi de la proclamation des noms des lauréats.

Un prix a été accordé à M. Gey (Camille), né à Autun (Saône-et-Loire).

Un prix à M. Joulia (Jean-Louis), né à Escales (Aude).

Deux accessits : l'un à M. Mandon (Jacques-Ambroise), né à Oradour-sur-Vayres (Haute-Vienne); l'autre à M. Durand (Léonard), né à Montpinçon (Calvados).

Enfin, une mention honorable à M. Detban (Adhémar), né au Havre (Seine-Inférieure).

A deux heures, l'assistance s'est retirée parfaitement satisfaite de l'Ecole de pharmacie *et vice versâ*, j'aime à le croire du moins.

— Vous avez sans doute lu comme moi dans les journaux la mort du duc de Palmela, de cet homme éloquent, ingénieux, plein de ressources, qui tint avec succès les rênes du gouvernement de Portugal pendant les plus mauvais jours qui suivirent la dernière révolution de ce petit royaume, presque aussi beau et non moins abaissé que son malheureux voisin. Mais vous n'avez pas appris par les journaux que l'ex-premier ministre, après avoir rendu tant de services à son pays, avait encore voulu en rendre un à la science après sa mort.

Depuis longues années, le duc de Palmela était en proie à des douleurs dont la cause ne put être bien reconnue par les médecins de son pays et qu'ils ne trouvèrent pas les moyens de soulager. L'espoir de trouver dans la médecine exotique des conseils plus salutaires fit que le duc consulta tour à tour toutes les célébrités médicales et chirurgicales de l'Europe. Combien de diagnostics furent portés sur la maladie du célèbre malade! Dieu seul peut-être le sait! Névralgies du col de la vessie, catarrhe vésical, affection de la prostate, maladie des reins, etc., etc., rien ne fut oublié de la part des praticiens illustres, si ce n'est les vrais principes de la science, parmi lesquels le doute philosophique tient le premier rang. Parmi les consultants, cependant, il s'en trouva deux qui, par une étude attentive des symptômes et de la marche de la maladie, crurent pouvoir affirmer que Son Excellence souffrait d'un calcul vésical et qu'une opération chirurgicale pourrait mettre fin à ses douleurs. Mais l'infortuné duc, jeté dans une hésitation déplorable par tant d'avis divers, ne voulut point se soumettre à l'exploration qui devait lever tous les doutes; le cathétérisme ne put être pratiqué. Le diagnostic de nos deux confrères, on avait au moins à le supposer, devait donc rester incertain comme celui des autres praticiens; le célèbre patient n'a pas voulu qu'il en fût ainsi : épuisé peu à peu par d'affreuses douleurs, il a vu enfin sa mort approcher; lorsqu'il s'est senti près de sa dernière heure, il a exprimé la volonté que son corps fût ouvert après sa mort, afin que l'examen des lésions auxquelles il succombait pût servir au soulagement de ceux qui seraient en proie à de semblables souffrances. Voilà une pensée qui pourra paraître bien étrange chez un grand seigneur : mais les grands seigneurs ne sont pas ce que de vains dramaturges pensent ou du moins écrivent.

Quoi qu'il en soit, l'autopsie de l'ex-ministre a eu lieu, et elle a pleinement confirmé le pronostic des deux praticiens français, dont l'un est un spécialiste de nom, je ne dis pas européen, mais cosmopolite, et dont l'autre, qui est un chirurgien jeune encore, ne tardera pas à être aussi connu que son aîné. J'aurais maintenant un désir à exprimer, c'est que l'observation du duc et la relation de son autopsie fussent publiées avec tous les détails qu'exige un fait scientifique. Vous trouverez peut-être que je suis moi-même bien scientifique aujourd'hui; aussi je n'insiste pas davantage, et je remets la suite à huit jours.

S. BERNARD.

Elles vont aboutir dans le sinus latéral correspondant ou dans le sinus droit. Il est facile de les énucléer; leurs parois sont blanches, grisâtres, ont une épaisseur inégale, ce qui tient à un épanchement de matière plastique dans leur tissu. A l'intérieur, elles offrent sur certains points du sang coagulé, noirâtre, résistant; ailleurs, une fausse membrane cylindrique, d'un blanc nacré, assez dure, adhérant à la tunique interne par de nombreux filaments celluleux, et offrant sur certains points une matière grise, puriforme. Le sinus latéral de ce côté et le droit contiennent du sang en partie coagulé, et qui n'adhère pas à leurs parois; les autres sinus n'offrent rien de particulier; le cervelet est sain.

Les veines jugulaires sont distendues par du sang liquide; les poumons sont fortement engoués dans leurs lobes inférieurs; les bronches sont obtruées par une abondante quantité de mucosités écumeuses; le cœur et les organes abdominaux n'offrent rien de notable; on voit quelques varices à la jambe droite, ainsi qu'une petite cicatrice à la partie moyenne et un cautère à la cuisse gauche.

Il s'agit bien évidemment, dans cette observation, d'une phlébite cérébrale apoplectiforme. Tant il est vrai que les phénomènes apoplectiques ne se rattachent pas toujours à l'existence d'une hémorrhagie encéphalique interstitielle! Les médecins qui ont étudié la phlébite des sinus reconnaissent que son étiologie est excessivement obscure. M. Tonnellé a noté chez quatre enfants sa coïncidence avec la teigne. « Il est difficile, dit-il, d'établir rigoureusement quelles sont les circonstances qui ont donné lieu aux différentes maladies des sinus que nous avons exposées. L'ulcère qui existait au cuir chevelu dans le premier cas, celui de la jambe que nous avons observé dans le second, peuvent être effectivement regardés comme le point de départ de l'altération des conduits veineux, bien qu'il soit difficile de décider si l'inflammation a été sympathique, si elle s'est étendue aux parois vasculaires par voie de continuité, ou si elle y a été produite par l'absorption des matières putrides à la surface des ulcères (1). » Dans le cas actuel, il paraît y avoir un certain rapport de causalité entre la suppression de l'ulcère variqueux et l'apparition de la première attaque, à la suite de laquelle le professeur Serres fit appliquer un cautère à la cuisse. Sommes-nous plus avancés sur la connaissance des symptômes de la phlébite encéphalique? M. Tonnellé s'est encore posé cette question, et a été obligé d'y répondre par la négative. Les phénomènes qu'il a le plus souvent observés sont la somnolence, l'abattement, la morosité; encore même n'ont-ils pas été constants. En outre, il pense que ces phénomènes se rapportent probablement à un engouement sanguin ou séreux du cerveau, de nature active, dont la phlébite a été l'occasion. Aucun de ces symptômes n'a existé dans les deux exemples que je viens de rapporter; ils ont offert une ressemblance symptomatique remarquable avec l'apoplexie sanguine. Il n'y avait pas eu une pareille similitude dans aucun des faits de ce genre qui ont été mentionnés par les divers auteurs; aussi est-il besoin de nouvelles recherches pour éclairer ce point important de pathologie.

Notre ignorance sur l'étiologie et le diagnostic de cette maladie retentit-elle d'une manière fâcheuse sur son traitement? Je n'oserais l'affirmer. Ce n'est pas tant, en effet, de la connaissance du siége du mal que de l'ensemble des phénomènes fournis par le système vivant que dérivent les indications thérapeutiques. Aussi le professeur Cruveilhier a-t-il pu écrire avec raison qu'il « est probable que, lors même que nous pourrions arriver à un diagnostic rigoureux de l'inflammation des sinus, nous n'aurions à lui opposer que des moyens généraux de traitement, la saignée générale et capillaire, et les dérivatifs cutanés et intestinaux (2). »

(*Revue thérapeutique du Midi.*)

OBSERVATIONS ET CONSIDÉRATIONS

sur quelques points intéressants de l'histoire des hernies,

Par M. Demeaux, ex-interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté, médecin à Puy-Lévêque (Lot).

Pendant que j'étais à la fois interne dans les hôpitaux de Paris et aide d'anatomie à la Faculté de médecine, je me suis occupé des hernies d'une manière spéciale, soit sous le point de vue pathologique, soit sous le point de vue anatomique; encore aujourd'hui, quoique livré exclusivement à la pratique, les faits relatifs à cette question m'inspirent toujours le même intérêt; aussi ai-je recueilli avec soin les observations que je publie aujourd'hui, bien convaincu d'ailleurs qu'elles contiennent des enseignements pratiques d'une grande importance.

Obs. I. — *Double hernie inguinale du côté droit. — Etranglement simultané des deux. — Réduction de l'une d'elles (la plus volumineuse). — Persistance de l'étranglement dans la seconde. — Opération. — Guérison.*

Le 25 décembre 1847, je fus appelé à onze heures du soir pour aller donner mes soins à un malade qu'on me dit être affecté d'une hernie étranglée; j'arrivai auprès de lui vers deux heures du matin; j'y rencontrai mon confrère M. le docteur Sarlat. Je constatai, en effet, une hernie inguinale droite avec étranglement.

Le malade est un homme de cinquante ans environ, de haute stature, fortement musclé, sans embonpoint, et d'une force herculéenne; il nous raconta que, il y a vingt ans environ, voulant soulever un fardeau d'un poids considérable, il avait senti dans l'aine un craquement, et que, par suite, il était survenu une tumeur qui, grossissant progressivement, avait fini par acquérir dans l'espace de deux ans le volume d'un œuf de dinde; il se décida alors à porter un bandage. Cette hernie fut ainsi exactement maintenue pendant quelques années; puis le malade négligea souvent de le porter, d'abord pendant des jours entiers, puis pendant des semaines; comme il se livrait journellement à des exercices pénibles, sa hernie sortait très souvent, tantôt parce qu'il n'y avait pas de bandage, tantôt parce que celui-ci était défectueux ou mal appliqué; dans quelques circonstances, la réduction de la hernie avait bien présenté quelques difficultés, mais elle n'avait jamais donné lieu à des accidents sérieux et n'avait pas même nécessité l'intervention de l'art.

Le 25 décembre, vers neuf heures du matin, M. J..., revenant de la messe, sentit tout à coup la hernie s'échapper sous le bandage; il rentra chez lui immédiatement, mais péniblement, se mit aussitôt dans son lit, essaya les moyens et manœuvres qui précédemment lui avaient réussi et ne put parvenir à obtenir la réduction, et enfin les douleurs augmentèrent tellement, soit dans la tumeur, soit dans le ventre, qu'on se décida à envoyer chercher M. le docteur Sarlat, médecin de la famille; celui-ci arriva auprès du malade vers midi, pratiqua le taxis de la manière la plus méthodique, mais sans succès; il prescrivit alors des sangsues, des bains, des lavements; tous ces moyens avaient été mis en usage vers six heures du soir; lorsque mon confrère revit le malade, il fit encore de nouvelles tentatives et toujours sans succès; dès lors, voyant l'état général s'aggraver d'heure en heure, soupçonnant que l'opération deviendrait indispensable, il demanda l'adjonction d'un autre médecin, et je fus désigné. Jusqu'au moment où j'arrivai chez le malade, les manœuvres les plus méthodiques de taxis avaient été mises en usage; tous ces renseignements me furent fournis par le docteur Sarlat, et je constatai moi-même l'état suivant :

Etat local. — Dans l'aine droite existe une tumeur du volume de la main d'un adulte traversant le canal inguinal et descendant jusque dans le scrotum au niveau de l'épine du pubis. Cette tumeur présente une espèce de bosselure, tandis qu'elle est régulière dans tout le reste de son étendue; elle n'était pas fortement renflée à sa partie inférieure, tandis que le pédicule était très volumineux; la percussion, exercée sur la partie moyenne de la tumeur, donnait une sonorité très distincte; à ces caractères, il était facile de diagnostiquer une hernie inguinale étranglée, surtout d'après les autres symptômes qu'il me reste à décrire.

Etat général. — Le facies présente l'expression d'une vive souffrance; le pouls est fréquent, concentré; la peau est chaude; depuis le matin, le malade n'a pas pris d'aliments, et depuis midi environ les vomissements sont survenus et se sont reproduits fréquemment, surtout après l'ingestion des boissons; jusqu'ici, il n'a été vomi que des matières bilieuses ou alimentaires; le ventre, un peu ballonné, est douloureux à la pression, surtout dans la région iliaque droite; il survenait par moments des exacerbations qui faisaient pousser des cris au malade et qui étaient suivies d'un calme parfait pendant dix ou douze minutes.

Le volume de la tumeur, mais surtout le volume du pédicule me firent espérer que la réduction serait possible; nous essayâmes donc de nouveau mon confrère et moi et ne fûmes pas plus heureux que précédemment; le malade fut mis dans un bain, et de nouvelles tentatives furent également infructueuses. Nous fîmes alors administrer un lavement avec une décoction de tabac; nous pratiquâmes de nouveau le taxis quelque temps après, et, par une pression longtemps continuée, nous sentîmes tout à coup la tumeur diminuer de volume sous nos doigts et enfin rentrer subitement dans le ventre en faisant entendre un bruit de gargouillement caractéristique. Au même moment, le malade, qui pendant le taxis éprouvait des douleurs violentes, s'écria qu'il était guéri, et nous le crûmes en effet, quoiqu'il restât encore dans l'aine une tumeur du volume d'un œuf, que nous prîmes pour une masse épiploïque; le malade se sentant très fatigué, nous différâmes de quelques instants la réduction de cette dernière tumeur; le malade dormit pendant deux heures environ, et il fut réveillé en sursaut par des vomissements et des douleurs dans l'aine aussi violentes que les premières; dès lors nous vîmes que notre sécurité n'était pas fondée; nous examinâmes de nouveau cette dernière tumeur, que nous trouvâmes dure, rénitente, douloureuse à la pression, mate partout, et cependant ne présentant pas les caractères tranchés d'une hernie épiploïque. Nous essayâmes de nouveau le taxis, les bains, les lavements narcotiques, et sans aucun succès; l'état général devenant de plus en plus grave, les vomissements fournissaient déjà des matières stercorales, nous vîmes l'urgence d'une opération.

Je communiquai à mon confrère l'opinion que j'avais de cette tumeur, et j'émis cette idée qu'il existait de ce côté deux hernies dont l'une avait été réduite et dont l'autre restait étranglée et irréductible; quelle que fût du reste l'explication de ce fait, l'indication n'était pas moins précise : il fallait chercher l'étranglement et le débrider.

A deux heures après midi, je pratiquai l'opération de la manière suivante :

J'incisai méthodiquement les téguments jusqu'au sac herniaire, que j'ouvris en dédolant; je trouvai dans ce sac une anse complète d'intestin grêle, un paquet d'épiploon et un peu de sérosité rougeâtre. Le sac ne descendait pas jusqu'au scrotum; l'intestin, quoique violacé, me parut sain; aussi je n'hésitai pas à pratiquer le débridement; et, après avoir attiré à l'extérieur la portion d'intestin qui se trouvait au niveau du collet et que je reconnus sain, je fis sans peine la réduction, laissant toutefois dans la plaie une masse d'épiploon du volume d'une noix; d'après l'étroitesse du collet et le peu de profondeur de ce sac, entièrement rempli d'ailleurs, on ne pouvait admettre que la hernie que nous avions réduite était dans cette même cavité, et cette circonstance venait à l'appui de mon opinion première; néanmoins, je ne voulus pas porter mon doigt à travers le collet débridé pour savoir s'il en existait un autre à côté.

Les suites de l'opération furent aussi heureuses que possible; il ne survint aucun accident sérieux; mais dix jours après l'opération, lorsque l'épiploon laissé dans la plaie oblitérait complétement ce sac herniaire débridé dans un mouvement brusque que fit le malade, il survint tout à coup au-dessous de la plaie une nouvelle hernie du volume d'un gros œuf et descendant jusque dans le scrotum; jusqu'au moment où la cicatrice a été complète, cette hernie s'est reproduite huit ou dix fois jusqu'à ce qu'il a été possible d'appliquer un bandage. Cette hernie, que j'ai constatée moi-même plusieurs fois, n'était pas certainement de nouvelle formation, et, comme je l'avais pensé, elle existait en même temps que celle qui a été opérée. C'était évidemment celle qui avait été réduite par le taxis avant l'opération.

Dans un mémoire que j'ai publié dans les *Annales de Chirurgie*, en 1842, j'ai rapporté avec tous ses détails une observation de double hernie inguinale du même côté et dans la même gaîne, recueillie dans le service de M. le professeur Velpeau, et dans ce même travail j'ai cherché à expliquer par quel mécanisme cette double hernie pouvait se produire. Cette observation était, je crois, la première mentionnée jusqu'à ce jour. Méry avait été le premier qui eût mentionné la possibilité de deux hernies inguinales du même côté. Arnaud et Scarpa expliquèrent le fait de Méry, en admettant l'existence simultanée d'une hernie congéniale et d'une hernie accidentelle. La disposition que je rapportai alors et celle que je rapporte aujourd'hui n'étaient pas connues avant la publication de mon travail, et cependant je suis convaincu qu'elle est assez fréquente, puisqu'en 1842 je l'avais déjà observée quatre fois. Du reste, le mécanisme par lequel cette double hernie se produit explique jusqu'à un certain point sa fréquence relative.

Sous le rapport pratique, ce fait nouveau, comme celui que j'ai rapporté dans mon premier travail, nous fournissent des enseignements qui ne doivent pas être perdus pour la science. Comme je l'ai expliqué dans mon mémoire, des deux sacs existant simultanément, l'un, le plus ancien, aura nécessairement un collet très étroit; l'autre, le plus récent, aura un collet plus large, pouvant admettre une anse intestinale plus volumineuse.

On comprend que ces deux dispositions existant du même côté puissent donner lieu à des erreurs de diagnostic très graves. Ainsi, par exemple, une anse d'intestin ou même seulement une portion du calibre de ce tube pourra s'étrangler dans le collet le plus étroit, comme cela était arrivé dans ma première observation. Comment, dans des cas semblables, admettre qu'un intestin d'un si petit volume est étranglé, lorsque quelques heures auparavant vous avez observé dans la même région une tumeur huit ou dix fois plus considérable? Enfin une autre cause d'erreur, c'est la réduction des organes renfermés dans un des sacs et la persistance de l'étranglement dans le second, comme cela s'est passé dans le cas que je rapporte ici.

Je dois déclarer que, en présence des accidents mentionnés plus haut, si je n'avais la connaissance de la disposition que j'ai décrite, j'étais si bien convaincu que la hernie avait été réduite par le taxis, que, si je n'avais admis une seconde hernie, j'aurais attribué tous les accidents à un étranglement interne, et je n'aurais pas certainement osé tenter une opération pour y remédier.

Un autre symptôme sur lequel il importe de fixer aussi l'attention du chirurgien, c'est la production du liquide dans le sac herniaire après l'étranglement. Comme je l'ai démontré dans une autre circonstance, le volume des organes herniés n'est pas toujours en rapport avec la capacité du sac, mais bien avec le diamètre de son collet; il peut donc arriver qu'une anse peu volumineuse s'étrangle dans le collet d'un sac très vaste. A la suite de cet accident le sac pourra se remplir progressivement de sérosité, faire croire à une hydrocèle aiguë, et donner ainsi à la gangrène le temps de se produire.

Les deux faits que j'ai rapportés ne me permettent pas d'établir le diagnostic différentiel des divers accidents que j'ai mentionnés. Il n'en est pas moins important de les signaler, pour que, en présence de cas analogues, sinon identiques, le chirurgien possède tous les éléments possibles pour établir les indications et diriger sa conduite.

Obs. II. — *Hernie crurale enflammée. Symptômes d'étranglement. — Opération le huitième jour. Suppuration abondante dans le sac, autour de l'intestin. Débridement. Réduction. Guérison.*

Une femme de quarante-six ans, d'une santé débile, atteinte depuis plusieurs années d'une bronchite, s'était aperçue depuis un an environ d'une tumeur dans l'aine gauche. Celle-ci présentait à peu près le volume d'une noix; elle était indolente, disparaissait sous la pression, surtout quand elle était couchée; aussi n'avait-elle communiqué à personne cette infirmité.

Au mois de septembre 1847, étant dans son lit pour son affection bronchique, sous l'influence de la toux, la tumeur reparut et ne put être réduite. Comme précédemment, il survint des douleurs dans cette région; peu à peu des coliques se manifestèrent, les garde-robes furent suprimées, les vomissements survinrent, et ce ne fut qu'alors que la malade consentit à appeler un médecin. Jusque-là on s'était borné à des topiques émollients et quelques lavements. Je fus appelé le huitième jour après l'apparition des premiers accidents. Je constatai dans l'aine gauche, au-dessous du ligament de Fallope, une tumeur du volume d'une grosse noix, dure, rénitente, douloureuse à la pression, se prolongeant dans la fosse iliaque par un cordon volumineux; le ventre était ballonné, douloureux à la pression, surtout en bas à gauche; l'état général était déplorable; le pouls était petit, la face grippée, les vomissements fréquents et fournissant des matières fécales; l'état moral était très fâcheux; la malade se croyait vouée à une mort prochaine; aussi, d'après tous ces symptômes, je diagnostiquai une hernie crurale étranglée, et probablement gangrenée. Néanmoins, l'indication était précise, et je me décidai à pratiquer l'opération presque sans aucun espoir de succès.

(1) Mémoire déjà cité.

(2) Article *Phlébite* du tome XII du *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, p. 669.

J'incisai les téguments avec les précautions ordinaires, et arrivai jusqu'au sac, que j'ouvris en dédolant. Par cette ouverture, je vis tout à coup s'écouler un pus blanc, crèmeux, sans odeur de gangrène. Je crus d'abord avoir commis une erreur, et avoir opéré un abcès pour une hernie ; ayant ensuite agrandi l'ouverture en haut et en bas, je vis à nu tout le foyer ; et, portant mon doigt dans le fond, je trouvai une tumeur du volume d'une châtaigne, placée au centre du foyer. Je pris cette tumeur pour un ganglion dénudé ; et, plus que jamais, je crus à une erreur de ma part. Pour être fixé d'une manière certaine, je voulus déterger la plaie, et pour cela, ayant fait placer le membre dans une position qui permît l'écoulement facile du liquide hors du foyer, je fis couler dans celui-ci une certaine quantité d'eau, et lorsque toute la suppuration fut entraînée, je reconnus distinctement que la tumeur constatée était une anse d'intestin recouverte d'une espèce de fausse membrane blanchâtre. Cet intestin paraissait néanmoins parfaitement sain dans sa texture. Je pratiquai le débridement, et ayant attiré au dehors une certaine quantité de l'intestin, je constatai que, dans la portion herniée ni dans celle qui était au niveau du collet, il n'existait aucune trace de gangrène.

Il me serait difficile de décrire l'embarras que j'éprouvai en présence d'un état pareil. Devais-je pratiquer une anse artificielle, devais-je réduire dans le ventre une portion d'intestin qui avait peut-être fourni de la suppuration ; ou qui du moins avait été en contact avec elle pendant plusieurs jours? L'état général de cette femme me paraissait si grave, que, quelque parti que je prisse, je la croyais vouée à une mort certaine ; je me décidai donc à réduire.

Le lendemain, je revis la malade et fus fort étonné de la trouver dans un état très satisfaisant. Les garde-robes s'étaient rétablies ; le ventre était souple et indolent ; les vomissements n'avaient pas reparu depuis l'opération ; la peau était couverte de moiteur. A partir de ce jour, il ne survint aucun accident de ce côté ; la plaie se cicatrisa d'une manière complète.

Ce fait m'a paru fort intéressant, parce qu'il confirme pleinement les idées de M. le professeur Malgaigne sur cette nouvelle classe de symptômes qu'il attribue à l'inflammation de la hernie et non à l'étranglement. Il serait à désirer qu'on pût établir le diagnostic différentiel de ces deux ordres d'accidents. Pour mon compte, je n'ai rien observé qui puisse contribuer à élucider cette question ; le fait que je rapporte ne peut même être d'aucune utilité pour la solution de ce problème. Quoi qu'il en soit, une fois que nous admettons le diagnostic établi, il convient de reconnaître dans la marche de la maladie deux périodes distinctes qui exigent chacune un traitement différent.

Dans la première période, la médication antiphlogistique doit être mise en usage, et on parviendra, le plus souvent, à obtenir la résolution de la maladie ; il pourra toutefois en résulter des adhérences, des fausses membranes qui rendront irréductible une hernie qui auparavant rentrait avec facilité.

Dans une seconde période, la résolution de l'inflammation n'ayant pu être obtenue, la suppuration s'établit, et, dans ce cas, il se présente d'autres indications à remplir. La réduction ne doit pas même être tentée dans ces conditions ; car en refoulant l'intestin dans le ventre, on refoulerait aussi la matière purulente, qui, par sa présence dans le péritoine, déterminerait promptement des accidents mortels. Il faut donc alors procéder comme dans le cas d'étranglement : mettre à nu l'intestin et donner issue à la suppuration.

Le point le plus important à signaler dans le fait précédent, c'est qu'une anse intestinale a pu séjourner plusieurs jours au milieu d'un foyer purulent sans éprouver la moindre altération, et que, replacée dans le ventre après avoir été préalablement lavée, il n'a produit aucun accident fâcheux.

Obs. III. — *Hernie inguinale droite très volumineuse. — Symptômes d'étranglement. — Augmentation considérable du volume de la hernie depuis l'invasion des accidents. — Grande quantité de liquide dans le sac. — Particularité importante dans l'opération.*

Au mois de janvier 1848, je fus appelé pour voir un malade qu'on me dit affecté d'une hernie étranglée ; quand j'arrivai auprès de lui, l'étranglement existait déjà depuis 48 heures. J'appris que cet homme, âgé de quarante ans environ, portait depuis douze ans cette hernie, pour laquelle il n'avait jamais pris de bandage. Ordinairement elle se réduisait spontanément, ou du moins sous l'influence d'une légère pression. Deux ou trois fois seulement, la réduction avait présenté quelques difficultés ; mais il n'avait jamais réclamé l'intervention de la chirurgie. Cette fois, sous l'influence d'un effort qu'il fit pour soulever un fardeau, la hernie devint tout à coup plus volumineuse qu'à l'ordinaire ; des douleurs survinrent et, malgré toutes les manœuvres exercées comme précédemment par le malade, la réduction ne put être obtenue. On fit dès lors appeler M. le docteur Pergot, qui à plusieurs reprises pratiqua le taxis et mit en usage les divers moyens prescrits dans ces circonstances. Enfin, au bout de quarante-huit heures, la hernie étant devenue plus volumineuse et très douloureuse et les vomissements fréquents, je fus appelé, conjointement avec mon confrère le docteur Pelissié. Nous constatâmes dans l'aine droite une tumeur distendant fortement le scrotum et du volume des deux mains réunies d'un adulte ; elle se prolongeait dans le canal inguinal et dans l'abdomen par un pédicule d'un pouce de diamètre environ. Cette tumeur était rénitente, mate dans toute son étendue et manifestement fluctuante ; la moindre pression faisait éprouver de vives douleurs ; le ventre était un peu ballonné et douloureux ; le pouls était petit et fréquent ; les vomissements produisaient depuis le matin des matières fécales. En présence d'un état pareil, nous fûmes d'avis de recourir immédiatement à l'opération, comptant peu sur l'efficacité du taxis, à cause de la quantité de liquide épanché depuis l'étranglement, et craignant d'ailleurs déjà un commencement de gangrène.

Je pratiquai l'opération avec la même prudence et les mêmes précautions que si j'avais soupçonné une hernie sèche. Arrivé au sac, je l'ouvris dans une étendue de deux centimètres au moins, et, à travers cette ouverture, il se présenta une masse de couleur violacée que je crus d'abord être le sac lui-même non ouvert et distendu par le liquide ; la pression exercée sur ce point par la pulpe du doigt donnait une rénitence manifeste. Je dois ajouter que, pendant cette manœuvre, un de mes confrères soutenait la tumeur et la comprimait pour me rendre plus facile la section des différentes couches membraneuses. J'allais inciser cette nouvelle membrane, lorsque, par prudence, je voulus préalablement introduire une sonde cannelée entre elle et celle que je venais d'inciser ; mon instrument pénétra profondément, et je vis jaillir, immédiatement après, un liquide rougeâtre qui me fit comprendre que j'étais déjà parvenu jusqu'au sac. Je fis cesser la compression exercée sur la tumeur ; je portai mon doigt à la place de la sonde cannelée, et je vis alors s'écouler une quantité considérable de liquide (plus d'un demi-litre), et il resta dans la cavité une anse intestinale de douze pouces d'étendue environ ; celle-ci était livide partout, rénitente, contenant quelques gaz, mais ne présentant aucun signe de gangrène. Je pratiquai immédiatement le débridement, et terminai l'opération conformément aux règles de l'art ; le malade n'éprouva pas d'accident sérieux, et la cicatrisation de la plaie fut complète au bout de quinze jours.

J'ai cru devoir publier ce fait, pour faire ressortir deux considérations pratiques d'une haute importance ; 1° l'épanchement du liquide dans le sac herniaire après l'étranglement et le volume progressivement croissant de la tumeur ; 2° les précautions qu'il est important de prendre dans l'opération de la hernie même dans les cas qu'on suppose les plus simples.

Dans un mémoire que j'ai publié en 1842 dans les *Annales de Chirurgie* sur l'évolution du sac herniaire, j'ai appelé l'attention des chirurgiens sur le mode de production du liquide dans le sac herniaire ; j'ai également longuement traité cette question dans ma thèse inaugurale sur la hernie crurale (page 44 et suiv.). J'avais établi dans mon premier travail cette proposition que, un sac herniaire étant donné, la quantité de liquide épanché était en rapport inverse avec le volume de l'intestin qui vient s'étrangler dans ce sac. En effet, si une anse intestinale vient en s'échappant remplir complétement le sac, il ne s'exhalera dans l'intérieur de ce dernier que quelques gouttes de liquide ; la résistance opposée par les parois de cette poche réagira par compression sur l'intestin hernié, et s'opposera ainsi à l'exhalation qu'il pourrait fournir. Dans ces dernières conditions, le fait que je signale ne peut pas avoir une grande valeur, soit comme moyen de diagnostic, soit comme cause d'erreur ; mais il est une autre condition dans laquelle l'épanchement du liquide et l'augmentation progressive de la tumeur peuvent non-seulement servir pour le diagnostic, mais encore devenir une indication précieuse pour le traitement. Admettons, comme cela se voit très souvent, et comme j'en ai démontré anatomiquement le mécanisme, qu'un sac très volumineux se rétrécisse progressivement à son collet au point de présenter à peine quelques millimètres de diamètre par suite de l'application longtemps continuée d'un bandage. A travers cette petite ouverture, une portion seulement du calibre de l'intestin ou une anse intestinale, tellement peu volumineuse qu'elle échappera à l'observation du malade et du chirurgien, peuvent s'étrangler. Comme conséquence, on verra survenir dans le sac resté vide un épanchement qui augmentera graduellement, et qu'on pourrait prendre pour une simple collection séreuse idiopathique si on n'était prévenu de la cause qui peut le produire. J'ai rapporté dans mon mémoire une observation recueillie dans le service de M. le professeur Bérard, dans laquelle cette circonstance se trouve clairement établie.

J'ai dit que non-seulement cette circonstance, qui, jusqu'à ce jour avait été une cause d'erreur, pouvait devenir un élément important pour le diagnostic, mais aussi pour le traitement. En effet, quand une hernie, petite ou volumineuse, a augmenté de volume depuis l'étranglement par suite d'un épanchement de liquide dans le sac, il ne faut pas alors différer le débridement ; les tentatives de taxis, agissant sur le liquide et non sur l'intestin lui-même, doivent être inefficaces en vertu d'une loi de physique que je n'ai pas besoin de mentionner en détail.

J'ai établi dans mes publications précédentes sur les hernies, et je répéterai aujourd'hui qu'un chirurgien ne saurait prendre trop de précautions dans une opération de hernie, quelle qu'elle soit ; l'observation précédente le démontre de la manière la plus évidente. Dans une hernie volumineuse où il existait plus d'un demi-litre de liquide, l'intestin s'est présenté sous l'instrument et a failli être divisé. Qu'il me soit permis en ce moment, pour justifier ma proposition, de développer avec quelques détails les rapports du liquide épanché soit avec l'intestin hernié, soit avec les parois du sac.

Dans une hernie peu volumineuse, il peut ne pas exister de liquide, ou bien la couche peut en être si mince qu'il s'écoulera sans qu'on s'en aperçoive. On m'objectera, il est vrai, qu'on trouve décrits dans les auteurs des caractères propres à distinguer l'intestin du sac. Je répondrai à cela qu'il est très facile de décrire ces caractères et très difficile de les apprécier. Et, pour justifier ma réponse, je n'ai qu'à citer les Astley Cooper, les Dupuytren, les Boyer, et autres qui plusieurs fois ont incisé l'intestin croyant ouvrir le sac.

Lorsque une hernie est très volumineuse, comme celle rapportée précédemment, l'intestin peut n'être pas placé au milieu du liquide ; il peut toucher la paroi du sac dans une certaine étendue, et si par hasard l'incision vient à être pratiquée à ce niveau, l'intestin peut être incisée du même coup ou immédiatement après, avant toutefois que le liquide s'échappe. Si, comme cela se pratique ordinairement, le sac se trouve tendu par la main d'un aide, une anse intestinale complète, existant dans la hernie et contenant des gaz, tendra à se porter dans le point culminant de la tumeur ; il en résultera que, si l'incision du sac est pratiquée dans le point correspondant à l'intestin, celui-ci s'engagera immédiatement dans l'ouverture, fera obstacle à l'évacuation du liquide de la même manière que la tête du fœtus oblitère l'ouverture de la matrice, et s'oppose à l'écoulement du liquide amniotique malgré les contractions utérines les plus violentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 octobre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Anévrisme variqueux. — Symptômes.

M. *Monneret* lit un travail sur les symptômes de l'anévrisme variqueux. Il rapporte un fait actuellement soumis à son observation, et dont le sujet est un infirmier de ses salles, à l'hôpital de Bon-Secours.

Cet homme reçut en 1830, en Afrique, à la partie supérieure et externe de la jambe gauche, un coup de fusil chargé à plomb ; 18 de ces projectiles sont restés sous la peau du jarret, où ils n'occasionnent aucune gêne. Depuis six ans, des varices assez volumineuses se sont développées sur cette jambe, ainsi qu'en bas de la cuisse correspondante. Au mois de janvier de cette année même (1850), il s'est fracturé cette jambe à la partie inférieure.

M. Monneret, ne trouvant au niveau de l'anévrisme variqueux, aucune cicatrice qui puisse être attribuée à l'action de quelque grain de plomb, est porté à regarder la lésion vasculaire comme indépendante du coup de feu, vingt ans après lequel, suivant l'auteur, elle s'est manifestée. Cet anévrisme se caractérise de la manière suivante :

1° On voit, surtout quand le malade est resté debout pendant plusieurs heures, une pulsation qui soulève à peine la peau, et qui a son siége dans l'artère crurale, un peu avant son passage dans l'anneau du troisième adducteur. 2° On sent, en ce point, et sur presque tout le trajet de l'artère, un frémissement très intense, très rude et qui correspond au pouls du vaisseau. Il existe un autre frémissement plus faible et continu, qui donne tout à fait à la main la même sensation qu'un tube élastique traversé par un courant d'eau. La vibration continue coïncide avec la systole artérielle, comme la vibration intermittente, qui est la plus forte, se produit au moment de la diastole de l'artère. L'une et l'autre offrent leur maximum d'intensité sur la partie inférieure de la fémorale ; mais elles s'étendent, — en haut, jusqu'à l'aine, — en bas, jusqu'au tiers inférieur de la jambe. 3° Le battement artériel est simple dans toute l'étendue du vaisseau, et correspond au frémissement diastolique. 4° L'auscultation perçoit des symptômes qui sont la représentation fidèle de ceux que le toucher a constatés. C'est d'abord un bruit de courant sanguin à timbre aigu, sibilant ; c'est, dit M. Monneret, le bruit qui a été désigné sous le nom de susurrus, de bruit de rouet. Il est intermittent, isochrone au pouls et beaucoup plus fort que le second. Celui-ci est à timbre grave, plus sourd, tout à fait continu. C'est comme le prolongement du bruit intermittent auquel il succède immédiatement. En comprimant l'artère dans le pli de l'aine, on fait disparaître presque entièrement le bruit continu, et diminuer le bruit intermittent.

M. Monneret, s'appuyant sur des études cliniques et expérimentales, dont il a déjà publié les résultats, attribue le premier bruit aigu, sibilant, intermittent et isochrone à la systole artérielle au passage du sang de l'artère dans la veine par la fistule artérioso-veineuse. Peut-être, suivant lui, les altérations qui existent sur la paroi artérielle, vis-à-vis du point affecté, ont-elles quelque part à la production de ce premier bruit. Le second bruit, plus sourd, à timbre plus grave, et qui semble n'être que le prolongement du premier, M. Monneret en place le siége dans la veine, et la cause dans la circulation du sang dans cette veine malade dont les parois sont épaissies et artérialisées. L'auteur explique le frémissement intermittent et le frémissement continu que l'on sent sur le trajet des vaisseaux par les mêmes causes, et leur assigne également un double siége, l'artère, ou plutôt le canal artérioso-veineux et la veine. (Commissaires : MM. Marjolin, Chassaignac et Nélaton.)

Injections iodées dans les abcès.

M. Monod. Malgré les intéressantes discussions qui ont eu lieu récemment à la Société sur les injections iodées dans les abcès par congestion, la question est si importante que vous me permettrez d'y revenir aujourd'hui.

On a objecté à M. Boinet la difficulté de faire arriver l'injection jusque sur la surface altérée de l'os ; mais, sans m'expliquer sur ce point, je ferai observer que, indépendamment de la carie, la poche purulente est elle-même un danger, et qu'elle peut devenir le siége d'accidents mortels. Il y a, en effet, des malades qui succombent de cette manière, quand l'affection osseuse était déjà en voie de réparation ; peut-être même quelques-uns des cas de M. Boinet rentrent-ils dans cette catégorie.

Il m'a paru que la fièvre hectique résultait souvent de la phlébite chronique des petites veines qui entourent le foyer. Je les ai plusieurs fois trouvées remplies de pus qu'elles n'avaient sans doute pas puisé dans l'abcès, mais qui s'était formé sur la place dans leur canal enflammé. Je n'ignore pas que de vastes collections purulentes puissent disparaître par résorption, et j'en ai même en ce moment, avec MM. Velpeau et Nélaton, un remarquable exemple sous les yeux. Je le répète, le pus de ces veines est la conséquence de leur phlegmasie. En amenant l'oblitération de la poche purulente, les injections iodées préviennent cette phlébite. Comment agissent-elles ? Si le mécanisme intime de leur action nous échappe, on peut dire, d'après les phénomènes apparents, qu'elle consiste dans une modification de la sécrétion des parois du foyer qui, au lieu de pus, fournit de la lymphe plastique, qui agglutine ces parois entre elles ; c'est ce qui ressort des observations intéressantes de M. Boinet et des miennes.

L'injection que j'emploie est celle dont M. Guibourt a donné la formule :

Eau	100
Alcool	50
Iodure de potassium	5

Je la préfère parce qu'elle ne donne point de précipité.

Dans les abcès chauds on obtient les mêmes effets, et encore plus promptement. Il y a quelques jours, j'ai traité de cette manière un bubon qui n'était pas accompagné d'induration dans les parties voisines. Le pus évacué par une petite ponction, l'injection fut faite. Il n'y eut qu'une légère douleur qui disparut bientôt, ainsi que la rougeur. Le lendemain, il sortit un liquide brunâtre sans traces de pus. En trois jours, les parois du foyer se recollèrent. Un phlegmon de la cuisse a été traité par le même procédé et avec le même succès. Au bout de cinq jours, la guérison était complète. Un phlegmon considérable de la main et deux bubons sont actuellement en voie de traitement par cette méthode, dont j'espère d'heureux résultats.

En présence de ces faits, on est porté à se demander s'il ne conviendrait point de généraliser l'application de cette méthode, qui consiste à substituer une sécrétion plastique à une sécrétion purulente. C'est une question importante que je soumets à la Société.

M. Boinet. Pour connaître le mode d'action des injections iodées dans les abcès par congestion, on peut recourir à l'analogie. Si, à l'aide d'un pinceau, on étend de la teinture iodée sur une tumeur ganglionaire du cou, par exemple, l'iode s'imprègne dans la peau, semble se combiner avec son tissu; il se fait un suintement sous l'épiderme qui s'exfolie, et le tégument devient roide, comme parcheminé sur la tumeur, qui diminue sensiblement. En répétant de temps en temps la même opération, on obtient assez promptement la résolution de l'engorgement lymphatique. J'en ai vu qui avaient le volume d'un œuf se fondre ainsi en un mois ou six semaines. Sous l'influence de l'iode, la membrane pyogénique des abcès s'exfolie en dedans; la sécrétion de la poche est modifiée; à la place du pus, elle fournit d'abord de la sérosité, puis de la lymphe plastique. On arrive à ce résultat avec une, deux, trois ou quatre injections. L'action unissante de la lymphe plastique est favorisée par le gonflement des parties extérieures, qui rapprochent l'une de l'autre les parois du foyer.

Quant à l'emploi des injections iodées dans les abcès chauds, je suis heureux de voir qu'elles aient donné à M. Monod les mêmes succès qu'à M. Jules Roux et à moi. Je me plais à citer ici le travail que le chirurgien de Toulon a publié dans les *Archives*, et où sont consignés dix-sept cas de bubons traités par ce moyen avec un incontestable avantage.

M. Debout. Dans le compte-rendu du concours de la Société de médecine de Toulouse, on voit que M. Borelli répète également les injections iodées dans les foyers purulents avec un résultat satisfaisant.

Je dirai, en passant, que je viens de faire disparaître, en dix jours, une plaque érectile assez étendue, avec des applications extérieures de teinture iodée.

M. Chassaignac. Je suis d'autant moins surpris des résultats attribués aux injections iodées, qu'on se conforme, dans leur emploi, à un principe que j'ai posé, et qui donne seul, sans aucun moyen auxiliaire, des succès également rapides; je veux parler de l'évacuation complète des abcès à l'aide des injections à grande eau. J'ai fait l'application de cette méthode dans plus de 40 cas, ordinairement avec succès; et quand je n'ai pas obtenu cette oblitération du foyer, qui est la règle, tout se bornait à ne pas réussir, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas d'accidents.

Permettez-moi de vous citer un de ces cas, qui s'est tout récemment présenté à mon observation :

Un homme reçoit, à la partie antérieure et interne de la cuisse, la pression violente d'une roue de voiture; bientôt il se forme dans cette région un abcès phlegmoneux du volume du poing. Une ponction est faite, et le pus aspiré avec une ventouse. Une injection d'eau est pratiquée jusqu'à ce que ce liquide ressorte limpide sans aucune trace de pus; puis le membre est entouré, à ce niveau, avec une cuirasse de sparadrap. Dès le lendemain il n'y avait plus de douleur. Le bandage de diachylon est levé le troisième jour; un peu de pus s'était reproduit; on l'enleva par une nouvelle inspiration, puis la réunion du foyer fut immédiate.

Je ne conteste pas l'influence des injections iodées, mais je devais insister sur la part que pouvait avoir dans l'oblitération du foyer l'évacuation complète du pus.

M. Giraldès. Je dois rappeler ici que les Anglais emploient depuis longtemps la teinture iodée dans les engorgements lymphatiques, qu'ils peignent, comme ils le disent, les tumeurs ganglionaires avec ce liquide.

M. Maisonneuve. Il y a maintenant quatre méthodes opératoires dirigées contre les abcès chauds ou froids : 1° Celle qui consiste à ouvrir le foyer à l'aide de l'instrument tranchant ou des caustiques, suivant certaines règles connues; 2° celle de M. Guérin, qui aspire le pus par une ponction sous-cutanée; 3° celle de M. Chassaignac, qui, après l'évacuation de l'abcès par une petite ouverture, y fait passer un courant d'eau pour en balayer jusqu'aux dernières traces de pus; 4° enfin celle de M. Boinet, qui pratique dans la poche, par une large incision, des injections plus ou moins répétées de teinture d'iode. L'expérience peut seule se prononcer sur la valeur respective de ces méthodes; de nouveaux exemples de leur application ne tarderont pas sans doute à préparer la solution de la question.

M. Larrey. J'ai employé assez souvent la teinture d'iode en frictions dans les engorgements ganglionaires du cou, et j'ai constaté plus d'une fois les effets primitifs indiqués par M. Boinet, tels qu'une irritation de la peau suivi d'une sorte de flétrissure avec desquamation de l'épiderme, puis d'un suintement ou d'une exhalation de sérosité. Mais quant aux effets consécutifs de résolution et de dégorgement signalés aussi par notre collègue, ils m'ont paru moins appréciables dans la plupart des cas.

Je rappellerai d'ailleurs que l'adénite cervicale, si fréquente parmi les soldats, se développe très souvent chez eux sous l'influence de causes tout à fait indépendantes des scrofules.

M. Cullerier. J'ignore quelle modification chimique ou microscopique l'injection iodée peut, en général, imprimer au pus; mais ce que je sais, c'est que l'iode ne fait pas perdre au pus spécifique sa propriété contagieuse. J'ai deux fois mélangé de ce pus avec de l'iode, et deux fois le résultat de l'inoculation a été positif. J'ajoute que la teinture que j'employai était très concentrée.

Dans un cas de chancre ganglionaire chez une jeune fille, j'ai eu recours à ce médicament, et je n'ai point eu à m'en louer, car cela n'a pas empêché la ponction de revêtir l'aspect chancreux.

M. Giraldès. J'ai lu qu'un abcès inguinal traité par M. Boinet n'avait guéri qu'après des accidents graves. Je désirerais un éclaircissement sur ce fait.

M. Boinet. Je répondrai à M. Cullerier que je n'ai pas prétendu que ce fût sur le pus lui-même que portait la modification produite par l'iode, mais bien sur la sécrétion purulente, qui se trouve changée en sécrétion plastique.

Dans le cas auquel M. Giraldès a fait allusion, il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque; je craignis un instant d'avoir déterminé une péritonite; mais les accidents se calmèrent, et l'abcès, qui avait résisté jusque-là, guérit complétement.

M. Michon. La discussion laisse dans l'esprit beaucoup d'indécision. On a confondu l'abcès aigu et les abcès chroniques. Il me semble qu'il doit y avoir là d'importantes distinctions à établir. Et puis, pour être en mesure de juger les nouveaux moyens qu'on propose, il y a un point capital à fixer, c'est la durée moyenne des abcès traités par la méthode ordinaire. Il reste dans la question beaucoup d'éléments à étudier, et je pense avec M. Maisonneuve qu'il n'y a que des faits très nombreux qui puissent permettre de se prononcer ici.

M. Forget. Je suis entièrement de cet avis; et je rappellerai que dans une précédente discussion on a opposé aux résultats de nouvelles méthodes des exemples de guérison très rapide, des oblitérations d'abcès obtenues en quelques jours par les moyens ordinaires. J'en ai moi-même cité que j'avais empruntés aux auteurs. Aujourd'hui, en revenant sur des méthodes qui tendent à se substituer à celles qui sont en possession de la pratique, on passe à côté de ces faits, rares, il est vrai, mais incontestables, et l'on n'en tient aucun compte.

Quant aux injections iodées, que M. Lugol pratiquait déjà, comme je l'ai démontré, dans les abcès froids, je répéterai qu'on oublie de faire la part du traitement général employé concurremment.

M. Chassaignac. On nous fait un reproche qui n'est pas fondé; la durée moyenne des abcès traités par les procédés ordinaires a été considérée comme connue. Personne non plus n'a passé à côté des faits; seulement, ces guérisons rapides qui nous sont opposées sont une exception dans la pratique habituelle, tandis que dans ma méthode ils deviennent la règle.

MM. Michon et Forget reviennent sur la nécessité de bien préciser le point de départ, afin d'avoir une mesure de comparaison. C'est un soin préliminaire qu'on a eu le tort, suivant eux, de négliger, et qui était cependant d'une importance fondamentale.

Fistules vésico-vaginales.

M. Maisonneuve demande une commission pour vérifier deux succès d'élytroplastie qu'il a récemment obtenus à l'hôpital Cochin.

M. le Président désigne MM. Cullerier et Michon, auxquels il s'adjoindra.

Le secrétaire de la Société de Chirurgie, Morel-Lavallée.

NOUVELLES.

Commission municipale faisant fonctions de conseil général de la Seine. — Dans la séance du 8 novembre, le conseil a entendu le rapport de M. Thayer sur les dépenses relatives au service des enfants trouvés, abandonnés et orphelins pauvres, et voté la somme de 1,139,000 fr. applicable à ce chapitre.

Le même rapporteur a donné connaissance du sous-chapitre II, relatif aux dépenses du service des aliénés. — Le conseil a voté la somme à la charge du département, qui est de 795,905 fr.

Le chapitre relatif aux crèches a soulevé une polémique sur laquelle nous reviendrons dans notre prochain numéro.

— Nous avons reçu de M. Gille une lettre que nous sommes obligé de remettre au prochain numéro.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* M. Juckelscherer, médecin-adjoint à l'hôpital de Sedan, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

M. Depaeuw, médecin-adjoint à l'hôpital de Strasbourg, est désigné pour les ambulances de la division d'Oran.

M. Caillemer, chirurgien aide-major de 1re classe au 10e d'artillerie, détaché en Algérie, est désigné pour rentrer au 10e d'artillerie.

M. Monier, chirurgien aide-major de 1re classe au 9e d'artillerie, est désigné pour être détaché en Algérie.

M. Campenas, chirurgien aide-major de 2e classe au 64e de ligne, est désigné pour les ambulances de la division d'Alger.

M. Jourdcuil, chirurgien aide-major de 2e classe, est désigné pour le 64e de ligne.

M. Finot, médecin ordinaire de 1re classe, à l'hôpital de Belfort, est désigné pour celui de Metz.

M. Golscheider, pharmacien-major de 2e classe, à l'hôpital de Thionville, est désigné pour celui du Val-de-Grâce.

M. Claude, pharmacien aide-major de 1re classe, à l'hôpital de Toulouse, est désigné pour celui de Thionville.

M. Faréau, chirurgien aide-major commissionné au 55e de ligne, est démissionnaire.

M. Delassus, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Lille, est nommé chef de service à l'hôpital de Calvi.

M. Calcatoggio, chirurgien aide-major de 1re classe à l'hôpital de Calvi, est nommé chef de service à l'hôpital de Lille.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 134. (23e ANNEE.) JEUDI 14 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 13 NOVEMBRE 1850.

Séances des Académies.

La séance de l'Académie a été occupée presque tout entière aujourd'hui par un comité secret *extraordinaire*, suivant l'expression de l'excellent président, M. Bricheteau. Comité bien extraordinaire, en effet, si l'on en croit les indiscrétions des échos académiques; car il ne s'agirait de rien moins, pour l'Académie, que d'être traînée, pour violation de clauses testamentaires, devant les tribunaux civils, tout au moins, si ce n'est devant la cour d'assises. La discussion de cette affaire *extraordinaire*, qui semblait devoir se résumer en une scène assez plaisante, et que l'honorable président espérait terminer en quelques minutes, a occupé une heure et demie les loisirs de l'Académie. Que s'est-il passé pendant ces six quarts d'heure? Quels ont été les avis émis par les jurisconsultes du lieu? Nous ne pourrions le dire ; mais il est une opinion que nous hasarderons : puisque l'Académie a cru devoir prendre au sérieux la mauvaise plaisanterie qu'on lui a faite, elle aurait bien pu confier à une commission et à son conseil la tâche de défendre son honneur et ses intérêts, sans soustraire à la science les trop courts instants qu'elle peut lui consacrer. Si le premier mauvais plaisant venu peut, en accusant l'Académie d'avoir mis les tours de Notre-Dame dans sa poche, interrompre le cours de ses travaux et provoquer des comités secrets, cette savante Compagnie n'a qu'à fermer ses portes ; il y a assez de mauvais plaisants en France pour lui fournir chaque semaine matière à comité secret.

Malgré ce comité, l'Académie a cependant pu entendre le compte-rendu de la correspondance et un rapport de M. O. Henry sur une nouvelle source d'eau minérale à Vichy.

La correspondance s'est composée presque entièrement d'une observation fort intéressante de corps étranger dans les voies aériennes recueillie par M. le docteur Rendu et que nous rapportons textuellement à notre compte-rendu. M. Rendu, ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur des hôpitaux, aurait pu donner plus d'intérêt encore au fait qu'il a observé en l'accompagnant de quelques réflexions et en décrivant avec plus de précision diverses particularités, dont quelques-unes d'une assez grande importance n'ont pas été suffisamment éclaircies. Ces lacunes sont d'autant plus regrettables que M. Rendu était parfaitement capable de les combler.

Quant au rapport sur les eaux minérales, il nous a paru qu'il laissait encore quelque chose à désirer ; nous disons encore, parce qu'on sait que la commission des eaux minérales est un peu coutumière du fait. M. le ministre avait demandé à l'Académie si elle trouvait quelques inconvénients à ce que l'autorisation demandée pour l'exploitation d'une nouvelle source à Vichy fût accordée. La commission des eaux minérales répond à M. le ministre que l'exploitation de la nouvelle source aurait des avantages pour la thérapeutique, et que, si elle (la commission) avait été envoyée sur les lieux pour faire une analyse comparative, elle aurait pu se prononcer d'une manière plus positive et plus rigoureuse.

Qu'est-ce à dire? La commission est-elle oui ou non suffisamment informée? Si oui, pourquoi ne pas conclure formellement? Si non, pourquoi ne pas l'exprimer d'une manière non moins formelle? Pourquoi ensuite l'Académie fait-elle entrer dans les motifs de ses hésitations les grands intérêts publics et *privés* engagés dans la question d'exploitation de la nouvelle source? Nous l'avons dit bien des fois déjà et nous le répéterons aussi longtemps qu'on ne voudra pas l'entendre, l'Académie n'a à se préoccuper que d'une seule chose dans les questions d'eaux minérales, à savoir : si l'exploitation d'une source quelconque peut ou non être utile à l'humanité souffrante ; en dehors de cette préoccupation, l'Académie fait fausse route, et cette fausse route, si elle la poursuit, tôt ou tard lui portera malheur, qu'elle en soit bien convaincue.

— La médecine a tenu une place importante dans la dernière séance de l'Académie des Sciences comme pour compenser par avance le comité secret de la rue des Saints-Pères. Une lecture très intéressante a été faite par M. le docteur Bourguignon sur la contagion de la gale des animaux à l'homme *et vice versa*, lecture qui semble fixer d'une manière définitive une question encore indécise en pathologie et qui en éclaire plusieurs des plus importantes en thérapeutique.

Une nouvelle propriété a été reconnue au chloroforme par M. Augend, de Constantinople, qui ne s'est pas borné à annoncer sa découverte, mais qui l'a appuyée d'expériences intéressantes.

Enfin, MM. Joly et Guitard, par l'organe de M. Geoffroy Saint-Hilaire, et M. Dezautière ont fait deux communications dignes d'intérêt à des titres divers.

INSTITUTION DES CRÈCHES
sous le rapport hygiénique et sanitaire.

Dans une des dernières séances du conseil général de la Seine, M. le docteur Thierry, d'après un rapport de M. l'inspecteur de l'assistance publique de Paris, a eu l'occasion de déclarer que les enfants admis dans les crèches présentent une plus grande mortalité que ceux qui sont conservés dans le domicile de leurs parents, et qui sont d'ailleurs dans les mêmes conditions sociales. Cette grave accusation contre une institution que l'on s'accorde généralement à considérer comme si utile a été repoussée par le fondateur de cette institution. Il serait bien à désirer qu'en présence de deux opinions aussi opposées et évidemment consciencieuses d'un côté comme de l'autre, l'administration ordonnât une enquête sur cette question aussi importante d'hygiène publique.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.
Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Neuvième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin ; 2, 11, 23, 31 juillet ; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre ; 8, 22 et 31 octobre.)

État général de la sensibilité physique, des mouvements et des fonctions organiques chez les aliénés.

L'ordre que nous avons adopté dans l'exposé des objets de ce cours nous amène à l'examen des phénomènes physiques dans les maladies mentales. Nous le ferons très abrégé, par cela même que la clinique nous permet d'insister tous les jours d'une manière pratique sur cet ordre de phénomènes.

Nous diviserons cet examen en trois parties : les lésions de la sensibilité physique, les lésions des mouvements et les lésions des diverses fonctions organiques.

Les lésions de la sensibilité physique sont ou générales ou spéciales. Les lésions générales se manifestent sous deux aspects principaux : un sentiment de bien-être ou un malaise général. Par leur généralité même, ces deux états deviennent la base des deux principales espèces de maladies mentales, des formes expansive et dépressive, comme nous le démontrerons en traitant de chacune d'elles séparément. Ces anomalies de la sensibilité générale entraînent les malades à croire que certaines parties de leur corps ont changé de nature, manquent complètement ou bien ont acquis des proportions énormes. Les uns croient qu'ils n'ont pas de tête ; d'autres, qu'un de leurs membres est d'argile ou de verre ; d'autres, qu'ils en sont privés. Il en est qui s'imaginent qu'ils ont une tête énorme ou toute petite, que leur nez a pris un développement considérable, qu'ils sont légers comme de la plume ou bien lourds comme du plomb. Par suite des mêmes lésions, les aliénés éprouvent momentanément un phénomène psychique, fréquent dans les rêves, et qui consiste à se sentir soulevé dans les airs, transporté sur une montagne ou précipité dans un lieu très profond.

Les causes et le siége de ces sortes de délires sont difficiles à apprécier. Quelquefois la conviction d'être privé d'un membre tient à une anesthésie de ce membre ou à une modification des nerfs qui se distribuent aux muscles de cette partie ; mais ces changements ne reconnaissent pas, le plus souvent, pour cause une lésion de la sensibilité générale. Les métamorphoses complètes sont principalement dues à des phénomènes psychiques. Ainsi, par exemple, les modifications de certains penchants, tels que la colère, la vengeance, l'impulsion à la rixe, peuvent inspirer l'idée que l'on est changé en animal féroce. Le malade ayant alors la conscience plus ou moins nette de son état de violence, le contraste qu'il constate avec son état antérieur le trouble, le tourmente, et il finit par croire ce qu'il a d'abord redouté.

La croyance à une grande légèreté ou à une grande lourdeur est fréquente dans les délires consécutifs à l'épilepsie. Bottès cite un cas de ce genre dans lequel l'individu croyait avoir des dimensions si larges qu'il disait ne pas pouvoir passer par une porte. On trouve des exemples analogues dans beaucoup d'autres maladies aiguës assez légères, et même dans le rêves. Des faits bien extraordinaires, sous ce rapport, sont cités dans les annales des maladies mentales. C'est ainsi qu'un malade s'imaginait posséder deux corps ayant leur vie et leur mode d'action particuliers, l'un se promenant, l'autre restant au lit; et cette bizarre croyance était assez forte pour lui faire prendre une nourriture capable de nourrir deux corps sans qu'il ressentît le stimulant de l'appétit.

Lorsque l'anesthésie n'existe que d'un seul côté du corps, les malades s'imaginent avoir une personne ou un cadavre couché à côté d'eux. M. Bouillaud cite un cas de ce genre chez un malade atteint d'encépbalite, ce qui montre que ces faits ne s'observent pas uniquement dans les maladies mentales.

L'anesthésie, la diminution même de la sensibilité, n'est pas un fait commun dans les maladies mentales ; son exaltation, l'hypéresthésie, est beaucoup plus fréquente. Il est juste de dire néanmoins que les aliénés apprécient, en général, les températures et les impressions comme on le fait ordinairement. Cependant, on observe des lésions de ce genre dans toutes les espèces de maladies mentales, surtout dans celles qui présentent la prédominance du délire mystique et de la démonomanie et dans la folie paralytique.

On a vu l'insensibilité générale enlever à certains aliénés le sentiment de leur propre existence : « J'ai sous les yeux, dit M. Foville, un homme qui se croit mort depuis la bataille d'Austerlitz, à laquelle il reçut une grave blessure. Son délire est fondé sur ce qu'il ne reconnaît ni ne sent plus son corps. Lorsqu'on lui demande des nouvelles de sa santé, il a coutume de répondre : Vous me demandez comment va le père Lambert? Mais le père Lambert n'y est plus; il a été emporté par un boulet à la bataille d'Austerlitz. Ce que vous voyez là n'est pas lui ; c'est une machine qu'ils ont faite à sa ressemblance, et qui est bien mal faite ; tâchez donc d'en faire une autre. Jamais, en parlant de lui-même, il ne dit moi, mais cela. Cet homme est plusieurs fois tombé dans un état complet d'immobilité et d'insensibilité qui durait plusieurs jours. Les sinapismes, les vésicatoires appliqués contre ces accidents n'ont jamais déterminé le moindre signe de douleur. Souvent il a refusé de manger, disant que ça n'avait point de ventre. »

Esquirol n'a pu découvrir aucun signe de douleur en traversant la peau du bras avec une épingle à un démonomaniaque qui disait ne plus rien sentir, croyant que son corps avait été emporté par le diable avec l'âme, son hôtesse. Pendant une maladie dont il fut atteint, Baudelocque avait, comme le père Lambert, perdu la conscience de sa propre individualité, de son existence. Tandis qu'il reconnaissait les personnes, qu'il se rappelait ses antécédents et jugeait sensément de beaucoup de choses, il ne comprenait pas ce que c'était que sa tête, son bras, etc.; il n'en avait pas, disait-il ; un jour, il voulut tâter son pouls, et il en apprécia très bien l'état après avoir demandé si c'était son poignet et non celui d'un autre qu'il explorait. Savary, qui rapporte ce fait, cite également celui d'une phthisique avancée qui ne parlait d'elle, de ses souffrances qu'à la troisième personne. Ah ! comme elle souffre ! sa respiration est horriblement gênée ; elle va étouffer !

J'ai également donné des soins à plusieurs aliénés qui, par suite d'une anesthésie ou d'une augmentation de la sensibilité générale, avaient perdu leur personnalité, et ne parlaient jamais d'eux qu'à la troisième personne.

Chez d'autres aliénés, au contraire, ce sont des sensations insolites, l'exaltation ou la perversion, et non l'abolition de la sensibilité, qui donnent lieu à des illusions d'un autre genre. Une malade de ce cette espèce ressentait ordinairement des douleurs dans la matrice, et croyait que le diable couchait avec elle. Esquirol a rencontré de nombreuses et de fortes adhérences dans le faisceau intestinal d'aliénés qui se figuraient avoir dans le ventre des combats d'hommes et de démons, et il nous est arrivé d'observer plusieurs faits entièrement semblables. Ces faux jugements, ces écarts d'imagination ne provenaient-ils pas de sensations organiques interprétées dans le sens de certaines préoccupations ? C'est ce qui arrive souvent dans les affections hypocondriaques et mélancoliques, et lorsqu'on se livre à des investigations approfondies, on trouve des rapports fréquents entre les lésions de la sensibilité générale et ces incroyables délires dans lesquels le malade se croit transformé, comme nous l'avons dit, en un bloc de cristal ou de marbre, en un vaste d'argile, en un amas de cendres.

Rapportons maintenant quelques phénomènes de la sensibilité générale auxquels ne viennent point s'associer d'illusions : Il est des aliénés qui paraissent insensibles aux causes ordinaires de douleur. Esquirol parle d'une idiote qui se mit à gratter un bouton qu'elle avait à la joue, et ne discontinua

pas qu'elle ne l'eût troué; après avoir opéré cette perforation, elle agrandit la plaie en la tiraillant continuellement avec le doigt. Nous avons vu plusieurs fois des aliénés s'inciser, s'amputer eux-mêmes diverses parties sans en témoigner de douleur, et les auteurs rapportent des cas tout à fait analogues. Mais le phénomène d'insensibilité qui a le plus souvent frappé les observateurs de malades atteints d'aliénation, c'est l'insouciance avec laquelle plusieurs d'entre eux supportent les basses températures. On en voit s'exposer au grand air, se coucher sur la terre, sur les dalles, sur le plancher, pendant que les glaces et la neige font grelotter les personnes chaudement vêtues. De pareilles imprudences paraissent même exercer sur la santé des aliénés une influence moins fâcheuse qu'elle ne le serait pour d'autres personnes. Il est vrai de dire cependant que cette vérité a été exagérée, et que l'on observe souvent, chez les aliénés, les suites pathologiques des impressions produites par les basses températures : ces malheureux sont tellement exposés aux congélations que, dans plusieurs établissements, il existe une règle expresse de visiter matin et soir et d'envelopper de flanelle les pieds des malades dont l'état fait redouter ces fâcheuses conséquences. Nous n'avons pas besoin d'énumérer les autres accidents qui résultent de l'influence du froid chez les aliénés; l'étiologie générale est la même pour eux; nous ne devions mentionner ici que ce fait général, qu'ils paraissaient moins prédisposés que le commun des hommes aux maladies consécutives à l'action du froid. Du reste, certains d'entre eux se montrent également insensibles aux températures élevées; il en est qui se promènent et se couchent nus au soleil dans des journées brûlantes, et qui peuvent même longtemps fixer les yeux sur cet astre sans en être éblouis : cette dernière disposition que présentent quelques aliénés est justement regardée comme d'un funeste augure.

L'indifférence au froid et l'aptitude des aliénés à le supporter ont été expliquées de diverses manières; elles l'ont été par un phénomène d'insensibilité, d'anesthésie. Pinel, considérant que certains aliénés développaient énormément de chaleur, a pensé que l'impression du froid pouvait devenir un besoin pour quelques-uns d'entre eux. Enfin, la force et la ténacité des préoccupations mentales doivent aussi entrer en ligne de compte.

L'anesthésie nous paraît être la cause la plus ordinaire de l'insouciance pour les basses températures que montrent les aliénés; mais on se tromperait fort si l'on croyait que la généralité de ces malades est insensible au froid et au chaud. Ce n'est que par exception que l'on observe ce phénomène, qui a lieu particulièrement dans les délires agités, dans la démence et dans certaines mélancolies, surtout dans la mélancolie avec stupeur. La plupart des aliénés tranquilles ressentent l'effet des températures comme les autres hommes, quelques-uns même plus vivement, car ils ont le système nerveux plus développé et plus irritable.

L'état des mouvements chez les aliénés réclame une sérieuse attention comme expression symptomatique des lésions cérébrales, comme base du pronostic et comme source d'indications thérapeutiques. Les auteurs ont bien mentionné, au milieu de leurs descriptions, des faits de cette nature; mais ils les ont rapportés pêle-mêle avec les autres symptômes, sans avoir même eu la pensée de les rattacher à la lésion des organes des mouvements. Le trouble des mouvements n'a été étudié que dans un seul de ses modes, alors que le désordre est extrême dans la paralysie générale; il mérite cependant de devenir l'objet d'un système complet d'observations, depuis les intonations diverses de la voix, le rire, le hoquet, l'éternuement, qui surviennent par accès; depuis le plus simple spasme à l'extérieur ou dans la profondeur de nos organes, jusqu'à la chorée, à l'épilepsie et à la paralysie générale. Les fonctions de contractilité, de myotilité, chez ces malades, sont plus souvent et plus profondément troublées que ne le pensent même les médecins spécialistes. Aux exagérations, aux contrastes, aux oppositions de caractère, correspondent des expressions de la physionomie qui sont comme des saillies de l'homme intérieur. Outre les colorations rapides et diverses du visage, on observe des mouvements convulsifs dans les lèvres, les joues, les ailes du nez, les sourcils et les paupières, ou bien de bizarres contorsions de la figure qui est toute grimacée. Le regard surtout, par suite de l'irrégularité de l'innervation, de la contraction et du relâchement des muscles de l'œil, est fréquemment troublé, égaré, vague, d'une mobilité extraordinaire ou d'une fixité étonnante. Le strabisme même se développe durant les maladies mentales; plus souvent encore, on remarque la dilatation des pupilles ou leur extrême contraction.

En général, à la période d'imminence comme dans les périodes subséquentes de la folie, l'appareil locomoteur est plus ou moins fortement influencé, et, parmi la variété de ses lésions quelquefois très singulières, nous devons noter deux cas extrêmes, celui d'un besoin de mouvement continuel, et celui d'une apathie, d'une immobilité, d'une torpeur qui résistent à toutes les sollicitations. Les muscles sont souvent dans un état de tension et de rigidité tel que les malades ont de la peine à se mouvoir et à parler lorsque la langue participe à cet état. Le relâchement des muscles s'observe aussi et conduit aux mêmes résultats; mais on observe plus souvent encore les alternatives de contraction et de relâchement que la permanence de l'un de ces états, surtout dans les muscles de la face. Tous les muscles peuvent d'ailleurs en être le siége, et il n'est pas rare de les remarquer dans les autres parties du système musculaire, soit à la surface, soit dans la profondeur de nos organes.

Les contractions permanentes dans une partie plus ou moins grande du système musculaire se lient souvent à un état d'extase et de catalepsie, comme les alternatives de contraction et de relâchement sont quelquefois portées jusqu'aux convulsions plus ou moins générales et à la chorée. D'autres fois, on constate des spasmes douloureux des muscles du cou, des contractions spasmodiques des muscles de l'abdomen, des spasmes aux extrémités inférieures qui contraignent les malades à une marche irrégulière, à des sauts. Notons également un tremblement partiel ou général qu'on observe chez un grand nombre d'aliénés, surtout au début de la maladie, pendant la durée des paroxysmes et lorsque l'aliénation passe de la période aiguë à la chronicité. Enfin, avec beaucoup d'attention, on remarque un état de contraction fibrillaire qui paraît se passer dans l'intimité même du muscle, et qui pourrait bien être la cause de beaucoup d'impatiences et de besoins de mouvement qu'éprouvent les aliénés.

De tels troubles prouvent jusqu'à l'évidence que la folie n'est pas une simple perturbation morale, ayant pour siége le système nerveux, qui paraît, au contraire, y jouer le rôle principal. Les spasmes, les convulsions, les anesthésies, les paralysies, qui accompagnent si souvent l'aliénation mentale, dénotent autre chose qu'une maladie de l'esprit : cette simultanéité de lésions des facultés morales et intellectuelles, des sensations, de la sensibilité générale et des mouvements, atteste suffisamment une maladie physique dont le siége n'est pas douteux. Nous insistons sur ce point, parce que nous voyons renaître des tendances à spiritualiser les maladies mentales, et à traiter les aliénés comme des êtres déraisonnables dont il suffit de dissiper les erreurs, de dompter les caprices et de faire fléchir la volonté. Le physique s'efface complétement dans cette thérapeutique toute morale, et cependant les spasmes, les convulsions, les anesthésies et les paralysies que nous observons fréquemment dans les maladies mentales témoignent assez clairement que l'organisation est malade en raison de l'affection du système nerveux.

On peut dire avec vérité que l'état des mouvements n'est presque jamais normal dans l'aliénation mentale. Si l'on objecte que les mouvements correspondent à l'impulsion morale, à la modification des pensées et des sentiments; que, dans l'état de raison, les muscles sont les serviteurs de la volonté et font toujours en lui obéissant un service régulier, nous ferons remarquer d'abord que cette aptitude des muscles à obéir aux commandements d'une volonté malade suppose dans les muscles une altération correspondant à celle de l'entendement et de la volonté, ou plutôt accusent l'une et l'autre la lésion plus ou moins profonde des organes qui servent à leurs manifestations.

Mais admettons que chez le maniaque furieux, qui s'agite sans cesse; chez le mélancolique, qui préfère rester assis ou couché, l'exaltation et la succession rapide d'une idée chez l'un, la fixité des sentiments chez l'autre s'harmonisent très bien avec l'état tout à fait opposé de leurs mouvements; n'y a-t-il pas dans toutes les fonctions une mesure ou des limites au delà desquelles commence l'état anormal? Il est donc permis d'examiner si dans le délire général agité l'activité musculaire ne dépasse pas les bornes de l'impulsion du moral, et si, dans le délire borné, triste, l'immobilité ne va pas au delà de la ténacité réfléchie d'une préoccupation.

Avant de répondre à cette question, nous avons besoin de faire observer que sa solution est très difficile; que nous sommes sans cesse en présence d'un inconnu, savoir : le degré d'impulsion que donne ou que refuse le moral, car il n'existe pas de dynamomètre de l'âme. Toutefois, ce n'est pas une raison suffisante pour renoncer à la recherche de ce qu'il peut y avoir de régulier ou d'anormal dans les rapports des mouvements des aliénés avec leur état mental. Ce point de vue n'est pas d'ailleurs sans importance, car nous croyons qu'on méconnaîtrait souvent les lésions des mouvements chez les aliénés si on les bornait aux spasmes, aux convulsions et aux paralysies.

Chacun sait par son expérience personnelle que c'est le propre de toute émotion vive de nous inviter au mouvement; il est donc tout simple que le maniaque turbulent traduise par son activité musculaire l'agitation qui domine son moral; mais une observation attentive de ces malades peut souvent démontrer qu'il existe en eux un besoin, une impatience de se mouvoir qui excède la vivacité de leur pensée. Il en est qui, devenus doux et tranquilles, sont encore irrésistiblement poussés à l'exercice et le supportent violent sans se fatiguer. On dirait qu'il y a une force accrue d'innervation ou de névrosité à dépenser par le mouvement et que l'organisation y est incitée par une stimulation particulière toute physique; or cette activité musculaire exubérante ne dénote-t-elle pas un genre de lésion de la contractilité, de la myotilité?

La prédilection pour le repos, pour l'immobilité chez beaucoup d'aliénés mélancoliques, dépasse souvent aussi la mesure normale; il y a chez eux plus que de l'éloignement pour l'exercice, il y a de l'engourdissement, de la torpeur; non-seulement il leur répugne, mais ils ne peuvent pas se mouvoir vivement et longtemps. La lésion des mouvements dans un sens opposé est peut-être plus manifeste encore chez eux que chez les maniaques.

Nous pensons donc que, soit par excès, soit par défaut, la motilité chez beaucoup d'aliénés n'est en rapport exact ni avec l'état mental, ni avec les forces physiques, et que cette disproportion représente une altération de mouvements. Toutefois, en rapportant cette disproportion à une double échelle de mensuration, nous plaçons l'état mental en première ligne; car chacun sait ce que le moral, la passion surtout, peuvent imprimer d'activité ou de longueur, d'énergie ou de prostration aux forces physiques. Cette puissance du moral est quelquefois bien remarquable dans la folie, et l'on voit des aliénés que leur fureur rend très redoutables, non-seulement à cause de l'aveuglement qui la guide, mais encore par l'énergie des forces musculaires qu'elle centuple.

Après ces généralités sur les lésions de la sensibilité et de la motilité dans les maladies mentales, passons à des altérations plus manifestes et plus sérieuses des mouvements.

Les affections spasmodiques siégeant dans divers organes ne sont pas rares chez les aliénés. Parfois elles ont précédé la folle, et d'autres fois elles lui survivent; telles sont les palpitations de cœur, des dyspnées, des dyspepsies, et enfin les gastro-entéralgies, qui, par la sensation qu'elles font éprouver, ressemblent assez à la constriction spasmodique du pharynx, et me paraissent devoir être attribuées aux spasmes de la membrane musculaire de l'estomac et des intestins.

Parmi les faits de lésion musculaire qu'il me serait facile de citer en si grand nombre, je me bornerai aux deux suivants :

1° Une dame, atteinte d'aliénation partielle, avec prédominence d'idées mystiques, mais nullement hystérique, éprouvait de temps en temps une commotion générale, semblable à celle qui résulterait d'une décharge électrique sur tout son corps. A la suite de cette commotion, Mme *** ne pouvait résister à l'impérieux besoin d'étendre les jambes, de fouler le sol à coups redoublés, de se tordre les bras. Presque en même temps Mme *** éprouvait une grande constriction dans le pharynx, des secousses convulsives dans les muscles respiratoires, et la suffocation devenait imminente. Après une durée de cinq ou six minutes, les symptômes diminuaient progressivement d'intensité comme ils s'étaient manifestés, et tout rentrait dans l'ordre habituel.

2° Mme *** est tout à coup saisie de mouvements tumultueux du cœur, d'une constriction extrême de la poitrine, comme si les diamètres de cette cavité étaient tout à fait changés, comme si une pression s'exerçait latéralement et d'avant en arrière, et même de bas en haut, avec un degré de plus dans la région du diaphragme. A ces symptômes, qui tous sont indicatifs d'un trouble de l'innervation manifesté par des spasmes de plusieurs muscles, se joignent une modification de la voix, qui est comme éteinte dans certains moments, saccadée et sifflante dans d'autres; de plus, un resserrement de l'arrière-bouche tel, qu'il est impossible à Mme *** d'accomplir l'acte de déglutition, et, lorsque par un effort elle a cherché à faire franchir l'isthme du gosier au bol alimentaire, elle a éprouvé quelquefois des éternuements qui l'ont fait rejeter par la bouche et les narines.

Souvent cette malade sent des mouvements dans la matrice, et ces mouvements ajoutent à son anxiété morale, car ils lui persuadent qu'elle a de mauvaises intentions; trois fois elle a éprouvé ce sentiment de contraction et de dilatation de la matrice, comme si elle avait accouché, avec addition d'une sensation d'impulsion assez forte pour croire que le siége sur lequel elle était assise en recevait une secousse.

Les affections convulsives peuvent figurer comme cause ou comme complication de l'aliénation mentale. A ce double titre elles reparaissent ailleurs : bornons-nous à rappeler ici la fréquente connexion qui existe dans le trouble des deux ordres de fonctions du système nerveux. Trop fréquemment l'épilepsie, la catalepsie, la chorée, l'hystérie, prédisposent à la folie, ou en deviennent la cause déterminante. A la lésion des mouvements succède le désordre des facultés mentales, et quoique la scène prenne un nouvel aspect, l'affection n'a changé ni de nature, ni de siége; elle a seulement fait un progrès. Il est plus rare que la folie engendre ces maladies convulsives. On l'observe néanmoins; ce qui fournit la preuve et la contre-épreuve que le système nerveux est toujours malade, quelle que soit celle des deux apparences par laquelle se révèle la lésion dont il est atteint. Nous ne parlerons pas ici de la lésion des mouvements dans la paralysie générale; nous lui consacrerons une leçon particulière.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Envoi par le ministre de l'agriculture d'un mémoire sur le décollement du placenta, par Mme Coquillard, et d'une ceinture hypogastrique, par la même.

2° Plusieurs états de vaccinations.

Correspondance manuscrite. — Météorologie médicale.

M. Lecadre, médecin des épidémies au Havre, envoie la relation de la constitution médicale de l'arrondissement du Havre pendant le semestre d'été de 1850.

Corps étrangers dans les voies aériennes.

Fève de haricot introduite dans les voies aériennes et sortie spontanément après un séjour de trois mois, et près de trois mois après l'opération de la broncho-trachéotomie. Rétablissement complet de la santé.

M. le docteur Rendu, médecin à Compiègne (Oise), adresse l'observation suivante :

Le 8 mai 1848, vers cinq heures du soir, un enfant de cinq ans, Joseph Trolas, d'une forte constitution et bien portant d'habitude, jouait dans un jardin avec des enfants de son âge, lorsqu'une querelle survint et lui fit jeter des cris. Presque immédiatement une toux convulsive se déclare; elle s'accompagne de difficulté très grande de respirer; le visage devient bleuâtre et l'asphyxie devient imminente. Après quelques minutes, ces symptômes effrayants disparaissent et le calme survient.

Au moment de l'accident, les parents, qui étaient peu éloignés, accourent effrayés; l'on s'enquiert de la cause des accidents, et l'on parvient à savoir qu'au moment des cris qu'il a poussés l'enfant avait dans la bouche une fève de haricot qu'il a avalée.

Dans la soirée les mêmes symptômes reparaissent, et M. le docteur Chocus, d'Attichy, que l'on envoie chercher, trouve l'enfant couché dans son lit parfaitement calme, et la respiration libre, bien qu'un peu fréquente. Les jours suivants, les accès de suffocation reviennent de plus en plus intenses, surtout pendant la nuit.

L'enfant a une toux quinteuse, convulsive, très fréquente, pendant laquelle la face devient bleuâtre; la respiration est gênée et s'accompagne d'un râle trachéal très intense. Il y a abondance de crachats muqueux. La région cervicale n'offre rien d'anormal ni à la vue, ni au toucher. Ces phénomènes ne laissent aucun doute sur la présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, et je suis appelé pour opérer le petit malade.

Le 15 au matin, aidé de M. le docteur Chocus, je pratique la broncho-trachéotomie. L'opération faite, la suffocation cesse; un simple linge est placé au-devant de la plaie, et des sternutatoires sont donnés au malade, dans le but de favoriser la sortie du corps étranger.

Le lendemain et les jours suivants, rien ne sort par la plaie. La toux reste toujours étouffée et le râle trachéal persiste; les accès de suffocation seuls ont complétement cessé; l'haleine et les crachats sont fétides.

Plusieurs jours de suite M. le docteur Chocus explora le larynx et la trachée avec une sonde de femme, et toujours sans succès. La plaie, que jusqu'alors on avait tenue béante, fut abandonnée à elle-même, et se ferma complétement le quinzième jour après l'opération. A partir de ce moment les accès de suffocation revinrent; mais ils furent moindres.

Les choses se passèrent ainsi jusqu'au 25 juillet; ce jour il y eut un accès de suffocation très violent, toux convulsive, face cyanosée, puis tout à coup expulsion violente d'un flot de matières mucoso-purulentes très fétides, après quoi le calme renait.

Le lendemain, dans la nuit du 26 au 27, répétion des mêmes accidents; mais en examinant les matières rendues, on trouve d'une part une coque noirâtre qui n'est autre chose que l'épiderme du haricot, et de l'autre le haricot lui-même germé.

Les parents ne firent connaître ces événements que quinze jours après. A cette époque, l'enfant était émacié; la toux, encore quinteuse, s'accompagnait de crachats mucoso-purulents; les accès de suffocation avaient cessé.

Depuis l'introduction du corps étranger dans les voies aériennes, 8 mai 1848, jusqu'au 6 novembre de la même année, les quintes de toux déterminaient très fréquemment des vomissements. Depuis cette époque ils ont cessé, l'embonpoint a reparu et les forces sont revenues, malgré la toux et l'expectoration purulente.

L'auscultation n'a rien fait découvrir. Je revis le malade au mois de mai 1849; l'état général était excellent, les accès de toux revenaient la nuit, et tous les deux ou trois jours il y avait expulsion de crachats purulents.

J'ai revu pour la dernière fois le petit malade en septembre 1850; j'ai trouvé l'enfant grandi et bien développé. Je l'ai ausculté avec soin et n'ai rien trouvé de particulier, et cependant tous les vingt ou trente jours il survient une quinte de toux qui ne cesse que par l'expectoration de crachats purulents; ces quintes, du reste, s'éloignent graduellement, et les crachats expulsés sont de moins en moins abondants, ce qui nous porte à croire que d'ici à peu de temps il ne restera aucune trace des lésions occasionnées dans les poumons par la présence de la fève de haricot.

Eaux minérales.

M. O. Henry lit un rapport sur une source minérale non encore exploitée à Vichy. Cette source a, d'après M. le rapporteur, la même composition que la source depuis longtemps connue sous le nom de source de la Grande-Grille. L'exploitation de cette source aurait donc des avantages incontestables pour la thérapeutique, surtout en présence de l'insuffisance des eaux de Vichy. Mais, à cause des graves intérêts publics et privés engagés dans la question, la commission propose de répondre de nouveau à M. le ministre « qu'une analyse comparative faite sur les lieux et simultanément aurait mis cette dernière en mesure de se prononcer d'une manière plus positive et plus rigoureuse. » (Adopté.)

M. Durand-Fardel. M. le rapporteur a parlé dans son rapport de l'insuffisance des eaux de Vichy, il serait plus juste de dire l'insuffisance de l'aménagement; si les eaux étaient convenablement aménagées, elles pourraient suffire à un nombre de malades bien plus considérable que celui qu'on reçoit actuellement à Vichy.

Après l'adoption de ce rapport, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 novembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Contagion et traitement de la gale.

M. le docteur Bourguignon lit un résumé d'un mémoire sur la contagion et le traitement de la gale de l'homme, mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

A. De l'étude de la contagion de la gale du cheval à l'homme, il résulte :

1° Qu'aucune observation probante, irréfutable, de gale transmise à l'homme par l'acarus du cheval n'a été publiée jusqu'à ce jour;

2° Que les malades reçus à l'hôpital Saint-Louis pendant le séjour de M. Bourguignon (avril, mai et juin derniers), comme affectés de gale transmise par un cheval, et soumis à l'examen du microscope mobile, ont toujours présenté les acarus et les sillons de la gale de l'homme;

3° Que les acarus du cheval, mis dans les mêmes conditions que l'acarus de l'homme, tant sur les bras de l'auteur que sur ceux d'un autre individu sain, n'ont ni fait de sillons pour vivre, ni fait naître les accidents connus de la psore; qu'en un mot la contagion de la gale du cheval à l'homme n'est pas possible. Mais de ce que le cheval ne transmet pas à l'homme l'affection que nous connaissons sous le nom de gale, il ne s'ensuit pas que les maladies de peau, et la gale en particulier, ne puissent faire naître certaines éruptions autres que la psore. L'auteur discute longuement cette question de pathologie au point de vue de l'étiologie des maladies de peau.

B. De l'étude de la contagion de la gale du chien à l'homme, il résulte :

Que la gale du chien n'a jusqu'à ce jour jamais été scientifiquement démontrée ni dans sa cause, quant à l'acarus, ni dans ses symptômes, quant à ses signes pathognomoniques; mais que les maladies de peau de cet animal transmettent souvent à l'homme une affection cutanée.

Enfin, de ces observations, il ressort ce fait incontestable et important, c'est-à-dire que les maladies de peau des animaux causées ou non par des acarus déterminent fréquemment chez l'homme, non pas la gale proprement dite, mais des affections variées du même organe.

C. De l'étude de la contagion de la gale de l'homme aux animaux, il résulte :

Que les acarus de l'homme déposés en nombre considérable sur un chien, un chat, un lapin, un moineau, un cochon d'Inde, un rat privé, peuvent vivre un temps variable sur les animaux, qu'ils se cachent momentanément sous leur épiderme, sans pour cela y former de sillons, ni donner naissance au moindre accident qui ait rapport à la gale.

De tous ces faits, l'auteur conclut en dernière analyse : que la contagion de la gale des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux est impossible; que les maladies de peau des animaux sont souvent pour l'homme une cause d'affection du même organe, dont le traitement ne doit pas être insecticide, antipsorique, mais celui des maladies de peau en général.

D'autre part, dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur énumère avec détail les essais qu'il a tentés à l'aide de divers médicaments, et qu'ils ont donné les résultats suivants :

A. Frictions générales avec :

Huile ordinaire.

Deux frictions à douze heures d'intervalle, pendant trois jours, tuent les acarus sans nuire au développement des œufs.

B. Frictions avec :

Soufre et huile.

Après deux frictions, les acarus sont morts et les œufs troublés dans leur évolution; mais il se développe une vive irritation et plusieurs éruptions.

C. Frictions avec :

Poudre de chasse.	200 grammes.
Huile.	400 —

Cinq malades ont été radicalement guéris après deux frictions, mais avec une vive inflammation, des éruptions de diverse nature, qui ont exigé elles-mêmes un traitement spécial.

D. Frictions avec :

Poudre de chasse.	100 grammes.
Soufre.	100 —
Huile.	Q. S.

pour faire un magma solide. Mêlez avec soin; mettez dans un vase fermé; faites chauffer au bain-marie pendant deux heures; broyez le mélange qui est devenu compact et résistant : versez le tout dans 500 grammes d'huile ordinaire.

Dose : 150 grammes pour chaque friction.

Deux malades sur neuf ont été guéris par une seule friction; neuf autres l'ont été après deux frictions, et leurs complications éprouvent un amendement remarquable. Aucun topique n'a eu une action aussi efficace.

E. Frictions avec la pommade sulfuro-alcaline ou d'Helmerick.

Guérison après deux frictions, avec aggravation momentanée des complications.

F. Frictions avec :

Huile de cade.	50 gram. par friction.

Douze malades sont parfaitement guéris après deux frictions. Cette huile fraîche a une odeur aromatique qui n'a rien de désagréable; deux frictions ne peuvent altérer le linge. Elle convient surtout aux enfants galeux.

L'huile de goudron et l'huile animale de Dippel ont les mêmes propriétés que l'huile de cade; leur couleur et leur odeur en interdisent l'usage.

De l'expérimentation faite avec ces diverses médications, l'auteur conclut :

1° Qu'un grand nombre de topiques jouissent, à des degrés différents, de la propriété de guérir la gale. Ainsi, le soufre, les sels potassiques, la poudre de chasse, l'huile de goudron, l'huile animale de Dippel, l'essence de térébenthine peuvent, dans un cas donné, être une ressource précieuse; car, bien que les uns soient irritants et aggravent les complications, que les autres soient doués d'odeur et de couleur désagréables, il suffit que leur usage pendant un temps qui variera de deux à huit jours amène une guérison radicale pour qu'ils soient comptés parmi les topiques antipsoriques;

2° Que trois médicaments principaux, la pommade à la poudre et au soufre, l'huile de cade et la pommade sulfuro-alcaline d'Helmerick, supérieurs à tous les autres, auraient eux-mêmes une efficacité identique, si la pommade d'Helmerick n'augmentait momentanément l'inflammation des maladies de la peau que l'insecte fait naître secondairement; que ces trois médicaments guérissent sûrement la gale en 48 heures, lorsqu'on soumet les malades à deux frictions *générales* d'un quart d'heure, de douze en douze heures, et qu'on leur fait prendre un grand bain savonneux 24 heures après la dernière friction; enfin, que tout galeux soumis au traitement insecticide devra se mettre nu, enduire les mains du topique, les frotter avec force, porter sur tout le corps, et principalement aux parties génitales et aux pieds, l'excédant du médicament, en prendre une nouvelle dose de minute en minute pendant un quart d'heure, et faire, douze heures après, une seconde friction également d'un quart d'heure, en ayant soin de toujours enduire et frotter les mains pendant quelques secondes avant de frictionner le corps.

Propriété antiseptique du chloroforme.

M. Augend, de Constantinople, envoie un mémoire sur une nouvelle propriété du chloroforme.

L'auteur rapporte l'expérience suivante, qui lui a servi à établir entre l'éther et le chloroforme une ligne de démarcation bien tranchée, et l'a amené à reconnaître dans celui-ci une propriété remarquable qui avait échappé jusqu'à présent à l'attention des chimistes.

Si l'on prend trois flacons à large ouverture bouchés à l'émeri, qu'on verse dans le premier quelques gouttes d'éther, dans le second quelques gouttes de chloroforme, et qu'on laisse le troisième tel quel; si on place dans chacun d'eux un morceau de chair musculaire de bœuf, qu'on les bouche et qu'on les abandonne à eux-mêmes pendant l'été, voici ce qu'on observe : la viande de bœuf, colorée en rouge-brun dans son état normal, passe à vue d'œil au rouge-vermeil par la vapeur de chloroforme mêlée d'air dans le second flacon, tandis que l'éther n'y produit aucun changement. Au bout d'une semaine de contact, les résultats sont beaucoup plus tranchés encore.

La viande conservée dans l'air a peu changé de couleur; celle qui a été conservée dans la vapeur d'éther a bruni, tandis que celle conservée dans la vapeur de chloroforme a pris une teinte de viande bouillie. Si on ouvre les flacons, on remarque que la viande conservée telle quelle est putréfiée et exhale une odeur horrible; que le même phénomène a lieu en présence de l'éther, mais que rien n'est changé dans l'odeur de la viande chloroformisée, à part la saveur sucrée et l'odeur propre au chloroforme.

Le chloroforme a présenté à M. Augend des propriétés intéressantes comme antiseptique. Il a constaté, en effet, qu'il suffisait de 1/200e de chloroforme pour s'opposer complétement à la décomposition d'une masse de chair musculaire fraîche. Ce qui est non moins remarquable, c'est la facilité avec laquelle la vapeur de cette substance traverse les tissus les plus épais.

L'action la plus apparente du chloroforme, non-seulement sur la chair musculaire, mais encore sur le péricarpe charnu des semences et des fruits, c'est une contraction immédiate de la fibre ou du parenchyme qui fait écouler les sucs aqueux au fond du vase où l'on opère.

L'auteur rapporte une série d'expériences faites sur un grand nombre de substances animales, et desquelles il résulte que dans l'état actuel la propriété antiseptique du chloroforme peut être utile aux naturalistes et aux anatomistes qui veulent conserver pendant quelque temps des pièces d'étude. Il pense qu'il pourrait notamment rendre service dans le cas où une personne ayant été victime d'un assassinat ou d'un empoisonnement, on aurait intérêt à garder pendant un certain temps le cadavre pour des recherches de médecine légale.

Monstre nosencéphale.

M. Geoffrey Saint-Hilaire présente, au nom de MM. Joly, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse, et Guitard, chirurgien interne à l'Hôtel-Dieu de la même ville, une note sur un enfant nosencéphale adhérant à un placenta et né vivant à Toulouse le 26 juillet 1850.

Ce monstre humain est né à terme. Il a vécu quarante-deux heures; il a crié et a pu même avaler de l'eau sucrée. Il appartient au genre nosencéphale de Geoffroy Saint-Hilaire, et il offre en outre des particularités uniques dans l'histoire des pseudencéphaliens.

Le placenta adhère par des brides membraneuses à la face et à la tumeur nervoso-vasculaire qui représente le cerveau; la bouche est largement béante; les lèvres sont considérablement écartées l'une de l'autre; le nez est à peine indiqué; les yeux sont sortis de leurs orbites; enfin, il existe une fissure palatine et l'un des maxillaires supérieurs (le droit) n'est pas encore soudé avec l'os incisif ou intermaxillaire.

Sauf un développement considérable de sa partie abdominale, un léger renversement des pieds en dedans et un embonpoint très remarquable, le reste du corps n'offre à l'extérieur rien de particulier. Mais il n'en est pas de même de l'intérieur. En effet, il existe dans la cavité thoracique un déplacement du cœur à droite sans inversion splanchnique abdominale. L'appareil urinaire et les organes génitaux externes étaient plus développés que de coutume; mais en revanche on ne trouvait aucun des organes génitaux internes. Cependant, à en juger par l'inspection des parties extérieures, le sexe du monstre était femelle.

Voici les conséquences que MM. Joly et Guitard ont cru pouvoir tirer de l'examen de ce monstre :

1° Les brides placentaires ne sont ici rien autre chose que les restes normalement conservés et accrus de l'un des deux capuchons amniotiques qui entourent l'embryon dans les premiers temps de son existence.

2° Les brides ont agi d'une manière mécanique à la façon de *vrais tirans*, comme le dit Geoffroy Saint-Hilaire, sur les parties auxquelles elles sont fixées. En tiraillant ces parties, quand le fœtus faisait certains mouvements tendant à l'éloigner du placenta, elles ont mis obstacle au développement normal et complet du nez, des yeux, de la lèvre supérieure et de la mâchoire.

3° Elles peuvent même avoir déterminé, au moins en partie, l'atrophie de l'encéphale et de la portion supérieure de la boîte osseuse qui le contient. Toutefois, les auteurs pensent qu'il faut tenir compte de l'impression morale produite sur la mère (elle avait été frappée pendant toute la durée de sa grossesse du souhait qu'avait fait une de ses sœurs qu'elle mît au monde un monstre).

4° L'existence de l'os intermaxillaire, niée par plusieurs anatomistes chez l'espèce humaine, est prouvée chez ce monstre par l'absence de soudure du maxillaire supérieur droit avec l'os qui porte les dents incisives.

5° Le développement complet de l'appareil urinaire en l'absence de tout appareil génital interne semble trancher la question si souvent débattue de l'indépendance primitive de ces deux appareils. Il prouve qu'ils ne proviennent pas d'une seule et même source (les corps de Wolf), mais bien de plusieurs sources parfaitement distinctes entre elles, comme elles le sont des corps de Wolf.

6° L'existence des organes génitaux externes et l'absence des internes démontre de la manière la plus positive que les premiers ne sont qu'une simple dépendance de la peau.

7° Enfin, comme le placenta n'a point fourni d'hémorragie, soit avant, soit après la section des cordons ombilicaux, ne peut-on pas inférer de cette circonstance qu'il n'existe au-

cune communication directe, aucune anastomose véritable entre les vaisseaux du placenta et ceux de la matrice?

Nouvelle théorie de la vision.

M. le docteur Dezautière, de Decize (Nièvre), adresse une note sur la vision. L'auteur s'est proposé de rechercher dans ce travail la cause du phénomène du redressement de l'image oculaire renversée par les milieux réfringents de l'œil. L'auteur, après avoir réfuté l'explication que l'on trouve dans la plupart des ouvrages de physique et de physiologie, expose une nouvelle théorie, qui consisterait à faire jouer à la rétine le rôle d'un miroir réfringent. La rétine, dit-il, tout en servant à transmettre au cerveau pour y être changée en sensation l'impression qu'elle a reçue des objets extérieurs, servirait aussi à redresser les images qui arrivent renversées sur sa surface.

MÉDECINE LÉGALE.

Solidification des empreintes de pas, etc.

Par M. Hugoulin, pharmacien de 1re classe de la marine militaire (Toulon).

On sait l'intérêt majeur qu'il y a souvent en médecine légale à conserver les empreintes laissées sur le terrain par les pas d'hommes ou d'animaux, par des roues de voiture, etc. La difficulté, jusqu'à ce jour, a été de conserver ces empreintes. Voici un procédé qui a été expérimenté avec succès par M. Hugoulin devant des magistrats et des médecins, et qui semble, en effet, devoir remplir assez bien le but auquel il est destiné.

Lorsqu'un crime a été commis, et que l'instruction croit pouvoir tirer quelques preuves de l'impression des pas ou autres traces, le premier soin des officiers de justice doit être de recouvrir les traces les mieux marquées avec une caisse, un tonneau défoncé, ou quelque ustensile analogue qui préserve ces traces de toute altération par suite de l'intempérie de l'air, vent, pluie ou neige, et d'en confier la garde à une personne sûre pour donner le temps au chimiste légiste d'arriver sur les lieux.

L'expert devra d'abord élever une barrière du côté du vent, avant d'enlever l'appareil qui recouvre les traces, pour préserver celles-ci de tout dommage. Voici les opérations qu'il aura à faire ensuite pour solidifier les empreintes.

Il sera muni d'une certaine quantité d'acide stéarique (bougie de l'étoile) réduit en poudre impalpable par le procédé chimique, qui consiste à dissoudre celui-ci dans son poids d'alcool à 82 degrés centigrades et à chaud, puis à verser cette dissolution dans une grande quantité d'eau froide que l'on agite avec une spatule. On passe à travers un linge, on exprime, et l'on fait sécher l'acide gras sur du papier filtré à l'air. L'acide stéarique est ainsi en poudre floconneuse d'une grande ténuité.

L'expert sera encore muni d'un fragment de tôle peu épaisse, d'une surface un peu plus grande que l'empreinte qu'il voudra solidifier; il en relèvera les bords, qu'il percera de distance en distance de quelques trous, pour permettre le passage d'un courant d'air; aux extrémités, il pourra adapter des fragments de fil de fer pour pouvoir déplacer au besoin le fourneau improvisé. Cette feuille de tôle sera posée sur un gril en fil de fer que l'on posera avec précaution au-dessus de l'empreinte, de manière que les barres du gril soient à une distance de 3 à 4 centimètres au-dessus du sol; on le fixera avec quelques fragments de brique. L'appareil ainsi disposé, on charge la feuille de tôle de charbons incandescents; la tôle rougit bientôt, et par rayonnement échauffe l'empreinte.

Quand cette dernière est ainsi échauffée à une température de 100 degrés environ, on met sur un tamis de crin assez serré une centaine de grammes d'acide pulvérisé, et l'on tamise cette poudre en couche uniforme sur la surface de l'empreinte; l'acide stéarique tombe en une poussière neigeuse d'une pesanteur si minime qu'elle ne saurait altérer la trace, quelque fugace qu'elle fût.

A peine arrivée sur le sol, cette poudre fond et disparaît, absorbée qu'elle est par le terrain. On en projette ainsi jusqu'à ce que le terrain soit assez refroidi pour ne plus fondre l'acide; on peut en laisser tomber un excès, que l'on fera absorber en promenant de nouveau à distance la tôle rouge sur la trace.

L'opération de fixation est alors achevée; on laisse refroidir complétement le terrain; ce temps de refroidissement varie suivant le terrain et la saison. Puis on mine tout autour de l'empreinte pour l'enlever d'une seule pièce; on la diminue avec précaution au moyen d'un couteau pour lui laisser le plus petit volume possible, et on la dépose, en la renversant avec ménagement, sur un linge plié en plusieurs doubles, dont on relève un peu les bords au moyen de quelques fragments de bois ou de pierre, de manière à former une capsule dont le fond est le dessous de l'empreinte, et l'on coule dans cette capsule une couche de quelques centimètres de plâtre gâché clair.

Quand le plâtre est solidifié, l'empreinte a acquis toute la solidité nécessaire pour être touchée, emballée entre deux couches de coton rame, et expédié au cabinet de l'instruction.

Si l'empreinte était sur de la boue, dans un terrain humide ou marécageux, il faudrait, avant d'opérer comme je viens de le dire, creuser avec précaution un fossé circulaire à l'empreinte; on le remplirait de plâtre sec ou gâché épais: en se solidifiant le plâtre absorberait une grande partie de l'eau du terrain; on minerait par dessous, et l'on enlèverait le tout, qu'on transporterait à l'abri des rayons solaires pour laisser sécher sans fendillement. Après quelques jours de dessiccation à l'air libre, on opérerait comme ci-dessus, et avec plus de commodité que sur le terrain.

Il est facile enfin de comprendre que ce procédé peut, avec quelques variantes forcées par les circonstances, s'appliquer à tous les cas; que l'expert peut aussi modifier les appareils que j'ai décrits. Un fer à repasser chargé de charbon incandescent, un couvercle de cuisine (four de campagne, léchefrite), peuvent remplacer la feuille de tôle, quatre briques remplacer le gril. L'opération fondamentale restera toujours la même.

Conservation de l'iodure de fer.

Nous avons reçu de MM. Gille et Blancart deux réclamations relatives au même objet. La citation que nous avons empruntée, dans notre dernière *Revue clinique*, au Bulletin de l'Académie ne s'applique pas au procédé de conservation de M. Gille, mais bien à celui de M. Blancart; car la préparation employée par le praticien que nous avons cité est bien celle de M. Gille, et ce sont aussi les dragées de ce pharmacien qu'ont employées avec succès les médecins de l'hôpital des Enfants, de l'hôpital Beaujon et de la Maison nationale de Santé.

Statistique des hôpitaux d'Angleterre.

En attendant que nous fassions connaître à nos lecteurs d'intéressants documents sur les hôpitaux de Londres qu'un de nos plus zélés et plus intelligents collaborateurs ne tardera pas à nous livrer, nous croyons devoir leur faire connaître la petite statistique suivante, qui n'est pas sans intérêt:

On compte à Londres douze institutions pour l'enseignement des sciences médicales; elles sont presque toutes annexées aux principaux hôpitaux de la capitale. Ce sont: 1° l'Ecole et le Collége médical de Saint-Bartholomée; 2° l'Hôpital-École de Charing-Cross; 3° l'Institut luthérien de médecine et de chirurgie; 4° l'Hôpital-Ecole de Guy; 5° le King's-College (collége du roi); 6° l'Hôpital-Ecole de Londres; 7° l'Hôpital-Ecole de Middlessex; 8° l'Hôpital-Ecole de Saint-Georges; 9° l'Hôpital-Ecole de Saint-Thomas; 10° l'Ecole annexée à l'Hôpital Saint-Georges.

Plus de cent cinquante professeurs sont attachés à ces divers établissements; nous citerons seulement ceux dont les noms nous sont plus connus:

A l'hôpital Saint-Bartholomée, MM. Skey, Paget, Bunws, Lawrence.

A l'hôpital de Charing-Cross, MM. Warthon (Jones), Hamak.

A l'hôpital de Guy, MM. Bird, O. Rees, Addisson, Babington, Barlow, B. Cooper, Lever.

Au King's-college, MM. Lee, Patridge, Todd, Bowam-Budd, Fergusson, Forhes, Jones.

A l'hôpital-école de Londres, MM. Var, Carpenter, Ramsbotham.

A l'hôpital-école de Saint-Georges, MM. Prescott, Hewest, Johnson, Robert Lee.

A l'école médicale de l'Université, MM. Sarpeb, Graham, Lindley, Garrod, Walshe.

Vingt-deux autres hôpitaux-écoles existent dans les provinces; ce sont: l'hôpital de Bath, l'Hôpital général, l'hôpital de la Reine et l'hospice à Birmingham, l'infirmerie et l'hôpital Saint-Pierre à Bristol, l'hôpital général de Suffolk, l'hôpital Addenbrooke à Cambridge, l'hôpital à Devon et Exeter, l'infirmerie de Gloucester, l'hôpital général de Hull, l'hospice de Leeds, l'hospice et l'hôpital de Liverpool, l'hospice royal de Manchester, l'hospice de New-Castle, l'hôpital général de Northampton, l'hospice de Shrewshury, l'hôpital général de Sheffield, l'hôpital général de Stafford, l'hospice de Worcester, l'hôpital de Yorck.

Nouvelles du choléra.

La note suivante, qu'on lit dans le *Toulonnais*, en même temps qu'elle nous annonce la nouvelle décroissance du choléra dans nos possessions du nord de l'Afrique, nous prouve que M. le ministre n'a pas encore triomphé, malgré les efforts de son commissaire extraordinaire, des préjugés de l'intendance sanitaire de Marseille:

« L'état sanitaire des troupes débarquées récemment au lazaret s'améliore. Il n'y a en ce moment qu'un petit nombre de malades, et depuis plusieurs jours on n'a pas enregistré un seul décès. Si, comme tout le fait espérer, cet état de choses se maintient, les passagers du *Labrador* pourront enfin avoir leur entrée. Quant au *Labrador*, n'ayant eu aucun cas de choléra *à bord* depuis le 31, jour auquel il a débarqué ses passagers au lazaret, ce steamer a été admis à la libre pratique.

» On sait que la frégate à vapeur le *Sané*, arrivée ces jours derniers d'Alger, dut continuer immédiatement sa route pour Marseille, afin de débarquer ses passagers, au nombre de 900, au lazaret de ce port. Ce bâtiment est de retour sur rade, et nous apprenons qu'il a perdu quelques passagers pendant la traversée. Le *Sané* reste en quarantaine jusqu'à nouvel ordre.

» Le bâtiment à vapeur l'*Eclaireur*, qui a porté à Alger M. le général de division d'Hautpoult, gouverneur général de l'Algérie, vient d'effectuer son retour sur rade, et il est entré en libre pratique dès son arrivée. L'*Eclaireur* est reparti d'Alger sans communiquer, le général d'Hautpoul étant passé sur la frégate à vapeur l'*Orénoque* en arrivant devant la capitale de la colonie. Le choléra avait beaucoup perdu de son intensité à Alger. »

M. le docteur Phillips commencera un cours des maladies des voies urinaires le mardi 19 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

Huile d'Aix.

Je rappelle les huiles d'Aix au souvenir de mes confrères. Je dois aussi leur indiquer le but de mon entreprise; le voici: Créer dans les principales villes, sous la surveillance médicale, des maisons auxquelles seraient expédiées les meilleures huiles avec toutes les conditions de sécurité et de bon marché; ajouter les bénéfices de ces diverses maisons au fonds de prévoyance de l'Association médicale. Les huiles d'Aix deviennent très rares par plusieurs raisons, et les médecins feront, je pense, une chose utile et honorable sous tous les rapports en plaçant cette précieuse denrée sous leur protection. Ce projet, au sujet duquel je réclame l'attention, la bienveillance et les avis des confrères, ne peut pas être mis à exécution cette année, parce que la récolte est presque nulle et de qualité très médiocre. Le prix aussi est élevé.

Je ne suis point en mesure d'expédier avec certitude qu'elles sont pures les huiles de la rivière de Gênes ou de Naples, qui se rapprochent le plus des nôtres; d'ailleurs, cette année les olives ont encore plus souffert en Italie que chez nous. L'an prochain, si l'idée que j'expose avec timidité dans un petit coin du foyer médical est accueillie, nous nous souviendrons que nous avons des confrères à Naples comme à Gênes.

Je n'assure pas que nous fournirons cette année à toutes les demandes, quelque restreintes qu'elles soient; tout ce que je peux promettre, c'est que l'huile expédiée sera la meilleure connue de nous.

« En ce moment, 2 fr. 25 c. le kilog. pris sur place, tous autres » frais à la charge du destinataire. Pour plus de commodité, le » remboursement se fera par un mandat à deux mois du jour d'ex- » pédition, suivant lettre d'avis contenant facture. »

Nota. — Une simple lettre de demande d'un confrère ou signée de lui, à M. Rondard, docteur et maire à Grans (par Salon) (Bouches-du-Rhône.)

Parmi les maisons qui s'occupent de la préparation de l'huile de foie de morue, il en est une que nous nous plaisons à recommander à nos lecteurs: c'est celle de MM. Hogg et Cie, dont les produits jouissent de la réputation la mieux justifiée.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 135. (23e ANNEE.) SAMEDI 16 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Tumeur squirrheuse de la grosseur d'un œuf de poule d'Inde située à la partie antérieure de la trachée. Symptômes remarquables de la maladie. — Les cas de tumeurs squirrheuses post-trachéales sont trop rares dans la science pour que nous ne fassions pas connaître avec tous les détails possibles celui qui nous est communiqué par un de nos distingués confrères de province, M. le docteur Leclerc, de Caen.

La femme Betourné, poissonnière, demeurant rue Basse, 95, à Caen, me fit appeler le 6 octobre de l'année dernière pour lui donner des soins; on me raconta que la veille, revenant chargée de deux paniers de poissons, elle fut tout à coup prise d'un violent mal de tête, d'une grande gêne de la respiration, de difficulté à avaler; il lui sembla, et nous verrons qu'elle ne se trompait pas, que sa face, son cou, tous les tissus recouvrant la cavité thoracique étaient boursouflés : elle ne put rentrer chez elle qu'à l'aide d'un bras et passa la nuit sans sommeil assise dans son lit.

Je la vis le matin, vingt heures environ après l'apparition des symptômes sur lesquels je vais bientôt revenir.

Cette femme me dit être âgée de soixante et un ans, n'avoir jamais eu d'enfants; que ses règles étaient passées depuis douze ans sans qu'elle eût senti aucun changement notable dans sa santé, qui avait toujours été bonne; qu'il y a quatre ou cinq ans, elle se trouva prise entre une roue de voiture et une borne; le côté droit et inférieur du ventre et le bas des lombes du côté gauche furent contus; qu'elle éprouva une grande frayeur et ressentit longtemps des douleurs, ce qui ne l'empêchait pas de continuer à crier son poisson par les rues; qu'elle n'avait jamais, à sa connaissance, été retenue au lit par aucune maladie; que, depuis quelques mois, elle souffrait d'une gêne de la respiration qu'elle attribuait aux cris qu'elle poussait pour vendre sa marchandise; enfin, qu'elle avait été prise d'une toux sèche vers le milieu du mois de septembre : elle ne faisait aucun excès de boissons. Elle me parut grande, fortement constituée et, autant qu'il était possible d'en juger, d'un tempérament sanguin bilieux. Après ces questions préliminaires, je passai à l'examen de la malade et constatai les phénomènes suivants :

Elle me frappa par son facies extraordinaire; le visage, le pourtour du cou et de la poitrine étaient considérablement tuméfiés et comme enluminés; deux poches noires, saillantes apparaissaient au-dessous des yeux, et, ce qui fixa le plus mon attention, ce fut un réseau de petites veines bleuâtres, tendues, qui, partant de chaque côté du cou, du milieu des clavicules, descendait horizontalement disposées et obliquement de dedans en dehors jusqu'au-dessus des seins, qui, à leur partie inférieure, offraient encore un cordon veineux plus volumineux et de même couleur.

Les veines jugulaires formaient une saillie dure et d'une teinte foncée, surtout à leur partie inférieure; cette saillie était plus prononcée du côté gauche, où elle atteignait le volume d'une grosse noix.

Je crus d'abord à un emphysème des poumons, mais les tissus n'étaient pas crépitants à la pression et quelques mouchetures pratiquées sur différents points ne laissèrent échapper aucune bulle d'air; il ne s'agissait pas non plus d'un œdème, les doigts ne laissant aucune empreinte et éprouvant au contraire une assez grande résistance. Le nez était le siége d'une turgescence à sa racine; la parole était nasillarde et embarrassée, la respiration courte : ce qui me parut le plus remarquable, c'est que, si la malade se remuait et se penchait en avant, elle devenait toute violette, plus bouffie et son aspect avait quelque chose de singulièrement anormal : ses mouvements étaient lents, d'une seule pièce, la tête ne pouvant être fléchie d'aucun côté; elle avalait difficilement, quoiqu'elle n'éprouvât aucun dégoût; la langue était naturelle; les urines abondantes, de couleur et de consistance ordinaires. Le ventre était souple et les évacuations se faisaient bien; l'estomac seul était gêné sans doute par la pression du diaphragme refoulé par l'immobilité des organes thoraciques : je dois ajouter que toutes les parties tuméfiées étaient sensibles, surtout au toucher.

Mon premier soin fut d'ausculter les poumons et le cœur; ce dernier n'offrait aucun trouble anormal; ses battements, petits, étaient isochrones avec ceux du pouls, qui donnait 100 pulsations et était moyennement dur. Le poumon gauche faisait entendre le bruit respiratoire naturel; ce bruit était obscur de l'autre côté.

Il me vint à l'idée qu'il y avait là un obstacle à la circulation dans quelque gros vaisseau à sang noir. Je fis une copieuse saignée, prescrivis des préparations de digitale à l'intérieur et en frictions, du sirop de pointes d'asperges; l'amélioration fut presque nulle. Je pratiquai deux nouvelles saignées à de courts intervalles; le sang, comme dans la première, était noir, épais, sans traces d'inflammation. Des sangsues furent appliquées, des purgatifs administrés; le pouls perdit de sa dureté, tout en conservant sa fréquence. La malade put cependant se lever, préparer les repas de son mari et y prendre même part; mais tous ses mouvements s'exécutaient avec une grande lenteur, il lui fallait l'appui d'un meuble, et, si elle se baissait, elle pouvait à peine se relever, tant la tête devenait lourde en même temps que la face violacée. Les accidents ne tardèrent pas à reprendre leur première intensité, et je perdis tout espoir de guérison.

Ce fut alors que je racontai à la Société de Médecine ce que j'avais observé, en invitant ceux d'entre les membres qui le voudraient à venir visiter la malade. La Société fut généralement d'avis que les symptômes que j'avais soumis à son appréciation avaient pour cause un obstacle à la circulation dans un ou plusieurs gros vaisseaux à sang noir. Trois collègues, qui auscultèrent avec soin la cavité thoracique, partagèrent cette opinion; l'un d'eux cependant, frappé du développement anormal de la veine jugulaire gauche, crut, sans pouvoir l'affirmer d'une manière absolue, reconnaître un cas d'érosion ou perforation spontanée de cette veine affectée d'une tumeur fongueuse, cas très rare dont M. le professeur Roux avait publié l'observation. Un quatrième confrère, anatomiste distingué, qui m'accompagna dans une de mes visites, diagnostiqua un trouble profond dans l'innervation.

Mes honorables collègues rendirent compte de leur examen; mais comme les sources auxquelles avait puisé celui qui penchait pour une érosion étaient trop laconiques pour que la Société fût suffisamment éclairée et convaincue, et pour ne rien négliger de ce qui pourrait conduire à un diagnostic plus certain, je fus invité à adresser au savant professeur de Paris une analyse des symptômes observés, en le priant de bien vouloir donner son opinion et nous faire parvenir son mémoire sur l'érosion des tumeurs fongueuses des veines. Une réponse des plus obligeantes ne tarda pas à m'arriver, dans laquelle notre vénérable maître exprimait son doute sur l'existence d'une tumeur sanguine : « La seule chose qui m'ait paru la plus vraisemblable, disait-il, après avoir relu plusieurs fois votre lettre, c'est que l'accident primitif et la cause encore agissante des désordres fonctionnels qui subsistent maintenant ont dû avoir leur siége plutôt au cœur même ou vers l'embouchure des gros vaisseaux dans cet organe que dans quelque point du trajet de ces vaisseaux. »

Nous fûmes donc unanimes pour nous ranger à cette manière de voir, qui était déjà celle de la plupart des membres de la Société. Mes trois confrères et moi continuâmes à donner des soins à la malade, bien convaincus pourtant que nous étions de leur inefficacité. Le pouls ayant repris de la dureté, nous fîmes faire une nouvelle saignée; le sang offrit les mêmes caractères que précédemment; il en résulta un mieux très passager; la voix devint de plus en plus rauque, la respiration faisant entendre un bruit de râpe bien distinct, en avant de la glande thyroïde surtout, point où la gorge avait constamment offert une saillie de couleur foncée; les inspirations, de 28, étaient arrivées à 33 et 34, le pouls de 100 à 125, ou 130 pulsations par minute. Des douleurs déchirantes se faisaient sentir à la région épigastrique après l'ingestion de quelque léger aliment; enfin la malade put à peine prendre à la fois une cuillerée à café de liquide, tant la suffocation était imminente, et elle succomba le 15 février dernier, à midi.

Il n'est peut-être pas sans importance de rappeler qu'elle a toujours eu quelques quintes de toux, mais sans expectoration, si ce n'est de matières muqueuses sans consistance ni changement de couleur.

Autopsie. Elle fut faite vingt-six heures après la mort par M. le professeur Lebidois, en présence de MM. Durand et Liégard, qui tous trois avait suivi la marche de la maladie. En voici le résultat.

Aspect extérieur. Aucun œdème ni de la poitrine, ni des jambes; pâleur des lèvres.

La peau est enlevée pour mettre à découvert toute la partie antérieure et latérale du thorax; la graisse est compacte et n'offre aucune infiltration; les veines jugulaires externes, visitées avec soin, ne présentent aucune altération; mais leurs parois sont minces, transparentes, affaissées, presque vides, et plus petites qu'à l'état ordinaire.

La cavité thoracique est largement ouverte par le procédé de Chaussier. Une grande quantité de sérosité, d'un jaune-orange, qu'on peut évaluer à un litre, entoure le poumon droit, qui est rétracté, refoulé vers son point d'attache, et dont le volume est d'un tiers moindre que celui de gauche; il n'y a dans cette cavité aucun épanchement sanguin; le poumon est moins crépitant qu'à l'état normal, sa partie supérieure et interne est fortement adhérente à la partie correspondante de la plèvre par un tissu très dense, d'apparence squirrheuse, qui se continue derrière l'articulation sterno-claviculaire et la première pièce du sternum; ce que nous ne tarderons pas à voir. Ce poumon, séparé à son point d'atta-

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9 novembre.)

Cependant Suidas s'éloigne un peu de cette opinion, et rapporte (*voc.* Ζαραπις) que le cercueil où était enfermé le corps d'Apis fut transporté de Memphis à Alexandrie, et y fut adoré sous le nom de Sérapis. Pausanias se rapprocbe de cet avis, et prétend que le plns ancien temple de Sérapis était à Mcmpbis, et le plus célèbre à Alexandrie; enfin Plutarque (*De Isid. et Osirid.*, p. 484, Wigtt) soutient que Sérapis n'est autre qu'Osiris ayant changé de nature : ὅτε τὴν φυσίν μετέϐαλε. Et plus loin (pag. 485), il identifie également Osiris et Apis, le dieu taureau de Memphis. Strabon (*Geogra.*, lib. XVIII, p. 807) partage entièrement l'opinion de Plutarque.

Pour nous, nous nous rangeons complétement à cet avis, et voici nos raisons. Nous les déduisons 1° d'un des dogmes religieux des Egyptiens; 2° de l'étymologie même du mot Sérapis.

Les Egyptiens croyaient à la métempsycose, et par suite de cette croyance ils avaient imaginé une légende par laquelle nous apprenons qu'Osiris étant mort son âme était passée dans le corps d'un bœuf, réunissant certaines qualités déterminées à l'avance, et que l'on désignait sous le nom d'Apis, et que lorsque l'Apis meurt l'âme d'Osiris passe successivement dans le corps de chaque nouvel Apis.

De cette légende sont nées deux étymologies qui, par des routes différentes arrivent au même but. La première, regardant Sérapis comme la réunion d'Osiris et d'Apis, c'est-à-dire comme l'ensemble formé par l'âme du dieu et le corps de la bête, veut que le mot Sérapis ait été composé du nom des deux parties contractantes, si je puis ainsi dire, Osiris-Apis, et que par abréviation ou eupbémisme, on lui ait successivement fait subir les transformations suivantes : O'Siris-Apis, Siris-Apis, Sirapis, Sérapis.

La seconde étymologie, considérant que l'âme d'Osiris a passé dans Apis, que par conséquent Osiris et Apis ne forment plus qu'un seul personnage, mais qu'ayant fallu différencier le culte rendu à Osiris *vivant* de celui rendu à Osiris *mort*, la seconde étymologie, disons-nous, veut que le mot Sérapis exprime cette différence, et signifie Osiris ou Apis au tombeau : Ἄπις ενσορῷ, σορός Ἅπις, Σόραπίς, Σέραπίς.

Comme on le voit, cette double étymologie, ainsi que la légende que nous avons rapportée, confirment pleinement l'opinion de Plutarque : ὅτε τὴν φύσιν μετέϐαλε.

L'étymologie cophte que M. Freret a donnée dans les mémoires de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, t. XLVII, p. 37, vient entièrement corroborer cette manière de voir. Le cophte, on le sait, est l'égyptien moderne, et a les plus grandes analogies avec la langue des Pharaons. M. Freret prétend donc que le mot Sérapis est formé des deux mots *Sor-Hap*, qui, rendus à la lettre, signifient en latin *manifestans-judex*. M. Freret pense que ce serait là l'idée de Pluton jugeant aux enfers. C'est donc toujours Osiris adoré chez les morts.

D'autres étymologies nombreuses ont été données au mot Sérapis; les unes se rapprochent plus ou moins de l'idée d'Osiris au tombeau, d'autres s'en éloignent complétement. Dans la première catégorie nous trouvons l'explication de Zoëga, de Porphyre, qui tire Sérapis du mot *Adschorapis*, dont la signification est père ou seigneur des ténèbres (*Nami. Egypt.*, p. 81, et *Obelisc.*, p. 310). Dans la seconde, enfin, figure le savant Jablonski, qui voit dans Sérapis *le Nil à la coudée*, la mesure des eaux, et veut que le mot formé de Sar-Api signifie simplement *la colonne de la mesure ou du nombre.* (*Panth. Egypt.*, liv. IV, c. III, p. 255 et suiv.).

Enfin Strabon, Plutarque, Diodore de Sicile, ayant avancé que les Pharaons étaient assimilés à Osiris, Creuzer se demande si l'on n'aurait pas pu adorer un de ces dieux Pharaons sous le nom de Sérapis, surtout s'il avait rendu de grands services (1).

En présence des diverses étymologies que nous avons données et qui toutes, à l'exception de celle de Jablonski, se déduisent naturellement de la légende égyptienne, il est probable que le culte de Sérapis est tout égyptien, qu'il remonte à la plus haute antiquité et qu'en prenant le récit de Tacite comme vrai il ne faut voir que la translation d'une statue du dieu de Sinope à Alexandrie et non l'introduction en Egypte d'un nouveau culte. Ces mêmes étymologies ne doivent nous laisser aucun doute sur l'identité d'Osiris et de Sérapis, c'est-à-dire qu'elles nous montrent Osiris adoré sous le symbole de la mort.

Maintenant, ceux qui savent la puissance incommensurable que les Egyptiens supposaient à Osiris et s'ils se rappellent les formes symboliques sans nombre qu'ils donnaient à leurs dieux, si peu nombreux qu'Hérodote n'en compte que deux, comprendront sans peine qu'Osiris, régnant sur la terre, répandant à profusion l'abondance, source de la santé et de tous les biens, ait dû être adoré comme dieu de la médecine, quelle que fût d'ailleurs la nature sous laquelle il se présentait.

Les colonies égyptiennes qui vinrent se fixer en Grèce y apportèrent le culte de leurs dieux, et, à côté des temples des divinités essentiellement grecques, bâtirent des sanctuaires en l'honneur de leurs propres divinités, et, ainsi que nous le disions précédemment, quinze temples dédiés à Isis, Osiris et Sérnpis existaient en Grèce au rapport de Pausanias.

Les prêtres, essentiellement bypocrites et rapaces, de toutes ces

(1) *Des religions de l'antiquité*, par Creuzer, traduit par M. Guigniaut, t. Ier, 2e part., p. 413. — On consultera aussi avec fruit une dissertation de M. Guigniaut : *Le dieu Sérapis et son Origine*, etc., in-8, 1828; réimprimée à la fin des notes du liv. IV des *Histoires de Tacite*, trad. par M. Burnouf.

che, ne paraît pas gorgé de sang ; mais les arceaux bronchiques sont très ossifiés et crépitent fortement sur le scalpel.

Cinq petites tumeurs isolées et un groupe de petites tumeurs hémisphériques, blanchâtres, d'apparence cartilagineuse, sont adhérentes à la face interne de la plèvre qui recouvre la colonne vertébrale et la partie des côtes voisines.

La cavité gauche renferme trois verres environ de sérosité, moitié moins que celle de l'autre côté; le poumon est d'une teinte plus foncée que le droit, plus développé et très crépitant; il avait été moins gêné dans son expansion. La pièce supérieure du sternum et la moitié interne des clavicules réséquées, les lobes droit et gauche de la glande thyroïde enlevés pour mettre à nu la trachée artère, nous découvrons une tumeur de forme triangulaire de la grosseur d'un fort œuf de poule d'Inde, adhérant par sa partie supérieure à la glande thyroïde, et en bas du sommet du péricarde qu'elle refoule en se prolongeant jusqu'à la bifurcation de la trachée artère, entre laquelle elle s'engage; elle est plus portée à droite, où elle s'irradie jusqu'à la racine du poumon de ce côté, ce qui, comme nous l'avons déjà observé, y avait causé une sorte d'atrophie. Cette tumeur entourait les vaisseaux qui se rendent du cœur à la tête, aux poumons, *et vice versâ*, en se moulant en quelque sorte comme une coulée de plâtre autour de ces vaisseaux et de la trachée artère.

Le péricarde ouvert offre deux grandes cuillerées de sérosité. Le cœur, qui a son volume ordinaire, est enlevé avec la tumeur et le groupe de vaisseaux qu'elle enveloppe, et dont elle remplit entièrement les intervalles, ainsi que la trachée-artère, jusqu'à une certaine hauteur. Le cœur, en général, est mou, flasque; les cavités gauches présentent plus d'épaisseur que les cavités droites; l'aorte est sensiblement rétrécie à son origine et dans son trajet à travers la tumeur.

L'oreillette droite est très dilatée, friable et très amincie; il en est à peu près de même du ventricule droit.

La veine cave supérieure était très resserrée vers la partie inférieure de la tumeur, et considérablement dilatée au-dessus.

Nous coupons tous les vaisseaux qui traversent cette tumeur pour mieux juger de leur degré d'oblitération.

Les veines sous-clavières droites et gauches sont tellement étroites, qu'une sonde cannelée ordinaire peut à peine pénétrer dans leur intérieur à une certaine distance de leur point d'invasion par la tumeur. Il en est de même des veines jugulaires internes à leur embouchure dans les sous-clavières, mais à un moindre degré. L'artère sous-clavière gauche, qui se trouve en dehors de la tumeur, a conservé son calibre ordinaire. L'artère sous-clavière droite offre un rétrécissement sans oblitération, bien qu'incrustée dans la tumeur. L'artère carotide primitive droite est d'un calibre plus petit qu'à l'ordinaire; la carotide primitive gauche est, au contraire, d'un calibre plus grand.

La tumeur, qui offre une saillie à droite, est incisée en dédolant; elle est dure, lardacée, crépitante; elle étreint, comme nous l'avons dit, tous les vaisseaux qui se rendent au col, à la tête, le tronc brachio-céphalique, la sous-clavière, l'artère sous-clavière, la partie inférieure des veines jugulaires, la veine cave supérieure, moins quelques vaisseaux qui se trouvent plus à gauche, côté vers lequel cette tumeur est moins étendue. On peut se faire une idée de la région qu'elle occupe en se rappelant les limites que nous avons tracées, tant en haut qu'en bas et sur les côtés; elle embrasse la trachée en avant en s'incrustant dans sa bifurcation; elle fait invasion dans les intervalles des cerceaux cartilagineux de la trachée-artère, qu'elle pénètre jusqu'à sa partie intérieure, qui est rouge, érodée, lardacée dans une assez grande étendue.

Cette tumeur est donc bien de nature squirrheuse, et doit remonter à une époque éloignée. Elle explique suffisamment les désordres que nous avons constatés pendant la vie, et devait être une cause de mort plus ou moins éloignée; aussi n'avons-nous pas cherché à pénétrer dans les autres cavités.

Mais quelle a pu être la cause de ces désordres subits qui se manifestèrent d'une manière si foudroyante, le 6 octobre, chez cette femme, qui, sans jouir d'une santé parfaite, n'avait pas cessé de vaquer à ses affaires, et s'y livrait, au contraire, sans trop de gêne? elle était, il est vrai, stimulée par sa prévoyance pour les besoins de son mari, âgé et infirme. L'épanchement considérable dans les cavités thoraciques, conséquence de l'obstacle apporté à la circulation par la tumeur, a pu augmenter subitement et donner lieu à cette aggravation des symptômes.

Pourrait-on attribuer l'origine de la tumeur, l'érosion du larynx, aux cris que poussait continuellement cette femme pour vendre son poisson, au froid qu'elle éprouvait dans certaines saisons? Cette opinion peut être soutenue avec quelque vraisemblance. Il se sera développé une inflammation dans le tissu cellulaire sous-muqueux de la trachée; de là la tumeur et l'ulcération de la muqueuse qui se sont progressivement développées jusqu'à la mort.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE

Maladies de la peau.

Du rupia.

Leçon clinique recueillie par M. A.-H. MARGERIE.

Le rupia appartient à l'ordre des affections bulleuses; comme le pemphigus, il a pour caractère un soulèvement de l'épiderme par un liquide séreux ou séro-purulent; mais, comme lui, il n'affecte jamais une forme aiguë et constitue une maladie essentiellement chronique, qui se développe toujours dans des conditions identiques; on ne l'observe, en effet, que chez des personnes dont la constitution a été affaiblie et détériorée soit par des maladies ou des influences hygiéniques fâcheuses, soit par des chagrins et des privations de toute sorte.

On peut voir dans nos salles un malade qui mérite à plus d'un titre de fixer notre attention : c'est un homme âgé de vingt-deux ans; il paraît fort et robuste, bien qu'on trouve chez lui quelques indices du tempérament lymphatique; il dit avoir toujours eu une nourriture saine et une habitation salubre. Il est venu réclamer nos soins, il y a sept mois, pour une éruption qui couvrait la plus grande partie de la face postérieure et supérieure du tronc, éruption qui avait donné naissance à des croûtes larges et épaisses, proéminentes à leur centre et peu consistantes. Ces croûtes étaient environnées d'une aréole très peu marquée; une pression légère, exercée à leur sommet, faisait sourdre à leur base un liquide purulent. Considérées isolément, elles ne pouvaient être prises que pour des croûtes de rupia; mais, si l'on venait à les examiner dans leur ensemble, si on remarquait qu'elles avaient leur siége sur le tronc et qu'elles y étaient réunies en grand nombre, tandis que le rupia présente à peu près constamment un petit nombre de croûtes dont les membres inférieurs sont ordinairement le siége de prédilection; si l'on se rappelait que le malade avait vécu au milieu de circonstances favorables, il était naturel de penser à l'existence d'une affection syphilitique. Nous restâmes longtemps indécis; les dénégations du malade ne nous empêchèrent pas de nous rallier à cette opinion. Il était possible que la syphilis eût été transmise par voie d'hérédité. L'insuccès complet d'un traitement antivénérien, et, à une époque plus éloignée, la chute des croûtes vinrent nous montrer que nous nous étions trompé. Lorsque l'inefficacité des préparations mercurielles fut reconnue, il nous parut convenable de suivre la méthode de traitement à laquelle nous avons habituellement recours dans le rupia et dans l'ecthyma, de laisser subsister les croûtes et de saupoudrer les parties malades avec de la poudre d'amidon; aucune modification ne se manifesta. Fatigué d'attendre une amélioration qui survient ordinairement dans l'espace d'un temps assez court, nous résolûmes de provoquer la chute artificielle des croûtes; nous trouvâmes des surfaces ulcérées, blafardes et saignantes, à bords inégaux, mais non taillés à pic, fongueuses en certains points, excavées en d'autres. Des cautérisations furent pratiquées avec le bi-iodure de mercure, dont nous avons plusieurs fois retiré de bons effets : elles demeurèrent sans résultat. La cicatrisation n'eut lieu qu'à partir du moment où le malade fut pansé avec un mélange de cérat et d'onguent styrax.

Les renseignements qui nous avaient été fournis ne nous permettaient pas de nous expliquer la production de la maladie d'une manière conforme aux données de la science sur ce point d'étiologie; une interrogation attentive et renouvelée nous a enfin appris que deux ans avant son entrée à l'hôpital le malade avait eu une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle des *boutons*, qui ont en ce moment leurs analogues à la cuisse gauche, étaient apparus à la cuisse droite. Nous l'avons dit déjà, toutes les causes propres à débiliter l'économie peuvent être le point de départ du rupia; aussi le voit-on survenir chez des vieillards et chez des enfants, chez des personnes soumises à une mauvaise alimentation et souvent sur des malades qui ont échappé à de graves affections, parmi lesquelles se placent quelquefois la scarlatine et la rougeole. L'ecthyma se présente souvent dans les mêmes conditions; nous avons vu dernièrement un malade chez lequel il s'était déclaré à la suite d'une variole; on dit dans ce cas que l'éruption est une crise qui juge la maladie primitive.

On distingue plusieurs variétés de rupia; la plus commune est le *rupia simplex*. Elle est caractérisée par une bulle complétement remplie d'un liquide séro-purulent, qui s'affaisse ou se crève, dont le contenu s'épanche ou s'épaissit de manière à former une large croûte d'une épaisseur ordinairement très considérable, plus grande au centre qu'à la circonférence. On ne voit point d'aréole rouge comme dans le *rupia proeminens*.

Le *rupia proeminens* est au fond la même affection que le rupia simple, dont il diffère par quelques particularités de peu d'importance; comme lui, il offre des croûtes qui recouvrent toute l'étendue de la surface occupée par les bulles auxquelles elles ont succédé; autour des croûtes existe un cercle enflammé et blafard, qui, à une certaine époque, devient le siége d'un soulèvement bulleux. Les bulles de nouvelle formation affectent la même marche que les anciennes; elles donnent lieu à des croûtes dont le dépôt successif forme plusieurs couches concentriques qui s'élèvent incessamment par une superaddition résultant de la concrétion du pus sécrété à leur base.

Une dernière variété est le partage exclusif de l'enfance; elle se produit sous l'influence des causes diverses que nous avons énumérées et consiste dans une éruption de taches livides, au-dessus desquelles l'épiderme est rapidement soulevé par une sérosité sanguinolente. Le liquide épanché ne se coagule pas. Il survient des ulcérations couvertes d'une sorte d'eschare. Telle est la maladie que certains auteurs ont décrite sous le nom de *pemphigus gangrenosus* et que l'on connaît généralement sous la dénomination de *rupia escharotica*.

Le diagnostic du rupia est assez facile; si au début de la maladie il existe des bulles comparables à celles du pemphigus, plus tard il se forme des croûtes qu'on ne rencontre jamais dans cette dernière affection et qui n'ont aucune ressemblance avec la desquamation lamelleuse particulière à une espèce de pemphigus chronique que nous avons dit se rapprocher de l'impétigo par l'apparence extérieure.

L'analogie du rupia avec l'ecthyma est très grande; si l'on en croit certains dermatologistes, l'ecthyma consisterait dans l'inflammation d'un follicule unique, le rupia dans l'inflammation de plusieurs follicules. Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'ecthyma aigu; l'ecthyma chronique peut seul devenir une cause d'erreur. Il se développe dans les mêmes circonstances et sous l'influence des mêmes causes que le rupia, mais il en diffère en ce qu'il est immédiatement constitué par des pustules; le liquide contenu dans les bulles du rupia n'offre jamais dès l'origine les caractères du pus, et ne devient séro-purulent qu'au bout d'un certain temps. Dans la première des deux maladies, l'éruption repose sur une base indurée qui suppure incomplétement; dans la seconde, elle repose sur des tissus dépourvus d'induration, mais qui suppurent dans toute l'étendue occupée par les bulles. Dans l'une, les croûtes recouvrent en partie seulement la surface qui était le siége de la lésion élémentaire; dans l'autre, elles dépassent les limites de cette surface : ajoutez qu'elles sont inégales et qu'elles ont moins de consistance. On a dit que l'ecthyma s'accompagnait de douleurs plus vives que le rupia; ce caractère n'est pas constant. Les pustules de l'un, et par suite les ulcérations et les croûtes, ont une forme mieux arrondie et plus nettement délimitée que les bulles, les ulcérations et les croûtes de l'autre. Mais, de toutes les différences qui séparent ces deux affections, la plus saillante est sans contredit la présence, à la périphérie des pustules de l'ecthyma, d'une induration et d'une aréole rougeâtre qui persistent pendant un temps très long.

divinités tant grecques qu'égyptiennes ne se contentaient pas de soigner les malades, ils prédisaient encore l'avenir. Cette dernière spécialité étant probablement plus lucrative que l'exercice de la médecine, les prêtres finirent par s'y adonner exclusivement, surtout lorsque quelques desservants d'Apollon, restés fidèles à la médecine, eurent déifié Esculape comme fils de leur dieu et lui eurent élevé des temples où l'art de guérir fut seul pratiqué. Les principaux de ces temples étaient ceux de Titane, d'Epidaure, de Cos, de Gnide, de Pergame et de Rhodes; ce dernier n'existait même plus du temps d'Hippocrate.

Depuis Pausanias et Plutarque, tous les auteurs qui ont écrit sur cette époque de l'histoire de la médecine ont prêté aux architectes des asclépions les intentions hygiéniques les plus grandes; Sprengel consacre un long article à expliquer la salubrité tantôt des lieux élevés, tantôt des plaines; ici des bords de l'eau, là des lieux secs, etc., selon que les temples dont il parle sont ou sur des montagnes, ou dans des plaines, ou au bord des rivières, etc. Leclerc n'est pas moins enthousiaste que Sprengel des règles hygiéniques des Asclépiades. Cabanis est d'autant plus charmé de cette intention qu'il y avait de plus une adroite ruse d'Esculape. MM. Gaultier et Littré partagent le ravissement de leurs devanciers; M. Malgaigne seul s'élève avec force contre de pareilles prétentions; nous n'hésitons pas à nous ranger de son côté tant qu'on ne nous aura pas prouvé que les anciens avaient trouvé la solution du problème encore inexpliqué aujourd'hui : Des meilleures conditions de salubrité des lieux destinés à un grand nombre de malades.

D'ailleurs, toutes les fables débitées depuis Pausanias sur la position hygiénique des asclépions sont un peu ébréchées par l'histoire de la fondation du temple d'Esculape dans une île du Tibre à peu près à l'époque d'Hippocrate : la peste, dit la tradition, ravageait Rome, quand une deputation fut envoyée à Epidaure pour consulter le dieu. Pendant que les députés admiraient sa statue, un serpent sortit du sanctuaire, et, traversant la ville, alla prendre passage à bord du bâtiment romain dans la chambre même d'un des députés; ceux-ci, ravis de posséder cette personnification du dieu, mirent à la voile, et, alors qu'ils remontaient le Tibre pour gagner Rome, le serpent s'élança tout à coup de sa retraite et sauta dans une île, sur laquelle on bâtit le temple d'Esculape. Nous cherchons vainement dans cette histoire une intention hygiénique.

Mais laissons ces fables, qui ne peuvent supporter un instant l'examen des esprits sérieux, et examinons si, comme l'ont voulu quelques auteurs, les asclépions étaient des établissements véritablement médicaux et si l'on peut les comparer à nos hôpitaux de nos jours.

D'abord le malade séjournait peu dans les temples; il y passait habituellement une ou deux nuits pour recevoir les songes; quelquefois même ses parents ou ses amis se transportaient à sa place près du dieu, et quand ni les uns ni les autres ne pouvaient faire le voyage, le dieu lui-même portait ses songes au malade; de plus, il était défendu aux femmes d'accoucher et à tout le monde de mourir dans le temple : voilà certes de singuliers hôpitaux, qui n'accordent leur hospitalité que pendant une nuit ou deux et qui la refusent à ceux qui en ont précisément le plus grand besoin.

Mais poursuivons, et nous verrons bientôt ce que nous devons penser du désintéressement de ces tristes jongleurs.

Les pratiques des Asclépiades avaient essentiellement pour but d'agir sur l'imagination des crédules malades qui les venaient consulter. Les admirateurs des prêtres-médecins n'ont pas manqué de voir, dans cette intention, de hautes connaissances physiologiques et pathologiques et une étude approfondie de l'influence du moral sur le physique. Aristophane nous apprend le cas qu'il faut faire de la science prétendue de ces fourbes, et s'il ne faut pas ramener leurs cérémonies à un but tout d'intérêt et de lucre.

D'abord le malade était soumis pendant plusieurs jours hors du temple à une diète sévère, afin sans doute de provoquer une faiblesse générale qui le livrât sans défense aux superstitieuses manœuvres des prêtres; ceux-ci se montraient fort sévères sur ce point, et Philostrate (1) nous apprend qu'ils se refusaient à traiter ceux qui ne se soumettaient point au régime. Les bains, les frictions, les fumigations, les purifications de toutes sortes préparaient le malade à franchir le seuil sacré du sanctuaire, et un sacrifice s'accomplissait enfin pour se rendre le dieu favorable. Ce sacrifice consistait en un animal quelconque; car Pausanias nous raconte qu'à Lithorée les chèvres en étaient exclues, tandis qu'à Balanagre, dans le pays des Cyrénéens, les chèvres seules y étaient admises.

Après tous ces préliminaires qu'accompagnaient toujours des prières ferventes et quelquefois des chants, composés, au dire de Platon, par des poètes rapsodes attachés au culte d'Esculape, le malade était, à l'approche de la nuit, introduit dans le temple et couché sur la peau des bêtes qui avaient servi pour le sacrifice. On leur recommandait alors de dormir et d'attendre l'arrivée d'Esculape et des songes.

Peu après commençaient des scènes bizarres à la vérité desquelles notre raison se refuserait de croire, si elles ne nous étaient attestées par les auteurs les plus dignes de foi. Ici, des serpents apprivoisés viennent lécher le malade et figurer le dieu de la médecine; là, un prêtre, déguisé en vieillard et tenant un enfant par la main, apparaît comme un fantôme et prononce des sentences où le ridicule le dispute à l'absurde; d'un côté, on tire des songes vrais ou faux du malade les inductions les plus singulières et les plus folles; d'un autre, le prêtre rêve pour le malade lui-même et lui fait les prescriptions les plus déraisonnables du monde. Mais au milieu de toutes ces jongleries, les offrandes arrivent abondantes, et les prêtres, pourvu que les présents soient riches et nombreux, ne s'inquiètent pas davantage des malades et des songes.

Nous voudrions terminer ce triste tableau par la description qu'Aristophane, contemporain d'Hippocrate, nous fait lui-même de ce honteux charlatanisme; mais l'espace nous presse, et nous ren-

(1) *Vita Apollinii Thyanei*, l. I, c. 9.

Le traitement du rupia, lorsque les causes de la maladie ont été éloignées, se compose de tous les moyens propres à relever les forces épuisées : une bonne alimentation, les préparations amères et toniques, le quinquina et la gentiane suffisent dans la plupart des cas. Lorsque l'éruption est située sur les membres, ce qui arrive presque toujours, le repos doit être prescrit. Il peut se faire que la maladie résiste à ce mode de médication, il devient alors nécessaire de faire tomber les croûtes et de cautériser ou de panser les ulcérations de diverses manières. Dans cette circonstance, la guérison est, en général, difficile à obtenir.

Il nous reste, pour compléter l'bistoire du rupia, à dire quelques mots sur une forme de cette affection qui, à raison de sa nature spéciale, se produit avec des caractères bien distincts de ceux que nous avons signalés ; nous voulons parler du rupia syphilitique. On sait que la syphilis peut revêtir tous les caractères des maladies de la peau pour constituer une grande classe d'affections, la classe des syphilides. De toutes les sypbilides, la plus rare est la syphilide bulleuse, soit qu'on envisage le *pemphigus neo natorum*, soit que l'on considère le rupia syphilitique ; encore faut-il ne pas oublier qu'on a souvent confondu l'ecthyma avec le rupia syphilitique. Quoi qu'il en soit, cette dernière maladie consiste dans des bulles remplies d'une sérosité trouble et noirâtre, hulles dont la forme est exactement arrondie. Au pourtour de l'épiderme soulevé existe une aréole rougeâtre, que l'on retrouve lorsque des croûtes ont succédé aux bulles. Nous n'avons pas besoin de mentionner la teinte spéciale et caractéristique de l'aréole. La formation des croûtes se fait avec lenteur ; leur couleur noire rappelle le liquide de la dessiccation duquel elles proviennent ; elles sont dures et cornées ; leur largeur ne dépasse pas celle d'une pièce de cinquante centimes ou d'un franc. Les ulcérations qu'elles recouvrent, au lieu d'être inégales et fongueuses, ont une surface uniforme et plane dont les bords sont taillés à pic.

Le rupia sypbililique prend ordinairement la forme du *rupia simplex*, rarement il revêt celle du *rupia proeminens ;* nous avons cependant vu une femme, qui avait contracté la syphilis d'un nourrisson par des gerçures du sein, présenter en même temps des croûtes de rupia simple et de rupia proéminent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 novembre 1850. — Présidence de M. Danvau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Chassaignac communique le fait suivant :

Il y a un an environ, un homme vigoureux, quoique âgé, fut renversé par une voiture chargée de neuf pièces de vin. Une des roues de la voiture, en passant sur le corps de ce malheureux, produisit les fractures suivantes :

1° Une double fracture de la cuisse droite ;

2° Une fracture comminutive du radius gauche avec plaie ;

3° Une fracture en plusieurs éclats, avec larges plaies et ulcération des muscles, des vaisseaux et des nerfs à la partie inférieure du bras droit. Cette fracture se complique d'un emphysème considérable qui remonte jusque dans le creux de l'aisselle.

Cette dernière lésion nécessita l'amputation du membre droit. La méthode à deux lambeaux fut mise en usage, et la section de l'os fut faite tout près de l'articulation. Plusieurs hémorrhagies secondaires survinrent, et la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule fut faite pour parer aux accidents nouveaux qui menaçaient la vie du malade. Cet homme, actuellement âgé de 71 ans, est bien guéri. Ce fait, assez intéressant par lui-même, n'est pas tout entier l'objet de la communication de M. Chassaignac, mais un fait secondaire, accessoire, dont M. Chassaignac a été l'observateur pendant le temps que son malade a mis à guérir. Ce chirurgien rappelle, en effet, que la Société de Cbirurgie s'est occupée, il y a quelques années, de la question des ligatures. Les ligatures, en tombant, entraînent-elles habituellement une certaine portion du tissu artériel, ou bien viennent-elles seules, sans entraîner aucune portion du vaisseau qui a été compris dans l'anse du fil ? La question ainsi posée ne peut être jugée d'une manière absolue. Souvent M. Cbassaignac n'a trouvé aucun vestige du tissu artériel ; d'autres fois, au contraire, l'anse de fil tombait entraînant un fragment de l'artère. Voici d'ailleurs ce qui s'est passé à la suite de la ligature de l'axillaire. Le fil tomba au 15e jour, emportant avec lui une portion du tissu artériel spbacélé, portion divisée en deux parties d'inégale grandeur par les fils. Les appendices forment comme deux capsules dont le fond répond à l'anneau formé par le fil, et dont les bords sont irrégulièrement frangés. C'est d'ailleurs ce que l'on voit encore sur la petite pièce conservée dans l'alcool.

M. Huguier. Pour se rendre compte du phénomène signalé par M. Cbassaignac, il faut tenir compte du fil ; s'il est simple ou multiple, les résultats seront différents. Or, dans le cas en question, un fil double fut employé ; c'est là la cause de la mortification du petit tronçon artériel.

M. Lenoir ne comprend pas la position de la question. Ce que M. Chassaignac signale aujourd'bui doit exister toujours. Il ne comprendrait pas comment une ligature n'entraînerait pas à sa chute la mortification d'une certaine portion du tissu artériel qu'elle comprime.

M. Huguier fait observer à M. Lenoir qu'un fil simple placé sur une artère coupe les membranes interne et moyenne, et que, quant à la membrane cellulaire comprise par le fil, elle peut disparaître molécule à molécule ; de là le vide de l'anse quand le fil tombe. Mais ce qui frappe dans la communication de M. Chassaignac, c'est que le fil, en tombant, a entraîné deux petits cônes artériels, l'un supérieur, l'autre inférieur à la ligature.

M. Chassaignac regrette de n'avoir pas été bien compris de M. Lenoir. La question que je pose, ajoute-t-il, est celle-ci : un fil placé sur la continuité d'une artère, et qui tombe au 15e jour, doit-il entraîner avec lui une certaine étendue du tissu artériel ? Or, je n'ai rien observé de semblable dans les ligatures que j'ai faites sur les artères humérale et fémorale, etc. N'y aurait-il pas des conditions d'âge ou autres, comme l'emphysème dont mon malade était affecté, qui donnassent lieu au spbacèle artériel que nous venons de signaler. D'ailleurs, les chirurgiens ne sont pas d'accord, les uns admettent le sphacèle artériel, et d'autres l'inflammation ulcérative. M. Cbassaignac, revenant alors sur les circonstances où se trouvait son malade, indique pourquoi il préféra la méthode à lambeau, qui, dans cette occasion, lui permit de faire l'amputation en deux temps : 1° section du lambeau ; 2° exploration de l'os, section du second lambeau et de l'os. Cette manière de faire le mettait à même de ne couper l'os que dans une partie évidemment saine de son étendue.

M. Huguier s'est trouvé dans un cas analogue, et il préféra aussi faire l'amputation très haut plutôt que la désarticulation ; il fit un lambeau externe, scia l'os et tailla le lambeau interne.

M. Lenoir ne nie pas que la ligature coupe les membranes interne et moyenne, et que ces membranes se rétractent ; mais ce qui est tout aussi incontestable pour lui, c'est que la tunique externe, comprimée par le fil, doit tomber en gangrène et se détacher avec le fil. Ce que M. Chassaignac a vu n'est qu'un accident de la ligature, et si on ne trouve pas toujours la tunique externe serrée par le fil, c'est qu'elle a disparu dans la suppuration.

M. Chassaignac ajoute que, dans la majorité des cas, il n'a rien trouvé dans l'anse du fil, qu'il a toujours examiné avec soin. C'est donc par des faits qu'il combat l'argumentation de M. Lenoir, qui est toute tbéorique.

M. Larrey. Je ne crois pas que l'extrémité d'une artère liée doive inévitablement et dans tous les cas se détacher par gangrène à la chute de la ligature. Du tissu cellulaire peut s'être interposé entre le vaisseau et le fil, et si celui-ci exerce une compression suffisante pour empêcher l'hémorrhagie, la compression ne sera pas toujours assez forte pour suspendre toute vitalité dans le bout de l'artère, et en déterminer l'élimination par gangrène. On sait d'ailleurs que souvent la ligature, en rompant les tuniques interne et moyenne, amène la section du vaisseau par ulcération de sa tunique externe ou celluleuse, dont le bout semble même susceptible de se résorber dans quelques cas.

Il serait difficile de démontrer qu'une partie du tissu cellulaire reste toujours au niveau de la ligature au moment où celle-ci tombe, si on ne tenait compte de la forme même de cette ligature. Qu'il en soit ainsi, par exemple, lorsque la ligature est plate, double ou assez forte, cela s'explique ; mais non si la ligature est ronde, simple ou très fine, auquel cas il devient presque impossible de retrouver dans le nœud du fil le débris du tissu artériel.

C'est ainsi, ajoute M. Larrey, que se concilierait la remarque faite par M. Chassaignac avec l'objection soutenue par M. Lenoir.

M. Forget se demande si les conditions d'âge ne pourraient pas rendre compte du fait signalé par M. Chassaignac.

— M. Forget lit un rapport sur la thèse de M. Blot intitulée : *De l'albuminurie des femmes enceintes, ses rapports avec l'éclampsie, son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement.*

Dans ce rapport, M. Forget fait ressortir l'importance du travail de M. Blot au point de vue pratique et scientifique. Les termes par lesquels il indique ses recberches montrent clairement qu'il s'est attaché au sens grammatical du mot, distinguant bien l'état morbide dont il s'occupe de la néphrite albumineuse.

M. le rapporteur fait ressortir le soin avec lequel M. Blot a fait son travail. C'est ainsi que, pour éviter toute erreur, tout mélange, il allait puiser l'urine à l'aide de la sonde dans le réservoir urinaire, pour la soumettre successivement à l'action de la chaleur, de l'acide nitrique et du microscope ; triple puissance dont chacun des agents se contrôle et se complète l'un par l'autre.

La seconde partie de la thèse de M. Blot est consacrée à l'étude des causes, de l'anatomie patbologique, des signes, de la marche, de la durée et de la terminaison de l'albuminerie chez les femmes enceintes ; puis, à propos du pronostic, l'auteur étudie dans autant de chapitres l'influence de cette sécrétion anormale sur la marche de la grossesse, l'avortement, l'accoucbement prématuré, le développement et la vie du fœtus, la durée du travail, la délivrance, les suites de la couche et la sécrétion laiteuse. Il s'occupe à part de la valeur qu'on doit accorder à l'œdème, qui complique souvent l'albuminurie. Enfin dans une dernière partie, la plus importante pour M. Blot, qui la considère comme essentiellement neuve, il cherche à déterminer les rapports de l'albuminurie avec l'éclampsie, et l'influence qu'elle peut avoir sur l'bémorrhagie utérine après l'accouchement.

Les observations qui ont servi de base au travail de M. Blot sont au nombre de 205, dont 27 sont rapportées avec détails. Voici d'ailleurs comment M. Forget a formulé les résultats auxquels l'auteur du travail est arrivé.

1° L'albuminerie est fréquente cbez les femmes enceintes. L'auteur la rencontre 41 fois sur 205.

2° Dans presque tous les cas elle reconnaît pour cause une simple hypérémie rénale, ou simple trouble fonctionnel des reins.

3° La primiparité en est une cause prédisposante des plus manifestes. Sur 41 femmes dont les urines étaient albumineuses, 30 étaient primipares, 11 avaient déjà été mères.

4° Au signe pathognomonique de l'albuminurie s'ajoutent comme symptôme concomitant : 1° l'bydropisie, soit du tissu cellulaire, soit des membranes séreuses ; cette dernière manque le plus ordinairement, et lorsqu'elle existe, elle disparaît très promptement après l'accouchement ; 2° des douleurs lombaires assez rares. — M. Blot n'a jamais rencontré l'amaurose, indiquée par M. Landouzy comme un signe presque constant de la néphrite albumineuse ; mais ce fait ne peut être invoqué contre l'opinion de ce médecin. En effet, M. Blot ne s'est pas placé sur le même terrain que lui ; il étudie l'albuminurie indépendamment de toute lésion appréciable du rein, M. Landouzy, au contraire, l'observe comme conséquence de cette lésion. Ne peut-il pas résulter de là une différence symptomatologique facile à comprendre, et au moyen de laquelle on peut expliquer, entre ces deux observations, une opposition qui est plus apparente que réelle ?

5° Un caractère particulier de l'albuminurie des femmes en couches, c'est de disparaître presque immédiatement après l'accouchement, dans la majorité des cas.

6° L'alhuminurie des femmes enceintes est peu grave ; elle n'a pas d'influence marquée

---

voyons le lecteur à la scène 2 du IIIe acte de *Plutus*. La pièce fut, à ce qu'on pense, jouée en l'an 389 avant Jésus-Christ. Par conséquent, Aristophane doit être considéré comme témoin oculaire de ce qu'il avance.

C'est dans de pareils établissements qu'on a voulu placer l'origine de la médecine, quand, au contraire, les asclépions auraient tué la médecine, si cette science pouvait jamais mourir.

On a été même plus loin ; on a prétendu qu'Hippocrate avait copié ses Prénotions sur les tables votives qui se trouvaient dans ces temples, et que, pour faire disparaître les traces de son plagiat, il avait incendié et détruit l'asclépion de Cos.

Pauvre Hippocrate ! s'il est vrai que tu aies mis le feu au temple de Cos, ce qui n'est en aucune façon prouvé, nous te louons au lieu de te blâmer, et la science te sait gré d'avoir anéanti un repaire de fourbes, de menteurs et de saltimbanques ; toi, le génie médical par excellence, avoir glané dans cet amas d'erreurs et de jongleries ! Mais que tes accusateurs lisent dans ce qui nous reste de ces temples, car, heureusement pour ton nom vénéré, quelques inscriptions des fameuses tables votives nous ont été conservées. Elles sont au nombre de quatre, écrites en grec, trouvées dans l'île du Tibre, appartenant sans doute à ce temple d'Esculape dont nous avons rapporté la curieuse origine ; ces inscriptions ont été publiées par Mercurialis (1), et nous ont valu un savant commentaire d'Hundertmark (2). Les voici en entier dans la traduction qu'en donne M. Gauthier (3).

« 1° Dans ces jours, un certain Gaïus, qui était aveugle, apprit de l'oracle qu'il devait se rendre à l'autel, y adresser ses prières, puis traverser le temple de droite à gauche, mettre ses cinq doigts sur l'autel, lever la main et la placer sur ses yeux. Il recouvra aussitôt la vue en présence et aux acclamations du peuple. Ces signes de la toute-puissance du dieu se manifestèrent sous le règne de l'empereur Antonin.

» 2° Lucius avait une douleur de côté très vive ; tout le monde désespérait de son salut. Le dieu de la santé lui ordonna, par un oracle, de prendre sur l'autel de la cendre avec du vin, et d'appliquer ce mélange sur le côté douloureux. Il fut guéri et rendit publiquement grâces au dieu, et le peuple s'en réjouit.

» 3° Julien avait un cracbement de sang ; on désespérait de ses jours. Esculape lui ordonna de prendre sur l'autel des graines de pomme de pin, de les mêler avec du miel et de manger pendant trois jours cette préparation. Il fut sauvé, et vint remercier le dieu en présence du peuple.

» 4° Le dieu de la santé ordonna à un soldat aveugle, nommé Valérius Aper, de mêler le sang d'un coq blanc avec du miel, de s'en faire un collyre et de s'en frotter l'œil pendant trois jours. Il recouvra la vue et rendit publiquement grâces à Dieu. »

Que l'on compare ces informes *ex-voto* avec le moindre livre d'Hippocrate, et l'on se convaincra sans peine qu'ils devaient être un obstable et non un appui au génie du père de la médecine. Il est souvent plus difficile de désapprendre ce que l'on sait que d'apprendre ce que l'on ignore.

On nous objectera sans doute que ces inscriptions, trouvées dans l'île du Tibre, appartiennent à la décadence des asclépions, et qu'il est *probable* que les cboses se passaient différemment dans les temples de la Grèce avant Hippocrate. Cela se peut avec des bypothèses ; mais, comme il ne nous convient pas d'admettre des probabilités, ce qui prouve seulement l'imagination que l'on peut avoir, on nous permettra de garder nos avantages *positifs* et de penser, jusqu'à preuve du contraire, que les asclépions doivent être rayés de l'bistoire de la médecine.

Pour leur trouver une place dans celle des hôpitaux, il aurait fallu que les malades séjournassent quelque temps dans les temples, qu'ils pussent y mourir et les femmes accoucber ; qu'ils fussent entourés de soins dictés par une charitable compassion et non par un intérêt d'influence et de lucre ; en un mot, que les asclépions fussent ce qu'ils n'ont jamais été.

Félix Roubaud.

(1) *De arte gymnastica*, lib. I, c. 1.
(2) Dans la dissertation intitulée : *De artis medicæ incrementis per ægrotorum apud veteres in vias publicas et templa expositionem.* Leipzig, 1739.
(3) *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples, chez les peuples de l'antiquité*, p. 56 et suiv.

NOUVELLES.

M. le docteur Daremberg vient d'être nommé bibliotbécaire de la bibliothèque Mazarine. L'Académie de Médecine lui a accordé, comme récompense de sa bonne gestion, le titre de bibliothécaire honoraire, et a nommé bibliothécaire titulaire M. le docteur Ozanam.

— la Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une perte douloureuse dans la personne de M. le professeur Caizergues.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.*
M. Meunier, chirurgien sous-aide aux ambulances de la division de Constantine, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Dautezac, chirurgien sous-aide à l'hôpital militaire de Lille, est désigné pour les ambulances de la division de Constantine.

1° Sur la marche de la grossesse,
2° L'avortement,
3° L'accouchement prématuré,
4° Le développement de la vie du fœtus,
5° La durée du travail,
6° La délivrance,
7° Les suites de couches,
8° La sécrétion laiteuse.

M. Blot a constaté que dans tous les cas d'éclampsie il y avait albuminurie; toutefois la réciproque n'est point vraie, ne jouant pas nécessairement l'une par rapport à l'autre le rôle de cause à effet.

L'auteur pense qu'il serait plus rationnel de les considérer comme dépendant tous les deux d'une seule et même cause, une congestion sanguine portant à la fois sur l'axe cérébrospinal et sur les reins. Aussi donne-t-il le conseil, lorsqu'une femme présente de l'albumine dans l'urine, de la surveiller, de l'observer de près, et si à ce signe viennent se joindre quelques symptômes de congestion cérébrale, on devra craindre l'éclampsie et mettre en usage les moyens propres à la prévenir.

Un des résultats constants de l'albuminurie existant depuis un certain temps et dans une notable proportion est de modifier la composition du sang, de l'altérer en diminuant ses principes plastiques, et de disposer de la sorte aux hémorrhagies après l'accouchement. D'après cette observation, M. Blot veut que l'on soit sobre d'émissions sanguines, et qu'on les réserve pour les seuls cas où l'albuminurie s'accompagne de congestion cérébrale, à moins qu'il n'y ait un état chloro-anémique; auquel cas il préférerait les ventouses Junot.

Ce travail, ajoute M. le rapporteur, nous a paru mériter l'approbation de la Société de Chirurgie, et nous vous proposons de le déposer dans vos archives, de lui consigner une mention honorable dans vos procès-verbaux, et d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur.

M. Danyau se joint à M. le rapporteur pour reconnaître tout ce qu'il y a de bien et de bon dans le travail de M. Blot. Ce travail est, d'ailleurs, confirmatif des idées professées par M. Danyau, lequel avait déjà démontré que l'albuminurie n'entraîne pas nécessairement et fatalement l'éclampsie. Quant à cette idée que l'albuminurie disposerait aux hémorrhagies, M. Danyau craint que M. Blot ne se soit laissé aller à une idée théorique. D'ailleurs, ce n'est pas une critique qu'il veut faire de la thèse de ce jeune médecin, mais rassurer les personnes qui se laisseraient aller à la crainte d'une hémorrhagie par la présence d'une certaine quantité d'albumine dans les urines.

— M. Chassaignac présente un homme de 30 ans, lequel se fit extraire une dent à la mâchoire inférieure à l'époque des événements de juin; depuis, il n'a cessé de souffrir, et une tumeur s'est développée sur la face externe du maxillaire inférieur du lobe droit. Cette tumeur est toujours allée en augmentant, et elle a acquis le volume d'un œuf de poule; elle est demi-fluctuante. Une ponction exploratrice a donné lieu à un écoulement sanguin peu abondant; elle est immobile dans le sens vertical, tandis que dans le sens transversal elle présente un peu de mobilité. La partie interne du maxillaire correspondant à la partie externe est tout à fait saine. M. Chassaignac, qui croit cette tumeur de nature cancéreuse, se propose de l'enlever en faisant une incision en dedans de la bouche et une autre sur le bord libre du maxillaire; cette double incision lui permettra de faire glisser la joue sur la tumeur, et d'enlever celle-ci avec facilité.

M. Larrey. N'ayant point examiné le malade présenté par M. Chassaignac, je le prie de vouloir bien nous faire connaître s'il a recherché sur cette tumeur un signe indiqué par Dupuytren et Lisfranc, et signalé d'après eux par M. Amédée Forget dans sa thèse sur les kystes osseux des mâchoires. Je veux dire la crépitation parcheminée; car, si ce caractère était appréciable, le diagnostic deviendrait plus précis, et l'indication thérapeutique serait mieux établie.

M. Demarquay fait remarquer la difficulté que le chirurgien rencontre quelquefois pour déterminer si une tumeur dépendant du maxillaire inférieur est mobile. La mobilité dans le sens vertical se constate encore assez bien en rendant immobile la mâchoire inférieure; mais la mobilité dans le sens transversal est plus difficile à bien constater, à cause du glissement qui se passe dans l'articulation temporo-maxillaire. Il faut tenir compte de cette circonstance si on ne veut point commettre d'erreur.

M. Forget se demande si le malade de M. Chassaignac ne serait pas affecté d'une tumeur fibreuse ramollie; il croit qu'elle adhère à l'os. Il est d'avis de la double incision de M. Chassaignac, afin de donner du jour. Il ajoute, en terminant, que Dupuytren et Lisfranc, qui avaient enlevé de ces tumeurs, avaient constaté qu'elles repullulent très vite. Lisfranc, dans les derniers temps de sa vie, enlevait même une plaque de l'os sur lequel reposait la tumeur.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

De l'arum triphyllum
dans la phthisie pulmonaire;

Par le docteur A. Poitevin.

L'*arum tryphillum* (de la famille des aroïdées, différant peu extérieurement de l'*arum vulgare* ou *pied-de-veau*), est, dans les Etats-Unis, un remède populaire contre la toux chronique et la fièvre lente. Ainsi que le fait remarquer, dans une note, le rédacteur du *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, ce remède a été également préconisé par plusieurs médecins américains, principalement par les docteurs Barton et Bigelow, qui en ont fait l'objet d'expériences suivies. M. Poitevin, se trouvant en position de se procurer cette plante à l'état frais, dans le pays même où il pratique (à Mobile, Etat d'Alahama), entreprit de l'essayer à son tour. Le mode d'emploi est le suivant. On fait macérer pendant cinq jours une once et demie d'arum coupé en petits morceaux dans un demi-litre de genièvre de Hollande. Le principe âcre ne se dissout pas, et le goût de la teinture est presque nul. Le malade en prend chaque matin une cuillerée à bouche dans un quart de verre d'eau sucrée.

Les termes du mémoire semblent indiquer que l'auteur n'a encore employé l'arum que dans trois cas d'affection pulmonaire chronique. Encore ne rapporte-t-il que deux observations, se contentant d'affirmer que le résultat a été le même dans la troisième. Dans les deux cas relatés, les symptômes rationnels étaient ceux de la phthisie pulmonaire au premier degré; mais il est à regretter, pour l'un d'eux au moins, que des détails stéthoscopiques bien circonstanciés ne soient pas venus assurer davantage le diagnostic.

Le sujet de la première observation était une demoiselle de vingt-deux ans, dont la sœur était morte quatre mois auparavant de la phthisie pulmonaire. Une hémoptysie assez abondante s'était répétée trois ou quatre fois : une toux très fatigante lui avait succédé; amaigrissement progressif, douleurs entre les omoplates, sueurs nocturnes, fièvre continue, anorexie, expectoration abondante, râle sous-crépitant humide à la partie supérieure du poumon droit. Différentes médications avaient été impuissantes. La malade fut mise alors à l'usage de la teinture d'arum. Le quatrième jour, la toux avait un peu diminué; le sixième, plus de fièvre ni de sueurs, la toux devient rare, l'appétit se fait sentir. Bien que le poumon soit, dit l'observation, en partie imperméable à l'air, la dyspnée est peu prononcée. L'arum est continué pendant un mois et demi.

A cette époque la santé était parfaite. Il est resté une petite induration du poumon; mais la respiration s'entend partout assez bien, excepté au niveau de la quatrième côte. Il reste pourtant une petite toux sèche, très rare. Ce résultat date déjà de neuf mois.

La seconde observation est relative à un professeur de littérature, chez qui un médecin appelé avait diagnostiqué une phthisie pulmonaire. M. Poitevin ayant succédé à ce médecin constata chez le malade, alité depuis quinze jours, les symptômes suivants : pâleur et maigreur prononcées, voix caverneuse et éteinte, douleurs erratiques de la poitrine, fièvre, sueurs, toux fréquente, crachats semblables à ceux qui proviennent d'une fonte de tubercules. Une hémoptysie avait eu lieu quelques jours auparavant. « L'auscultation, dit l'auteur, vint m'assurer que je ne m'étais pas trompé » (en diagnostiquant une phthisie pulmonaire). Pendant une courte apyrexie, on fait prendre au malade quelques grains de quinine unis au lactate de fer et à la thridace. Le lendemain, la fièvre est moindre, mais la faiblesse est extrême, le facies cadavéreux. On prescrit la teinture d'arum, le vin de Bordeaux, des viandes rôties. Une semaine suffit pour procurer un soulagement que le malade appelle guérison. Depuis lors (on ne précise pas le temps) le malade se sent très bien.

Quelle part faut-il faire, d'un côté à l'arum, de l'autre au régime topique, dans les résultats heureux du traitement? C'est ce qu'il serait difficile de déterminer. En tout cas, il y a là un encouragement à de nouvelles expériences. (*Gaz. Méd.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SÉRIE. — TOME II. — N° 136. (23e ANNÉE.) MARDI 19 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

A NOS LECTEURS.

Ce numéro-spécimen donnera à nos lecteurs une idée des améliorations matérielles que nous réaliserons, à partir du 1er janvier 1851, pour nous rendre de plus en plus dignes de la constante faveur dont nous ont honorés nos confrères. Ces améliorations porteront à la fois sur la grandeur du format, sur le nombre et par conséquent la variété des matières, sur la multiplicité et l'exécution des gravures, sur la beauté et la lisibilité du caractère, en un mot sur tout ce qui peut augmenter l'intérêt du journal.

PARIS, LE 21 NOVEMBRE 1850.

DU CANCER DU VAGIN
ET DE SON TRAITEMENT CHIRURGICAL.

S'il existe une classe d'affections chirurgicales qui, par l'ensemble de leurs caractères principaux, constituent en pathologie une famille naturelle, ce sont sans contredit les cancers. Cependant, malgré l'analogie que l'on remarque soit dans l'évolution, soit dans les effets généraux des cancers des différents organes, malgré les rapports intimes, je dirais presque l'identité des moyens thérapeutiques applicables aux affections cancéreuses, quel que soit d'ailleurs leur siége, les chirurgiens de tous les âges ont eu soin de retracer dans des descriptions spéciales toutes les particularités que présentent ces affections, étudiées dans chaque organe ou dans chaque région; c'est ainsi que l'on a décrit le cancer du sein, du testicule, des lèvres, de la langue, de l'utérus, etc., etc. Or il est remarquable que, dans ce dénombrement général des affections cancéreuses, deux d'entre elles aient été pour ainsi dire passées sous silence par les auteurs, je veux parler du cancer de la vulve et de celui du vagin. Je me propose de décrire plus tard ces deux affections, avec tous les détails que comportent des maladies aussi graves. Cette note sera spécialement consacrée au traitement chirurgical que réclame le cancer du vagin.

J'ai dit que le cancer du vagin avait à peine été indiqué par les auteurs les plus recommandables. Il me serait facile de justifier cette assertion par des citations empruntées aux ouvrages les plus modernes. La plupart, en effet, ne parlent de cette affection qu'à titre de complication du cancer de l'utérus, du rectum ou des parties voisines. Or on observe quelquefois, quoique cela soit assez rare, une dégénérescence qui a pour point de départ les parois vaginales elles-mêmes, et qui, restant bornée à ces parties pendant un temps assez long, peut être traitée d'une manière utile par les moyens chirurgicaux.

L'observation suivante me paraît propre à donner une idée assez exacte de la maladie qui nous occupe et du traitement qui lui est applicable.

Mlle X..., âgée de 40 ans, présentant tous les attributs d'une bonne constitution, bien réglée, fut prise, dans le cours de l'année 1848, de douleurs vives dans les organes pelviens, et de pertes qui lui firent présumer qu'elle était atteinte d'une affection de l'utérus; elle consulta alors un de nos honorables confrères, M. le docteur Bertrand, qui constata l'existence d'une ulcération superficielle du col de l'utérus avec ramollissement œdémateux de toute la partie vaginale de cet organe. Plusieurs cautérisations profondes furent faites, et finirent par modifier les tissus utérins, à la surface desquels une cicatrice régulière s'organisa. Au bout de quelques mois, la malade paraissait guérie, lorsque, dans un dernier examen, le médecin remarqua sur la paroi latérale droite du vagin, une saillie d'un rouge livide formant une plaque indurée, qui attira son attention et lui inspira des craintes trop justifiées par le développement ultérieur de la maladie. En effet, malgré plusieurs cautérisations profondes, cette altération des parois du vagin persista, et prit chaque jour des proportions plus considérables. Vers le mois de février 1850, la malade me fut présentée par son médecin ordinaire, et nous constatâmes ensemble les dispositions suivantes : le toucher fait reconnaître une tumeur occupant la paroi latérale droite du vagin; cette tumeur est dure, irrégulière à sa surface; elle est disposée sous la forme d'une plaque dense présentant une longueur de 7 centimètres suivant l'axe du vagin, et 5 centimètres de largeur; elle a, par conséquent, la forme d'une ellipse dont le plus grand diamètre est parallèle à l'axe du vagin. La saillie qu'elle forme dans la cavité vaginale peut être estimée à 7 à 8 millimètres; elle est limitée par un bord taillé à pic légèrement renversé en dehors; la position de cette tumeur est telle, que son bord antérieur est éloigné de l'orifice vulvaire d'un travers de doigt environ, et son bord postérieur séparé par une étendue à peu près égale de l'insertion du vagin au col de l'utérus. D'après la longueur de la plaque dégénérée, on voit que son bord supérieur s'approchait beaucoup du bas fond de la vessie, tandis que le quatrième côté longeait la face antérieure du rectum; les parties voisines paraissaient d'ailleurs lisses, souples, mobiles, indolentes à la pression, en un mot, exemptes de toute altération.

L'examen à l'aide d'un spéculum à développement dont j'enlevai la troisième valve, de manière à avoir une large fenêtre latérale, nous permit de constater d'une part les particularités que je viens de noter, et, de plus, de voir la tumeur, qui était d'un rouge livide, ulcérée, fendillée à la surface, saignant facilement au moindre contact.

L'ablation ou la destruction de la tumeur nous parut le seul traitement qui pût être utilement appliqué dans cette circonstance. Cependant, avant d'entreprendre cette opération, nous résolûmes de soumettre la malade à un traitement antisyphilitique (pilules de proto-iodure de mercure; iodure de potassium, dont la dose fut portée à 4 grammes par jour); ce traitement fut suivi avec régularité pendant deux mois, et n'amena aucun changement dans l'affection du vagin. Une opération me parut donc la seule ressource qui nous restât dans cette circonstance.

Trois moyens chirurgicaux se présentaient, parmi lesquels il fallait faire un choix : la cautérisation, la ligature, l'excision. Ce fut à cette dernière opération que je donnai la préférence, malgré les difficultés apparentes de son exécution, parce qu'elle me parut plus propre à détruire le mal jusque dans ses limites les plus profondes; je me réservais d'ailleurs de combiner ces divers moyens, si pendant le cours de l'opération cela me paraissait utile.

Préoccupé depuis quelque temps de cette opération, dont je ne me dissimulais pas les difficultés, j'avais fait sur le cadavre quelques dissections dans le but de déterminer le degré d'adhérence de la paroi latérale du vagin avec les parties voisines, et j'avais reconnu que cette paroi leur était faiblement unie par un tissu cellulaire peu dense. Dès lors, j'avais compris la possibilité de décoller, pour ainsi dire, la paroi du vagin et d'en exciser une rondelle supportant dans son milieu la plaque cancéreuse que nous avons décrite; c'est d'après cette idée que l'opération fut conduite.

La malade étant placée dans la position que l'on choisit ordinairement pour les opérations que l'on pratique sur l'utérus, les cuisses fortement fléchies sur le bassin et maintenues par des aides, je procédai à cette opération de la manière suivante : Un spéculum court, de gros calibre et dépourvu de paroi latérale droite, fut introduit dans les parties génitales de manière à laisser voir la partie dégénérée qui tendait à proéminer dans le vide de l'instrument; je saisis alors avec une pince à griffe la paroi vaginale à un centimètre au-devant du bord de la tumeur, je la soulevai par une traction légère et, avec des ciseaux courbes portés entre la pince et la tumeur, je divisai le pli formé par la paroi vaginale de son sommet, vers sa base; je prolongeai en haut et en bas cette incision qui était parallèle au bord antérieur de la plaque dégénérée, et je m'assurai que la paroi vaginale était divisée dans toute son épaisseur.

Il s'agissait alors d'opérer le décollement, qui, dans ma pensée, devait constituer un des temps de l'opération. A cet effet, je portai le doigt indicateur au fond de l'incision, et, à l'aide d'une légère pression accompagnée de quelques mouvements de latéralité, je parvins, à ma grande satisfaction, à isoler la face profonde de la tumeur des parties sur lesquelles elle reposait. Pour rendre ce décollement plus complet, je fis passer par la même voie le médius et l'index réunis; il restait alors à circonscrire la tumeur par des incisions qui devaient suivre ses deux bords supérieur et inférieur, autrement dit son bord vésical et rectal : je saisis alors la paroi vaginale devenue flottante à l'aide d'une pince à polype et j'exerçai sur elle une traction. Les choses étant ainsi disposées, je coupai peu à peu cette paroi, agissant tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la tumeur, qui descendait graduellement; cette partie de l'opération dut être exécutée avec lenteur, à cause des vaisseaux nombreux qui furent divisés pendant cette manœuvre et que je dus lier immédiatement, tant pour prévenir une hémorrhagie considérable que pour éviter les difficultés qu'aurait entraînées un écoulement de sang qui aurait masqué les parties sur lesquelles devait agir l'instrument.

La paroi vaginale étant divisée parallèlement à son axe au-dessus et au-dessous de la tumeur, celle-ci ne tenait plus que par son bord postérieur ou son quatrième côté. Je crus alors prudent de terminer l'opération à l'aide d'une ligature double passée dans cette espèce de pédicule; cette ligature fut conduite avec une aiguille courbe et les deux fils liés l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la tumeur, dont l'excision put être pratiquée au-dessous du fil, avec la certitude que les limites profondes du mal étaient dépassées. L'opération terminée, quelques injections froides furent faites dans le vagin et la malade reportée dans son lit.

A partir de ce moment, Mlle X... cessa bientôt de souffrir; une réaction fébrile très modérée se manifesta pendant les trois premiers jours qui suivirent l'opération, et vers le quatrième, à part un peu de douleur qui se faisait sentir pendant les mouvements, la toux ou l'action de se moucher,

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Réclamation de M. le doyen. — Les bons procédés de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Vous m'avez transmis, mon cher confrère, une réclamation de M. le doyen, qui se plaint fort justement, dites-vous, du reproche que je lui ai fait dans ma dernière lettre. Permettez-moi de réclamer à mon tour contre cette réclamation. Je n'ai point adressé de reproche à M. le doyen; je lui ai donné un avis, ce qui n'est pas tout à fait la même chose, autant que mes connaissances grammaticales me permettent de le juger. Je savais en effet que M. le doyen avait, *suivant l'usage antique et solennel*, envoyé des lettres de convocation, pour les académiciens, au secrétariat de l'Académie; mais je savais aussi que ces lettres n'étaient point parvenues à leur adresse, d'où j'ai tiré cette conclusion bien innocente : *avis à M. le doyen.* Qu'est-ce à dire? Ai-je accusé M. le doyen d'avoir négligé les devoirs de la civilité puérile et honnête? Nullement; j'aime à le croire, du moins. J'ai simplement voulu lui dire :

« Monsieur le doyen, vous avez eu l'obligeante attention d'envoyer des lettres d'invitation à MM. les académiciens; ces lettres ont été confiées par vous à la voie ordinaire et ne sont point parvenues à leur adresse; cela me prouve qu'il y a une amélioration à introduire dans le service de votre petite poste; et comme vous êtes un homme de progrès, je ne doute pas que vous ne réalisiez cette amélioration dès l'année prochaine. »

Voilà toute la vérité. Si notre très aimable et très aimé doyen, qui ne paraît pas avoir au même degré que moi l'antipathie des explications, ne se contente pas de la mienne, je serai vraiment porté à penser qu'il a le caractère moins facile que tout le monde ne l'a cru jusqu'à présent.

— A propos d'amélioration, il paraît, mon cher confrère, que l'administration de la *Gazette des Hôpitaux* ne se lasse pas sous ce rapport, et qu'elle va prendre l'habitude d'inaugurer chaque année nouvelle par quelque galanterie envers ses lecteurs. Après l'heureuse innovation des gravures faites l'année dernière, voilà qu'elle nous menace, cette année d'un agrandissement de format. Charmante menace pour ses lecteurs, mais bien moins charmante pour les pauvres donneurs de copie. N'importe! en ce qui me concerne, mon parti est pris, et je félicite bien sincèrement la direction de persister dans la bonne voie qu'elle a ouverte. Puisque les abonnés ont la bienveillance de continuer leurs faveurs à la *Gazette des Hôpitaux*, il est trop juste qu'elle sache reconnaître par un bon procédé cette faveur. Les bons procédés sont aux abonnés ce que sont à l'amitié les petits cadeaux. Aussi bien, ai-je plus à perdre qu'à gagner dans la réforme que projette la direction de la *Gazette des Hôpitaux*. Si, d'une part, je dois avoir un peu plus de mal à remplir mes trois ou mes six colonnettes (parfois bien longues cependant), d'autre part, j'aurai le plaisir de voir ma prose reproduite en caractères plus beaux et surtout plus lisibles; car, il faut bien en convenir, le caractère du feuilleton était fait un peu pour les micrographes; j'aime beaucoup les micrographes, qui sont tous de charmants cavaliers; mais je n'ai point pour eux d'amour exclusif, et je ne suis pas fâché que les macrographes puissent aussi faire connaissance avec moi. En résumé, honneur à la direction de la *Gazette des Hôpitaux*, qui sait se maintenir aussi bien par l'exécution matérielle que par le côté scientifique, à la position élevée qu'elle s'est faite dans la presse médicale!

— Vous avez parlé, mon cher confrère, pour ne le point approuver, du comité secret de l'Académie; que serait-ce donc si vous aviez parlé de ce qui s'y est dit? Il paraît vraiment que l'Académie a eu peur pour tout de bon, et qu'après bien des plans de défense abandonnés presque aussitôt que proposés, elle s'est enfin arrêtée au projet suivant :

Un des honorables, dont le discours a surtout servi de point de mire à l'exploit de l'huissier, viendrait faire une rétractation écrite qui serait insérée au Bulletin. Ce dénoûment, je l'avoue, me paraîtrait parfaitement en harmonie avec le caractère de la pièce, et j'aime à croire que l'Académie ne compromettra pas jusqu'à ce point sa dignité, si un de ses membres est disposé à compromettre la sienne. Je le lui conseille d'autant mieux que cette concession, ridicule surtout parce qu'elle ne serait pas faite de bonne foi, ne ferait que reculer la difficulté, et ne pourrait en rien changer les prétentions de M. Loyal. — Que l'Académie veuille bien se rappeler qu'en cette circonstance comme en toute autre la ligne droite est le plus court chemin d'un point à un autre, et, avec cette devise, elle sortira sans encombre de la burlesque aventure où elle se trouve engagée.

S. BERNARD.

la malade n'éprouvait aucune espèce de souffrance. La ligature placée sur le pédicule tomba vers le dixième jour, et à partir de ce moment la cicatrisation s'est faite avec rapidité.

Ce fait soulève plusieurs questions de thérapeutique chirurgicale d'une haute importance qui seront l'objet d'un second article. — A. Nélaton.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçon sur l'âge critique.

L'âge critique est l'âge où la menstruation cesse de s'accomplir chez la femme. C'est la définition la plus simple tirée du phénomène le plus saillant qui se montre à cette époque; mais en descendant plus avant, il faut dire : C'est l'âge où une grande fonction qui a duré une partie de la vie cesse de s'accomplir.

Il est des fonctions spéciales aux différents âges; les unes appartiennent à la vie fétale, d'autres à la période d'accroissement, comme l'évolution des dents, par exemple; d'autres à la puberté, comme le développement des organes génitaux et la menstruation chez la femme; d'autres, enfin, à la décroissance de la vie.

La menstruation présente une grande fonction qui commence à une certaine période de l'accroissement, et qui se termine à une certaine période de décroissement du corps; cette terminaison arrivant en général vers la cinquantième année, la fonction dure environ trente ans. La menstruation est le phénomène apparent d'une fonction importante, l'oviduction, qui consiste dans l'évolution successive et pourtant continue des ovules dans l'ovaire, développement qui se fait dans la partie profonde de l'organe, et l'ovule, se rapprochant de plus en plus de la surface, constitue l'émergence ovulaire. Puis l'ovaire se rompt, et il y a parturition ovulaire avec hémorrhagie coïncidant avec une turgescence utérine.

Cette fonction entraîne différents phénomènes qu'il est important de retenir pour se rendre compte de ceux qui s'opèrent à l'âge critique. Ce travail vers l'ovaire est accompagné d'un acte physiologique qui détermine dans cet organe un état d'orgasme pouvant s'élever jusqu'à la forme inflammatoire, et qui devient l'origine des douleurs ovariques que bien des femmes ressentent à cette époque, la cause de phlegmons ovariens si fréquents chez les femmes encore réglées. Cet état d'orgasme entraîne de la congestion vers l'utérus; congestion qui devient un état fluxionnaire, et donne lieu à une hémorrhagie qui peut être plus ou moins abondante, et présente des inconvénients quand elle est très considérable.

Ainsi il y a une influence exercée temporairement sur l'organisme tout entier par la congestion ovarienne et par les mouvements fluxionnaires qui s'établissent vers l'utérus. Quand l'organisme se débarrasse de cette fonction temporaire, quand l'ovaire arrive à l'état d'inertie, il y a suppression d'une fonction qui s'accomplissait depuis une trentaine d'années, suppression d'une perte habituelle; alors se produisent les inconvénients qui résultent de ce déplacement de mouvement fluxionnaire et de la perte d'un flux habituel à l'organisme; c'est là le cortége de tous les maux qui accompagnent l'âge critique.

Pour que certaines maladies se développent, il faut des conditions physiologiques déterminées, et ces conditions physiologiques existant une fois, deviennent le point de départ d'états morbides divers. Le travail d'évolution des ovules dans l'ovaire, le développement des cellules, leur rupture, leur cicatrisation, l'état fluxionnaire vers l'utérus, l'hémorrhagie qui s'y rapporte, le travail d'orgasme de l'utérus qui en est la suite, peuvent fournir matière au développement d'ovarites, de phlegmons ovariens, de coliques utérines, de métrites ou de métro-ovarites, de douleurs de reins, de déperditions sanguines anormales, etc. Le premier effet de l'âge critique est d'annuler toutes ces causes de maladies; aussi, chez les femmes qui ont dépassé cette époque, faut-il pour leur production des conditions internes très puissantes et très difficiles à réprimer; elles sont rares, du reste. Ainsi, lorsqu'il se produit des métrorrhagies, ce n'est plus par fluxion utérine, mais bien par la modification du tissu utérin. Après l'âge critique, pas de maladies ovariennes, excepté les dégénérescences organiques; pas de maladies qui supposent un excès de vitalité dans les organes générateurs; cette vitalité est beaucoup moindre qu'avant cette période.

Mais la vitalité qui s'est modifiée dans les tissus des organes de la génération détermine une condition spéciale qui amène l'atrophie de ces organes, c'est l'imperfection de la circulation capillaire, et par conséquent des fonctions plastiques. Aussi voit-on naître des maladies spéciales à cette période de la vie, et extrêmement rares avant l'âge critique. Ces maladies consistent principalement dans la perversion des fonctions plastiques des tissus, et en tête se trouve le carcinome de l'utérus, de l'ovaire, du col et même du vagin; en un mot, cet état pathologique qui tire son origine de l'atrophie plus ou moins lente des tissus, et devenant prépondérant, non-seulement pour les organes génitaux internes, mais encore pour les organes externes qui tirent leurs conditions de vitalité du même principe : ainsi les mamelles, qui ont des connexions physiologiques nécessaires avec l'utérus.

Ainsi cette condition physiologique de la menstruation est une cause d'états pathologiques divers pendant son accomplissement. Par sa disparition elle est une autre cause d'états pathologiques différents; l'âge critique est donc une époque importante, puisqu'elle est interposée entre deux périodes de la vie si différentes par leurs prédispositions pathologiques, puisqu'elle modifie des états habituels de trente années; états nécessaires aux conditions physiologiques de santé des sujets.

Quand la femme approche de l'âge critique, les apparitions menstruelles sont quelquefois irrégulières; de sorte qu'elles manquent pendant plusieurs mois, puis sont plus abondantes que d'ordinaire, ou bien apparaissent dans le milieu de l'intervalle qui existait entre deux époques; c'est l'irrégularité du travail d'évolution des ovules qui produit ces irrégularités, c'est une fonction qui ne se fait plus qu'imparfaitement.

Les ovules n'existent plus qu'en petit nombre dans les ovaires de la femme pendant l'âge critique, et, après cette période dépassée, on n'en trouve plus du tout; on peut y voir souvent des cellules ovariennes dilatées outre mesure, et qui restent sans se rompre dans leurs parois épaissies. Ce travail inhérent à l'oviduction s'accomplit irrégulièrement; quelquefois il s'accomplit pathologiquement, et on a des hydropisies enkystées de l'ovaire qu'on voit arriver à l'âge critique des femmes ou, en dehors de cette époque, par irrégularité des fonctions ovariennes.

On voit survenir chez les femmes qui se trouvent à cette période, après une suppression de deux ou trois flux menstruels, un véritable état de pléthore avec des bouffées de chaleur à la face, des étourdissements, des douleurs de tête, etc., et tous ces accidents se résolvent souvent par des crises sudorales; dans ce cas, l'organisme établit des excrétions supplémentaires par les sueurs pour se débarrasser des effets immédiats que produirait la suppression d'un flux habituel, c'est-à-dire la pléthore. Mais ces phénomènes critiques, ces phénomènes de fonctions supplémentaires sont facilement dérangés dans leur marche, et leur modification peut entraîner des états pathologiques, comme des pneumonies, des apoplexies fréquentes, des états congestionnels et des congestions inflammatoires se rapportant à la perturbation d'une fonction habituelle ou d'une fonction supplémentaire par laquelle la nature suppléait à la disparition de la fonction habituelle.

Chez les femmes à l'époque de l'âge critique, les seins s'affaissent ou se surchargent de graisse, selon qu'il y a simple atrophie de la glande mammaire ou substitution du tissu adipeux au tissu propre de la glande. L'atrophie se montre sur les organes externes comme sur les organes génitaux internes; ainsi, sur les mamelles et sur la glande thyroïde, qui a des connexions incontestables avec l'utérus, comme on peut le voir par son gonflement pendant la grossesse et son affaissement après la parturition. Chez les femmes souffrantes, faibles, ou qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, la glande thyroïde et les mamelles s'affaissent; chez celles qui sont placées dans des conditions favorables à la pléthore, le tissu adipeux se substitue au tissu lui-même des glandes; et alors on a des masses graisseuses qui remplissent les seins, le corps thyroïde et se disséminent sur différents points du corps : preuve qu'il y a des molécules alimentaires déposées comme en réserve et dépassant les besoins de l'organisme, besoins diminués, du reste, par la diminution de vitalité et par le repos dans lequel se tiennent habituellement les femmes dans ces conditions, repos qui ne permet pas une aussi grande désassimilation. Ainsi, chez les unes, déformation des formes extérieures et diminution dans la quantité des tissus; chez les autres, un état véritable de polysarcie. Je n'ai pas besoin de parler des modifications qui surviennent dans l'état moral des femmes sous le coup de l'âge critique; elles n'ont plus d'appétits vénériens, et les aptitudes à l'accomplissement d'actes désormais inutiles cessant de se faire sentir, il doit en résulter des changements dans leur caractère et dans leur état moral habituel.

En résumé, il y a un état pathologique transitoire qui se rattache originairement à la suspension des fonctions génitales et à l'atrophie des organes chargés de les accomplir, mais qui se rattache surtout aux déperditions habituelles inhérentes et même indispensables à l'état de santé des sujets, et c'est surtout par les oscillations que la suppression de ces hémorrhagies habituelles apporte dans l'organisme qu'il faut se laisser guider dans la thérapeutique que l'on doit appliquer aux maladies survenant pendant l'âge critique et qui doivent nécessairement subir son influence. Cette thérapeutique consistera dans la provocation de déperditions sanguines plus fortes qu'à l'ordinaire, indiquées du reste par l'état de pléthore qui menace quand la cause qui doit à chaque instant le faire cesser a diminué dans sa puissance; cette hémorrhagie, provoquée artificiellement, tend à débarrasser l'organisme de cet état spécial congestionnel qui est une cause incessante de maladies.

Chez les femmes, à cette époque de la vie, quand il se manifeste des lésions organiques se rattachant à une modification de vitalité et de texture des tissus, il n'y a pas d'indication spéciale de traitement, puisque l'opportunité de ces développements pathologiques se trouve dans la modification des organes qui en sont le siége, et dans l'état général du sujet arrivé à la période de décroissement de la vie, période qui comporte l'affaiblissement des fonctions plastiques augmentant de plus en plus jusqu'à la sénilité avancée.

C'est surtout pour les états congestionnels inflammatoires qu'il y a des indications à remplir. Il est des états pathologiques qui prennent naissance après la disparition des menstrues et qui deviennent fixes, réfractaires, destinés qu'ils sont à suppléer la fonction annulée par l'âge critique, destinés à remplacer les habitudes de déperditions sanguines régulières; ce seront des flux hémorrhoïdaux; des tumeurs hémorrhoïdales qui deviennent fluentes par intervalles, des sueurs locales abondantes, des déperditions diarrhéiques séreuses ou bilieuses arrivant presque tous les mois et qui, chez certaines femmes, s'élèvent jusqu'à constituer un état pathologique général plus ou moins marqué. On voit également survenir des engorgements hépatiques, des stases de bile se rapportant à l'état de pléthore de la veine-porte ou des veines intestinales, n'ayant pas disparu par des flux hémorrhoïdaux qui se faisaient habituellement.

Pour vous rendre plus sensibles ces différentes formes d'accidents, supposons des malades :

Une femme bien portante, dont la constitution a toujours été bonne, arrive à l'âge critique; l'apparition de ses règles devient irrégulière, les époques s'éloignent, ou bien il survient une véritable métrorrhagie; cela se prolonge pendant plusieurs mois, et la femme, dans ces conditions, arrive cependant à l'âge critique sans qu'il se produise d'accidents graves. A mesure que les règles s'éloignent, les sueurs deviennent plus abondantes au point de traverser le lit, puis bientôt continues, et cela pendant plusieurs mois, plusieurs années de suite même; cependant la femme conserve son état de santé habituel, passe par cette modification physiologique sans devenir malade, et l'âge critique est accompli.

Mais, à côté de la femme précédente, une autre jouit d'une bonne santé : quand l'âge critique arrivera, il n'y aura pas de sueurs, mais un peu de diarrhée, surtout à l'époque ordinaire des règles; ces évacuations diarrhéiques pourront contenir un peu de sang, coïncidant même avec une apparition de règles. L'âge critique passera; mais tous les mois, ou aux changements de saison, ou sous l'influence d'excitations inaccoutumées, il se produira de la diarrhée avec déperdition de sang par les selles; ainsi, il s'établira un état pathologique supplémentaire par lequel l'organisme fera disparaître les conditions de pléthore que la suppression des règles avait fait apparaître en lui.

Chez d'autres femmes, la diarrhée alternera avec les sueurs ou se montrera en même temps qu'elles, et cette diarrhée, véritable phénomène d'hypercrisie accompagné de stases bilieuses, apparaîtra en même temps que des douleurs lombaires, des douleurs sacrées concomitantes; ce sera un véritable état morbide, et cependant un état physiologique habituel pour la femme qui en sera affectée.

Chez certaines femmes à cet âge les prédispositions morbides prennent le dessus et se caractérisent : ainsi, certaines d'entre elles deviennent sujettes à des érysipèles, à des maux de gorge, à des phlegmons suppurés, à des catarrhes; chez d'autres, ce sont des affections rhumatismales ou goutteuses qui se développent; une maladie, qui n'est pas en général décrite dans les auteurs, devient fréquente à cette époque, c'est le rachitis chronique, et on voit des femmes qui deviennent boiteuses, qui se déhanchent, dont la taille tourne : ce sont autant d'états pathologiques qui existent en germe dans l'organisme ou qui ont été préparés par des états pathologiques antécédents et ne deviennent féconds qu'à l'époque de l'âge critique, qui tend à favoriser leur développement.

Il est facile de comprendre que, quand l'organisme est nécessairement forcé de changer des habitudes fonctionnelles qu'il a depuis longtemps, de modifier des fonctions plastiques qui s'accomplissent en lui, des états pathologiques peuvent éclore, parce qu'ils trouvent des facilités pour leur développement qui était impossible jusque-là; c'est ainsi qu'à l'époque de la puberté il se manifeste aussi des changements qui font disparaître les états pathologiques antécédents. Le médecin doit donc y faire attention, car il est appelé à modérer ces états pathologiques habituels apparaissant pour se substituer à des fonctions supprimées, comme les hémorrhoïdes, les diarrhées, les sueurs; mais il doit bien se garder de les faire disparaître complétement. Il faut qu'il surveille l'âge critique pour prévenir les maladies qui pourraient se développer à cette époque. C'est dans ces circonstances que les médecins expérimentés emploient des dérivatifs chroniques, tels que les exutoires profonds pour modifier l'état pathologique, supprimer les érysipèles, les phlegmons et autres inflammations; c'est alors qu'ils changent le genre de vie du sujet pour empêcher la pléthore imminente et toutes les maladies auxquelles elle prédispose, comme la goutte, par exemple, les congestions, etc. Ainsi, les modifications dans la manière de vivre du malade doivent être déduites des prédispositions qu'il porte en lui et fondées sur les habitudes nouvelles que doit prendre le sujet pour modifier son état habituel de manière à empêcher les accidents graves. Aussi quand le médecin voit disparaître certains états pathologiques antérieurs, peut-il s'en rendre compte par les modifications survenues dans l'organisme du malade, et de même il se rendra compte des accidents qui peuvent survenir, comme les mouvements fluxionnaires supplémentaires et les modifications fonctionnelles qui s'y rattachent.

Les maladies marchent sous l'influence de la vitalité des sujets qu'elles affectent. Chez l'un, qui possède une grande énergie dans tous les actes de la vie, une maladie qui survient marche rapidement à terminaison favorable ou funeste, et l'activité vitale du sujet donne la mesure de la rapidité avec laquelle marche la maladie. Mais cette marche active des maladies peut être modifiée par bien des circonstances, et surtout par l'âge : chez les jeunes sujets, elle ira avec rapidité; tandis que chez les vieillards, chez lesquels les fonctions s'accomplissent plus lentement et avec plus de faiblesse, elle sera languissante. L'âge critique, interposé entre ces deux âges, marque l'état intermédiaire entre ces deux modes de progression. Chez les jeunes femmes, les maladies participent facilement de l'activité circulatoire qui est en elles, tandis qu'après l'âge critique les maladies sont nécessairement sous l'influence de la langueur qui s'est établie dans les fonctions que l'organisme est appelé à remplir, et à cette époque, si le sujet tend à la pléthore, la maladie tend à la forme chronique, et cela d'autant plus facilement que l'âge critique est plus avancé et se rapproche plus de sa terminaison. Le médecin débarrasse plus difficilement les femmes des maladies qu'elles ont contractées après qu'avant l'âge critique; aussi, après l'âge critique, a-t-il recours à des médications chroniques pour surmonter l'état réfractaire des affections; ce seront des exutoires profonds, des changements de localités, des frictions et des bains stimulants prolongés longtemps, les eaux minérales, des purgatifs répétés, des diurétiques, des diaphorétiques, en un mot de ces états morbides thérapeutiques qui sont en accord avec l'âge des sujets et la marche des maladies chez eux.

L'âge critique étant la limite d'un changement radical chez

les femmes doit fixer tout spécialement l'attention du médecin pour qu'il puisse tenter de prévenir les maladies qui ont de la tendance à se développer dans l'organisme à cette époque et empêcher le sujet de succomber si facilement à leurs atteintes.

EXTIRPATION DE L'OVAIRE DROIT,

faite avec succès à l'aide d'une large incision péritonéale.

Par le docteur W.-L. Atlee, professeur au collège de Pensylvanie.

Comme le fait remarquer M. le professeur Velpeau, c'est surtout d'Angleterre et d'Amérique que nous sont venus les faits propres à éclairer la grave question de l'extirpation des ovaires dans les cas de tumeurs de ces organes. Mais ces observations, quoique déjà assez nombreuses, ne sont pas toutes assez détaillées ni même quelquefois assez authentiques pour qu'on puisse apprécier d'une manière définitive les avantages et les inconvénients de l'ovariotomie. On ne lira donc pas sans un vif intérêt l'observation suivante, que nous empruntons au journal *The Amer. Journ. of the med. Sc.*, et qui n'est pas moins remarquable par la beauté du résultat que par la précision des détails.

Le 17 septembre 1848, je fus appelé auprès de Mme K..., de Philadelphie, pour donner mon avis sur une tumeur abdominale dont cette dame était atteinte. Avant de procéder à l'examen, j'obtins de la malade les renseignements suivants. Elle est âgée de vingt-neuf ans; réglée à quatorze ans. Pendant la première menstruation, elle prit froid; l'écoulement se suspendit tout à coup, et de fortes douleurs suivirent cette suspension. Les menstrues ne reparurent qu'au bout de deux ans. Depuis leur rétablissement elles ont toujours été régulières, quoique invariablement douloureuses et composées quelquefois de caillots. Mariée à vingt ans, elle a eu quatre enfants; le dernier, âgé de treize mois, est encore au sein. Trois semaines après son troisième accouchement, qui eut lieu le 1er mars 1846, elle fut prise d'une inflammation dans la fosse iliaque droite, où elle sentit une tumeur à peu près de la grosseur du poing, de forme oblongue, et tellement mobile alors qu'on pouvait facilement la saisir avec la main et la faire aller d'un côté à l'autre. Environ trois mois après, la malade fut atteinte d'une seconde inflammation dans le même endroit. Traitement énergique; saignées, sangsues, ventouses et vésicatoires. Néanmoins la tumeur persiste et reste douloureuse au toucher et augmente régulièrement, quoique avec lenteur.

Depuis la dernière parturition (1er septembre 1847) la tumeur a grossi avec rapidité; sa santé générale a été et continue d'être bonne. Toutefois la tumeur devient très douloureuse, surtout dans le décubitus honrizontal, ce qui fait que Mme K... dort fort peu. Depuis le troisième accouchement, chute *complète* de l'utérus, qui aujourd'hui pend entre les deux cuisses, dans la station. Depuis l'existence de ce prolapsus (sept ans), miction très difficile, et depuis un an difficultés presque aussi grandes pour la défécation; constipation habituelle.

Quand la malade se tient debout, et qu'on examine la tumeur à nu, on voit qu'elle retombe sur l'aine de manière à recouvrir la cuisse dans l'étendue de la largeur de la main. La grosseur de l'abdomen est celle qu'on observe dans une grossesse à terme.

Dans le décubitus dorsal, la tumeur paraît plus proéminente; elle remplit la fosse iliaque et la région lombaire du côté droit, la région hypogastrique et ombilicale en entier, et retombe sur la crête iliaque, et sur l'aine qu'elle recouvre totalement. En pressant sur les parois de l'abdomen autour de la tumeur, on sent qu'elle se prolonge profondément vers l'épine dorsale et le bassin, et l'on constate sur la surface antérieure un étroit sillon qui la parcourt obliquement de la région lombaire droite à la symphyse du pubis, et qui semble la diviser en deux portions inégales, la plus petite étant placée inférieurement; le tissu de la tumeur est très ferme, quoique légèrement élastique. Elle est si remarquablement proéminente qu'on peut la prendre dans les deux mains; mais, même en la saisissant ainsi, on ne peut la mouvoir d'une manière bien évidente, tant elle paraît solidement fixée; elle est plus ou moins douloureuse au toucher, et surtout à la pression pratiquée sur la partie supérieure. La peau, sur toute la surface de la tumeur, est mobile.

L'utérus est renversé et pendant entre les deux cuisses, entraînant avec lui le vagin; il est quelque peu tuméfié. Après quelques manœuvres, l'utérus et le vagin étant remis en place, je procédai à l'examen par le vagin et par le rectum; la surface arrondie et résistante de la tumeur peut être sentie, s'enfonçant profondément dans le bassin à droite, entre le rectum et le vagin, et là aussi n'ayant qu'une immobilité douteuse. Immédiatement après cet examen, l'utérus se renverse de nouveau.

A la percussion, tous les points occupés par la tumeur rendaient un son mat, et tous les autres étaient sonores. Les intestins étaient situés principalement du côté gauche; dans la région de l'ovaire gauche, il y avait aussi une apparence d'épaississement.

Cet examen causa dans la tumeur de la douleur et des élancements pendant deux jours.

Le 31 octobre, la tumeur a augmenté en volume; mais sous tous les autres rapports la malade est dans le même état.

Le 10 janvier 1849, je plonge un trocart dans la partie la plus proéminente de la tumeur au-dessous du sillon, dans une profondeur d'à peu près trois pouces; il fallut employer une force considérable pour le faire pénétrer. Néanmoins rien ne s'écoula par la canule, pas même du sang. Je laissai la canule en place, et j'y passai une sonde, qui alla se heurter contre une substance solide et très résistante; en essayant de retirer la canule, je rencontrai de la difficulté; elle était très solidement retenue par le tissu ferme de la tumeur; immédiatement après avoir retiré la canule, à peu près une once de sang veineux s'échappa. La malade n'éprouva que peu de douleur.

La peau étant incisée dans l'étendue d'un pouce jusque sur la tumeur, on voit que celle-ci est formée d'un tissu fibreux.

La surface de la tumeur, mesurée du milieu de la crête iliaque au pubis en suivant le sillon déjà décrit, a 15 pouces de long; mesurée de son bord interne supérieur, à peu près de deux pouces à gauche de l'ombilic; et, traversant au milieu de l'aine en coupant à angle droit la direction de la première mesure, sa longueur est de 13 pouces; la circonférence abdominale de la tumeur est de 46 pouces. Ces mesures, ainsi que la situation, la grandeur et l'apparence générale de la tumeur, seront mieux comprises en examinant la *fig.* 1.

La tumeur, à cette époque, était immuablement fixée dans sa position et augmentée encore en volume. La petite incision ne fut suivie d'aucun résultat fâcheux et se cicatrisa promptement.

Le 20, la tumeur augmente rapidement dans tous les sens, devenant de plus en plus incommode. Le sommeil était fréquemment interrompu; il y a des douleurs vives dans la tumeur et jusque dans les membres inférieurs.

Le 6 mars, la malade désire ardemment l'opération, qui est fixée au 15 du courant. L'utérus, quoique renversé, et la vessie sont dans l'état sain.

Le 13, la malade prend une dose d'huile de ricin le soir, et on lui recommande de ne prendre aucune nourriture solide; elle se soutint donc pendant le jour et la nuit qui suivirent la purgation avec des liquides et quelques aliments légers. Le matin du jour fixé, je trouvai ma malade dans d'excellentes conditions pour l'opération; son pouls était à 82.

Le 15, je procède de la manière suivante à l'opération, en présence et avec l'aide de MM. Grant, E.-A. Atlee, Darrach, Meckley, Mc. Intyre, Kaski, Hunter et Gobrecht :

La malade étant placée sur la table dans la position voulue, 30 ou 40 gouttes d'un mélange d'une partie de chloroforme et deux parties d'éther furent versées dans un mouchoir plié comme un entonnoir, lequel fut placé sur la bouche et sous le nez de manière à ne pas empêcher l'air atmosphérique de pénétrer; en moins d'une minute la malade perdit connaissance; quand l'insensibilité fut bien établie, je fis une incision s'étendant depuis la symphyse pubienne jusqu'au milieu de la crête iliaque du côté droit. Cette incision était curviligne, à convexité inférieure; elle avait 16 ou 17 pouces de long, et pénétra d'emblée jusqu'à la surface de la tumeur, qui était recouverte dans cette direction par une épaisse aponévrose provenant sans doute de cette portion des tendons réunis des muscles oblique interne et transverse. Toute la portion de tumeur située au-dessous du sillon déjà décrit était recouverte inégalement par cette expansion aponévrotique, à laquelle d'ailleurs elle était peu adhérente; la séparation en fut facile et rapide à l'aide de l'extrémité de l'index et du manche du couteau introduits entre ces parties. Toute la partie de la tumeur située au-dessous du sillon fut ainsi mise à découvert; mais une grave difficulté s'éleva quand on arriva au sillon lui-même, qui correspondait à une implantation dans la tumeur du ligament de Poupart dans la profondeur d'un pouce environ; ce ligament étranglait ainsi la tumeur et la fixait solidement contre les os du bassin. Ce fut avec une grande difficulté que ce ligament fut disséqué de cette rainure profonde, ainsi qu'un faisceau de fibres musculaires appartenant aux muscles abdominaux. Cette dissection étant achevée, j'arrivai sur le péritoine; il fut divisé dans toute l'étendue de l'incision primitive, après quoi je passai ma main dans la cavité de l'abdomen pour explorer la grande portion de la tumeur et pour m'assurer de l'existence ou la non-existence d'adhérences, qui heureusement n'avaient pas lieu, entre les viscères et la tumeur; il n'en existait pas non plus entre le péritoine pariétal et celui qui recouvrait la tumeur. Mais celle-ci était toujours solidement fixée à toute la surface de la fosse iliaque : en la saisissant avec une main dans l'abdomen et de l'autre sur sa face externe, je ne pouvais encore lui faire faire le moindre mouvement. Un examen plus minutieux me montra que la tumeur était à cheval sur la crête iliaque, sur les épines antérieures (supérieure et inférieure) et sur le bord tout entier de l'iléum jusqu'aux symphyses pubiennes; elle adhérait intimement au *fascia iliaca* et même à toute la surface interne de l'os des îles, auxquelles elle semblait incorporée. En étendant mes recherches dans l'abdomen vers la ligne blanche, je trouvai que l'enveloppe péritonéale se transformait graduellement pour constituer une portion du ligament large. Pendant que j'examinais cette partie du bassin, je sentais l'artère iliaque primitive droite battre fortement contre ma main, et je pouvais suivre l'iliaque externe, qui était en contact immédiat avec la tumeur sous laquelle elle était pressée. Un ligament très fort, qui fixait solidement la tumeur à la symphyse pubienne et qui n'était sans doute que l'insertion du ligament de Poupart, restait encore à l'extrémité interne du sillon; il fut divisé avec précaution dans l'espoir de pouvoir soulever ce côté de la tumeur: mais la tumeur resta encore immobile. On vit seulement alors le ligament rond de l'utérus passant immédiatement sur la tumeur depuis l'utérus jusqu'au pubis, paraissant même pénétrer jusque dans sa substance pour former une aussi longue courbe; ce ligament fut soigneusement détaché et conservé entier.

Le pédicule proprement dit de la tumeur, c'est-à-dire le ligament large et la trompe de Fallope, était la seule partie qui fixât maintenant la tumeur, à l'exception de ces adhérences fermes et étendues qui existaient dans le bassin. A ce moment de l'opération, je fus sur le point de m'arrêter, de fermer la plaie et d'abandonner la malade à son sort; mais, réfléchissant qu'il ne pouvait, en définitive, y avoir d'autres dangers que ceux qui résulteraient de l'atteinte des vaisseaux iliaques et fémoraux, lesquels, avec de suffisantes précautions, pouvaient être évités, je me déterminai à continuer l'opération. Passant ma main gauche dans la cavité de l'abdomen afin de protéger les intestins et les vaisseaux iliaques, et en même temps pour servir à diriger l'instrument tranchant sur la face de l'os des îles, et priant un aide de saisir la tumeur de manière à la soulever et à l'attirer d'un côté à l'autre, à mesure que la dissection avancerait, j'essayai de me servir du scalpel à la manière ordinaire; mais les anfractuosités nombreuses et profondes dans lesquelles il fallait l'introduire me rendirent la manœuvre impossible; je dus me contenter d'en insinuer la pointe entre l'os des îles et la tumeur, et de le faire à la manière d'un ciseau; de temps en temps je substituais un bistouri à l'autre, puis à celui-ci de forts ciseaux, et je parvins enfin, à l'aide de ces manœuvres, à détacher la tumeur de la crête, des épines iliaques et des faces correspondantes de l'iléum luimême. La solidité de la tumeur et l'intimité de ses adhérences aux os rendit cette partie de l'opération extrêmement difficile; mais une fois qu'elle fut terminée, il fut possible, pour la dissection ultérieure, de déplacer la tumeur et de suivre l'instrument des yeux, ce qui était très important, vu les rapports de la tumeur avec les vaisseaux iliaques et fémoraux. Quand on souleva la tumeur, ces vaisseaux furent soulevés aussi, ce qui démontra l'adhérence soit de leur gaine, soit des vaisseaux eux-mêmes. Avant de détruire cette adhérence, je dus isoler la tumeur par tous ses autres points. Je coupai en travers le feuillet du péritoine qui forme le ligament large, aussi loin qu'il fut nécessaire pour isoler complétement le pédicule de la tumeur qui renfermait le tube de Fallope; alors, passant autour de ce pédicule une ligature en soie de six brins cirés mais non tordus, le docteur Grant la serra solidement, et ce pédicule, qui était petit et principalement membraneux, put être immédiatement coupé. On put alors procéder avec beaucoup de précautions à la dissection des vaisseaux; elle fut heureusement terminée, et la tumeur fut enlevée.

La plaie fut ensuite soigneusement examinée; les caillots furent retirés un à un, et les parties bien nettoyées avec des éponges douces trempées dans de l'eau tiède. On trouva une veine qui saignait sur la face interne des muscles abdominaux; elle fut liée, et la plaie resta exposée à l'air pendant quelque temps encore. Aucun autre vaisseau n'exigea la ligature. L'hémorrhagie était principalement veineuse, et ne dépassa pas quatre onces.

L'épiploon, qui était largement étendu autour de la plaie, fut régulièrement disposé sur les intestins, et la plaie fut réunie par huit sutures entortillées, entre lesquelles on plaça de nombreuses bandelettes adhésives, les deux ligatures étant ramenées aux bords les plus voisins de la plaie. On plaça sur le tout une épaisse serviette trempée dans de l'eau tiède et, sur la serviette, un bandage en 8 de chiffre comprenant la cuisse droite et le tronc. La malade fut portée dans son lit; l'utérus fut replacé dans le bassin. On administra quelques cuillerées d'eau mélangée avec de l'eau-de-vie. — On ne remarqua pas une grande prostration; le pouls est resté bon jusqu'à la fin.

La malade, quoique anesthésiée suffisamment pour ne sentir aucune douleur, conserva pourtant un certain degré de connaissance; elle causa avec moi la plupart du temps que dura l'opération.

Pendant l'opération, qui dura 37 minutes, les intestins, l'estomac, le diaphragme et les muscles abdominaux n'éprouvèrent aucun mouvement insolite. La température de la chambre fut entretenue à 80° Fahrenheit.

La malade fut mise à une diète sévère et absolue, et l'appareil de pansement devait être constamment humecté avec de l'eau presque froide.

A trois heures de l'après-midi, le pouls était à 96, moelleux; la peau chaude et douce. La malade se plaint de douleur dans le dos; pour la soulager, on la tourna sur le côté droit; elle a des bâillements, un peu de sang s'échappe de l'angle externe de la plaie; il n'y a pas eu de dérangement gastrique ni diaphragmatique, ni aucune tendance à la syncope. On retire avec la sonde une once d'urine claire et d'une bonne couleur; thermomètre, 76°. — Eau d'orge.

A onze heures, la malade est extrêmement gaie et cause beaucoup; elle a eu de fréquents petits sommes; pouls à 108; peau sèche et un peu au-dessus de la température naturelle; langue sèche; désir excessif de boissons froides; le nez a repris sa température naturelle; on tire par le cathétérisme 8 onces d'urine fortement colorée, mais limpide; on change la malade de position et de vêtements. — On lui permet des boissons à la glace.

Le 16 (neuf heures du matin), la nuit a été bonne; pendant deux heures le pouls a été à 110, maintenant à 108; la peau est douce et plus naturelle au toucher; la malade rit et cause; très peu de suintement de la plaie; le cathétérisme donne 8 onces d'urine assez foncée, qui par le refroidissement a formé un dépôt considérable de mucus.

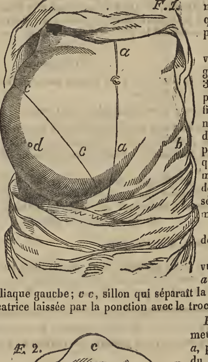
A dix heures du soir, la malade est trouvée dormant d'un sommeil calme. On compta le pouls et la respiration pendant son sommeil; le premier était à 98, et la dernière à 26. Elle s'éveilla gaiement. On tira 4 onces d'urine pâle. Il y a très peu de suintement de sérum sanguin par la plaie.

Le 20, très bon état; pouls à 84; urine rendue sans le secours de la sonde; on retire toutes les aiguilles. La plaie s'est cicatrisée par première intention, excepté aux deux points par lesquels les ligatures s'échappent, où il n'y a presque d'ailleurs qu'une apparence de pus.

Le jeudi, 29 mars, la malade commença à s'asseoir hors du lit et, depuis, a continué à le faire chaque jour.

La ligature du pédicule tombe mardi 3 avril, et celle de la veine le lendemain.

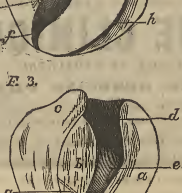
Le 12 avril, la malade fit une promenade en voiture, après quoi elle continua à prendre journellement de l'exercice jusqu'à ce que sa santé fût parfaitement rétablie.

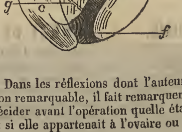


La tumeur pesait huit livres; elle avait dans sa plus grande circonférence 2 pieds 3 pouces et dans sa plus petite 23 pouces; elle est fibreuse ou fibro-cartilagineuse. Les figures 2 et 3 donnent une idée de l'aspect général de la tumenr, qui se trouve, ainsi qu'un modèle en cire fait par le docteur Grant, dans le musée pathologique du Collége médical de Pensylvanie.

Voici l'explication plus détaillée des figures.

Figure 1. — La tumeur vue avant son extirpation : *a a*, ligne blanche; *b*, crête iliaque gauche; *c c*, sillon qui séparaît la tumeur en deux; *d*, cicatrice laissée par la ponction avec le trocart.





Figures 2 et 3. — La tumeur après son extirpation : *a*, portion située au-dessous du ligament de Poupart (lequel forme le sillon *c c* dans la *fig.* 1); cette portion n'est pas recouverte par le péritoine; *b* (enfermé dans la ligne courbe pointée), portion adhérente au *fascia iliaca* et également non recouverte par le péritoine; *c c c*, grande portion de la tumeur qui occupait les cavités pelvienne et abdominale et qui était recouverte par le péritoine; *d*, rainure d'un pouce et demi à deux pouces de profondeur qui formait le lit de la crête iliaque et de l'épine antérieure et supérieure; cette rainure se continue en *e* et en *f*, où se logeait le bord antérieur de l'os des îles jusqu'à la symphyse; *g*, lit des vaisseaux iliaques externes; *h h'*, dépression d'un demi-pouce environ formée par la pénétration du ligament de Poupart dans la tumeur.

Dans les réflexions dont l'auteur fait suivre cette observation remarquable, il fait remarquer combien il était difficile de décider avant l'opération quelle était la nature de la tumeur et si elle appartenait à l'ovaire ou à l'utérus; il pense même

que la question, sous ce dernier rapport, n'est pas beaucoup plus facile à résoudre depuis l'opération. Il nous semble, au contraire, que rien n'etait plus facile avant comme après l'opération, si la description qui a été faite du renversement de l'utérus est exacte. Il serait absolument impossible de comprendre la possibilité d'un tel renversement si une tumeur aussi volumineuse, et même beaucoup moins volumineuse, avait existé dans les parois de la matrice. Pour cette seule raison donc, autant au moins que pour celles qu'invoque M. Atlee, on peut repousser l'idée d'un corps fibreux de l'utérus. Peut-être est-il moins certain que la tumeur appartiennent réellement à l'ovaire; les adhérences intimes qui existaient entre elle et les os du bassin pourraient en faire douter, tandis que la composition de son pédicule semble démontrer que c'était bien à une tumeur fibreuse ovarienne qu'on avait affaire.

Quoi qu'il en soit, si l'on admet avec M. Velpeau que l'ovariotomie ne doit être tentée que « lorsque la santé générale s'est maintenue d'une manière à contraster avec l'état maladif de l'abdomen; lorsque l'issue d'un liquide onctueux et gélatineux obtenu par une ponction exploratrice démontre que le mal est dans l'ovaire; lorsque la tumeur ne dépasse pas le volume de la tête d'un adulte, et enfin lorsque la malade le désire avec ardeur, » évidemment l'opération n'aurait pas dû être tentée dans le cas précédent. Et cependant on a vu que les accidents qui ont suivi l'opération ont été à peine ceux de la moins grave des amputations. Que conclure de ce fait extrêmement curieux? Rien, suivant nous, sinon que les véritables indications de l'ovariotomie sont encore très imparfaitement connues, et qu'il faut recueillir avec le plus grand soin tous les cas qui peuvent servir à fixer la science sur ce point important de thérapeutique chirurgicale.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Dragées d'iodure ferreux inaltérable; par M. Gille, pharmacien à Paris.

On a vu, par un fait que nous avons publié dans notre avant-dernière Revue clinique, les beaux résultats qu'on pouvait obtenir de cette précieuse préparation. Nous en donnons aujourd'hui la formule:

Iode pur. . . . . 10 grammes.
Limaille de fer non oxydée. . 5 —

Faites dissoudre dans

Eau distillée. . . . . . 50 —

Il faut agiter continuellement pendant la réaction, qu'on doit avoir soin de modérer en tenant le vase dans lequel on opère soit dans un mélange réfrigérant, soit simplement dans l'eau froide.

On se trouve très bien pour cette opération de l'emploi d'une capsule en porcelaine qui permet de remuer facilement le mélange de fer et d'iode, sans qu'il se forme au fond du vase un magma qui souvent fait casser les vases dans lesquels on opère (à cause de la grande élévation de température dans un seul point du vase).

Lorsque la réaction est terminée, ce que l'on reconnaît à la belle teinte vert-d'eau que prend la liqueur, filtrez à travers un papier lavé, et recevez la liqueur contenant le proto-sel de fer dans une capsule renfermant:

Sucre pulvérisé. . . . . . . 20 grammes.

Faites évaporer ar bain-marie jusqu'à ce que le mélange ne pèse plus que 35 grammes. Ajoutez alors:

Gomme arabique en poudre impalpable. 10 gram.

Mêlez avec soin et divisez la masse en 220 pilules que vous roulerez dans de la poudre de sucre. Portez daus une étuve chauffée à 25 degrés, jusqu'à parfaite dessiccation. Faites alors recouvrir de sucre.

Après plusieurs mois, les dragées préparées par M. Gille avaient remarquablement conservé une teinte vert-d'eau, sans mélange aucun de teinte ocracée, indiquant sa complète inaltérabilité. (*Bull. de l'Acad. de Méd.*)

Pommade contre la gale.

Nous avons fait connaître il y a quelques jours les résultats obtenus par M. Bourguignon dans le traitement de la gale par divers moyens. Voici une autre formule de pommade essayée par M. Bazin, médecin à l'hôpital Laint-Louis, et qui guérissait la gale en trois frictions.

Poudre de camomille fraîche. . }
Huile blanche. . . . . } de chaque, 500 grammes.
Axonge. . . . . }

Cette pommade guérit un peu moins vite que la pommade d'Helmerich, mais elle a, suivant M. Bazin, l'avantage de calmer instantanément les démangeaisons et de ne pas produire d'éruption secondaire.

FAITS DIVERS.

On nous assure tous les jours que les médecins tirent de précieux avantages du sirop de dentition formulé par le docteur Delabarre dans le traitement des maladies qui accompagnent la sortie des premières dents. Au reste, ce remède, qui jouit à juste titre de la confiance de la majorité des médecins, est employé depuis huit mois à l'hospice des Orphelins de Paris, et l'on en obtient les plus heureux effets.

— Nous apprenons par les journaux belges qu'en vertu des ordres du ministre de la guerre de Belgique, la soumission faite par le docteur Giraudeau de St-Gervais pour la fourniture du Rob Laffecteur a été acceptée; qu'une commande lui a été faite, et qu'en outre le ministre des finances en a ordonné la libre entrée pour le service sanitaire de l'armée belge. Dès 1788, le ministre de la marine, en France, avait déjà ordonné réglementairement l'embarquement de ce remède à bord des vaisseaux du roi, et en 1793, des marchés furent passés pour l'approvisionnement de la marine pendant les guerres de la République.

DE LA MEILLEURE MANIÈRE D'ADMINISTRER L'IODE

dans les maladies scrofuleuses, syphilitiques, dans la phthisie, et dans toutes les maladies où l'iode est recommandé, ou emploi en médecine de l'iodure d'amidon soluble.

Par le docteur Quesneville.

D'après des recherches récentes communiquées à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine par MM. Piorry, Boinet, Huette, Chartroule, Chatin, et beaucoup d'autres praticiens distingués, l'iode doit fixer plus que jamais l'attention des médecins. L'iode se rencontre dans presque toutes les eaux douces; il existe dans les plantes, les animaux terrestres, dans les liqueurs fermentées, le vin, le cidre, le poiré, dans le lait, les œufs; il fait partie de la terre arable, et sa présence en un mot est presque générale dans tous les aliments qu'emploie l'homme.

L'iode fait-il défaut dans les eaux de certaines sources et de certaines contrées, on remarque dans ce pays moins de santé chez les habitants, et une prédisposition toute particulière aux scrofules et au goître. Les eaux de puits, toutes si malsaines, ne contiennent pas à beaucoup près autant d'iode que les eaux douces, et l'eau provenant de la fonte des neiges en est totalement dépourvue. Ces observations, appuyées par plus de cinq à six cents analyses, sont des plus importantes et doivent être prises en sérieuse considération par les médecins.

C'est en réfléchissant à tous ces faits que nous nous sommes demandé sous quelle forme on pourrait bien administrer l'iode en médecine. Nous nous sommes alors rappelé qu'il y a plusieurs années nous avions conseillé l'emploi de l'iodure d'amidon soluble à des scrofuleux, et que la guérison avait été d'une promptitude remarquable.

Combiné à un corps comme l'amidon, si facilement assimilable aux autres principes de la digestion, l'iode se trouve mis à nu aussitôt son arrivée dans l'estomac, et dégagé ainsi de sa combinaison, il agit alors comme agirait l'iode s'il était administré à l'état de pureté et non combiné aux alcalis ou aux métaux qui lui font perdre une partie de ses vertus.

En essayant de reproduire l'iodure d'amidon soluble, nous avons remarqué que le sucre, chauffé pendant quelque temps avec l'iodure d'amidon précipité en pâte, s'y combinait parfaitement, et que le sirop qu'on obtenait était d'une couleur bleue très foncée, et parfaitement transparent. Ceci permettra donc de préparer un sirop avec l'iodure d'amidon.

Voulant savoir à quelle dose on pourrait préparer ce sirop d'iodure d'amidon, nous en avons préparé nous-même, et avons pu obtenir les proportions de 2 grammes 1/2 d'iode par kilogramme de sirop. Pour prendre l'iode à petites doses, l'ordonner à des enfants, par exemple, à des natures impressionnables ou à des estomacs déjà irrités, rien ne conviendra donc mieux que le sirop d'iodure d'amidon soluble; *il remplacera ainsi merveilleusement les huiles de foie de morue et de raie, et autres huiles iodées dangereuses.* Comme dans ces huiles, en effet, l'iode se trouve uni à une matière organique facilement assimilable; ce qui, joint à une puissance curative plus grande du médicament et à un goût agréable, le fait préférer des médecins et des malades. Quand on voudra faire prendre l'iode à haute dose, le sirop pris en trop grande quantité pourrait être désagréable; on pourra alors le remplacer par les poudres d'iodure d'amidon, que l'on ordonnera, soit en prises comme la rhubarbe, soit en pilules, ou dissoutes dans l'eau et bues aux repas. Ces poudres contiennent, combiné à un excès d'amidon, 10 pour 100 d'iode; elles sont parfaitement lavées à l'alcool pour les dépouiller de tout excès d'iode qui serait dangereux.

L'iodure d'amidon peut être pris à des doses très fortes sans irriter l'estomac ni les intestins; il est ensuite beaucoup plus actif que les autres composés d'iode, et doit leur être préféré dans la plupart des cas.

D'après des communications académiques faites tout récemment par M. Piorry, d'une part, et M. Chartroule, de l'autre, l'iode serait destiné à des succès certains dans la phthisie pulmonaire. Le difficile est de faire arriver l'iode sans danger; or nous ne craignons pas de le dire, l'emploi de l'iodure d'amidon remplira le but proposé, puisque, dans cette combinaison éphémère, l'iode se sépare avec une grande facilité de l'amidon. Il devra donc être préféré et à la vapeur d'iode qui est un moyen impraticable et dangereux, et aux frictions de la teinture d'iode et des pommades iodurées qui tachent la peau et peuvent produire des érysipèles. Quant à l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, il ne peut agir qu'autant qu'il sera décomposé lui-même par les fluides animaux, ce qui est un travail laborieux dans l'état de maladie; il est donc plus rationnel de le remplacer par un corps dont la décomposition soit plus facile à obtenir, et l'iodure d'amidon est dans ce cas.

Emploi des préparations d'iodure d'amidon.

Le *sirop d'iodure d'amidon* contient un quart de gramme pour cent d'iode, chaque cuillerée à bouche contient, soit 5 centigrammes d'iode, ou 1 grain. On peut donc en prendre au début deux à trois cuillerées, délayées dans l'eau, et augmenter la dose graduellement.

La *poudre d'iodure d'amidon* contient un dixième d'iode. Deux dés à coudre ou une cuillerée à café tiennent 3 grammes de poudre, ce qui représente 3 décigrammes d'iode ou 6 grains. On peut mettre cette quantité à la fois dans un verre d'eau, ou mettre la poudre dans une carafe et boire l'eau aux repas; si la poudre n'était pas entièrement soluble dans l'eau froide, on pourrait prendre de l'eau chaude à 70 degrés; enfin on peut en faire des pilules, si on le préfère des tablettes. On peut même la prendre en lavement dissoute dans l'eau tiède, ce que l'on ne pourrait faire sans danger avec d'autres préparations d'iode.

Sur les pilules ferrugineuses du docteur VALLET.

Si le fer constitue une des plus précieuses ressources de la médecine, il est vrai de dire que le médecin pourra d'autant plus compter sur les effets de ce métal, qu'il l'emploiera sous une forme plus favorable à l'absorption. Cette condition est indispensable pour un médicament dont l'action ne doit pas seulement être locale, mais doit encore, dans la majorité des cas, se faire sentir sur tout l'organisme, en passant préalablement par les voies circulatoires. Or, nous demanderons à nos confrères la permission de le leur rappeler et de leur faire observer que c'est précisément dans ce but important que les pilules ferrugineuses dites de Vallet ont été composées par leur auteur. Non-seulement le fer s'y trouve, comme on sait, à l'état de PROTO-CARBONATE, qui jouit, comme proto-sel, d'une bien plus grande efficacité que les sels de peroxyde de fer, mais encore ce proto-carbonate y existe A L'ÉTAT HYDRATÉ, ce qui facilite beaucoup l'absorption des pilules de Vallet et, de plus, contribue puissamment à l'énergie de leur action. Ces avantages incontestables ont été mis d'abord en lumière par le rapport fait à l'Académie de Médecine. Plus de dix années se sont écoulées depuis cette époque, et les innombrables observations recueillies sur leur emploi, pendant ce long espace de temps, n'ont fait que sanctionner l'approbation que leur a donnée cette compagnie savante.

Le Sirop pectoral calmant de Johnson, préparé avec l'asperge, d'après la formule du professeur Broussais, le seul qui ait été employé dans les expériences de la commission de l'Académie de Médecine, se vend exclusivement rue Caumartin, 6, à Paris. Le temps est venu de confirmer le jugement de l'Académie sur ce médicament précieux. On connaît partout aujourd'hui les avantages du Sirop Johnson dans le traitement des affections nerveuses, ainsi que les toux opiniâtres, les bronchites, les coqueluches qui avaient résisté à tous les moyens préconisés; il est donc important de ne pas confondre le *Sirop Johnson avec les contrefaçons.*

PARIS. IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, 36, RUE DE VAUGIRARD.

3e SERIE. — TOME II. — N° 137. (23e ANNEE.) JEUDI 21 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 20 NOVEMBRE 1850.

Séances des Académies.

La plus grande partie de la séance a été occupée aujourd'hui par M. Ferrus, qui a continué la lecture de son important mémoire sur le goître et le crétinisme. Il lui en reste encore à lire une dernière partie, comprenant l'exposition et la discussion des divers moyens à l'aide desquels on peut diminuer ou même détruire les deux terribles fléaux qui font l'objet de ce mémoire. Lorsque cette lecture sera terminée, nous essaierons de faire connaître et d'apprécier les principaux résultats auxquels un étude approfondie a conduit M. Ferrus.

A une heure déjà avancée, M. Sestier a remplacé à la tribune M. Ferrus. Malgré cette circonstance peu favorable, on a écouté avec une attention soutenue la lecture de cet honorable médecin, qui avait pour objet l'angine laryngée œdémateuse.

L'excellent débit de M. Sestier nous a fait partager l'intérêt que tout le monde a pris à sa lecture. Nous devons dire cependant que notre intérêt a un peu diminué après avoir parcouru attentivement son mémoire, dans lequel nous avons trouvé peu de vues nouvelles, ou de nouvelles démonstrations. M. Sestier s'est particulièrement efforcé de faire comprendre l'utilité, pour le diagnostic de l'angine laryngée œdémateuse, de l'infiltration de l'arrière-gorge, et l'importance des scarifications dans le traitement de cette maladie. L'infiltration de l'arrière-gorge avait déjà été signalée par plusieurs auteurs, et tout le monde sait que les scarifications ont été préconisées spécialement par Lisfranc, et ensuite par M. Legroux; il fallait donc de nouvelles observations pour donner plus de crédit ou d'importance qu'ils n'en ont encore à ces deux faits déjà connus. M. Sestier n'a produit que deux faits nouveaux à l'appui de la valeur diagnostique de l'infiltration; et ces faits, quoique ayant un intérêt que nous ne voulons point contester, et que nous rapportons textuellement à notre compte-rendu, sont pourtant de nature à fixer l'attention des praticiens sur ce symptôme, peut-être trop négligé, ainsi que l'a dit M. Sestier, plutôt qu'à déterminer d'une manière positive la valeur précise de ce symptôme. Toutefois, le mémoire de M. Sestier porte l'empreinte d'un esprit judicieux et instruit; il se distingue par une forme parfaitement académique, qui explique, en résumé, l'intérêt qu'il a inspiré.

Pour terminer la séance, M. Huguier a présenté à l'Académie un exemple aussi rare que terrible de polype ou peut-être de cancer des fosses nasales. Le malheureux enfant qui est atteint de cette maladie sera opéré samedi prochain à l'hôpital Beaujon. Nous publierons en temps opportun l'histoire de la maladie, la description et le résultat de l'opération pour laquelle M. Huguier se propose de faire usage d'un procédé particulier.

— A l'Académie des Sciences, la médecine et la chirurgie continuent à occuper une place importante.

La section de médecine a manifesté son existence lundi dernier par deux rapports lus tous les deux par M. Lallemand. Autrefois de tels rapports auraient été une exception phénoménale; mais, depuis l'entrée de MM. Lallemand et Civiale dans la docte assemblée, elles commencent à n'être plus même des exceptions.

Le premier de ces rapports avait pour objet un travail sur les moyens d'arrêter la propagation de la syphilis; le deuxième travail, déjà publié dans ce journal, était de notre distingué confrère M. Demeaux. M. Lallemand a fait de ce travail l'éloge qu'il mérite, et a engagé l'auteur à continuer ses intéressantes recherches.

M. Brown-Séquard, dont le monde scientifique connaît la fécondité, peut-être un peu exagérée, a adressé un mémoire intéressant sur l'entre-croisement des fibres sensitives de la moelle, qui jettera une nouvelle lumière sur la physiologie de cette organe et sur plusieurs affections des centres nerveux, si les faits avancés par ce laborieux expérimentateur viennent à se confirmer.

M. Fleury a adressé une nouvelle note sur les effets vraiment merveilleux des douches froides. Mais dans ce travail, assez peu étendu pourtant, tant de doctrines se trouvent implicitement tranchées, qu'il faudrait une discussion longue et approfondie pour montrer le fort et le faible des opinions de l'auteur. Dans l'impossibilité où nous sommes de nons livrer à une telle discussion après une simple lecture de son travail, nous devons nous borner à en reproduire les conclusions, et à appeler ainsi l'attention des observateurs sur des résultats qui, étant reconnus exacts, seraient d'une haute importance pour la thérapeutique.

M. Landouzy, qui semble se complaire dans les observations fines et délicates, a adressé un mémoire détaillé sur l'exaltation de l'ouïe dans l'hémiplégie faciale. Les résultats annoncés par l'auteur, et que nous avons consignés à notre compte-rendu, sont de nature à éclairer plusieurs points très intéressants de physiologie et de pathologie, et M. Landouzy a été heureux d'avoir à l'Académie de Médecine (à laquelle ce travail a aussi été adressé) deux commissaires comme MM. Longet et Bérard.

Enfin M. Auzias, qui poursuit avec une persévérance à toute épreuve ses inoculations syphilitiques sur les animaux, a donné, dans une lettre écrite à M. le secrétaire perpétuel, un aperçu du long travail qu'il se propose de lire prochainement à l'Académie.

Dans cette lettre, l'auteur se borne à émettre, sous forme de propositions, les principaux résultats qu'il a obtenus; il serait donc impossible de les discuter en l'absence des preuves dont il les entoure dans son mémoire. Je crains seulement que M. Auzias ne s'exagère l'importance de ce fait, constaté par moi depuis longues années, et que les inoculations sur les animaux sembleraient confirmer, à savoir, qu'après un certain nombre d'infections, l'individu perd pour quelque temps l'aptitude à contracter la syphilis; il tombe dans un état que l'auteur appelle la *syphilisation*, et auquel j'ai donné le nom de saturation syphilitique. C'est sans doute un fait d'une assez grande importance, mais qui ne saurait opérer une révolution dans la science syphilitique. Je reviendrai aussi longuement qu'il sera nécessaire sur toutes ces questions, lorsque le rapport de l'Académie les mettra à l'ordre du jour. — H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. CHASSAIGNAC.

Opération faite avec succès pour une exostose développée dans l'espace interosseux de la jambe.

Les opérations qui se pratiquent pour l'ablation des exostoses sont presque toujours graves, à raison du traumatisme que doit inévitablement subir, dans ce genre d'opération, le tissu propre des os. Ce serait une exagération, sans doute, mais moins grande qu'on ne pense, que celle qui consisterait à dire qu'une ablation d'exostose est presque aussi grave que l'amputation d'un membre.

Cette gravité, du reste, est loin d'être la même dans toutes les régions du squelette. Les membres inférieurs ou pelviens, comparés, sous ce rapport, aux parties supérieures de l'individu, offrent un désavantage notable, et l'on peut avancer, sans crainte d'être désavoué par l'expérience, que la pratique des chirurgiens, dans l'ablation de cette classe d'exostoses, est loin d'être heureuse. La conclusion à tirer de ce fait d'observation, c'est que l'on ne doit se prêter à une opération du genre de celle dont nous nous occupons, que dans les conditions que voici: ou bien l'exostose gêne les fonctions du membre, ou elle est voisine d'une articulation qui, susceptible d'être respectée dans le moment actuel, sera inévitablement comprise dans le champ de l'opération, si on attend que la tumeur ait acquis des dimensions plus considérables; ou bien, enfin, les progrès de la tumeur sont assez rapides pour que d'une opération qui, dans le présent, serait simple et facile, on se voie obligé d'en faire, dans un avenir peu éloigné, une opération considérable et grave.

Ce n'est point cette dernière considération qui, dans le cas particulier, a servi de point d'appui à l'indication d'opérer, car la tumeur n'avait pas plus que le volume d'un œuf de poule. Mais son développement dans l'espace interosseux d'où elle expulsait graduellement les organes variés et délicats qui doivent s'y trouver normalement, le diastasis qu'elle commençait à produire à l'article péronéo-tibial, enfin son voisinage de l'articulation du coude-pied, qui n'a dû de n'être pas ouverte qu'à des précautions extrêmes, obligeaient à prendre de bonne heure un parti, et c'est ce qui a été fait avec de grands avantages pour la malade.

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9 et 16 novembre.)

DEUXIÈME SECTION. — *Écoles philosophiques. — Ecoles médicales.*

Heureusement pour les Grecs et pour la science, les Asclépions n'avaient pas tellement accaparé l'art de guérir, qu'il fût impossible à de véritables médecins de trouver place dans la société. Teucydide, dans son récit de la peste qui ravagea Athènes en 431, et dont nous parlerons tout à l'heure plus au long, fait mention des médecins qui se dévouaient pour le salut de leurs semblables. Aristophane, celui-là même qui nous a fait une si sanglante satire de l'ignorance et de la rapacité des prêtres, cite particulièrement, et dans plusieurs endroits, le médecin probablement le plus en vogue à cette époque. Au cinquième acte des *Acharniens*, arrive tout effrayé le valet de Lamachus: « Où sont, dit-il, dans cet appartement, les gens de Lamachus? De l'eau! de l'eau! qu'on en fasse vite chauffer dans une petite marmite; qu'on prépare du linge, du cérat, de la laine non dégraissée et des bandes pour envelopper la cheville du pied; le grand homme s'est heurté contre un pieu en sautant un fossé; il s'est luxé la cheville et cassé la tête contre une pierre, etc. » Lamachus arrive à son tour; il se plaint de sa jambe et de sa tête, et finit par dire: « Qu'on me porte chez Pittalus, pour me livrer aux mains de la médecine. » Nous retrouvons ce même Pittalus cité dans les *Guêpes*, autre comédie d'Aristophane.

D'après ces témoignages de deux auteurs contemporains, il est bien évident que des médecins n'ayant rien de commun avec les prêtres, pratiquaient leur art en dehors des temples d'Esculape. D'où venaient ces médecins? Où puisaient-ils la science qu'ils mettaient en pratique?

Sans nous arrêter à la tradition d'Hérodote, au dire duquel les malades étaient exposés sur les places publiques et recevaient les conseils de toutes les personnes ayant vu des cas analogues à celui qu'ils présentaient, nous pensons que l'apparition et la science des médecins doivent être rapportés à deux sources: 1° les gymnases, 2° la philosophie.

La gymnastique, primitivement employée à former des soldats et des athlètes, dut inspirer les premières règles hygiéniques pour conserver la santé, et par conséquent les premières prescriptions pour le rétablissement des forces épuisées ou des accidents survenant à la suite des blessures reçues à la guerre ou dans les jeux. C'était de la médecine empirique, si l'on veut; mais enfin c'était de la médecine. Plus tard, au temps d'Hippocrate même, nous voyons ces règles former une doctrine, et Herodius de Selymbria appliquer la gymnastique au traitement des maladies chroniques; ce que Platon lui reproche assez vivement dans le livre troisième de sa République.

D'une autre part, l'esprit humain sortant des langes de la barbarie, s'affranchit peu à peu des superstitions sacerdotales, et osa aborder les questions les plus difficiles et les plus délicates, celles de la cosmogonie. De l'étude de la formation et de la connaissance du grand monde, ces premiers philosophes furent nécessairement conduits à l'étude de la formation et de la connaissance du petit monde qui s'appelle l'homme. Malheureusement ils apportèrent dans cette dernière étude les idées et les systèmes sur lesquels ils avaient jeté les bases de leur cosmogonie; et si nous avions à faire ici l'histoire des révolutions successives par lesquelles est passée la médecine, nous dirions l'influence qu'ont eue sur les progrès de la science les doctrines de Pythagore et d'Héraclite, qui se partageaient alors l'empire de la philosophie.

Cependant des écoles plus particulièrement médicales existaient aussi. Hérodote nous apprend que de son temps l'école de Crotone était très célèbre, et il place au second rang celle de Cyrène, en Afrique. Postérieurement à l'historien que nous venons de citer, deux autres écoles jetèrent un vif éclat, celles de Cnide et de Cos, dont la dernière donna à la science une impulsion toute nouvelle, et l'assit sur des bases désormais inébranlables.

De ces diverses écoles dont les travaux, excepté la collection hippocratique de Cos, ne nous sont point parvenus, ou que nous ne connaissons que par quelques fragments, sortirent sans nul doute les praticiens dont nous parlions tout à l'heure. Parmi ces travaux perdus, on regrette surtout ceux d'Alcméon, d'Empédocle, de Gorgias, de Parménide, et surtout les *Sentences cnidiennes* que l'on attribue à Euryphon.

Enfin Hippocrate parut: « Histomaque, dit M. Littré dans l'introduction à sa belle édition du père de la médecine, place la naissance d'Hippocrate dans la première année de la quatre-vingtième olympiade (460 av. J.-C.). Soranus, de Cos, qui avait examiné les bibliothèques de cette île, précise la date davantage, et dit qu'il naquit l'année indiquée ci-dessus, sous le règne d'Abriadès, le 26 du mois agrianus, et il ajoute que les habitants de Cos font à cette époque des sacrifices à Hippocrate. » Nous ne pouvons ici suivre ce grand homme dans sa longue et brillante carrière, ni discuter toutes les fables que l'on a répandues sur son compte. Tout le monde sait l'impulsion prodigieuse qu'il donna non-seulement à la science, mais encore à la pratique médicale, et qu'il s'appliqua à tracer tout à la fois les règles scientifiques et la conduite du médecin.

Cependant, malgré tous ces progrès, nous ne trouvons nulle part dans les écrits d'Hippocrate l'idée d'un lieu public où les malades étaient gratuitement soignés. Il semble, au contraire, ressortir de ses ouvrages qu'il menait avec lui ses élèves chez les malades qui l'honoraient de leur confiance, comme on dirait aujourd'hui, et qu'il leur faisait près du lit une leçon de clinique.

Les suites heureuses de cette opération doivent-elles être attribuées à l'emploi du pansement par occlusion, moyen qui paraît donner d'heureux résultats dans la pratique de l'hôpital Saint-Antoine? C'est là une question que le temps achèvera de résoudre pour les esprits sceptiques.

C'est surtout de la thérapeutique qu'il faut dire qu'elle est fille du temps; et nul ne peut se plaindre que l'adoption des pratiques nouvelles ne se fasse que sous le coup des épreuves les plus nombreuses et les plus persévérantes. Le monde médical vit dans de continuelles déceptions. Chaque jour les entraînements des inventeurs de méthodes curatives lui annoncent des merveilles qui trop souvent ne se réalisent pas. Comment trouver mauvais que le premier sentiment qui s'élève en nous à l'annonce d'une nouvelle méthode soit celui de la défiance, ou tout au moins celui d'un rigoureux examen ? De quel côté se trouve ici le devoir ? Il est tout entier à celui qui se propose d'établir quelque vérité nouvelle en thérapeutique. La preuve est difficile, parce que la nature du sujet le veut ainsi, et parce qu'elle s'adresse à des esprits prévenus et défiants, et qui ont acquis le droit d'être défiants et prévenus. Il faut en prendre son parti. Il faut que la persévérance à démontrer ce que l'on croit vrai s'élève à la hauteur des difficultés présentes. Assoir un précepte thérapeutique non encore formulé, cela vaut apparemment qu'on se donne quelque souci. Pour celui qui sera dans une ligne de vérité, point d'obstacle qui ne cède sous la double pression de la patience et du temps. C'est à ce prix seulement qu'il peut rester quelque chose de ces tentatives incessantes au milieu desquelles doivent se consumer nos efforts pour la réalisation d'un progrès. Sachons donc accepter franchement la situation telle que le temps et les déceptions passées nous l'ont faite, et avant d'accuser le dédain ou l'injustice de ceux qui nous jugent, mettons-nous en règle avec l'esprit de notre époque, et ne crions au scepticisme que quand nous aurons acquis le droit de qualifier ainsi les justes défiances du sentiment médical. Celui qui veut prouver n'est point admis à se plaindre de la rigueur des preuves, si toute latitude lui est accordée pour sa démonstration. Or, qui songe aujourd'hui à étouffer les preuves d'une vérité scientifique? Mais nous voilà quelque peu éloigné d'une exostose à la partie inférieure de la jambe. Hâtons-nous donc de rapporter l'observation :

Hervieux (Adélaïde), âgée de dix-sept ans, dentellière, entre le 20 mars 1850 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe n° 22, pour une conjonctivite assez intense, mais qui céda au bout de quelques jours à l'usage des douches oculaires et du collyre au nitrate d'argent.

Dans les premiers jours d'avril, la malade se plaignit d'une tumeur qui siégeait à la partie inférieure antérieure de la jambe droite. Cette tumeur, qui présente une longueur d'à peu près huit centimètres sur cinq de large, a son grand diamètre dirigé dans le sens longitudinal du membre. Les bords sont assez nettement dessinés pour permettre de préciser parfaitement la forme de sa base et les points sur lesquels elle repose. Son extrémité inférieure descend jusqu'à 4 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne. Sa base repose sur la face externe ou péronéale du tibia, sur laquelle il est impossible de faire mouvoir la tumeur; elle est largement assise sur l'os de la jambe et paraît en faire partie. La consistance de la tumeur est celle d'une surface osseuse superficiellement placée et parfaitement homogène. C'est la seule tumeur de ce genre que l'on trouve sur le corps de la malade.

Quant à l'origine de la tumeur, la malade dit être sûre que dès l'âge de six ans elle avait une grosseur à la jambe. L'accroissement du volume n'a eu lieu d'une manière sensible que dans les six derniers mois. Elle est encore et a toujours été indolente, même sous la pression des doigts et pendant la marche, qui n'est nullement gênée.

L'ablation paraissant le seul moyen à proposer, M. Chassaignac commence par mettre la malade à l'usage préventif de l'alcoolature d'aconit à dose progressive jusqu'à 5 grammes par jour.

Au troisième jour de cette médication, l'opération est pratiquée le 1er avril 1850.

Dans la crainte que l'opération n'entraînât quelques longueurs, le chloroforme est respiré par faibles quantités à la fois, de manière à pouvoir continuer aussi longtemps qu'on le jugera nécessaire.

L'assoupissement étant obtenu, M. Chassaignac pratique sur la tumeur une incision longitudinale dans la direction de l'axe de la jambe. Elle est prolongée en haut et en bas dans une étendue suffisante pour que l'exostose soit mise à nu. Les tendons qui passent à sa surface sont refoulés sur le côté externe. L'artère tibiale antérieure, qui avait été ouverte à la partie supérieure de l'incision et qui donnait un jet assez considérable pour masquer les parties et en gêner la dissection, est liée. La surface de la tumeur est alors délimitée avec l'instrument. Elle s'appuie fortement sur le péroné, mais ne lui adhère pas. Son implantation a exclusivement lieu sur la face externe du tibia. M. Chassaignac, ayant reconnu l'impossibilité de glisser au-dessous du pédicule de la tumeur aucun instrument capable d'y conduire la scie à chaîne, se met en devoir d'enlever l'exostose au moyen de la scie de Martin ou ostéotome à mollettes concaves. Aucun instrument n'est mieux approprié à l'ablation des exostoses, qui ne peuvent être attaquées que par une portion de leur circonférence. De plus, alors même que leur pédicule pourrait être coupé avec un instrument ordinaire, la scie de Martin est encore indispensable pour égruger la surface d'implantation et creuser dans le point d'où naît le pédicule une petite excavation qui atteigne, par delà les racines de l'exostose, jusque dans le tissu osseux normal. Ce *modus faciendi* est considéré par M. Chassaignac comme étant d'une grande importance pour se mettre en garde contre une récidive.

L'exostose fut enlevée en deux morceaux et laissa sur le tibia une plaie excavée qui fournit une hémorrhagie en nappe, dont l'abondance diminua promptement et cessa d'être inquiétante. L'artère qui avait donné du sang au commencement de l'opération fut alors facile à séparer des tissus environnants et liée de nouveau d'une manière plus solide.

On se contente de rapprocher les lèvres de la plaie au moyen de bandelettes de sparadrap, et on complète le pansement par occlusion, tel que M. Chassaignac l'applique à presque toutes les solutions de continuité des parties molles.

Depuis le jour de l'opération, la malade a été pansée une fois tous les huit jours d'une manière complète, c'est-à-dire, en enlevant jusqu'à la cuirasse inclusivement. Dans les intervalles hebdomadaires, le pansement externe a été seul renouvelé toutes les fois qu'on l'a trouvé taché par la suppuration. L'alcoolature a toujours été continuée. Aucun accident grave, aucune fusée, aucun signe de rétention du pus n'ont apparu.

Le 18 avril, embarras gastrique, nausées fréquentes, quelques vomissements, un frisson. — Ipéca, 1 gramme; alcoolature.

Le 19, encore des nausées et des vomissements; toutefois, un peu d'amélioration. Pas de retour du frisson.

Ce même jour, enlèvement complet de l'appareil. Sous la cuirasse, on trouve un peu de gonflement aux lèvres de la plaie; écartées l'une de l'autre d'à peu près 1 centimètre, elles sont un peu boursouflées, mais sans mauvais aspect. — Pansement par occlusion rétabli; jambe maintenue dans une gouttière et en position élevée; application de 8 sangsues à l'aine droite, comme moyen de combattre l'inflammation de la plaie de la jambe.

Le 26, les accidents généraux ont cessé. Appétit. Pouls normal. Aucune douleur.

Le 28, suppuration abondante, mais de bonne nature; bords moins tuméfiés.

Le 3 mai, état général excellent; bords de la plaie affaissés. Le pus a diminué de quantité, et se mélange de lymphe plastique. — Solution à 5 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau, comme moyen de modifier la vitalité de la plaie; occlusion; trois portions.

Le 13, commencement de cicatrisation aux commissures supérieure et inférieure de la plaie. — Même pansement; suppression de l'alcoolature.

Le 20, cicatrisation s'étendant des extrémités vers le milieu de la plaie; et jusqu'au 15 juin, où la cicatrisation est complète, l'état local et général n'offre rien de particulier.

Le 15 juin, la malade commence à se lever. On s'aperçoit que, pendant les quelques jours de repos hors de la gouttière, le pied prend une direction vicieuse et retombe en dehors comme s'il y avait paralysie. On reprend l'usage de la gouttière.

Le 25 juin, la malade recommence à marcher, et, depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Cette femme a été présentée à la Société de Chirurgie, ainsi que l'exostose qui a été enlevée. Elle sort le 18 juillet.

Depuis, nous avons revu plusieurs fois la malade, et la guérison a persisté. Aucune esquille n'est tombée. La force et l'agilité du membre sont intactes.

Aucun os long, peut-être, ne se prête mieux que le tibia à une ablation d'exostose, mais c'est à une condition, et cette condition, c'est que la tumeur siége sur la face interne ou sous-cutanée du prisme tibial; mais si, à l'encontre de cette position si favorable, la tumeur s'est développée soit du côté de l'espace interosseux sous les nombreux muscles, vaisseaux et tendons qui s'y trouvent, les plus grandes difficultés opératoires peuvent s'offrir, et si à cette condition défavorable vient se joindre le voisinage d'une articulation aussi importante à éviter que l'est celle du coude-pied, on comprendra qu'il a fallu quelque bonheur pour éviter tous ces écueils à la fois.

En effet, du côté par lequel la tumeur correspondait au tibia, les instruments étaient arrêtés court par un pédicule assez large, naissant de la face péronéale du tibia; du côté du péroné, la tumeur, très étroitement pressée contre cet os, ne permettait non plus l'introduction d'aucun instrument; du côté de l'articulation tibio-tarsienne, il y avait danger d'ouvrir cette articulation, ce qui eût été une complication très grave; à la partie supérieure seulement, on pouvait circonscrire sans crainte l'exostose.

Sans l'emploi de la scie à mollettes concaves, ces difficultés eussent été presque insolubles, à moins qu'on n'eût eu recours à la gouge et au maillet. Or, c'est là un moyen peu chirurgical que M. Chassaignac repousse d'une manière absolue, comme entaché d'une brutalité d'action qui répugne à la bonne chirurgie. Avant les ostéotomes de Heine et de Martin, on a pu recourir à ce moyen; aujourd'hui ce serait de la barbarie que d'y avoir recours, et il n'est pas difficile de prouver que partout où on se croirait obligé d'y recourir on peut s'en passer et dénouer la difficulté avec les ostéotomes, au lieu de la trancher brutalement par cette espèce d'*ultima ratio* chirurgicale.

La malade qui fait le sujet de cette observation a été pour nous un nouvel exemple de l'importance qu'il faut attacher à ne pas perdre de vue les malades qui ont subi une opération, si l'on veut juger de la solidité de la guérison. C'est là, il faut l'avouer, une grande et fâcheuse lacune de cette grande et irremplaçable école de la clinique des hôpitaux. Ce n'est point aux chirurgiens qu'il faut imputer cette lacune, c'est au caractère essentiellement nomade de la plupart des malades qui y sont traités. Que de fois ne voyons-nous pas ces malades promener d'hôpital en hôpital des suites d'une opération que celui qui l'a pratiquée a le plus grand intérêt à connaître, ou la récidive d'une affection qu'il a guéri une fois, et dont il aurait un intérêt non moins grand à suivre l'évolution!

Notre malade, qui avait quitté l'hôpital dans un état de guérison parfaite, et qui avait été présentée à la Société de Chirurgie, était dans des conditions où il ne semblait pas qu'il dût jamais y avoir à revenir sur un fait si parfaitement accompli. Eh bien, voici ce qui est arrivé.

Cette jeune malade, après avoir depuis plusieurs mois quitté l'hôpital, y rentra le 26 juillet pour une kératite, qui se dissipa promptement sous l'action des douches oculaires.

Pendant le traitement de son ophthalmie, la malade s'étant plainte d'une douleur à la grande lèvre gauche, nous aperçûmes une ulcération assez large, de nature, sinon caractéristique, du moins fortement suspecte, et qui siégeait dans la rainure qui existe entre la face externe de la grande lèvre et la cuisse.

Malgré nos explorations et les questions qui furent adressées à différentes reprises et par diverses personnes à la malade, il ne nous a pas été donné de nous édifier complètement sur la nature et sur la cause de cette ulcération, qui, touchée avec la solution de nitrate d'argent et pansée avec le vin aromatique, fut cicatrisée assez rapidement.

A quelque temps de là, des douleurs vives se font sentir à la jambe gauche, dans le lieu même où avait été pratiquée l'ablation de l'exostose, et dans la cicatrice qu'avait laissée l'opération. Nous examinons le point douloureux, et nous voyons apparaître et se développer rapidement en quelques jours, dans l'ancien emplacement de l'exostose, trois grosses

---

On aurait pu croire que Thucydide eût suppléé au silence d'Hippocrate; l'historien de la guerre du Péloponèse décrit aux chapitres XLVII et suivant du second livre une épidémie affreuse qui ravagea Athènes en 431 avant J.-C. Il était naturel de penser que la nécessité aurait suggéré aux Athéniens l'idée de réunir leurs malades pour les soigner plus facilement et devancer en quelque sorte une institution qui ne devait voir le jour que six cents ans plus tard. Mais Thucydide ne laisse aucun doute à cet égard, et voici ce que nous trouvons aux chapitres LI et LII du livre II : « C'était encore qu'en se soignant les uns les autres on s'infectait mutuellement, comme les troupeaux malades, et l'on périssait, et c'est ce qui causa la plus grande destruction. Ceux qui par crainte ne voulaient point approcher des autres mouraient délaissés, et bien des maisons s'éteignirent faute de personnes pour les soigner. — L'affluence des gens de la campagne qui venaient se réfugier dans la ville se joignit aux maux des Athéniens pour les aggraver, et ces nouveaux-venus en souffraient eux-mêmes plus que les autres. Comme il n'y avait pas de maisons pour eux et qu'ils vivaient pressés dans des cabutes étouffées pendant la plus grande chaleur de la saison, ils périssaient confusément, et les morts étaient entassés sur les mourants. Des malheureux demi-morts, avides de trouver de l'eau, se roulaient dans les rues et près de toutes les fontaines. Les lieux sacrés, où l'on avait dressé des tentes, étaient comblés de corps que la mort y avait frappés. » Ces tentes élevées près des lieux sacrés n'étaient point destinées aux malades, mais bien aux guerriers qui soutenaient la guerre; car la phrase qui précède, en nous apprenant que des malheureux à demi morts se traînaient dans les rues, nous indique suffisamment qu'aucun lieu spécial ne leur était réservé.

Si l'idée des hôpitaux ne vint point à Hippocrate, lui qui fit tant pour la science et pour l'humanité, il n'en faut point accuser son génie, mais l'inexorable logique qui se déduisait des institutions civiles et religieuses de son époque.

TROISIÈME SECTION. — *Période grecque.*

Bien que la biographie d'Hippocrate soit remplie de lacunes que n'ont pu combler les fables inventées par Tzetzès, Andreas, Varron, Pline et beaucoup d'autres, tout le monde s'accorde cependant à reconnaître que le père de la médecine parcourut différentes parties de la Grèce en qualité de médecin *périodente* ou *ambulant*. Ces pèlerinages scientifiques firent partout aux Asclépions une concurrence terrible et durent leur porter un coup mortel. En effet, dès ce moment, nous trouvons à chaque pas des traces de véritable pratique médicale, et les armées elles-mêmes comptaient au milieu d'elles des chirurgiens. Xénophon (*De institutione Cyri*, lib. I et VIII) nous apprend que Cyrus avait pourvu son armée de médecins que Suidas appelle *guérisseurs de plaies*, ἐπιμεληταί, *Apud Persas, ut scribit Xenophon, erant curatores, qui in bello vulneratos curabant.* L'histoire nous a même conservé les noms des médecins de Philippe et d'Alexandre de Macédoine, qui étaient Critobule et Critodème.

Cependant, malgré ces progrès évidents de la science et de la civilisation, nous ne voyons nulle part des établissements analogues à nos hôpitaux modernes; pourtant les républiques grecques s'occupèrent beaucoup de l'enfance et de la vieillesse, et leur consacrèrent des institutions qui doivent nous occuper un instant.

Les Grecs reconnaissaient comme nous les enfants trouvés; les enfants abandonnés et les orphelins. Les premiers étaient recueillis par l'Etat, qui les nourrissait, les élevait et les mettait en état de servir la république. Athènes leur avait consacré le Cynosarge, l'un de ses trois gymnases, primitivement temple dédié à Hercule : *Herculis templum*, dit Suidas au mot κυνόσαργες *quia vero nothus putabatur Hercules, ideo nothi qui neque patet neque materno genere cives erant exercebantur.*

L'enfant que l'indigence du père forçait à abandonner était livré pour une faible somme à un citoyen, qui le gardait comme esclave pour s'indemniser des frais d'entretien (*Æliani Variæ historiæ*, lib. II.)

Enfin, les orphelins dont les pères étaient morts à la guerre, recevaient une éducation militaire aux dépens de l'Etat, et étaient nourris à ses frais jusqu'à l'âge de puberté.

Au premier abord, on serait tenté de voir dans ces institutions le germe de la philanthropie chrétienne, et dans Pisistrate et Solon des précurseurs de saint Vincent de Paule. Pourtant, un peu de réflexion ne laisse aucune place à de semblables hypothèses.

Les républiques grecques portaient très haut l'esprit de nationalité, et réservaient leurs plus magnifiques triomphes aux guerriers morts pour la patrie ou qui avaient sauvé ou vaillamment défendu l'indépendance nationale; d'autre part, le droit de porter les armes et de faire la guerre étant en quelque sorte l'apanage de l'aristocratie, comme en France pendant le moyen âge, il s'ensuivait : 1° que les enfants trouvés, destinés à porter les armes, étaient en quelque manière ennoblis d'avance et inscrits sur le livre de la cité, qui des lors les reconnaissait comme citoyens; 2° les orphelins dont les pères étaient morts à la guerre héritaient, pour ainsi dire, du titre et de la reconnaissance que le père avait acquis sur le champ de bataille.

Ces considérations ressortent évidemment de ce qui se passait à l'égard des enfants abandonnés : ceux-ci, qu'éloignait à jamais des rangs de l'aristocratie leur naissance connue et constatée par les magistrats, n'étaient point élevés dans le Cynosarge pour la guerre, mais étaient vendus comme esclaves.

Le même esprit présida aux institutions pour la vieillesse. Les vieillards infirmes, blessés pour la défense de la patrie, étaient entretenus, aux frais du public, dans des prytanées que Vitruve appelle *Gerusia* : *Crœsi domus quam Sardiani civibus ad requiescendum ætatis otio, seniorum collegio Gerusiam dedicaverunt* (*De archit.*, lib. II, cap. VIII). Moins que le Cynosarge, le Prytanée ne peut être assimilé à un hôpital, à cause même du caractère d'ex-

bosselures non fluctuantes, rénitentes et molles, à la manière du fungus des tendons ou d'une tumeur encéphaloïde. C'était un cruel mécompte après la guérison solide et franche qui avait pendant plusieurs mois succédé à l'opération. Toutefois, avant de nous abandonner à un pronostic décidément fâcheux, la nature de la tumeur se rapprochant dans notre esprit des antécédents suspects déjà notés, M. Chassaignac prescrivit les pilules de Sédillot et l'application en permanence d'une bottine en bandelettes de Vigo.

Au bout de huit jours on lève cette bottine, une des bosselures, la plus élevée des trois, s'est largement ulcérée. La plaie, du reste, n'a pas un mauvais aspect. On touche avec la solution, et on réapplique le vigo.

A la troisième application l'état des choses s'est notablement amélioré. — Solution; vigo; continuation des pilules.

La fois suivante, qui répond au 7 octobre, la tumeur s'est presque complétement affaissée, l'ulcération a diminué des trois quarts; elle est à peine rouge, très peu douloureuse.

Le 14 octobre, la tuméfaction s'est tout à fait mise de niveau avec les parties environnantes. La sensation du fungus y a complétement cessé. On perçoit nettement les tendons à leur état normal. La plaie est complétement cicatrisée. En somme, cet incident, qui s'était offert sous des formes véritablement inquiétantes, s'est dissipé aussi rapidement qu'il était venu, et paraît destiné à n'avoir aucune suite. La malade a repris toute son activité, nous dirions presque sa turbulence; les mouvements du membre sont parfaitement libres et exempts de douleur. La cuirasse est maintenue comme agent de protection pour la cicatrice. La malade a été gardée quelque temps encore, et la guérison s'est parfaitement maintenue.

ACADÉMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 19 novembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose de :

1° Plusieurs états de vaccinations;

2° Observations météorologiques et autres sur les eaux minérales de Bourbon-Lancy, par M. Tellier, médecin inspecteur;

3° Etat des malades traités à l'établissement thermal militaire de Barèges, dans la division des blessés, par M. Duplan.

Correspondance manuscrite. — Hémiplégie faciale.

M. Landouzy envoie un second exemplaire du mémoire adressé hier à l'Académie des Sciences. (*Voir* le compte-rendu de cette académie.) (Commissaires : MM. Bérard et Longet.)

Rupture du cœur.

M. le docteur Bertherand, chirurgien-major de première classe à Strasbourg, adresse un mémoire sur la rupture spontanée des parois du cœur.

Dans ce mémoire, qui ne se prête que difficilement à l'analyse, l'auteur conseille comme traitement les antispamodiques (éther, musc, valériane), qu'on ne doit cependant pas administrer à une dose qui puisse trop déprimer l'action du cœur. (Commissaires : MM. Lévy et Rostan.)

Eaux minérales.

M. Bouis envoie un mémoire intitulé : *Observations sur les eaux minérales d'Olette* (Pyrénées-Orientales), comme particularités les plus intéressantes que présentent les diverses sources des eaux, l'auteur mentionne :

1° Leur abondance,

2° Une température de 30 à 78°,

3° Leur gradation depuis la sulfuration la plus considérable jusqu'à l'absence complète de sulfuration. (Commissaires : MM. Lecanu, Patissier, Boutron-Charlard.)

Médication arsenicale.

M. Fuster, professeur à l'Ecole de Montpellier, adresse une première note sur cette médication.

L'auteur professe que les fièvres paludéennes qui ne guérissent pas par le sulfate de quinine guérissent par les préparations arsenicales, *et vice versâ*. Il faut débuter, suivant lui, par 5 centigrammes d'acide arsénieux, pris en trois fois en vingt-quatre heures, et le porter graduellement au besoin jusqu'à 10 grains.

Vaccine et fièvre typhoïde.

M. le docteur Bayard adresse une nouvelle note sur l'augmentation de fréquence et de gravité des affections intestinales depuis la découverte de la vaccine. (Commission déjà nommée.)

Médication anesthésique locale.

M. Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, adresse une note *sur la médication anesthésique locale et en particulier sur la valeur relative des divers agents anesthésiques qui servent à cette médication.*

M. Aran rappelle que le chloroforme seul a été employé en application topique et que les résultats favorables obtenus par un grand nombre d'expérimentateurs étaient de nature à engager les médecins à poursuivre l'étude de la médication anesthésique locale à l'aide des autres agents anesthésiques connus.

Voici les conclusions auxquelles M. Aran a été conduit par les nouvelles expériences auxquelles il s'est livré :

1° Toutes les substances volatiles auxquelles on a reconnu jusqu'ici des propriétés anesthésiques générales (les diverses espèces d'éther, le chloroforme, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant, l'aldéhyde, la benzine) possèdent également des propriétés anesthésiques locales.

2° L'énergie de la puissance anesthésiante locale n'est pas en rapport direct avec celle de la puissance anesthésiante générale, mais bien en raison inverse de la volatilité de la substance anesthésique. C'est ce qui explique comment, au point de vue de l'anesthésie locale, la *liqueur des Hollandais* ou chlorure de gaz oléfiant l'emporte sur toutes les autres substances anesthésiques, comment le chloroforme l'emporte sur les éthers, comment l'éther acétique l'emporte lui-même sur les autres éthers.

3° De ces diverses substances anesthésiques, quelques-unes peuvent être appliquées sur la peau, en toute proportion, sans déterminer aucune irritation : tous les éthers, l'aldéhyde, la benzine, renferment un certain produit d'une âcreté particulière qui les rend plus ou moins irritants pour la peau. Le chloroforme, même le plus pur, est dans ce cas; appliqué en petite quantité, il détermine une sensation de brûlure légère, qui peut aller jusqu'à la brûlure la plus vive, jusqu'à déterminer la vésication. Si le contact est prolongé, la quantité de chloroforme versé sur la peau un peu considérable et que l'opération se fasse à l'air libre, cette action irritante se développe d'une manière bien plus énergique. La liqueur des Hollandais possède aussi des propriétés irritantes, mais infiniment moins prononcées.

4° Le meilleur de tous les anesthésiques, au point de vue de l'application, est donc la liqueur des Hollandais. Sur certains anesthésiés, son action se prolonge plus longtemps que celle des autres substances anesthésiques, même lorsqu'elles sont employées à petite dose, de 15 à 30 gouttes, par exemple, sur une surface douloureuse; elle ne produit qu'une tuméfaction insignifiante de la peau, tandis que le chloroforme détermine une véritable brûlure au premier ou au deuxième degré; elle a une odeur éthérée légère assez agréable; tandis que le chloroforme, l'aldéhyde, la benzine, les éthers ont une odeur pénétrante qui est difficilement supportée par les malades; l'aldéhyde et la benzine en particulier ont une odeur très désagréable quand elle est concentrée. Le seul inconvénient de la liqueur des Hollandais, c'est que, dans l'état actuel de la fabrication, son prix est très élevé; mais tout fait espérer qu'avant peu il sera ramené aux proportions de celui du chloroforme.

5° Pour obtenir des effets anesthésiques locaux suffisants, il n'est pas du tout nécessaire d'employer, comme on le fait habituellement, des doses considérables d'agents anesthésiques : avec 15 ou 30 gouttes au plus de liqueur des Hollandais versées sur la partie malade, que l'on recouvre ensuite d'une compresse humide et d'une toile cirée, on peut arriver à calmer la douleur dans le plus grand nombre des cas où l'emploi des agents anesthésiques est indiqué.

Nouvelle vacance à l'Académie.

M. le président annonce qu'on nommera dans la prochaine séance une commission de onze membres pour décider dans quelle section devra être déclarée la vacance qui existe en ce moment dans l'Académie par suite de la mort de MM. Prus, Capuron et Fouquier.

Lectures. — Goître et crétinisme.

M. Ferrus continue la lecture de son important mémoire sur ces deux maladies et en renvoie la fin à une prochaine séance.

Angine laryngée œdémateuse.

M. le docteur Sestier donne lecture d'un mémoire sur le *rôle de l'œdème intra-laryngé et de l'œdème de l'arrière-bouche dans les cas d'angine laryngée œdémateuse.*

Dans ce travail, l'auteur insiste surtout sur l'importance de l'infiltration de l'arrière-bouche comme signe précurseur ou indicateur de l'angine laryngée œdémateuse et sur l'utilité des scarifications faites sur l'ouverture supérieure du larynx (replis arythéno-épiglottiques) dans les cas de laryngite vraiment œdémateuse. Comme preuve de l'importance de l'infiltration de l'arrière-gorge dans le diagnostic de l'angine laryngée, M. Sestier termine son mémoire par les deux observations suivantes :

Un jeune homme, âgé de 22 ans était atteint d'une variole hémorrhagique avec purpura, lorsque apparurent les symptômes d'une angine laryngée œdémateuse. Le doigt reconnut le gonflement des replis supérieurs du larynx. On diagnostiqua un œdème de la glotte. Mais la nécropsie démontra que l'on n'avait pas eu affaire à une angine œdémateuse proprement dite; car les replis arythéno-épiglottiques étaient infiltrés non pas de sérosité simple ou de sérosité purulente, mais de sang pur.

Or, cette erreur de diagnostic n'aurait très probablement pas été commise si on eût exploré avec attention le pharynx, et surtout la partie supérieure de la base de la langue et les replis glosso-épiglottiques; car, ainsi que la nécropsie le fit constater, on aurait trouvé les parties colorées et infiltrées de sang. Dès lors, (et c'est ici le point que je désire faire ressortir), on aurait été conduit à admettre que du sang occupait aussi les replis supérieurs du larynx; et sachant avec quelle facilité le sang qui, dans la *variole hémorrhagique*, est infiltré dans le tissu cellulaire général sous-muqueux, s'écoule par les incisions, on aurait sans doute eu recours aux scarifications des bourrelets, et j'ajoute qu'elles auraient très probablement réussi; car à l'ouverture du cadavre, après avoir incisé ces bourrelets et les avoir pressés légèrement entre les doigts, on vit suinter de toute la surface le sang qui y était contenu, et qui remplissait les mailles distendues et en partie déchirées par l'épanchement.

Ainsi, l'inspection de l'arrière-bouche aurait conduit à diagnostiquer la nature du liquide qui distendait les replis supérieurs du larynx, et aurait fourni une très précieuse indication thérapeutique.

Autres faits. — Un jeune homme se plaignait d'un mal de gorge; il lui semblait qu'un corps étranger logé dans cette région gênait la respiration et la déglutition; la voix était un peu rauque et légèrement voilée, la respiration difficile, avec sifflement au moment de l'inspiration; l'aspiration facile silencieuse. Ces derniers symptômes ne s'étaient développés que depuis quelques heures seulement. Ayant fait ouvrir la bouche au malade, quel ne fut pas mon étonnement de voir toute la gorge dans un état que je ne puis mieux comparer qu'à celui qu'elle aurait sans doute présenté si elle eût été mise en contact pendant quelques instants avec de l'eau bouillante!

Ainsi, le voile du palais dans toute son étendue, le quart postérieur de la voûte palatine, les piliers, les parties voisines de la face interne des joues étaient légèrement tuméfiés et recouverts d'un nombre considérable de phlyctènes, qui masquaient en grande partie la couleur sous-jacente. Dans les intervalles, celle-ci apparaissait d'un rouge sombre violacé. Les phlyctènes étaient, les unes séparées, discrètes, arrondies, ovalaires ou de formes irrégulières; d'autres, par leur réunion, formaient des zigzags, des courbes variées. Elles étaient surtout nombreuses, confluentes vers le tiers inférieur du voile du palais, sur la luette; plusieurs d'entre elles, placées sur le bord libre de ces organes, en déformaient

---

clusion qui le distingue; le Prytanée n'est comparable qu'à notre hôtel des Invalides, et personne, que nous sachions, n'a encore rapproché cet établissement de nos Hôtels-Dieu.

D'ailleurs, si quelques doutes restaient encore sur l'absence des établissements hospitaliers dans la Grèce, il nous suffirait, pour les dissiper, de lire dans Justin les suites de la bataille de Sallasia, dans laquelle les Spartiates furent vaincus par les Macédoniens : « Toutes les portes, dit-il, au liv. XXVIII, ch. IV de son histoire, toutes les portes étaient ouvertes aux blessés; on les recevait chez soi; on pansait leurs plaies; on donnait des rafraîchissements à ceux que la fatigue avait abattus. Pendant ce temps-là, nul bruit, nulle émotion dans la ville, etc. » Enfin Aristophane, dans le 4e acte de son *Plutus*, nous fait le tableau de la vie des pauvres à Athènes, et nous apprend que les mendiants se réfugiaient en foule dans les bains publics, où ils trouvaient un abri contre la rigueur de l'hiver, ce qui donne à penser que ces malheureux devaient être fort mal soignés pendant leur maladie; aussi Platon, considérant, d'une part, leur misère, et, de l'autre, l'absence de tout asile pour les recevoir, avoue, dans le IIIe livre de sa *République*, que la mort est avantageuse à l'artisan atteint d'une de ces maladies chroniques qui ne guérissent que lentement, et qui exigent un régime approprié et le repos.

Mais si, par suite de ses constitutions politiques, la Grèce ne pouvait avoir l'idée des hôpitaux, ses divers législateurs travaillèrent ardemment à prévenir la misère et les maladies, comme Moïse l'avait fait avant eux pour le peuple juif. Il nous reste donc, pour compléter l'histoire de la bienfaisance publique en Grèce, de consigner rapidement ces institutions, qui, nous le répétons, sont à nos yeux les conséquences forcées de l'organisation sociale de la Grèce et non les causes de l'absence des hôpitaux.

Au premier rang de ces coutumes, nous devons placer l'hospitalité tant privée que publique qui s'exerçait largement dans toutes les villes de la Grèce. Chaque maison particulière avait une partie réservée aux étrangers; le passage suivant de Vitruve nous montre jusqu'à quel point étaient poussées ces mœurs hospitalières : « Il y a encore, à droite et à gauche, de petits appartements avec des portes particulières, des salles à manger et des chambres commodes, destinés à recevoir les étrangers, qu'on ne met point dans les appartements qui ont des péristyles. Les Grecs, si délicats et si somptueux, faisaient préparer, à l'arrivée de leurs hôtes, des salles à manger, des chambres à coucher, un office bien approvisionné. Le premier jour, ils les invitaient à leur table, et, les jours suivants, ils leur envoyaient des poulets, des œufs, des légumes, des fruits et toutes les autres choses qu'ils recevaient de la campagne. » (Vitruve, *De archit.*, lib. VI, ch. VII; Ed. Pank.)

L'hospitalité publique n'était pas moins bien exercée que l'hospitalité privée. Au dire de Xénophon (Histoire grecque), des espèces de consuls étaient chargés de veiller à tous les besoins des étrangers qu'attiraient dans leur ville soit des affaires, soit des réjouissances publiques; ces consuls s'appelaient *Proxènes*, et les lieux où les étrangers étaient hébergés étaient de vastes hôtelleries du nom de ξενοδοχεία (ξενος, hospes, hôte).

Les législateurs ne bornèrent pas là leur sollicitude. A Sparte, on connaît l'espèce de communisme qui y régnait et qui faisait asseoir à la même table tous les citoyens; à Athènes, Solon s'appliqua à rendre moins pénible la misère des pauvres et les dispensa, à ce que nous apprend Plutarque, du cautionnement que la loi exigeait de tout accusateur; enfin, et pour terminer, voici un résumé de la bienfaisance publique en Grèce que nous trouvons dans Anacharsis : « Tous ceux qui n'ont pas de quoi vivre, soit qu'ils aient été blessés à la guerre, soit que leurs maux les rendent incapables de travailler, reçoivent tous les jours du trésor public une ou deux oboles que leur accorde l'assemblée de la nation. De temps en temps on examine dans le sénat le rôle de ceux qui reçoivent ce bienfait, et l'on en exclut ceux qui n'ont pas le même titre pour le recevoir. Les pauvres obtiennent encore d'autres soulagements à leur misère; à chaque nouvelle lune, les riches exposent dans les carrefours, en l'honneur de la déesse Hécate, des repas qu'on laisse enlever au petit peuple. » (*Voyages du Jeune Anacharsis*, t. II, ch. XX.)

Ici s'arrêtent nos études sur la Grèce antique. Après avoir initié Rome à ses lois, à ses sciences et à ses arts, la Grèce finit par devenir elle-même l'esclave de son élève et s'annihiler presque complétement dans la gloire de son vainqueur. C'est donc maintenant à Rome qu'il nous faut suivre l'humanité, car les sciences et les arts, ces deux assises de la civilisation, ne s'élèvent et ne se fortifient qu'aux rayons vivifiants de la liberté.

Félix Roubaud.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le rapport que j'ai fait au Conseil général de la Seine, je me suis borné à relater des faits contenus dans le rapport de M. l'inspecteur général de l'administration de l'assistance publique et dans celui de la commission du Conseil de surveillance, qui avaient été chargés d'examiner la demande de la Société des Crèches, tendant à être reconnue comme établissement d'utilité publique. Avant d'exposer les faits au Conseil général, j'ai eu soin de faire constater la situation des crèches par les visiteurs de l'administration hospitalière, j'ai cru de mon devoir d'indiquer les résultats de cette nouvelle enquête.

Agréez, etc,

A. Thierry.

M. le docteur S. Sandras commencera aujourd'hui 21 novembre, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Beaujon, ses leçons cliniques sur les maladies chroniques et particulièrement sur les affections nerveuses, et le continuera le jeudi de chaque semaine. — Visite des malades, de huit heures et demie à dix heures; leçon, à dix heures.

les contours par leurs saillies; elles étaient pour la plupart blanchâtres avec un reflet nacré; quelques-unes légèrement jaunâtres, citrines, demi-transparentes. Au reste, leur aspect variait suivant l'angle d'incidence des rayons lumineux, et le liquide était si superficiellement placé, qu'il paraissait sous-épithélique. J'ajouterai que des ulcérations syphilitiques affectaient plusieurs parties de la gorge.

Un grand danger menaçait le malade; car tout me portait à soupçonner qu'il était atteint d'une angine laryngée œdémateuse à son début, et qui marchait très rapidement.

Les émissions sanguines, les vomitifs, les purgatifs, les vésicatoires sur le cou ne paraissaient pas devoir agir assez promptement sur une phlegmasie toute spéciale par son point de départ et par ses caractères propres; alors j'eus l'idée de promener à plusieurs reprises un pinceau imbibé d'une solution concentrée d'azotate d'argent sur toutes les parties affectées; je le poussai jusque sur l'épiglotte et sur les replis arythéno-épiglottiques; puis, immédiatement après, le malade commença l'usage de l'iodure de potassium à hautes doses.

La cautérisation fut renouvelée le soir. Dans la journée, les symptômes laryngés s'étaient notablement amendés. Le lendemain matin, le mieux était très sensible de ce côté; un grand nombre de phlyctènes avaient déjà disparu. Une troisième cautérisation fut pratiquée, et le troisième jour du traitement il ne restait plus trace de phlyctènes. Le malade se rétablit complétement.

Ainsi, l'inspection de la gorge, l'état phlycténoïde dans lequel j'ai trouvé cette région, m'ont guidé dans le traitement de cette angine, qui très probablement était une angine laryngée œdémateuse commençante. Et, en supposant que la suffocation fût survenue, je n'aurais pas hésité à tenter l'emploi de la déchirure ou des scarifications; car tout m'aurait porté à admettre que les phlyctènes que j'avais reconnues dans l'arrière-bouche avaient également envahi le sommet du larynx.

Polype du nez.

M. Huguier présente un jeune garçon offrant un effroyable exemple de polype du nez (peut-être cancéreux), et qui a déformé au plus haut point la figure du malade. M. Huguier se propose d'opérer ce malade samedi prochain, dans son service, à l'hôpital Beaujon.

— Nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro le compte-rendu d'un fait intéressant communiqué par M. Bonnafont.

La séance est levée à cinq heures passées.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 novembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Propagation des maladies vénériennes.

M. Lallemand lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Sandonville, sur les mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes. La commission pense que ces mesures sont conformes à celles qui ont été jusqu'à présent adoptées dans le même but, et qu'elles en seraient le complément.

Mode particulier d'altération de la matière séminale.

M. Lallemand lit un deuxième rapport sur la note de M. Demeaux, que nous avons publiée il y a quelque temps dans notre journal, et qui avait pour objet un mode d'altération de la matière séminale. La commission pense que les recherches sont d'une importance réelle sous bien des rapports, et propose d'adresser des remerciments à l'auteur. (Adopté.)

Transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

M. Brown-Séquard lit un mémoire sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière.

Tout le monde admet aujourd'hui que la transmission des impressions reçues par une moitié latérale du corps s'opère en totalité par la moitié latérale correspondante de la moelle épinière.

L'auteur a trouvé, au contraire, que la transmission se fait principalement d'une manière croisée, c'est-à-dire que la moitié droite de la moelle transmet en très grande partie les impressions reçues par la moitié gauche du corps, et *vice versa*.

Par suite de l'opinion d'après laquelle la moelle épinière transmet les impressions en ligne directe, on a dû chercher ailleurs que dans cet organe la cause du croisement, de l'hémiplégie dans les maladies du cerveau, et l'on s'est efforcé de trouver cette cause dans l'un des entre-croisements que l'on voit à la moelle allongée à la protubérance et au-devant d'elle, en démontrant que la majorité des fibres sensitives du tronc et des membres doivent s'entre-croiser dans toute la longueur de la moelle épinière elle-même. Les expériences de M. Brown-Séquard donnent une solution nouvelle au problème de l'hémiplégie croisée du sentiment.

Voici quels sont les faits principaux qui l'ont conduit à admettre l'existence d'un entre-croisement des fibres sensitives dans la moelle épinière. Après avoir coupée transversalement sur un mammifère une moitié latérale de la moelle épinière à la hauteur de la dixième vertèbre costale, M. Brown-Séquard a constaté : 1° que le membre postérieur du côté de la section de la moelle est non-seulement très sensible, mais qu'il paraît manifestement plus sensible qu'à l'état normal; 2° que le membre postérieur de l'autre côté est notablement moins sensible qu'à l'état normal.

Lorsqu'au lieu d'opérer l'hémisection de la moelle à la région costale, on la pratique au niveau de la troisième vertèbre cervicale, on trouve que les deux membres du côté de la section paraissent plus sensibles qu'à l'état normal, tandis que les deux autres le sont beaucoup moins.

Si l'on fait plusieurs sections complètes d'une même moitié latérale de la moelle, on trouve que la sensibilité subsiste inaltérée du côté coupé et qu'elle est presque nulle du côté opposé.

Pour s'expliquer l'hémiplégie croisée du sentiment dans les maladies du cerveau, on a supposé que les fibres sensitives des diverses parties du corps devaient s'entre-croiser dans les centres nerveux. On sait quel désaccord existe dans la science à l'égard du lieu où s'opérerait cet entre-croisement. Il résulte des recherches de M. Brown-Séquard que c'est surtout dans la moelle épinière que les fibres sensitives s'entre-croisent, et que s'il en existe qui, venus des membres, montent jusqu'à l'encéphale pour y faire leur entre-croisement, elles doivent être en petit nombre.

Emploi des douches froides contre le tempérament lymphatique.

M. le docteur Louis Fleury communique une note sur l'emploi des douches froides excitantes contre le tempérament lymphatique, la chlorose et l'anémie.

Ce travail peut être résumé de la manière suivante :

1° Les douches froides excitantes doivent être placées au premier rang des agents appartenant à la médication reconstitutive, en raison de l'action qu'elles exercent sur la circulation capillaire, et consécutivement sur la composition du sang, la calorification, la nutrition et l'innervation.

2° Plus rapidement et plus sûrement que tous les agents hygiéniques et pharmaceutiques connus, elles modifient le tempérament lymphatique et lui substituent un tempérament sanguin acquis. Cette heureuse influence paraît avoir été attribuée à une double action : l'une s'exerçant sur la nutrition et la composition du sang; l'autre sur les vaisseaux capillaires eux-mêmes, dont les propriétés vitales propres et la contractilité sont excitées de manière à faire pénétrer des globules sanguins dans des vaisseaux qui, auparavant, ne donnaient entrée qu'à du sérum. Neuf enfants âgés de trois à douze ans, offrant tous les caractères du tempérament lymphatique le plus prononcé, ont été soumis à cette médication; tous ont été notablement modifiés au bout de trois mois de traitement, et ceux qui l'ont suivi pendant deux années ont été complétement transformés. Les douches froides ont exercé, en même temps, une influence très favorable sur le développement du corps et du système musculaire, ainsi que sur l'établissement de la menstruation.

3° Cinq jeunes filles âgées de dix-huit à vingt-deux ans, affectées depuis plusieurs années de chlorose confirmée, grave, rebelle, ayant résisté aux préparations ferrugineuses et à tous les modificateurs hygiéniques et pharmaceutiques connus, ont été soumises à l'action des douches froides; toutes ont guéri, la durée du traitement ayant été de sept mois au maximum, de deux mois au minimum et de quatre mois et demi en moyenne.

L'effet de la médication a été constamment le même, s'est manifesté d'abord sur les appareils digestif et musculaire, puis sur le système nerveux, et enfin sur le sang et la circulation.

4° L'anémie idiopathique et celle des convalescents disparaissent rapidement sous l'influence des douches froides, en raison de l'action que celles-ci exercent sur la digestion, la nutrition et le système musculaire, action qui favorise mieux que tout autre agent thérapeutique la reconstitution du sang.

5° Dans les anémies symptomatiques liées à certaines affections de l'utérus (déplacements et engorgements), aux névralgies anciennes et rebelles, à certaines névroses, à une hypertrophie du foie ou de la rate, à la cachexie paludéenne, à une phlegmasie chronique des organes digestifs, etc., les douches froides exercent une double action curative en guérissant simultanément et souvent l'un par l'autre les deux états pathologiques.

6° Dans l'anémie accompagnée d'hémorrhagies abondantes et répétées, les douches froides exercent également une double action fort remarquable; en opérant la reconstitution du sang, en combattant les congestions organiques, elles diminuent ou arrêtent les hémorrhagies, qui, après avoir produit l'anémie, sont à leur tour favorisées par elle, et l'on parvient ainsi à échapper au cercle vicieux qui se présente si souvent dans la pratique.

7° Dans l'anémie liée à une affection curable, mais sur laquelle les douches froides n'ont aucune prise, celles-ci rendent encore d'importants services au praticien en améliorant l'état général du malade et en rendant ainsi plus faciles le traitement et la guérison de l'affection primitive.

8° Dans l'anémie liée à une affection incurable, les douches froides sont souvent très utiles; elles ont notablement amélioré l'état général de plusieurs malades atteints d'emphysème pulmonaire, d'une affection organique du cœur, de cancer, de tumeurs abdominales, etc.

De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.

M. H. Landouzy, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, envoie un mémoire intitulé : *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial.* L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

Sous le rapport pathologique,

1° L'exaltation de l'ouïe du côté paralysé est un symptôme presque constant de l'hémiplégie faciale indépendante de toute affection cérébrale;

2° Cette exaltation paraît en même temps que l'hémiplégie et disparaît avant elle;

3° Elle doit être attribuée à la paralysie du muscle interne du marteau;

4° Elle indique que la lésion nerveuse n'est pas située au-dessous du premier coude de la septième paire;

5° Elle peut exister en l'absence d'hémiplégie faciale;

6° Qu'elle coïncide avec l'hémiplégie ou qu'elle en soit indépendante, elle disparaît spontanément, complétement, et dans l'espace de quinze jours à trois mois;

7° Pour en constater l'existence, il est quelquefois nécessaire d'impressionner l'ouïe par un bruit d'autant plus intense qu'on s'éloigne davantage du début de l'affection;

8° Un traitement spécial sera presque toujours inutile. Dans le cas où il deviendrait nécessaire, il consisterait à tamponner l'oreille du côté paralysé, et au besoin des deux côtés, pour diminuer l'action des ondes sonores; à diriger avec prudence quelques douches froides ou légèrement astringentes sur le tympan, et enfin à galvaniser le nerf facial ou la membrane du tympan. Dans le cas d'hémiplégie, le galvanisme agirait en même temps contre les deux maladies, et, dans le cas d'hypercousie indépendante, l'action électrique s'étendrait, par la connexion des deux nerfs, jusqu'à l'intermédiaire;

9° Sous le rapport physiologique, cette hypercousie, dépendante ou indépendante de l'hémiplégie, paraît confirmer les inductions de M. le docteur Longet sur le nerf intermédiaire, qui devrait être considéré comme nerf moteur tympanique remplissant pour l'ouïe le rôle du nerf moteur oculaire commun pour la vue.

Traitement de la gale.

M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, adresse une réclamation de priorité touchant le traitement de la gale, qui a fait l'objet de la dernière lecture de M. Bourguignon à l'Académie.

Sels d'argent.

M. le docteur Joseph Delioux, professeur de matière médicale à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, envoie la première partie d'un travail chimique et thérapeutique sur les sels d'argent.

Choléra.

M. Durand, de Lunel, réclame la priorité de plusieurs des idées émises par M. Longet touchant le choléra.

Syphilis.

En attendant la prochaine lecture d'un travail complet sur la transmission de la syphilis aux animaux, M. Auzias croit devoir annoncer que cette transmission est aujourd'hui prouvée, grâce au courageux dévouement de M. Robert de Welz, par l'inoculation du pus des animaux à l'homme. Il annonce aussi que les expériences sur les animaux prouvent qu'après un certain nombre d'inoculations faites l'animal se trouve à l'abri de toute contagion; il est ce que l'auteur appelle *syphilisé*. Ces faits confirmeraient cette observation faite depuis longtemps sur l'homme par M. de Castelnau, à savoir, qu'après un certain nombre d'infections primitives, les individus perdent pendant un temps plus ou moins long l'aptitude à contracter la syphilis.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 138. (23e ANNÉE.) SAMEDI 23 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 22 NOVEMBRE 1850.

Du secret médical.

La cour d'appel d'Angers vient de rendre un arrêt qui ne contribuera pas médiocrement, nous l'espérons du moins, à fixer d'une manière définitive un point de jurisprudence médicale d'autant plus important, qu'il a été plus controversé dans ces dernières années. Il s'agit encore de savoir si le médecin peut ou non être obligé par les magistrats de divulguer des faits qui lui ont été confiés ou dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Voici dans quelles circonstances cette grave question a été agitée de nouveau.

Le 2 février dernier, M. le docteur Chedanne fut appelé auprès d'une femme malade. Quand il arriva, il trouva un enfant gisant sur le pavé; le cordon ombilical n'était pas même encore coupé. Il aperçut tout d'abord quelques excoriations au visage; mais les traces de violences n'étaient pas suffisantes pour qu'on dût nécessairement croire à un crime. L'enfant fut le soir même transporté au tour de l'hospice; il y fut recueilli froid et presque mourant, et, malgré les soins qui lui furent prodigués, il ne tarda pas à expirer.

Le cadavre de cet enfant fut présenté au docteur Chedanne, en sa qualité de médecin des hospices des enfants trouvés; M. Chedanne le reconnut pour celui qu'il avait déjà vu le 2. L'examen auquel il se livra alors lui fit croire à un infanticide, et sur sa recommandation, pour que la justice pût avoir son cours, la déclaration faite par l'hospice se trouva conçue en termes tels qu'une autopsie fut immédiatement ordonnée.

Cette autopsie démontra que l'enfant était mort par suite d'un crime.

M. le docteur Chedanne fut appelé devant M. le juge d'instruction. Il convint qu'il avait donné des soins à l'enfant; mais il ajouta que, relativement à la mère, il ne croyait pouvoir donner aucune indication à la justice. Depuis, toutes les recherches sont demeurées infructueuses.

C'était le 2 février qu'avait lieu l'accouchement; le 4, M. Chedanne se présenta à la mairie pour y faire la déclaration de la naissance, annonçant toutefois que son intention n'était de déclarer ni le nom de la mère, ni son domicile. Cette déclaration ne fut pas reçue par l'employé, non comme incomplète, mais parce que, l'hospice devant en faire une, celle du médecin paraissait inutile.

Des poursuites ont été dirigées contre M. le docteur Chedanne pour déclaration de naissance incomplète, ne contenant pas toutes les énonciations prescrites par l'article 57 du Code civil.

Un jugement du tribunal de police correctionnelle d'Angers est intervenu qui, établissant l'article 346 du Code pénal comme sanction de l'article 57 du Code civil, jugeait qu'une déclaration de naissance devait toujours contenir toutes les indications mentionnées dans ce dernier article, et que personne, pas même le médecin, n'avait le droit d'en dissimuler aucune; en conséquence, il condamnait le docteur Chedanne à 100 fr. d'amende et aux frais.

Appel a été interjeté de ce jugement.

Avant que l'affaire fût soumise à la Cour, l'Association médicale d'Angers, si vivement intéressée dans cette question, comme le corps médical tout entier, s'était réunie et avait nommé une commission chargée de soutenir ses droits. Cette commission, composée de MM. les docteurs Bigot, Mirault, Dumont, Farge et Daviers, a publié un mémoire fortement motivé pour justifier la conduite tenue par leur confrère, et établir le droit qu'avaient les médecins de taire quelques-unes des énonciations demandées par l'article 57 du Code civil.

L'affaire est revenue lundi dernier à l'audience de la Cour d'appel, qui a rendu l'arrêt suivant :

« Attendu que, si dans un intérêt public et de famille, l'article 346 du Code pénal a apporté aux articles 55 et 56 une sanction pénale dont l'expérience avait révélé la nécessité, il est certain que la nouvelle disposition ne peut atteindre que les infractions formelles à ces articles;

» Qu'ils se bornent à exiger que la déclaration de naissance soit faite par les médecins accoucheurs et autres qui y sont obligés, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu;

» Que l'article 57 du Code civil auquel ne se réfère pas l'article 346 du Code pénal, dont l'observation n'est pas prescrite par cet article comme celle des articles précédents 55 et 56, n'est relatif qu'aux énonciations que doit contenir généralement l'acte de naissance; que toutes ces énonciations, au nombre desquelles se trouve celle du lieu de la naissance de l'enfant, des prénoms, noms, profession et domicile des père et mère, sont mises sur la même ligne; qu'on ne peut pas les dire plus étroitement obligatoires les unes que les autres;

» Que sans doute toutes sont utiles, mais qu'aucune n'est essentielle; que le législateur n'ayant pas attaché de pénalité à leur omission, il s'en infère nécessairement que l'acte de naissance qui ne fait connaître ni la mère, ni le lieu ou la maison de l'accouchement, lui a paru suffire pour que la société avertie puisse étendre sa protection sur le nouveau-né;

» Attendu, en thèse, quant à la mère spécialement, que sa désignation exigée, sans son aveu, n'aurait en dehors du mariage aucun effet légal; qu'au contraire il pourrait en résulter pour elle, lorsqu'elle a intérêt à rester inconnue, le grave inconvénient, soit de compromettre une réputation qui forme souvent le plus précieux patrimoine d'une famille, soit de la déterminer à se priver des secours dont elle a besoin dans un moment suprême;

» Attendu que l'article 57 du Code civil a conservé depuis la promulgation de l'article 346 du Code pénal, la seule et même autorité qui appartenait auparavant aux articles 55 et 56 du premier Code, c'est-à-dire qu'il est resté à l'état d'un précepte du commandement législatif sans sanction;

» Attendu que prescrire l'observation de l'article 57 du Code civil, sous les peines de l'article 346 du Code pénal, serait ajouter aux dispositions de cet article, l'étendre, des cas qui y sont prévus à des cas pour lesquels il ne s'est pas expliqué, et qui ne sont ni identiques, ni même parfaitement analogues, que ce serait aller contre toutes les règles exclusives de toute peine par rapprochement ou induction;

» Attendu que la déclaration faite par l'appelant, le 4 février dernier, à la mairie d'Angers, de la naissance à laquelle il avait assisté comme médecin, le 2 du mois, ne peut être arguée d'infraction délictueuse à la loi, pour omission du nom de la mère et de l'indication de la maison où l'accouchement s'était accompli; que ce n'est cependant que sous le seul rapport de cette double omission que la poursuite a été intentée contre lui; et que même il n'a été condamné par le jugement attaqué qu'à raison du défaut d'énonciation de ladite maison, en quoi il y a eu fausse application de l'art. 346 et violation de l'article 4 du Code pénal;

» Par ces motifs, infirme ledit jugement, décharge l'appelant des condamnations contre lui prononcées, et, statuant à nouveau, le renvoie de la prévention sans dépens. »

Cet arrêt est trop bien motivé, et, tout en la jugeant, expose trop clairement la question pour que nous nous croyions obligé d'y insister longtemps. Qu'il nous soit permis cependant, en mettant sous les yeux de nos lecteurs les textes de lois, de leur rappeler avec quelle netteté le bon droit des médecins est établi dans les cas semblables, et de leur montrer à quelles fâcheuses préoccupations ont dû céder les magistrats qui ont pu méconnaître ces droits et la question de crime. Qu'on nous permette aussi quelques réflexions sur une situation fort pénible et peut-être non moins embarrassante dans laquelle l'exercice de sa profession peut placer le médecin.

Le système du ministère public et du tribunal de première instance d'Angers, d'après lequel M. Chedanne avait été condamné, ce système était que toute personne qui assiste à un accouchement doit tous les renseignements mentionnés dans l'article 57 du Code civil (1). Or ce système est doublement vicieux.

(1) Les articles 55, 56 et 57 du Code civil sont ainsi conçus :
CODE CIVIL. *Art.* 55. — Les déclarations de naissance seront faites, dans les trois jours de l'accouchement, à l'officier de l'état civil du lieu : l'enfant lui sera présenté.
Art. 56. — La naissance de l'enfant sera déclarée par le père ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront assisté à l'accouchement; et, lorsque la mère sera accouchée hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera acouchée. P. 346. — L'acte de naissance sera rédigé de suite en présence de deux témoins.
Art. 57. — L'acte de naissance énoncera le jour, l'heure et le lieu de la naissance, le sexe de l'enfant et les prénoms qui lui seront donnés; les prénoms, noms, profession et domicile des père et mère et ceux des témoins.

Il est vicieux, parce que la prétendue obligation n'existe pour personne, comme le prouve incontestablement l'article 346 (1) du Code pénal, lequel, ainsi que le fait très bien ressortir la Cour d'appel, n'applique de pénalité qu'à l'infraction des articles 55 et 56, et nullement à l'inobservation de l'article 57. Ce n'est pas ici le lieu de rappeler les hautes considérations qui ont guidé le législateur quand il a établi une telle distinction; mais il est certain que ces considérations sont aussi conformes à la morale qu'aux véritables intérêts de la société.

Mais le système du tribunal d'Angers, fût-il vrai pour la généralité des citoyens, qu'il serait encore vicieux à l'égard des hommes de l'art, auxquels le secret est prescrit à la fois et par les dispositions légales (2) et par les devoirs plus impérieux encore de la conscience.

Comment concilier cependant, disent les partisans du système condamné par la Cour d'appel d'Angers, les obligations prescrites par l'article 378 du Code pénal avec ces autres obligations communes à tous les citoyens par l'article 30 du Code d'instruction criminelle: Toute personne qui aura connaissance d'un attentat..... sera tenue d'en donner avis...., etc.

Rien ne nous semble plus naturel et plus juste que les motifs d'une telle conciliation.

Le législateur a parfaitement compris que, si, en appelant un médecin auprès de lui, le malade pouvait avoir à craindre une dénonciation, il se passerait souvent des secours de l'art plutôt que de les acheter à ce prix, et pourrait ainsi s'exposer à des dangers beaucoup plus graves que les peines que lui réserve la justice, qui d'ailleurs ne saurait être satisfaite, puisqu'elle continuerait à ignorer le nom des auteurs du crime.

Mais, ajoutent encore nos adversaires, en poussant jusqu'à ses dernières limites ce système, un médecin pourrait donc être appelé auprès d'un infâme assassin qui aurait reçu une blessure en commettant un meurtre ou un incendie; il pourrait prodiguer les secours de l'art à ce misérable sans avertir la justice, peut-être en lui assurant l'impunité!

Nous comprenons de reste que, lorsqu'on perd de vue les hautes considérations que nous venons de rappeler, on se laisse séduire par un tel argument; nous convenons même que la situation du médecin, en pareille occurrence, est des plus pénibles, et que sa conscience doit être vivement et tristement agitée. Mais nous n'en persistons pas moins à penser que notre véritable devoir, dans de semblables circonstances, est, comme celui du prêtre confesseur, de garder un silence complet.

H. de Castelnau.

INSTITUT OPHTHALMIQUE

DE LA PROVINCE DE BRABANT, A BRUXELLES.

De l'emploi du collodium pour déterminer un ectropion artificiel dans le traitement de la synéchie oculo-palpébrale et de quelques altérations de la conjonctive des paupières;

Par le docteur FLORENT CUNIER.

On sait avec quelle désespérante facilité les adhérences se reproduisent, dans la presque totalité des cas, après la division du tissu qui constitue le symblépharon, surtout lorsque le globe de l'œil n'est pas réduit à l'état de moignon et que l'on se trouve, par ce fait, privé de la ressource de l'introduction entre les paupières d'une coque en émail ou en plomb.

L'usage des pommades *détersives* et *siccatives*, vanté par Meges, Héraclide, Galien, Celse, etc; l'interposition d'une lamelle de plomb, conseillée par Bartisch; d'un morceau de linge taillé en croissant et imbibé d'une solution astringente,

(1) On se rappelle que l'article 346 est conçu dans les termes suivants :
CODE PÉNAL. *Art.* 346. — Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56 du Code civil, et dans les délais fixés par l'article 55 du même Code, sera puoie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une amende de seize francs à trois cents francs.

(2) L'article 378 porte :
CODE PÉNAL. *Art.* 378. — Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sagcs-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

comme le faisait Dionis; d'une feuille de parchemin ou d'un morceau de vessie, selon le conseil de Solingen et de Callisen, etc., etc., non-seulement n'empêchent pas le retour de l'adhésion, mais sont, dans la grande majorité des cas, plutôt nuisibles qu'utiles. La cautérisation de la plaie palpébrale avec le nitrate d'argent, continuée jusqu'à la guérison de la plaie bulbaire, qui a été vantée par MM. Gensoul, Carron du Villards et autres, et que nous avons cru devoir recommander en nous appuyant sur quelques faits tirés de notre pratique, fournit parfois un résultat assez satisfaisant; mais ce résultat finit malheureusement toujours par s'effacer, en totalité ou en grande partie, après un certain laps de temps.

« Le soin d'empêcher l'opéré de dormir longtemps de suite, la précaution qu'il doit observer de mouvoir souvent les paupières et le globe, l'introduction fréquente d'une tige arrondie et mousse entre les surfaces contiguës, sont à peu près (comme le fait très bien observer M. C. Deval, *Chirurgie oculaire*, p. 365) les seules ressources à notre disposition en cette occurrence. »

Ces ressources ne sont pas bien héroïques; aussi s'estime-t-on très heureux lorsque, par leur concours, on obtient que les synéchies, même très limitées, renaissent moins prononcées qu'avant l'opération. C'est que ces divers moyens ne réalisent pas cette condition indispensable: maintenir hors de contact, jusqu'à leur cicatrisation, la plaie du globe et celle de la paupière produites par l'opération.

M. Jüngken a cru arriver à cette fin en disposant une série de bandelettes agglutinatives destinées à éloigner la paupière du globe; mais ce petit appareil se relâche, se détache bientôt, surtout lorsque l'on doit faire usage d'applications froides. Ce moyen faisant défaut, le professeur de Berlin s'est adressé à la ligature de Lerche; à l'exemple du chirurgien russe, il a passé deux fils à travers la paupière, qu'il a maintenue écartée du globe en fixant les extrémités du lien à l'aide de bandelettes soit sur la joue, soit sur le front. L'inflammation qui survient après l'application de ces sétons n'a pas permis de rendre l'écartement assez considérable, ni de le maintenir pendant une durée convenable, et l'échec a été tout aussi complet.

Quelques chirurgiens ont cherché à maintenir l'éloignement au moyen de fils passés à travers le tissu symblépharique, et fixés ensuite sur la face au moyen de bandelettes agglutinatives. Cette pratique ne manque jamais d'exciter de l'inflammation; l'appareil doit être levé dès le second ou le troisième jour, ou bien le fil divise la partie qu'il traverse, et l'on n'en retire ordinairement pour effet qu'une adhérence plus intime qu'avant la section. — C'est ici le lieu de mentionner la conduite tenue par Fabrice de Hilden, qui, ayant trouvé un espace libre, chez un de ses malades, entre l'adhérence et le pli conjonctival, y passa une ligature, en réunit les chefs sur la joue, et y attacha un morceau de plomb qui, par son poids et ses mouvements, finit par couper la bride. La lecture de ce fait a inspiré à M. Brulet (*Ann. d'Oculistique*, XIX, p. 37) l'idée de traverser l'adhérence avec un plomb de manière à y produire un canal, à l'instar de ce que l'on fait parfois dans les doigts palmés; le canal établi, il divise le *pont* (1). M. Brulet cite deux succès. Ne s'est-il pas trop hâté de les publier? N'aurait-il pas à s'adresser le reproche que nous nous sommes fait lorsque, à l'occasion de la note que nous écrivons aujourd'hui, nous avons recherché les opérés chez lesquels nous avions obtenu, par la division combinée avec la cautérisation, une amélioration tellement considérable de la difformité, que M. Burggraeve s'empressa de la signaler comme un succès? De ces succès et de quelques autres non moins encourageants, il ne subsiste presque plus rien. Dès que le travail de M. Brulet nous a été connu, nous avons essayé sa méthode; le résultat définitif a été nul, absolument nul.

Après avoir dressé l'inventaire des ressources que l'on peut appeler à son secours dans la simple diérèse des parties réunies et montré que l'expérience en a établi l'insuffisance, il nous reste à mentionner les procédés opératoires par lesquels des succès réels et permanents ont été obtenus, sans nous occuper toutefois de celui qui consiste à vider l'œil pour prévenir le retour de la synéchie.

En première ligne vient le procédé que M. d'Ammon a fait connaître il y a seize ans, et qui est généralement décrit d'une manière si inexacte, que nous croyons devoir reproduire ici l'exposition qu'en fait l'illustre oculiste de Dresde dans l'ouvrage qui lui est commun avec M. le docteur Baumgarten (*Exposé critique de la Chirurgie plastique*, p. 260), et qui a été couronné en 1840 par la Société de Médecine de Gand:

« Au moyen d'un bistouri effilé ou de ciseaux, on fait une incision triangulaire (en V) dans la paupière préalablement fixée d'une manière convenable, de sorte que la partie adhérente du globe y reste attachée, et par-dessus cette portion moyenne on réunit les bords de la paupière fendue par des points de suture entortillée. Lorsque la réunion et la cicatrisation sont complètes, on détache avec précaution le lambeau palpébral qui est resté adhérent au globe. La surface avivée produite par cette opération se trouve alors en contact avec la muqueuse saine de la paupière et ne peut plus contracter adhérence avec elle... Lorsque la partie qu'on doit enlever est trop grande et qu'il n'est pas possible de réunir simplement la paupière divisée, à cause de la trop grande tension que cette réunion occasionnerait..., on est forcé de détacher la paupière jusqu'à une certaine distance du bord orbitaire et de la rendre ainsi mobile, en se servant à cet effet d'un bistouri effilé et mince. Si cela ne suffit pas pour s'opposer à la tension des parties, on a recours à l'incision latérale, et alors on atteint sûrement son but. »

Lorsque la synéchie est constituée par une bride simple et étroite, la méthode de M. d'Ammon peut être remplacée par l'opération imaginée par un oculiste américain, M. Isaac Hays, et qui consiste à réunir par la suture les bords de la plaie conjonctivale; la guérison de celle-ci une fois obtenue, on enlève la portion qui est demeurée attachée au globe (1).

Les cas dans lesquels on peut recourir aux deux procédés opératoires qui viennent d'être cités sont peu nombreux. En effet, l'adhérence offre presque constamment des proportions qui ne permettent pas de songer à pratiquer l'opération de M. Hays, par laquelle, nous le dirons en passant, nous avons obtenu, de concert avec M. Bosch, deux succès réels constatés après deux ans. L'enlèvement d'un lambeau intéressant toute l'épaisseur palpébrale répugne toujours aux malades, et souvent aux chirurgiens; on ne peut d'ailleurs y recourir que dans la synéchie oculo-palpébrale partielle et plus ou moins centrale. Lorsque celle-ci est totale, ou à peu près, on ne peut s'adresser qu'au procédé de Dieffenbach, qui est celui-ci:

« Si le symblépharon affecte le voile inférieur, on fait une incision qui de l'angle externe des paupières se prolonge le long du nez; on en pratique ensuite une seconde commençant à la commissure externe et descendant verticalement jusqu'au bord inférieur de l'orbite; la paupière saisie avec une pince est alors détachée du bulbe avec le bistouri; de cette dissection résulte un lambeau quadrilatère qui contient le cartilage tarse. Les cils ayant été rasés avec soin, on replie le fragment palpébral sur lui-même d'avant en arrière, et de telle sorte que sa face épidermique se mette en rapport avec le globe, son bord ciliaire reposant sur l'arc orbitaire inférieur; on fixe par quelques points de suture les deux moitiés du lambeau ainsi disposées; les fils qui en traversent toute l'épaisseur sont noués au dehors; on contient, en outre, les parties par des bandelettes agglutinatives. Dès que la plaie du bulbe est guérie, on déplisse la paupière en incisant les brides que présente sa paroi muqueuse, et on l'assujettit dans sa position naturelle par la suture entortillée; elle guérit alors à son tour sans se souder à la face correspondante de l'œil déjà cicatrisée. Dieffenbach paraît avoir réussi à détruire ainsi le symblépharon à la paupière inférieure. L'opération se pratique au voile supérieur d'après les mêmes principes; mais elle ne doit être faite que sur une seule paupière à la fois, suivant ce chirurgien (2). »

Tel est le procédé décrit par Dieffenbach en 1830, et qu'un écrivain a donné en 1845, par distraction sans doute, comme neuf et appartenant à M. Blandin (3); celui-ci n'a eu d'autre mérite que d'avoir été le premier à mettre en pratique, en France, une opération qui n'y avait pas encore été instituée; mais il l'a modifiée de manière à rendre inutile la tentative à laquelle il s'est livré.

On conçoit très aisément qu'il se trouve peu de malades disposés à se soumettre à une opération qui en nécessitera une seconde, et que le chirurgien ne recommande qu'avec tiédeur, n'institue qu'avec répugnance, un procédé d'une exécution aussi complexe, capable après tout, si des accidents inflammatoires surgissaient, de donner naissance à une difformité beaucoup plus grave que celle à laquelle il veut porter remède.

La chirurgie oculaire présente donc, sous le rapport du traitement de la synéchie oculo-palpébrale, un vide à combler. L'indication est bien établie; mais comment la remplir?

Nous avons trouvé dans le collodium un moyen qui atteindra aussi sûrement que celui employé par Dieffenbach le but que l'on doit se proposer; sa simplicité, la facilité de son application lui assureront très certainement la préférence. Notre conduite diffère de celle du chirurgien de Berlin en ce que celui-ci fait surgir un ectropion, auquel il faut ensuite porter remède par une nouvelle opération sanglante, tandis que nous formons un ectropion artificiel que l'on fait cesser quand on veut et sans la moindre intervention de l'instrument tranchant.

Voici comment nous procédons:

La bride ou l'adhérence ayant été divisée ou disséquée, suivant le cas, à l'aide des ciseaux ou du bistouri, nous disposons verticalement et en travers de la paupière un ou deux petits cordons sur lesquels nous appliquons immédiatement une bandelette de linge large de 2 à 3 lignes, imbibée de collodium, le long du bord palpébral, et nous y faisons, autant que possible, adhérer les cils.

Une seconde bandelette, également imbibée de collodium, est placée sur les cordons, à la région frontale si c'est la paupière supérieure qui a été opérée, sur la joue si c'est l'inférieure; nous renversons alors la paupière, nous rapprochons les extrémités des cordons, que nous nouons en rosette; l'extroversion ainsi fixée, on peut la faire cesser momentanément, la diminuer ou l'augmenter quand on le juge convenable, sans devoir recourir à un nouvel appareil, le nœud pouvant être défait et rétabli après que l'on a changé le degré de tension des cordons.

Trois fois nous avons mis en usage ce mode de pansement, et trois fois l'issue a été complétement favorable.

Dans le premier cas, l'adhérence était le résultat d'une cautérisation faite dans un hôpital avec un agent chimique dont la nature nous est inconnue. Un tissu cicatriciel, nullement extensible, s'étendait du centre de la cornée au repli oculo-palpébral, sur une largeur de 3 à 4 lignes.

Le deuxième cas était plus favorable. A la suite d'une brûlure par de la chaux, il s'était produit deux brides en pont, distantes de 1 ligne, larges de 2 lignes, dont l'implantation à la paupière avait lieu, d'une part au bord inférieur, et de l'autre au bord supérieur du cartilage tarse; elles étaient fixées au globe immédiatement sous le point de jonction scléro-cornéale, où elles avaient une épaisseur de 3 lignes au plus. Ces brides étaient extensibles, et permettaient d'éloigner la paupière à environ 2 lignes du globe. Deux fois déjà ces brides avaient été divisées sans succès dans un hôpital allemand.

Chez le troisième opéré, la difformité était née, comme chez le précédent, à la suite de l'introduction de chaux vive dans l'œil. La bride formait une espèce de triangle dont la base occupait le pli oculo-palpébral, depuis sa partie centrale jusque immédiatement sous la partie inférieure de la caroncule lacrymale; le côté externe se dirigeait à angle droit jusqu'à 2 lignes au delà du centre de la cornée, et était rejoint en cet endroit par le côté interne, né sous la caroncule et passant à 1/4 de ligne du point lacrymal inférieur. La paupière pouvait être éloignée de près de 2 lignes du globe. Une fois déjà nous avions divisé cette bride, et tenté, sans succès, de prévenir le retour de l'adhérence en déplaçant un lambeau de conjonctive scléroticale et en employant la cautérisation journalière de la plaie palpébrale.

L'extroversion produite chez ces trois opérés par le collodium, employé comme nous l'avons dit ci-dessus, a été maintenue d'une manière permanente pendant neuf jour chez le premier et chez le troisième malade; elle a dès lors été reproduite pendant quelques heures chaque jour et pendant toute la nuit, durant près de trois semaines; plus tard nous y avons encore eu recours de temps à autre chez le troisième, dans la crainte de voir survenir une rétraction trop prononcée du tissu cicatriciel de la rainure oculo-palpébrale.

Chez le second, nous avons fait cesser l'ectropion permanent dès le sixième jour. Après l'avoir reproduit durant cinq ou six nuits, nous avons cessé de le déterminer.

L'appareil ne s'est dérangé que du sixième au septième jour; il est vrai que chaque matin nous avions soin de passer une couche du liquide adhésif sur les bords des bandelettes de linge fixant les cordons. Un des nœuds s'était défait dès le premier jour chez le second malade; il a été immédiatement rétabli par un de ses camarades.

La guérison a été, dans les trois cas, aussi complète que possible. Ce résultat ne manquera pas d'engager d'autres chirurgiens à suivre notre exemple. La méthode que nous recommandons leur permettra de mettre en usage la cautérisation, soit pour hâter la cicatrisation, soit pour éviter la formation d'une cicatrice difforme, comme nous avons dû le faire chez notre premier malade.

La plaie conjonctivale pourra être pansée, quand on le jugera utile, avec un plumasseau de charpie ou un morceau de charpie anglaise, sec ou enduit d'un corps gras, avec des liquides, etc.

La seule recommandation que nous nous croyions tenu de faire, c'est de mettre l'œil à l'abri de l'air au moyen d'une compresse pendue au-devant de l'œil. Lorsque la tension des fils détermine de la douleur, celle-ci cesse immédiatement par l'application d'un petit gâteau d'ouate que l'on fixe à l'aide d'un monocle lâchement appliqué.

On comprendra, par ce que nous avons dit que l'on peut attendre des services certains de la formation d'un ectropion artificiel dans le traitement chirurgical des brides conjonctivales désignées par M. d'Ammon sous le nom de *symblépharon postérieur*. La fréquence de ces lésions, dans notre pays, à la suite de cautérisations mal dirigées, nous a déjà fourni plusieurs fois l'occasion de nous assurer de l'efficacité de la méthode; nous devons insister toutefois sur la nécessité de ne pas trop se hâter de cesser l'extension du tissu nouveau interstitiel.

La cure de l'ankyloblépharon se trouvera également simplifiée et rendue plus certaine par l'emploi de ce moyen.

Nous ajouterons, avant de terminer, que nous avons été porté à étendre l'application du renversement palpébral artificiel au traitement des granulations et des végétations volumineuses de la conjonctive, surtout de celles de la paupière supérieure.

Durant les six derniers mois, nous nous sommes livré à une série non-interrompue d'expériences qui ont eu pour résultat de démontrer de la manière la plus positive que la cautérisation avec les agents chimiques, et particulièrement celle avec le nitrate d'argent, de même que les applications plombiques, exercent un effet d'autant plus prompt et plus avantageux, que la paupière est consécutivement maintenue durant un plus long espace de temps au contact de l'air. Nous avons naturellement été amené à essayer de combiner le traitement de ces altérations avec la formation momentanée d'un ectropion; nous avons dès lors pu cautériser plus profondément qu'on n'a l'habitude de le faire, et nous servir de caustiques que leur activité ne permet pas d'employer avec sécurité lorsqu'on suit les errements ordinaires; il nous a été possible de revenir à des intervalles fort rapprochés aux applications plombiques et de les rendre plus efficaces; des pansements avec le tannin en poudre, des pommades tanniques et plombiques ont été essayées; des cicatrices difformes ont été excisées et les plaies pansées avec la charpie enduite d'onguent, etc., etc. Les services que nous avons retirés de cette innovation ont été tellement remarquables dans quelques altérations fort anciennes, que c'est pour nous plus qu'un devoir d'engager ceux de nos confrères qui sont en position de s'assurer de la valeur du moyen que nous recommandons à l'essayer sans retard. Les éloges accordés par MM. Lerche, d'Ammon et autres, à la ligature palpébrale, que nous remplaçons par un moyen innocent et d'ailleurs plus maniable, leur fera, sans nul doute, accepter notre conseil.

LYON,

A L'OCCASION DE LA MALADIE ASIATIQUE.

Par M. Bally, membre de l'Académie de Médecine.

En parcourant quelques-unes des grandes villes où la maladie asiatique a fait son apparition, mon but n'est pas seulement d'étendre mes investigations sur la recherche d'une bonne thérapeutique et sur les meilleurs moyens hygiéniques, mais encore de mettre en relief les œuvres de quelques hommes qui honorent le plus et la science et notre profession. Il y a sous ces divers points de vue une ample moisson à faire dans la ville de Lyon. Nous aurons ensuite à rendre compte

(1) M. Brulet paraît avoir ignoré que ce procédé a été décrit et mis en pratique avant lui par Himly, qui y a renoncé.

(1) Voir *Annales d'Oculistique*, vol. XVIII, pages 178-179.

(2) C. Deval, *Chirurgie oculaire*, 1844, p. 368.

(3) Voir les *Annales de Thérapeutique*, septembre 1845, p. 230 (*Symblépharon organique; opération nouvelle de M. Blandin*).

des bons travaux qui sont dus au congrès scientifique de Nancy, dix-septième session, etc.

Lyon, ville de 200,000 âmes, est trop connu pour qu'il soit utile de s'étendre sur sa topographie. Une esquisse abrégée, toujours indispensable lorsqu'il s'agit d'épidémie, suffira. La ville proprement dite est située entre deux rivières qui courent du nord au sud, où elles se joignent sous un angle aigu. Les faubourgs, sur la rive droite de la Saône et sur la rive gauche du Rhône, ont une grande étendue, qui augmente chaque jour. La latitude est de 45° 45' 58", environ trois degrés au sud de plus que celle de Paris : différence importante à noter. A cette latitude la chaleur y serait fort grande, si elle n'était tempérée par le voisinage de la chaîne des Alpes à l'est, par le front sourcilleux et glacé du Mont-Blanc, ainsi que par le cours des deux rivières, dont une, le Rhône (fleuve), roule ses flots à la manière des torrents. Pour se former une idée de sa rapidité, il suffit de savoir que les pyroscaphes font en douze ou quatorze heures le trajet jusqu'à Arles, 288 kilomètres.

Il est un autre moyen d'appréciation à puiser dans la latitude de profil. La carte botanique de Lamarck et Decandolle place Lyon à 148 mètres au-dessus du niveau de la mer, et les auteurs de l'hygiène de cette ville à 168. On peut sur ces divers calculs estimer approximativement à près de deux mètres par lieue le roulement du flot, l'embouchure du fleuve étant à 320 kilomètres de distance.

Cependant on dit que ces deux rivières, et particulièrement la Saône, contribuent à entretenir l'humidité et les brouillards assez fréquents dans le pays. Mais cet inconvénient est si bien compensé par la rapidité du courant, et par l'influence des vents dominants du nord et nord-ouest, que j'attribue à cette double influence salutaire la difficulté que les miasmes infectieux ont éprouvée à deux époques de prendre racine dans Lyon.

Si l'on veut se former une idée de la résistance qu'oppose cette ville au règne des causes épidémiques et à l'implantation des miasmes contagieux, il suffit de se rappeler cette déplorable inondation de 1840, où l'on allait en bateau dans les quartiers du centre, comme la place Bellecour et voisinage, sans qu'il en soit résulté une augmentation dans le chiffre des maladies.

Les deux points extrêmes de la température sont de 10° cent. au-dessous de zéro, et de 30° au-dessus. Bien entendu que les saisons exceptionnelles ne sont pas comprises dans ce calcul. En effet, l'hiver de 1788 à 1789 fut si rigoureux, que le Rhône glacé portait des voitures.

Le sol est de formation ignée et granitique. C'est, je pense, à cette nature de terrain de cette localité qu'est due l'opinion qui attribuait au granit le privilége de repousser la maladie asiatique. Hypothèse combattue en 1835 par les docteurs Rigal et Campnas dans le mémoire sur l'épidémie de Lacaune (Tarn), où ce granit met souvent à nu la charpente du globe, et que j'ai attaquée dans mainte occasion.

Lyon n'est point suffisamment pourvu de fontaines, excepté sur la rive droite de la Saône, où la montagne en fournit quelques-unes. Ailleurs, les habitants boivent l'eau de puits, fort bonne lorsqu'elle provient du Rhône; car elle filtre à travers un sable caillouteux qui l'épure.

Dans un espace trop resserré se presse la population. Comme le terrain est trop coûteux, on trouve plus commode d'élever vers les cieux, qui ne coûtent rien, des maisons de six à neuf étages. La vieille ville, à Edimbourg, en a jusqu'à dix.

On compte un décès sur trente habitants. Lorsque la ville aura acquis l'agrandissement projeté et reçu les améliorations que réclame avec instance le comité de salubrité, ce digne émule de celui de Paris qui rend de si grands services, la mortalité diminuera encore. Déjà de grands développements ont été donnés aux quais, les plus beaux qui se puissent voir; des rues nouvelles et bien alignées, partant de la magnifique place Bellecour, vont joindre le Rhône; des pâtés de maisons infectes ont fait place à de superbes habitations; les vastes quartiers de Pérache et des Broteaux se sont couverts de beaux édifices; enfin la ville vient tout récemment d'être traversée par la rue Centrale, large, bordée de trottoirs, rue qui pour son alignement a nécessité la destruction d'une foule de ruelles, d'allées puantes; c'est à s'y méprendre, la rue Rambuteau à Paris.

Sous le point de vue médical, Lyon ne le cède à aucune cité importante. L'Ecole de Médecine y prospère, et la grandeur des établissements hospitaliers contribue puissamment à élever les études et les progrès au niveau des meilleurs enseignements. A cette base fondamentale, ajoutez plusieurs sociétés savantes, de belles collections, un jardin-école, une grande bibliothèque, et enfin une Société nationale de Médecine, qui a une forte organisation. Elle se compose de trente-six notabilités, avec le titre de titulaires, et dix-huit honoraires, sans y comprendre de nombreux associés correspondants, parmi lesquels je m'honore de compter.

Hôtel-Dieu. — On ne saurait séjourner à Lyon sans visiter les établissements consacrés à la charité publique, et surtout ce vaste Hôtel-Dieu d'où sont sortis tant d'hommes remarquables. Ma bonne étoile me donna pour introducteur notre collègue le docteur Polinière, administrateur de cet asile, dont il avait été l'un des médecins; et j'ai pu, sous ses auspices, admirer les immenses améliorations que l'on doit autant à sa haute intelligence qu'à l'excellent esprit qui anime l'administration municipale.

L'Hôtel-Dieu compte en moyenne 1,000 malades présents; il a constamment 1,300 lits, dont 300 sont destinés au personnel du service.

Ce chiffre montre qu'il a plus d'étendue que celui de Paris. Sa fondation est aussi plus ancienne, car elle date du commencement du sixième siècle, et ce dernier, si j'ai bonne mémoire, est de 653.

Il est, comme la Charité et l'Hôpital militaire, sur la rive droite du Rhône, et sa façade principale au levant. Séparé du fleuve par un beau quai et une plantation d'arbres, rien n'empêche l'abord de l'air et de la lumière : car au delà se déploient les vastes plaines du Dauphiné, qui s'étendent jusqu'aux pieds des premiers échelons des Alpes, à plus de 100 kilomètres.

A l'imitation de nos hôpitaux de Paris, les plus admirables que j'aie encore vus, l'Hôtel-Dieu de Lyon possède un bon nombre de salles parquetées, cirées et frottées. Le mauvais système des lavages disparaît presque partout. Les voûtes des salles, à la vérité d'une hauteur convenable, ne sont point plafonnées. C'est le défaut de tous les vieux bâtiments. Les angles formés par les chevrons recèlent les émanations malfaisantes, qui tendent à monter. La preuve matérielle ressort de ce fait que j'ai relaté dans le quatorzième volume des Mémoires de l'Académie. Sous le dôme élevé au centre de ce vaste édifice, un ouvrier ne pourrait travailler plus d'une demi heure ou trois quarts d'heure sans s'exposer à l'asphyxie.

Mais les agents d'infection ne s'élèvent pas tous au plafond; il en est de plus lourds qui s'attachent en bas. L'Hôpital de Pammatone, à Gênes, était carrelé et les briques disjointes. Les salles exhalaient une mauvaise odeur; elles furent couvertes avec de larges dalles bien unies, et la puanteur disparut. La théorie des miasmes plus ou moins lourds et pouvant se communiquer à une plus ou moins grande distance pourrait bien recevoir une certaine interprétation de cette particularité.

Parmi les améliorations récemment introduites, notons ces ouvertures de toute hauteur pratiquées aux extrémités de certaines salles qui permettent à l'air de les balayer dans toute leur étendue. Ce qu'il faut dans les grands dortoirs, c'est l'abord libre de l'air extérieur, surtout dans les maladies à infection zootique, comme le typhus et la maladie asiatique.

Citons aussi ces deux promenoirs substitués à des habitations encombrantes. Que l'on se figure une longue ruelle appelée rue Bourgchanin, obscure, humide, rétrécie par de hautes maisons où s'entassait la misère la plus grande, et l'on aura une idée assez exacte de ce qu'était ce foyer d'infection pour l'hôpital et le voisinage, foyer que l'on a remplacé par de belles plantations de platanes.

Le mérite d'une semblable mesure, provoquée par M. Polinière, n'a pas besoin de commentaires; mais ce qu'il importe de glorifier, c'est la générosité et la profondeur de vue de l'administration qui n'a pas craint de sacrifier 20,000 francs de revenus pour assainir l'asile de la souffrance et un quartier de la ville.

On ne demande pour chaque malade que 14 mètres cubes d'air. On estime à plus de 60 celui qui est donné dans cet hôpital.

Je n'en finirais pas si je voulais relater tout le bien qui a été fait dans ce vaste établissement, l'un des plus beaux de l'Europe.

Je dois cependant signaler encore une machine à vapeur de la force de dix chevaux soutirant l'eau du Rhône, qu'elle distribue partout, à la cuisine, à la buanderie, à la pharmacie et aux divers étages. Elle fait aussi mouvoir un appareil hydro-extracteur qui, par l'effet d'un mouvement de rotation très rapide, sèche en quelques minutes le linge le plus humide. Cet appareil, qui n'est point introduit dans nos hôpitaux de Paris, est emprunté au nord de l'Allemagne. Je l'ai vu fonctionner à Troyes dans le grand établissement de M. Gréau, l'un des premiers et des plus intelligents manufacturiers de cette ville. Un seul cheval imprimait le mouvement au moyen d'un engrenage fort simple. Que d'économie de temps et de main-d'œuvre on obtiendrait dans nos grands hôpitaux avec ce moyen si simple, si peu coûteux!

Quelque chose d'analogue, mais pour un autre objet, se voit dans l'hôpital du Saint-Esprit, rive droite du Tibre. Comme on y emploie autant de quinquina en substance que de quinine, on le pulvérise sous une meule à laquelle une chute d'eau imprime un mouvement fort rapide. En peu d'instants cette écorce est retirée en poudre impalpable.

Si j'avais connu l'admirable découverte de notre collègue Chevalier, j'aurais recherché si la vapeur du quinquina produisait sur l'ouvrier le même effet que la vapeur des préparations de quinine. Je ferai seulement observer que le génie du constructeur romain a pourvu à la perte en renfermant la substance à broyer dans une double boîte. Comme on eut l'obligeance de faire fonctionner cet appareil en ma présence, je me souviens fort bien qu'aucune vapeur ou poussière ne s'échappait.

L'organisation du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu était frappée d'un vice radical dans la durée du temps accordé au chirurgien en chef : elle n'était que de six ans. Il fallait remédier à ce défaut et trouver un moyen qui pût concilier les intérêts de la science avec ceux de l'utilité publique. Une décision vient d'être prise, probablement sous les inspirations du docteur Polinière. Désormais, le chirurgien-major, en finissant ses six années de droit, recevra le titre de chirurgien titulaire pendant un temps égal. Ce nouveau mode ne gênera point le roulement habituel et permettra au titulaire d'ajouter à son perfectionnement. Le docteur Barrier, ancien interne de nos hôpitaux, actuellement chirurgien-major, jouira le premier du nouveau privilége.

J'ai assisté à l'ablation d'un sein cancéreux faite avec la prudence et le sang-froid qui caractérisent cet habile médecin. Je n'en parle que pour avoir occasion de dire que l'éther a été employé comme moyen anesthésique à la place du chloroforme. M. Barrier, après un malheur arrivé à lui et à son prédécesseur, a renoncé à l'usage du dernier agent; l'éther lui semble moins dangereux. La grande chirurgie parisienne ne semble pas partager ses craintes. Espérons que l'illustre professeur Malgaigne, qui a déjà fait un admirable rapport sur la même question, nous dira un jour son dernier mot.

Il est entré dans mon plan de signaler à l'admiration comme à la reconnaissance publique les produits des arts destinés à perpétuer la mémoire de nos illustrations médicales ou à orner les établissements consacrés à la charité publique. Ainsi j'ai fait pour Angers. On remarque à l'Hôtel-Dieu de Lyon l'escalier principal et le dôme. L'escalier ne le cède point à celui du palais Lancelotti à Velletri, ni à celui de l'Escurial; et, par le dôme modeste de l'hôpital, Soufflot s'essayait à imiter Michel-Ange en élevant dans les airs le globe de notre Panthéon.

On va à juste titre admirer à Florence et au Capitole les belles collections des musées. On ne passera plus à Lyon sans chercher à l'entrée mystérieuse de la chapelle de l'hôpital un groupe délicieux du sculpteur Fabiche représentant Marthe, patronne de l'établissement, avec Jésus et Marie. Jésus dit à Marthe : *Laissez Marie écouter la parole de Dieu.* Ce groupe, en marbre saccharin, du style le plus pur, respire le sentiment religieux dans toute sa suavité. Le ciseau de l'antiquité païenne a-t-il produit rien de plus merveilleux?

L'Hôtel-Dieu de Lyon, où l'on n'obtient que par concours la place de chirurgien en chef, a toujours produit des célébrités. Il s'enorgueillit de son Pouteau, comme l'Hôtel-Dieu de Paris est fier de son Dessault. De bons mélanges de chirurgie et trois volumes d'œuvres posthumes assurent au premier un rang honorable parmi les supériorités chirurgicales.

Il serait injuste d'oublier Marc-Antoine Petit, que, sous le rapport du génie, on ne saurait comparer à Jean-Louis Petit, mais qui avait acquis une grande renommée due à son éloquence, à son habileté et à la supériorité de son esprit. On lui doit un poëme charmant intitulé la *Médecine du cœur*, poëme où la grâce et le sentiment ne justifient pas la légèreté sur un sujet aussi grave. Quoi qu'il en soit, M.-A. Petit et aussi le membre de l'Académie des Sciences avaient fait dire qu'il était réservé aux hommes de ce nom de se distinguer dans l'art médical. Naguère encore notre collègue à l'Hôtel-Dieu de Paris ne déparait pas ce nom. En 1813, il publia avec l'académicien Serres le travail important sur l'altération des follicules agminés, qu'ils désignèrent sous le nom de fièvre *entéro-mésentérique*. Cette publication originale est un vrai manuel qui a servi de base et de point de départ à cette révolution qui devait saper dans leurs fondements les vieilles doctrines.

Lyon a récemment éprouvé de grandes pertes dans les docteurs Dupasquier, Bottex et Ozanam. Alphonse Dupasquier, médecin de l'Hôtel-Dieu et professeur de chimie, a fait de nombreuses publications, parmi lesquelles la plus importante est celle qui traite des eaux sulfureuses d'Allevard. Ce n'est pas seulement une description sèche et aride de la localité, c'est une œuvre où le génie du professeur s'est révélé. Le passage suivant donnera une bonne idée de l'importance de l'œuvre : « Pour faire notre analyse avec le sulfhydromètre perfectionné, nous avons pris un litre d'eau d'Allevard qui venait d'être puisée à la source; nous avons versé ce liquide dans une capsule de porcelaine, et nous avons procédé immédiatement à la détermination quantitative de l'acide sulfhydrique, afin d'éviter sa décomposition par l'air. Quelques gouttes d'une solution peu claire d'amidon y ont été étendues; puis, le tube sulfhydrique étant rempli de la teinture d'iode, nous avons laissé tomber goutte à goutte cette teinture dans l'eau minérale en agitant. L'iode décomposait sur-le-champ l'acide sulfhydrique, lui enlevant son hydrogène et en précipitant le soufre. Ce procédé simple peut être répété quinze ou vingt fois en moins d'une heure pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreur commise. »

Au moyen d'analyses rigoureuses et après les perfectionnements ajoutés au sulfhydromètre, Dupasquier est parvenu à démontrer la supériorité de l'eau d'Allevard sur celle d'Aix en Savoie. Elle contient, en effet, 24,75 centimètres cubes de gaz acide sulfhydrique par litre.

Placé au milieu de l'un des plus grands centres de l'industrie, ce savant avait entrepris un traité élémentaire de chimie industrielle que la mort ne lui a pas permis d'achever. C'est une perte irréparable.

Malgré son habileté dans l'art de l'analyse, notre auteur, qui a publié un bon ouvrage sur les eaux de source et de rivière, n'avait pu soupçonner ni obtenir cet immense résultat que de nos jours nous devons au talent du docteur Chatin, je veux parler de la découverte de l'iode dans la plupart des plantes aquatiques et dans les eaux de rivière et de source. Le docteur Chatin est porté à croire que, partout où les eaux potables contiennent de l'iode, il n'y a point de goître ni de crétinisme. L'avenir apprendra ce qu'il faut penser de cette opinion. Mais, si de nombreuses analyses la confirment, quelle immense service le docteur Chatin n'aurait-il pas rendu à l'humanité! Il serait alors possible de détruire cette plaie des montagnes et surtout des vallées profondes et humides peu visitées par le soleil.

Alexandre Bottex, l'un des correspondants de l'Académie nationale de Médecine, comme Dupasquier, mourut le 23 septembre 1849, à l'âge de cinquante-quatre ans. Il était compatriote de Bichat, de Richerand et de Michaud, son parent, le savant auteur de l'*Histoire des croisades*.

Une douzaine d'écrits tous remarquables sont sortis de sa plume, et parmi eux il faut distinguer un mémoire sur les fonctions du système nerveux chez l'homme et les divers animaux. Il était bien à la hauteur de ce magnifique sujet, lui qui à de vastes connaissances réunissait la fonction de médecin en chef de l'hospice de l'Antiquaille, asile des aliénés, perché hygiéniquement sur une des hautes montagnes qui dominent la ville.

Son activité ne se bornait pas à servir l'hospice et une nombreuse clientèle, il eut le courage d'entreprendre des cours de clinique sur les aliénés; sujet neuf parmi nous, car il n'est point dans mes souvenirs que jamais en France on ait tenté avant cet honorable médecin de satisfaire à ce vœu de l'humanité. Mais une mort prématurée avait de nouveau laissé une lacune, lorsque M. Falret, pénétré des besoins de l'époque, est venu apporter dans ses savantes leçons le tribut de trente ans d'expérience et remplir un vide que la création d'une chaire nouvelle à la Faculté ne laisserait plus creuser.

Bottex avait d'abord abordé l'intéressante question des hallucinations, qu'il définit de la manière suivante : L'hallucination, comme la sensation, donne l'idée d'un corps agissant actuellement sur nos organes, mais en diffère en ce que ce corps n'existe pas. Les rêves, le somnambulisme, les hallucinations suffiraient pour faire admettre la pluralité des organes

encéphaliques, si cette partie de la doctrine de Gall, appuyée d'ailleurs sur tant de preuves irréfragables, n'était pas aujourd'bui généralement admise.

Un discours sur la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle est considéré comme une œuvre remarquable. J'en aurais extrait plusieurs passages sans les limites qui me sont imposées par la nature de mes recherches. On trouvera d'ailleurs ce que Bottex a fait de plus important dans un éloge dû à la plume du docteur Polinière, éloge digne du talent des Pariset et des Dubois (d'Amiens).

Il me reste à ajouter quelques mots sur le zèle que le docteur Bottex déployait dans ses relations avec l'Académie nationale de Médecine. Il savait que cette compagnie, chargée des grands intérêts de la santé publique, avait besoin du concours de tous ses associés, et il remplissait ses devoirs de correspondance avec un scrupule religieux.

Peut-être, et ici j'exprime mon opinion particulière, est-il des correspondants moins soucieux de se mettre en rapport avec la compagnie. C'est ainsi que dernièrement, dans le département de l'Isère, il en est décédé un dont personne parmi nous n'avait entendu prononcer le nom. Ce département, où tout est en progrès, sciences et arts, méritera un jour de fixer l'attention de l'Académie. Elle trouvera dans Grenoble les hommes les plus distingués, parmi lesquels il est juste de citer le professeur de chirurgie Silvy, neveu de notre ancien associé, les médecins Cbarvet, Albin, Gras et Leroy, professeur de chimie, etc.

(*La suite à un prochain numéro*).

ABCÈS DU MUSCLE PSOAS

ouvert dans la cavité du péritoine.

Par M. Stokes.

Le docteur Stokes a montré à la Société pathologique de Dublin un cas d'inflammation du muscle psoas et de sa gaîne indépendant d'une maladie du rachis et devenu fatal par son ouverture dans la cavité péritonéale. Le malade était un homme d'environ quarante ans, qui avait été admis à l'hôpital Moth, le 8 janvier 1850, pour des symptômes de bronchite; il offrait aussi quelques phénomènes d'emphysème. Il fut traité par les moyens usités, et son état s'améliora tellement qu'il fut placé dans la salle des convalescents. Il continuait à aller bien lorsque, le 17 janvier, il fut pris pour la première fois d'une douleur dans la région iliaque gauche; il y avait de la constipation et un sentiment incommode de pesanteur. Le matin suivant, l'abdomen était tuméfié, et, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, existaient une tuméfaction et une dureté considérables donnant la sensation de deux bords séparés par un sillon. Il n'existait point de fluctuation. Aucun cbangement n'eût lieu les deux jours suivants. Alors, cependant, le malade fut saisi tout à coup d'une douleur violente dans la région ci-dessus mentionnée et s'irradiant dans tous les points de l'abdomen. Cette attaque fut immédiatement suivie de nausées, d'efforts de vomissement, de météorisme et d'une prostration extrême. Bieutôt le malade tomba dans un sommeil calme et mourut le lendemain à deux heures du matin.

Autopsie. — Les viscères abdominaux étaient couverts de lymphe récemment épancbée; cinq ou six onces de matière purulente furent trouvées dans la cavité du bassin. Le péritoine était très vasculaire; la vessie était contractée et réduite au tiers de son volume ordinaire. Une ouverture irrégulière d'un pouce d'étendue environ existait sur la gaîne du muscle psoas, au niveau de la dernière vertèbre lombaire; au moyen de cette ouverture, la gaîne, qui contenait du pus, communiquait avec le péritoine. Il n'y avait aucune lésion des vertèbres. (*The Dublin quaterly Journ. of med. Science.*)

NOUVELLES.

Par décrets individuels, ont été nommés chevaliers de la Légion-d'Houneur :

MM. Laguerre, médecin à Paris; Guillotin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Montmédy; Panaget, chirurgien de la marine en retraite; Drappier, ancien chirurgien militaire; Souillère, ancien chirurgien-major de la garde impériale; D'Oueil, ancien chirurgien-major d'infanterie; Cavalier, ancien chirurgien-major d'infanterie; Laharthe, aucien chirurgien-major d'infanterie.

— M. le docteur Goffres, ancien professeur de pathologie chirurgicale au Val-de-Grâce et professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

— Le sieur Lamare, boucher à Auteuil, a été condamné par le tribunal de simple police, pour mise en vente de viande gâtée sur un marché de Paris, à 10 fr. d'amende et confiscation de la marchandise avariée.

— Le trihunal de police correctionnelle, sur les conclusions conformes de M. Hello, a condamné la femme Delamarre à 500 fr. d'amende pour vente de remèdes secrets.

— M. Barnit, pharmacien, a fait annoncer et a mis en vente un médicament auquel il a donné le nom de sel de Barnit. M. Chevallier, professeur à l'Ecole de pharmacie, commis à l'effet d'examiner ce sel, a reconnu que ce n'était rien autre que du tannate de zinc; or, le taunate de zinc n'est pas inscrit au Codex. En conséquence, M. Barnit a été traduit devant la police correctionnelle sous prévention de vente de remèdes secrets. Le trihunal l'a condamné à 100 fr. d'amende et aux frais.

—Le sieur Michel, pharmaien, a été condamné à 15 fr. d'amende, d'une part, et 200 fr. de l'autre, pour avoir exercé la pharmacie dans un autre département que celui où il avait été reçu, et pour avoir vendu des remèdes secrets. Une discussion s'est élevée sur ce qu'on devait entendre par remèdes secrets. Le trihunal a adopté le principe énoncé par M. le directeur de l'Ecole de pharmacie, entendu comme témoin, à savoir, qu'on doit entendre par remèdes secrets toutes les comhinaisons médicinales qui ne sont pas prévues par le Codex ni achetées par le gouvernement.

—Le sieur Legrand, fahricant de farine de lin, rue des Jardins, à Chaillot, a été condamné à un mois de prison et 50 fr. d'amende pour délit de tromperie sur la nature de la marchandise vendue.

— Une fatale erreur vient encore d'avoir pour résultat une mort qui a été presque instantanée. Marie Fleur, jeune enfant de hnit ans était indisposée, et le médecin avait ordonné comme médicament l'huile de ricin. La potion avait été commandée chez le sieur R....., pharmacien, rue Folie-Méricourt.

Malheureusement, le même jour, une fiole de laudanum avait été demandée à la même pharmacie. Lorsqu'on vint chercher la potion destinée à la jeune Marie, le garçon pharmacien remit, an lieu de l'huile de ricin, le flacon de laudanum. Le malheureux père de Marie, conformément aux ordres du médecin, versa le contenu de la fiole dans une tasse de houillon aux herhes, et administra lui-même à son enfant le fatal hreuvage.

Des signes certains d'empoisonnement ne tardèrent pas à se manifester; les secours, presque immédiatement prodigués, furent inutiles, car l'enfant succomba après quelques heures de souffrance.

M. le procureur de la République, informé de ces faits, a requis des poursuites contre le sieur R..... et contre son élève.

— Une courte maladie vient d'enlever à sa famille et à ses nomhreux amis M. Ernest Langlade, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. Cette mort si prématurée, résultat d'un travail opiniâtre, inspirera des regrets vifs et profonds à tous ceux qui, comme nous, ont eu le honheur de le connaître, et ont pu apprécier la droiture de son cœur et l'élévation de ses sentiments. Quant à ceux dont il professait l'art avec distinction à Nîmes, ils déploreront d'autant plus cette séparation, qu'ils perdent en lui un collègue modeste qui, tout jeune encore, a aidé de ses lumières une science qui, plus tard, lui aurait été redevahle de nouveaux progrès.

(*Gaz. méd. de Montpellter.*)

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 139. (23e ANNEE.) MARDI 26 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38; HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 25 NOVEMBRE 1850.

Loi sur la création de bains et lavoirs publics.

Une loi tout hygiénique a occupé vendredi dernier la plus grande partie de la séance de l'Assemblée nationale. Il s'agissait d'allouer à M. le ministre de l'agriculture et du commerce un crédit de 600,000 fr. pour fonder quelques établissements de bains et de lavoirs publics, où tous les individus des classes pauvres pussent trouver à prendre un bain pour 10 centimes, et où les ménagères pussent, comme en Angleterre, blanchir leur linge moyennant 25 c. et dans une ou deux heures de travail. Nous n'avons pas besoin de dire que nous approuvons, comme tous les médecins l'approuveront, cette amélioration, réclamée déjà par ce journal il y a bientôt vingt ans; mais ce que nous ne saurions approuver, c'est l'argumentation dont s'est servi M. le ministre pour assurer le succès douteux de son projet de loi.

Au moment où MM. d'Adelswärd et Raudot attaquaient les dispositions plutôt que l'idée du projet de loi, M. Dumas, sans doute pour assurer un succès qui paraissait incertain, s'est exprimé en ces termes :

« La pensée qui a inspiré le projet est comprise par chacun de vous. Vous avez tous présents à l'esprit les malheurs qui ont frappé notre pays pendant l'année 1849 et de quelle manière le choléra a sévi au milieu de nos populations. Vous savez dans quelle proportion les grandes villes ont été atteintes; il ne me paraît cependant pas inutile de mettre quelques chiffres sous vos yeux pour bien vous faire comprendre l'importance des précautions hygiéniques en face de fléaux si terribles. Le nombre total des victimes du choléra en 1849 a été de 100,000, et, dans ce nombre, le département de la Seine entre pour près d'un quart; il y a eu dans ce département 24,400 victimes; le département du Nord en a eu 15,000. En tout, pour ces deux départements, les 4/10es du nombre total. Ces chiffres prouvent que, lorsque le choléra envahit un pays, c'est dans les contrées qui comptent, dans la même étendue, le plus grand nombre de centres de populations qu'il fait le plus de ravages; et, d'un autre côté, il est incontestable que, dans les villes où il sévit, les quartiers qui comptent le plus de victimes sont ceux qui réunissent les moins bonnes conditions de salubrité.

» En présence de pareils faits et en face d'un fléau qui peut se renouveler, qui tourne autour de nous, qui nous menace sans cesse, le gouvernement a dû se préoccuper des moyens d'améliorer la salubrité des villes; il a pensé qu'il ne suffisait pas d'assainir les rues et les maisons, et qu'il fallait encore par tous les moyens augmenter la propreté des individus. Or, sous ce rapport, nous sommes fort arriérés. En Angleterre, il existe dans les principaux centres de population de nombreux établissements de bains et de lavoirs publics. »

M. le vicomte Armand de Melun, qui s'occupe avec une persévérance louable, mais malheureusement trop souvent mal éclairée, des améliorations hygiéniques, est venu prêter à M. le ministre l'appui de sa parole, et a réitéré la même assertion relativement aux ravages exercés par le choléra dans les grandes villes.

Nous répétons que nous applaudissons de grand cœur au projet du gouvernement, soit que ce projet s'exécute par une subvention de l'Etat, soit qu'il s'exécute par les seules ressources de la commune, ce qui est une question politique et économique à l'examen de laquelle nous ne pouvons nous livrer ici. Mais, nous l'avouons, s'il n'y avait en faveur de ce projet que les raisons tirées des ravages du choléra dans les grandes villes, l'institution des bains publics serait *complétement inutile*, au moins autant que l'état actuel de la science permet de le juger.

Rien n'est moins démontré, en effet, que l'assertion émise par MM. Dumas et de Melun. Tout semble prouver, au contraire, que l'agglomération de la population n'a absolument aucune action sur le développement du choléra; ce qui ne veut pas dire que, si le fléau vient à se développer dans une ville d'un million d'habitants, il n'y fera pas plus de victimes que dans un hameau de 150 âmes. La marche de l'épidémie dans certaines de nos campagnes, comme dans les campagnes de l'Autriche, de l'Allemagne et de la Russie, proteste contre cette opinion. *A fortiori* est-il moins prouvé encore, s'il est possible, que la gravité ou le développement du choléra soit favorisé par l'absence des bains publics. M. le ministre en aurait eu la preuve irrécusable en songeant à ce qui s'est passé dans les grandes villes d'Angleterre, où précisément ces bains existent, ainsi qu'il l'a fait remarquer. Dans ces villes le choléra a été plus cruel; il a duré plus longtemps que dans aucune de nos villes de France, qu'à Lyon en particulier, dont tout le monde connaît les mauvaises conditions hygiéniques, et qui dans les deux grandes épidémies cholériques a été complétement épargné la première fois, et à peine atteint la seconde.

Il faut donc le reconnaître, l'établissement des bains et lavoirs publics est une grande et bonne institution, à laquelle s'associeront tous les partisans sincères et éclairés des améliorations réelles et possibles; mais il faut laisser aux avocats et aux orateurs de profession le soin de défendre ou d'attaquer cette institution par des arguments empruntés au langage de la rhétorique et des passions. Quand on est, comme M. Dumas, un savant éminent, on doit se contenter de dire la vérité pure et simple, et ne pas s'exposer, même pour la défense d'une cause juste, à répandre des idées fausses dans le public.

H. de Castelnau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. ANDRAL.

Deux cas de thoracentèse.

Par M. LEMAISTRE, médecin à Limoges, ancien interne des hôpitaux.

Quand aujourd'hui on réfléchit aux grandes discussions soulevées au sein des sociétés savantes par l'opération de la thoracentèse, on est tout étonné de voir le peu de résultats qu'elles ont produit. L'Académie, il y a quelques années, n'a pu vider la question. Et ces temps derniers, la Société médicale de Paris, qui s'en est occupée pendant nombre de séances, est arrivée à peu près aux mêmes fins. Les opinions, en effet, ont été tellement partagées, que les uns voulaient opérer dans la pleurésie aiguë, d'autres dans la pleurésie chronique, quelques-uns dans certains cas de pleurésie latente de nature spéciale; un grand nombre enfin ne voulaient pas du tout de l'opération. En présence d'opinions si diverses et soutenues par les hommes les plus éminents de l'époque, on se demande quelle est la cause de tant de divergences. Il me semble que cela provient de ce que chacun a conclu seulement d'après les faits qui lui sont propres. Or, comme la thoracentèse est une opération en vigueur depuis fort peu de temps, il en résulte qu'on n'a pas pu conclure d'après un nombre de faits suffisant. Je regarde donc comme un devoir de chaque praticien de fournir à la science les faits qu'il connaît. Pour ma part, je viens offrir ces deux cas à la publicité.

OBS. Ire. — *Epanchement thoracique symptomatique d'une altération organique.*

Fayard, âgé de soixante-trois ans, peintre en bâtiments, entré le 25 mai 1850, salle Saint-Félix, n° 12.

En 1848, pleurésie, à la suite de laquelle il s'est très bien rétabli.

Au commencement de mai 1850, ce malade, à la suite d'un excès de fatigue, a été pris, le soir, en rentrant chez lui, d'un frisson et d'un point de côté situé en dehors et en arrière du mamelon droit. Ce point de côté ne l'a pas empêché de travailler encore quelque temps; mais depuis cinq jours il a été obligé de cesser toute occupation.

A son entrée, facies pâle, respiration haletante, pouls à 108. Tous les signes d'un vaste épanchement du thorax : douleur à la partie latérale et inférieure de la poitrine, s'irradiant dans l'épaule; matité absolue dans tout le côté droit, jusqu'au creux sus-claviculaire; vibrations thoraciques presque nulles; souffle rude, presque métallique; bronchophonie.

Mensuration, 42 centimètres à gauche et 45 à droite. Pas la moindre trace de tumeur sur toute la périphérie du corps.

Les émissions sanguines, les vésicatoires, les purgatifs, le calomel jusqu'à salivation, les diurétiques, sont successivement employés sans le moindre amendement; le nombre des pulsations s'élève bientôt à 124, la respiration devient de plus en plus courte, les forces du malade vont toujours s'affaiblissant.

Enfin, le 10 juin, le pouls est à 130; de l'œdème depuis quelques jours s'est manifesté dans toute la partie latérale droite de la base du thorax, et le malade vient d'être pris d'une douleur très vive et subite dans la partie affectée, ce qui rend sa respiration plus courte encore. — Après avoir longtemps hésité, à cause de la débilité de l'individu, M. Andral, en désespoir de cause, se résout enfin à l'opération, et me la fait pratiquer.

Après avoir fait avec le bistouri une légère incision à la peau, au milieu du tiers moyen du troisième espace intercostal en comptant de bas en haut; après avoir fait relever les tissus de manière à faire correspondre l'incision avec le

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Traité d'hygiène pure et nouvelle.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

Nous vivons dans un temps très hygiénique, à en juger par les ouvrages, les lois et règlements et autres inventions récentes qui se proposent plus ou moins de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes de maladies, et surtout de préserver sa bourse de toute obésité. Après les savons et les parfums hygiéniques, nous avons eu les *autogrades* (1) hygiéniques, les ceintures, les logements hygiéniques, les colonnes hygiéniques, les bains et les lavoirs hygiéniques; puis l'hygiène des ouvriers, l'hygiène du soldat, l'hygiène des grandes villes, l'hygiène des campagnes, l'hygiène de l'Algérie, de l'Italie, du Midi, du Nord, etc.; et enfin les hygiènes plus complètes, quoique moins prétentieuses, de MM. Levy et Becquerel. Eh bien! toutes ces inventions, améliorations, mémoires et ouvrages, ne valent pas celui que je vais vous conter. « Ah! n'en v'là une d'jolie d'hygiène! » comme dirait la mère Michel. Lisez plutôt ce titre :

HYGIÈNE

PURE ET NOUVELLE,

ou

LE MIROIR DE LA SOCIÉTÉ,

ou

la vraie science appliquée,

ou

les causes des maux,

ou

le livre des familles et de tous ceux qui recherchent la vérité dans les sciences ou les arts, c'est-à-dire la route du bien, et qui haïssent le mal;

ou

ÉTUDES ET PENSÉES

sur le monde spirituel, la nature en général, la société et l'homme en particulier, soit dans sa vie privée, soit dans ses relations extérieures;

pouvant servir de traité de morale, c'est-à-dire de la connaissance

DU MAL DE SOI-MÊME,

Indiquant les moyens propres à procurer la santé du corps et celle de l'âme; suivies de dissertations hygiéniques sur différents pays, et la France et l'Angleterre en particulier.

Par PIERRE ROUX. (Ne pas confondre avec Pierre *Le* Roux.)

Nota. La parenthèse ne fait partie du titre.

Mais, parenthèse à part, que dites-vous d'un tel titre? Ne vous rallie-t-il pas complétement à mon opinion, et déjà, à sa seule lecture, ne préférez-vous pas à toutes les hygiènes du monde l'hygiène *pure* et *nouvelle*? Que serait-ce donc, cher confrère, si vous aviez lu le fond de l'ouvrage; car, à l'opposé du poète dont parle Boileau,

> Qui s'en allait criant d'une voix de tonnerre :
> Je chante le vainqueur des vainqueurs de la terre,

notre auteur promet beaucoup dans son titre; mais il tient bien plus qu'il ne promet. Que ne puis-je vous apporter ici en preuve son livre tout entier! car ce livre n'est guère susceptible d'analyse; il se compose surtout d'aphorismes, de vérités *pures* et *nouvelles* autant que curieuses, intéressantes et même étonnantes; en passer une, c'est perdre un trésor, et cependant je ne puis vous rapporter ici 426 pages de vérités aphoristiques, d'autant plus que je me donnerais un air de contrefaçon que je tiens à éviter avant tout. Forcé par nécessité et par scrupule envers l'éditeur de l'*Hygiène pure*, je vais donc prendre au hasard quelques sentences dans ce livre remarquable, où, sous le titre modeste d'*Hygiène pure et nouvelle*, sont exposés tous les principes des sciences physiques, naturelles, mathématiques et morales, les morales surtout. Maintenant je cite au hasard.

Lisez et admirez :

« La vraie science, c'est l'explication des voies de Dieu envers notre maître, c'est-à-dire Satan ou le soleil, la terre, les planètes, les comètes et toutes les influences générales météorologiques qui maîtrisent notre terre, et dont l'astronomie, la physique et la chimie ou physiologie générale ne sont que des conclusions secondaires. »

Voilà un beau début; voici une plus belle suite :

Voulez-vous savoir, par exemple, ce qu'ont fait Lavater, Lavoisier, Daguerre, etc., etc., l'*Hygiène pure* vous le dit sans hésiter :

(1) Pour ceux de mes lecteurs qui ne sauraient pas la signification de ce mot ingénieux, nous le traduirons par l'expression plus vulgaire de clysoir.

quatrième espace intercostal, je plonge dans le thorax, en rasant le bord supérieur de la côte inférieure, un trocart dont la canule avait préalablement été munie de baudruche. Je retire le trocart, et, au lieu de sérosité limpide et transparente, il s'écoule une sérosité trouble et sanguinolente. Je crois d'abord avoir lésé quelque vaisseau; cependant, en réfléchissant un peu, je me rassure; un vaisseau lésé n'aurait pas pu teindre aussi fortement et instantanément tout le liquide thoracique. Toujours est-il que nous retirons onze cents grammes de ce liquide. Puis nous pansons la plaie avec un morceau de diachylum, une compresse et un bandage de corps.

Pendant l'écoulement du liquide, la main, appliquée sur les parois thoraciques, a perçu un gros frottement très manifeste. La matité, après l'opération, était telle qu'avant; le souffle n'a point été modifié. L'absence de murmure respiratoire est restée partout complète, et cependant le malade s'est trouvé un peu soulagé. La respiration, quoique plus libre, est toujours à 36. A quatre heures du soir, le pouls est plus fort que les jours précédents; il bat 100 à la minute. Le teint est plus animé. La plaie a laissé passer une grande quantité de sérosité sanguinolente qui a imbibé tout le lit. Je renouvelle toutes les pièces de l'appareil, et ce suintement s'arrête.

A neuf heures du soir, le râle trachéal se déclare, et le lendemain, à sept heures, le malade meurt.

Autopsie 48 heures après la mort.

A l'ouverture du thorax, il s'écoule une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent de la cavité pleurale droite; celle-ci est tapissée, dans presque toute son étendue, par des plaques de 1 à plusieurs centim. de large sur 2 à 6 millimètres d'épaisseur. Ces plaques, de nature encéphaloïde à l'œil nu et caractérisées ainsi par M. Andral (au microscope j'y ai vu la cellule cancéreuse d'une manière très évidente), sont fongueuses en certains points, à tissu vasculaire très développé, ce qui nous rend compte de l'exhalation sanguine qui s'était faite dans la plèvre. Les deux plèvres costale et pulmonaire avaient été envahies par la dégénérescence, de telle sorte que le poumon était entouré par une coque qui empêchait son expansion. Dans un espace compris entre le péricarde, le diaphragme et la base du poumon, il se trouvait des masses cancéreuses plus volumineuses qu'ailleurs, de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Le poumon droit est aplati contre la colonne vertébrale; son aspect est grisâtre, comme carnifié, sans crépitation aucune. Dans la plèvre gauche, deux ou trois petites masses cancéreuses de 1 centimètre au plus de largeur. Un ganglion mésentérique est cancéreux. Tous les autres organes sont sains.

L'examen du quatrième espace intercostal droit a fait constater qu'aucun vaisseau n'avait été lésé.

Ce fait ne peut pas être considéré comme contraire à la thoracentèse, car l'opération n'a pas hâté le moins du monde la mort du malade. On ne l'a résolue qu'avec la conviction intime que le malade ne vivrait pas vingt-quatre heures si elle n'était pas faite. D'autre part, comme chacun peut en juger, il n'existait aucun élément de diagnostic capable de faire supposer que nous n'avions pas affaire à un épanchement simple, d'autant plus qu'une première pleurésie s'était déjà terminée par résolution.

Le cas que je viens de citer est tout à fait nul pour la thoracentèse. Il n'en est pas de même du suivant. Le succès pour nous a été aussi complet qu'on pouvait le désirer.

Obs. II. — *Epanchement thoracique guéri par la ponction.*

Picqué, âgé de quarante-cinq ans, homme de peine, est entré, le 17 juin 1850, à la salle Saint-Félix, n° 9. Ce malade était atteint d'une bronchite chronique depuis cinq ans, lorsqu'il a été pris, il y a cinq semaines, de vomissements bilieux avec frisson, toux augmentée et point de côté à droite. (Il n'existe aucun antécédent tuberculeux.)

A son entrée, matité absolue en arrière, souffle à l'angle inférieur de l'omoplate avec un peu d'égophonie. En avant, matité jusqu'au mamelon. 100 pulsations, 40 inspirations.

Une saignée, une application de ventouses, l'emploi de la digitaline ne font point résoudre l'épanchement, qui augmente toujours de telle sorte que le 26 juin la matité est absolue en avant à droite dans toute l'étendue du poumon; quelques râles sibilants et muqueux sont seuls entendus sous la clavicule; le murmure respiratoire est partout nul. En arrière, vibrations de la poitrine, insensibles à droite, matité absolue, excepté tout à fait au sommet, où on entend un peu la respiration. A l'angle inférieur de l'omoplate, bruit de souffle doux et éloigné.

M. Andral se résout à la thoracentèse. Je pratique l'opération comme dans le cas ci-dessus. Seulement, au lieu d'opérer dans le quatrième espace intercostal, je fais la ponction dans le cinquième, à deux pouces en bas et en debors du mamelon, et je retire 1,800 grammes d'un liquide jaunâtre transparent.

Aussitôt après l'opération, l'oreille, appliquée sur le thorax, constate que le souffle en arrière a fait place à du murmure vésiculaire avec râles sous-crépitants; la percussion en avant, au lieu de matité, donne une sonorité presque normale. Pendant l'évacuation du liquide, le malade a subi plusieurs quintes de toux très intenses. On sait que c'est un signe du déplissement du poumon, par conséquent un signe de bon augure. Après l'opération, le nombre des pulsations et des inspirations est le même qu'avant, 112 et 36. Cependant, l'oppression est moindre et le malade se trouve soulagé.

Les jours suivants, le mieux se maintient, les pulsations baissent; la face, pâle et anémique avant l'opération, prend une coloration meilleure; l'appétit revient, les forces se relèvent; l'épanchement, qui s'est reproduit un instant, disparaît; le râle muqueux, qui a longtemps persisté sous la clavicule de manière à faire craindre les tubercules, fait place à un murmure vésiculaire normal. Le malade est donc guéri, et le 15 août voilà ce qu'on observe au côté droit : il n'existe aucun râle, et la respiration s'entend à la base du poumon, quoique d'une manière très obscure, ce qui est dû probablement à de fausses membranes; la région sous-claviculaire est légèrement aplatie. Le malade a toutes ses fonctions qui s'accomplissent très bien; seulement, de temps en temps, il éprouve un peu de diarrbée.

Nous sommes tout porté à croire que l'épanchement était simple dans ce cas-là; cependant nous n'oserions l'affirmer.

Je ne puis, d'après ces deux faits, tirer aucune conclusion; mais, si je les compare à deux autres dont j'ai été témoin et à ceux rapportés par les auteurs, je crois pouvoir être en droit de dire que, si, dans la plupart des cas des épanchements chroniques, l'opération n'a pas réussi, c'est parce qu'on l'a faite dans des cas où elle ne pouvait réussir, dans des cas incurables. Il ne faut pas s'en prendre à l'opération dans ces circonstances, mais bien à nos connaissances, qui ne sont pas suffisantes encore pour nous faire reconnaître toute espèce d'épanchement. Et pour preuve de cela, je pourrais citer : 1° le cancer de la plèvre, dont je viens de parler; 2° un cas d'épanchement symptomatique d'une tumeur organique du médiastin (1); 3° un cas d'hydatide de la plèvre (2). Dans ces trois cas il n'existait aucun signe capable de les mettre sur la voie de la lésion. Je pourrais dire encore que j'ai vu des épanchements tuberculeux, hémorrhagiques, purulents, dont les praticiens les plus distingués n'avaient pu diagnostiquer la nature. Mais à quoi bon insister sur une proposition avérée aujourd'hui pour tout le monde?

Déjà les indications de la thoracentèse ont tellement bien été précisées par M. Trousseau dans l'hydrothorax aigu, qu'un grand nombre de praticiens n'hésitent plus à faire une opération qui n'offre aucun danger depuis la nouvelle modification apportée par Reybart. Je crois que plus tard on arrivera au même résultat pour certains cas d'hydrothorax chronique; mais on n'atteindra ce but que lorsqu'on aura acquis les éléments de diagnostic nécessaires pour déterminer la nature de tout épanchement et la lésion dont il est le symptôme.

(1) Ce cas a été npéré par M. Trousseau à l'hôpital des Enfants.

(2) J'ai consigné ce cas dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1850. Je l'ai observé à la Charité. La malade mourut la veille du jour désigné pour l'opérer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 novembre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— A l'occasion du procès verbal, M. Chassaignac revient sur le malade qu'il a présenté dans la dernière séance. On se rappelle que ce malade portait sur la face externe du maxillaire inférieur du côté droit une tumeur grosse comme un œuf de poule. Notre collègue fit l'ablation de cette tumeur le lendemain de la présensation du malade; mais il ne suivit pas le procédé opératoire qu'il avait médité; il se borna à inciser la lèvre inférieure et à découvrir largement la tumeur. Celle-ci s'enleva facilement, quoiqu'elle pénétrât profondément dans l'épaisseur du maxillaire inférieur. La cavité dans laquelle elle était logée allait jusqu'au nerf dentaire, qui était à nu après l'ablation de la tumeur, ainsi que les racines de la seconde molaire. Le bord inférieur du maxillaire était réduit à l'épaisseur d'une lame de couteau; une hémorrhagie suivit cette opération, et M. Chassaignac fut obligé d'éteindre trois cautères au centre de la cavité développée par la tumeur. Cette dernière était fibreuse à la périphérie, mais le centre était ramolli, jaunâtre. D'ailleurs, ajoute M. Chassaignac, cette tumeur a été analysée par M. Lebert, et je lui abandonne le soin de vous la décrire.

M. Lebert. J'ai trouvé, comme M. Chassaignac l'indique, une substance extérieure d'un blanc-jaunâtre, ferme, résistante, offrant l'aspect assez franchement fibreux. Vers l'intérieur, le tissu de la tumeur est d'un jaune-luisant et d'une mollesse élastique, ne faisant pas suinter, à la pression, de suc trouble, lactescent et visqueux. Au microscope, on reconnaît tous les éléments des tumeurs fibro-plastiques, des éléments franchement fibreux dans quelques points, et dans d'autres des corps allongés, fusiformes, renfermant un noyau oblong et étroit; en outre, il a une certaine quantité d'éléments cellulaires fibro-plastiques; ce sont des cellules rondes ou ovoïdes qui renferment un noyau semblable à celui que contiennent les corps fusiformes. Je dois à la vérité de dire que quelques-unes de ces cellules avaient de la ressemblance avec celles du cancer. Il n'y a là que de la ressemblance; car dans l'immense majorité des éléments microscopiques, leur nature n'est pas douteuse.

Si l'examen microscopique complète ainsi l'observation clinique, c'est à celle-ci à son tour de devenir instructive pour l'examen microscopique; à savoir, si le malade restera solidement guéri, ou si, ayant plus tard une récidive, celle-ci sera locale ou plus éloignée.

En résumé, bien que cette tumeur renferme quelques éléments à aspect un peu douteux et de nature fibro-plastique, mal qui est purement local, il n'est pas probable qu'elle ait une récidive avec infection.

M. Marjolin est frappé des détails dans lesquels notre collègue est entré. Néanmoins, il adresse les questions suivantes à M. Lebert, et le prie d'entrer dans quelques développements à cet égard :

1° Les tumeurs fibro-plastiques se reproduisent-elles?

2° Sont-elles susceptibles de dégénérer, de se transformer en cancer, et si elles peuvent se reproduire et se transformer, ce terme n'est-il pas un peu vague?

3° Vous dites que la tumeur enlevée par M. Chassaignac est composée par du tissu fibro-plastique et d'éléments suspects; quels sont ces éléments?

Voici ce que nous avons à répondre à ces diverses questions : la tumeur est de nature fibro-plastique; je puis me prononcer sur ce sujet d'une manière positive; seulement, voulant consciencieusement rendre compte à la Société du résultat de mon examen, j'ai cru ne pas devoir lui cacher qu'au milieu d'une infinité d'éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique il y en avait quelques-uns moins bien caractérisés, et que, si je ne les avais vus tout à fait isolés sous le microscope, mon jugement aurait été en suspens; cela ne peut pas être lorsque je les compare à la grande prépondérance d'éléments de nature non douteuse de la tumeur fibro-plastique. Ce terme ne me paraît nullement vague et élastique, puisqu'on désigne sous ce nom des tumeurs qui se rapprochent de celles de nature fibreuse, mais qui renferment le tissu fibreux incomplétement développé et une grande quantité de ces éléments intermédiaires entre la formation cellulaire et les fibres.

Quant à la dégénérescence de ces tumeurs, elle doit être infiniment rare; cependant, j'en ai observé un exemple dans

« Lavater et Gall sont venus montrer aux hommes les difformités qui décèlent les passions qui les dominent, et qui sont des types acquis par leur iniquité et leur impudicité. »

Nota. — Il est sans doute inntile de vous dire que l'*Hygiène pure* renferme aussi des principes sur l'art d'écrire. Je continue donc.

« Lavoisier est venu mettre l'ordre dans la diffusion des éléments en se servant du bras de Satan (l'électricité) pour les diviser. »

Je passe sous silenca la mission de Fourcault, Leroy, Magendie, Cuvier, Napoléon et autres; il faut absolument lire sur tous les points l'*Hygiène pure* à cause des développements. Mais voici qui est plus court et plus catégorique :

« L'Angleterre est plus de cent ans en arrière des peuples les plus civilisés à cause de son impudicité, à caose du désordre de mœurs qui y règne, de l'ignorance crasse de son peuple, et à cause de la bassesse et de l'ivrognerie de ses habitants! »

J'aime cette peinture hygiénique; mais voici une définition non moins hygiénique et qui ferait bien enrager Platon, le définisseur de l'homme, si Platon n'était pas mort depuis longtemps :

« Les gens d'esprit sont des vaches que le monde tète. »

« Nous entendons par *injections*, ou absorptions, ou endosmoses, tout ce qui entre dans le corps de l'homme. »

« Lorsque les injections sont pures, la vie est sublime; lorsqu'elles sont impures, la vie s'abaisse. »

« Le calorique n'est donc autre chose que la fournaise ardente de la Bible, le ver et le feu rongeurs, l'écharde de ma chair, dit Paul, le lion rugissant de Pierre, la géhenne, l'étang ardent de feu et de soufre : en un mot, l'agglomération ou l'introduction dans notre être spirituel, ou notre âme du corps, de la molécule complexe ou impure, c'est-à-dire de la poussière de la terre, comme le dit la Genèse, et cette molécule impure, qui a produit les os et la chair du premier bomme et rendu son corps opaque, est douée d'un mouvement giratoire, forcé, obligatoire; elle produit donc dans le corps ce mouvement, et il est proportionnel à l'impureté de la molécule : c'est l'exosmose ou excrétinns et l'endosmose, ou absorption ou injections. »

Il est bien fâcheux que la beauté de cette définition soit un peu obscurcie par sa longueur; voici un aphorisme qui n'a pas ce léger défaut, et qui prouve d'une manière aussi frappante que pittoresque l'absurdité de la loi des majorités :

« Le monde est divisé en trois classes d'hommes : les hommes purs ne forment qu'un millième de la société; les hommes impurs en forment plus de la moitié, et l'homme moyen environ 1/5e. Il est facile de conclure, d'après ce raisonnement, que c'est de la minorité d'où sort la vérité, puisqu'elle n'existe que chez un bomme sur mille. »

Je voudrais bien savoir ce qu'opposeraient à un pareil axiome les amateurs du suffrage universel.

Voici un autre aphorisme que je transcris en faveur des maris; j'ose croire qu'ils m'en sauront gré et qu'ils le feront lire à leurs femmes :

« En général, deux sortes de femmes se plaignent de leurs maris :

» 1° Celles qui sont assez viles et assez basses pour nous convoiter;

» 2° Celles diamétralement opposées, dont la vertu est si naïve, qu'elles ne voient aucun mal à déceler les plus grands secrets de leur maison, mais dont l'esprit est si stupide et si pauvre, qu'elles n'entendent ni ne conçoivent le danger où elles s'exposent en agissant ainsi. »

Ainsi que je vous l'ai dit, mon cher confrère, il faudrait citer toute l'*Hygiène pure* pour vous faire comprendre les merveilles qu'elle contient; je ne dois point céter cependant qu'elle contient au moins une erreur; il est vrai que l'auteur l'a empruntée à Pascal, et qu'il n'a fait qu'en prendre la responsabilité. C'est déjà trop pour lui, et je m'empresse de la lui signaler pour qu'il en fasse justice dans sa prochaine édition.

« Les meilleurs livres sont ceux qu'en lisant on croirait pouvoir faire. »

Je suis parfaitement certain que pas un lecteur n'aura l'outrecuidance, un lisant l'*Hygiène pure*, de dire qu'il en ferait autant; et cependant l'*Hygiène pure* est un livre pour lequel la langue n'a pas de superlatif.

S. Bernard.

NOUVELLES.

Encore un heureux effet des quarantaines pour les relations internationales. On écrit de Naples, à la date du 10 novembre :

« Sur les réclamations du commerce, appuyées par les légations, l'intendance sanitaire vient enfin de réduire à une observation d'un jour ou deux les provenances venant de Marseille de Gênes, de Livourne et de Civitta Vecchia.

» Mais de l'autre côté de la Péninsule, sur le littoral des Abruzzes, de Capitanata, des provinces de Bari et des Calabres, le cordon de troupes n'est pas diminué. Au contraire, les îles Ionieunes sont tellement infestées du choléra, que cette mesure rigoureuse est généralement approuvée. »

lequel elle peurrait rationnellement être admise. On a étrangement abusé du terme de dégénérescence, et seuvent on a désigné comme des tumeurs primitivement bénignes et plus tard devenues cancéreuses des productiens qui, d'emblée, étaient des cancers. Il y a peu d'années encore qu'on parlait du squirrbe qui devenait cancéreux comme s'il ne l'était pas toujours, et dès le principe cependant ; si je n'admets pas la dégénérescence cemme un fait fréquent, je n'en ai pas moins ebservé quelques exemples ; preuves nouvelles qu'il ne faut jamais être exclusif en pathelogie : un hemme porte une tumeur volumineuse dans la cuisse ; elle est bien délimitée, existant depuis plusieurs années ; cette tumeur est enlevée par M. Velpeau, et on trouve dans son intérieur un tissu ferme présentant les caractères du tissu fibro-plastique ; mais, dans plusieurs endroits, on voit des îlots d'un tissu plus mou renfermant un suc trouble et centenant beauceup de oellules cancéreuses. Un bomme de soixante-quatre ans porte depuis un grand nembre d'années une tumeur indolente dans la région parotidienne gauche ; elle s'accroît lentement et reste indolente ; sa santé générale ne s'altère point ; mais, depuis quatre mois, elle prend un accroissement considérable, la peau devient violacée à sa surface, le malade maigrit et est en proie à des souffrances si vives qu'il réclame l'opération, quoique on ne lui en cache pas les dangers. La tumeur est enlevée par M. Reux, et, en l'examinant, on y treuve deux substances nettement délimitées, dont l'une, interne, est fibreuse, dure, et renferme des concrétions crétacées multiples ; tandis que l'autre est molle, pulpeuse, infiltrée de suc cancéreux ahondant présentant tous les caractères-types de l'encéphaloïde. Veilà deux cas dans lesquels il est permis de penser à la *dégénérescence ;* peurquoi, du reste, les tissus accidentels auraient-ils sous ce rapport une prérogative sur les tissus anormaux ?

M. Marjolin me demande si les tumeurs fibro-plastiques ont, cemme le cancer, la gravité que comportent les récidives, l'infection, la marcbe du cancer en général. Disons avant tout que, sous ce rapport, il existe entre ces deux ordres de tumeurs une grande différence ; nous ne pouvens nous abstenir de faire remarquer ici que la bénignité ou la malignité des tumeurs ne saurait plus constituer un principe valable de classification. Bien loin de nous la pensée qu'il faille négliger cette question capitale de la pratique ; mais la bénignité et la malignité ne font nullement les caractères aussi nettement tranchés qu'on l'a cru pendant longtemps ; du reste, les tissus accidentels deivent être avant tout classés d'après leur structure ; or celle-ci doit être déterminée d'après des caractères anatemiques, et la question de malignité regarde essentiellement le pronostic, dont elle est un des points impertants. Lorsqu'un ordre de tumeur se rapproche beaucoup dans la marche de celle du cancer, tout en en différant netablement sur d'autres points et en étant censtituée par un tissu différent, le terme de cancroïde indique à la fois cette analogie et cette différence.

Les tumeurs fibro-plastiques, dans l'immense majorité des cas, sont des maladies locales dont on observe, dans des cas exceptionnels seulement, des récidives sur place lorsqu'on ne les a point teut à fait enlevées ; il y a là plutôt une continuation de la maladie première qu'une récidive ; l'infection de l'économie y est infiniment rare ; cepedant, j'en ai observé deux exemples ; mais la même chose s'ebserve pour d'autres tumeurs évidemment non cancéreuses : on n'est pas pour cela en droit de les regarder comme malignes ou comme cancéreuses ; car ce qui est la règle pour le cancer est, sous ce rapport, l'exception, et la rare exception, pour les tumeurs fibro-plastiques. En résumé, la tumeur dont il s'agit en ce moment est fibre-plastique ; ces tumeurs forment un groupe naturel de produits accidentels ; elles diffèrent du cancer par leur structure et par leur marche.

— M. Forget. Dans la dernière séance, contrairement à l'opinion de M. Cbassaignac, qui avait diagnostiqué un cancer chez le malade qu'il nous a présenté, j'avais pensé qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs fibreuses que j'ai observées, et dont j'ai donné la description dans ma thèse inaugurale, après avoir entendu l'exposé de l'opération pratiquée par notre confrère et la description anatomique que M. Lebert nous a faite de la tumeur qu'il appelle fibro-plastique ; son identité avec celle que Dupuytren a le premier sigualée et que je viens de rappeler ne me semble plus deuteuse, et mon diagnostic se trouve ainsi justifié. Ces produits fibreux émanent généralement de l'épaisseur du tissu diploïque des os maxillaires ; ils y adhèrent intimement, et semblent y avoir jeté des racines profondes. C'est pour avoir constaté cette sorte de fusien entre la tumeur et le tissu osseux que Dupuytren, en vue d'éviter les récidives, donnait le conseil de ne pas borner l'action chirurgicale à l'arracbement de la tumeur, mais de cautériser énergiquement le point d'amputation. Lisfranc alla plus loin que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu dans plusieurs circonstances ; il réséqua la portion d'os qui supportait de pareilles tumeurs. Je désirerais, afin de compléter l'étude anatomique de la tumeur qu'il a enlevée, que M. Cbassaignac s'expliquât sur les rapports bien précis de celle-ci avec la mâchoire. Y adhérait-elle par quelques peints, eu, libre dans toute son étendue, y était-elle simplement enkystée ? Notre confrère a signalé les rapports du nerf dentaire avec le produit morbide par suite de la destruction du tissu osseux. Je dois ajouter que déjà j'avais appelé l'attention sur ce point. Ma thèse renferme plusieurs observations qui montrent que le canal dentaire est tantôt complétement détruit, et tantôt conservé en partie ; d'où il résulte que la tumeur peut comprimer le nerf et les vaisseaux qui l'accompagnent, et que d'autres fois ils se trouvent encore suffisamment protégés contre cette compression. Cette différence de rapports entre la tumeur fibreuse et l'appareil nervoso-vasculaire dent il est question explique pourquoi ces produits morbides, quelquefois complétement indolores, s'accompagnent dans d'autres cas, au contraire, des douleurs les plus vives.

M. Chassaignac répond à M. Forget en revenant sur les détails anatomiques qu'il a donnés précédemment, et il insiste surtout sur ce fait, que la tumeur n'adhérait point à l'os, et qu'elle était contenue dans une coque osseuse, d'où il fut facile de l'extraire.

— Après cette discussion, M. Debout présente de la part de l'un de nos confrères de province, M. le docteur Fontan (de Chazelles-sur-Lyon), divers instruments qui lui ont été suggérés par les besoins de la pratique. M. Deheut met aujourd'hui sous les yeux de la Seciété ceux de ces instruments qui offrent entre eux une assez grande analegie de constructien et d'action.

1° *Pour l'épistaxis.* — Lorsque les bémorrhagies nasales sont trep considérables, que la glace, les styptiques et les révulsifs ont été impuissants pour les maîtriser, les praticiens sont embarrassés quelquefois dans le cboix des moyens mécaniques à adopter, sans discuter la valeur des moyens signalés par les auteurs. M. Debout met en relief la simplicité des instruments construits par M. Fontan, bien qu'ils aient été proposés depuis longtemps par d'autres ; ce sont des sondes droites à courbure fixe, dont l'extrémité est coiffée d'un morceau de vessie ou d'un cœcum de mouton d'une dimension plus ou moins considérable, suivant l'étendue des fosses nasales que l'on veut soumettre à la compressiou.

2° *Extraction de corps étrangers de l'œsophage.* — L'instrument proposé par M. Fontan se compese d'une plaque métallique de forme ovale qui prend, à l'aide de deux longues tiges en baleine, la position horizontale ou verticale. Malgré la simplicité de la manœuvre, les praticiens s'en tiendront au crochet ingénieux de Graef ; il n'en est pas de même du suivant.

Lersque le corps étranger arrêté dans l'œsophage est pourvu de parties anguleuses, celles-ci, sous l'influence du spasme de ce conduit, pénètrent dans l'épaisseur des parois œsophagiennes. Aucun instrument n'a encore été construit en vue de dégager les aspérités avant de procéder à l'extraction du corps étranger ; aussi des abcès se manifestent souvent à la suite de ces tentatives. M. Dehout pense que l'instrument de M. Fontan marque un progrès en remplissant cette indication. Celui qu'il met sous les yeux de la Société se compose d'une sonde urétrale, garnie à chacune de ses extrémités d'une petite vessie. Lorsque l'instrument est introduit dans l'œsophage, on remplit la vessie supérieure d'eau qui, sous l'influence de la pression de la main, pénètre dans la vessie inférieure, la distend et dégage ainsi les saillies osseuses engagées dans l'épaisseur du conduit œsopbagien ; le réservoir supérieur est plus censidérable, afin que, si une crevasse venait à être créée par les aspérités du corps dont on tente l'extraction, la quantité d'eau qui lui arriverait d'une façon incessante vînt remplacer le liquide qui s'écoulerait par la déchirure faite à la vessie inférieure. Des essais avantageux ont été faits sur le cadavre ; mais, en l'absence de tout spasme traumatique, ils ne suffisent pas pour juger la valeur de cet instrument. M. Debeut se borne à le signaler à l'attention de ses collègues, et leur annonce qu'il tiendra cet instrument à leur disposition, dans le cas où une circonstance se présenterait de l'expérimenter sur le vivant.

3° Les derniers instruments présentés sont une vessie de veau de la grosseur des deux poings, contenant dans son intérieur une canule en buis percée de deux ouvertures ; une sende est adaptée à chacune d'elles, et permet d'établir dans le vagin un courant permanent d'eau froide ou tiède sans meuiller le lit de la malade. Si on insuffle dans cette vessie, elle peut servir alors à pratiquer le tamponnement dans le cas d'hémorrbagies utérines.

— M. Forget présente à la Société une tumeur du volume d'un petit œuf de poule qu'il a enlevée la veille sur une dame. Cette tumeur, arrondie, molle, élastique, assez mobile, siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané et faisait un relief très marqué sous la peau. Au centre de la tumeur, il existait une petite éminence en forme de mamelon qui devenait très apparente. Lersqu'on embrassait la tumeur par sa base en la comprimant légèrement, on eût dit alers un liquide refoulé du centre de la tumeur à la surface par cette pression, qui venait seulever la peau en regard de la saillie mamelonnée dent il s'agit.

L'existence d'un kyste avait été diagnostiquée cbez cette malade. S'étant arrêté à l'idée d'une tumeur graisseuse, M. Ferget en pratiqua l'extirpation ; il a conservé une portion de peau à la surface de la tumeur, celle qui correspond à la dispositien mamelonnée qu'il a signalée, et il peut ainsi reproduire sous les yeux des membres de la Société les phénomènes de tension et d'affaissement auxquels l'exploration dennait lieu avant l'opération. Cette tumeur, évidemment graisseuse à la pression, contient-elle du liquide dans sen intérieur ? Ce prebléme, ajoute M. Forget, est difficile à résoudre, et c'est ce point de diagnostic qui m'a paru mériter vetre attention.

L'examen fait par plusieurs membres de la Société est tout en faveur d'un kyste contenant un liquide avec un degré variable de consistance ; mais l'incision de la tumeur, en montrant qu'il s'agit, en réalité, d'un lipome dont le tissu est meu et un peu diffluent, vient prouver une fois de plus combien, en matière de diagnostic, un chirurgien expérimenté doit être circonspect.

— *M. Latargue* (de Bordeaux) a écrit à M. Larrey pour le prier de rappeler à la Société de Chirurgie qu'il attend deux rapports : l'un sur un mémoire imprimé ayant pour titre : *Du diagnostic des tumeurs ;* l'autre sur une observatien manuscrite relative à une *plaie du poumon.*

Le vice-secrétaire, Demarquay.

DE L'ÉLÉVATION

dans le traitement des inflammations des extrémités ;

Par M. le Dr Léon Gigot, de Levroux.

Personne n'ignore les bons effets que l'on peut retirer de l'élévation des membres dans le traitement de leurs inflammations. Pour moi, tant à cause des nombreux succès dont j'ai été longtemps témoin dans le service de M. Gerdy à l'hôpital de la Charité que par les résultats obtenus depuis dans ma pratique particulière, je n'hésite pas à dire que cette méthode est la plus certaine en même temps qu'elle est la plus simple. Parmi les nombreuses observatiens que je peurrais rapporter ici je signalerai le fait suivant, comme peuvant démontrer jusqu'à quel point il est pessible, au moyen de la simple élévation, de se rendre maître de certains accidents qui se développent trop souvent avec une effrayante rapidité, malgré le traitement le plus énergique.

Obs. — Le nommé P. B..., demeurant à Levroux (Indre), me fit appeler le 2 novembre 1850, pour lui donner mes soins. Cet hemme, âgé de trente-deux ans, célibataire, sans profession, d'un tempérament sanguin, d'une constitutien robuste, mais se livrant habituellement à l'ivrognerie, avait fait une chute dans la nuit du 1er au 2 novembre. N'ayant pu se relever lui-même, on le transporta dans son lit, d'où il lui était impossible de sortir, vu l'extrême douleur qu'il ressentait à la partie inférieure de la jambe droite. Le gonflement des tissus qui entourent l'articulation tibio-tarsienne était si considérable et la douleur si vive, qu'il me fut impossible de constater d'une manière certaine s'il y avait ou non fracture. Toutefois, je soupçonnais, par l'aspect que présentait la région, une fracture de l'extrémité inférieure du péroné au-dessus de la malléole. Le malade ne put d'ailleurs me donner aucun renseignement sur sa chute, avouant qu'il était alors dans un état complet d'ivresse. Je remis denc mon diagnostic au lendemain, et je fis placer le membre dans l'élévation. Le lendemain matin, 3 novembre, je treuvai le malade levé. La tuméfaction avait disparu, si ce n'est au niveau de la malléole externe, où il existait encore un peu de gonflement et de douleur. J'ai pu dès lors m'assurer qu'il n'y avait pas de fracture, et qu'il n'existait, la veille, qu'une entorse très grave qui avait presque entièrement disparu dans l'espace de vingt-quatre heures, par la seule élévation du membre, sans avoir eu recours ni aux saignées locales, ni aux émollients, ni aux astringents. Le malade, toutefois, ne peuvait encore marcher. Les observations sévères que je lui fis sur l'imprudence qu'il commettait en quittant déjà le lit l'engagèrent à se recoucher, et le membre fut de nouveau placé sur un plan incliné.

Le 5 novembre, en faisant mes visites, je rencontrai mon malade qui se rendait au cabaret. « Je suis guéri, me dit-il, je ne ressens plus de douleur. » Cependant il marchait encore un peu difficilement.

Est-ce possible, je le demande, de prévenir avec plus de succès et de rapidité les suites d'une enterse aussi grave ? Il n'est pas de phlegmons diffus, si considérables qu'ils soient, d'érysipèles, d'angioleucites, de panaris, qui ne puissent être guéris de la même manière, et sans le secours d'aucun autre traitement. L'élévation est donc un moyen puissant dent le médecin peut tirer un grand parti dans sa pratique. Pour placer facilement les parties malades dans une position élevée, je me sers ordinairement d'un plan incliné en forme de pupitre, cempesé de deux planchettes, auxquelles sont pratiquées des ouvertures de distance en distance à l'effet de passer des liens destinés à fixer le membre. On peut varier à volonté le degré d'inclinaison de ce plan au moyen d'une charnière fixée au point de réunion des deux planchettes. Lorsque le traitement se prolenge, j'ai l'habitude de ramener de temps en temps le membre à une position presque horizontale, pour le replacer ensuite dans l'élévation. Enfin l'inflammation étant disparue, il est bon d'appliquer pour quelques jours autour de l'extrémité inférieure du membre un bandage reulé, afin de prévenir l'engorgement qui pourrait résulter du retour brusque du sang dans la partie.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

d'un dépôt d'urate alcalin (tophus) dans les articulations du tarse.

Par M. Rouget.

Cette pièce provient d'une femme de quarante ans environ destinée aux dissections. Toutes les articulations paraissaient parfaitement saines. Le pied lui-même ne présentait aucune déformation ; mais, en ouvrant les articulations du tarse du pied droit, on les trouva remplies par une matière blancbe, demi-liquide, ayant tout à fait l'aspect et la consistance de la crème ou de la substence blanche de la moelle épinière. Les ligaments et les cartilages articulaires ne présentaient aucune altération. Le siége de ce dépôt morbide porta M. Rouget à penser qu'il devait être rapporté aux dépôts tophacés de la geutte, bien que les topbus fussent des concrétions solides.

En soumettant une petite portien de cette substance à l'actien de l'acide acétique ou de l'acide nitrique faible, M. Rouget vit sous le microscope la matière crayeuse se dissoudre et immédiatement apparaître d'innombrables cristaux de fermes variées, mais appartenant toutes aux formes cristallines attribuées à l'acide urique.

Cette première expérience démontra que le dépôt était constitué par l'acide urique uni à une base, la soude peut-être. L'acide acétique ou nitrique, en s'emparant de la base, avait déterminé la cristallisation de l'acide urique mis en liberté.

En examinant à de forts grossissements la matière tophacée contenue dans la cavité articulaire, et en seumettant de très légers fragments de cette matière à l'action de l'acide acétique, M. Rouget a cru remarquer que l'urate alcalin était contenu à l'intérieur des cellules analegues à celles qui revêtent l'intérieur de la synoviale. Ainsi ce sel serait contenu, sous forme de dépôts granuleux, à l'intérienr des cellules épithéliales de la synoviale. Ce qui le prouve, ajoute M. Rouget, c'est que, dans un cas, je pus voir très nettement, dans un groupe de quatre ou cinq squammes, traitées par l'acide acétique, les granules intérieures disparaître, les parois cellulaires elles-mêmes se dissoudre, et en même temps, dans le même point, se former et s'accroître, à mesure que les cellu-

les disparaissaient, un groupe de cristaux d'acide urique.

D'ailleurs, ce dépôt minéral à l'intérieur de cellules n'est pas sans exemple, tant s'en faut, dans les êtres organisés. Chez les végétaux, on sait que les cristaux qui constituent les saphides se développent à l'intérieur de cellules, et l'ossification des cartilages du fœtus a lieu en grande partie par le dépôt de phosphate terreux à l'intérieur des cellules du cartilage.

Cette observation me paraît éclairer le mode de formation des topbus. Ces tophus ne sont, en réalité, qu'une altération de la sécrétion de la synoviale. Les cellules de l'épithélium pavimenteux s'imprègnent d'un dépôt d'urate alcalin; elles se détachent, tombent dans l'intérieur de la cavité articulaire, et au lieu de se dissoudre, d'être résorbées comme cela a lieu dans l'état normal, elles s'agglomèrent, forment des amas qui se condensent de plus en plus par la résorption des parties liquides et organiques, et constituent les concrétions tophacées.

Lorsqu'on est à même comme je l'ai été d'examiner ces dépôts tophacés pour ainsi dire à l'état naissant, on y rencontre les cellules épitbéliales libres, isolées et conservant encore leur forme caractéristique; mais plus tard ces cellules s'entassent, se confondent, se soudent en quelque sorte pour constituer les concrétions tophacées, dans lesquelles on ne distingue plus autre chose que le dépôt terreux.

Lenwenboeck est d'ailleurs, que je sacbe, le seul micrographe qui ait examiné la constitution intime de ces concrétions topbacées. Dans la figure qu'il en a donnée, on retrouve les fines aiguilles cristallines et les granules innombrables dont j'ai parlé, et de plus on y voit quelques plaques obscures, irrégulières, qui pourraient bien être des cellules épithéliales. Il a obtenu aussi à l'aide de la chaleur des cristaux d'acide urique, dont l'acide acétique détermine si promptement la formation. (*Comptes-rendus de la Société de Biologie.*)

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi en médecine de l'antimoine diaphorétique.

M. le docteur Lucien Papillaud termine par les conclusions suivantes un mémoire sur l'emploi de l'antimoine diaphorétique dans diverses maladies :

1° L'antimoine diaphorétique n'est pas une substance inerte, puisqu'il produit quelquefois les effets dits primitifs propres aux antimoniaux ;

2° Il paraît doué, de même que le tartre stibié et les oxysulfures, bien qu'à un moindre degré, d'une action occulte sur les pblegmasies de l'appareil respiratoire;

3° De toutes ces pblegmasies, la bronchite est celle à laquelle son action thérapeutique s'adapte le mieux, et la forme aiguë est la condition la plus favorable pour son succès;

4° Il peut être employé avec avantage dans la pneumonie quand les autres antimoniaux plus actifs cessent d'être tolérés. Son indication paraît devoir être plus rare dans la pleurésie;

5° Contre les affections qui s'éloignent du type inflammatoire, soit par leur nature, soit par leur chronicité, l'efficacité de l'antimoine diaphorétique décroît ou cesse.

Granules d'arsenic; par M. Guillarmaud, pharmacien à Lyon.

Pour rendre plus difficiles de déplorables méprises, M. Guillarmaud propose d'administrer l'arsenic et d'autres médicaments dangereux sous forme de granules ainsi préparés : On fait avec de la poudre à granuler et de l'eau contenant de la gomme (1/20e de la poudre) une pâte qui doit être homogène, mais peu maniable. On étend cette pâte sur un tamis à froment en peau, c'est-à-dire percé de trous. On obtient ainsi des granules proportionnés aux trous. On les fait sécher dans une étuve, on en sépare ceux qui sont manqués, et l'on recouvre à la manière des dragées ceux qui sont réussis.

On peut combiner la préparation de manière à ce que chaque granule renferme unc quantité déterminée d'arsenic. De cette façon on est parfaitement sûr de la dose qu'on ordonne, et l'on n'a pas à craindre que le malade en prenne plus qu'il ne convient.

Sur le traitement de la teigne; par M. Van-Eeden.

Suivant ce médecin, les indications, dans le traitement de la teigne, se réduisent:

1° A l'arracbement de cheveux et de leurs bulbes; 2° à obtenir la cicatrisation des petites plaies qui en résultent; 3° à favoriser la régénération de cheveux sains; 4° à détruire par des moyens internes appropriés les cacbexies qui pourraient exister, telles que la scrofule ou autres; et enfin 5° à prescrire une diététique convenable.

On satisfait à la première indication en couvrant la partie affectée de la tête avec des emplâtres comme suit :

Résine blanche. . . . . 2 onces.
Vinaigre de vin. . . . . . . 1 livre.
Antimoine cru (sulfure d'antim.) . 2 onces.
Farine de seigle ou d'amidon. . . 1 once un gros.

On fait fondre, au moyen de la chaleur, la résine et l'antimoine avec le vinaigre, dans un vase de terre; d'autre part, on broie la farine de seigle ou l'amidon avec une petite quantité d'eau de pluie, et on la mêle ensuite peu à peu au vinaigre bouillant; puis on laisse le mélange sur le feu en l'agitant sans cesse jusqu'à ce qu'il ait acquis la consistance d'une bouillie épaisse. Si l'on trouve que la préparation est trop ou trop peu épaisse, on pourra ajouter du vinaigre ou de la farine, selon le cas. Cela fait, on coupe les cheveux le plus près possible de la peau, on met une couche de trois à quatre lignes d'épaisseur de la masse emplastique sur de la forte toile ou du coton, qu'on coupe en morceaux triangulaires qu'on applique immédiatement sur les endroits affectés, en y exerçant une certaine pression pour les faire tenir le plus fortement possible. Le jour suivant, alors que l'adhérence est intime et forte, on soulève, au moyen d'une spatule, les angles des emplâtres et on les arrache le plus rapidement possible, ce qui entraîne l'enlèvement des cheveux; après quoi, on lotionne les endroits dénudés avec une lessive de savon vert. Ces opérations doivent être répétées autant de fois qu'il sera nécessaire pour arracber tous les cheveux malades.

On remplit la seconde indication, celle de favoriser la cicatrisation des petites plaies produites par l'arrachement de l'emplâtre emplastique, par l'emploi de la pommade suivante :

Feuilles de rue fraîches. . . . . 1 once.
Vinaigre de vin. } de chaqne. . . 2 onces.
Alcool. . . . . }

Filtrez après trois jours de macération, et ajoutez 3 onces de beurre frais non salé.

La tête sera enduite, matin et soir, avec cette pommade, en ayant soin de la laver à cbaque fois au préalable avec une solution de savon blanc dans de l'eau aiguisée d'eau-de-vie.

La troisième indication, celle de favoriser la croissance des cbeveux, sera remplie en lotionnant souvent la tête avec une décoction de racine de bardane, la pommade de Dupuytren, etc.

On détruira les cacbexies, ce qui constitue la quatrième indication, en administrant le calomel avec le soufre doré d'antimoine, la résine de gaïac, l'étbiops minéral, l'antimoine, la salsepareille, la rbubarbe avec la magnésie, l'iode, etc., selon les circonstances.

Enfin, on satisfait à la cinquième indication en prescrivant l'usage répété des bains, des soins de propreté, l'inspiration d'un air pur, les exercices gymnastiques, l'eau froide pour boisson, un régime analeptique non irritant et des vêtements appropriés. (*Ann. de la Soc. d'Emul. de la Flandre occid.*)

Formules pour l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine, par le docteur Smith.

Infusion de roses composée. . . . 225 grammes.
Sulfate de magnésie. . . . . . . 250 —
Manne. . . . . 16 —
Huile essentielle de térébenthine rectifiée. 6 —

Ajoutez, suivant les cas :

Teinture de digitale. . . . . . . 6 —

Dans l'bématémèse, l'entérorhagie, l'hémoptysie. Deux cuillerées à bouche de cette mixture toutes les quatre heures.

Autre.

Huile essentielle de térébenthine. . . . 6 grammes.
Poudre adragante composée. . . . . 8 —
Extrait de ciguë. . . . . 60 centigram.
Teinture de digitale. . . . . . . 4 grammes.
Mixture camphrée. . . . . . . 250 —

Dans l'bémorrbagie gastro-intestinale. Deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Autre.

Sulfate de magnésie. . . . . . . 30 grammes.
Huile essentielle de térébenthine. . . 40 —
Poudre d'*uva ursi*. . . . . . . 4 —
Mixture de camphre. . . . . . . 250 —

Dans l'hématurie principalement. Deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Autre.

Poudre d'*uva ursi*. . . . . . . 30 grammes.
Essence de menthe poivrée. . . . . 2 gouttes.
Huile essentielle de térébentbine. . . . 8 grammes.
Poudre adragante composée. . . . . 4 grammes.
Eau. . . . . 250 —

Dans l'bématurie principalement. Deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures.

Autre.

Huile essentielle de térébenthine. . . . 4 grammes.
Teinture de muriate de fer. . . . . . 10 gouttes.

dans un peu d'eau. — Réitérer l'administration du médicament toutes les deux beures, mais à dose moitié moindre, dans l'épistaxis atonique. (*Rev. Méd. chir.*)

CORRESPONDANCE.

Cancer du vagin.

Paris, 19 novembre 1850.

Monsieur le Rédacteur,

L'article du 19 novembre 1850 de la *Gazette des Hôpitaux* sur le traitement chirurgical du cancer du vagin me rappelle un procédé opératoire que j'ai exécuté en 1844 cbez une malade atteinte de cette affection, et qui se trouve décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* de la même année.

Si vous pensez qu'il puisse y avoir quelque intérêt pour vos lecteurs à rapprocher ce fait de celui que vient de faire connaître mon bonorable collègue M. Nélaton, voici un extrait que je rendrai aussi court que possible, de l'observation déjà publiée dans le numéro du 25 joiltet 1844.

It s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, entrée à l'hôpital Necker, le 17 juin 1844, pour une tumeur siégeant à la partie postérieure du vagin et accompagnée d'bémorrhagies abondantes.

Les limites de la tumeur ayant été hien précisées à la partie supérieure au moyen des deux doigts indicateurs iotroduits l'un dans le rectum, l'autre dans le vagin, il fut constaté quc la paroi vaginale, à sa contiguïté avec l'utérus, était saine; ce que l'on reconnaissait par le contact mutuel des deux doigts à travers l'cpaisseur de la partie la plus profonde du cul-de-sac vaginal. Ce dernier point était d'une grande importance, pnisqu'il s'agissait de savoir si l'on serait exposé à ouvrir le péritoine en poursuivant la partie la plus profonde de la tumeur.

Voici quel fut le procédé d'ablation :

Sur les côtés de la tumeur, dans les tissus sains, et à deux hauteurs différentes de chaque côté, furent placées des ligatures doubles. Le but de ces ligatures était le suivant : On voulait, dans le cas d'une hémorrbagie grave, former de chaque côté, en unissant l'un des chefs d'une ligature supérieure avec le chef d'une ligature inférieure, une anse susceptible de constituer un anneau complet, de manière à comprendre dans cet anneau une certaine étendue de la paroi du vagin dans le sens vertical, afin de comprimer les vaisseaux.

D'autre part, en unissant dans le sens transversal les cbefs de deux ligatures correspondant à la même hauteur, on comptait former des anses médianes pouvant amener au contact les lèvres de la perte de substance faite aux parois du vagin.

Trois érignes à long manche et à deux crochets chacune, étant implantées daos la tumeur, on s'aida de l'introduction du doigt daos le rectnm pour faire basculer celle-ci de manière à rendre accessible aux instruments son point le plus élevé. Une fois la dissection terminée à la partie supérieure, on s'occupa de l'isolement des parties latérales, d'abord à gauche, puis à droite, en ayant soin de porter alternativement la tumeur dans le sens opposé à celui où se faisait l'incision.

Lorsque, par la dissection de son sommet et de ses parties latérales, la tumeur fut devenue susceptible d'être complétement renversée, on acbeva la séparation vers la partie inféricure dn vagin, en divisant exactement dans les parties saines. Cette opération fut suivie d'un résultat beureux.

Tel est, monsieur le Rédacteur, le procédé que nous soumettons à votre appréciation, à celle de vos lecteurs et de notre bonorable collègue M. Nélaton, qui pourra peut-être en tirer quelque parti pour te travail intéressant dont il a publié une première partie dans votre journal.

Agréez, etc.

E. Chassaignac,
chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Je soussigné, ancien capitaine, cbevalier de la Légion-d'Honneur, demeurant à Montmartre, cbaussée de Clignancourt, 53, atteint depuis 25 ans d'une goutte qui ne me laissait pour ainsi dire pas de repos, et pour laquelle j'ai usé de de tous les remèdes imaginables, certifie que, d'après les conseils de mon médecin, j'ai fait usage du sirop anti-goutteux de Garigue (1). Ce sirop m'a procuré, chaque fois que j'en ai pris, un soulagement presque instantané.

Manceaux.

Montmartre, 30 octobre 1850.

(1) Dépôt général chez M. Roques, pharmacien, rue St-Antoine, 166; cbez M. Jutier, place de la Croix-Ronge, 36, et dans toutes les bonnes pbarmacies. Prix : 15 fr. — M. Roques enverra gratnitement un flacon de ce sirop à tout médecin qui voudra l'expérimenter sur ses malades et qui lui en fera la demande par écrit.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — Nº 140. (23e ANNEE.) JEUDI 28 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38,
EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris
AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38,
HORS DE PARIS
dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries
et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement
POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c.
Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 27 NOVEMBRE 1850.

Séances des Académies.

Pendant une vingtaine de minutes, l'Académie est tombée hier dans des questions de règlement, grâce au système qui paraît bien arrêté par quelques-uns, et qui consiste à repousser ou du moins à ajourner indéfiniment la solution rationnelle des plus simples difficultés.

Combien de fois n'avons-nous pas fait entendre aux oreilles de l'Académie cette vérité simple comme un axiome, que toutes les fois qu'il y avait une nomination à faire, l'esprit du règlement, si ce n'est même sa lettre, voulait qu'on fît cette nomination dans la section qui se trouve incomplète, afin de ne pas arriver, par une absurde interprétation d'un article accessoire, à déconstituer l'Académie. Ce qui n'a pas empêché depuis dix-huit mois de faire *trois* nominations dans la section de pathologie chirurgicale, où il y a un excédant de *sept* membres, tandis qu'on n'en a fait qu'une depuis cinq ans dans la section d'accouchements, où il manque *trois* membres sur *sept !*...

Un instant cependant on avait pu espérer que l'Académie avait compris la nécessité de renoncer au système qu'elle suivait depuis trop longtemps. L'année dernière, à la suite d'une proposition de M. Cornac, elle sembla adopter en principe qu'elle compléterait avant tout les sections incomplètes. Mais, depuis lors, nous avons eu l'occasion de constater qu'il en était tout autrement, et nous avons pu voir le char académique retomber dans l'ancienne ornière. MM. Cornac, Bégin et H. Gaultier de Claubry ont aujourd'hui tenté de l'en faire sortir. Nous souhaitons le plus grand succès aux efforts de ces trois honorables; mais nous l'espérons d'autant moins, que la parole leur a été coupée sans que nous ayons pu savoir au juste ce qu'était devenue la proposition qu'ils ont faite. Passons donc à un autre sujet.

Il paraît que les mauvais exemples ne sont pas seuls contagieux; les bons peuvent aussi porter leurs fruits. Après le grand travail de M. Ferrus, nous avons eu un mémoire très intéressant de M. Roux sur l'anévrisme artérioso-veineux. Dans ce mémoire, qui a pour base cinq faits particuliers d'un grand intérêt, M. Roux a soulevé plusieurs questions importantes au point de vue de la théorie, et surtout de la pratique. Ces questions demandant à être mûrement examinées, nous attendrons, pour en faire l'appréciation définitive, que le travail du savant professeur soit livré à l'impression.

L'Académie n'attendait que la fin de la lecture de M. Roux pour se former en comité secret, et discuter le rapport sur les prix.

Pourquoi un comité secret?

Voilà encore une question que nous avons bien des fois adressée à l'Académie, et à laquelle nous n'avons pas encore trouvé une réponse très avouable. Tous les jours nous voyons des confrères honorables envoyer à l'Académie des mémoires qui sont discutés (quand ils le sont) en plein jour, dont les doctrines sont quelquefois condamnées, comme cela a eu lieu récemment encore pour le travail de notre très honorable confrère M. Goin. Pourquoi donc ne discuterait-on pas de même les mémoires envoyés au concours? Nous avons beau chercher, nous n'en voyons pas le motif....., à moins pourtant que ce ne soit parce qu'on ne connaît pas ou qu'on est censé ne pas connaître les noms des concurrents, et qu'ainsi la discussion doit être parfaite-impartiale. Ou bien encore serait-ce parce que, si la discussion était publique, il deviendrait peut-être nécessaire que tous les juges eussent lu les mémoires; ce qui, dit-on, n'est pas dans les habitudes reçues.

Nous ne pouvons pas paraître suspect à l'endroit du mode de distribution des prix, puisque le jury de 1844 a bien voulu placer au premier rang le mémoire que nous lui avons alors présenté. Mais voici un fait que l'équité seule nous engage à divulguer. Un académicien, et des plus honorables, qui faisait partie du jury pour cette même année 1844, parlait un jour phlébite et abcès multiples devant un candidat couronné par ce même académicien. Il manque, disait celui-ci, pour résoudre définitivement la question de l'infection purulente, des expériences....., etc. — Mais ces expériences, répondit le candidat, ont, je crois, été faites. — Par qui donc? reprit le savant académicien. — Mais d'abord par l'auteur d'un mémoire que v....., que l'Académie du moins a couronné en 1844, et ensuite par M. Sédillot, qui a répété et confirmé ces mêmes expériences. — Ah! ces expériences doivent être bien curieuses, et je serais enchanté d'en lire le compte-rendu. — Il se trouve dans les *Mémoires de l'Académie*, mais j'aurai l'honneur de vous en offrir un exemplaire tiré à part.

Comme on le voit, cet académicien, très honorable, très scrupuleux, je me plais à le répéter, n'avait pas l'air de se douter qu'il eût jamais fait partie d'une commission des prix, et n'avait certainement jamais non-seulement lu, mais même vu les mémoires qu'il était censé avoir jugés.

Que peut-on conclure de ce fait? Beaucoup de choses, peut-être, et entre autres, qu'il y aurait un grand avantage à ce que le mérite des mémoires présentés au concours fût discuté en public.

N'oublions pas de dire que l'Académie a reçu deux réclamations pour des rapports arriérés. Si elle recevait toutes celles qu'elle mérite, ce serait bien autre chose. Il faudrait cependant que l'Académie s'expliquât une bonne fois sur cette haute inconvenance de la part des rapporteurs à faire attendre ainsi pendant SEIZE ANS, comme le font certains d'entre eux, les rapports qui leur sont confiés. Il nous semble que M. le secrétaire perpétuel avait formé, à cet égard, un projet rigoureux et juste. Ce projet a-t-il descendu la rue des Saints-Pères jusqu'à la Seine? S'il en est ainsi, nous sommes très disposé à le reprendre. A partir du 1er janvier prochain, nous aurons soin de signaler chaque mois les noms des heureux béats qui laissent ainsi leurs confrères se morfondre dans l'attente d'un rapport dont la rédaction demande quelquefois trois ou quatre heures de travail. Pour aujourd'hui, nous nous bornons à consigner la lettre fort convenable de M. Robert-Latour, qui, outre une réclamation fondée, contient quelques faits pratiques intéressants.

A Monsieur le président de l'Académie nationale de Médecine.

Monsieur le président,

Lorsque, au mois de mars dernier, je fis part à l'Académie des résultats remarquables que j'avais obtenus de l'emploi des enduits imperméables contre les inflammations de la surface du corps, j'espérais que, déduite de notions physiologiques et appuyée de faits accomplis dans un grand service d'hôpital, sous le contrôle public, cette médication fixerait l'attention des membres de la commission à qui vous en remettiez l'examen. Le silence gardé jusqu'à ce jour sur ma communication serait-il une condamnation? J'hésite, je l'avoue, à y attacher un tel sens quand je vois la méthode thérapeutique dont j'ai signalé à l'Académie les précieux avantages se développer, s'étendre et partant tenir ce qu'elle a promis. Je ne citerai pas ici d'observations particulières : les succès aujourd'hui se comptent par centaines, et, pour n'énoncer qu'un fait général, mais significatif, je dirai qu'à l'hôpital Saint-Louis, dans le

---

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9, 16 et 20 novembre.)

SECTION IV. — *Période romaine.*

Pline nous assure que pendant cinq cents ans les Romains surent se passer de médecine et de médecins. A coup sûr la chose est fort belle, et nous n'aurions que des éloges à donner aux vainqueurs du du monde, s'ils n'avaient pas échangé leur ignorance contre les superstitions les plus ridicules et les pratiques du dieu d'Epidaure. Ce fut en effet en l'an de Rome 460 que s'éleva dans l'île du Tibre le temple d'Esculape, dont nous avons précédemment parlé. Dès ce moment, et jusqu'à la chute complète du paganisme, nous voyons les divinités médicales jouir d'une très grande faveur à Rome, où les empereurs eux-mêmes donnèrent l'exemple de la plus absurde superstition. Sous ce rapport les Romains surpassèrent de beaucoup leurs devanciers, et, non contents d'avoir adopté l'Esculape des Grecs et le Sérapis des Egyptiens, ils se firent des divinités médicales à eux et bâtirent des temples à la déesse Fébris, à la déesse Méphitis, à Cloacina, à Ossipaga, à Carna, et à une foule d'autres dont nous abandonnons l'énumération à saint Augustin (*De Civitate Dei*, lib. IV, c. 21), et la critique à Cicéron lui-même (*De Naturâ Deorum*, lib. III, c. 25).

Bien plus, la superstition des Romains étant insatiable, des charlatans civils se mirent à faire concurrence aux charlatans religieux. Lucien nous a conservé l'histoire incroyable d'un de ces fourbes adroits, rival des prêtres d'Esculape; il se nommait Alexandre, et prétendait posséder Esculape lui-même sous la forme d'un serpent. L'importance qu'acquit ce jongleur est incroyable; il avait ses entrées à la cour impériale; on frappait des médailles en son honneur, et Marc-Aurèle lui accorda la permission de changer le nom de la ville d'Abonoteichos, qu'il habitait, en celui d'Ionopolis.

Heureusement pour l'humanité et pour la science, les Romains avaient tout pris à la Grèce, et dans le bagage du vainqueur se trouva la médecine hippocratique. Le Grec Archagatus, au dire de Cassius Hemina, fut le premier à exercer à Rome la médecine humaine; il en fut récompensé par le don que lui fit le peuple d'un vaste emplacement dans le carrefour d'Acilius, où les pauvres venaient se faire panser, opérer et recevoir les conseils du praticien. Cet établissement, que l'on a voulu comparer à nos hôpitaux, en diffère essentiellement, en ce qu'il n'était point un asile pour les malades, mais seulement un point de réunion pour les consultants.

A partir de cette époque la médecine romaine, sans jamais être en très grand honneur, se fait une place dans la société, et l'histoire nous a conservé les noms de Galien, de Stratonicus, de Carpunius, de Voscennius, médecins les plus recommandés de ces temps. Chacun d'eux était attaché à un gymnase ou à un cirque pour saigner les athlètes ou les gladiateurs blessés, et l'espèce d'officine qu'ils desservaient ne peut être raisonnablement rapprochée de nos hôpitaux, puisque leur destination était toute spéciale, et que les acteurs seuls des jeux publics y étaient admis.

Ces sortes d'infirmeries, établies par la nécessité dans les gymnases et les cirques, s'étendit bientôt jusque dans les maisons particulières, et Columelle donne le conseil suivant dans le livre II, ch. 1, relatif au matayer : « Il pansera ceux qui se seront blessés pendant » le travail, ce qui arrive souvent; il conduira sans retard à l'infir» merie (*valetudinarium*) ceux qui seront souffrants, et prescrira » de leur appliquer le traitement convenable. » Ces *valetudinarium* dont parle Columelle étaient destinés aux esclaves quelquefois réunis en fort grand nombre chez le même maître, puisque les travaux des champs et ceux de l'industrie leur étaient exclusivement dévolus (1). Ces infirmeries, exclusivement ouvertes aux esclaves du maître, sont un progrès immense, nous le comprenons, mais ne sont point encore le principe et la réalisation de nos hôpitaux.

Cependant les gens riches ne possédaient pas tous un *valetudinarium* dans leur palais; quelques-uns avaient l'inhumanité d'envoyer leurs esclaves malades dans l'île du Tibre, où se trouvait un temple d'Esculape, et de les y abandonner sans secours ni ressources. Cette coutume barbare inspira à l'empereur Claude une loi qui affranchissait l'esclave ainsi abandonné : *Cum quidam ægra et affecta mancipia in insulam Æsculapii, tædio medendi exponerent, omnes qui exponerentur Claudius liberos esse sanxit, nec redire in ditionem domini, si convaluissent. Quod si quis necare quem mallet quam exponere, cædis crimine teneri.* (Suét., *In Claud.*, nº 25; et Dion. Cass., *In Æod.*, lib. VI, c. 29.) Il est probable que si les Romains avaient eu des établissements publics destinés à recevoir les malades pauvres, les malheureux esclaves abandonnés dans l'île du Tibre y auraient cherché un refuge contre leur misère et leurs douleurs.

Néanmoins on pourrait objecter que l'esclave, considéré comme d'une nature inférieure à celle des autres hommes, ou tout au moins comme indigne de toute sollicitude publique, ne pouvait avoir une place marquée à côté de l'homme libre, et que l'exposition de l'esclave dans l'île du Tibre ne devait rien préjuger sur les établissements destinés au peuple. Cela pourrait être, en effet, si tous les doutes n'étaient pas levés par un écrivain du temps, par Tacite. Dans le livre IV, ch. 62-63 de ses Annales, l'historien romain raconte que, sous le consulat de M. Licinius et de L. Calpurnius, l'amphithéâtre de Fidènes s'écroula pendant les jeux, et que plus de 50,000 personnes périrent dans cette catastrophe. Tacite termine ainsi son récit : « Durant les premiers jours qui suivirent, les mai» sons des grands furent ouvertes; on envoyait de tous côtés des mé» cins et des secours; et Rome alors, malgré tout ce triste appareil, » rappela cette Rome antique qui, après de grandes batailles, pro» diguait les soins et les largesses aux blessés. » (Trad. Panck.) D'après le nombre de personnes qui périrent dans cet événement, au dire de Tacite, la ville de Fidènes ne devait pas être sans importance; et si des hôpitaux avaient existé à cette époque, l'historien qui décrit longuement cette catastrophe n'eût pas manqué d'en faire mention, ainsi que cela lui arrive pour les maisons des grands.

D'après ce que nous connaissons des fonctions des décurions municipaux, des médecins étaient payés pour soigner à domicile les indigents, auxquels des secours en argent et en nature étaient journellement distribués. C'était à ces visites que les médecins se faisaient suivre de cette foule de disciples qui inspira Martial à dire :

Languebam; sed tu comitatus protinus ad me
Venisti centum, Symmache, discipulis.
Centum me tetigere unum malus aquilone gelatæ;
Non habui febrem, Symmache; nunc habeo.

D'ailleurs tout était disposé à Rome pour prévenir les maladies et la misère. « ..... L'attention qu'il (le gouvernement) donnait aux grands objets de salubrité publique, disent Percy et Willaume, les soins et les dépenses des œdiles; l'établissement de magnifiques égouts entretenant la propreté dans les villes, d'aqueducs y portant

(1) Voir l'*Histoire de la civilisation*, par M. Guizot (cours de 1828-1829 2e leçon), pour tout ce qui regarde la société civile durant l'empire romain.

service du docteur Nélaton, depuis six mois que l'érysipèle de cause traumatique ou autre est attaqué par l'enduit de collodium, pas un melade n'a succombé à cette affectiou, bien qu'elle sc soit présentée fréquemment et sous les formes les plus variées et les plus graves.

J'ajoute que cette médication par laquelle je n'avais d'ahord comhattu que les inflammations extérieures, telles que l'érysipèle, le zona, le furoncle, le phlegmon sous-cutané, j'en ai depuis étendu l'application à plusieurs autres maladies inflammatoires, parmi lesquelles je me horne aujourd'hui à signaler le rhumatisme articulaire aigu et la goutte. Trois fois j'en ai fait usage contre cette dernière affectiou et trois fois le succès le plus frappant s'est opéré sous mes yeux. L'électricité n'est pas plus prompte à transmettre la pensée que ne l'a été ici l'enduit imperméable à dompter la douleur, et la résolution de l'engorgement inflammatoire commençant immédiatement était complète vingt-quatre heures après. Quant an rhumatisme articulaire aigu, de tous les traitements dont il a été l'objet il n'en est aucun dont les résultats soient comparables à ceux qu'on obtient par la suppression de l'action calorisatrice de l'air sur les parties affectées, et c'est chose merveilleuse de voir le malade sous l'empire de cette médication immédiatement soulagé passer de l'anxiété au calme, de l'insomnie au sommeil, et la fièvre s'éteindre en un laps de temps dont on est loin de soupçonner la hrièveté. Trente-six heures m'ont suffi récemment pour remporter un tel avantage dans un rhumatisme des plus aigus, alors que depuis trois jours déjà les pieds, envahis dans toutes leurs articulations, étaient fort tuméfiés, ainsi que les genoux, qui, tous deux, accusaient la présence d'un épanchement considérable. Symptômes généraux et phénomènes locaux, tout fut dissipé à la fois, et le malade, entrant en convalescence, faisait usage de ses membres lc quatrième jour du traitement.

Je regretterais que l'Académie ne vît dans cette médication qu'un heureux essai d'un vulgaire empirisme : c'est dans la physiologie que s'en trouvent les éléments, et je donnerai une idée des recherches et des travaux dont elle est le fruit en résumant dans les propositions suivantes la filiation des faits auxquels elle se rattache :

1° La chaleur animale est la force dynamique de la circulation capillaire, c'est-à-dire que cette circulation est le but physiologique de la fonction calorisatrice, comme je l'ai démontré dans un travail publié dans la *Revue médicale*, cahier d'août 1846.

2° L'inflammation est un fait d'hydraulique animale suhordonné à l'intensité de l'actlon calorisatrice. En d'autres termes, l'exagération locale de la chaleur organique est le principe de l'affection, et tous les caractères matériels ne sont que des effets physiquement enchaînés à ce phénomène primordial. Cette proposition, je l'ai amplement développée dans un ouvrage publié en 1838 sous le titre : *Qu'est-ce que l'inflammation? Qu'est-ce que la fièvre?* et peu après dans un autre travail où je démontrai par des expériences directes l'inaptitude des animaux sans chaleur à contracter l'inflammation.

3° Pour comhattre avec succès l'inflammation, il faut donc attaquer la chaleur animale dans ses élémenls essentiels.

4° Les expériences du docteur Fourcault ont invinciblement prouvé que l'action immédiate de l'air sur la peau est une condition ahsolue de l'exercice de la calorification.

5° Donc la première indication à remplir contre les affections inflammatoires, c'est d'enchaîner la production de la chaleur animale par la suppression du contact de l'air sur le point de la peau correspondant à la maladie.

Ces dogmes de philosophie médicale, les résultats cliniques les justifient chaque jour, et je ne crains pas de me commettre, en leur marquant pour l'avenir une place élevée dans la science, comme prix de l'éclat et de la certitude dont la pratique médicale lui sera redevable. Les faits qui, depuis huit années, se sont accomplis sous nos yeux, autorisent une telle prétention. Agréez, etc.

ROBERT-LATOUR.

— A l'Académie des Sciences, la veine médico-chirurgicale s'est un peu épuisée. Nous avons eu cependant deux communications intéressantes, l'une de M. Lassaigne sur quelques nouvelles propriétés chimiques découvertes dans le suc pancréatique, l'autre, de M. Robin, sur les propriétés conservatrices de plusieurs substauces, et en particulier de l'huile de houille. Si les observations faites par M. Robin se confirment, et l'habitude bien connue de ce jeune observateur ne permet güère d'en douter, les sciences anatomiques auront acquis un procédé précieux de plus. Nous ne parlons pas de l'art des embaumements, beaucoup moins important, qui reste trop exclusivement encore du domaine des charlatans.

H. de Castelnau.

HOPITAL BEAUJON. — M. ROBERT.

Luxation dorsale du pouce. Réduction à l'aide de la pince à extension de M. Charrière.

Un commissionnaire, âgé de cinquante-six ans et d'une forte stature, portait sur le dos une hotte pesante. Il tomha en avant; la main droite et les doigts, soudainement et instinctivement portés sur le sol, soutinrent le poids du corps. Dans cette chute en avant, le pouce se trouva suhitement porté dans une violente extension; mais il n'y eut qu'une douleur modérée. Au moment de l'accident, et lorsque cet homme se releva, il s'aperçut qu'il ne pouvait remuer son pouce que très difficilement, qu'il y avait un peu de douleur, mais surtout une déformation très évidente.

Il fut alors conduit à l'hôpital le 21 octobre.

Le pouce droit est raccourci, renversé en arrière dans une extension forcée de manière à feire avec la face dorsale du rcvers métacarpien un angle ohtus; la peau, relâchée dans ce sens, forme des plis dans le sommet de l'angle.

En avant existe une saillie arrondie au niveeu de l'angle rentrant postérieur. Au toucher, on constate que cette saillie est due à la tête du revers métacarpien placé presque immédiatement sous la peau qu'elle distend; il existe entre ces deux os un chevauchement de près d'un centimètre.

Le diegnostic de cette lésion est évident :

C'est une luxation en arrière du pouce sur le premier os du métacarpe.

La luxation est complète.

Mais, afin de bien distinguer ces cas de ceux dans lesquels la luxation n'est qu'iucomplète, o'est-à-dire de ceux dans lesquels la hase de la phalange a conservé quelques rapports avec la tête de l'os du métacarpe, M. Robert a fait reproduire la luxation sur le cadavre, et alors les caractères anatomiques en ont pu être facilement reproduits et étudiés.

Il a rapproché ces caractères, et a démontré qu'ils étaient en tout semhlebles à ceux qui existaient sur le malade. Ainsi, on a vu sur cette préparation :

1° Que la première phalange du pouce, portée en arrière et en haut, repose par son hord externe sur la face postérieure du premier os du métacarpe, et chevauche cet os de près d'un centimètre;

2° Que la tête du revers du mélacarpe a déchiré le ligament antérieur de l'articulation et passé entre le court ahducteur et le faisceau externe du court fléchisseur du pouce, dont quelques fihres sont déchirées, ce qui produit une saillie très prononcée sous la peau;

3° Enfin, que le ligament latéral externe est rompu, mais que l'interne existe encore.

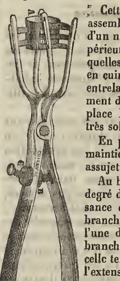
Le pronostlc de cette affection n'a pas de gravité. En effet, considérée en elle-même, la luxation qui est récente, si elle n'est suivie d'aucuns accidents généraux, est une maladie très simple; elle ne se complique pas d'inflammation, à moins qu'il n'y ait une forte contusion. Mais, il faut bien l'avouer, il y a souvent incertitude sur la possibilité de la réduction. Dans certains cas la luxation se réduit avec facilité, et, dans d'autres cas, il y a des difficultés très sérieuses; enfin, il y a aussi des ces où l'on rencontre des difficultés insurmontahles à la réduction.

Il importe de rechercher avec soin les causes de ces difficultés, car on y trouve des indlcations curatives.

Une de ces difficultés tient certainement à la hrièveté, à l'exiguïté du pouce, à sa forme cylindrique, à l'ahsence de saillies sur lesquelles on puisse solidement appliquer les forces extensives. Il en résulte que l'extension, du moins d'après les procédés ordinaires, ne peut être pratiquée avec toute l'énergie nécessaire pour vaincre les obstacles à la réduction. M. Rohert fait remarquer à ce sujet l'inconvénient des lacs, moyen d'extension proposé par Astley Cooper et Jarvis, lequel consiste à appliquer un nœud coulant sur une lenière en cuir moulllée et passée autour du pouce. Il a pu permettre, il est vrai, d'exercer des tractions énergiques, et même d'employer la moufle; mais il est difficile, alors, de varier la direction de la puissance extensive suivant les besoins de la réduction.

Il y a quelques années, M. Charrière a imaginé de fortes pinces à branches pour opérer l'extension dans la réduction des luxations de ce genre.

Voici la description exacte de cet instrument tel qu'il est ici représenté.



Cette pince est composée de deux branches assemblées par une articulation comme celle d'un nœud de compas, dont l'extrémité supérieure est terminée par quatre tiges, auxquelles sont fixés quatre bouts de lanières en cuir gras (A); elles sont entre-oroisées et entrelacées les unes dans les autres, et forment deux nœuds coulants entre lesquels on place le pouce luxé, que l'on serre et fixe très solidement.

En pressant sur les deux branches, on maintient le degré de pression qui se trouve assujetti en vissant l'écrou (C).

Au hesoin, on pourrait encore limiter ce degré de presslon par l'écrou (B). La puissance du levier que donne la longueur des branches, ainsi que le crochet qui termine l'une d'elles, peuvent servir, l'une de ces branches pour exercer la pression, l'autre, cellc terminée par le crochet, pour exercer l'extension et la traction dans tous les sens.

Il est hien évident que cet instrument embrasse le pouce très solidement, qu'il l'étreint énergiquement, que l'on peut exercer sur lui des tractions dans tous les sens et, conséquemment, donner à l'extension des directions variées et une force énergique suffisante pour vaincre tous les ohstacles qui peuvent s'opposer à la réduction.

M. Rohert pense que cet instrument est d'une grande utilité, et qu'il est de nature à diminuer beaucoup le nombre des cas irréductihles. Cet habile chirurgien l'a employé trois fois avec succès depuis quelques années; il ajoute que, depuis qu'il s'en sert, il n'a pas encore échoué dans ses tentatives de réduction. Est-ce l'effet d'un hasard heureux? ajoute ce chirurglen. C'est possible, mais ce n'est guère prohahle.

Après avoir exposé les difficultés qui tiennent à la brièveté, à l'exiguïté du pouce, M. Rohert retrace celles qui se rattachent à la disposition même dcs parties qui entourent et avoisinent les parties luxées.

Mais sur ce point important, dit M. Robert, les chirurgiens sont bien loin d'être d'accord.

de bonne eau, de portiques multipliés, de bains publics vastes et d'un prix à la portée du peuple, eto.; toute cette prévoyence, tous ces soins, toute cette sollicitude, préveneient les maledies que font naître et fixent souvent, chez les nations modernes, les petites vues, la lésine, les embarras pécuniaires du gouvernement, l'evidité du fisc, etc., etc. »

Des les premiers temps de la république, le sénat, au rapport de Tite-Live, s'occupa à fonder des greniers publics, et le tribun Cassius voulut même donner gratuitement, ou bien à bas prix, au penple, les denrées de première nécessité.

Par la suite, diverses lois sanctionnèrent ces distribntlons; les blés furent donnés en ferine, et on finit même par délivrer, au rapport de Juste-Lipse, le pain tout confectionné. Bientôt on ajouta à ces lergesses du vin, de l'huile, de la chair de porc, et même du gibier, s'il faut en croire Vopiscus. (*In vitâ Probi imperatoris*, p. 376.)

Les empereurs, qui ne faisaient rien à demi, allèrent plus loin, et dressèrent des tables pnbliques, où les indigents seuls s'assirent d'abord, et où vinrent plns tard prendre place des personnes aisées et même des séneteurs.

Les riches et les grands, par esprit d'ostentation ou de courtisenerie, suivirent l'exemple des empereurs, et firent des distributions de vivres sous le nom de *sportula*, espèoe de corbeille servant à contenir des vivres. Ces largesses perticulières furent aussi avidement goûtées que les largesses impériales, et des personnages en plece ne dédaignèrent pas d'y prendre pert. Juvénal n'a pas essez de colère contre de tels abus :

. . . . *Jubet à prœcone vocari*
Ipsas trojugenas, nam vexant limen et ipsi
Nobiscum; da prœtori, da dinde tribuno.

(Juv., sat. I.)

Il est curieux de voir le stratagème dont ces effrontés perasites se servaient pour avoir au butin une double portion. Juvénal démasque le mensonge :

Ostendens vacuam et clausam pro conjuge sellam;
Galla mea est, inquit; citiùs dimitte; moraris?
Profer, Galla, caput; noli vexare, quiescit.

Grâce aux détails de cette prévoyance publique et particulière, les indigents à Rome supportaient facilement l'absence d'hôpitaux; mais, nous le répétons encore, cette prévoyance ne pouveit en aucune façon remplacer les éteblissements hospitaliers; car nous avons de nos jours à Paris, par exemple, une charité privée plus intelligente que la *sportula* et des secours à domicile mieux orgenisés que ceux de Rome, et cependent nos hôpitaux regorgent constamment de melades. C'est qu'il existe dans toutes les sociétés, ainsi que l'expérience l'a prouvé, des misères sans refuge et des souffrances sans consoletion; dens l'entiquité ces misères et oes souffrances étaient privées d'asile et quelquefois même de secours.

Pouvons-nous espérer que les Romains, peuple essentiellement guerrier, auront plus de sollicitude pour leurs soldats malades que pour les malheureux des villes? Sans doute des médecins, et même en assez grand nombre, suivaient les armées. De nombreuses inscriptions retrouvées sur des monuments funéraires ne laissent aucun doute à cet égard. Il nous suffira d'en citer deux, l'une relative au médecin de légion et l'autre au médecin de cohorte :

L. Cali. Arriani medico legionis II. italic. qui vixit ann. XXXXVIII. menses VII Scribonia Faustina conjugi cerissimo.	Ti. Claudius Julianus medicus. clinicus. coh. III pr. fecit. vivos. sibi et Tullie. Epigone. conjugi. libertis. libertabusque. Claudiis. posterisque eorum. H. M. H. N. S.

Les uns et les autres, médecins de légion ou de cohorte, que le célèbre jurisconsulte Modestinus Herennius désigne par l'appellation commune de *militum medici*, jouissaient de certaines immunités : *militum medici, quoniam officium quod gerunt, et publice prodest et fraudem eis adferre non debet, restitutionis auxilium implorare possunt.* (*Digest.*, lib. IV., titre VI, leg. 33.)

Cependant, ces *médecins des soldats* ne peuvent être considérés, du moins jusqu'à Aurélien, comme les chirurgiens militaires d'aujourd'hui, car leurs soins étaient rétribués par les soldats euxmêmes, et Flavius Vopiscus (*in divo Aureliano*) nous apprend que l'empereur dont il était le panégyriste ordonna aux médecins de l'armée de traiter gratuitement les soldats malades ou blessés.

Cette prescription s'accorderait peu avec l'idée d'un hôpital. En effet, Jules César ne fait mention dans ses *Commentaires* ni d'un semblable établissement ni même d'une infirmerie; il ressort plutôt de la lecture attentive de cet ouvrage que les soldats étaient respectivement soignés dans leurs tentes ou confiés dans les villes aux femmes et aux vieillards irréprochables auxquels une rétribution était donnée. Celius Lampidius s'explique clairement sous ce rapport dans la *Vie d'Alexandre Sévère*. Le récit de Tacite, que nous avons rapporté plus haut et relatif à la chute de l'amphithéâtre de Fidènes, confirme pleinement cette manière de voir, que justifie aussi le silence absolu de Polybe.

Il faut arriver eu deuxième siècle de notre ère pour trouver la première mention d'un *valetudinarium* dans les camps. Hygin, surnommé l'Arpenteur, écrivait sous Adrien : *Reliquum autem numerum, sicut retenturam computemus, ut sciamus similiter quot hemistrigiœ nascantur; fit numerus cum pedaturâ valetudinarii, veterinarii et fabricœ quœ, in unum, ad sexcentos homines computantur; octo millia; sumimus dimidiam partem, fiunt quatuor millia.* (*Hygini Gromatici, de Castrametatione*, lib. III, c. II.)

Cependant Lampride, qui vivait un siècle après Hygin, ne fait eucune mention du *valetudinarium* en parlant de la sollicitude d'Alexendre Sévère pour les maledes; ses peroles confirment ce que nous avons dit plus haut : *Ægrotantes et vulneratos ipse visitavit per tentoria, etiam ultimos et carpentis vexit, et omnibus necessariis adjuvit, et si forte graviùs laborassent, per civitates et agros patribusfamilias, hominibus, et sanctioribus matronis, eos distribuebat, impendio reddens quœ fecissent, sive convaluissent, sive periissent.*

Quoi qu'il en soit de leur existence, ces ambulances, exclusivement militaires, ne sont pas plus le résultat d'un sentiment charitable ou d'une pensée scientifique que les infirmeries particulières dont parle Columelle. L'hôpital, institution essentiellement philanthropique, ne pouvait apperaître qu'à la troisième étepe de l'humanité, parce que à cette étape tous les hommes, nivelés devant Dieu, eurent leur place marquée dans le monde social, et qu'une espéce de solidarité, en dehors de la cherité chrétienne, s'établit entre les membres de la nouvelle société, tous égaux devant Dieu, mais tous inégeux sur la terre par les aptitudes, les forces et les facultés. L'égoïsme et la personnalité caractérisent les sociétés antiques; la fraternité et l'assistance mutuelle, au contraire, sont les traits principaux de la société chrétienne. Nous avons vu ce qu'ont produit l'égoïsme et la personnalité du paganisme, nous allons maintenant assister à l'éclosion des conséquences fatales des nouveaux principes prêchés par le christianisme.

Félix ROUBAUD.

Dupuytren attribuait ces difficultés à la résistance des ligaments latéraux qui, devenus perpendiculaires à l'axe des os luxés, tendent à les fixer d'autant plus fortement l'un contre l'autre que les tractions sont plus énergiques.

Mais cette opinion est infirmée par les autopsies cadavériques, lesquelles ont montré qu'en général ces ligaments sont en partie déchirés, et nous avons vu sur la luxation artificielle sur le cadavre que le ligament latéral externe est complétement déchiré.

La seconde difficulté, résultant de la disposition des parties qui entourent et avoisinent les parties luxées, tient à ce que la tête du premier métacarpien, en déchirant le ligament antérieur, s'engage nécessairement soit entre les deux faisceaux du court fléchisseur du pouce, soit entre le faisceau externe du court fléchisseur et le court abducteur. Alors ces deux muscles, refoulés au delà de la tête de cet os, forment autour de son col une espèce de boutonnière contractile qui le serre étroitement et ne se prête plus au passage de la tête. M. Vidal (de Cassis) a beaucoup insisté sur cette difficulté. Mais cette hypothèse paraît peu probable à M. Robert, attendu que les deux tendons, déchirés sur chacun des côtés de la base de la première phalange, se trouvent trop écartés l'un de l'autre pour pouvoir serrer étroitement le col du premier os métacarpien, et que d'ailleurs les faces latérales de la tête de cet os n'offrent pas de saillies capables d'accroître et d'arrêter ces muscles lorsqu'on fait effort pour les dégager.

Mais des difficultés plus sérieuses et plus réelles sont, suivant M. Robert, celles qui tiennent à l'interposition de quelques lambeaux des parties molles, et notamment du ligament antérieur déchiré entre les extrémités articulaires des deux os. Si cette interposition a lieu, elle doit évidemment s'opposer au contact des surfaces articulaires et à la coaptation des os.

Or, la possibilité de cette interposition paraît avoir été démontrée depuis longtemps par M. Pailloux à l'aide d'expériences sur le cadavre; ces expériences sont très faciles à répéter, et M. Robert en a vérifié l'exactitude.

Le ligament antérieur se rompt à son insertion au premier os métacarpien; il est entraîné en arrière avec la phalange du pouce, et quand on veut ramener celui-ci en avant, ce lambeau reste interposé entre la base de la phalange et la face postérieur du premier os métacarpien.

En conséquence, et sans nier complétement l'influence des autres difficultés que nous avons énumérées et examinées plus haut, M. Robert est porté à croire que cette dernière est la plus fréquente et aussi la plus considérable.

Quant au traitement, il consiste dans la réduction de la luxation; or, le procédé que M. Robert croit le meilleur est celui-ci :

1° Le malade est assis.

2° La contre-extension est faite par deux aides : l'un fixe le thorax en croisant ses deux mains sous l'aisselle; l'autre aide tient l'avant-bras.

3° L'extension est appliquée sur le pouce au moyen de la pince de M. Charrière, et confiée à un aide qui embrasse les branches de la pince et en rapproche les extrémités.

4° La coaptation est pratiquée par le chirurgien, qui applique les quatre doigts de chaque main sur la face palmaire de l'os du métacarpe, et presse avec les deux pouces contre la base de l'os luxé.

L'extension, dirigée d'abord dans le sens du déplacement, est exercée avec vigueur; et cette vigueur, dit M. Robert, est indispensable, parce que, d'une part, la portion restée intacte des ligaments, de l'autre les muscles court fléchisseur, court abducteur et adducteur du pouce, dont les fibres sont courtes mais nombreuses, sont de nature à ne céder qu'à des efforts très énergiques.

Après ces premiers mouvements d'extension, et quand on croit avoir assez allongé les ligaments et les muscles, on change la direction de la force extensive en ramenant le pouce en avant dans le sens de la flexion.

Si le déplacement résiste après des tentatives plusieurs fois répétées, on peut craindre qu'il n'y ait interposition du ligament antérieur entre la surface articulaire; c'est alors le cas de modifier l'extension comme M. Pailloux l'a indiqué. On imprime d'abord un mouvement d'extension forcée, en faisant subir en même temps à l'extrémité de la phalange un mouvement de bascule qui porte en bas l'extrémité luxée; puis enfin on ramène le pouce à la direction normale.

Le procédé de M. Vidal (de Cassis), qui consiste dans une clef engagée autour du pouce, et agissant comme levier pour en faire basculer la base; celui de M. Gerdy, qui consiste à repousser doucement en bas avec les doigts l'extrémité de la phalange, peuvent aussi être employés avec succès. Ces deux procédés se rapprochent l'un et l'autre des indications données par M. Pailloux.

Sur le malade dont il est question dans cette observation, la réduction a été tentée par M. Robert, d'après le procédé qu'il a décrit.

Après deux tentatives assez vigoureuses, cette réduction, opérée le 21 octobre, a été suivie d'un succès complet.

Deux compresses longuettes et deux petites attelles ont été placées sur les faces dorsale et palmaire du pouce et du premier os métacarpien, pour s'opposer à tout déplacement antéro-postérieur, et maintenu à l'aide d'une bande.

Le 25, l'appareil a été renouvelé.

Le 1er novembre, le malade est sorti, commençant à pouvoir imprimer au pouce de légers mouvements et n'éprouvant aucune douleur. Tout permet d'espérer que la guérison sera définitive.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.— M. Falret.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Neuvième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8, 22, 31 octobre et 14 novembre.)

Etat général des fonctions organiques ou végétatives chez les aliénés.

Avant de passer aux phénomènes de la vie purement végétative chez les aliénés, nous avons à examiner deux fonctions qui sont sur la limite de la vie animale ou de relation et de la vie organique : le sommeil et la génération. Le sommeil est généralement rare, léger et fort agité par les rêves au début de la folie; il reste très imparfait pendant toute la période aiguë; et les longues insomnies, qui révèlent la surexcitation cérébrale, concourent à augmenter le délire.

A mesure que l'agitation mentale diminue, les veilles perdent de leur opiniâtreté, et le retour du sommeil est à la fois un indice et une cause d'amélioration. Dans la démence, au contraire, l'insomnie est souvent remplacée par un état de somnolence prolongée, qui est d'un augure défavorable.

Sans parler des sentiments et des idées qui s'y rapportent et qui font partie du délire, les fonctions génitales sont conservées chez les aliénés; quelquefois même leur activité est accrue, quoique le trouble mental n'ait point une origine érotique. Cette surexcitation des organes génitaux, indépendante de l'érotomanie physique ou morale, s'observe particulièrement dans le délire agité.

Les fonctions génitales sont, au contraire, langissantes dans les délires tristes, surtout s'ils n'ont point l'amour pour objet. Cependant, il est rare que l'appareil reproducteur soit frappé d'insensibilité ou d'impuissance; l'aptitude de l'homme et de la femme à l'acte vénérien, à la fécondation n'est pas abolie; seulement, dans la folie comme en pleine raison, la succession rapide des idées, la violence ou la ténacité de préoccupations étrangères aux désirs amoureux, peuvent entraîner l'inactivité des fonctions génitales. Il serait d'ailleurs bien désirable que la nature voulût abdiquer ses droits sur l'instinct de la reproduction tant que dure l'aliénation mentale; car la sensibilité voluptueuse que conservent ces organes est la source de nombreux malheurs chez les aliénés. Sans parler des érotomanes, des nymphomanes et des satyriasiques, on n'a que trop souvent à constater, chez les fous, les déplorables habitudes d'onanisme et leurs conséquences désastreuses pour la conservation de leur santé et le rétablissement de leur raison. Soit excitation nerveuse, soit privation de l'acte conjugal, soit absence de distractions et d'autres plaisirs, soit par suite de longues insomnies, soit enfin par la tyrannie de l'habitude, un grand nombre d'aliénés des deux sexes se livrent à l'onanisme avec fureur. Ces pernicieux attouchements vont quelquefois jusqu'à leur rendre le corps arqué, les doigts crochus, symptômes d'incurabilité auxquels on n'a pas, jusqu'à ce jour, prêté une attention suffisante.

Ce n'est pas seulement d'ailleurs l'onanisme qui produit de funestes effets; l'acte vénérien, même modéré, augmente l'excitation, ou donne lieu à de fréquentes rechutes; je vous ai montré ce matin, dans mon service, deux exemples de cette fâcheuse influence.

Quoique les aliénées conservent l'aptitude à la conception, à la grossesse, il est néanmoins établi qu'elles sont plus exposées que les autres femmes aux irrégularités et aux suppressions menstruelles.

A l'exception des phénomènes nerveux, dont nous avons montré la fréquence chez les malades de notre service, et sur lesquels nous insisterons ultérieurement, les fonctions qui ont pour but définitif la nutrition paraissent ordinairement faiblement altérées dans le cours de l'aliénation mentale. Au début seulement, et dans quelques paroxismes, on observe une partie des phénomènes de la fièvre; ce trouble passager des fonctions organiques est beaucoup plus fréquent à l'invasion et pendant les exacerbations du délire général que du délire partiel, parce que le développement du premier est plus rapide et s'accompagne d'une plus grande agitation; mais est-il juste de dire que la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la soif, l'anorexie n'apparaissent que comme des accidents de la folie, et n'ont point de rapports essentiels avec elle? Un grand nombre d'aliénés, il est vrai, ne semblent pas avoir l'organisation plus malade que le commun des hommes bien portants. Cependant, nous pensons que l'absence de troubles organiques signalée dans la folie par la plupart des observateurs n'est qu'une vérité relative, ou par comparaison, avec l'état fébrile du délire aigu; car, sans parler des lésions si notables de la sensibilité, de la contractilité, la digestion, les sécrétions, les excrétions, la circulation, la respiration, la nutrition présentent, chez les aliénés, beaucoup plus d'anomalies que chez les personnes non malades. L'appétit est plus inconstant, plus capricieux, les digestions plus irrégulières, la constipation très fréquente. C'est particulièrement dans le délire général, où se manifestent plus souvent la fièvre et l'anorexie, qu'on observe aussi quelquefois une voracité très grande. L'agitation de ces malades agit alors à la manière de tous les violents exercices physiques qui dissipent beaucoup et développent en raison directe le besoin de restauration.

Il ne faut pas confondre cet appétit avec celui qu'on remarque chez les aliénés parvenus à la triste période de démence. Chez ceux-ci la vie, qui a déserté l'intelligence, semble s'être réfugiée tout entière dans la fonction de nutrition; beaucoup d'entre eux n'ont d'appétit, de désir que pour les aliments, et ils prennent bientôt un embonpoint du plus mauvais augure. Il est facile de pressentir que, dans les délires bornés et tristes, comme sous le poids des chagrins de tout genre, l'appétit est diminué. Du reste, l'indifférence ou l'éloignement que les aliénés manifestent pour l'alimentation peuvent dépendre de causes diverses, de l'inaction physique, du mauvais état des voies digestives, de l'assiduité des préoccupations, ou bien d'un refus volontaire et obstiné en vue de suicide, par crainte de poison, etc., etc.

Observation bien surprenante! Plusieurs médecins ont vu et nous avons vu aussi des aliénés apyrétiques passer quarante jours et au delà sans rien ingérer et sans dépérir d'une manière très sensible; preuve assurément manifeste de quelque grande perturbation de l'influence nerveuse; car en bonne santé une telle abstinence entraînerait inévitablement non le dépérissement seul, mais la mort.

En général, le pouls s'éloigne peu de l'état normal chez les aliénés; dans l'état aigu, cependant, il offre plus de fréquence en même temps que la chaleur est augmentée à la peau. Mais est-il vrai, comme le pense M. Foville renchérissant sur l'opinion de Nosse, que les cinq sixièmes des aliénés ont le cœur plus ou moins atteint d'anévrisme? Pour nous, quoique nous ayons souvent observé chez les aliénés des lésions organiques du cœur, nous sommes loin d'admettre cette proportion, et nous pensons que cet organe est plus souvent névrosé qu'altéré dans son volume et sa texture.

Les sécrétions, et notamment la transpiration, se font imparfaitement chez un grand nombre d'aliénés; souvent ils ont la peau sèche, mal colorée, exhalant une odeur désagréable; ils ne maigrissent pas, ou même engraissent, quoique mangeant peu, parce qu'ils transpirent mal; ils urinent beaucoup et l'expulsion des urines est plus fréquente, comme dans les maladies nerveuses en général; on sait d'ailleurs que la constipation leur est très habituelle.

Sans être gênée, la respiration est assez fréquemment inégale, précipitée, ralentie, entrecoupée, suspirieuse chez les aliénés. Leur haleine perd de sa pureté, et cette fétidité accidentelle, symptôme ordinaire de toutes les maladies nerveuses, annonce souvent l'imminence d'un accès de mélancolie, de manie, d'hystérie, etc.

Quoique nous soyons très convaincu que dans l'aliénation les médecins n'accordent pas assez d'attention aux sensations que les malades accusent dans l'une ou l'autre des cavités splanchniques, et qu'elles sont souvent l'indice de lésions graves mal interprétées par l'esprit en délire; quoique nous soyons également persuadé que les troubles observés dans les organes de la vie d'assimilation sont plus dignes d'examen qu'on ne le croit habituellement, cependant je ne saurais trop répéter que la lésion du système nerveux est prédominante chez les aliénés non-seulement dans les centres nerveux, mais encore dans la périphérie; c'est ce que prouve le résumé suivant, qui est fondé sur une observation réitérée.

Et d'abord, relativement aux fonctions assimilatrices, tantôt on remarque un appétit vorace lié à une grande puissance digestive, alternant avec de l'inappétence, des digestions pénibles, des gastralgies et des vomissements pour des causes légères; tantôt on constate des troubles divers dans les fonctions des intestins, tels que des coliques violentes, des entéralgies, un développement considérable de gaz et par-dessus tout une constipation opiniâtre, qui, en général, me paraît plutôt dépendre de l'irrégularité de l'innervation que de toute autre cause.

Les reins et la vessie sont aussi fréquemment le siége d'affections nerveuses chez les personnes disposées à la folie et pendant la durée de cette maladie.

Dans les organes de la respiration et de la circulation, comme dans les systèmes digestif et urinaire, on observe des phénomènes nerveux présentant les mêmes caractères d'instantanéité et de cessation brusque, de gravité apparente et d'absence de dangers réels, du moins pour le moment actuel; douleurs plus ou moins fugaces, mais toujours vives, dans les parois de la poitrine; secousses convulsives des muscles respiratoires, hoquets, éternuments fréquents, prolongés, se reproduisant comme par accès; resserrement de la gorge, variation extrême dans les intonations de la voix; rires sans fin pour les causes les plus légères ou même sans motif aucun; oppression, difficulté de respirer poussée quelquefois jusqu'à la suffocation et à l'imminence de l'asphyxie; cardialgie, palpitations plus ou moins fortes, rarement continues, revenant comme par accès, quelquefois effroyables pour ceux qui n'en reconnaissent pas la nature; mouvements désordonnés dans les autres parties du système circulatoire et notamment dans les carotides, dans l'aorte abdominale, dans les artères crurales; par contre, quelquefois, ralentissement de la circulation, comme s'il y avait un moment d'arrêt, une suspension dans cette fonction, et enfin défaut d'isochronisme des pulsations dans les différentes artères.

Même prédominance des phénomènes nerveux dans les organes sexuels : douleurs dans la région des ovaires, spasmes de l'utérus qui, dans quelques cas, suffisent pour expulser le produit de la conception; irrégularités, difficultés de la menstruation et retentissement profond de l'état de l'utérus sur la constitution de la femme et en particulier sur certains organes.

Malgré la fréquence de tous ces phénomènes nerveux dans les divers appareils de l'organisme chez les aliénés, il est généralement vrai de dire que, chez eux, les fonctions de nutrition se font avec assez de régularité, et c'est à cette circonstance qu'il faut sans doute attribuer la négligence apportée si habituellement dans ce genre d'observations. Par contre, des médecins d'un grand mérite donnent aux altérations des organes de la vie d'assimilation dans la folie une importance presque exclusive et ne considèrent le délire que comme un symptôme de ces diverses altérations. Nous avons déjà fait voir combien cette méthode ainsi généralisée était préjudiciable à l'observation exacte et complète des maladies mentales.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 novembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Elle se compose :

De plusieurs lettres du ministre de l'agriculture et du commerce, avec échantillons de remèdes secrets;

D'un rapport des officiers de santé militaire des eaux minérales de Guagno (Corse), sur les effets de ces eaux pendant la saison de 1849;

D'une lettre de M. le préfet de police, avec envoi de la liste des décès dans la ville de Paris pendant le mois d'octobre dernier.

Correspondance manuscrite. — Érections morbides.

Un mémoire de M. Sistach, sous-aide à l'hôpital militaire de Perpignan, sur le traitement des érections génitales morbides par la compression du prépuce.

Scarifications du col de l'utérus.

Un mémoire sur les bons effets des scarifications du col de l'utérus dans leucorrhées produites par les engorgements inflammatoires de cet organe.

Deux réclamations (Desanneaux et Robert-Latour) pour des rapports arriérés.

Déclaration de vacance.

M. Cornac demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il demande que, d'après la proposition faite à l'Académie et adoptée par elle, il ne soit point nommé de commission de onze membres pour décider dans quelle section doit être déclarée la prochaine vacance. La section d'accouchement, étant incomplète, la vacance doit être déclarée de droit dans cette section.

Une discussion s'engage sur cette question entre MM. Bégin, Gaultier de Claubry, Guibourt et Dubois; et, autant qu'il est permis d'en juger, cette discussion se termine par le renvoi de la proposition au conseil d'administration ou à un comité secret.

Appareils électriques.

M. Soubeyran propose de réunir, pour faire un seul rapport, les deux commissions nommées pour examiner les appareils électriques de Breton, Duchenne, etc. (Adopté.)

Varice anévrismale.

M. le professeur Roux lit un long travail sur l'anévrisme artérioso-veineux. Ce mémoire renferme cinq observations très intéressantes que nous ferons connaître plus tard, ainsi que les considérations dont l'auteur les accompagne. Nous nous bornerons aujourd'hui à reproduire les conclusions suivantes, par lesquelles M. Roux termine sa lecture.

Tels sont les faits relatifs à l'anévrisme artérioso-veineux, et particulièrement à la varice anévrismale dont j'ai cru devoir présenter l'ensemble à l'Académie. Encore qu'il ne forme pas un faisceau bien considérable, leur nombre n'est cependant pas à dédaigner, quand on pense au nombre absolu si limité des faits de même ordre que la science possède; et peut-être m'est-il permis d'en déduire quelque enseignement, de les faire servir à quelques données générales.

Déjà ils confirment que si, rigoureusement, la varice anévrismale peut être quelquefois spontanée, elle est bien plus souvent d'origine traumatique.

Ils confirment aussi que de toutes les causes traumatiques, celle qui la produit le plus ordinairement, c'est la saignée au pli du bras avec simple piqûre ou lésion plus étendue de l'artère brachiale; et qu'à cause de cela la varice anévrismale et l'anévrisme variqueux proprement dit se montrent bien plus fréquemment au bras que dans quelque autre région du corps que ce soit.

Ils m'autorisent à penser et à dire que la maladie est beaucoup plus fréquente au bras gauche qu'au bras droit, ce qui doit être pour le phlébotomiste un avertissement, et lui inspirer des précautions auxquelles on n'a peut-être pas assez songé jusqu'à présent.

Ces faits ne tendent-ils pas aussi à fortifier les chirurgiens dans l'opinion qui, du reste, tend à devenir de plus en plus prédominante, à savoir, que, si l'on doit entreprendre la guérison d'un anévrisme variqueux ou même d'une simple varice anévrismale par la ligature de l'artère qui verse le sang dans les veines, l'opération doit être pratiquée là même où est l'ouverture anastomotique, et non pas par ce qu'on nomme la méthode d'Anel ou de Hunter.

N'autorisent-ils pas enfin à penser qu'il peut y avoir de graves inconvénients à abandonner trop longtemps à lui-même l'anévrisme artérioso-veineux sous l'une ou sous l'autre de ces deux formes, et que, lorsqu'à raison de son siége il y a possibilité d'en entreprendre la guérison, l'opération à faire est plus simple et plus susceptible de réussir quand la maladie est récente que lorsqu'elle est ancienne?

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les prix.

Dans la séance prochaine, l'Académie se formera en comité secret, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, pour la discussion du rapport sur les prix, et elle reprendra ses travaux après la clôture de cette discussion.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 novembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Faits pour servir à l'histoire du suc pancréatique.

M. Lassaigne adresse, sous ce titre, la note suivante:

« On sait, d'après les intéressantes recherches de MM. Bernard et Bareswil, que le suc pancréatique jouit de la propriété remarquable d'émulsionner les corps gras d'origine végétale et animale, et de les transformer en acides gras et en glicérine à la température de 38° centigrades. »

M. Bernard a bien voulu nous faire remettre une petite quantité de ce suc extrait du pancréas d'un chien de moyenne taille. Les expériences auxquelles nous l'avons soumis nous ont permis d'ajouter les faits suivants à ceux déjà connus des physiologistes:

1° L'action du suc pancréatique sur les huiles s'exerce même à la température de + 12° et à + 15° cent. en moins de quelques heures;

2° A la température de + 15°, le mélange de suc pancréatique et d'huile d'olives s'acidifie après un temps égal dans les vases qui le contiennent;

3° Cette acidification se produit dans divers gaz, tels que l'oxygène, l'hydrogène, l'azote et l'oxyde de carbone; l'air ne semble pas participer à cette singulière réaction, qui est peut-être due à une force de la même nature que celle désignée par Berzélius sous le nom de force cataleptique, et dont la chimie inorganique et organique offre des exemples;

4° Le suc pancréatique peut conserver son alcalinité faible et sa propriété d'agir sur l'huile pendant plusieurs jours;

5° Dans les conditions où l'huile est modifiée par le contact du suc pancréatique, le sucre et la gomme dissous dans ce fluide conservent leur neutralité, ce qui dénote l'action toute spéciale sur les corps gras.

Substances conservatrices.

M. le docteur Ed. Robin résume dans la note suivante quelques recherches qu'il vient de faire sur les substances conservatrices.

Les composés volatils artificiels formés, soit uniquement, soit essentiellement, de carbone et d'hydrogène, constituent une classe spéciale d'agents qui, paralysant l'action de l'oxygène humide, conservent les substances animales malgré la présence de ce gaz. Dans cette catégorie se placent l'éther sulfurique, le chloroforme, le naphte, l'huile de houille brute ou rectifiée, l'huile de schiste, l'éther acétique, la benzine, la naphtaline, l'huile d'esprit-de-bois, l'essence de caoutchouc, l'essence de pommes de terre, l'essence d'amandes amères; enfin l'éther iodhydrique.

Les matières animales plongées dans ces substances jouissent également de propriétés antiputrides énergiques. Des morceaux de chair placés dans des vases clos, au fond desquels on introduit une éponge imbibée de substance conservatrice, retiennent le sang qu'ils contenaient dans l'état frais, et ne décèlent aucune trace de putréfaction; l'auteur conserve ainsi depuis huit mois, au moyen des vapeurs qui se dégagent d'éponges imbibées d'éther sulfurique, de chloroforme, d'huile de houille brute ou rectifiée, dans des vases bouchés à l'émeri, des morceaux de viande d'une demi-livre et d'une livre qui se sont maintenus dans un état de conservation parfaite. La viande immergée dans de l'eau imprégnée de la vapeur de ces corps hydrocarbonés paraît aussi se conserver indéfiniment.

M. Ed. Robin a découvert un second ordre substances qui possèdent à un haut degré la propriété antiputride. Ce sont les composés binaires de carbone et d'un métalloïde autre que l'hydrogène. Il a constaté expérimentalement que le sulfure de carbone, le protochlorure de carbone, l'azoture de carbone, la liqueur des Hollandais et l'acide cyanhydrique sont, comme les carbures d'hydrogène, de puissants conservateurs des matières organiques. Les vapeurs de ces composés, dégagées à la température ordinaire dans des vases clos, conservent indéfiniment les substances animales qu'on y renferme; à plus forte raison, cet effet se produit-il lorsqu'on plonge les matières animales dans ces composés liquides.

Mais il ne suffit pas qu'une substance s'oppose complètement à la putréfaction, qu'elle garde la forme, le volume et la consistance des objets, il faut encore qu'elle conserve autant que possible leur couleur. Sous ce rapport, le chloroforme, le protochlorure de carbone et l'huile de houille rectifiée sont bien supérieurs aux substances mises en usage jusqu'à présent, mais ils sont loin d'égaler l'acide cyanhydrique. Dès l'instant où la vapeur que dégage cet acide à la température ordinaire sature l'air contenu dans un vase clos, tout pouvoir d'altération est paralysé; la matière animale est fixée à l'état où la vapeur l'a trouvée; il n'y a plus d'altération ni dans la couleur, ni dans aucune des propriétés physiques. Des morceaux de chair musculaire d'un petit volume, suspendus depuis huit mois dans des flacons bouchés à l'émeri, au fond desquels se trouve soit une éponge imbibée d'acide cyanhydrique au septième, soit ce liquide lui-même, ont maintenant toute la fraîcheur, tous les caractères extérieurs qu'ils présentaient au moment où ils ont été mis en expérience.

Néanmoins, sous les rapports réunis de la modicité du prix, de l'intensité du pouvoir antifermentescible général, de la rapidité de l'opération et de la conservation des propriétés physiques, M. Ed. Robin n'a trouvé, parmi les carbures d'hydrogène et leurs analogues, les composés liquides de carbone et d'un métalloïde autre que l'hydrogène, aucune substance qui présente au même degré les avantages de l'huile de houille.

La vapeur qui s'exhale d'une éponge imbibée d'huile de houille brute ou rectifiée conserve, avec leur forme, leur volume, leur flexibilité et une belle couleur d'un rouge-brun, des morceaux de chair disposés dans un vase bien bouché. Aucun liquide ne s'en écoule, et l'on peut, à volonté et tout à son aise, les retirer du vase, les étudier et les disséquer.

Les matières animales qui, par une immersion suffisante dans l'huile de houille, ou par une exposition prolongée aux vapeurs qui s'en dégagent, se sont bien imprégnées du liquide, sont désormais à l'abri de toute putréfaction dans l'air. Retirées du liquide ou de la vapeur, elles se dessèchent et deviennent dures comme du bois, si on les laisse à l'air libre; elles conservent, au contraire, leur volume et leur consistance, si on les met dans des vases bouchés où l'évaporation de l'eau ne puisse avoir lieu.

L'huile de houille très rectifiée offre, sur l'huile brute, l'avantage de moins altérer la couleur et de conserver aux chairs une apparence de fraîcheur remarquable. Elle pourra d'ailleurs, vu le peu d'élévation de son prix, être mise en usage dans tous les cas où il est utile de changer le moins possible la couleur des objets.

On pourrait, si cela était nécessaire, activer beaucoup la préparation des pièces en facilitant par la chaleur l'évaporation du liquide; on obtiendrait ainsi une vapeur plus dense et plus pénétrante.

M. Ed. Robin pense que l'on pourrait appliquer avec avantage l'huile de houille brute ou rectifiée à l'embaumement des corps et à la conservation des cadavres pour les dissections; à la conservation des pièces anatomiques, au tannage des cuirs et à la préparation des cuirs de Russie; à la destruction des insectes qui attaquent les collections d'histoire naturelle, les bois, les céréales et les différentes graines; à la conservation des bois; et enfin à la conservation des céréales et de toutes les graines en général.

Du calorique dans l'économie animale.

M. Wanner envoie une nouvelle note sur le calorique dans l'economie animale, sur les lois qui constituent l'inflammation et sur sa disparition complète en abaissant la température.

Emploi de la racine de kat-endy dans les maladies de poitrine.

M. de Paravey adresse une note pour indiquer les propriétés curatives de la racine de kat-endy, apportée de Djeddah (Arabie) au Caire, et qui s'y vend pour les maladies de poitrine.

Traitement du choléra par les préparations de quinquina.

M. Briand, de Rennes, rappelle qu'il a fait usage avec succès, dès l'année 1834, des préparations de quinquina dans le choléra.

Injections iodées.

M. Boinet adresse, pour le concours Montyon, un mémoire sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 141. (23e ANNEE.) SAMEDI 30 NOVEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

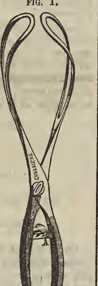
Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Nouveau modèle à crémaillère brisée destinée à maintenir les instruments articulés dans l'état de pression ou de dilatation. — Nous avons vu employer récemment par M. Roux, pour une opération de polype, et par M. Morel-Lavallée, pour une opération de fistule vésico-vaginale, des pinces auxquelles M. Charrière a fait subir une modification extrêmement utile et qui permet de maintenir l'instrument au degré de pression ou de dilatation que le chirurgien désire, sans que celui-ci soit obligé de presser sur les branches de l'instrument et sans qu'il perde ainsi en plus ou moins grande partie l'usage de ses mains. Cet avantage, que M. Charrière avait déjà introduit dans les spéculums à valves au moyen d'un écrou, ne pouvait être obtenu par le même moyen sur d'autres instruments, où cependant il était au moins aussi utile, tels que pinces, érignes, forceps, etc.; c'est à l'aide d'un nouveau modèle de crémaillère que cet avantage a été réalisé pour ces derniers instruments. Les dessins suivants donneront une idée de la nouvelle amélioration que la médecine opératoire doit à l'habile mécanicien, et dont MM. Roux et Morel-Lavallée ont déjà, nous le répétons, apprécié les avantages.

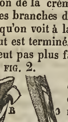
Ces avantages consistent dans ce que la nouvelle crémaillère est très courte et peut se renverser sur les branches des instruments de manière à disparaître et à ne gêner nullement les mouvements des mains de l'opérateur. On sait que l'on a dû renoncer, dans presque tous les cas, aux anciennes crémaillères, précisément pour des inconvénients opposés, c'est-à-dire parce que leur longueur considérable embarrassait singulièrement les manœuvres de l'opérateur. Quelques mots ajoutés aux figures suffiront pour en rendre l'intelligence facile. La figure 1 représente un forceps. On voit en A la crémaillère qui fixe les branches dans leur plus fort degré de compression.

FIG. 1.



Lorsque le chirurgien veut faire cesser l'action de la crémaillère, il presse un peu sur les branches du forceps, dégage le crochet qu'on voit à la partie supérieure de A, et tout est terminé. Cette manœuvre est on ne peut pas plus facile.

FIG. 2.



Lorsque la crémaillère est renversée sur les branches du forceps (1), elle ne forme que les très légères saillies que l'on voit en B et en C, fig. 2.

FIG. 3.

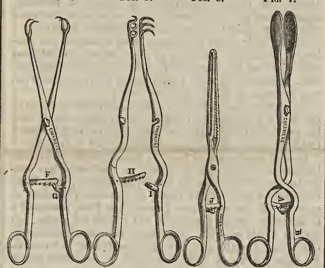


Cette saillie est cependant un peu plus considérable en B que dans les autres instruments, parce que la crémaillère du forceps exige une force qui n'est jamais nécessaire pour les autres instruments. Du reste cette saillie, même lorsqu'elle serait plus considérable, ne gêne en rien l'opérateur.

On voit encore mieux la simplicité de la manière à employer pour faire cesser l'action de la crémaillère, dans la figure 3, où la pièce E est seule renversée, tandis que la pièce D reste droite. Ici cette pièce peut être laissée fixe dans cette position sans inconvénients, parce que, la branche qui porte la partie E de la crémaillère étant fenêtrée, la portion D s'engage dans la fenêtre quand on veut serrer très fortement la pince, ce qu'il serait difficile de faire dans le forceps sans affaiblir la force de la branche, ou sans lui donner une épaisseur trop considérable.

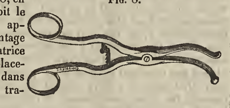
Les figures 4, 5, 6, 7 et 8 présentent des modèles de divers instruments, auxquels on a appliqué l'heureuse modification que nous signalons. On voit, d'un seul coup d'œil, que les pinces à branches croisées et décroisées près des anneaux du modèle de M. Charrière (fig. 3, 5 et 7), de même que les pinces anciennes (fig. 4, 6, 8), n'ont subi d'autres changements de forme qu'un peu d'écartement des branches.

FIG. 4. FIG. 5. FIG. 6. FIG. 7.



Dans la figure 8, en particulier, on voit le nouveau système appliqué avec avantage à la pince dilatatrice pour faciliter le placement de la canule dans l'opération de la trachéotomie.

FIG. 8.



(1) Pour le forceps en particulier, la crémaillère a l'avantage précieux de rendre bien plus faciles les mouvements de bascule de cet instrument; on sait que, pour faire exécuter ces mouvements au forceps ordinaire, il faut nécessairement augmenter la pression des mains sur les branches, ce qui expose à dépasser la pression que la tête de l'enfant peut supporter sans inconvénients.

Puisqu'il s'agit ici de forceps, nous rappellerons que M. Charrière a rendu un peu plus rugueux l'intérieur des cuillères du forceps en les taillant en lime assez douce pour ne pouvoir pas blesser l'enfant. Dans les céphalotribes, au contraire, l'intérieur des cuillères a été taillé en grosse lime, et même, pour donner à l'instrument plus de ténacité, M. Charrière a pratiqué des cannelures circulaires; ces dernières modifications, si avantageuses pour l'opération, n'offrent aucun danger pour la mère.

Nous publierons prochainement la description d'un forceps plus portatif que ceux qui existent, et qui en même temps permet le décroisement des branches sur place et sans que la forme ou la solidité de l'instrument soit en aucune façon altérée.

Rupture d'une sonde de gomme dans la vessie. Pierre formée autour du fragment. Lithotritie. Extraction de la sonde sans incision. — Les exemples de sonde brisée dans la vessie et devenant dans cet organe (comme beaucoup d'autres corps étrangers) le noyau de calcul vésicaux ne sont pas extrêmement rares; c'est même en quelque sorte par leur peu de rareté que ces faits ont de l'intérêt et méritent d'être mis sous les yeux des praticiens, pour leur prouver combien il est important, lorsqu'on sonde un malade ou que l'on applique une sonde à demeure, de ne point s'écarter des règles tracées par les maîtres de l'art. Sous ce rapport et aussi sous celui du résultat qu'a eu l'opération, le fait suivant mérite donc de trouver place ici.

M. P..., âgé de soixante-quatre ans, d'une constitution vigoureuse, commença en 1845 à éprouver des besoins d'uriner de plus en plus fréquents. En 1847, l'urine devint trouble, glaiseuse; en 1848, la miction spontanée fut supprimée tout à fait, et l'usage habituel de la sonde devint une nécessité; celles dont M. P... se servait étaient en gomme, d'une fabrication défectueuse, et, de plus, il ne les renouvelait pas assez souvent, car l'une d'elles se rompit, et un fragment, ayant 6 centimètres environ de longueur et 6 1/2 millimètres de diamètre, tomba dans la vessie. Les besoins d'uriner devinrent fréquents. L'urine, qui s'était éclaircie depuis que son évacuation avait été rendue complète par le cathétérisme répété, se troubla de nouveau, et laissa déposer par le refroidissement une énorme quantité de muco-pus; les douleurs devinrent intolérables, et après deux mois M. P... suivit le conseil de M. Leriche, son médecin, qui l'engageait à venir à Paris. Il se plaça dans la maison de santé de M. le docteur Rochard, où peu de temps auparavant l'un de ses compatriotes avait subi avec un plein succès l'opération de la taille hypogastrique pratiquée par M. le docteur Le Roy-d'Etiolles. M. P... manda près de lui ce chirurgien. Le cathétérisme exploratif fit reconnaître la présence d'un corps dur allongé, car déjà la sonde était recouverte d'une couche lithique épaisse; la sensibilité de la vessie et de l'urètre était extrême; elle s'était accrue par la nécessité d'introduire toutes les demi-heures la sonde pour évacuer l'urine. Des sangsues appliquées à l'anus, des bains prolongés, l'opium, n'ayant pu diminuer cet état d'irritation et de contraction, aucun bénéfice ne devait être retiré de la temporisation. Le malade était décidé à tout pour guérir; cependant il avait une grande répugnance pour la taille. En conséquence, malgré des conditions aussi défavorables, M. Le Roy-d'Etiolles consentit à tenter l'écrasement de la pierre et l'extraction par les voies naturelles du fragment de sonde qui lui servait de noyau.

La première séance fut consacrée à triturer l'écorce pierreuse et la sonde elle-même. La difficulté ne fut pas de saisir le corps étranger, de pulvériser la couche lithique, de mâcher la sonde, mais de la dégager d'entre les dents de l'instrument, trop volumineux pour cheminer dans l'urètre, ramenant avec lui une sonde de 6 millimètres ployée en double. Un mouvé-

---

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Odognosie, ou *Monographie chimique, médicale et pharmaceutique des iodes en général et en particulier de l'iode et de l'iodure de potassium*; par M. DORVAULT.

L'iode et ses composés constituent une classe de médicaments dont l'usage, depuis quelques années surtout, est des plus répandus, et qui ont acquis une haute importance en raison des nombreux services qu'ils rendent journellement à la thérapeutique. Déjà ils ont été l'objet de remarquables travaux de la part de pathologistes distingués, parmi lesquels nous citerons M. Payan (d'Aix). Mais ceux qui se sont livrés à cette étude n'ont envisagé l'histoire des iodiques que sous un point de vue: ceux-ci sous le rapport chimique, ceux-là quant à la thérapeutique et au mode d'action dans les diverses maladies où l'on en fait usage.

M. Dorvault a eu l'idée de réunir dans un même travail les documents scientifiques si divers qui forment la base de l'histoire complète de l'iode et de ses composés, et d'envisager, à la fois comme chimiste, comme médecin, comme pharmacien, chacun des corps et des préparations qui sont compris dans cette immense catégorie. En médecine, on sait le nombre et la gravité des affections au traitement desquelles les iodiques sont appliqués; en chimie, ils sont si fréquemment mis à contribution, soit pour entrer dans des composés, soit pour mettre à profit les réactions généralement si caractéristiques qu'ils déterminent au contact des autres corps, que l'on peut dire qu'ils interviennent dans toute suite d'opérations chimiques un peu sérieuse. Faire un corps de tous les faits épars sous l'un et l'autre rapport, y ajouter toutes les expériences qui lui seraient propres, toutes les réflexions, tous les aperçus que le rapprochement seul des faits pouvait faire jaillir, c'était, suivant l'auteur, un travail éminemment utile et propre à faire progresser la question des iodiques sous le triple aspect que nous avons énoncé. Le mémoire qu'il présente aujourd'hui, et qui a deux fois obtenu les honneurs de la médaille d'or, semble répondre à toutes les exigences du sujet.

L'ordre successif des parties, chimie, thérapeutique, pharmacie, adopté par M. Dorvault, était le plus rationnel qu'il pût suivre. Il faut en effet connaître d'abord l'origine, les propriétés intrinsèques des corps; ces données acquises, leurs applications au traitement des maladies sont beaucoup plus faciles; enfin, les corps connus et leurs applications trouvées, il s'agit de leur donner la forme convenable.

La partie chimique a été traitée par l'auteur sous les rapports scientifique et pratique. Sous l'un comme sous l'autre titre, il s'est attaché à rendre ses explications compréhensibles pour tout le monde, et à faire ressortir, chaque fois que l'occasion s'en est présentée, les données dont la pratique médicale, la pharmacie, l'industrie, pourront profiter.

La partie médicale a été, comme la précédente, étudiée au point de vue de la théorie et de la pratique; peut-être trouvera-t-on que la théorie a obtenu une bien large place. Tout en conservant aux faits pratiques toute la prépondérance qu'ils doivent avoir sur des données purement spéculatives, l'auteur a pensé que c'était surtout la théorie qui était en retard, et, en outre, il a insisté sur elle, parce qu'elle se prêtait mieux à la nature de ses études. Dans la partie médicale de son travail, on peut reconnaître deux ordres de choses: l'exposition pure et simple des faits et leur interprétation physiologique. Pour les faits médicaux purs, M. Dorvault a cru devoir recourir aux ouvrages spéciaux les plus recommandables, et surtout aux lumières directes des praticiens les mieux placés pour commander la confiance. Pour leur interprétation physiologique, les connaissances que par profession doit posséder le pharmacien dans les sciences physiques et naturelles lui permettaient d'aborder la question à ce point de vue et d'essayer jusqu'à un certain point de la résoudre. Sans vouloir dire qu'il ait toujours rencontré parfaitement juste et ne se soit jamais trompé dans cette traduction des faits, nous devons dire que cette partie tout à fait originale du travail de M. Dorvault présente un intérêt réel, et sera lue avec plaisir même par ceux des médecins dont l'esprit est le plus positif et répugne le plus aux hypothèses.

Reste, enfin, la troisième et dernière partie que les études spéciales de l'auteur le mettaient à même de traiter mieux que qui que ce soit: nous voulons parler de la pharmacologie, conséquence rigoureuse des deux autres parties avec lesquelles dans ses progrès elle a marché et marchera toujours de pair.

Outre son utilité propre, le travail de M. Dorvault aura peut-être encore un autre avantage, celui de provoquer la publication d'une série de monographies analogues sur les corps qui le comporteraient. De ces monographies, plus d'une sera probablement l'œuvre de M. Dorvault. Lorsque l'on a donné à la science des gages aussi positifs d'une véritable instruction et d'une intelligence éclairée, on serait coupable de ne pas poursuivre ses travaux dans la même direction, lorsqu'après tout le dernier but, la fin, n'est autre que le soulagement de l'humanité et le traitement des innombrables maladies qui tendent à détruire l'équilibre admirable des forces qui régissent l'organisme vivant.

Compte-rendu du service médical de l'asile des aliénés de Marseille; par M. AUBANEL, médecin en chef.

Il est peu de questions médicales qui aient été agitées avec autant

ment de rotation fut imprimé au brise-pierre, dont les branches étaient écartées de 2 centimètres environ. La sonde, dont les extrémités appuyaient contre les parois de la vessie, ne pouvant être entraînée dans ce mouvement, se dégagea d'entre les mors; l'instrument put alors être fermé et retiré.

La seconde séance devait être consacrée à l'extraction des fragments de sonde. Dans ce but, M. Le Roy-d'Etiolles s'était muni d'un instrument dont il s'est déjà servi plusieurs fois avec succès dans de semblables circonstances. Il diffère du brise-pierre en ce que la branche mâle, ou branche mobile, dépasse en arrière la branche femelle ou fixe. Il en résulte qu'une sonde ou une bougie flexible, étant saisie par le milieu de sa longueur entre ses branches, est forcée de se ployer de telle sorte que ses bouts se dirigent en arrière, tandis qu'avec le brise-pierre ordinaire ils se tournent en avant. Mais avant d'introduire cet instrument, M. Le Roy-d'Etiolles voulut achever de triturer l'enveloppe pierreuse et de mettre la sonde à nu. Dans ce but, il introduisit un brise-pierre d'enfant à mors minces et courts. Dans les mouvements qu'il lui imprima, il lui sembla, d'après le peu d'écartement des mors et la sensation de mollesse du corps interposé, que le bout du bec du brise-pierre avait saisi la sonde par l'une de ses extrémités; condition favorable à l'extraction. En effet, après une légère résistance, le col de la vessie fut franchi.

A deux pouces en deçà, c'est-à-dire au commencement de la portion membraneuse, nouvel arrêt bientôt surmonté; après quoi, dans toute la longueur de la région spongieuse, il n'y eut plus d'obstacle sérieux, et l'on vit enfin paraître à l'ouverture extérieure de l'urètre le brise-pierre tirant après lui le morceau de sonde dans la cavité duquel une des branches s'était heureusement engagée.

Quatre jours plus tard, les débris de l'enveloppe calculeuse furent extraits au moyen d'un brise-pierre à double cuillère introduit à cinq reprises et ramené chaque fois rempli de détritus.

Après cette opération, M. P..., se trouvant soulagé, voulut retourner chez lui, malgré les instances de M. Le Roy-d'Etiolles, qui jugeait une autre exploration nécessaire; mais il ne tarda pas à regretter son entêtement, car les douleurs reparurent, l'urine redevint muqueuse, tous les signes enfin de la présence d'une pierre dans la vessie allèrent s'accroissant rapidement. Au bout de trois mois, M. P... revint à Paris avec l'intention bien arrêtée, cette fois, de laisser terminer l'opération et extraire jusqu'aux dernières parcelles, ce que rendait fort difficile la conformation de la vessie, dont le bas-fond, très déprimé, formait une sorte de poche dans laquelle le bec du brise-pierre à cuillère devait plonger pour aller chercher les débris du calcul. M. Le Roy-d'Etiolles parvint cependant à les extraire jusqu'au dernier. Lorsque la certitude en fut acquise, M. P... témoigna le désir de tenter quelque chose pour faire cesser la rétention d'urine et se soustraire à l'obligation d'introduire la sonde chaque fois que le besoin d'uriner se faisait sentir. Il est vrai qu'en même temps il montrait l'intention bien arrêtée de ne consacrer que huit à dix jours au traitement de cette seconde maladie. En conséquence, M. Le Roy-d'Etiolles dut commencer par où il finit habituellement, par l'*ultima ratio*, c'est-à-dire par des incisions sur le col de la vessie, afin de diviser et d'effacer le bourrelet qui s'opposait à l'expulsion spontanée de l'urine. Il se servit dans ce but de l'instrument qu'il a fait exécuter en 1837, dont il a fait usage depuis dans de semblables circonstances. M. le professeur Mott, de New-York, était présent à cette opération.

Le cystotome ayant été introduit dans la vessie, son bec fut tourné vers le bas-fond et ramené sous le col, qui se trouva embrassé dans la concavité de la courbe de l'instrument; la lame, longue d'un centimètre, mobile comme la branche mâle ou simple d'un brise-pierre, fut alors mise en mouvement à cinq reprises, parcourant un trajet de 25 millimètres environ, coupant en allant et en revenant à une profondeur de plus en plus grande.

La douleur ne fut pas très vive, et l'écoulement du sang dans les premiers instants fut presque nul; cependant, quelques heures plus tard, la vessie était à moitié pleine de caillots, dont M. Le Roy-d'Etiolles fit l'extraction en les aspirant à travers une grosse sonde pourvue d'yeux largement ouverts. Quelques injections froides achevèrent d'arrêter l'hémorrhagie. Un accès de fièvre eut lieu le soir, qui dura vingt-quatre heures, et fut suivi de malaise pendant quatre à cinq jours; après quoi la santé se rétablit, mais non la faculté d'uriner sans sonde. M. P... est retourné chez lui depuis le mois de septembre, et nous apprenons que les symptômes indiquant la présence d'un corps étranger n'ont point reparu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Malgaigne.

Débridement de l'orifice aponévrotique de la saphène interne pour remédier aux varices de la jambe.

Nous avons rapporté il y a deux ans (tom. IV, pag. 106), un procédé assez curieux de M. Hérapath (de Bristol), qui espérait guérir les varices du membre inférieur par le débridement de l'orifice de la saphène. Il l'avait pratiqué une fois avec succès en apparence; seulement, l'observation s'arrêtait un mois environ après l'opération même. Depuis lors, nous n'en connaissions pas d'autre exemple, lorsque l'occasion s'est offerte d'appliquer une deuxième fois ce procédé.

Voici l'observation.

Julien (Dominique), âgé de vingt-six ans, boulanger, demeurant passage des Beaux-Arts, à Montmartre, entra à l'hôpital Saint-Louis, en juillet 1850, pour des varices de la saphène interne du côté gauche, et un varicocèle du même côté. Cette double affection avait commencé vers l'âge de dix-sept ans, sans causes appréciables, sans aucune prédisposition héréditaire, favorisée seulement par les fatigues de son état. Depuis lors, elle n'avait cessé de faire des progrès; et, enfin se trouvant gêné au point, disait-il, de ne pouvoir gagner sa vie, il se voyait forcé de recourir à l'hôpital.

La saphène interne gauche était variqueuse dans tout son trajet, depuis la malléole interne jusqu'à son embouchure dans la fémorale, au niveau de l'ouverture que lui présente l'aponévrose de ce nom. Le doigt, promené sur ce trajet, sentait un gros cordon noueux qui augmentait encore de volume quand le malade marchait ou se tenait longtemps debout. Vers la partie postérieure de la tubérosité interne du tibia, et au niveau du condyle fémoral interne, on voyait deux tumeurs du volume d'un œuf de pigeon, formées par la veine variqueuse repliée en différents sens, et présentant quelque peu l'aspect des circonvolutions intestinales; au niveau du tiers inférieur de la cuisse, se trouvait une autre tumeur plus petite, du volume d'une noisette, formée par un renflement de la veine sans flexuosités. La peau était saine, les tumeurs molles et s'affaissant sous la moindre pression; seulement, le doigt percevait alors un frémissement produit par le liquide déplacé. Ces tumeurs diminuaient en élevant le membre, augmentaient par la compression de la veine au-dessus; enfin elles disparaissaient en partie dans le décubitus dorsal.

Le varicocèle, assez volumineux, était cependant peu douloureux. Le testicule paraissait un peu atrophié, et l'épididyme engorgé offrait une tumeur dure et de la grosseur d'une noisette. Le malade, au reste, n'avait jamais eu d'écoulement, ni reçu de coups, ni fait de chute sur cette partie.

Cet homme désirait beaucoup être débarrassé de ses varices. Je n'ai pas, pour mon compte, une grande confiance dans les procédés d'oblitération des veines; je me résolus donc à tenter l'opération Hérapath, qui fut pratiquée le 21 juillet.

Le sujet couché sur le dos, la cuisse gauche portée dans l'abduction et la rotation en dehors, je commençai par inciser les téguments au-dessous de l'arcade crurale, dans la direction de la saphène, le centre de l'incision répondant au point où elle s'enfonçait sous l'aponévrose. Puis, procédant à la dissection avec un grand soin, soit à l'aide des pinces, soit avec la sonde cannelée, je parvins, non sans beaucoup de difficultés, à mettre à nu l'ampoule qui formait la terminaison superficielle de la veine en ce point, et son orifice aponévrotique. Les difficultés venaient du grand nombre de petites veines qui s'abouchaient en ce point, parmi lesquelles s'en remarquaient deux plus grosses venant de l'abdomen (*veines tégumenteuses*), et une plus grosse encore venant du scrotum. Je réussis cependant à les ménager toutes, et je pus bientôt montrer à l'œil et faire sentir au doigt l'anneau fibreux que traversait la veine, et qui paraissait véritablement bien étroit pour le calibre agrandi du vaisseau. Une sonde cannelée fut glissée par-dessous, et l'anneau débridé par en haut d'un coup de bistouri, en faisant entendre un craquement très sensible. Le doigt pénétrant alors aisément par l'ouverture, l'opération put être considérée comme terminée; je réunis la plaie des téguments par deux points de suture, et j'élevai le membre sur des coussins, en recommandant au malade une immobilité complète.

Le lendemain, la plaie offrait un bel aspect; le malade avait passé une très bonne nuit, les douleurs de l'opération s'étaient calmées le soir même. On lui donna un peu à manger.

Cet état favorable persista d'abord; mais bientôt un peu d'irritation apparut à la plaie, et les points de suture furent enlevés sans que la réunion eût été obtenue.

Le 30, le malade se plaignit d'avoir souffert dans la nuit. La plaie paraissait rouge et boursouflée sur ses bords; un caillot noir semblait occuper le fond. Une légère pression fit sortir ce caillot, qui fut à l'instant remplacé par d'autres; il était évident qu'une rupture s'était faite à la veine, et que celle-ci était remplie de sang coagulé. La moindre pression sur son trajet déterminait d'assez vives douleurs; les tumeurs variqueuses étaient devenues dures, comme si des caillots s'y étaient formés par la propagation de l'inflammation. Il y avait, enfin, un peu de mouvement fébrile. — Diète; boissons rafraîchissantes; cataplasmes froids renouvelés trois fois par jour.

Le 31 juillet, mieux sensible; le sujet a dormi une partie de la nuit; il n'y a plus de fièvre, et l'inflammation de la plaie a beaucoup diminué. Cette inflammation, probablement déterminée par quelque imprudence du malade, n'alla pas plus loin, et ne laissa d'autre trace qu'un petit ganglion engorgé à l'aîne, et des caillots dans toute l'étendue de la veine. Ceux-ci même ne tardèrent pas à diminuer; et, le 10 août, la veine était libre dans toute son étendue, la plaie cicatrisée, et la santé générale en bon état.

L'opéré se leva pour la première fois le 15 août. Il ne put rester debout que quelques heures, à cause d'un peu de faiblesse; du reste, il se trouvait bien, et ses varices avaient à peine reparu.

Cependant, à un examen attentif, on reconnaissait facilement leur position et leur trajet. D'un autre côté, le simple séjour avait suffi pour dissiper complétement l'engorgement de l'épididyme, et l'amélioration des varices ne pouvait-elle être aussi bien rapportée à cette cause qu'à l'opération?

Le 31 août, lorsque je quittai le service, le malade marchait assez librement, et les varices paraissaient toujours fort diminuées. Il resta encore à l'hôpital jusqu'au 15 septembre, où l'ennui le prit et il demanda à sortir.

Voici alors, d'après une note de M. Hamon, interne, dans quel état il se trouvait:

« Il ne reste plus à l'endroit de la plaie qu'une trace linéaire, résultat de la cicatrice; les ganglions de l'aine ne sont plus engorgés. Les tumeurs que l'on voyait sur le trajet de la saphène et particulièrement au niveau du condyle interne du fémur sont notablement diminuées, et augmentent excessivement peu quand le malade est debout. Plus rien à l'épididyme. De son propre aveu, le malade se trouve dans une position beaucoup meilleure, sans être toutefois guéri complétement. »

Comme on le voit, le résultat n'est pas tout à fait aussi satisfaisant que celui de M. Hérapath; et, toutefois, le sujet conservé à l'hôpital près de deux mois après l'opération, et un mois entier après qu'il lui eut été permis de se lever, semblait avoir gagné quelque chose. Cette amélioration se serat-elle soutenue? C'est ce que je ne saurais dire, n'ayant pas eu occasion de le revoir. (*Rev. médic.-chirurg.*)

LYON,

A L'OCCASION DE LA MALADIE ASIATIQUE.

Par M. Bally, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite. — Voir le numéro du 23 novembre.)

On ne saurait sans injustice passer sous silence les laborieuses recherches sur les épidémies par le docteur Ozanam. Son ouvrage, en cinq volumes, est un manuel indispensable aux épidémiologistes. Le plan de l'auteur était moins de faire une histoire critique que de donner avec développement tout ce qui avait été écrit depuis les premiers temps jusqu'à nos jours. Cependant, la relation des diverses loïmies, pestes, est accompagnée de réflexions et de commentaires souvent sévères. Sous bien des rapports, cette œuvre est supérieure à celle de Papon.

Trois médecins, momentanément éloignés de Lyon, où l'in-

---

de persévérance et de sollicitude depuis cinquante ans que celles qui ont pour objet l'amélioration du sort physique et matériel des aliénés, comme aussi de la thérapeutique des maladies mentales. Dans ces derniers temps, il y a dix ans à peine, une nouvelle législation et une ordonnance réglementaire célèbre, celle de 1839, ont introduit des changements notables dans les établissements consacrés à ce genre d'affections. L'asile de Marseille est un des premiers qui aient reçu cette organisation. Dès le 1er janvier 1841, la nouvelle administration fonctionnait, et un jeune docteur plein de mérite, M. Aubanel, connu déjà dans la science par de remarquables travaux qu'il avait entrepris et publiés, soit seul, soit en collaboration avec un collègue non moins instruit et habile, M. Thore, M. Aubanel, disons-nous, était chargé de la direction médicale de l'établissement. Aujourd'hui, une période de neuf années vient de s'écouler, et, jaloux de mériter les suffrages et l'approbation de l'autorité supérieure et de ses confrères, il publie les résultats obtenus par ses soins, et un compte-rendu moral sur le service médical confié dès le principe à sa direction.

Inutile de dire que ce rapport est purement médical, et que l'auteur a cru devoir laisser de côté les faits seulement administratifs, comme n'étant point de sa compétence et tout à fait étrangers à ses attributions. Mais, envisageant l'aliéné dans toute la généralisation que la nouvelle loi a accordée aux fonctions de médecin aliéniste, il a dû considérer son sujet sous les divers points de vue qui ont trait à la situation physique et morale de ses malades; il a dû étudier non-seulement les particularités propres à leur délire, mais toutes les modifications heureuses ou fâcheuses qu'ils peuvent éprouver sous l'influence des agents de l'ordre moral comme de l'ordre physique, capables d'exercer sur eux une action plus ou moins directe.

Le compte-rendu dont nous présentons ici une esquisse rapide est divisé en deux parties principales.

Dans la première partie, M. Aubanel s'attache à faire connaître d'abord l'état dans lequel les aliénés se trouvaient au moment de son entrée en fonctions; puis il entre dans le détail circonstancié des améliorations qui furent successivement réalisées dans les anciennes maisons de Saint-Lazare et de Saint-Joseph, et il se livre à une discussion comparative du plus haut intérêt entre l'état ancien de l'établissement et celui qui succéda aux premières modifications introduites dans le service. Bientôt, et par suite des efforts constants, des démarches réitérées de M. Aubanel, les anciennes maisons furent abandonnées et les malades transférés dans l'hospice Saint-Pierre. Ici l'auteur s'occupe du transport des aliénés, décrit avec soin les mesures prises, examine l'organisation du nouvel hospice, signale les amendements réalisés, ceux qui restent encore à faire, ce qu'il y a de vicieux encore dans la disposition actuelle, d'incomplet dans les nouveaux bâtiments, et en déduit, comme conséquence naturelle, la nécessité de l'achèvement de l'asile par l'administration.

Au point de vue médical, cette première partie est d'un haut intérêt. De la critique intelligente à laquelle s'est livré l'auteur de l'établissement qui est confié à ses soins, ressortent d'utiles enseignements et des préceptes précieux sur les mesures qui doivent être prises quant aux dispositions des dortoirs, des infirmeries, des promenoirs, à l'isolement des quartiers, et à mille autres détails dont l'ensemble constitue presque la moitié de la thérapeutique de l'aliénation mentale.

La seconde partie du livre de M. Aubanel comprend les études statistiques, précédées de quelques généralités sur l'emploi de la méthode statistique appliquée à l'étude de l'aliénation mentale, méthode que l'auteur considère comme un moyen d'instruction, comme un élément nécessaire dans la recherche de la vérité, mais non comme une panacée capable de donner la solution de toutes les questions scientifiques. « Nous pensons, dit-il, que l'homme doué d'un bon esprit d'observation, d'une instruction solide et d'un jugement éprouvé peut, sans l'aide de la statistique, faire progresser les connaissances humaines; mais nous sommes d'avis également que tout observateur, quelque grande que soit sa sagacité, arrivera toujours à plus de certitude si à ses investigations judicieuses il sait allier la méthode numérique, ne demandant aux chiffres que ce qu'ils peuvent donner, faisant de la statistique raisonnée, ne négligeant dans cette étude aucun des moyens propres à éviter l'erreur et à découvrir la vérité; c'est à cette condition seulement que la méthode numérique nous paraît susceptible d'être employée avec avantage et profit pour la science. »

Joignant la pratique à la théorie, c'est suivant ces errements que M. Aubanel examine tour à tour, dans autant de chapitres séparés, le chiffre de la population à chaque fin d'année et celui des admissions, les caractères de l'aliénation mentale, ses causes, les sorties, les guérisons, les récidives, la mortalité, et présente des considérations générales sur le traitement de la folie. Nous recommandons en particulier ce dernier chapitre aux médecins, spécialistes ou non, qui liront l'ouvrage de M. Aubanel.

En résumé, nous dirons que, sous forme d'un compte-rendu, chose ordinairement assez ingrate en raison des chiffres dont elle est hérissée, M. Aubanel a fait un travail utile à la fois et attachant, et qu'il serait à désirer que tous les médecins auxquels sont confiés des asiles d'aliénés en France prissent la peine de rassembler, au bout d'un laps de temps donné, de pareils renseignements, desquels ne pourraient manquer de sortir souvent des rapprochements utiles aux progrès de la science et au bien de l'humanité.

Dr A. Foucart.

térêt de cette grande cité les ramènera probablement un jour, Girard, Trolliet, Dubouchet, méritent une mention dans cette esquisse.

M. Girard, aujourd'hui médecin-directeur de l'asile des aliénés d'Auxerre, avait trouvé dans une admirable situation dominant l'Yonne un misérable local flanqué de cabanons à la manière antique. L'activité de son esprit et de son intelligence lui fit concevoir, adopter et obtenir de mettre à exécution avec promptitude un plan dispendieux à la vérité, mais admirable dans son ensemble comme dans ses détails. Le docteur Girard, qui a le génie de sa spécialité, a depuis cette époque obtenu les plus remarquables succès. Il a soutenu avec ténacité l'enseignement de la musique, qui distrait si agréablement les aliénés de la persévérance de leurs idées fixes. Spectacle touchant dont récemment encore je viens d'être témoin dans l'établissement de Nancy, asile de Maréville, dirigé par MM. Renaudin, directeur, et Morel, médecin en chef de l'hospice, et dont j'aurai à parler plus tard, l'introduction de la musique étant un problème difficile, qui me paraît résolu, bien que ce ne soit pas adopté partout.

M. Girard s'est de bonne heure attaché à cette idée fondamentale, professée par Langermann et M. Falret, qu'il faut considérer un établissement d'aliénés comme une maison d'éducation pour l'enfance, et à cette autre idée de génie, due à M. Ferrus, qu'il faut appliquer les forces de ces infortunés au travail des champs. Idée grande, qui est le complément de celle de Pinel brisant leurs chaînes!

Tant de succès, des vues aussi philanthropiques ne pouvaient manquer d'appeler sur sa tête les foudres de la calomnie, et M. Girard succomba. Mais le ministre Trélat mit fin à cette révoltante iniquité dès qu'il en fut informé. Honneur et justice à qui de droit! Aujourd'hui ce médecin poursuit noblement sa carrière sous la tutelle de M. Haussmann, préfet de l'Yonne, administrateur ferme et éclairé.

Le docteur Trolliet, que des chagrins avaient précipité vers l'Algérie, s'est distingué par plusieurs publications et entre autres par un bon livre, le *Nouveau traité de la rage*, en 1820. Une louve avait exercé d'affreux ravages aux environs de Lyon, et, si j'ai bonne souvenance, ce médecin eut occasion de visiter et soigner quatorze des malades. Aussi son ouvrage est rempli de considérations piquantes et neuves.

La *Statistique médicale de la province d'Alger* ne sera pas le dernier mot de ce médecin éclairé; espérons qu'il ne rejoindra pas sa mère-patrie sans l'enrichir d'un bon traité sur les maladies de l'Afrique française. Plusieurs médecins se sont déjà exercés sur de semblables questions, et il serait injuste de passer sous silence un excellent ouvrage de M. Bonnafont, intitulé : *Géographie médicale d'Alger et de ses environs*.

Signalons encore un grand fait de dévouement et de courage : dès que l'épidémie de 1832 fut connue, MM. Trolliet, Bottex et Polinière vinrent au milieu de nos hôpitaux et de nos amphithéâtres puiser les documents qui devaient protéger leurs compatriotes, éclairer leurs confrères, et à leur retour ils se hâtèrent de publier leur rapport, vrai modèle en ce genre.

Bien que le docteur Dubouchet réside à Lamotte-Grenoble pendant la saison des eaux, il n'appartient pas moins à la ville de Lyon, où il exerce son art pendant neuf ou dix mois. C'est un médecin d'une grande distinction. On lui doit la relation médicale de l'épidémie de Londres et d'Edimbourg, qu'il est allé étudier sur les lieux. Il est auteur d'un ouvrage aussi curieux que pittoresque sur les eaux alcalines-bromurées de Lamotte, dont la température est de 60 degrés et même de 65 dans quelques filons. Rien n'est intéressant et ne pique plus la curiosité que la description que fait l'auteur des sites qui environnent l'établissement des eaux. Les touristes n'ont assurément jamais vu rien de plus merveilleux dans la Suisse.

N'ayant à m'occuper que de ce qui est médical, je me bornerai à dire que la vallée de Lamotte-Grenoble, où prospèrent au milieu des montagnes la vigne, le mûrier et tous les arbres à fruit, offre aux malades un séjour plein de charmes et de douceur. Le docteur Dubouchet signale entre autres une circonstance particulière, presque unique dans les établissements des eaux thermales, c'est l'absence de la rosée, ou serein; au point que sur le soir on s'y promène sans le moindre danger sur une vaste prairie constamment couverte d'un gazon velouté. Selon ce médecin, les eaux de Lamotte sont utiles dans les rhumatismes, les maladies des articulations, les caries, les déviations de la taille, les scrofules, la sciatique, l'hystérie, les affections du foie, la gravelle, les bronchites chroniques, les maladies de l'utérus, les myélites et diverses paralysies, l'atrophie, l'anémie, les dartres, les affections de l'estomac, etc. C'est le lieu de prédilection des médecins de Lyon. Les docteurs Montain, Bouchacourt, Gensoul, Bonnet, Desgaultières, Gilibert, Gubian, Imbert, Candy et Fouilloux, etc., y envoient leurs malades et s'en applaudissent.

Parmi les publications des médecins résidants, il faut mettre en première ligne l'*Hygiène de la ville* et le *Traité de la salubrité dans les grandes villes*, par deux hommes supérieurs, MM. Polinière et Montfalcon. Ce sont deux chefs-d'œuvre, dont le dernier est à une seconde édition déjà épuisée. On se demande, en voyant de semblables travaux, par quelle fatalité l'hygiène de Paris et sa topographie médicale n'existent encore que dans des ébauches. Naples aussi nous a bien dépassés; car rien n'est aussi complet et aussi savant que le magnifique ouvrage du chevalier de Renzi sur la statistique et la topographie médicale de cette contrée.

M. Montfalcon a également publié un ouvrage qui a eu beaucoup de retentissement, l'*Histoire des marais et des maladies causées par les eaux stagnantes*.

Rien aussi n'a été négligé pour bien faire apprécier l'importance et la valeur des asiles des malades. Outre les articles particuliers insérés dans les travaux précédemment cités, M. Pointe fit paraître, en 1842, l'*Histoire topographique et médicale du grand Hôtel-Dieu*, suivie, en 1845, de son *Histoire médico-chirurgicale*, par son chirurgien-major, M. Pétrequin, auteur d'un *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*.

Telle est la tendresse filiale que les médecins de cet asile, qui n'y séjournent que six à douze ans, montrent à l'envie, tandis que l'Hôtel-Dieu de Paris, qui compte douze cents ans d'existence et plusieurs centaines de médecins qui l'on fréquenté ou habité pendant un demi-siècle, n'a pas encore son historien! et cependant l'histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris serait l'histoire de la médecine, et surtout de la grande chirurgie.

Il y a également dans cette ville un bon établissement d'orthopédie, dirigé par le docteur Pravaz, médecin instruit et membre correspondant de l'Académie nationale de médecine. C'est l'équivalent de celui de notre savant collègue, le docteur Bouvier, à Paris.

Lorsque l'on réfléchit à la marche rapide du temps, à la brièveté des jours, comparée à la multiplicité des affaires d'un médecin d'hôpital, professeur, praticien, on se fait difficilement une idée de la prodigieuse fertilité littéraire de certains hommes, tels que MM. Brachet, à Lyon, et Landouzy, à Reims; fertilité encore dépassée par les travaux du docteur Piorry. Je ne passe jamais à Lyon sans que le docteur Brachet me gratifie de quelque bonne étrenne, et, remarquez que ce ne sont pas de simples et courts mémoires; ce sont des ouvrages complets, couronnés par l'Académie nationale de médecine, couronnés par l'Institut, couronnés par la Société de médecine de Bordeaux, qui compte tant d'hommes éminents. Tels sont le *Traité de l'hypocondrie*, celui de l'hystérie, les *Recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionaire*, et le *Mémoire sur l'asthénie*.

Le docteur Landouzy semble taillé sur le même patron que le médecin de Lyon. Comme lui, il est absorbé par une grande pratique; comme lui, il a été couronné quatre fois, et par notre Académie, et par l'Institut. Une citation du docteur Brachet sur l'un des ouvrages de son compétiteur, l'*Hystérie*, suffira pour le caractériser parfaitement :

« Des recherches immenses, un esprit juste et sévère et une connaissance profonde de la maladie caractérisent ce travail important. L'auteur y place le siége dans tout l'appareil génital, et non exclusivement dans l'utérus, opinion qu'il réfute très heureusement. » (Page 28.)

J'ai cité le professeur Piorry, et je dois compléter mon idée. En moins de quinze ans, outre plusieurs mémoires, il a publié douze volumes, dont huit comprennent toute la médecine interne, trois la séméiologie, et un les altérations du sang. Ce dernier, d'accord avec M. Lhéritier. En vérité il faut que de pareils hommes ne dorment jamais : quel heureux privilége!

Dès le siècle dernier l'enseignement de l'art vétérinaire jetait un vif éclat à Lyon sous la direction de Bourgelat, dont la renommée est en vénération chez ses successeurs; les *Eléments de l'art vétérinaire et de matière médicale raisonnée* l'assurent à tout jamais. L'Ecole n'a point dégénéré depuis; elle compte toujours des hommes remarquables, parmi lesquels il nous est permis de citer le professeur Tisserant, qui s'est fait distinguer au congrès scientifique de Nancy. Je tiens de son obligeance la note suivante qui mérite d'être conservée :

« Le typhus contagieux de l'espèce bovine qui a paru en 1711, 1740, 1774, 1795, 1815, 1844 est originaire des steppes de la Hongrie et de la Podolie; mais il n'y règne point à l'état enzootique. Il ne paraît pouvoir prendre naissance que lorsque les animaux se trouvent exposés à des causes occasionnelles, telles que l'encombrement, les fatigues que les convois de bœufs éprouvent dans leur marche, etc. On l'a presque toujours observé pendant les guerres auxquelles l'Allemagne a pris part.

» Aucune observation positive ne prouve que le typhus contagieux des bœufs, encore appelé peste bos-hongroise, fièvre pestilentielle, peste des bœufs, puisse apparaître spontanément sur les animaux qui ne sont pas originaires de la Hongrie ou de la Podolie, ou qui n'y ont pas vécu assez longtemps pour contracter la prédisposition au typhus; mais elle se transmet par infection miasmatique à tous les animaux de l'espèce bovine, quelles que soient leurs provenances et leurs races, et devient épizootique si des mesures sévères d'isolement, le sacrifice même des premiers sujets affectés ou suspects n'a pas lieu.

» Pendant les épizooties de typhus, les autres espèces domestiques, telles que celles du cheval, du chien, du porc et même des oiseaux de basse-cour, participent dans une certaine mesure, et avec les différences qu'entraîne la différence d'organisation, à l'affection typhoïde, et offrent quelques symptômes de fièvre générale, d'altération du sang, » etc...

Et puisque nous touchons à des questions de médecine vétérinaire, jetons un coup d'œil rétrospectif sur la ville de Nantes, pour raconter sommairement un fait des plus extraordinaires publié par le docteur Bonamy, médecin aussi éclairé que modeste et consciencieux.

Un homme de quarante ans, qui n'avait eu aucun rapport avec les chevaux, fut atteint (avril 1839) de morve aiguë avec farcin. Les recherches les plus scrupuleuses faites par ce médecin, de concert avec le docteur Gély, son ami, ne conduisirent à aucune découverte de contact. Cependant on apprit que, quelques années auparavant, l'individu avait, contre des douleurs rhumatismales, fait de nombreuses frictions avec de la graisse de cheval prise dans les abattoirs.

Y avait-il dans cette graisse un élément contagieux? Peut-on raisonnablement admettre une incubation de plusieurs années? Ou bien doit-on croire à une morve spontanée?

Toutefois, ceci me conduit à une observation de fait que je répète souvent et qui est appuyée sur une loi d'éternelle expérience; c'est qu'il est des époques où les maladies épidémiques contagieuses et à infection zootique font explosion avec facilité, parce que la cause principale, la cause matérielle qui met tout en jeu rencontre cette cause inconnue, ce τὸ θεῖον des anciens. Que si cette cause inconnue, qu'elle sorte du sol, de l'atmosphère ou qu'elle modifie les masses, vient à manquer, alors point d'épidémie, point de contagion, point d'infection zootique.

On pourrait déjà appliquer ce raisonnement à la morve, dont pendant une dizaine d'années, après les savantes recherches de l'académicien Rayer, les observateurs recueillirent des cas assez nombreux, devenus plus rares de nos jours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 septembre 1850. — Présidence de M. Pertus.

M. Dancel écrit une lettre par laquelle il donne sa démission de membre de la Société.

— La correspondance comprend l'envoi du *Bulletin de la Société de Médecine de Poitiers*.

— M. Guersant communique un nouveau fait de trachéotomie qu'il vient de pratiquer en ville avec succès, à la suite du croup. C'est le huitième cas de guérison sur 51 opérations faites par lui en ville à la suite de croups véritables. Ce dernier fait prouve l'avantage qu'il y a d'opérer de bonne heure. Il s'agit d'une petite fille âgée de quatre ans, qui éprouva pendant trois à quatre jours des symptômes de croup, mais sans suffocation très forte; les fausses membranes marchaient lentement. M. Guersant fut appelé; ayant trouvé peu de suffocation, il conseilla le traitement de M. Miquel, d'Amboise, qui dans cette circonstance fut insuffisant. La suffocation ayant reparu très intense pendant la nuit, l'opération fut jugée nécessaire et pratiquée immédiatement.

On plaça la canule, par laquelle sortirent des fausses membranes; elle fut retirée le cinquième jour. M. Guersant cite ce fait pour prouver que, bien que la maladie durât depuis huit jours, l'enfant n'a pas été longtemps suffoquée, l'opération ayant été pratiquée aussitôt que cet accident menaça de devenir dangereux, et aussi pour faire voir qu'on peut quelquefois retirer de bonne heure la canule. Ce qui l'a engagé à la retirer sitôt, c'est que, l'enfant ayant craché un peu de sang, il a craint que l'extrémité de cet instrument ne blessât la trachée.

M. Duhamel demande s'il y a eu des vomissements quelques jours après l'opération. Il fait cette question, parce que M. Nélaton lui a dit avoir vu survenir cet accident sans pouvoir bien s'en rendre compte.

M. Guersant répond qu'on l'a observé quelquefois, mais il ne pense pas que ce soit une chose commune; ce qu'il a remarqué plus souvent, c'est que quelques opérés avalent tout à fait de travers, c'est-à-dire que les liquides passent par la trachée, et cela pendant quinze jours à trois semaines. Du reste, aucun de ces deux accidents ne s'est montré dans le cas qu'il vient de rapporter. Il ajoute que, dans ce dernier cas, il a redoublé d'attention pour les soins consécutifs à l'opération. Ces soins ont consisté à mettre une portion de taffetas ciré derrière le pavillon de la canule pour empêcher que la plaie ne se dessèche et ne détermine là une certaine chaleur de la trachée; mais ce qui empêche surtout que la trachée ne se dessèche, c'est la cravate qu'il met par-dessus la canule. Quant à la nourriture des malades, il donne tout de suite du bouillon de poulet, surtout quand ils ont été débilités par des sangsues.

M. Pertus demande à M. Guersant pendant combien de temps il a employé le calomel et l'alun.

M. Guersant répond que, dans ce cas, il a administré ces deux substances pendant dix-huit heures, et que la petite malade a pris ainsi neuf grains de calomel et autant d'alun.

M. Picard pense que le succès de cette opération est principalement dû à ce qu'elle a été pratiquée de bonne heure, avant que des accidents graves n'aient compromis la vie de la petite malade; il croit que la plupart des revers nombreux qui suivent la trachéotomie après le croup sont la suite d'une trop longue temporisation.

M. Guersant. C'est aussi mon opinion : il faut agir dans le croup comme dans le cas de hernie étranglée, c'est-à-dire qu'après avoir employé sans succès les moyens généralement conseillés, autres que l'opération sanglante, il faut se hâter de recourir à cette dernière avant qu'il ne se soit développé des accidents assez graves pour compromettre la réussite.

M. Masson partage entièrement la manière de voir de M. Guersant; mais, chez l'enfant qu'il vient de citer, avait-on employé tous les moyens les plus énergiques et les plus rationnels avant que d'en venir à l'opération?

M. Guersant admet plus que personne qu'on peut guérir du croup sans opérer, surtout depuis qu'on a le moyen de M. Miquel. A l'hôpital des Enfants, on en a guéri déjà environ une dizaine à l'aide de cette médication. Mais il croit aussi que, arrivé à la période de suffocation, il est dangereux d'attendre plus longtemps.

M. Picard répète qu'il y a tout à gagner à opérer de bonne heure dans le cas de croup, parce que l'opération de la trachéotomie n'est pas grave par elle-même, comme le prouve celle que l'on pratique dans le cas de corps étranger. Il pense qu'il est plus conforme aux règles de la bonne chirurgie d'opérer un cas qui, à la rigueur, aurait pu guérir sans opération que de courir la chance par de trop longs délais de voir survenir des accidents capables de compromettre ou même de rendre inutile l'opération. L'important est d'arracher le malade à la mort; il est plus téméraire d'attendre trop longtemps que d'opérer trop tôt.

M. Masson, revenant sur les moyens médicaux. Il ne faut cependant pas, dit-il, rejeter les sangsues comme inutiles; car enfin, dans la pleurésie, la péritonite, on prévient souvent, à l'aide de ce moyen, la production des fausses membranes; pourquoi ne le tenterait-on pas dans le cas de croup, lorsque la maladie est encore susceptible de résolution.

M. Guersant. Je ne suis pas contre les sangsues toujours et quand même. Sur vingt malades qui ont le croup, il y en a peut-être un ou deux chez lesquels les sangsues ou même la saignée peuvent être avantageuses; mais quand les fausses membranes sont formées, les évacuations sanguines sont au moins inutiles.

M. Dupertuis pense que le croup ne gît pas seulement dans la trachée, mais aussi dans les bronches.

M. Boyer. La question du traitement du croup est très épineuse, et il est très difficile de la formuler d'une manière précise et générale; il y a là le grand chapitre des éventualités. Les sangsues sont souvent indiquées dans beaucoup d'affections qui préludent au croup; mais je crois que dès le moment où l'existence du croup est confirmée par la présence de fausses membranes, les sangsues ne sont plus utiles, et deviennent même nuisibles. Il faut alors avoir recours à un autre mode de traitement. Je n'admets pas d'ailleurs l'analogie que M. Masson paraît établir entre l'inflammation des séreuses et des muqueuses, et par suite je rejette l'induction qu'il en tire pour combattre par le même moyen les produits de sécrétion de ces membranes si différentes.

M. Masson. Dans les affections catarrhales, qui sont des affections des muqueuses, ne retire-t-on pas un grand avantage des sangsues?

M. Guersant. Dans un catarrhe, il y a augmentation de sécrétion, tandis que dans le croup c'est un produit de nouvelle formation.

M. Masson persiste à penser que par les sangsues on peut empêcher la production de fausses membranes sur les muqueuses comme sur les séreuses.

— M. Carron continue la lecture de son mémoire sur les troubles fonctionnels de l'estomac. Dans cette seconde partie de son travail, M. Carron, après avoir fait ressortir les points d'analogie et de divergence entre sa manière de voir et la doctrine physiologique

telle que l'a formulée Broussais, cherche à faire remarquer comment toutes les maladies peuvent tirer leur origine du trouble primordial de la digestion ; mais il fait de suite comprendre comment ces maladies diffèrent de ce que l'on a, suivant lui et à tort, confondu avec l'inflammation. Il établit comment tous ces désordres peuvent être rapportés à une augmentation ou à une diminution de l'influx vital ; ce qui le conduit à demander une nouvelle définition de l'inflammation : aussi, d'après sa manière de voir, il conclut à une thérapeutique toute différente. Sa théorie repose sur des déductions empruntées à la physiologie expérimentale ; il arrive ainsi à établir que bon nombre de névroses, des affections catarrhales, organiques même, sont la conséquence du trouble de la digestion ; l'étude toute spéciale qu'il a par conséquent faite de la digestion l'a, dit-il, conduit à la découverte d'une loi dont l'application thérapeutique serait, suivant lui, d'une immense importance, à savoir : que l'acide chlorhydrique, que les physiologistes ont, jusqu'à présent, considéré comme l'élément actif et indispensable de la fonction digestive, serait de nature à réveiller et à régulariser cette fonction quand, par une cause quelconque, elle viendrait à se déranger. Une fois en possession de cette idée première, il a rapporté un certain nombre d'expériences qui lui ont paru confirmatives, et qui l'ont conduit à composer une médication dans laquelle l'acide hydrochlorique jouait le principal rôle. Il appuie sa théorie sur les expériences antérieures de Fourcroy, dont il a trouvé les détails dans l'*Encyclopédie méthodique*, à l'occasion de l'histoire de l'acide marin, et dont l'application paraît on ne peut plus favorable à sa manière de voir. Il se livre à une étude rétrospective des propriétés médicinales de l'esprit de sel qu'il trouve avoir contribué à la réputation de certaines panacées autrefois très célèbres.

Partant de ce point que cet agent thérapeutique jouissait de propriétés spéciales, il en conclut qu'associé aux toniques astringents d'une espèce toute particulière, et dont les propriétés sont parfaitement établies, il pourra augmenter l'activité physiologique des organes digestifs en leur rendant le ton et l'énergie dont ils manquent, et qui pourrait être le point de départ d'une foule de maladies. Sa théorie est, d'ailleurs, accompagnée d'expériences pratiques récentes qui semblent la confirmer en tous points. Il rapporte nombre de cas dans lesquels la dose de l'acide chlorhydrique a pu être impunément élevée à 8 et 15 grammes et plus par jour, dans le choléra, par exemple, dans certaines affections catarrhales pulmonaires et intestinales, et dans toutes ces formes de gastralgies si communes, appelées vulgairement des gastrites chroniques, auxquelles donnent le plus souvent naissance ces indigestions journalières que provoque l'usage du café au lait et des repas mal réglés, les affections tristes et les excès de tout genre.

Il termine en donnant la formule de la composition appelée vin de colombo, composé qui n'est autre chose qu'une macération très forte de quinquina, bistorte, colombo, baies de genièvre, écorce d'orange additionnée d'une à deux parties d'acide pour cent de véhicule. Il prévient aussi de toutes les précautions dont il convient de s'entourer dans la préparation de ce remède, tant pour les qualités de l'acide que pour le choix des substances qui l'accompagnent, comme aussi des applications variées que l'on peut en faire avec les préparations de quinquina et autres.

D[r] G. Picard, *secrétaire annuel.*

DE L'USAGE MÉDICAL

des chaînes galvano-électriques rhumatiques.

Par M. Santo-Padre.

On connaît la composition de ces chaînes, dites de Goldberger. Elles sont constituées par une série d'anneaux oblongs, l'un de zinc, l'autre de cuivre, se terminant par deux anneaux de métal différent qui se réunissent dans un cylindre de verre. Leur inventeur les préconise contre les affections goutteuses, rhumatismales et nerveuses.

M. le docteur Santo-Padre a fait une chose utile en cherchant à s'éclairer sur la valeur véritable de cet agent prôné par les personnes étrangères à l'art avec un enthousiasme irréfléchi. Il publie sept observations constatant les résultats obtenus par son application dans des conditions pathologiques variées. Chez les cinq premiers sujets, dont l'affection rhumatismale ou goutteuse était de date récente, l'emploi des chaînes procura un soulagement toujours assez rapide et parfois durable tant qu'on gardait l'appareil en place. Les deux derniers n'en ont retiré ni amendement ni aggravation de leur mal.

L'auteur rappelle, en terminant, la manière dont il faut s'y prendre pour bien appliquer le remède. Dans les maladies de la tête, du cou et de la poitrine, on doit mettre la chaîne autour du cou, de telle sorte que le cylindre de verre repose sur la poitrine, ou sur le cœur, ou sur les vertèbres dorsales entre les omoplates. Pour les affections de la partie inférieure du corps, la chaîne entourera le bas-ventre, le cylindre étant placé sur le siége même du mal. La chaleur est nécessaire si l'on veut obtenir de ce traitement ses bons effets.

Quant à la chaîne, on aura soin de la frotter souvent pour en prévenir l'oxydation; et, si son action s'affaiblit, il faut laver avec de l'eau salée la partie où on l'applique, afin de provoquer un développement plus abondant d'électricité.

(*Il Raccoglitore medico* et *Gaz. méd.*)

DE LA SANTONINE UNIE A LA STRYCHNINE

dans les cas rebelles de vers ou de ténia.

Par M. Cerri.

Lorsque les vers n'ont pas cédé aux médications ordinaires ou même lorsque le ténia existe, M. Cerri s'est bien trouvé de la formule suivante :

Santonine pure.	2 grammes 4 décigr.
Strychnine.	7 centigr. et demi.
Poudre de racine de jalap. . .	12 grammes.
Sucre pulvérisé.	15 —

Mêlez et divisez en 24 doses égales.

Le malade devra en prendre six par jour de trois heures en trois heures, et boire après chacune d'elles un bouillon fait au beurre.

L'auteur avertit avec raison les praticiens de s'assurer préalablement de la bonne qualité des médicaments.

(*Gazzetta medica Lombarda* et *Gaz. méd.*)

NOUVELLES.

Par décret en date du 25 novembre, la chaire de botanique de la Faculté de médecine de Montpellier est convertie en une chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale. Il sera pourvu par la voie du concours à cette nouvelle chaire.

— M. le docteur Desmarres vient de recevoir du roi de Suède et de Norwége la décoration de chevalier de l'ordre de l'Etoile polaire, en récompense de l'instruction spéciale qu'il a donnée à un grand nombre de médecins suédois pendant ces dernières années.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Réju, chirurgien aide-major commissionné au 53[e] de ligne, est nommé aide-major de 2[e] classe au même régiment.

M. Chenu, chirurgien sous-aide à l'hôpital du Val-de-Grâce, est désigné pour passer à la division d'Alger.

M. Grinelle, chirurgien-major de 1[re] classe à l'hôpital du Gros-Caillou, est désigné pour l'état-major de la 1[re] division.

M. Charles, chirurgien-major de 2[e] classe au 12[e] dragons, est désigné pour passer au 1[er] chasseurs.

M. Collin, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bastia, est désigné pour passer à l'hôpital du Gros-Caillou.

M. Clozel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Lyon, est démissionnaire.

M. Xardel, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Versailles, est démissionnaire.

M. Comon, chirurgien aide-major commissionné au 14[e] léger, est nommé aide-major de 2[e] classe au même régiment.

— Il y a, cette année, une augmentation assez sensible dans le chiffre des inscriptions à la Faculté de Médecine. Parmi les nouveaux inscrits, on compte un assez grand nombre d'étrangers, qui trouvent, comme on le sait, dans l'organisation de nos amphithéâtres et de nos établissements scientifiques, des moyens d'étude et d'instruction qu'on ne rencontre pas ailleurs.

Indépendamment des Etats de l'Europe, les pays qui fournissent le plus d'étudiants sont : les Etats-Unis, le Brésil, le Pérou, la Nouvelle-Grenade. On remarque en outre, parmi les élèves nouveaux, deux jeunes Persans de Mesched ; un jeune Havaïs, neveu d'un ministre du roi des îles Sandwich ; deux Abyssiniens de Gondar, et un jeune Arabe, fils d'un des principaux marabouts de la province de Constantine, qui possède la connaissance de la langue française et les éléments des sciences naturelles.

— Nous rapportions, il y a quelques jours, la mort d'une jeune fille, victime de l'erreur d'un garçon pharmacien, qui avait livré au père de cette enfant une fiole de laudanum au lieu d'une fiole d'huile de ricin qui avait dû être préparée pour la jeune malade. L'auteur de cet homicide par imprudence, le sieur Geordant, et son patron, le sieur Ravault, pharmacien, rue de Ménilmontant, 3, comparaissaient hier devant le tribunal correctionnel.

Il est résulté des débats que le sieur Ravault n'est pas reçu pharmacien, et qu'ainsi il n'a pas le droit de tenir officine ; de plus, son commis, le sieur Maurice Geordant, au mépris des règlements, n'est pas inscrit sur la liste des élèves en pharmacie.

L'organe du ministère public a requis contre les prévenus une application sévère de la loi.

Le tribunal, faisant à Geordant application de l'article 319 du Code pénal, pour le fait d'homicide par imprudence, l'a condamné à quatre mois de prison et à 50 fr. d'amende.

Le sieur Ravault, par application de l'article 1383 du Code civil, comme civilement responsable de son élève, des articles 1[er] de la loi du 19 juillet 1845 et 11 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, a été condamné à six jours de prison et à 2,000 fr. d'amende.

Le sieur Ravault aura, en outre, à répondre plus tard à la prévention d'avoir tenu une pharmacie sans être muni d'un diplôme de pharmacien.

— *Erratum.* — D'après les justes observations de quelques-uns de nos abonnés, nous prévenons nos lecteurs qu'il s'est glissé une erreur dans la formule de M. Caizergue que nous avons publiée dans notre numéro du 31 octobre. Au lieu de *quatre* pilules, c'est *quarante* qu'il faut lire.

Ceux de nos abonnés qui veulent faire collection de la *Gazette des Hôpitaux* à partir de l'année 1849 (l'année 1849 a commencé une nouvelle série d'un nouveau format ; de cette année aussi date la publication de nombreuses gravures dans le texte de ce journal) peuvent se procurer au Bureau les numéros qui leur manquent.

Le prix de ces numéros, fixé à 10 centimes, peut être adressé en un mandat de poste ou en timbres-poste joints à la lettre de demande.

La *Gazette des Hôpitaux* (année 1849), reliée en élégante et solide demi-reliure, ne se vend que 17 fr. 20 c.

Je soussigné, ancien capitaine, chevalier de la Légion-d'Honneur, demeurant à Montmartre, chaussée de Clignancourt, 53, atteint depuis 25 ans d'une goutte qui ne me laissait pour ainsi dire pas de repos, et pour laquelle j'ai usé de tous les remèdes imaginables, certifie que, d'après les conseils de mon médecin, j'ai fait usage du sirop anti-goutteux de Garigue (1). Ce sirop m'a procuré, chaque fois que j'en ai pris, un soulagement presque instantané.

Manceaux.

Montmartre, 30 octobre 1850.

(1) Dépôt général chez M. Roques, pharmacien, rue St-Antoine, 166; chez M. Jutier, place de la Croix-Rouge, 36, et dans toutes les bonnes pharmacies. Prix : 15 fr. — M. Roques enverra gratuitement un flacon de ce sirop à tout médecin qui voudra l'expérimenter sur ses malades et qui lui en fera la demande par écrit.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 142. (23e ANNEE.) MARDI 3 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 2 DÉCEMBRE 1850.

Admission des malades dans les hôpitaux.

Il est rare qu'au renouvellement de la mauvaise saison l'administration des hôpitaux ne recommande pas avec instance l'exécution de l'article du règlement qui prescrit aux médecins, aux chirurgiens et aux médecins-internes de n'admettre d'*urgence* dans les hôpitaux que les malades qui sont dans l'impossibilité absolue de se transporter ou même d'être transportés au bureau central. Il est rare aussi que nous manquions, à ce propos, de nous élever contre l'article en question, et surtout contre la recommandation sévère de l'administration.

Ce n'est pas que nous méconnaissions les avantages administratifs qu'il y aurait à ce que tous les malades admis dans les hôpitaux fussent reçus à l'administration centrale. C'est là seulement que l'on connaît le nombre de lits vacants dans chaque établissement; et, pour cette raison, c'est là seulement que l'on peut répartir d'une manière convenable la population maladive dans les divers quartiers de la capitale. Mais ces avantages, disons-le bien, sont exclusivement ou presque exclusivement administratifs, et ils sont malheureusement contraires à l'intérêt des malades.

Qu'un malheureux, en effet, se présente à l'hôpital Beaujon au début d'une pneumonie, surtout par une température d'hiver; évidemment cet individu n'est pas assez malade pour être reçu d'urgence, c'est-à-dire pour ne pouvoir pas se transporter au bureau central, qui se trouve à une lieue de l'hôpital Beaujon; il ira donc jusqu'à la place Notre-Dame; là il sera admis, et on lui délivrera un billet pour entrer peut-être à l'hôpital Beaujon! Ce malheureux aura fait deux lieues, à son grand détriment, pour entrer précisément dans l'établissement où il s'était d'abord présenté, et où les médecins auront dû lui dire qu'il n'y avait pas de place pour lui.

Ce que nous disons d'un pneumonique, nous pourrions le dire de beaucoup d'autres malades : nous avons souvent cité, et nous ne cesserons de le rappeler, l'exemple d'une vieille femme qui, en 1842, vint demander son entrée, justement à l'hôpital Beaujon, présentant les prodromes d'une attaque d'apoplexie cérébrale; l'interne de service ne put, malgré ses instances, faire admettre cette femme à l'hôpital, le directeur ayant jugé qu'elle était en état de se transporter jusqu'au bureau central; elle voulut s'y transporter en effet; mais, arrivée à l'église Saint-Philippe-du-Roule, l'attaque dont elle était menacée se déclara, et la pauvre femme tomba au milieu de la rue; elle fut transportée à l'hôpital Beaujon, où cette fois M. le directeur se décida à la laisser entrer.

M. Davenne, qui vient de rééditer pour la centième fois peut-être la circulaire objet de ces quelques lignes de critique, s'est-il fait renseigner d'une manière complète sur les faits dont nous parlons? Nous aimons à en douter; car nous nous expliquerions difficilement, s'il en était ainsi, qu'un esprit aussi judicieux et qu'un homme aussi humain fût tombé dans les errements depuis si longtemps et si justement condamnés par tous les hommes qui savent au besoin s'élever au-dessus des intérêts de bureaucratie. Si M. Davenne n'a pas été éclairé à cet égard, que fait ce conseil de surveillance, que fera-t-il du moins? C'est ce que nous chercherons à savoir : nous aimons à penser que les confrères qui siégent dans ce conseil n'autoriseront pas par leur silence une mesure qu'ils ont certainement maintes fois condamnée comme médecins.

Puisque l'occasion (occasion bien fâcheuse pour nous) se présente de parler de l'admission des malades dans les hôpitaux, renouvelons une fois de plus une demande que nous avons faite bien des fois aussi. Depuis quelques années des voitures ont été créées pour transporter les facteurs de la poste dans les divers quartiers de Paris, et diminuent d'autant les fatigues de ces fonctionnaires; d'autres voitures même ont été créées pour transporter les malfaiteurs et pour leur éviter la honte d'être conduits la chaîne au cou, comme des bêtes malfaisantes; pourquoi en sommes-nous encore à désirer des voitures pour transporter les malades du Bureau central dans les divers établissements sur lesquels ils sont dirigés? Nous l'ignorons. Ce ne peut être certainement la dépense qu'exigerait une semblable amélioration; car cette dépense serait insignifiante en comparaison des avantages qu'elle aurait. Deux voitures, deux hommes de peine, et quatre chevaux au plus, suffiraient probablement pour le service que nous demandons, et le budget des hôpitaux est de dix-sept millions!

Nous appelons donc aussi d'une manière spéciale, sur ce sujet, l'attention de M. le directeur de l'assistance publique; et si ces lignes ne parviennent pas jusqu'à lui, nous déposons avec confiance notre réclamation entre les mains des membres médecins du conseil de surveillance.

H. de Castelnau.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. CAZENAVE.

Lichen agrius. — Erysipèle ambulant. — Disparition du lichen tant que dure l'érysipèle. — Sa réapparition. — Traitement par les pilules d'aconit. — Guérison.

Par M. CHAUSIT, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

L'observation suivante de lichen agrius offre un grand intérêt; elle confirme les opinions professées depuis assez longtemps déjà par notre honorable maître M. Cazenave sur le siége anatomique des maladies de la peau.

Il n'est pas inutile, en effet, de rappeler ici que le but principal de cette publication est d'ouvrir des voies nouvelles à l'étude de la dermatologie. Au double point de vue et de la nature des affections cutanées et de l'application d'une thérapeutique rationnelle, grâce aux connaissances acquises sur la structure de la peau, les maladies dont elle est le siége ont subi une révolution presque complète. Localiser ces maladies, les faire rentrer dans le cadre de la pathologie générale d'où elles avaient été exclues, tel est le problème à résoudre que doivent s'imposer les esprits sérieux. Disons-le tout de suite, les efforts persévérants poursuivis dans cette direction ont déjà produit d'heureux résultats; et, pour ne pas sortir du sujet particulier qui nous occupe, nous allons trouver dans le fait suivant une espèce de démonstration clinique de la véritable nature des affections papuleuses. M. Cazenave, en effet, localise anatomiquement ces affections dans les papilles de la peau; envisageant ensuite les causes, la marche et les symptômes de ces maladies, il les considère comme des affections nerveuses, comme des lésions de la sensibilité, dont la papule n'est qu'un symptôme. La structure de la papille, que nous n'avons pas à rappeler ici, rend parfaitement compte de tous les phénomènes qui caractérisent cette classe intéressante de maladies. Ce que la théorie du siége anatomique faisait prévoir, l'observation clinique le démontre. Il est vrai, en effet, que dans toute affection papuleuse l'hypéresthésie de la peau domine constamment et précède même l'éruption de la papule.

La filiation de tous ces phénomènes n'est pas toujours nettement tracée, et ce serait faute d'un examen attentif, minutieux que l'on se refuserait à voir dans une affection papuleuse un résultat d'une hypéresthésie, d'un état nerveux. Il faut dire qu'en général, lorsque les malades se présentent à l'admission dans les hôpitaux, l'éruption date de longtemps déjà, et que dans la plupart des cas même elle a été soumise à un traitement plus ou moins irritant. Dès lors, et en pré-

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

La patente en action.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Il n'y a plus à en douter, mon cher confrère, le qnart d'heure de Rabelais est arrivé, et vous avez dû comme moi recevoir une petite invitation aiosi couçue :

Impositions départementales extraordinaires autorisées par les lois....... du 9 novembre 1848.

M. X...,
demeurant rue.........
exerçant la profession de médecin,
PAYERA, à savoir :

. . . .

C'est sur ce charmant poulet que je me proposais de converser aujourd'hui quelques instants avec vous, et mon discours était tout tracé, quand j'ai reçu la missive suivante d'un de nos honorables confrères; cette lettre renferme trop de bonnes choses pour que je ne lui cède pas cette fois l'espace dont vous disposez en ma faveur; mais je ne vous fais pas grâce de mes réflexioos; je les renvoie seulement à huit jours.

Paris, ce 2 décembre 1850.

Monsieur le Rédacteur,

En rentrant chez moi, mon concierge me remet un avertissement pour les patentes de 1850, où je lis :

Exerçaot la profession de médccin, payera :
Pour 7 mois,
Au 15e, sur une valeur locative de 1100 fr. . . 42 fr. 78 c.
Centimes additionnels. . . . . 10 fr. 95 c.
Total (pour 7 mois). . . . 53 fr. 73 c.

Certifié : Paris, le 5 novembre 1850.

Ainsi donc, Monsieur, voici qui est bien et dûment établi; nous sommes des marchands ayant marchandises imposables et imposées, et que rien dès lors ne peut nous obliger à livrer gratuitement. Qu'on vienne donc maintenaot nous parler de religion, de ministère sacré, de dévouement au malheur! Nous aurons tout simplement à demander à la société : Çà, vos phrases et vos sentimeots sont fort beaux; mais, en définitive, que faites-vous pour nous, comment nous traitez-vous? Cessez donc un langage qui n'a pas cours dans la caisse de M. le percepteur.

Mais il ne s'agit pas précisément de cela, monsieur le rédacteur; je ne veux vous entretenir que d'une réclamation à exercer peut-être de la part de tous les médecins auprès de qui de droit, désireux que je suis que vous en fassiez part aux confières, afin qu'au moins justice soit pour nous comme pour tout le monde. En un mot, voici sur quoi portent les quelques observations que j'ai à leur soumettre.

La contribution mobilière doit-elle frapper tous les locaux occupés par les médecins et autres contribuables? (Loi des finances, 18 mai 1850.) — Non. — Les médecins et autres (loi des patentes de 1844) sont des patentés, encore bien qu'ils ne soient enregistrés qu'au quinzième du loyer, et dès lors ils ne doivent être imposés à la contribution mobilière que d'après *la valeur locative affectée à leur habitation personnelle* (donc il y a déduction à faire des parties du local consacrées à l'exercice de la profession, cabinet, salle d'attente, obligée pour un médecin, antichambre, etc.).

Les répartiteurs d'une commune ayant refusé de distraire du loyer des patentables les portions de bâtiments spécialement consacrées à l'exercice de leur profession, le ministre, coosulté, a fait la réponse suivante, le 29 septembre 1829 :

« L'article 26 de la loi du 3 nivôse an VII dit formellement que » l'on ne comprendra pas dans les loyers d'habitation les magasins, » boutiques, etc., pour raison desquels les habitants payent patentes, » et l'article 25 veut que l'on n'y comprenne que les parties des bâ- » timents servant à l'habitation. Ces dispositioos sont évidemment » applicables à tous les patentables indistinctement, puisque la loi » n'a pas fait de différence entre ceux qui sont assujettis au droit » proportionnel et ceux qui ne payent pas ce droit. »

Nous ne sommes, il est vrai, nous médecins, assujettis qu'au droit proportionnel pour droit fixe; mais nous n'en sommes pas moins dans un sens inverse placés dans les mêmes conditions.

Il est vrai, cependant, que la loi du 31 avril 1832 est venue abroger la loi du 3 nivôse an VII; mais *elle n'a rien changé* aux dispositions qui dispensent de la contribution mobilière les *locaux consacrés à l'exercice des professions patentées.*

Donc les parties du local consacrées à l'habitation personnelle *devront seules* être comprises dans l'évaluation des loyers.

Ainsi donc, pour ce qui m'est personnel, à partir du moment où s'établit ma patente, comme la moitié de mon logement, et, soit dit en passant, la plus belle et la plus commode, est consacrée à recevoir mes clients, j'espérais que M. le contrôleur, qui a dû, ce me semble, venir s'en informer, voudrait bien, par là même qu'il me soumettait à la patente, me dégager de la moitié de ma taxe mobilière. Mais, répondra-t-on, pour cette année ce n'était pas possible, parce qu'il y a là deux comptabilités, et que de telles réductions à opérer eussent embrouillé les comptes; c'est possible; mais mon argent qui ira, dites-vous, dans deux caisses différentes, n'en sort pas moins pour moi de la même bourse; et puis, si je ne dois pas, je ne dois pas. — Mais, répondra-t-on encore, ce que vous demandez aura lieu l'anoée procbaine; — c'est possible, c'est ce que nous verrons bien; mais pourquoi ne pas me rendre justice?

Dès cette année, cela eût dérangé la cote mobilière déjà établie, eût entraîné dans des déductions à n'en plus finir. — Très bien; mais après tout vous fussiez pour un petit moment sortis de votre état normal, comme vous me faites sortir du mien; car, en définitive, en alignant mon petit budget au commencement de cette année, je n'avais pas prévu la patente; à cette occasion peut-être aurais-je pris un appartement d'un moindre prix, bien que souvent et malgré nous nous ne soyons que trop forcés à garder des logements au-dessus de nos besoins et de nos ressources pour pouvoir en imposer à un certain public, qui ne nous paye guère du reste, et c'est cependant en vertu de cette exigeance professionnelle que notre patente, qui est fixée au quinzième, en augmente d'autant.

En tout cas, et quoi qu'il en soit, nous ne devons pas payer, pas plus pour cette année que pour les autres, ce que nous ne devons point, et, comme tout citoyen, nous devons rester dans le droit commun, quels que puissent être les comptes à refaire ou à modifier, ce qui ne nous arrive à nous, soit dit en passant, que trop souvent et cela non point à notre bénéfice.

Cela étant, Monsieur le rédacteur, je vais réclamer dans ce sens auprès de M. le préfet de la Seioe, et je viens vous prier de faire part de mes quelques réflexions à mes très honorés confrères, afin qu'en somme nous exercions une réclamation qui est de toute justice, ce me semble.

Veuillez agréer, etc.

DESRIVIÈRES, D.-M.-P.
10, rue Gaillon.

sence d'un état inflammatoire plus ou moins prononcé, nous concevons le doute qui peut s'emparer de l'esprit du médecin. Mais si l'on suit pas à pas la marche de la maladie, surtout quand elle tend vers la guérison, on remarque alors que tous les produits, tous les signes de l'inflammation se dissipent, qu'ils ont même complétement disparu que l'hypéresthésie persiste encore. La maladie semble passer en guérissant, mais en sens inverse, par des phases qu'elle a suivies pour arriver à son apogée. Le prurit en marque presque exclusivement la terminaison, comme il en avait signalé le début; et, alors même que l'affection papuleuse est à sa période d'état, on voit souvent les malades se plaindre d'éprouver des démangeaisons aux endroits où il n'existe nulle trace d'éruption.

Que pendant le traitement d'une affection papuleuse survienne une fièvre grave, une fièvre éruptive, aussitôt les traces de la maladie de la peau disparaissent. Mais si, effacée en apparence, elle doit reprendre son empire après la disparition de la maladie intercurrente, alors on peut observer une série de phénomènes qui démontrent à la fois et son évolution vraie et sa nature. On voit pendant un temps plus ou moins long le malade éprouver des démangeaisons, du prurit aux endroits primitivement attaqués; secondairement la papule se montre, et, avec elle, tous les caractères qu'elle présentait auparavant.

Le 11 mars 1850, est entré dans le service de M. Cazenave, salle Napoléon, n° 21, le nommé M..... (Pierre), âgé de vingt-neuf ans, non marié, boulanger, né à Lille, y demeurant. Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, jouit d'un santé générale bonne, et cependant sa constitution est frêle et chétive. Il n'a jamais eu de maladie grave: il se rappelle seulement avoir été atteint, pendant son enfance et durant plusieurs années, de gourmes à la tête. Il mène une vie régulière. Il ne peut assigner de cause au développement de l'éruption pour laquelle il est venu exprès de Lille à Paris. Cette éruption, qui siége au visage, sur les bras et les jambes, principalement à leur face externe, et dont nous donnerons plus loin la description, s'est déclarée, il y a près de six semaines, à la suite de vives démangeaisons. En quelques jours elle a acquis l'intensité qu'elle présente actuellement. Il n'a rien fait pour s'en débarrasser.

Pierre déclare qu'il y a cinq ans environ cette affection se montra pour la première fois et à peu près avec les mêmes caractères. D'après l'avis d'un médecin, il prit des bains sulfureux, de la tisane amère, cessa ses occupations et guérit au bout de deux mois. Quoique débarrassé de l'éruption, il ressentait par fois des démangeaisons intenses. Depuis cette époque, à trois reprises différentes et sans qu'il puisse indiquer de cause occasionnelle déterminante, les boutons ont reparu à la peau. Toujours il a pris des bains sulfureux qui ont produit un heureux résultat.

A son entrée à l'hôpital, Pierre se trouve dans l'état suivant: Sur le visage, les bras et les jambes, principalement à leur face externe, on voit des surfaces irrégulièrement délimitées, séparées entre elles, rouges, recouvertes de petites croûtes lamelleuses, assez adhérentes, les unes sèches et grisâtres, les autres plus ou moins humides, entourées et baignées en quelques points, surtout à la figure, par un liquide sécrété, comme on le voit dans l'eczéma. Sur tous les endroits malades, la peau est épaissie, rude, chagrinée, ce que le toucher permet de constater. Cet état chagriné est dû à la présence de petits boutons, pleins, solides, dont quelques-uns sont excoriés à leur sommet et suintants; dont les autres intacts, un peu rouges, sont situés aux limites de l'éruption. Ce sont de véritables papules, éléments primitifs de cette affection, et qui, par suite de modifications qu'elles subissent, enlèvent à la maladie ses caractères ordinaires, sans toutefois en changer la nature.

Il existe en même temps des démangeaisons très vives, une coloration brunâtre, comme bronzée, des téguments aux points envahis.

Si l'on n'apportait à l'examen de ces caractères qu'une attention légère, peut-être que, ne tenant compte que du suintement et des croûtes lamelleuses, on serait tenté de rapporter cette affection à l'eczema; mais la rudesse des téguments, les papules bien caractérisées sur quelques points, l'altération de la matière colorante, le prurit enfin, permettent suffisamment de reconnaître une affection papuleuse.

Nous pourrions ajouter que les parties malades ne forment pas des surfaces continues, comme cela a lieu dans l'eczéma, mais qu'on voit çà et là des endroits sains au milieu d'autres qui sont malades.

Comme nous venons de le dire, c'est une éruption papuleuse comme type; comme espèce, c'est bien évidemment un *lichen agrius* : si maintenant nous nous rappelons que cette maladie de la peau constitue une véritable affection nerveuse, quant à la nature, nous comprendrons que le traitement auquel M. Cazenave a soumis le malade ait été dirigé dans le double but d'agir, par les amers, contre l'état général de la constitution, et, par les antispasmodiques, contre l'élément nerveux.

On prescrit, en effet, le 12 mars une tisane de chicorée sauvage édulcorée avec 30 grammes de sirop de gentiane; matin et soir, une pilule d'extrait d'aconit d'un demi-grain chacune; matin et soir aussi, on saupoudre les surfaces malades avec de l'amidon sec; un bain simple tous les deux jours; cinq portions d'aliments solides.

Ce traitement est suivi avec persévérance jusqu'au 25 avril; à cette époque, l'éruption est déjà heureusement modifiée; ainsi, la sécrétion est moins abondante, nulle au visage; les croûtes sèches se détachent en plusieurs endroits où la peau est en meilleur état, quoiqu'elle conserve encore un peu de rougeur et d'épaississement. Les démangeaisons sont toujours vives.

Le malade était donc en voie de guérison; le lendemain, il est pris d'un érysipèle ambulant, qui, après avoir débuté à la face, gagne successivement le dos, les bras, le thorax et les membres inférieurs jusqu'aux orteils. (Il y avait à cette époque dans la salle une épidémie d'érysipèle qui présenta chez presque tous les malades cette forme ambulante avec des caractères adynamiques.)

Le malade en guérit toutefois; le 12 mai (dix-huitième jour d'invasion), l'érysipèle avait complétement cessé. Tant que dura cette affection intercurrente, l'éruption cutanée disparut à tel point qu'on n'en voyait de trace nulle part, sauf une légère persistance de la coloration bronzée.

Le 20 mai, depuis huit jours la convalescence est établie; le malade mange avec appétit, reprend des forces; rien ne rappelle qu'il est entré à l'hôpital pour une affection cutanée.

Il reprend la tisane amère suspendue lors de l'invasion de l'érysipèle.

Le 21 mai, le malade se plaint d'éprouver des démangeaisons, du prurit; il ne peut résister au désir de se gratter, et l'on remarque fort bien sur la peau les sillons linéaires produits par l'action des ongles; et cependant, malgré l'examen le plus attentif, on ne peut découvrir sur la peau ni bonton, ni suintement.

Le 25 mai, paraissent quelques papules aux bras, aux jambes et au visage, et avec elles un peu de suintement. La peau rougit d'abord, devient plus épaisse; la coloration brunâtre se dessine mieux; enfin l'éruption est revenue, quant à ses caractères extérieurs, au point où elle se trouvait lors de l'invasion de l'érysipèle.

Ici nous devons signaler ce fait très curieux, parce qu'il nous a été donné de l'observer plusieurs fois. Ainsi, lorsqu'une fièvre intercurrente, éruptive ou typhoïde, survient pendant la guérison d'une maladie cutanée, celle-ci, comme nous avons déjà eu occasion de le dire, peut disparaître pour se montrer de nouveau plus tard, après la cessation de l'affection générale; mais, et c'est là le point digne de remarque, au lieu de reprendre les caractères de la période d'état, elle se montre seulement telle qu'elle était au moment de l'invasion de la fièvre, de telle sorte que celle-ci semble avoir eu pour résultat de suspendre, pendant un certain temps, la marche de l'éruption vers la guérison.

Le 26 mai, le malade se trouve dans de bonnes conditions. — Tisane amère; bain amidonné.

Ce traitement, continué pendant quelques jours encore, suffit pour amener une guérison complète.

Le 10 juin, l'éruption ayant cédé, le malade peut quitter l'hôpital.

Cette observation nous semble concluante. Comme preuve du siége anatomique des affections papuleuses, nous ajouterons le fait suivant. Il s'agit d'un vieillard de soixante-huit ans, couché au n° 60, salle Napoléon: cet homme a eu plusieurs attaques d'apoplexie, dont la première remonte à vingt-six ans et la dernière à quinze mois environ; il a une paraplégie à peu près complète et un affaiblissement du mouvement dans les membres supérieurs plus prononcé du côté gauche; l'intelligence est saine; la santé générale est souvent mauvaise; il est particulièrement sujet à la diarrhée. Lorsque ce malade fut admis dans les salles, il était affecté d'un lichen général qui disparut peu de jours après, en même temps que se déclarait une diarrhée très abondante. En explorant la sensibilité cutanée, on trouva qu'elle était complètement nulle. On pouvait impunément traverser la peau avec des épingles, des corps pointus et acérés. Plus tard, la sensibilité revint, et avec elle l'éruption papuleuse. Quelle preuve plus frappante du lien qui unit l'hypéresthésie à la papule? Depuis lors, on a pu observer un grand nombre de fois ces alternatives de disparition et de réapparition de l'affection papuleuse coïncidant parfaitement avec l'état de la sensibilité cutanée à la douleur.

Nous avons cru devoir nous baser sur les faits qui précèdent pour démontrer cliniquement que le siége anatomique des affections papuleuses est dans les papules de la peau. De ces données sur la nature de cette classe de maladies, il résulte tout d'abord une indication générale, absolue, si l'on peut dire: c'est que, dans la thérapeutique, on doit toujours prendre en sérieuse considération l'hypéresthésie.

OBLITÉRATION COMPLÈTE DU VAGIN

à la suite d'un accouchement laborieux. — Accidents graves occasionnés par l'accumulation des menstrues. — Deux opérations projetées. — Etablissement spontané d'un conduit vulvo-utérin.

Par M. DENNAUX,

ancien ex-interne des hôpitaux; ancien aide d'anatomie de la Faculté, médecin à Puy-l'Évêque (Lot).

La femme L..., de la commune de Lherm, âgée de vingt-cinq ans, accoucha pour la première fois au mois de septembre 1846. Quoique l'enfant se présentât par la tête, cette malheureuse resta en travail cinq jours, pendant lesquels une matrone de la localité exerça diverses manœuvres, dont on n'a pu me rendre un compte exact. Cette femme s'accoucha d'un enfant mort, et après l'accouchement il se fit par la vulve un écoulement de matières purulentes, gangréneuses, qui faillit faire périr la malade.

Néanmoins, entretenu dans une certaine sécurité par la femme qui avait présidé à l'accouchement, on n'appela aucun médecin; la suppuration diminua peu à peu, et finit par disparaître. Cette femme se serait crue entièrement guérie; mais les relations sexuelles étant devenues impossibles, elle se croyait atteinte pour toute sa vie d'une infirmité que toutefois elle n'aurait confié à personne, si elle n'eût éprouvé des accidents plus graves.

Au mois de mars 1847, cette femme éprouva les phénomènes qui, avant sa grossesse, précédaient habituellement la menstruation; et enfin pendant deux jours elle éprouva dans le bas-ventre des douleurs tellement vives qu'elles lui arrachaient des cris. Un mois après les mêmes phénomènes se reproduisirent encore, mais cette fois avec plus d'intensité. Je fus appelé dans cette circonstance.

En interrogeant cette femme, j'obtins les renseignements déjà mentionnés. Après l'avoir examinée, je constatai que l'ouverture vulvaire du vagin était entièrement oblitérée. Il existait entre les deux petites lèvres un espèce de cul-de-sac qui avait à peine 1 centimètre de profondeur, et qui paraissait formé par du tissu inodulaire. Je compris dès lors que cette oblitération était le résultat de la cicatrice survenue après la suppuration déjà mentionnée, et que les douleurs si violentes qu'avait éprouvées deux fois cette femme devaient être attribuées à l'obstacle matériel que cette oblitération occasionnait à l'écoulement des menstrues. Le toucher par le rectum et par l'hypogastre confirma cette manière de voir; car je constatai dans la cavité du bassin une tumeur qui paraissait avoir le volume du poing, et qui par son siége et ses caractères me parut résulter de l'accumulation du flux menstruel.

Je n'avais pas à ma disposition les instruments nécessaires pour porter plus loin mes investigations. Je proposai à la malade de la revoir dans quelques jours avec un de mes confrères; je lui parlai même d'une opération à pratiquer. Cette femme avait tellement souffert, qu'elle se croyait vouée à une mort certaine si on ne parvenait à la guérir. Aussi accepta-t-elle avec empressement ma proposition.

Le 17 avril, je revis cette malade avec mon confrère M. Denugues; j'avais le projet de pratiquer l'opération suivante:

Une sonde étant placée dans l'urètre, l'indicateur de ma main gauche dans le rectum, je voulais, évitant avec soin ces deux conduits, arriver de la vulve vers la tumeur pelvienne, soit avec un trocart, soit avec un bistouri, et rétablir ainsi le vagin dont les parois étaient devenues adhérentes par la cicatrisation; je me disposais à exécuter cette opération lorsque mon doigt porté dans le rectum ne se sentit séparé de la sonde placée dans l'urètre que par une couche tellement mince que la dissection en deux lames m'en parut impossible; il semblait, en effet, que les parois vaginales avaient été entièrement détruites et que le rectum était venu se coller à l'urètre. Je m'abstins par conséquent de toute manœuvre, et sous un faux prétexte renvoyai l'opération.

Quelques jours après, la malade éprouva encore les mêmes accidents que précédemment et toujours plus intenses; elle réclama de nouveau mon intervention; reconnaissant l'impossibilité de recourir à la première opération projetée; voyant, d'un autre côté, que les accidents de plus en plus graves pouvaient finir par faire périr cette femme, ne pouvant pas d'ailleurs compter sur la suppression prochaine de la menstruation, vu son âge, il me vint dans l'idée de pratiquer l'opération suivante:

L'indicateur de la main gauche étant porté dans le rectum jusqu'à la tumeur, je me proposais de glisser sur mon doigt un trocart, que je voulais faire pénétrer dans le point de la tumeur le plus rapproché de la vulve; par cette ouverture, que j'aurais agrandie suffisamment, soit par dilatation, soit par incision, je l'aurais débarrassée du sang qu'elle contenait. A chaque menstruation, la tumeur acquérait un volume plus considérable; une rupture me paraissait imminente, et, en procédant ainsi, je la perforais dans un lieu d'élection pour ainsi dire et dans le point où on était le moins exposé à des accidents sérieux.

Je communiquai mon projet au mari de cette malade; je fis entendre à cette dernière que l'opération à lui pratiquer serait plus grave que je ne l'avais songé d'abord, qu'elle pourrait lui laisser pour le reste de sa vie une infirmité fort désagréable; je la trouvai décidée à tout supporter, tant elle redoutait la réapparition des accidents qu'elle avait éprouvés déjà.

Cette opération me paraissait avoir deux terminaisons possibles: ou la ponction aurait suffi pour vider la tumeur, et la cicatrice se serait ensuite opérée, et dans ce cas on aurait pu user de ce moyen chaque fois que la tumeur se serait formée de nouveau; ou, la cicatrisation n'ayant pas lieu, il se serait formé une fistule vagino-rectale par laquelle le flux menstruel aurait pu pénétrer dans le rectum.

Toutefois, avant de recourir à cette opération, je me proposais de demander l'avis de mon ancien maître, M. le professeur Velpeau.

Dans les premiers jours de juin, le mari de la malade vint me prévenir qu'après deux jours de violentes douleurs sa femme avait rendu par le bas une grande quantité de sang en partie décomposé et comme putréfié; il m'affirma, en outre, que ce sang n'était venu ni par le rectum, ni par les voies urinaires; il m'était pourtant difficile de croire, malgré l'assertion du mari, qu'il était venu par le vagin, que je savais oblitéré. Je vis cette femme le surlendemain, et trouvai en effet, au milieu de la cicatrice vulvaire, une espèce de méat dans lequel je ne pus, du reste, faire pénétrer un stylet; on m'affirma que le sang s'était échappé par cette ouverture. Je n'aperçus aucune autre solution de continuité. La tumeur du bassin avait presque entièrement disparu. La malade m'affirma que ses urines avaient toujours été limpides, qu'il n'était pas venu de sang par le rectum. Malgré toutes ces déclarations, je n'étais pas pleinement édifié, et recommandai à cette femme de me faire prévenir de la prochaine époque menstruelle aussitôt qu'elle apercevrait un peu de sang. Je fus, en effet, appelé comme j'en avais manifesté le désir; et, en examinant avec soin les parties génitales, je constatai que, dans le cul-de-sac mentionné précédemment, il existait une petite ouverture à travers laquelle je vis du sang suinter, et pus immédiatement introduire un stylet à une profondeur de 7 à 8 centimètres. C'était bien le point qu'on m'avait signalé précédemment comme ayant donné issue au sang la première fois. Je m'étais pourvu de bougies coniques et de sondes élastiques, je tentai donc immédiatement de dilater ce conduit, ce qui se fit avec une grande facilité; car en introduisant successivement des sondes de plus en plus volumineuses, je parvins, dans une première séance, à en faire pénétrer une du n° 15.

Je recommandai à la malade de laisser cette sonde à demeure dans l'intervalle des époques menstruelles pour empêcher l'oblitération de ce nouveau trajet, et prévenir ainsi la réapparition des premiers accidents.

Je n'ai pas eu occasion de revoir cette femme depuis cette époque; mais j'ai appris par des membres de sa famille que

la menstruation se faisait aujourd'hui d'une manière régulière et sans occasionner le moindre accident sérieux.

Le nouveau trajet s'était formé dans l'épaisseur de la mince cloison qui existait entre le rectum et l'urètre; car une sonde étant placée dans ce canal et un doigt dans le rectum, on sentait distinctement la sonde qui parcourait le nouveau trajet entre l'urètre et la pulpe de l'indicateur, toutefois un peu à droite.

Ce fait m'a paru intéressant sous plusieurs points de vue. D'un côté, nous trouvons un exemple d'un accident fort sérieux, et heureusement fort rare, à la suite des suppurations du vagin, je veux parler de l'oblitération de ce conduit; mais nous y trouvons surtout une nouvelle preuve des ressources que possède la nature pour rétablir les fonctions accidentellement interrompues.

AVANTAGES DE LA SUTURE

dans les réunions immédiates des plaies;

Par M. le dooteur Foucart, chef de clinique de la Faculté.

Dans cette note, l'auteur se propose de démontrer :

1° Que, toutes les fois qu'elle est possible, la réunion immédiate des plaies, quelles qu'elles soient, doit être tentée;

2° Que le plus sûr moyen de l'obtenir est l'emploi de la suture.

Il pense que ce moyen de réunion est trop négligé par les chirurgiens de l'Ecole de Paris, et qu'on doit le mettre en usage aussi bien dans les petites plaies causées par les accidents, que dans celles qui résultent des grandes opérations. A l'appui de sa manière de voir, il rapporte les cinq observations suivantes, et une autre dans laquelle il n'a pu suivre les résultats de la suture.

Obs. I. — Le 30 décembre 1849, un jeune homme de dix-neuf ans, un peu excité, fit le pari de casser le goulot d'une bouteille en le tordant avec les mains. Le verre céda, en effet; mais la bouteille avait été tenue de telle façon que le tranchant du verre fit une coupure profonde à la seconde phalange du doigt médius de la main gauche. La plaie légèrement oblique, profonde, puisque les tendons fléchisseurs étaient complétement divisés, ainsi que l'artère collatérale externe, avait 3 centimètres et demi de longueur. Le sang coulait abondamment.

Appelé immédiatement, je lavai la plaie à grande eau, et m'assurai qu'il ne restait au fond de la solutinn de continuité aucun fragment de verre. Puis, sans faire d'inutiles tentatives pour chercher l'artère divisée, je pris quatre épingles ordinaires que je plaçai à égale distance les unes des autres, en traversant la peau et un millimètre environ de tissu cellulaire sur chaque lèvre de la plaie. Des fils entre-croisés en 8 de chiffre, comme il est d'usage dans la suture entortillée, rapprochèrent les bords de la solution de continuité. Dès que ce pansement fut terminé, le sang cessa de couler, l'extrémité artérielle se trouvant comprimée par la suture. Une bandelette de toile mouillée d'eau froide recouvrit le pansement. La main du blessé fut enveloppée dans un mouchoir que je prescrivis d'arroser d'eau froide toutes les heures au moins, pendant quarante-huit heures.

Le 2 janvier, troisième jour de l'accident, je revis le sujet, qui se trouvait très bien, souffrait à peine de sa blessure. Je découvris la suture sans toucher aux épingles ni aux fils. Tout était parfaitement sec. Il n'y avait pas de gonflement, et il était probable que la réunion était déjà complète. Je ne voulus cependant pas enlever les épingles, que je laissai jusqu'au surlendemain. Ce jour-là la guérison était complète.

Ajoutons que les mouvements de flexion de la seconde et de la troisième phalange étaient perdus, et la sensibilité fort obtuse.

Obs. II. — Vers le milieu du mois de mai dernier, je fus appelé pour donner des soins à un homme d'une quarantaine d'années, dans un état d'ivresse complet, qui venait de tomber de sa hauteur sur le pavé. Dans la chute, la partie supérieure de la tête avait rencontré l'angle saillant du trottoir, de telle sorte que, par un bonheur providentiel, les os du crâne n'avaient pas été atteints; mais les téguments avaient été détachés dans une grande étendue et formaient un lambeau qui retombait au-dessus de l'oreille droite. La plaie, mesurée dans toute sa longueur, avait une étendue de 14 centimètres. Elle s'étendait depuis la partie moyenne de la suture médiane des pariétaux jusqu'à la tempe droite, et le bord libre du lambeau dessinait une ligne demi-circulaire, à convexité antérieure. Ce bord était un peu mâchuré et beaucoup moins régulier que s'il eût été fait avec un instrument tranchant; il était un peu contus.

Du premier coup d'œil, je jugeai qu'il serait fort difficile de réunir cette plaie par première intention au moyen de bandelettes agglutinatives. En effet, une quantité considérable de sang s'écoulait par toute la surface de la plaie. Puis et surtout la présence des cheveux était un obstacle insurmontable à la fixation des bandelettes. Il eût été nécessaire de raser plus de la moitié de la tête pour pouvoir les faire tenir assez solidement. Or, c'est une opération assez longue et assez douloureuse que de raser le cuir chevelu dans une aussi grande étendue, surtout lorsque la partie est le siége d'une plaie contuse; on ne maintient pas facilement un lambeau de cette grandeur.

Huit épingles ordinaires, placées à égale distance les unes des autres, réunirent dans toute leur étendue les bords de la plaie, sur la limite de chacun desquels j'avais, avec des ciseaux, coupé les cheveux aussi près que possible de la peau. Inutile de dire que la blessure avait été, avant l'application de la suture, lavée à grande eau et débarrassée des caillots et des corps étrangers qui s'y trouvaient. Des fils jetés sur les épingles et disposés suivant le procédé ordinaire constituèrent la suture, sur laquelle, pour tout pansement, on appliqua une compresse trempée dans l'eau froide.

Le lendemain de sa chute, le malade était retourné à son travail, qu'il n'avait pas interrompu un seul instant, et qu'il avait à peine souffert de sa plaie. Le quatrième jour, les bords étaient parfaitement réunis dans toute leur longueur; il n'y avait point de suppuration, non plus que de traces d'inflammation.

Obs. III. — Le 17 septembre dernier, M. L....., rue de l'École-de-Médecine, 70, âgé de trente-deux ans, monté sur une chaise, enfonçait un clou dans un mur de son appartement. En faisant un mouvement, il perd l'équilibre et tombe. Son bras droit, fortement élevé, rencontre dans la chute un clou à crochet, fiché plus bas dans le mur et terminé par une tête très pointue. Le clou déchire la chemise, et produit à la partie interne et un peu postérieure du bras, dans son tiers inférieur, une plaie de 9 centimètres de long sur 2 de profondeur, intéressant la peau, le tissu cellulaire et quelques vaisseaux veineux dont un seul assez considérable. L'extrémité supérieure de la blessure répondait au tiers inférieur d'une ligne fictive tirée du bord antérieur du creux axillaire au milieu du pli du bras; l'extrémité inférieure à peu près a l'épicondyle. Comme on le comprend aisément, les bords étaient déchirés, non coupés nettement. L'écoulement sanguin était peu considérable. Un vaisseau veineux de moyen calibre, déchiré en travers, montrait son extrémité au fond de la plaie, mais sans donner de sang. Le malade, à demi évanoui, affaibli plutôt par l'émotion violente que par la perte de sang, se lamentait d'être obligé de suspendre son travail au moment où il était le plus pressé d'ouvrage.

Appelé sur-le-champ près de lui, je procédai à l'inspection de la blessure. L'aspect irrégulier de ses bords ne me laissait pas espérer une réunion immédiate complète. Cependant je voulus la tenter, pensant d'ailleurs que, pour si peu que j'obtinsse de réussir, ce serait toujours mieux que de laisser suppurer une surface de cette étendue. Cinq épingles ordinaires, reliées les unes aux autres par les fils entre-croisés de la suture entortillée, furent placées, sans que le malade se plaignît d'en ressentir de bien vives douleurs. Des compresses d'eau froide furent placées jour et nuit sur la blessure ainsi réunie, et le bras fut maintenu immobile dans une demi-flexion la plus favorable au rapprochement des lèvres de la plaie.

Le troisième jour, un peu de dureté et de rougeur et une apparence de travail inflammatoire se manifestent vers l'extrémité supérieure de la blessure. — Cataplasmes froids.

Craignant, en raison de la complication phlegmasique, si elle survenait, le décollement des bords déjà réunis, je laisse les épingles en place quarante-huit heures encore, et ce n'est que le cinquième jour que je retire les deux épingles inférieures. Réunion complète dans ce point. La rougeur et le gonflement signalés au haut de la plaie ont disparu sous l'influence des cataplasmes froids, dont on cesse l'usage.

Le sixième jour, j'enlève les trois épingles supérieures; réunion aussi parfaite qu'en bas. L'épingle du milieu de la plaie a déterminé la formation d'une petite eschare large comme une lentille. Pansement avec un linge huilé. Toute menace de travail inflammatoire a disparu.

Le 26, le point duquel s'est détaché l'eschare se couvre d'une petite croûte. Je permets au malade de reprendre ses occupations. Cet homme, fabricant de plumeaux, est obligé d'agir fortement de son bras droit. Je l'ai revu deux fois depuis cette époque. Aucun accident n'est survenu; la cicatrice est linéaire, et, dans les mouvements les plus violents de son bras, le sujet n'éprouve aucun tiraillement de la peau. J'ai fait voir ce malade à mon collègue et ami le docteur Picard, qui a constaté le résultat.

Obs. IV. — Le 18 janvier de cette année, un homme de cinquante-deux ans, demeurant quai de l'Ecole, M. D..., vint me trouver. Chez ce malade, l'ouverture préputiale était très étroite, et il me dit que, lorsqu'il se livrait au coït, le gland ne se découvrait jamais. Cependant, l'avant-veille, ayant eu des rapports avec une femme assez étroite, et l'érection du gland étant incomplète, me dit-il, le gland avait franchi l'ouverture du prépuce, et il portait depuis ce temps un paraphimosis fort douloureux. Le prépuce, de chaque côté du frein, était infiltré. A l'aide de tractions progressives, mais exercées avec énergie, non sans de vives douleurs causées au malade, je parvins à recouvrir le gland; pendant quatre jours, je fis maintenir la verge relevée contre l'abdomen et enveloppée d'un linge trempé dans l'eau blanche, froide.

Le 23 janvier, l'œdème ayant en grande partie disparu, je pratiquai, sur la face dorsale de la verge, une incision du prépuce dans l'étendue d'un centimètre et demi. Je fis un point de suture entrecoupée au sommet de l'angle produit par l'incision, et deux autres sur chacun des bords de la plaie, réunissant et affrontant la muqueuse et la peau du prépuce.

Dès le lendemain de l'opération, le malade put sortir pendant une heure pour ses affaires.

Le quatrième jour, je coupai et j'enlevai les fils; la réunion était parfaite et sans suppuration.

Obs. V. — Le 9 juillet 1850, je pratiquai une opération de phimosis complète sur un jeune homme de vingt-quatre ans, M. S..., rue de la Huchette. L'opération fut faite par le procédé du docteur Phillips, qui voulut bien, en cette circonstance, remplir les modestes fonctions d'aide.

On sait que ce procédé, fort rapide, consiste, une fois l'excision de toute l'extrémité préputiale faite avec le bistouri le long d'une pince à pansements qui protége le gland, à diviser d'un coup de ciseaux un centimètre environ de la muqueuse qui recouvre encore le gland sur la face dorsale de la verge et à relever circulairement cette muqueuse pour venir en affronter le bord au bord de la peau un peu retiré en arrière au niveau de la couronne du gland. Sept serres-fines maintinrent exact le contact établi entre la muqueuse et la peau. Pour tout pansement, j'enveloppai la verge d'une compresse mouillée.

Le 11 juillet, j'enlevai trois serres-fines, et le malade sortit en voiture. Le 12, j'enlevai les quatre autres, et le 14 M. S..... allait avec des amis passer sa journée à Compiègne par un train de plaisir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 novembre 1850. — Présidence de M. Danyau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Après la lecture du procès-verbal, M. Chassaignac présente le malade sur lequel il a pratiqué l'ablation d'une tumeur fibro-plastique de l'os maxillaire inférieur. La cicatrisation de la plaie faite aux téguments est presque complète; il n'y a plus qu'un peu de suppuration à la partie la plus déclive de la plaie; la conformation de la partie opérée est parfaitement normale. Le malade n'a éprouvé aucun accident.

Lecture de la correspondance.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse à la Société de Chirurgie une lettre et des bougies à tête. Dans cette lettre, il déclare, après avoir rappelé la communication de M. Chassaignac, avoir depuis longtemps employé les injections récurrentes à la fin des blennorrhagies; mais il les a abandonnées pour un autre mode de traitement, dont il a retiré de l'avantage dans les blennorrhagies chroniques, dans les pertes séminales involontaires, et au début du rétrécissement de l'urètre.

Voici en quoi consiste ce traitement, qu'il appelle frictions intra-urétrales.

Il se sert de bougies à un ou plusieurs renflements. Il enduit cette bougie d'une pommade astringente composée de la manière suivante :

Axonge.	20 parties,
Gomme kino.	10 parties,
Sulfate de zinc.	1 partie,

et la porte dans l'urètre. Lorsqu'il est arrivé à la limite de ce canal, il imprime à l'instrument des mouvements de va et vient, et lubrifie ainsi toutes les parois de l'urètre. L'adhérence de la pommade aux parois du canal est assez grande pour qu'à la quatrième miction on en trouve encore des traces.

— La Société reçoit le premier fascicule du tome XXX des *Mémoires de la Société médicale d'Emulation*. Dans ce fascicule se trouve les recherches historiques sur l'origine, les fondateurs et les travaux de cette Société, par M. le docteur Cherest.

— M. Auzias Turenne commence la lecture d'un long travail ayant pour titre : *De la Syphilisation*, ou *Vaccination syphilitique*.

— M. Huguier met sous les yeux de la Société la peau de la paroi antérieure de la poitrine d'une jeune négresse sur laquelle il avait pratiqué l'ablation d'un certain nombre de petites tumeurs assez volumineuses, qui, antérieurement, avaient attiré l'attention de la Société. Une cicatrice lisse, polie, a succédé à cette ablation. Cette jeune fille a succombé aux suites d'une tuberculisation générale.

Tumeur d'un diagnostic difficile.

M. Morel-Lavallée présente à la Société un homme de cinquante ans qui porte depuis fort longtemps en dehors du sein droit une tumeur assez volumineuse, sans changement de couleur à la peau. Lorsqu'on la presse entre les doigts, elle donne la sensation d'un froissement particulier qui s'opère sous la main du chirurgien, et tout à fait comparable à la sensation que donne les tumeurs du poignet décrite par Dupuytren. Au premier abord on pouvait songer à la présence d'une tumeur hydatique. Cependant un examen plus attentif éloigne de cette idée, attendu que les petits corps que l'on déplace par la pression, et qui donnent lieu à une sensation spéciale, reviennent promptement à leur place primitive. Cette circonstance avait fait croire à M. Morel que la tumeur dont ce malade est porteur est une tumeur graisseuse, un lipome en grappe. Comme il importait d'être fixé sur la nature de la tumeur, notre collègue pratiqua une ponction avec une lancette; il sortit un peu de graisse, et l'examen direct apprit que cette tumeur, donnant lieu à une sensation de crépitation, était un lipome.

M. Larrey a vu avec M. Cloquet, il y a une dizaine d'années, chez un malade de la Clinique, une tumeur graisseuse du bras qui, à part son volume considérable et d'autres caractères intéressants, offrait une disposition à peu près analogue à celle que présente à un degré si remarquable la tumeur de M. Morel-Lavallée. C'étaient des bosselures multiples et dépressibles de tissu adipeux, séparées par des sillons plus ou moins profonds, mais non pédiculés ou en grappe, comme dans le cas actuel, qui, sous ce rapport, diffère en effet des lipomes ordinaires.

M. Morel-Lavallée. D'après ce que vient de dire M. Larrey, le lipome qu'il a observé offrait seulement des dépressions à sa surface, ce qui est un caractère assez général des lipomes; mais de ces dépressions à la division en grappe de lobules suspendus à la masse commune par de longs pédicules il y a loin. Et ce sont précisément ces pédicules et la forme en grappe qui en résulte qui constituent la nouveauté du fait que je présente; c'est aussi la sensation de frôlement auquel donnaient lieu ces lobules pédiculés par leur frottement réciproque. Sous ce double rapport, ce lipome me paraît, ainsi qu'à M. Velpeau et à ceux qui l'ont vu de près, tout à fait nouveau.

M. Gosselin demande qu'un examen soit fait de la portion du tissu qui a été extraite par M. Morel après la ponction par la lancette. Il voit, en effet de petits corps sphériques, et se demande si ce ne serait point des hydatides celluleuses.

M. Lebert, qui a examiné ces petits corps globuleux, déclare qu'ils sont composés de tissu cellulaire hypertrophié et de tissu graisseux.

M. Denonvilliers, qui a examiné le malade avec soin, croit que les petits corps graisseux qui ont été extraits par M. Morel ne forment pas toute la tumeur; il a senti manifestement la fluctuation, et ne doute pas que cette tumeur renferme une certaine quantité de liquide.

M. Morel-Lavallée. Le point que j'ai ponctionné offrait, au plus haut degré, la fluctuation équivoque qui a frappé M. Denonvilliers, et il n'est sorti aucune trace de liquide, ce qui établit, selon moi, que la tumeur est purement et simplement ce que j'appelle un *lipome en grappe*.

Monstre symélien, genre sirenomèle. (Classification de M. Isid. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

M. Danyau présente un fœtus monstrueux né à terme, d'une mère bien portante, et dont la grosseur n'a rien présenté d'anormal. La partie supérieure du corps est bien conformée; la partie inférieure du tronc se termine par un cône tronqué; ce prolongement est formé par la cuisse et par l'articulation fémoro-tibiale. Un petit moignon fait suite à cette articulation. Point d'organes génitaux apparents ni d'anus. La dissection commencée de ce monstre a permis de constater que les muscles de la cuisse, normalement conformés d'ailleurs, ne sont point à leur place; il semble que la cuisse a subi un mouvement de torsion, et que les muscles antérieurs sont devenus latéraux. On trouve les muscles normaux, plus deux surnuméraires; les vaisseaux et les nerfs ne présentent rien de particulier quant au nombre, mais non plus quant à leur position. Le fémur n'offre rien de particulier. La cavité thoracique ne présente rien d'anormal. Le cœur et les poumons sont sains. Dans la cavité abdominale il n'en est plus de même. Le gros intestin se termine par un cul-de-sac flottant. Au commencement du rectum, les reins sont normaux, peut-être un peu plus petits. Les uretères et la vessie manquent; on trouve quelques vestiges des testicules dans la cavité abdominale. Les vésicules séminales sont absentes. Le bassin lui-même manque de cavité. Une dissection plus attentive, continuée par M. Desruelles, interne du service, complétera cette observation. L'accouchement a été naturel. L'enfant présen-

tait une partie qu'on eut de la peine à reconnaître. Le voisinage des côtes fit penser qu'on avait affaire à une présentation de la hanche. L'ecchymose observée sur le fœtus confirma la justesse de ce diagnostic. L'expulsion fut prompte. La mort ne doit être attribuée qu'à la monstruosité.

Calcul vésico-prostatique.

M. Vidal présente, au nom de M. Goyrand, un calcul de la grosseur d'un œuf de poule développé dans la prostate, chez un sujet de 27 ans, qui a parfaitement guéri. Ce calcul avait un petit prolongement qui s'engageait dans la portion membraneuse de l'urètre. Un mamelon était dans la vessie.

M. Goyrand a d'abord fait une incision au périné, comme pour la taille bilatérale, puis la prostate a été débridée de chaque côté avec un long bistouri boutonné. L'extraction du calcul a été opérée avec deux branches d'une tenette séparément appliquées sur les côtés du calcul. M. Vidal, en présentant cette pièce, fait remarquer l'importance qu'il y a ici à établir un diagnostic précis. Si on croyait alors à une pierre développée dans la vessie, on pourrait entreprendre une taille hypogastrique qui serait sans résultat; c'est ce qui est arrivé une fois à Blandin. Quand, au contraire, on a bien exploré par le rectum, on entreprend une opération qui est efficace.

Coup de pistolet à la région du cœur. — Plaie pénétrante de poitrine avec lésion du cœur et des poumons. — Mort sept heures après la blessure.

M. Deguise fils, en présentant les pièces anatomiques recueillies sur ce suicidé, s'exprime ainsi :

Samedi dernier, je fus mandé en toute hâte à Charenton, à six heures du soir, pour visiter un blessé qui venait d'être transporté à l'hospice de Charenton. Au niveau du teton gauche, existait une plaie irrégulièrement arrondie, d'environ 5 à 6 centimètres de diamètre et comprenant toute l'épaisseur de la paroi thoracique; les bords étaient déchirés violemment, contus et colorés en noir; la peau environnante était également noircie. A travers la plaie, je pus apercevoir la troisième et la quatrième côtes fracassées dont les fragments étaient écartés comme pour le passage d'un biscaïen, les muscles pectoraux et intercostaux dilacérés et comme carbonisés; un peu plus avant, une large communication avec la cavité pleurale, et, plus profondément encore, une membrane fortement colorée en rouge, qui me parut être le péricarde. Il ne s'écoule pas de sang par la plaie.

Le blessé, âgé de 25 ans environ, était d'une pâleur excessive; son pouls, quoique régulier, ne battait pas 50 fois par minute.

Cet examen, bien que rapide, affectait péniblement ce malheureux dont la connaissance était intacte, et qui se plaignait du froid chaque fois que je soulevais sa couverture. L'examen du malade ne put être prolongé, à cause de sa faiblesse extrême.

La mort arriva une heure après, sans agonie.

Il résulte du procès-verbal dressé par le maire de la commune que ce malheureux a été trouvé vers trois heures par des militaires, littéralement baigné dans son sang. A quelques pas de là, on trouve une mare de sang et deux pistolets de poche déchargés. Ces pistolets, poignées comprises, ont 19 centimètres; les canons ont 1 centimètre 1/2 de diamètre, ne sont point rayés à l'extérieur.

A l'autopsie, on trouve :

1° Outre la fracture des troisième et quatrième côtes déjà notée, une fracture de la cinquième côte près de son articulation sternale, avec beaucoup de sang épanché dans la paroi thoracique gauche;

2° Une petite quantité de sang dans la plèvre du même côté, dont la cavité était d'ailleurs rétrécie par d'anciennes adhérences;

3° Deux solutions de continuité du péricarde, chacune d'un centimètre environ : l'une communiquant avec la plèvre et correspondant à peu près au niveau de la plaie thoracique; la seconde, plus en arrière et sur un plan un peu plus élevé, et se dirigeant vers le médiastin postérieur près de la racine du poumon;

4° Deux plaies du ventricule gauche du cœur : la première, et la plus antérieure, de deux centimètres environ, intéressant la presque totalité de la paroi ventriculaire fortement contuse et à moitié remplie par une portion de bourre de papier; la deuxième, située près de l'oreillette gauche, n'offrait qu'une simple solution de continuité d'un centimètre au plus, sans écartement de ses bords, et superficielle. Ces deux plaies communiquent ensemble au moyen d'une sorte de canal pratiqué dans les parois du cœur. Les cavités de ce dernier sont vides;

5° Une plaie du poumon gauche traversant toute la racine de cet organe, correspondant à la plaie postérieure du péricarde et se dirigeant du côté gauche de la colonne vertébrale;

6° Une petite excavation entre les huitième et neuvième côte, au point où elles s'articulent avec les apophyses transverses, là où la plèvre pariétale se réfléchit pour former le médiastin postérieur; cette excavation est remplie à moitié par une balle de très petit calibre, puisqu'elle n'a qu'un centimètre deux millimètres de diamètre : la balle, parfaitement lisse, n'est qu'un peu aplatie du côté de l'excavation qu'elle s'est faite. Le poumon gauche offre une infiltration sanguine assez marquée au niveau de sa perforation. Le poumon droit ne présente rien de particulier. On ne trouve aucune autre balle.

M. Deguise termine sa communication par les réflexions suivantes :

N'est-on pas surpris tout d'abord que la mort n'ait point été plus subite, et qu'avec des lésions aussi profondes le blessé ait pu se traîner encore vingt-cinq à trente pas et conserver sa connaissance six à sept heures? Comment expliquer l'absence de crachats sanglants avec la lésion que l'autopsie a démontré dans un des poumons? Sans doute par l'énorme quantité de sang perdu.

Au point de vue de la médecine légale, il n'est point oiseux de chercher à savoir comment l'arme a été dirigée. Il est plus que probable que le canon devait être bien près de la poitrine, puisque les téguments et les muscles étaient brûlés, ainsi qu'une partie de la chemise et du gilet; peut-être même le canon reposait-il immédiatement sur la peau. Je ferai remarquer à ce sujet que nous avons des données peu précises sur les coups de feu à bout portant, et que leurs effets n'ont point été expérimentés, probablement à cause du danger de faire éclater l'arme. Je suis porté à penser que le premier coup a été tiré de la main droite et le second de la main gauche; de plus, je présume que les plaies du cœur et du poumon ont été faites avec le pistolet tenu de la main gauche. Ma supposition est basée sur la direction de la balle qui est constamment de gauche à droite, et qu'elle eût difficilement suivi cette voie si l'arme avait été tirée de la main droite. Le premier coup a pu porter sur la paroi de la poitrine, mais n'a point pénétré dans sa cavité.

M. Larrey n'apprécie pas au même point de vue que M. Deguise la circonstance principale de ce suicide, c'est-à-dire le mécanisme de la blessure. Les conditions morales dans lesquelles se trouvait le malheureux qui s'est tué ainsi, la prévision qu'un seul coup de feu ne pût suffire et la crainte de n'avoir plus la force de recommencer s'il échouait du premier coup, l'état de cette plaie si large, si profonde, et la présence enfin des deux pistolets trouvés par terre l'un à côté de l'autre et déchargés, tout fait présumer que la blessure a été produite non en deux fois, mais simultanément par les deux mains armées.

Quant à la question de savoir si ce double coup de feu a été tiré à bout portant ou plutôt à bout touchant, on peut admettre, dit M. Larrey, qu'il en a été ainsi non-seulement d'après l'état de la plaie, mais encore d'après l'observation de blessures du même genre. Il y aurait d'ailleurs, ajoute-t-il, des différences appréciables à cet égard chez les sujets qui cherchent à se brûler la cervelle en plaçant le canon de l'arme à feu les uns sur le front, les autres dans l'oreille, dans l'orbite, dans la bouche et le plus grand nombre sous le menton. C'est un point à étudier.

Ostéosarcome affectant les os du bassin.

M. Chassaignac présente un bassin dont les os sont transformés en un énorme ostéosarcome. Les os iliaques sont envahis, ainsi que le sacrum. Le coxis et les cartilages articulaires, sacro-iliaques et la symphyse pubienne ont résisté à l'envahissement de cet énorme cancer. Des coupes, pratiquées dans les masses cancéreuses, en font sortir un suc laiteux tout à fait caractéristique.

Tumeur mammaire.

M. Larrey présente, au nom de M. Michon, une tumeur du sein remarquable par son volume. Cette tumeur, observée au microscope par M. Robin, lui a offert les éléments de la glande mammaire hypertrophiée sans autre altération. La maladie, dont l'origine remonte à peu près à une quinzaine d'années, s'est développée sans cause mécanique appréciable chez une fille qui a aujourd'hui 27 ans et que M. Michon a opérée il y a deux jours à la Pitié.

M. Larrey regrette que l'heure avancée ne permette pas de comparer cette tumeur à celle qu'il avait présentée en son nom l'année dernière et qui offrait tous les caractères du tisse fibreux. Mais il prie M. Lebert de vouloir bien examiner l'unn et l'autre.

Le vice secrétaire, Demarquay.

NOUVELLES.

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Agostini, chirurgien sous-aide à la succursale des Invalides, à Avignon (établissement supprimé), a été désigné pour passer à l'hôtel des Invalides, à Paris, le 28 novembre.

M. Castaing, chirurgien sous-aide à l'hôtel des Invalides, à Paris, a été désigné pour l'hôpital de Bordeaux le même jour.

— M. Larrivière, chirurgien sous-aide aux ambulances de l'Algérie, est décédé le 5 novembre 1850.

— M. le docteur Caillard, depuis plus de trente ans médecin-résidant à l'Hôtel-Dieu de Paris, vient de mourir à l'âge de 78 ans.

— M. Etienne Delort, ancien pharmacien de Bordeaux, mort le 21 novembre dans sa quatre-vingt-treizième année, a légué les sommes suivantes : 50,000 fr. aux hospices; 15,000 fr. à l'Association de la charité maternelle; 15,000 fr. aux pauvres de sa paroisse; 45,000 fr. pour la translation et l'agrandissement du Jardin-des-Plantes; 60,000 fr. pour établir des fontaines; il a prévu le cas où la ville ne se conformerait pas à ses intentions dans un délai qu'il a fixé.

Ainsi le premier de ces legs deviendra nul si, dans les trois ans de son décès, le Jardin-des-Plantes n'est pas transféré au Jardin public; et le legs de 60,000 fr. sera sans effet si la ville, dans ce même délai de trois ans, n'a pas arrêté définitivement le projet de l'établissement des fontaines, et si, à l'expiration de ces trois années, il n'y a pas un commencement des travaux nécessaires à l'établissement des fontaines.

Sur les arrérages du legs fait aux hospices, 400 fr. seront remis annuellement à l'élève interne qui aura rempli ses fonctions avec le plus de zèle et d'intelligence.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 143. (23e ANNEE.) JEUDI 5 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 4 DÉCEMBRE 1850.

Séances des Académies.

Le comité secret annoncé a occupé hier toute la séance de l'Académie de médecine, comme on s'y attendait bien. Il est même probable que la séance prochaine se passera de la même façon. Nous ne répéterons pas notre dernier article à propos de ces comités secrets, nous nous contenterons d'y renvoyer nos lecteurs, et de leur annoncer que, si nous sommes exactement informé, les vœux que nous avons émis pourraient bien porter leurs fruits d'ici à l'année prochaine. On dit que certains académiciens sont assez disposés à transformer ces vœux en une proposition formelle. Or, cette proposition une fois formulée, nous croyons pouvoir répondre de son succès.

— L'Académie des Sciences a reçu, entre autres communications, une note intéressante de M. Ripault, sur un état particulier du col utérin pendant la menstruation. M. Andral a ensuite fait connaître le rapport de la commission du prix Montyon, et nous avons trouvé avec une vive satisfaction, parmi les ouvrages couronnés, des travaux d'un mérite reconnu, entre autres le grand travail de M. Jobert sur la chirurgie plastique, et l'excellent mémoire de M. Morel-Lavallée sur les hernies du poumon.

ACADÉMIE NATIONALE DE MEDECINE.

Séance du 3 décembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Deux lettres sans intérêt.

Correspondance manuscrite. — Paralysie hystérique.

M. Macario adresse de nouvelles considérations sur une *nouvelle* forme de paralysie, qui est la paralysie hystérique.

Calcul biliaire.

M. Helme (Florentin) adresse un calcul biliaire de volume considérable (environ 3 centimètres dans le plus grand diamètre) rendu par les selles. Ce calcul est accompagné d'une observation fort intéressante.

Nouveau tonsillotome.

M. Le Roy-d'Etiolles envoie en son nom et au nom de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouveau tonsillotome qui diffère de celui de Fanestock en ce que la lunette tranchante coupe en passant et en sciant par un mouvement oscillatoire combiné avec le glissement. Cet instrument est en outre muni d'un dépresseur de la langue qui change de côté suivant que l'on agit à droite ou à gauche, et d'une double érigne qui, suivant les auteurs, attire plus sûrement l'amygdale dans la lunette que ne peuvent le faire la broche de Fanestock ou même la fourche à bascule de M. Velpeau.

Après la correspondance, l'Académie se forme en comité secret.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 décembre 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Sur un caractère particulier que présente l'utérus à l'époque menstruelle.

M. le docteur Ripault, de Dijon, fait connaître un fait physiologique qu'il a eu l'occasion de constater un grand nombre de fois en visitant les filles soumises de Dijon. Il s'agit d'un caractère particulier que présente l'utérus à chaque retour des menstrues.

A cette époque, dit M. Ripault, il n'y a, comme on l'a trop souvent répété, ni gonflement réel du col utérin, ni augmentation de fluides d'une nature quelconque. La seule exaltation des forces vitales dont l'œil puisse presque invariablement s'assurer dans cet endroit à l'aide des moyens usités consiste dans la saillie d'une veine bleuâtre, quelquefois de deux, affectant une direction irrégulièrement transversale ou serpigineuse, et en formant un relief sur la lèvre antérieure du col, d'abord le jour qui précède le retour des règles, et le jour surtout où cette sécrétion commence. Ce qu'il y a de particulier sur l'apparition de ces veines, c'est que l'aspect variqueux et passager qu'elles offrent, après s'être manifesté sur la lèvre antérieure avant le début des règles et durant le deuxième ou même le troisième jour de leur apparition, finit par s'effacer insensiblement et par disparaître pour se montrer presque aussitôt sur la lèvre postérieure de ce même col utérin, où la saillie veineuse en question acquiert assez souvent un volume plus prononcé. Elle disparaît, en ne laissant qu'une teinte d'amaranthe plus ou moins foncée sur cette dernière surface, les deux derniers jours qui suivent la fin de l'évacuation périodique d'où elle doit évidemment dépendre.

Ainsi, pour rendre ce phénomène relatif à la disposition du col de la matrice dans le temps des règles aussi clair que possible, il faut admettre, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent, dans sa trame et dans son tissu sous-muqueux, une injection vasculaire sensible depuis le moment qui précède d'un jour au moins les menstrues, durant leur cours, et aussi un peu après leur terminaison; mais il convient d'établir une distinction dans l'état de cette hypérémie particulière; cette dernière n'est pas générale; elle n'envahit presque jamais la totalité du col; en un mot, il y a rarement une tendance hémorrhagique sur les deux lèvres en même temps. Le plus habituellement, il arrive que cette hypérémie est graduelle et successive; elle débute par la lèvre antérieure du col utérin, pour achever les phases qui lui sont dévolues à la lèvre opposée. Cette migration hypérémique, examinée dans ses effets, semble rendre compte de certains phénomènes concomitants qui se passent chez la plupart des femmes dans le temps où elle s'effectue. Il n'est pas de médecin qui ne reconnaisse l'ensemble des symptômes généraux auxquels se rattache la particularité assez importante dont il s'agit. L'on en peut tirer quelques déductions significatives dans l'exercice de l'art. Indépendamment de certaines circonstances où, par un motif grave, la médecine légale pourrait, au besoin, s'éclairer de cette disposition du col, selon les phases que présente chaque époque menstruelle, l'on est autorisé à croire qu'il est permis de compter sur une direction mieux combinée et plus rationnelle dans l'emploi des remèdes destinés au soulagement des femmes, selon les premiers ou les derniers jours de leurs règles, dont, pour une cause quelconque, elles auraient à souffrir.

Injections iodées répétées dans le traitement des tumeurs enkystées.

M. Borelli, agrégé de la Faculté médico-chirurgicale de Turin, adresse un travail sur la méthode des injections iodées répétées dans le traitement des tumeurs enkystées.

Depuis quelques années, il emploie avec succès cette méthode selon un procédé qui lui est propre. Voici en quels termes il le décrit :

Dans un point quelconque de la tumeur, même à quelque distance pour éviter, s'il le faut, la vue des marques de la cicatrice, on enfonce un peu obliquement et à plat une lancette ordinaire qui, pénétrant directement dans le kyste, laisse une ouverture d'un demi-centimètre environ, par laquelle on fait sortir la matière contenue dans le kyste; ensuite on injecte la teinture alcoolique d'iode pure préparée d'avance dans une seringue, et on doit, autant que possible, ne pas en laisser sortir. On ferme l'ouverture avec un morceau de diachylon, ou simplement avec un peu de charpie enduite de cérat que l'on contient au moyen d'un bandage adapté. La douleur qui suit l'injection se fait sentir très vivement pendant une ou deux minutes, et, dans les vingt-quatre heures, survient ordinairement une inflammation dans la tumeur, que l'on diminue aussitôt avec un cataplasme émollient si elle est très forte. La tumeur, qui alors était douloureuse et endurcie, se ramollit, s'affaisse et commence à laisser suinter par l'ouverture quelques gouttes de liquide coloré. Si on n'applique pas de cataplasme, l'inflammation fait un cours ordinaire de trois jours et cède ensuite tout à fait; la tumeur se ramollit alors, et laisse couler par l'ouverture la teinture injectée mêlée de pus liquide.

Quelquefois, après la première injection et à la suite de la réaction locale, on peut déjà sentir le kyste qui se détache dans la tumeur, et même le retirer avec les pinces; mais, ordinairement, il faut répéter une, deux et même trois fois l'injection avant d'en obtenir une complète séparation.

Quand la sortie du kyste est complète, on est sûr que la guérison sera radicale, et il ne restera plus alors que l'adhésion des tissus environnants à se faire, ce qui a lieu assez rapidement.

Voici quels sont les avantages que l'auteur attribue à ce procédé :

La ponction de la tumeur n'est pas plus douloureuse que celle d'une saignée.

L'injection de la teinture d'iode, quoique assez irritante, est de courte durée.

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9, 16, 20 et 20 novembre.)

TROISIÈME ÉPOQUE. — Epoque chrétienne.

PREMIÈRE SECTION. — *Origine de l'hôpital. Etymologie du mot.*

Jusqu'à la réalisation du dogme chrétien, les secours accordés aux malheureux ne puisaient leurs motifs ni dans un sentiment charitable, ni dans une pensée philanthropique; la voix de l'humanité ne s'était point encore fait entendre, et les législateurs, dans leurs codes d'assistance, ne poursuivaient que l'accomplissement d'un devoir politique. Moïse, pour préserver son peuple nomade et conquérant des épidémies et de la contagion, ordonne de chasser sans pitié du camp les pauvres malades, et les condamne ainsi sans miséricorde à une mort presque certaine. Evidemment une pensée politique domine toutes les prescriptions de ce barbare législateur.

Dans les républiques grecques, le gouvernement et les riches citoyens ne venaient au secours des pauvres que pour assurer l'existence de la tranquillité publique et des fortunes particulières. Plutarque (*in Solone*) nous apprend qu'à Athènes, Solon s'étudia surtout « à concilier les réclamations des pauvres devenus entreprenants, et demandant l'abolition des dettes et un nouveau partage des terres, avec les intérêts des riches, qui craignaient, avec raison, le bouleversement que de semblables prétentions devaient occasionner dans l'Etat. » A Sparte, les prétentions des pauvres amenèrent un communisme brutal, où furent confondus tous les rangs et toutes les positions. L'hospitalité elle-même, dont on a fait tant d'honneur à l'antiquité, n'était, selon le baron de Bock, auteur de recherches philosophiques estimées, qu'une espèce d'assurance mutuelle, qui trouvait sa source et son explication dans l'intérêt seul des particuliers.

A Rome, les lois *frumentariæ*, *alimentariæ*, *annonariæ*, etc., qui ne faisaient que confirmer la proposition du tribun Cassius, n'avaient d'autre but que de satisfaire le peuple et prévenir les séditions dont il donna plus d'une fois l'exemple. La loi agraire elle-même, qui demandait, non le partage des bien *acquis*, comme l'ont prétendu des historiens superficiels, mais le partage des terres conquises sur l'ennemi, exprimait une pensée essentiellement politique, et non un sentiment charitable ou une opinion antisociale.

La philosophie chrétienne, en brisant les chaînes de l'esclavage et en élevant les ilotes et les pauvres au rang des puissants et des riches, prescrivit à ces derniers aide et assistance aux malheureux, non plus comme moyen de conservation de leurs richesses, et comme arme politique, mais bien comme conséquence de l'égalité que le Christ apportait aux hommes; de plus, le principe de l'égalité étant un principe divin, les lois qui en découlaient portaient aussi ce caractère, et leur accomplissement trouvait sa récompense dans le ciel : « *Si vis perfectus esse*, dit saint Mathieu, *vade et vende quæ habes et da pauperibus*, *et habebis thesaurum in cœlo*, *et veni*, *sequere me.* »

Plus tard des philanthropes officiels ou des commentateurs infidèles de la doctrine du Christ, reprenant en sous-œuvre l'idée politique des anciens, ont indignement défiguré la belle et sublime charité chrétienne, et ont répété d'âge en âge jusqu'à nos jours que « secourir les pauvres, c'est un moyen de gouverner, un moyen puissant de contenir la partie la plus difficile de la population, et de rendre meilleures toutes les autres parties. (Marbeau, *Du Paupérisme en France*, pag. 88.) Non, celui qui glorifiait la pauvreté et lui promettait le royaume du Ciel, *Beati pauperes, quia eorum est est regnum cœlorum*, ne pouvait prêcher l'égoïsme et recommander la bienfaisance comme une arme de compression.

Si l'on pouvait douter du but tout moral du dogme chrétien, si l'on pouvait admettre comme instrument de gouvernement une charité qui puise son origine dans ce divin précepte : « Aimez-vous les uns les autres, parce que vous êtes tous fils du même Dieu, » l'*Histoire de l'origine des Hôpitaux* répondrait victorieusement aux docteurs et aux commentateurs infidèles de la parole du Christ.

Durant près de trois siècles, la nouvelle religion lutta avec persévérance et avec courage contre les idoles païennes, et se vit poursuivie et persécutée sans trêve et sans miséricorde. Pendant ces longues années de persécutions, les chrétiens, proscrits et cachés, ne pratiquaient que dans l'ombre et le mystère la loi pour laquelle ils mouraient en apôtres et en martyrs. Unis par les mêmes croyances, par les mêmes désirs, par les mêmes dangers, les chrétiens formaient une seule famille au milieu de la grande famille païenne, et s'appliquaient les uns aux autres la sainte fraternité dont leur divin maître leur avait prêché le dogme; les pauvres étaient secourus, et les malades et les infirmes, recueillis dans des maisons particulières, étaient soignés dans leurs maux et consolés dans leurs misères.

Plus tard, lorsque Constantin eut embrassé le christianisme, lorsque la religion nouvelle put se montrer sans craindre les persécutions, le dévouement, la bienfaisance, jusqu'alors cachés dans l'ombre, apparurent au grand jour. Ne se pouvant plus contenter de l'asile furtif et par conséquent restreint qu'ils accordaient aux malades, les fidèles suivirent le conseil de saint Mathieu, *vende quæ habes et da pauperibus*, et les plus riches d'entre eux employèrent leur fortune à bâtir de vastes établissements, où les douleurs et la misère trouvèrent un refuge. Les évêques, que leur sainteté appelait seuls alors au rang qu'ils occupaient, suppléaient à l'insuffisance des fortunes particulières, soit en faisant appel à des sous-

La réaction phlogistique est très modérée, et peut se calmer aussitôt avec des cataplasmes émollients.

La durée du traitement est relative au volume de la tumeur; quelquefois elle est très rapide. En général, elle est de quinze à vingt jours pour les tumeurs ordinaires, et d'un mois pour celles d'un grand volume.

Le traitement est à l'abri de tout accident grave, de complication, comme sont généralement ceux fondés sur les cautérisations répétées et légères.

Le traitement radical des tumeurs enkystées est assuré par la fusion et l'expulsion du kyste.

Enfin, après le traitement, il ne reste pas plus de cicatrice que celle d'une saignée.

Considérations chimiques et thérapeutiques sur les sels d'argent.

M. Delioux, professeur de matière médicale à l'école de médecine navale de Rochefort, envoie un mémoire en deux parties sur les sels d'argent considérés au double point de vue chimique et thérapeutique.

Dans la première partie de son travail, l'auteur s'est proposé de déterminer le rôle précis que jouent les sels alcalins et les matières albuminoïdes ou protéiques des humeurs organiques dans l'absorption, l'assimilation et le mode d'action intime d'une série déterminée de composés métalliques, des sels d'argent.

On admet, dit M. Delioux, que l'azotate d'argent et les sels de ce métal sont transformés dans l'estomac par les chlorures alcalins en chloro-argentates alcalins solubles et immédiatement absorbables; mais les chlorures alcalins ne forment avec le chlorure d'argent des chlorures doubles que lorsqu'on fait réagir à la température de l'ébullition des dissolutions concentrées de chlorures alcalins sur le chlorure d'argent, et ce nouveau sel est décomposé par l'eau qui tenait en dissolution le chlorure alcalin. Ainsi, en admettant que l'azotate d'argent soit transformé dans l'estomac en chlorure d'argent, et que ce dernier, sous l'influence des chlorures alcalins, soit ultérieurement transformé en chloro-argentate alcalin, ce nouveau chlorure double ne serait pas une substance immédiatement absorbable, puisque, décomposé par l'eau, il donnerait lieu à la formation d'un composé insoluble, ce même chlorure d'argent dont il est impossible d'expliquer la dissotion et l'absorption, en ne tenant compte que de l'action des chlorures alcalins. On peut assurer, d'ailleurs, qu'à la température du corps humain et dans l'état de dilution où les chlorures se trouvent dans les liquides organiques, il est impossible d'admettre la formation d'un chloro-argentate alcalin.

D'une série d'expériences relatées par M. Delioux, il résulte que les humeurs organiques possèdent, dans la réunion de leurs éléments salins et albuminoïdes, un réactif susceptible de transformer l'azotate d'argent, et probablement tous les autres composés de ce métal, en une combinaison soluble et absorbable autre que le chlorure d'argent, en un chloro-argentate alcalin. En outre, les matières albuminoïdes impriment aux dissolutions argentiques des caractères spéciaux et dénaturent leurs réactions ordinaires, de telle sorte que tous les réactifs de l'argent, excepté l'acide sulfhydrique, au lieu de fournir les précipités colorés si caractéristiques, éclaircissent généralement la dissolution et semblent augmenter la solubilité du composé argento-protéique.

De ces faits chimiques on doit conclure, suivant M. Delioux, qu'il convient de les associer à l'albumine et aux chlorures alcalins, afin de faciliter leur absorption. C'est surtout en l'employant sous forme de lavement que l'auteur a eu occasion de juger des avantages de l'administration de l'azotate d'argent en dissolution dans l'eau albumineuse chlorurée.

M. Delioux appelle, en outre, l'attention sur la propriété que possède le lait de précipiter la dissolution d'azotate d'argent, même en présence de l'albumine, et il croit pouvoir en conclure que le lait serait un contre-poison efficace des sels d'argent.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Delioux s'occupe de deux accidents inhérents à l'administration des préparations d'argent à l'intérieur, leur action irritante topique et la coloration spéciale de la peau.

La coloration argentique étaut ordinairement le résultat de l'usage plus ou moins prolongé de l'azotate d'argent, M. Delioux a recherché dans ce travail si d'autres sels d'argent que l'azotate méritent d'être conservés ou introduits dans la matière médicale, sous la triple condition qu'ils auront une action topique peu irritante ou nulle, qu'ils seront absorbables, qu'ils ne détermineront pas la coloration bronzée des surfaces tégumentaires, ou du moins qu'ils ne la produiront qu'à un moindre degré que l'azotate d'argent. A ce titre, il examine l'argent métallique et les composés insolubles que dans ces derniers temps on a tenté d'introduire dans la pratique médicale, et comme composés solubles, l'iodure double de potassium et d'argent, et l'hyposulfite double de soude et d'argent.

L'auteur conclut de ces recherches que, de tous les composés d'argent, un seul offre des garanties réelles contre la coloration de la peau, c'est celui qui résiste le plus à l'action réductive de la lumière et des matières organiques, l'iodure d'argent.

Phosphène.

M. Serres (d'Uzès) adresse une quatrième note sur le phosphène. Il rapporte dans cette note de nouveaux faits qui le conduisent à admettre comme conclusion, avec la généralité des physiciens et des physiologistes, que toute impression produite sur un point de la rétine, quelle qu'en puisse être la cause, doit avoir le même résultat qu'une action exercée sur le même point par des rayons lumineux venant d'un objet extérieur.

Vaccine et variole.

M. Bayard adresse une nouvelle note sur la marche de la variole depuis la découverte et l'introduction de la vaccine et sur les modifications qu'elle a subies.

Traitement de la gale.

M. Bourguignon adresse une lettre en réponse à la réclamation de priorité faite par M. Bazin dans la séance précédente relativement au traitement de la gale par les frictions générales.

Prix Montyon.

Dans le comité secret de la dernière séance, M. Andral, au nom de la commission chargée de juger les pièces adressées pour le concours de médecine et de chirurgie (années 1849 et 1850), a fait un rapport dont voici les conclusions:

1° (Année 1849). — Accorder à M. le docteur Jobert (de Lamballe) un prix de 2,500 francs pour son *Traité de chirurgie plastique;*

A M. le docteur Guillon, un encouragement de 1,000 fr. pour son brise-pierre pulvérisateur;

A M. Martin, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage intitulé: *Essai sur les moyens prothétiques des membres inférieurs;*

A M. le docteur Morel-Lavallée, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage sur les hernies du poumon.

2° (Année 1850). — A M. le docteur Herpin, une récompense de 1,500 fr. pour son ouvrage intitulé: *Etudes pratiques sur le pronostic et le traitement de l'épilepsie;*

A M. le docteur Delasiauve, une récompense de 1,000 fr. pour son travail sur le traitement de l'épilepsie;

A M. le docteur Auguste Mercier, une récompense de 1,500 fr. pour ses recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les valvules du col de la vessie, et pour ses observations et ses remarques sur le traitement de la rétention d'urine causée par les valvules du col de la vessie;

A M. le docteur Wrolik, une récompense de 1,000 fr. pour son ouvrage sur la tératologie;

A M. le docteur Stahl, un encouragement de 1,000 fr. pour son travail sur la physiognomonie et l'anatomie pathologique de l'idiotie endémique;

A M. le docteur Hurtaux, un encouragement de 1,000 fr. pour son Mémoire sur les effets physiologiques et thérapeutiques des émanations du tabac observés sur les ouvriers de la manufacture de Paris;

A M. le docteur Carrière, un encouragement de 1,000 fr. pour son ouvrage intitulé: *le Climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.*

— M. Flourens, au nom de la commission chargée de juger les pièces adressées pour le grand prix des sciences naturelles (année 1850), fait un rapport dont la conclusion est que la question proposée est remise au concours pour l'année 1853.

MÉTHODE POUR GUÉRIR LA CLAUDICATION

résultant du chevauchement avec union réciproque des fragments du fémur,

Par M. Rizzoli.

L'idée de ce moyen a été fournie à l'auteur par un hasard heureux. Ayant eu à traiter d'une fracture du fémur droit un homme qui avait eu autrefois une fracture du fémur gauche guérie avec raccourcissement, il imagina de laisser les fragments de l'os récemment cassé chevaucher peu à peu, jusqu'à ce que ce membre eût ainsi atteint la longueur de l'autre, et le blessé demeura, par la suite, exempt de claudication.

Cette observation fit songer M. Rizzoli à obtenir le même résultat dans les claudications de cette espèce en fracturant artificiellement le fémur sain, puis le laissant chevaucher de manière à devenir aussi court que celui de l'autre côté. L'expérience est déjà venue sanctionner cette théorie de la manière la plus heureuse, ainsi qu'on en pourra juger par le fait suivant.

Obs. — On présenta à M. Rizzoli une enfant de famille noble âgée de neuf ans, qui boitait depuis le moment où elle commença à marcher. Comme cause de cette claudication, le médecin ne trouva qu'une tumeur osseuse, au voisinage du grand trochanter gauche. C'était le résultat d'une fracture du fémur, survenue à sept mois, dissimulée par la nourrice, et qui s'était consolidée avec chevauchement des fragments; ce qui rendait ce membre plus court que l'autre d'un pouce et trois quarts. D'ailleurs la petite malade n'avait ni scrofule, ni rachitisme, ni aucun autre vice de la constitution. Ainsi que ses parents, elle manifestait le plus vif désir d'être guérie, au prix de quelques souffrances que ce pût être.

Inspiré par le souvenir du fait que nous rappelions tout à l'heure, M. Rizzoli résolut de réaliser artificiellement les mêmes conditions, c'est-à-dire « de fracturer obliquement le fémur du côté sain, puis de le laisser raccourcir et consolider de façon à lui donner une longueur égale à celle de l'autre. »

La machine destinée à exécuter ce projet se compose d'un fort bras d'acier assez long pour occuper un peu moins que la partie interne de la cuisse. Le centre de ce bras reçoit perpendiculairement une longue vis à trois hélices, munie à une extrémité d'un manche horizontal qui sert à la mettre en mouvement. L'autre extrémité de la vis presse contre un arc d'acier qui embrasse transversalement la moitié de la cuisse; l'arc, bien entendu, ne suivant pas les mouvements de la vis. Deux grands anneaux, l'un plus large que l'autre, embrassent la cuisse et servent à fixer contre elle le bras d'acier.

On comprend la manière d'agir de cet appareil. Le bras d'acier étant fixé sur la cuisse, on matelasse convenablement la partie du membre sur laquelle on veut agir, c'est-à-dire le milieu du côté interne. Alors le chirurgien, placé au côté externe du membre, tire en bas et en haut les parties molles qui recouvrent le fémur, afin d'éloigner les vaisseaux cruraux du point sur lequel doit porter la pression. Il commande alors à un aide de tourner le manche de la vis, qui en deux ou trois tours s'allonge de manière à rompre l'os instantanément.

L'auteur, ayant répété les expériences cadavériques sur des sujets de tout âge, obtint toujours le même résultat, c'est-à-dire une fracture plus ou moins oblique du fémur sans lésion des parties molles contiguës.

Tout étant bien calculé, M. Rizzoli se décida à opérer sa malade. En conséquence, le 27 avril 1847, après l'avoir éthérisée, il produisit chez elle la fracture du fémur droit par le procédé que nous venons d'indiquer. Elle n'en éprouva aucune douleur, et la seule contraction musculaire suffit pour réduire le membre fracturé à la même brièveté que l'autre. Un appareil inamovible, maintenu pendant vingt jours, contint en place les fragments chevauchés. Deux jours après, la petite malade put descendre du lit et s'exercer à marcher à l'aide de béquilles, qu'elle quitta au bout d'un mois, bien guérie à cette époque de sa claudication.

(*Il Raccoglitore medico* et *Gaz. méd.*)

---

criptions volontaires, soit en réalisant toutes sortes d'économies sur les revenus de leur église.

Le premier établissement de ce genre établi à Rome, le fut vers l'an 380, par une dame fort opulente du nom de Fabiola. Saint Jérôme (1) nous fait un long tableau de tous les malades qu'on y recevait et qu'on allait même chercher dans la rue, où ils gisaient consumés par la faim et les douleurs. Il nous apprend aussi que ce fut le premier établissement auquel on donna le nom de νοσοκομεῖον, *nosocomium*.

Cependant l'Orient paraît avoir précédé Rome dans la voie de bienfaisance où Fabiola était entrée. Saint Epiphane, qui écrivait une cinquantaine d'années avant saint Jérôme, dit qu'Eustathe, évêque de Sébaste, éleva un établissement où étaient reçus les malades, et dont il donna la direction à l'hérésiarque Aerius: « *Nam et presbyterum hunc postea creavit, et xenodochii, quod ptochotrophium in Ponto vocatur, curam ei (Aerio) commisit; ejusmodi quippe domicilia præ amore erga hospites ab ecclesiarum antistitibus excitari solent; in quibus mutilatos et imbecillos collocant, iisque ad victum necessaria pro virili suppeditant* (2). Comme on le voit, saint Epiphane lui-même ne donne pas le *xenodochium* de Sebaste comme tout nouveau, puisqu'il reconnaît que de semblables établissements existaient déjà dans le royaume de Pont, sous le nom de *ptochotrophium*.

Bien plus, après qu'il eut pris possession de l'évêché de Césarée, saint Basile fonda hors de la cité, vers l'an 372, un si vaste établissement destiné aux pauvres, aux malades, aux vieillards, aux veuves, aux pèlerins et aux enfants, que saint Jean Chrysostôme le compare à une nouvelle ville. A cet établissement encore saint Basile donne le nom de *ptochotrophium*. (*Epist.*, 176.)

(1) *Lettres de saint Jérôme*, trad. par MM. Grégoire et Colombet, tom. IV, p. 288. — Paris, 1840.

(2) *Epiphani, Constantiæ sive Salaminis in Cypro, Episcopi, opera omnia, adversus hæreses*, lib. III, tom. I, p. 905. — Paris, 1622. — Grec-latin.

Sous le règne de Constantin, deux hommes riches et pieux, Sampron et Eubule, fondèrent chacun à Bysance, un hôpital destiné aux pauvres et aux infirmes. Ces deux établissements furent, peu de temps après leur construction, brûlés dans un incendie, suscité par une émeute populaire (1).

Enfin Constantin lui-même consacra des sommes considérables au soulagement des pauvres, et fit décréter dans un concile, tenu à Rome, en sa présence, par le pontife Sylvestre, que la quatrième partie des revenus de l'Eglise serait consacrée au soulagement des pauvres et des malades.

D'après les témoignages que nous venons de rapporter et quelques autres que nous pourrions encore citer, il est certain que le berceau des établissements hospitaliers se trouve dans l'Orient, et que le nosocomium de Fabiola ne fut que l'importation à Rome des ptochotrophium de saint Basile et de saint Jean Chrysostome. D'ailleurs les noms qu'on leur imposa dès l'origine reconnaissent tous des racines grecques, à l'exception du mot hôpital, sur lequel nous aurons tout à l'heure à nous expliquer.

Les dénominations primitivement données aux établissements hospitaliers ne se rencontrent dans aucun écrivain antérieur au christianisme; circonstance qui, au besoin, serait une preuve nouvelle de l'origine toute moderne de ces établissements, et les quatre mots grecs principaux dont se forment ces dénominations composées sont νοσος, *maladie*; κομειν, *prendre soin*; δεχομαι, *recevoir, accueillir*, et τρεφειν, *nourrir*. De la combinaison de ces quatre mots-racines sont nés: *Nosocomium*, *soigner les maladies*, lieu où l'on traite les malades; c'est l'équivalent de notre hôpital moderne. *Nosodochium*, *recevoir les malades*; il est probable que, *pour les soigner*, est sous-entendu, car Robert-Etienne, dans son *Thesaurus*, renvoie de l'un de ces mots à l'autre. Enfin *Nosotrophium*, *nourrir les maladies*. « Nosotrophium, dit M. Coste dans le grand dictionnaire de Panckoucke, n'a pu être employé au même usage que par une inadvertance qui prêterait au ridicule, non pas que l'affaire diététique ne soit une des plus essentielles dans le service des hôpitaux; mais ils ne sont pas établis pour *nourrir la maladie*; et *nosotrophia* ne signifierait pas autre chose. »

(1) *Antiq. Grec. — Petrus Gyllius, De topographiâ Constantinopoleos, de Xenodichiis Sampronis et Eubuli*, tom. VI, lib. II, cap. 8. — Venise, 1678.

Bientôt l'esprit de la charité chrétienne, se répandant avec ardeur dans l'empire et surtout à Constantinople, sa capitale, des établissements furent fondés pour toutes les infortunes, et l'on eut des asiles pour les pauvres, *ptochodochium*, *ptochotrophium*; des asiles pour les enfants, *pædotrophium*; pour les enfants trouvés et les orphelins, *orphanotrophium*; pour les femmes et les filles, *gynetrophium*; pour les étrangers, *xenodochium* et *xenotrophium*, etc.

Le mot hôpital, dont la racine est latine, est d'une date toute moderne dans l'acception de nosocomium. M. Pointe nous apprend en effet que l'Hôtel-Dieu de Lyon, fondé vers l'an 542, et qui recevait, comme ceux de l'Orient, des pauvres, des orphelins, des malades et des pèlerins, est désigné sous le nom de *xenodochium* dans les actes du cinquième concile d'Orléans, tenu en 549 (1). Le mot hôpital fut primitivement employé selon le sens de sa racine, *hospes, hospitalium*, et on le fit servir à la désignation de tous les établissements consacrés à l'hospitalité, quels que fussent la position et les motifs de l'hôte, *hospes*, de celui qui venait réclamer cette hospitalité. Notre vieux Paris porte encore des traces de ces établissements: Une bulle du pape Urbain III, de 1187, dit que Robert de Dreux, quatrième fils de Louis-le-Gros, fonda, avec l'église de Saint-Nicolas-du-Louvre, quatre prébendes et *un hôpital pour les pauvres écoliers*. Cet hôpital, désigné, au treizième siècle, sous le nom d'*hôpital des Ecoliers-Saint-Nicolas-du-Louvre*, était composé, en 1350, de 18 boursiers. — Dans la rue Saint-Jacques-l'Hôpital, à côté de l'église

(1) *Histoire topographique et médicale du grand Hôtel-Dieu de Lyon*, par M. le docteur Pointe, p. 1 et suiv. — Lyon, 1842.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Pastilles de mannite et de calomel, dites pastilles de mannite médicinale; par M. BIRON-DEVÈZE.

Les pastilles de calomel, d'après la formule du Codex, ont l'inconvénient de ne se dissoudre que difficilement, ce qui les fait rejeter par les jeunes enfants auxquels on les administre. Suivant M. Biron, l'association de la mannite au calomel fait disparaître cet inconvénient en remplaçant le mucilage de gomme, qui est la cause de la dureté que présentent ces pastilles. De plus, la mannite, qui est elle-même un purgatif, quoique très doux, permet de diminuer la dose de calomel pour obtenir les mêmes effets, et diminue ainsi les propriétés *salivantes* des pastilles au calomel. Pour ces deux raisons, ce pharmacien propose de remplacer les pastilles du Codex par les suivantes :

Calomel.	1 gramme.
Mannite.	13 —
Sucre.	16 —
	30

Pour cent pastilles. Chaque pastille contient seulement 1 centigramme de calomel au lieu de 5 centigrammes comme celles du Codex; ce qui permet de fractionner davantage les doses.

M. Biron prépare suivant la même formule des pastilles de scammonée blanche. Il prépare aussi les pastilles de mannite pure, convenables dans les cas où l'on ne veut obtenir qu'une purgation très douce.

FORMULES DIVERSES CONTRE LES MALADIES DE LA PEAU; par M. CAZENAVE.

De l'emploi de l'émulsion mercurielle comme topique.

Depuis longtemps on fait un grand usage en Angleterre, principalement pour les efflorescences du visage, d'une lotion employée surtout comme cosmétique, et connue généralement sous le nom de lotion de Gowland. Cette lotion, dont on a donné d'ailleurs plusieurs formules, toutes très analogues, consiste surtout dans une solution de sublimé corrosif dans une émulsion d'amandes amères. Biett employait pour le même usage la préparation suivante : acide cyanhydrique médicinal, 8,0; sublimé corrosif, 0,01; émulsion d'amandes amères, 300,0.

C'est un des topiques auxquels j'ai recours le plus généralement et avec le succès le plus constant. Je me sers d'ailleurs de la formule suivante :

Bichlorure hydrargyre. . .	20 centigr.
Chlorure d'ammonium. . .	20 —
Alcool.	6, 50 —
Eau distillée. q. s.	

Pour faire avec :

Amandes amères 25.	
Emulsion.	243 —

F. S. A. pour usage externe.

C'est un excellent topique, non-seulement dans les éruptions du visage, dans l'acné, dans les maladies avec prurit, mais encore dans la plupart des formes de l'eczéma chronique, même à l'état semi-aigu. Je fais faire habituellement des lotions matin et soir; quelquefois même je laisse sur les surfaces malades des compresses imbibées de cette mixture.

De l'emploi de la pommade au chloroforme.

On sait combien il est difficile de calmer le prurit qui accompagne certaines maladies de la peau et qui existe même quelquefois sans éruption, notamment dans ces hypéresthésies si rebelles fixées à l'anus, à la vulve, aux parties génitales. J'ai retiré de bons effets quelquefois de l'usage de la pommade suivante :

Chloroforme.	de 1 à 2 grammes.
Axonge.	30 —

F. S. A.

Bien que le premier effet de cette application soit de déterminer une cuisson quelquefois assez vive, cela ne m'a pas empêché de m'en servir même dans les cas de *lichen* semi-aigu. L'excitation momentanée produite par la pommade se calme au bout de quelques instants, et elle est toujours suivie d'un soulagement marqué. C'est un topique utile, et qui n'est applicable qu'aux cas accompagnés de prurit.

De l'aconit dans le traitement des éruptions papuleuses (lichen et prurigo).

L'aconit a été employé à diverses titres, en thérapeutique, contre les rhumatismes, la goutte, les névralgies, les hydropisies, etc. J'ai vu Biette l'administrer avec succès contre la syphilis secondaire, et surtout pour combattre les douleurs ostéocopes. Depuis longtemps déjà, après avoir constaté que dans les affections papuleuses, ce qu'il importait surtout de combattre, c'était l'hypérestésie de la peau, dont l'éruption n'était que la conséquence, j'ai employé avec succès l'extrait d'aconit à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour. Sous l'influence de ce médicament, j'ai vu souvent les crises de démangeaisons diminuer rapidement, puis cesser, et avec elles des éruptions très intenses qui étaient entretenues par le besoin irrésistible de se gratter, et aggravées par l'action des ongles. Je me sers de la formule suivante :

Extrait alcoolique d'aconit. . . .	1 gramme.
— de taraxacum.	1 —

F. 40 pilules.

De une à deux matin et soir.

De l'emploi du chlorure de calcium cristallisé dans le traitement de certaines maladies de la peau.

L'hydrochlorate de chaux qui existe dans beaucoup d'eaux minérales est un sel assez rarement employé en thérapeutique; c'est cependant un médicament précieux qui remplace, dans beaucoup de cas, l'iodure de potassium, et qui a surtout l'avantage d'être facilement supporté et de pouvoir être continué longtemps.

Biett s'en servait avec avantage pour combattre le lupus scrofuleux. Depuis longtemps je l'emploie sur une plus large échelle, et surtout dans les formes où il y a prédominance du tempérament lymphatique; ainsi, dans l'*eczéma chronique*, et surtout dans l'*impetigo*, je l'administre à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Chlorure de calcium cristallisé. .	15 grammes.
Eau distillée.	500 —

F. S. A.

Une cuillerée à soupe, deux ou trois fois par jour, dans une tasse d'une infusion appropriée.

Gourmes chez les enfants.

Du porrigo et de son traitement.

Qui croirait que c'est contre le porrigo qu'a été inventé le traitement barbare de la *calotte*, transporté plus tard au favus, et aujourd'hui complétement abandonné? Il serait difficile de s'expliquer une pareille contradiction, si l'on ne savait que jusqu'à ces derniers temps rien n'était plus vague et plus incertain que les opinions des auteurs relativement à la nature des affections porrigineuses. Alibert est celui qui a jeté le plus de lumière sur l'histoire du porrigo. Ses descriptions sont exactes; ses différentes espèces sont établies sur des distinctions rationnelles et pratiques; on peut seulement lui reprocher de ne pas avoir suffisamment scindé sa thérapeutique en plaçant en regard de chaque forme porrigineuse le groupe ou l'ordre d'indications curatives qu'elle réclame plus spécialement.

Je suis loin de penser, avec Celse, que la médecine expectante est la seule qui convienne au porrigo, et que le malade doit s'en tenir aux soins de propreté et à l'usage répété du peigne.

Plusieurs considérations justifient l'importance que l'on donne aujourd'hui au traitement de cette affection. Le siége anatomique n'est point ici toujours limité, comme dans l'*achore*, ou follicule sébacé; la membrane *pigmentale*, organe sécréteur des couches épidermiques et cornées, prend souvent part à l'altération porrigineuse, et le peu de vitalité dont elle est pourvue expliquerait à lui seul la longue durée et la fréquente ténacité des porrigines; mais souvent aussi le principe morbide étend son action jusqu'aux bulbes pileux, comme le prouvent des alopécies plus ou moins étendues, et parfois persistantes.

Le conseil de Celse s'appliquerait tout au plus à quelques cas exceptionnels dans lesquels le porrigo se montre avec un caractère dépuratoire évident; autrement, reculer ou négliger son traitement est s'exposer d'une manière presque certaine à le voir prendre une extension indéfinie, et devenir le point de départ d'une infection herpétique générale et constitutionnelle.

L'inaction du praticien ou l'indifférence des parents serait enfin d'autant moins excusable, qu'au début du porrigo l'influence morbide est limitée aux cryptes sébacés, et que ce n'est qu'avec le temps et par de nouveaux progrès qu'elle s'étend aux follicules pilifères, et jusqu'à la membrane pigmentale.

Après avoir reconnu les caractères éruptifs du porrigo, étudié ses causes, et trouvé, soit dans de petites pustules blanches ou jaunâtres, presque toujours traversées par un cheveu, soit dans de petites écailles généralement imbriquées et réunies autour de la racine des cheveux, tandis que celles de l'herpès furfureux ou pithyriasis sont éparses et irrégulièrement disposées, soit dans des alopécies partielles, ou bien encore dans des croûtes de forme et de grandeur variables siégeant constamment au cuir chevelu, comme chacun des produits précédents, les signes suffisants d'un diagnostic certain, la première chose à faire consiste à éloigner toutes les influences qui ont favorisé ou déterminé le développement de l'affection porrigineuse. Ensuite il importe d'entretenir la tête dans un état d'extrême propreté, de la débarrasser des croûtes ou des squames à l'aide de lotions répétées avec des décoctions mucilagineuses ou l'application de cataplasmes émollients. L'emploi de ces moyens a pour autre avantage de dissiper l'injection et de calmer la chaleur et l'irritation dont la peau peut être le siége. Ici, l'usage du peigne est souvent nécessaire, et devient beaucoup moins dangereux que dans l'achore, en raison de la consistance plus grande du tissu cutané. Les porrigineux sont toujours sortis de la première dentition; souvent même ils touchent à la puberté ou peuvent avoir dépassé cette importante période de la vie humaine. L'expérience m'a démontré que les corps gras réussissent généralement assez mal dans le porrigo; ils joignent à l'inconvénient de se rancir avec rapidité celui d'obstruer l'orifice des vaisseaux excréteurs, et d'augmenter ainsi l'empâtement du cuir chevelu. L'inflammation, qui complique fréquemment certaines formes de porrigo, n'est presque jamais assez vive pour nécessiter l'emploi des émissions sanguines; et lorsque, par exception, on se croit obligé d'y recourir, il faut toujours se borner à l'application de quelques sangsues sur les points les plus rapprochés du siége de la maladie.

Je me hâte de dire qu'il n'en est pas de même des purgatifs; leur administration répétée donne les plus heureux résultats; l'âge des malades permet de recourir à des substances actives; celles que je préfère sont la rhubarbe, la fleur de pêcher, l'aloès, etc.; et, comme il est souvent indispensable d'en continuer longtemps l'administration, les doses en seront toujours modérées; on réussit mieux par une surexcitation légère, mais continue, des sécrétions intestinales, qu'en purgeant énergiquement ou à de longs intervalles.

Après avoir ainsi triomphé de la période inflammatoire, il est souvent utile de substituer aux topiques émollients des lotions résolutives; j'emploie volontiers dans ce but l'eau de savon chaude et préparée avec le savon blanc, jaune ou noir, selon que les parties affectées conservent encore de la sensibilité, ou qu'elles ont, au contraire, besoin d'être surexcitées. On peut substituer à l'eau de savon des solutions sulfureuses ou alcalines mitigées ou non par l'addition d'une certaine quantité de gélatine; parfois on se trouve bien d'unir entre eux les principes alcalins et sulfureux, et même, lorsqu'il s'agit d'un porrigo purement local et accidentel, je ne vois nul inconvénient à recourir aux préparations dites répercussives, telles que, par exemple, les dissolutions saturnines; j'ai consigné dans les formulaires qui terminent mon *Traité des gourmes* et mon *Nouveau manuel des dermatoses* les principales préparations usitées en pareil cas.

L'action de ces médicaments doit toujours être aidée par l'usage d'une boisson légèrement diaphorétique prise de préférence le matin à jeun.

Lorry insiste beaucoup sur l'établissement et l'entretien d'un exutoire, comme étant un des moyens les plus capables de contribuer à la résolution de l'inflammation porrigineuse. Les faits que j'ai recueillis ne me permettent pas d'adopter à cet égard l'opinion du célèbre dermatographe; les vésicatoires sont ici d'un faible secours, et cela ne me surprend pas; car le porrigo n'est point, comme l'achore, le résultat d'une alimentation surabondante, d'une turgescence des fluides. Aussi la diète est-elle moins nécessaire, et, tout en portant son attention sur le choix des aliments qui doivent être de facile digestion, on laissera le malade manger à son appétit.

Ces données suffisent au traitement d'une porrigine récente limitée aux follicules sébacés et exempte de lésion intérieure grave; mais il s'en faut que tous les cas de porrigo aient ce caractère de bénignité.

Lorsque le mal, par négligence ou autrement, est parvenu au second degré et a pénétré jusqu'au système pileux, ce que l'on reconnaît à des dénudations plus ou moins étendues et à l'extrême facilité avec laquelle les cheveux cèdent à la moindre traction, le succès devient plus incertain, et cette médication, pour être efficace, demanderait à être continuée fort longtemps, à plus plus forte raison s'il était question du por-

élevée par Charlemagne, plusieurs bourgeois de Paris, sous le règne de Philippe-le-Long, en 1316, établirent un hôpital destiné à recevoir les pèlerins, qui passaient par Paris pour aller à Saint-Jacques-de Compostelle ou qui en reviendraient, ainsi que les pauvres passants. — L'*hôpital du Saint-Sépulcre*, dans la rue des Lombards, fut fondé en 1326 pour recevoir les pèlerins revenant de Jérusalem. — Dans la même rue des Lombards était l'*hôpital Sainte-Catherine*, destiné à loger pendant trois jours les pauvres servantes sans condition.

Nous pourrions multiplier à l'infini l'énumération des asiles, affectés à l'hospitalité et auxquels le mot *hôpital* est invariablement donné, soit que l'hospitalité se prolonge des années, comme dans l'*hôpital des Ecoliers-Saint-Nicolas-du-Louvre*; soit qu'elle ne se prolonge qu'un mois ou deux, ainsi que cela devait arriver pour les pèlerins revenant de l'Orient ou d'Espagne; soit enfin qu'elle se réduise à un petit nombre de jours, comme dans l'*hôpital Sainte-Catherine*.

Et maintenant, si on se rappelle, d'une part, ce qu'était l'hospitalité antique et, d'autre part, les nombreux emprunts que le christianisme fit au paganisme, tout en donnant aux mêmes institutions un autre but et un autre mobile, on avouera que, dans ces asiles hospitaliers, devaient se trouver souvent, pour ne pas dire toujours, des malades, grâce aux fatigues des longs voyages, aux privations, aux jeunes, et surtout à l'absence presque complète des premiers préceptes hygiéniques, qui engendra pendant le moyen âge de si nombreuses épidémies. Or, l'*hôte* malade n'était point renvoyé de l'asile qui lui avait ouvert ses portes. Les clercs, les moines ou les congrégations religieuses, préposés au service de ces lieux hospitaliers, les soignaient dans leurs maladies, et c'est dans les nécessités de cette hospitalité complète qu'il faut chercher les premiers motifs de la médecine des prêtres et des couvents. L'habitude de voir des malades dans les lieux appelés *hôpitaux* a dû faire consacrer ce mot à tout établissement destiné à recevoir des malades, à une époque surtout où la langue grecque allait se perdant tous les jours, soit à cause de la division de l'empire, soit par suite des invasions réitérées des barbares.

Cette explication, que nous n'avons trouvée indiquée nulle part, nous paraît d'autant plus probable, qu'en dehors des traditions et des mœurs du moyen âge dont l'examen nous a conduit à ce résultat, nous rencontrons ce même mot *hôpital* dans la langue de tous les peuples de l'Europe, parce que toute l'Europe prit part au grand mouvement des croisades qui, outre les pèlerinages ordonnés par la religion, accrut considérablement le nombre des *hôtes-voyageurs*; les Italiens disent et écrivent *hospitale*, *spedale*; les Allemands, *spital*; les Espagnols, *hospital*; les Belges, les Flamands, les Polonais et les Russes, *spital*; les Anglais, *hospital*, etc.

Pour nous donc, le principe des établissements hospitaliers découle de la réalisation de la philosophie chrétienne, de cette philosophie qui, en brisant les chaînes de l'esclavage, proclama les hommes égaux devant Dieu, et leur ordonna de s'aimer et de se secourir comme des frères. Cette charité individuelle, cette assistance privée dont le Christ faisait une loi à ses adeptes, s'exerça d'abord dans l'ombre et le mystère, et s'établit sur de larges bases quand le temps des persécutions fut passé, grâce à la ferveur dont alors étaient animés les premiers fidèles. Mais à mesure que s'apaisa le cataclysme social, amené tout à la fois par la nouvelle religion, par l'invasion des barbares et par la dislocation de l'empire romain, la charité, prêchée par le Christ, devint une arme puissante entre les mains des autorités qui se succédèrent, c'est-à-dire de l'autorité religieuse d'abord et de l'autorité civile ensuite; c'est donc sous l'empire de ces deux autorités successives que nous aurons à suivre, pour la compléter, l'histoire des hôpitaux. Félix ROUBAUD.

rigo furfuracé sur lequel les dérivatifs n'exercent plus qu'une faible influence.

Ces dernières considérations font voir que la forme éruptive et le degré d'altération doivent nécessairement apporter dans le traitement du porrigo certaines modifications qu'il importe de ne pas négliger : et d'abord ne perdons pas de vue qu'à son début le porrigo est toujours et essentiellement une affection pustuleuse, ne différant des produits de l'acbore que par le volume moins considérable des pustules et surtout par la consistance plus grande de l'bumeur qu'elles renferment; que ces pustules ont pour siége anatomique, comme celles de l'acbore, les follicules sébacés, et que de ce point le mal gagne tantôt le bulbe pileux, tantôt la membrane pigmentale, souvent ces deux parties à la fois; et, selon que l'élément porrigineux concentre son action sur l'une ou l'autre de ces parties, on observe le porrigo furfuracé, si sur la la membrane pigmentale; le porrigo tonsurant, si sur le bulbe pileux, et les porrigo granulé et amyantacé, si le crypte sébacé continue de prendre une large part à l'affection.

Dans la porrigine furfuracée, qu'on ne doit point confondre avec l'berpès furfureux ou pithyriasis, bien qu'elle en soit très souvent l'origine et le point de départ, il faut accorder au traitement local plus d'énergie et de persévérance. Ici, le peu de durée et d'intensité des pbénomènes d'eczémation permet d'abandonner de bonne beure les topiques émollients pour recourir aux stimulants et aux résolutifs, en tête desquels se placent les sulfureux en lotions et en pommadcs.

Dans la porrigine tonsurante (porrigo decalvans de Willau), espèce de forme bizarre ou le bulbe pileux est le siége d'une profonde et évidente atonie, il faut dès le principe appliquer la médication excitante; mais ici les sulfureux perdent de leur efficacité; on retire de meilleurs effets de l'emploi du tannin, du ratanhia, du fer, etc. Je dirai cependant que j'ai obtenu de bons résultats des iodo-sulfures en lotious et en pommades.

Dans la porrigine amyantacée que caractérisent des élongations épidermiformes, de couleur argentine et nacrée entourant les cbeveux, les suivant dans tout leur trajet, et les séparant en paquets distincls et cylindriques, ce qui donne à la tête des malades un aspect tout particulier, ainsi quc dans la porrigine granulée que distinguent des croûtes dures, brunes ou grisâtres, semblables à des fragments de mortier ou de plâtre tombés des murs et salis par la poussière et l'humidité; dans ces deux variétés de porrigo, où l'on retrouve d'une manière beaucoup plus prononcée cette odeur de rance si facile à distinguer de celle du lait aigri appartenant à l'achore, lcs pbénomènes d'eczémation sont toujours plus prononcés et plus persistants, les sécrétions bumorales plus abondantes; on rencontre fréquemment le cuir chevelu vivement injecté. C'est alors qu'on est souvent obligé de recourir aux émissions sanguines locales, aux applications émollientes prolongées. On ne doit même abandonner ces dernières qu'après avoir oblenu l'extinction de la sensibililé, la diminution de la sécrétion morbide; en un mot, la cbute de la pyrexie. Ici, du moins, l'inconvénient d'une excitation trop vive ou prématurée se trouve balancé par une plus grande facilité de déplacement. Les révulsifs intestinaux reprennent toute leur influence; c'est principalement dans la porrigine granulée qu'on se trouverait bien de suivre le conseil de Lorry, et d'ouvrir un exutoire à la peau.

Toute affection porrigineuse qui ne sera pas entretenue par un vice constitutionnel ou héréditaire cédera à l'application régulière et suffisamment prolongée de ces différents principes de traitement. Mais, dans les cas où le prrigo ne serait que le signe extérieur d'une infection herpélique générale, il resterait à remplir certaines autres indications fort importantes, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle avec raison médication ou *traitement dépuratif*.

DUCHESNE-DUPARC,

Professeur de clinique des maladies de la peau.

CORRESPONDANCE.

Propriétés antiseptiques du chloroforme.

Nous recevons de M. Ed. Robin la réclamation suivante, que nous insérons volontiers, tout en faisant remarquer que nous n'avons rien attribué à M. Augendre en fait de priorité; nous nous sommes contenté de considérer comme intéressants les faits qu'il a annoncés sans prétendre que ces faits aient été vus par lui pour la première fois.

Paris, le 28 novembre 1850.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro du 14 novembre dernier, article intitulé : *Propriétés antiseptiques du chloroforme*, vous semblez attribuer à M. Augendre, de Constantinople, des faits que je publie depuis le mois de janvier et dont a fait mention le journal même que vous dirigez.

J'ai annoncé à l'Académie des Sciences le 21 jauvier 1850, on a publié le même mois dans plusieurs journaux (la *Gazette des Hôpitaux*, la *Gazette médicale* du 26, l'*Union médicale*, la *Revue scientifique*) que, soit à l'état de liquides purs, soit à l'état de vapeur répandue dans l'air ou dans l'eau, l'éther sulfurique ct le chloroforme conscrvent énergiquement les matières animales contenues dans des vases fermés.

Depuis cette époque, il est connu de tous les élèves qui suivent mes cours que des masses de chair suspendues dans des vases bouchés à l'émeri, au fond desquels se trouve de l'éther ou du chloroforme, se gardent indéfiniment. J'ai chez moi depuis l'année dernière de la chair ainsi conservée.

Cbacun peut voir dans mon cabinet de physique, près de l'amphithéâtre où se font les cours, des flacons de toute grandeur bouchés à l'émeri et contenant des viandes conservées par les vapeurs que répandent des liquides tantôt imbibant des éponges, tantôt simplement placés au fond des vases.

J'ai indiqué, depuis un temps qui varie de quatre mois à un an, ce mode de conservation à MM. les docteurs Baudrimont, agrégé de la Faculté de Médecine, Body, de Lieusain (Seine-et-Marne), Conan, de Chaillot, Emile Chevé, Guillcmin, de Montmartre, Martin-Magron, professeur de physiologie (rue de La Harpe, nº 89) et Romain-Molé, de Chassant (Eure-et-Loir).

J'ai montré, il y a sept mois environ, à MM. Emile Chevé, Body, Romain-Molé, etc., des masses de cbair ainsi conservées.

J'ai eu l'honneur de présenter à M. Flourens, il y a trois mois, à M. Magendie et à M. Baudrimont, il y a deux mois, dc la chair contenue dans deux flacons bouchés l'un à l'émeri, l'autre avec un bouchon ordinaire, et conservée avec toute sa fraîcheur depuis dix mois, malgré l'oxygène humide, par les vapeurs que répand de l'acide cyanhydrique à 1/7e placé au fond des vases.

Sur l'observation qui m'était faite que les échantillons étaient petits, j'ai dit conserver par cette méthode, mais avec de moins beaux résultats, des masses de chair et différents animaux au moyen de l'éther, du chloroforme et d'autres liquides d'un prix beaucoup moins élevé, et d'un plus grand pouvoir antiputride. J'ai, d'ailleurs, insisté sur les applications que ce mode opératoire présente pour la conservation des pièces anatomiques, etc.

Les choses devaient donc se passer, et se sont en effet passées, à l'Académie autrement qu'on le croirait d'après l'analyse qui vous a été communiquée. Voici ce qu'on lit dans le compte-rendu des séances de l'Académie des Sciences, p. 679 :

« M. Augendre adresse de Constantinople un mémoire sur les propriétés antiseptiques du chloroforme.

» Dans ce travail, l'auteur indique la propriété que possède le chloroforme d'empêcher la putréfaction de la chair musculaire. Il suffit d'une quantité très petite de cette substance (1/200e) pour produire cet effet antiputride.

» M. Flourens rappelle que M. Edouard Robin a déjà signalé ce fait dans un travail communiqué à l'Académie au mois de janvier dernier.

» Le mémoire de M. Augendre est renvoyé à la commission chargée d'examiner le travail de M. Edouard Robin. »

Quant aux changements de couleur que la chair musculaire éprouve dans l'éther et dans le chloroforme, ils ne sauraient être l'objet d'une découverte particulière ; ils sont tellement caractérisés qu'il est impossible de pratiquer la conservation par ces agents sans les remarquer. Aussi, n'ai-je pas manqué d'en faire mention à toutes les personnes auxquelles j'ai parlé de l'application à la conservation des pièces anatomiques.

Vous le voyez donc, Monsieur, les faits que, sur la foi du document qui vous a été remis, vous annoncez comme nouveaux et très remarquables sont des faits publics. Seulement, le pouvoir de conserver en présence de l'oxygène humide, pouvoir que vous considérez avec M. Augendre comme n'appartenant qu'à l'éther et au chloroforme, appartient à des classes entières de substances conservatrices (voir mes différentes notes). Ce pouvoir n'a pas trait uniquement à la conservation des matières animales et végétales ; son application à l'économie vivante est, si je ne m'abuse, le commencement d'une ère nouvelle pour la toxicologie, ponr la matière médicale et la thérapeutique.

Agréez, etc.

Edouard ROBIN.

NOUVELLES.

Parmi les candidats nouveaux qui se présenteront au prochain concours pour la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, on remarque M. Bouisson, l'un des professeurs les plus distingués de l'Ecole de Montpellier. Cette candidature est un véritable hommage dont l'Ecole de Paris doit s'enorgueillir.

— M. Edouard ROBIN, auquel une médaille d'or a été décernée en témoignage de l'excellence de son enseignement, ouvrira, le 10 décembre, par la physique expérimentale, la chimie et l'histoire naturelle, une nouvelle série de cours préparatoires au baccalauréat ès sciences et au 1er examen de médecine. Ils auront lieu tous les jours, le dimanche excepté. Le cours de chimie sera commencé à 2 heures et demie, celui de physique à 1 heure un quart, et celui d'histoire naturelle à 3 heures et demie.

— *Nouvelle Société médicale de Londres.* — La première séauce de cette Société, formée par la réunion de l'ancienne Société médicale et de la Société médicale de Westminster, a eu lieu le 12 octobre à George-Street, 33, Hanover-Square. Cette fusion de deux corps savants en un seul fera de la nonvelle Société l'une des associations médicales les plus importantes de l'Angleterre, où elle est appelée à jouer à peu près le rôle de notre Académie de Médecine.

La Société médicale de Londres jouit de la tradition d'une haute réputation scientifique, et compte parmi ses membres la partie la plus intelligente et la plus active des médecins de la métropole. Elle est à la fois populaire et assez influente sur le gouvernement. On sait quc c'est elle qui accorde les prix fondés par Fothergill (Fothergillian medals). En l'honneur du fondateur de l'ancienne Société médicale, elle vient de créer deux chaires occupées par des hommes éminents sous le nom de *cours lettsomiens*.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 144. (23e ANNEE.) SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 6 DÉCEMBRE 1850.

Projets de modifications

DANS LE SERVICE DE SANTÉ DE L'HÔTEL-DIEU.

Hier, jeudi, sur la convocation du directeur général de l'assistance publique, MM. les médecins de l'Hôtel-Dieu se sont réunis au siége de l'administration pour donner leur avis sur les mesures qu'il peut y avoir à prendre par suite de la mort de M. Caillard.

M. Caillard, médecin résident de l'Hôtel-Dieu depuis plus de trente ans, était chargé d'un service de trente-quatre lits de femmes. Il s'agissait de savoir si le service serait supprimé et réuni à l'un de ceux déjà existants, ou s'il serait pourvu au remplacement du titulaire décédé. Nous croyons savoir que plusieurs propositions ont été faites à cet égard.

Les médecins présents ont été unanimes pour demander d'abord la conservation du service de M. Caillard. Par suite de combinaisons toutes intérieures et volontaires, les services actuels seraient divisés de telle sorte que les médecins qui n'ont maintenant que des salles d'hommes ou des salles de femmes exclusivement, seraient chargés dorénavant de traiter des malades de l'un et l'autre sexe à peu près en nombre égal.

Dans le cas où l'administration des hôpitaux tiendrait à supprimer le service devenu vacant présentement, une augmentation du nombre des lits affectés à chaque médecin aurait lieu, et des mutations seraient opérées entre les divers chefs de service. Ainsi une dizaine de lits de la salle Sainte-Jeanne seraient attribués à l'un des professeurs de clinique, qui aurait ainsi sous sa direction cinquante à soixante malades, au lieu de quarante, comme cela a lieu aujourd'hui.

Enfin, si nous sommes bien informé, une troisième combinaison aurait été proposée incidemment par les professeurs de clinique médicale, qui auraient offert, sauf ratification par la Faculté, de se contenter d'un seul service, lequel serait fait alternativement, l'été et l'hiver, par l'un et l'autre professeur.

De ces propositions, les deux premières seules se rapportent directement à l'objet de la réunion. Nous avons déjà eu l'occasion d'exprimer notre opinion dans une circonstance à peu près semblable, lors du partage du service de M. Prus entre les deux médecins déjà pourvus d'un service à la Salpêtrière. Cette opinion ne s'est pas modifiée depuis. Les services de santé dans les hôpitaux sont presque tous trop nombreux pour être faits avec soin. Certains médecins ont jusqu'à quatre-vingt-dix malades, et tout le monde comprend de quelle impossibilité il est que chacun d'eux soit visité comme il devrait l'être par le chef de service, qui n'a qu'une heure ou une heure et demie au plus à consacrer à la visite. Nous savons qu'à l'Hôtel-Dieu le nombre moyen des lits est beaucoup moins considérable que dans la plupart des autres hôpitaux ; mais en revanche les maladies y sont en général plus graves, et demandent un examen plus attentif et plus fréquemment répété, et pour cette raison l'effectif moyen de chaque service est plutôt au-dessus qu'au-dessous du chiffre qu'indique l'intérêt des malades bien compris.

Il serait inutile, après les réflexions qui précèdent, de dire que nous sommes entièrement opposé à la suppression du service devenu vacant par la mort de M. Caillard, et nous repoussons l'économie fâcheuse qu'on semble disposé à réaliser par cette suppression.

Quant à la question qui concerne plus spécialement l'enseignement, et qu'ont soulevée, si nos informations sont exactes, les deux professeurs de clinique médicale, si nous comprenons une telle proposition de la part de M. Chomel, nous la concevons difficilement venant d'un esprit aussi libéral que M. Rostan. Pour ne point parler de l'intérêt de l'enseignement, que l'adoption de cette proposition lèse très notablement (au moins dans l'organisation actuelle des études médicales), nous croyons que le projet de MM. Rostan et Chomel conduirait rapidement à la suppression de quatre chaires de clinique, suppression mise sérieusement à l'ordre du jour, comme chacun le sait, sous la Constituante. Si donc la Faculté veut s'amoindrir et s'amputer elle-même, elle n'a qu'à souscrire aux projets de ses deux professeurs. Mais ce n'est pas ce que nous lui conseillons. Il est au contraire un conseil que, dans son intérêt et dans celui de la science, nous lui donnerions plus volontiers, ce serait d'obliger les professeurs de clinique à faire leurs cours pendant toute l'année. Les raisons qu'on fait valoir en faveur des habitudes opposées sont de nulle valeur. Un cours de clinique n'a rien d'assez pénible pour ne pouvoir pas être fait pendant dix mois de l'année, et quant au temps que les professeurs doivent consacrer à leurs cours et soustraire à leurs autres occupations, nous dirons d'abord que l'enseignement est le premier de tous leurs devoirs ; nous ajouterons ensuite que les devoirs du professeur de clinique, consciencieusement remplis, se concilient parfaitement, moyennant un peu de zèle, avec les exigences les plus pressantes de la clientèle ; l'exemple de M. Velpeau, qui fait son cours pendant toute l'année, en est une preuve frappante.

Si la Faculté prenait au sérieux la proposition objet de ces critiques, nous aurions soin de développer d'autres considérations non moins fondées qui nous semblent devoir la faire rejeter. — H. de Castelnau.

Revue clinique hebdomadaire.

Intoxication saturnine. — Deux faits d'intoxication saturnine extrêmement intéressants, quoique à des titres divers, ont été observés récemment dans le service de M. le professeur Cruveilhier. M. Thouvenet, interne des hôpitaux aussi laborieux que distingué, a bien voulu rédiger lui-même les deux notes suivantes sur ces deux faits.

Empoisonnement aigu par l'acétate de plomb. — Il est très fréquent d'avoir à observer les accidents produits par l'intoxication saturnine qui survient lentement, alors que toute l'économie s'est imprégnée de molécules délétères du plomb, chez les ouvriers qui manient le blanc de céruse : mais il est, au contraire, très rare de rencontrer des cas d'empoisonnement aigu, si l'on peut dire, produit par l'ingestion dans l'estomac d'un sel de plomb. Il est curieux de se rendre compte, par la comparaison des effets produits dans l'un et l'autre cas, des différences d'action d'un même agent suivant la manière et la rapidité avec lesquelles il est introduit dans l'organisme.

Voici une observation que nous avons recueillie ces jours derniers dans le service de M. Cruveilhier et dans laquelle tous les accidents produits par l'empoisonnement par un sel de plomb sont portés au plus haut degré.

Un pharmacien de la rue Montmartre, qui probablement s'est dit que la main qui manipule suivant l'ordonnance pourrait tout aussi bien écrire l'ordonnance elle-même, avait prescrit à une jeune fille des injections vaginales avec un liquide contenant une forte proportion d'acétate de plomb cristallisé, et il avait livré une assez grande quantité de ce sel pour que la malade ne fût pas obligée de revenir aussi souvent. Comme une de ses amies demandait à celle-ci à quoi servait ce liquide, elle lui répondit, peu désireuse d'en faire connaître le véritable usage, que c'était pour se purger. Il en résulta que l'amie, ayant voulu quelques jours après remédier en se purgeant à une légère indisposition qu'elle éprouvait, prit dans un verre d'eau une cuillerée à bouche (plus de 15 grammes, dit le pharmacien) d'acétate de plomb.

Presque aussitôt après cette jeune fille éprouva une violente douleur à l'épigastre; des bouffées de chaleur, des sueurs lui montèrent au visage; elle fut prise d'envies de vomir, de faiblesses, de vertiges, d'éblouissements; tout lui semblait trembler, tourbillonner devant elle; ses tempes étaient violemment serrées comme dans un étau, et elle y éprouvait des douleurs lancinantes atroces.

Elle put se rendre chez le pharmacien, mais tomba sans connaissance en y arrivant; on lui fit prendre de l'émétique, boire beaucoup d'eau, et on la fit ainsi vomir environ un quart d'heure après qu'elle avait pris le poison.

Une heure après, vers neuf heures, sont survenues des coliques très fortes; la malade se presse le ventre, se roule à terre en poussant des cris; la douleur occupe tout le ventre; la crise cesse vers onze heures. En même temps, il y a eu de la céphalalgie sus-orbitaire, des palpitations. A trois reprises, la malade a eu comme un spasme tétanique : la peau se couvrait de sueurs; il survenait des picotements très vifs dans les mains, les avant-bras, tout le membre inférieur, et alors les membres se roidissaient, les mâchoires se serraient convulsivement, et tout mouvement ainsi que la station étaient impossibles pendant dix minutes environ que durait la crise; à la fin de celle-ci, la malade éprouvait du frisson, du froid et se remettait un peu.

Dans un moment de calme, vers midi moins le quart, elle vient à l'hôpital. Immédiatement, nous lui fîmes donner du sulfate de soude dissous dans une assez grande quantité d'eau, quoique pensant bien que tout ce qui restait de poison dans l'estomac avait été vomi.

Nous observâmes ce qui suit :

FEUILLETON.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide du médecin praticien, ou *Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées* ; par M. le docteur VALLEIX, médecin des hôpitaux.

(Deuxième édition. — Tomes I et II.)

Il y a quinze ans, il n'existait pas en France un seul traité complet de pathologie interne, et depuis la *Nosographie philosophique* de Pinel, si rudement attaquée par Broussais, il semblait que pas un auteur ne voulût tenter de nouveau d'entreprendre une œuvre de ce genre, comprenant l'étude complète de toutes les maladies dites *internes*, dans la crainte de voir son travail livré aux discussions contemporaines et voué peut-être à une ruine prochaine. Tout d'un coup, quatre ou cinq traités de ce genre furent commencés presque simultanément ; pas n'est besoin de rappeler les noms des auteurs de ces livres : MM. Piorry, Grisolle, Hardy, Béhier et Requin sont assez connus pour qu'il soit inutile d'y insister. On voit que nous ne faisons entrer dans notre énumération que les ouvrages véritablement scientifiques et sérieux. De ceux-là, les uns sont tout à fait terminés, les autres sont en voie de publication. Nous en avons, de chacun d'eux, entretenu nos lecteurs en temps opportun.

Entre ces traités d'une valeur incontestable, et qui se recommandent chacun par des mérites particuliers, et les traités de thérapeutique estimés qui ont été publiés à peu près dans le même temps, M. Valleix a pensé qu'il y avait place pour une œuvre qui tînt à la fois des uns et des autres, et dans laquelle se trouvât tout exécuté dans l'intérêt du praticien empêché par ses nombreuses occupations de le faire lui-même, dans laquelle, disons-nous, se trouvât tout exécuté le travail de concordance nécessaire et souvent si difficile entre des ouvrages dont le plan est si différent, bien que le but soit en définitive le même. C'est cette persuasion qui lui a fait entrepre le *Guide du médecin praticien*. Il a voulu, suivant un plan nouveau, mettre en usage les nombreux matériaux qui existent çà et là disséminés dans les monographies et dans les recueils, et les faire concourir à la composition d'un traité véritablement pratique.

Et, d'abord, il fallait adopter un ordre qui rendît faciles au médecin les recherches qu'il avait à faire. L'ordre alphabétique, qui donnait à l'ouvrage l'aspect d'un dictionnaire, avait le grand désavantage de séparer des maladies ayant les unes avec les autres des connexions intimes et de forcer à des répétitions au moins inutiles. M. Valleix a cru préférable l'ordre le plus simple et le plus généralement adopté dans les ouvrages cliniques, celui qui consiste à décrire successivement les maladies de chaque appareil.

Nous ne saurions, en vérité, blâmer cette résolution. Certes, il paraît plus logique, plus satisfaisant de ranger dans une même classe, de rapprocher les unes des autres les affections de nature reconnue ou soupçonnée semblable. Mais il reste tant de doutes encore sur la nature de beaucoup de maladies, il en est tant sur lesquelles les auteurs ne sont pas d'accord que la résolution de M. Valleix est excusable, et, comme après tout le point essentiel est dans un livre de la nature de celui-ci que l'on puisse trouver facilement la description et le traitement d'une maladie, peu importe jusqu'à un certain point que l'ordre soit plus ou moins philosophique.

Dans la description de chaque maladie en particulier, dès qu'une affection n'est plus indépendante et ne constitue qu'une complication, M. Valleix renvoie son étude à l'histoire de la maladie qu'elle complique. De cette façon encore il évite les redites et les longueurs, et facilite l'institution du traitement qui doit, en définitive, s'appliquer d'abord à la maladie principale, et secondairement, seulement aux affections intercurrentes ou greffées sur la première. Inutile de dire que la partie historique est très sommairement traitée, et presque complétement laissée dans l'ombre, sans que pourtant l'auteur ait négligé d'extraire des anciens ce qui pouvait en être utile dans la pratique.

L'étiologie, ce côté si important de la pathologie, a été traitée avec un soin tout particulier par l'auteur, qui a fait tous ses efforts pour déterminer les circonstances dans lesquelles les maladies prennent naissance, et qui peuvent avoir quelque influence sur leur développement. Ici, comme partout ailleurs, nous avons eu lieu d'approuver la réserve avec laquelle M. Valleix s'est prononcé sur bien des points litigieux et la sagesse dont il a fait preuve dans l'appréciation des probabilités. Nous sommes de ceux qui pensent que bien souvent il est à peu près impossible de remonter à l'origine, à la cause première et déterminante d'une maladie. Cette ignorance empêche-t-elle de formuler un traitement et d'attaquer la maladie avec succès? Bien souvent non. Est-il absolument nécessaire de savoir quelle cause a produit un rhumatisme, une pneumonie, pour en obtenir la guérison? Et si cette connaissance de la cause des maladies était indispensable pour instituer le traitement, combien ne faudrait-il pas laisser de sujets sans secours! N'exagérons donc pas l'importance de l'étiologie, tout en ne négligeant pas cependant l'observance de ces règles élémentaires de l'hygiène qui ont trait à la conservation de la santé générale plutôt qu'à la prophylaxie de telle ou telle maladie en particulier.

Dans le plus grand nombre des ouvrages ou des articles publiés sur une affection donnée, on remarque que presque toutes les descriptions se ressemblent, que la symptomatologie de l'un, par

La face n'est que peu altérée, les yeux sont cependant un peu enfoncés et cernés; le teint est assez animé, les lèvres roses, la peau fraîche; le pouls très petit, un peu fréquent, régulier.

La langue est nette, pointue, rouge à la circonférence. La malade a dans la bouche une saveur styptique, âpre, non sucrée; le ventre est souple, sensible à la pression, surtout à l'épigastre et du côté gauche; la douleur est même assez forte dans ces points et remonte le long de l'œsophage jusqu'à la gorge.

Depuis l'accident, il y a eu une selle. La malade accuse une forte douleur dans la région lombaire; les règles, qui avaient cessé de couler depuis deux jours, ont reparu depuis neuf heures.

Dans le courant de la journée, il survient plusieurs fois des frissons et deux ou trois crises comme celles que nous avons décrites, avec picotements à la peau et contracture de la mâchoire et des membres; violente douleur sus-orbitaire, élancements et constriction dans les tempes. Les coliques ne sont pas revenues; pas de selles. Le pouls a pris de la force et n'a qu'un peu de fréquence.

Pendant la nuit, sommeil souvent interrompu par des rêvasseries; crises spasmodiques plus fréquentes, mais moins fortes; fourmillements dans les membres.

Le lendemain 18, même état, éblouissements, toujours de la constriction et des élancements dans les tempes, de la douleur sus-orbitaire, des sifflements, des bourdonnements dans les oreilles. Saveur styptique, douleur derrière le sternum et à l'épigastre, pas d'appétit, langue rouge, pointue; pas de fièvre, mais abattement, fatigue, étourdissements fréquents. — On donne une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 19, toujours même douleur à l'épigastre; les fourmillements, les crampes reviennent toujours par instants, mais à intervalles plus éloignés et moins forts : quelques vertiges encore. — Plusieurs selles à la suite du purgatif; pas de coliques.

Le 20, la douleur à l'épigastre persistant, on applique 20 sangsues.

L'appétit est revenu; la malade se trouve assez bien. De tous les phénomènes nerveux, il ne reste que quelques fourmillements dans les membres.

La malade sort le 25; elle est complétement rétablie, sauf encore un peu de douleur derrière le sternum et l'épigastre; elle sent les aliments descendre dans l'œsophage et arriver dans l'estomac; quelques jours après, elle revient nous dire qu'elle est tout à fait guérie.

Paralysie du nerf diaphragmatique causée par une intoxication saturnine chronique. — Le second fait est surtout remarquable par le siége sur lequel l'infection saturnine a surtout porté son action.

Chaigneau (Victor), âgé de trente et un ans, journalier, couché au n° 16 de la salle Saint-Ferdinand, a travaillé à la fabrication du blanc de céruse, à Clichy, pendant deux mois; il était employé au broiement du carbonate de plomb. Il prétend qu'il prenait de grands soins de propreté. Il n'a pas eu d'accidents pendant le premier mois, si ce n'est quelques coliques, qui se sont dissipées sous l'influence d'une purgation. Dens le deuxième mois, il a éprouvé des maux de gorge, des maux de cœur et des picotements à la partie supérieure du sternum; point de toux. Ces symptômes durent une huitaine de jours, disparaissent ensuite et sont suivis d'une oppression considérable, mais sans douleur. Peu à peu cette oppression augmente; le malade ne peut plus feire des efforts de toux; il se manifeste une sensation d'arrachement à l'épigastre; le malade crache difficilement, les crachats ne pouvant être que difficilement amenés jusque dans la gorge; la toux ne se fait pas par une secousse forte et saccadée, ou plutôt il n'y a pas de toux; ce n'est, à vrai dire, que par une expiration plus rapide que le malade essaie de se débarrasser des mucosités qui s'accumulent dens les voies aériennes et qu'il amène assez péniblement dans la bouche; alors il les rejette par les seuls mouvements des joues et des lèvres, mais non par expuition.

L'auscultation et la percussion, pratiquées avec soin, ne font constater aucun phénomène anormal.

Faiblesse de la jambe droite sentie dans le genou. Jamais de douleur dans les membres ni les articulations.

En examinant le malade à nu, on voit le ventre se soulever à chaque inspiration; dans les fortes expirations, comme lorsque le malade cherche à faire des efforts de toux, le ventre est encore soulevé, et par saccades; le diaphragme fonctionne donc encore, au moins en partie. Ce qui empêche le malade de tousser, c'est surtout la douleur épigastrique; il lui semble qu'il pourrait tousser s'il ne creignait d'exespérer cette douleur. L'impossibilité de tousser n'est d'ailleurs pas continuelle; il y a des moments où cet acte s'accomplit assez bien.

Après un traitement de quelques semaines, approprié à l'état d'intoxication qu'a subie le malade, il sort assez bien guéri, mais conservant encore une certaine difficulté à tousser, non accompagnée de douleur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Gendrin.

Leçons sur la coqueluche.

Historique. — La coqueluche, qu'on appelle aussi toux convulsive, à laquelle Willis a donné le nom de toux férine, paraît n'avoir pas été connue des anciens. Aucune description qui puisse se rapporter à cette maladie ne se trouve ni dans les ouvrages des médecins grecs, ni dens ceux des médecins arabes. Elle a paru pour la première fois épidémiquement, sévissant avec une égale intensité sur les enfants et sur les adultes, en 1414, et cette épidémie de coqueluche est mentionnée par Mézeray.

Depuis cette époque jusque vers la fin du seizième siècle, c'est-à-dire pendant près de deux cents ans, les auteurs ont décrit beaucoup d'épidémies de coqueluche parcourant les diverses contrées de l'Europe et allant jusqu'en Espagne, comme on peut le voir dans Villalba, quoi qu'en disent quelques auteurs qui prétendent que cette maladie ne règne que dans les pays froids.

Son nom de coqueluche lui a été donné pendant le seizième siècle, dans l'épidémie qui eut lieu à Paris en 1540, et pendant laquelle on ferma les tribunaux; car elle était si violente que les avocats ne pouvaient plus parler, tout enroués qu'ils étaient. On s'enveloppa alors la tête, pour s'en préserver, autant que possible, d'un capuchon ou coqueluchon. Etienne Pasquier parle de la fermeture des tribunaux pendant cette épidémie, qui fut très meurtrière. Beaucoup de malades moururent; on ne peut cependant douter que ce ne fût la vraie coqueluche; mais elle fut très intense, et exerça ses ravages surtout sur les adultes.

Depuis cette époque, elle n'a pas cessé de se montrer, sans même présenter la forme épidémique, et elle a surtout attaqué les enfants. Aussi, les médecins qui rapportent toute la médecine à la proportion de leurs malades l'ont-ils décrite comme une maladie des enfants. Mais on ne peut appeler maladies des enfants que celles qui trouvent leur raison d'être dans l'état physiologique spécial des enfants; c'est ce qui n'a pas lieu pour la maladie que nous décrivons. Cependant, comme on n'a, en général, qu'une fois la coqueluche, il n'est pas étonnant qu'on la remcontre plus fréquemment dans les premiers âges de la vie.

Symptômes. — Les symptômes de la coqueluche peuvent se rattacher à trois périodes :

Première période. — L'invasion de la coqueluche est caractérisée le plus souvent par un état fébrile plus ou moins intense, ou tout au moins par un malaise général; de la toux se manifeste presque en même temps avec un enchifrenement des fosses nasales, de la rougeur des yeux, de telle sorte que le malade croit être affecté de coryze. Le coryza est faible, mais les malades toussent de plus en plus, et éprouvent bientôt un sentiment de chaleur sèche à la gorge avec sensation de constriction et de douleur gravative à la base du cou et à la partie supérieure du sternum. Le mouvement fébrile qui s'était établi cesse vers le deuxième ou troisième jour pour ne plus reparaître. Cependant la toux augmente, arrive par secousses séparées, et chaque secousse se joint à une gêne des inspirations, qui se font avec effort de la part des malades, et redoublement des expirations saccadées; il se produit peu d'expectoration. A mesure qu'on approche de la fin de la première période, qui dure environ un septenaire, les quintes se rapprochent, la toux est redoublée, les efforts d'inspiration vont en croissant et deviennent de plus en plus pénibles pour les maledes; ils fixent leurs mains sur tous les corps environnants pour prendre un point d'appui pendant la violence des quintes de toux, et après ces efforts d'inspiration qui se fait avec un bruit particulier qu'il n'est pas possible de méconnaître quand on l'a déjà entendu, arrivent des secousses d'expiration forcée et spasmodique avec rejet de mucus en quantité plus ou moins considérable. C'est vers la fin du premier septenaire que tous ces accidents sont bien caractérisés; alors il se produit de fréquents paroxysmes de toux, non-seulement dans la matinée et dans la nuit, mais encore pendant le jour, quoi qu'en disent certains auteurs. Quand la maladie est intense, sous l'influence de ces accidents, les forces du sujet diminuent peu à peu; il ressent une courbature générale et bientôt offre de l'adynamie à un certain degré. Il est rare, surtout chez les jeunes sujets, que les secousses violentes de toux ne déterminent pas des vomissements, qui arrivent surtout vers la fin du paroxysme, et assez souvent ces vomissements jugent le paroxysme en favorisant l'expectoration et la sortie de matières muqueuses filantes analogues à celles que l'on observe pendant les bronchites.

Deuxième période. — Quand la coqueluche arrive à sa deuxième période, les paroxysmes de toux sont encore plus caractérisés; c'est alors que dans les inspirations, qui redoublent de difficulté, on entend plus nettement ce bruit particulier qu'on a comparé au gloussement d'une poule. Il est déterminé par le passage forcé de l'air à travers l'ouverture de la glotte, dont les bords sont spasmodiquement rapprochés et forment ainsi aux mouvements d'inspiration un obstacle contre lequel échouent tous les efforts musculaires du sujet. A ces paroxysmes viennent se joindre des épistaxis par congestion vers la tête, des injections de la face, une teinte des lèvres violacée et comme asphyxique. Pendant ces efforts d'inspiration la circulation des capillaires obstruée peut déterminer la rupture de ces vaisseaux, et on a des suffusions sanguines dans les conjonctives, dans la peau des tempes; le regard est fixe, quelquefois les facultés intellectuelles sont suspendues pendant de violents paroxysmes. La coqueluche persiste à sa période d'état pendant à peu près deux à trois septenaires; et vers la fin les accès, sans être moins violents, commencent à devenir moins fréquents, et, laissant entre leur apparition d'assez longs intervalles, permettent aux sujets de réparer les forces qu'ils dépensent pendant les efforts spasmodiques des muscles de la respiration.

Troisième période. — Enfin, dans la dernière période, il se produit par les efforts de toux et des vomissements une expectoration abondante de mucus qui soulage le malade; les paroxysmes deviennent plus courts et moins pénibles; car les mouvements spasmodiques d'inspiration sont moins pressés que dans la deuxième période; les paroxysmes se dédoublent, deviennent moins fréquents, et les malades arrivent à la convalescence après un ou deux septenaires; de sorte que la coqueluche dure toujours au moins quatre septenaires, de vingt-huit à trente jours, et il y en a même qui peuvent durer un temps double.

Je n'ai pas parlé des signes que l'on obtenait par l'exploration de la poitrine; car ils sont à peu près négatifs; il faut pourtant que je vous en dise quelques mots. Dans la première période, caractérisée par les accidents que nous avons énumérés plus haut, on trouve d'habitude un peu de bronchite, mais toujours très modérée, dans la marche régulière de la maladie; elle ne devient intense qu'exceptionnellement. Mais après la première période, ou même quand elle est bien tranchée, toute trace de bronchite cesse quand il n'y a pas de complication qui s'ajoute à l'affection primitive, et on ne trouve plus, dans toute la durée de la maladie, que les paroxysmes de toux plus ou moins intenses; de sorte que, par l'examen attentif des symptômes pathognomoniques de cette maladie, on arrive à reconnaître que c'est par les mouvements convulsifs d'inspiration et d'expiration qu'elle est caractérisée, et non par des signes d'irritation ou de phlogose des organes respiratoires.

C'est en voyant tous ces symptômes spasmodiques que certains auteurs ont admis que la coqueluche était une maladie nerveuse. Cette opinion, soutenue par Willis, est généralement adoptée aujourd'hui. Cependant elle n'est pas entièrement fondée; car, par l'exemen très attentif et l'appréciation des symptômes de cette affection, on est amené à voir qu'il y a en elle autre chose qu'une maladie nerveuse.

D'abord dans la première période on observe des accidents incontestables de fièvre catarrhale, du coryza, de l'écoulement liquide par le nez, de la chaleur à la gorge, de l'expectoration

---

exemple, semble avoir été calquée sur celle de son devancier immédiat, lequel avait fait de nombreux emprunts à ses prédécesseurs. Un ouvrage chirurgical qui, depuis le commencement de ce siècle, a joui d'une réputation universelle a présenté, dans quelques-unes de ses parties surtout, un exemple, nous pourrions presque dire scandaleux, de ces emprunts, qui, depuis, ont été sévèrement relevés. Désapprouvant cette méthode un peu trop facile et trop souvent infidèle, M. Valleix a, toutes les fois qu'il l'a pu, et une fois comparées entre elles les descriptions anciennes et nouvelles, vérifié sur la nature même le plus ou moins d'exactitude des documents antérieurs, et tracé lui-même et d'après sa propre observation le tableau dont il s'occupe. Il s'attache surtout à mettre en relief les symptômes les plus essentiels, à en apprécier la valeur, seul moyen de préparer le diagnostic, sans lequel il n'y a pas de thérapeutique possible. Le diagnostic, pour nous servir d'une heureuse expression de M. Valleix, est le résumé de toute la pathologie, comme le traitement est le résumé de toute la thérapeutique. Aussi est-ce spécialement dans l'étude du diagnostic qu'il s'est appliqué à rendre toutes les questions claires et faciles à résoudre. Et ici nous devons signaler une innovation que nous souhaitons de voir imiter par tous ceux qui dorénavant écriront sur un point quelconque de la pathologie interne ou externe : c'est la disposition des éléments du diagnostic en tableaux synoptiques, présentant à la fois, et en regard l'un de l'autre, l'énumération des caractères qui rapprochent ou différencient les affections susceptibles d'être confondues avec la maladie principale. Nous ne voulons pas dire que M. Valleix soit l'inventeur de cette espèce de parallèle; mais elle a été jusqu'à présent trop négligée peut-être en général, et nous ne l'avons jamais vue appliquée dans un ouvrage de longue haleine, comme celui dont nous rendons compte aujourd'hui.

Tout ceci, comme on l'a compris, pour conduire au but final de l'œuvre, à la détermination du traitement. « C'est dans cet article surtout, dit M. Valleix, que, consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les recueils de toute espèce, je me suis efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien ne peut pas toujours exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les moyens, les procédés thérapeutiques les plus importants, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite dans tous les cas qui peuvent réclamer son ministère. » Prenant une à une les indications thérapeutiques, l'auteur a voulu faire voir comment elle avait été remplie par les hommes les plus habiles. Il a indiqué les médicaments mis en usage, leurs doses suivant les circonstances individuelles, citant les formules, indiquant le mode d'application et le temps qu'il faut choisir pour cette application.

Il est cependant une innovation là encore, à laquelle M. Valleix paraît attacher une grande importance, et que, pour notre part, nous n'approuvons pas exclusivement. Pour résumer tout ce qui a rapport à chaque indication thérapeutique, il a terminé chaque article consacré à une maladie dont le traitement est important et compliqué par une ou plusieurs ordonnances où le praticien trouvera, dit-il, tout ce que, dans l'état actuel de la science, on peut prescrire, dans un cas donné, avec le plus de chances de succès. Pour comprendre l'utilité de ces ordonnances, ajoute-t-il, il faut se rappeler que ce n'est pas tout que de connaître les divers moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, il faut encore savoir les associer de manière qu'ils ne se contrarient pas les uns les autres, ou plutôt de manière qu'ils se prêtent un mutuel concours.

Nous nous permettrons de faire à M. Valleix une objection à ce propos. En tête de chacune de ces ordonnances est formulé un diagnostic. Pour que le médecin puisse adapter l'ordonnance à un cas donné, il faut le supposer capable de porter lui-même ce diagnostic. Or, nous posons en fait que tout praticien assez instruit pour établir rigoureusement le diagnostic tel qu'il est disposé dans le livre dont il s'agit doit être également capable d'instituer le traitement d'après les éléments multipliés que l'auteur met à sa disposition. Dans ce cas, l'ordonnance est inutile. Que s'il n'est pas assez instruit pour diagnostiquer la maladie, que lui servira ce modèle d'ordonnance qu'il ne pourra appliquer qu'en aveugle?

Ceci est une opinion personnelle à nous. Partant, nous la croyons bonne. Et cependant nous avons entendu maintes fois des hommes même instruits approuver ce qu'a fait dans son livre M. Valleix. Aussi croyons-nous devoir, non pas blâmer cette disposition, qui paraît utile à quelques personnes bien compétentes, mais avouer seulement que nous n'en comprenons pas toute l'utilité.

Voilà ce que nous avions à dire de l'ensemble du livre de M. Valleix quant au plan général, à l'*ordonnation*, à la description particulière des maladies. A nos légères critiques, nous savons bien qu'il possède une réponse victorieuse, c'est le succès de la première édition, et la publication d'une seconde quelques mois à peine après l'impression du dernier volume, et l'achèvement de l'œuvre à la composition de laquelle il n'a pas consacré moins de huit années d'un travail assidu. Cette réussite incontestable est, pour la nouvelle publication, qui n'est pas une réimpression pure et simple, la garantie d'un succès non moins durable, et d'autant plus certain, que l'intelligent éditeur qui l'a entreprise la poursuit avec activité, et que d'ici à quelques mois au plus tard elle sera entièrement achevée.

Dr A. Foucart.

du mucus, souvent en abondance, enfin des signes d'irritation inflammatoire de la muqueuse des voies aériennes. Ces premiers symptômes montrent évidemment qu'il s'établit au moins au début une phlogose des cryptes mucipares qu'on rencontre dans la muqueuse olfactive et dans la muqueuse respiratoire. Ce sont ces accidents inflammatoires qui ont donné naissance à l'opiuion de ceux qui regardaient la coqueluche comme une bronchite ordinaire, Broussais et toute son école; mais la hronchite ne détermine jamais les pbénomènes spasmodiques de la coqueluche. Cependant nous admettons sans bésiter qu'il y a des signes de phlogose et des modifications de sécrétion inflammatoire dans les cryptes mucipares des muqueuses.

Sur ce point nous sommes d'accord avec la presque totalité des médecins; mais dans la deuxième période de la maladie, quand elle est bien caractérisée, il existe encore des signes de lésion de sécrétion dans les cryptes mucipares des voies aériennes. Dans la deuxième période de la coqueluche; rien du côté des bronches, rien du côté de la poitrine par les moyens d'exploratiou que nous possédons. Du côté des fosses nasales plus d'enchifrènement, plus d'écoulement par le nez; mais dans les violents paroxysmes il se produit de la chaleur, de la plénitude des fosses nasales, et on voit survenir des épistaxis avec des accès intenses. Quand on réfléchit que le paroxysme est annoncé par un léger degré de titillement vers l'istbme du pharynx, est arrêté par des spasmes comparables à ceux qu'éprouvent les individus qui ont avalé de travers, quand on réfléchit qu'à la suite d'inspirations rapidement et successivement produites, de manière à faire entendre ce bruit dont il a été question plus baut, il arrive une expiration saccadée aveo rejet de mucus en grande quantité, quelquefois du mucus jaunâtre semblable à celui des muqueuses enflammées, on doit reconnaître que pendant tout le cours de cette maladie il existe une pblogosc dans les cryptes de la partie supérieure du tube aérifère; car c'est à la glotte, à l'épiglotte et à l'isthme du pbarynx que s'accumule cette quantité insolite de mucus; les inspirations tendent à le précipiter dans la glotte, et il est ainsi la cause productrice des constrictions spasmodiques des lèvres de cet organe et des paroxysmes de la coqueluche. C'est pour cette raison que les coqueluches observées sur les enfants sont d'autant moins pénibles pour eux que l'expulsion du mucus se fait plus facilement et avec plus de rapidité.

Selon nous, tous les accidents de la coqueluche s'expliquent par un état catarrhal de la muqueuse des isthmes du larynx et du pbarynx, et c'est l'accumulation de matière muqueuse sécrétée tendant à s'engager dans les voies aériennes par les inspirations qui devient la cause immédiate des attaques de toux. La coquelucbe n'est donc que le catarrbe des cryptes pbaryngo-épiglottiques. Mais ce n'est pas tout; ce catarrhe n'acquiert pas un état d'intensité suffisant pour déterminer les symptômes généraux du début de la maladie qui précède presque constamment les accidents locaux; il est cependant dans les mêmes conditions d'existence que les fièvres catarrhales qui déterminent des accidents réactionnels généraux plus ou moins intenses, et ce n'est que consécutivement que la phlogose locale se produit. La coqueluche est donc une fièvre catarrhale comme les autres, mais d'une nature spéciale, et qui se continue par une apparence de catarrhe de la muqueuse laryngo-pharyngienne.

Il y a des différences entre les divers sujets affectés de coqueluche, selon que les accidents précurseurs sont plus ou moins graves, selon que la pblogose locale est plus intense ou plus prolongée, selon que les mouvements congestionnels produits par la toux se produisent plus ou moins énergiquement vers les parties supérieures. Ce sont là les variations d'intensité de la maladie qui dépendent de la cause qui les produit, déterminent des différences dans les épidémies, et peuvent amener, selon la prédisposition des sujets, des accidents assez graves, tels que des brocho-pneumonies, par exemple. On conçoit du reste facilement qu'une maladie inflammatoire qui exerce son influence sur la muqueuse située à la partie supérieure de l'appareil respiratoire soit propre à déterminer des pblogoses du poumon, à développer la phthisie chez ceux qui y sont prédisposés, des conjonctives chez les sujets strumeux par suite des congestions momentanées que les violents efforts de toux occasionnent vers la tête.

Les mouvements convulsifs de la toux de la coqueluche peuvent se généraliser dans l'organisme, et cette généralisation des spasmes se produit d'autant plus facilement que le système nerveux est plus mobile et plus irritable. Chez les enfants il est irritable et mobile au suprême degré; aussi chez eux la toux devient-elle l'origine de convulsions qui peuvent constituer un épipbénomène très grave de cette affection.

Il existe entre l'appareil aérifère et celui de la déglutition une connexion synergique; en vertu de la communauté de nerfs, tous deux sont animés par le pneumo-gastrique. A cette communauté de nerfs, Galien attribualt un certain nombre de phénomènes qui apparaissent surtout dans certaines maladies de poitrine et de l'estomac. Ainsi la toux gastrique dans les indigestions et les affections dyspepsiques, les vomissements au début de la pneumonie. Cette connexion synergique explique la fréquence des vomissements dans la coquelucbe, la difficulté des digestions, qui est telle, que Fréd. Hoffman a soutenu que le point de départ de cette maladie siégeait dans l'estomac. Physiologiquement, nous savons qu'en titillant l'isthme du pbarynx on soulève l'estomac et on détermine la prédisposition au vomissement. Dans les efforts spasmodiques de la glotte qui se contracte pour s'opposer à l'introduction d'un corps étranger, il se manifeste fréquemment des envies de vomir et même des vomissements. Ils se produisent donc en vertu de la communauté des nerfs mis en jeu par la titillation du pbarynx, et de plus en vertu des contractions synergiques des parois de l'abdomen.

Cette imperfection des digestions devient la cause d'épiphénomènes qui ne sont pas sans gravité. Il est des sujets qui vomissent tout ce qu'ils prennent, et chez eux les aliments introduits dans l'estomac, retentissant en sens inverse, deviennent la cause immédiate du renouvellement de la manifestation de paroxysmes de toux. Ces sujets maigrissent, s'affaiblissent rapidement, et quelques-uns finissent par succomber à l'épuisement que causent chez eux et le manque d'alimentation et la fatigue déterminée par les violents spasmes de tous les muscles respiratoires. On peut donc mourir par la coqueluche sans complications. Ainsi chez les enfants faibles, la fréquence des quintes, l'affaiblissement qui leur succède, la gêne répétée de la circulation et de la respiration sont des causes assez peu rares de terminaison funeste. Mais on meurt plus souvent à la suite de complications, comme bronchites, pneumonies, convulsions chez les enfants, congestions cérébrales, attaques d'apoplexie, etc. Il n'est donc pas aussi rare qu'on pourrait le croire d'abord de trouver sur le cadavre les lésions que présente la coqueluche.

Chez les sujets qui présentaient les convulsions de toux les plus intenses, on ne trouve jamais la moindre trace de phlogose, même la plus légère, de l'arhre respiratoire, et quand on trouve, c'est qu'il y a épipbénomène inflammatoire. Mais on en trouve constamment des mucosités en quantité assez considérable avec de la phlogose et du gonflement des cryptes mucipares de la muqueuse intermédiaire au pharynx et au larynx. On conçoit que cette maladie peut laisser à sa suite des accidents graves, tels que la phthisie, des pneumonies, des pleurésies, des bronchites chroniques qui peuvent durer plus ou moins longtemps, et deviennent graves suivant leur étendue et les conditions de la constitution du sujet.

Etiologie. — La coqueluche reconnaît deux ordres de causes. La principale cause, et presque l'unique, est la contagion, comme pour la variole, la rougeole et la scarlatine. On peut ohserver ce fait dans les écoles. Un enfant affecté de coqueluche arrive au milieu des autres qui n'en avaient pas, et presque immédiatement un plus ou moins grand nombre est pris de coqueluche. Si elle entre dans une famille où se trouvent plusieurs enfants, elle les affecte en général successivement, suivant en cela la même marche que les éruptions. Elle se manifeste différemment des épidémies, qui frappent beaucoup de sujets en même temps; elle va de l'un à l'autre, se transporte d'un lieu dans un autre par le transport d'un malade dans ce lieu, se répand autour de lui, et ne va spontanément au loin que peu à peu et avec lenteur: d'où la concentratiou de la coquelucbe spécialement dans les pensions, les couvents et les écoles. Toutes les fois qu'un individu ne l'ayant pas encore eue se rapprocbe d'un autre qui en est affecté présentement, il l'attrape, quel que soit son âge; on a vu des sujets de soixante-dix ans contracter la coquelucbe. Si cette affection ne frappe pas les adultes en plus grand nombre, c'est qu'ils l'ont déjà eue pour la plupart. C'est depuis sept ou buit mois à peu près jusqu'à sept ans que se manifestent les accidents de coqueluche, surtout quand les enfants sont exposés à la contagion. Quand elle règne sur beaucoup d'individus à la fois qui vivent rapprochés, les paroxysmes de toux se transmettent par imitation; ainsi l'un commence à tousser, tous les autres toussent ensuite: c'est un fait qui s'observe, du reste, dans toutes les autres maladies spasmodiques.

La coquelucbe admet un autre ordre de causes, mais elles ne sont guère que prédisposantes. Ainsi, on l'observe le plus souvent dans les saisons froides, ou dans les époques de transition d'une saison à l'autre; c'est, du reste, aussi vers ces époques qu'on voit se manifester le plus de rougeoles, de scarlatines, de fièvres catarrbales. Mais ces causes sont occasionnelles et non pas déterminantes; car on a vu des épidémies de fièvres catarrhales sans coqueluche, excepté s'il arrivait un sujet affecté de cette maladie; alors la maladie catarrbale revêtait la forme de coquelucbe, pourvu qu'on ne l'eût pas déjà eue auparavant.

L'irritabilité nerveuse prédispose aux phénomènes convulsifs de la toux; la susceptibilité de la muqueuse aérifère prédispose aux bronchites, aux tubercules, aux pblogoses du poumon qui viennent s'ajouter pour donner à la maladie primitive une forme épigénétique spéciale.

La coqueluche est rarement mortelle, et guérit assez généralement; elle présente cependant un certain degré de gravité quand elle atteint des sujets faibles présentant une grande irritabilité ou une grande mobilité dans le système nerveux. Dans les années où les affections épidémiques sont intenses, la coqueluche emprunte un caractère accessoire de gravité à ces formes épidémiques, et on a des coqueluches avec complicatious qui offrent des terminaisons funestes.

Traitement. — La guérison de la coqueluche est donc facile à ohtenir, puisqu'il n'y a que peu de morts; mais il n'en est pas ainsi: elle n'est pas plus facile que celle de la variole, du typhus, ou des maladies contagieuses qui infectent l'organisme et doivent être épuisées par sa réaction. Pour moi, je n'al jamais vu avorter de coqueluche, malgré les traitements les plus énergiques.

On l'a traitée très diversement, selon les idées qu'on avalt sur sa nature. Ceux qui la regardaient comme une bronchite simple, et toute l'école de Broussais en est là, employaient les émissions sanguines, les exutoires sur les parois de la poitrine, ou bien des dérivatifs puissants, tels que la pommade stihiée. Par ce traitement on ne guérissait pas la coquelucbe, mais on atténuait les accidents inflammatoires qui pouvaient survenir, et c'est dans les cas les plus heureux, jamais avant trois septenaires et quand on a bien tourmenté, bien épuisé le malade, qu'elle peut céder; mais aussi ce traitement affaihlit les sujets, les prédispose à des accidents convulsifs intenses qui peuvent les conduire à une terminaison malheureuse, ou bien favorise chez eux l'évolution de tuberoules, s'ils y sont prédisposés.

Ceux qui ont regardé la coqueluche comme une maladie spasmodique ont administré les antispasmodiques. Ces médicaments ne peuvent avoir qu'un certain degré d'efficacité; car il y a une cause matérielle déterminante, et tant qu'elle durera il y aura spasmes. Ces substances cependant diminuent l'irritahilité et la mobilité du système nerveux, et rendent les accès plus supportables. Aussi, presque tous les médecins conservent-ils une partie des traitements antispasmodiques qui ont été employés; parmi eux sont l'opium, la jusquiame, la belladone, préconisée par Hufeland; le musc, préconisé par Marcus, la ciguë, etc. L'emploi de l'opium, qui paraît être le meilleur pour modérer les secousses de toux, est rejeté par beaucoup de praticiens, parce qu'il favorise les accidents inflammatoires en ralentlssant la circulation, et comme la coquelucbe en présente dans son début, on a craint qu'il n'excitât leur développement plus intense. Il y a de l'exagération dans cette manière de voir, mais il y a aussi un fonds de vérité, et il faut, pour cette raison, l'employer avec mesure. On lui préfère d'autres substances, la belladone, par exemple; on obtient aussi d'excellents résultats par le *phellandrium aquaticum*; et c'est cette plante que nous préférons. On a aussi employé l'aconit dans le même but.

Il ne faut pas s'exagérer l'importance de ces traitements, qui n'ont toujours qu'une utilité secondaire; il vaut mieux accélérer la marche de la coquelucbe et la faire passer le plus rapidemeut possible par toutes ses périodes, qui sont inévitables aussi bien que celles des maladies éruptives.

Les médecins italiens, comme Bréra, la traitaient par l'eau à la glace, et il y en a qui ont été jusqu'à appliquer des compresses d'eau glacée sur le devant de la poitrine. Une telle médication dans la première période, alors qu'il y a phlogose, peut avoir de graves inconvénients et occasionner des complicatlons d'inflammation vers le poumon; mais quand la phlogose est à peu près éteinte, que les accidents spasmodiques se prolongent et tendent à devenir une habitude, les liquides froids en boisson et en topiques ont les meilleurs résultats et peuvent les terminer rapidement. Nous avons eu souvent recours à cette médication dans la dernière période de la coquelucbe. Dans la première période, peut-on parvenir à faire cesser les accidents spasmodiques par des applications froides? Non, certainement; le tenter serait tenter un résultat impossible.

Quand la phlogose de la muqueuse est bien établie, on trouve de grands avantages dans l'emploi des vomitifs préconisés par Sauvage pendant l'épidémie de 1760. L'action qu'ils opèrent sur l'appareil de la digestion est dérivative par rapport à la pblogose catarrhale, et, de plus, par les efforts de vomissements qu'ils déterminent, ils favorisent la facile expectoration des matières muqueuses qui tendent à s'introduire dans le larynx. De plus, chez les malades en général, et surtout chez les enfants mal nourris, il y a un état saburral concomitant qu'on modifie par les émétiques. Cette médication excite puissamment leur tube digestif, et tourne au profit de l'organisme la perturbation qu'elle détermine dans l'économie. Elle est honne à employer même dans les coquelucbes qui tendent à se prolonger longtemps.

Ainsi, le traitement consiste:

1° Dans la première période, dans une médlcation délayante pour modérer l'intensité de la phlogose qui est dans son accroissement; si le sujet est pléthorique, si l'état angioténique est considérable, une émission sanguine trouvera sa place utile, et s'il se présente un état saburral concomitant, il y aura lieu d'employer les vomitifs.

2° Dans la deuxième période, on emploiera les boissons délayantes et émollientes, la cbaleur du lit, les frictions sur la surface tégumentaire et les applications chaudes, quand la coqueluche est modérée; si elle se présente plus intense, on aura encore recours aux vomitifs.

3° Enfin, dans la troisième période, on usera encore des vomitifs, auxquels on pourra ajouter avec avantage les applications et les boissons froides, comme nous l'avons dit plus baut. Pendant ce temps, on modérera l'irritabilité du système nerveux par les narcotiques et les antispasmodiques. Survient-il des accidents inflammatoires secondaires, on devra leur appliquer la médication qui leur convient; ainsi, par exemple, les pblogoses secondaires développées dans le poumon seront avantageusement combattues par les émissions sanguines, les révulsifs et les épispastiques.

Quant aux applications topiques destinées à faire avorter la maladie, telles que la pommade d'Autenrieth ou la pommade de belladone, elles sont tout à fait lnutiles. J'en pourrais dire autant des diverses médications que l'on a préconisées pour prévenir la contagion; alnsi la helladone, par exemple. La contagion n'arrive pas inévitablement dans cette maladie, mais elle frappe le plus souvent ceux qui n'en ont pas encore été affectés quand ils sont en rapport direct avec des individus qui en sont atteints.

Dans le plus grand nombre des cas, la coqueluche n'arrive qu'une fois chez le même individu. Ce principe n'est pas absolu; mais j'invoquerai ce fait d'observation pour prouver sa contagion, car elle présente dans sa manifestation tous les caractères des maladies contagieuses. Mais s'il faut l'attraper presque inévitablement, on en guérit presque toujours; elle peut néanmoins laisser des accidents à sa suite. Si ce sont des tubercules, des pleurésies, des broncbites, vous savez le traitement que l'on doit appliquer pour ohtenir l'extinction de ces épipbénomènes.

Mais il est une suite fréquente de la coqueluche quand elle a duré longtemps, et même qu'il n'y a plus trace de son existence: les malades conservent une toux sècbe répétée souvent et de la dyspepsie. On doit alors administrer les amers et les antispasmodiques quand ces accidents persistent; néanmoins, ce qui vaut le mieux, c'est de soustraire le malade à l'influence de l'atmospbère dans laquelle il a contracté cette maladic, c'est de transporter le malade d'un lieu dans un autre. Le plus souvent elle cessera aussitôt qu'on fera cesser l'influence de l'air dans lequel la coqueluche s'est développée, et cela après avoir résisté à la médication la plus soutenue et la mieux dirigée. Ces derniers accidents ne sont pas graves, en général; il est cependant utile d'y porter remède.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Abeille.

Des kystes péri-hépatiques séreux, purulents ou hydatiques.

Les kystes péri-hépatiques séreux, purulents ou hydatiques

ont été mentionnés par divers auteurs avec plus ou moins de détails, les derniers surtout. Personne, à l'exception de M. Andral, ne s'est occupé de l'étiologie des kystes purulents ; et, quant aux hydatiques, ils ont été considérés d'une manière presque uniforme comme le produit d'acéphalociste échappé de l'intérieur du foie pour venir se développer à sa surface. L'un des exemples les plus remarquables que la science possède en ce genre est celui publié par M. Brierre de Boismont dans le 16e volume des *Archives de Médecine*, 1re série. Cette poche hydatique, de la grosseur de la tête d'un fœtus, située dans le grand lobe du foie, parut à l'auteur s'être développée de dedans en dehors de cet organe, dont elle ne faisait que comprimer le tissu sans l'avoir détruit. Il tira les motifs de cette conviction de l'existence d'autres poches multiples de diverses dimensions qui existaient simultanément dans le tissu hépatique. — A côté de cet exemple de kyste hydatique vient se ranger celui que M. Andral a soumis à l'examen de la Faculté. Il s'agissait d'une tumeur enkystée, grosse comme la tête d'un fœtus à terme, trouvée sur une femme d'une quarantaine d'années entre le rein droit et la face concave du foie. Ses parois étaient fibreuses, avaient pris naissance dans le péritoine, contenaient un liquide purulent dans lequel nageaient des débris de membranes acéphalocistes. « Cette tumeur, dit M. Andral, me parut primitivement un sac d'hydatides. » Elle avait déplacé le foie, qui, chassé de l'hypochondre droit, faisait saillie à l'épigastre et à l'hypochondre gauche.

Le seul exemple de kyste purulent un peu considérable résultant de péritonite partielle est dû également au savant professeur. Il le cite dans le 5e volume de sa *Clinique*, p. 676 et suivantes : tumeur kystique adhérant à la rate et au péritoine précostal et diaphragmatique de la grosseur de deux oranges, contenant un liquide d'un blanc-sale, séro-purulent, inodore. Ses parois étaient constituées par un tissu cellulo-fibreux, dans le milieu duquel étaient disséminés un grand nombre de tubercules. Le sujet était phthisique.

On comprend que, si cette tumeur avait eu un plus grand développement en haut, de façon à refouler fortement le diaphragme et le poumon correspondant, elle aurait pu donner facilement le change et simuler un hydrothorax. Le diagnostic eût été excessivement difficile. C'est pour éclairer ce point important que nous rapportons les deux observations suivantes:

Obs I. — *Kyste purulent situé entre le grand lobe du foie, le péritoine précostal et le diaphragme, refoulé jusqu'à la base du tiers supérieur du thorax. Péritonite ultérieure. Mort.*

Le 15 septembre dernier, en prenant, conjointement avec le nôtre, le service de M. Champouillon, nous trouvons couché au n° 11 de la salle 24 un militaire atteint de péritonite. Cet homme, nommé Senner, du 3e de ligue, âgé de vingt-cinq ans, de constitution moyenne, à teint brun, était entré à l'hôpital le 6 septembre accusant cinq jours d'invasion. Ce malade était donc en traitement depuis neuf jours quand nous prîmes le service. Voici l'état où nous le trouvons : ventre à parois résistantes, douloureuses à la pression, avec saillie dans les deux fosses iliaques ; matité dans ces régions ; son demi-mat à l'hypogastre, à la région ombilicale et dans le flanc gauche ; son clair à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche. Pas de selles depuis trois jours. Tumeur proéminante occupant tout l'hypochondre et la moitié du flanc droit, très douloureux à la moindre pression. La percussion donne un son mat à partir de trois centimètres au-dessous du sein droit antérieurement, et descendant jusqu'à une ligne qui, partant de l'ombilic, vient aboutir au flanc. Cette matité se continue du point supérieur à l'appendice xyphoïde, qu'elle dépasse de 2 centimètres à gauche, par une ligne oblique de haut en bas, de dehors en dedans, de droite à gauche. Du point inférieur que nous avons indiqué dans le flanc, elle remonte obliquement aussi de bas en haut, à 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde, qu'elle dépasse latéralement pour aller rejoindre la ligne supérieure.

La percussion ne pouvant s'exercer qu'horizontalement, après les parties antérieures, les latérales seules peuvent être soumises à cet examen. Dans ce sens, matité depuis la base du creux axillaire jusqu'au flanc. Le malade accuse une douleur continue, sourde, quelquefois lancinante, siégeant dans cette tumeur, traversant d'avant en arrière, et s'irradiant jusqu'à l'épaule. Depuis 3 centimètres au-dessous du sein, en bas, absence complète de bruit respiratoire ; même absence latéralement, à partir de la base du creux axillaire au-dessous ; décubitus dorsal ; face légèrement contractée ; pouls petit et vif, à 71 ; chaleur normale à la peau ; ni nausées, ni hoquet. Senner nous apprend qu'il y a dix-huit mois il a ressenti pour la première fois cette douleur de côté pour laquelle il a fait un séjour prolongé dans les hôpitaux ; qu'il avait pu reprendre son service ensuite, mais non sans être incommodé de temps en temps.

Ces divers signes nous font croire à un développement anormal du foie dont la séreuse d'enveloppe participe à la péritonite actuelle. — Purgation avec l'huile de ricin, ventouses scarifiées sur la région du foie, frictions mercurielles sur le ventre : telle est la médication que nous mettons en usage.

Les choses vont bien jusqu'au 17 ; mais, dans la nuit du 17 au 18, alors que le malade avait passé une excellente journée, des douleurs abdominales violentes apparaissent avec vomissements continus de matière liquide d'un vert-foncé. Le chirurgien de garde, appelé, donne les soins les plus empressés ; les douleurs vont en progressant, la face se cadavérise promptement, le hoquet survient, et le malade expire le 18, à cinq heures du matin.

Autopsie.—La cavité péritonéale, mise à découvert, laisse voir une couche de pus concret formant une nappe au-dessus de la surface des intestins dont elle recouvre uniformément les circonvolutions. Dans le petit bassin et les fosses iliaques existe une certaine quantité de pus d'un beau jaune, bien lié. Nous glisserons sur les diverses altérations pour arriver au point culminant. Toutefois, nous relaterons que, dans le tiers inférieur de l'intestin grêle, qui présente sur sa séreuse de nombreuses plaques d'un rouge-violacé, existent deux perforations : l'une de la grosseur d'une tête d'épingle, assez bien circulaire ; l'autre comme une bonne lentille, paraissant étoilée à cause de quelques débris pseudo-membraneux qui l'entourent, mais en réalité à bords réguliers, taillés en biseau et allant en se rétrécissant de dehors en dedans, en sorte que l'ouverture de la muqueuse est deux fois plus petite que celle de la séreuse. Aux environs de ces perforations, entre deux anses intestinales, se trouve épanchée une certaine quantité de matières fécales liquides, mélangées à du pus.

Le foie est recouvert en grande partie par le grand épiploon, qui est déjeté sur lui et lui adhère au moyen d'une légère couche purulente. Lui-même est abaissé sur l'estomac, qui s'enfonce sous son petit lobe ; ce petit lobe ne s'avance que peu vers l'hypocondre gauche.

Le grand lobe descend jusque dans le flanc droit au niveau de l'ombilic, et refoule supérieurement le diaphragme de façon à déplacer le cœur, dont la base est presque sous le sommet du sternum, et le poumon droit, qui, antérieurement, est limité au tiers supérieur.

Entre le rebord externe du grand lobe du foie et les parois abdominales correspondantes, à droite, nous remarquons une saillie pseudo-membraneuse à parois très consistantes, s'étendant de bas en haut jusqu'au diaphragme avec lequel elles semblent se confondre. Cette poche adhère intimement aux parois précostales de l'abdomen et au foie, qu'elle isole de celles-ci de quelques centimètres (cinq environ).

En pressant sur cette poche, on perçoit de la fluctuation. Une ponction, pratiquée au centre, laisse échapper du pus séreux, blanc-jaunâtre, inodore.

La tumeur est alors incisée de haut en bas dans toute son étendue, et environ un litre et demi de pus de même nature s'écoule à flots tenant en suspension de nombreux débris floconneux. Quand la poche est aux trois quarts vidée, il reste encore dans la partie la plus déclive une notable quantité de pus jaune-vert, très épais, qui semble un amas de globules purulents ayant gagné le fond du liquide. Du reste, toute l'étendue de la paroi interne de la tumeur est tapissée d'une couche de pus concret et de flocons purulents.

Le foie est alors détaché avec tout le sac kystique. Il a contracté des adhérences avec le diaphragme par la partie postéro-supérieure de son grand lobe.

La forme du kyste est un ovoïde déprimé latéralement, ayant creusé son lit dans les deux tiers du grand lobe du foie et dans son autre tiers appuyant sur les parois abdominales latérales. Il adhère très intimement à ces parois, dont nous avons peine à le détacher par la dissection ; ses parois propres, formées d'un tissu cellulo-fibreux, n'ont pas moins d'un centimètre d'épaisseur. Le tissu du foie vient tellement s'amincissant sur cette production pseudo-membraneuse et se confond si intimement avec elle que les assistants sont tentés de regarder cette poche comme un immense abcès de cet organe.

Mais bientôt, au moyen du lavage et par une dissection attentive, nous parvenons à isoler complètement le sac du tissu hépatique, qui n'est érodé ni entamé en aucun point, mais qui a subi une telle compression que, dans les deux tiers du grand lobe, il est réduit à une épaisseur de 2 à 6 centimètres.

Pas la plus petite communication entre la poche kystique et le tissu hépatique. Le petit lobe du foie et le lobule de Spigel paraissent hypertrophiés, sans changement de couleur.

Les parois du kyste nous paraissent formées de couches superposées, organisées, ayant des vaisseaux propres qui les parcourent en tous sens.

La couche interne présente beaucoup d'inégalités masquées par du pseudo-pus. Ces inégalités, séparées par des sillons en divers sens, représentent assez bien les colonnes charnues que forment dans les parois du cœur les fibres musculaires pour leur entre-croisement ; mais en les écrasant avec les doigts, on s'aperçoit bientôt que ces inégalités ne sont que des végétations pseudo-membraneuses.

Le poumon droit, refoulé dans le tiers supérieur en avant, descend en arrière jusqu'à la partie moyenne ; des adhérences celluleuses unissent son lobe inférieur au diaphragme et à la plèvre costale.

Le tissu de ce lobe est ratatiné, mais imperméable à l'air ; les deux lobes supérieurs sont parfaitement sains, ainsi que tout le poumon gauche. (*La suite à un prochain numéro*).

NOUVELLES.

Par décret du 3 décembre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine, savoir:

Au grade de chirurgien professeur, M. Rochard ;

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Jauffret et Pellarin ;

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Aguier, Coquerel, Bel, Lalluyeaux, d'Ormay, Fallier, Gras, Thomas, Berchon, Julien, Rolland, Gourbeil ;

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Huard, Huhac, Reynaud, Bonnescuelle de Lespinois, Lalluyeaux d'Ormay, Robert, Rey, Orabona, Le Roy Desbarres, Caurant, Lucaseau, Princeau, Le Ven ;

Au grade de pharmacien de 1re classe, M. Audibert;

Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Décugis;

Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Angelin et Baudet.

— M. A. Becquerel, chargé de suppléer M. le professeur Duméril, reprendra ses leçons de pathologie médicale, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, lundi 9 décembre, à deux heures précises.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 145. (23e ANNEE.) MARDI 10 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 9 DÉCEMBRE 1850.

De la chlorose dans la grossesse.

La troisième édition du livre de M. Cazeaux vient de paraître (1), et déjà, au moment où nous en parlons, elle est en grande voie d'épuisement. C'est un beau, un rare succès, que nous éprouvons un véritable plaisir à constater, parce qu'il est légitime, parce qu'il couronne justement les efforts consciencieux d'un esprit distingué et d'un confrère honorable.

M. Cazeaux appartient à la bonne famille des écrivains techniques et des professeurs; de ces hommes qui, comme M. Orfila, type reconnu de cette catégorie intellectuelle, parlent en relief et trempent leur plume dans de la lumière. Les finesses, la pompe du style, n'est pas ce qui les tente, et l'hypothèse parvient difficilement à les entraîner. La clarté, la précision, la rectitude, sont les traits principaux de leur esprit. Bacon est leur maître. En les écoutant, en les lisant, on se sent à l'aise. La route qu'ils tracent n'est pas un terrain mouvant sur lequel on hésite, un parquet ciré sur lequel on glisse; on y marche de pied ferme avec assurance, et l'on arrive au but sans fatigue. Rendons hommage à de tels guides; car si leur aptitude est un don de nature, il leur a fallu un rude labeur et surmonter beaucoup de difficultés pour faire la science si facile. Ils ont eu la mauvaise part, et c'est simplement justice qu'ils en soient récompensés par le succès et par l'estime générale.

Ce serait, de notre part, un oubli reprochable, quand nous offrons, en passant, notre tribut à ces initiateurs d'élite, puisque surtout il s'agit de l'art obstétrical, de ne pas nommer, avec le respect qui lui est dû, le maître éminent à l'école duquel M. Cazeaux s'est formé, M. le professeur Dubois, dont la parole si nette, si substantielle, si positive et à la fois si distinguée, ajoute un charme particulier à l'intérêt de la science.

De longtemps l'enseignement obstétrical, porté si haut dans notre école, ne court le risque de descendre à un moindre niveau. M. Cazeaux, M. Depaul, M. Jacquemier, voilà trois hommes qui suivent de très près les maîtres qui les guidèrent, trois hommes qui sauront maintenir, on peut l'affirmer, dans tout son éclat, le lustre dont brille aujourd'hui cet enseignement.

Nous ne venons pas ici présenter une analyse du livre de M. Cazeaux, faire connaître une œuvre qui est dans toutes les mains, juger une production qui a conquis du premier coup la prédilection des élèves et l'estime des praticiens, plaider une cause qui a été gagnée trois fois. Non. Mais dans ce livre il y a des points, un surtout, où l'auteur didactique a laissé la place à l'esprit d'initiative, et c'est sur ces points que nous allons nous arrêter.

On peut dire (peut-être cette synthèse étonnera-t-elle au premier abord) qu'il n'y a que deux tempéraments principaux : le tempérament masculin et le tempérament féminin. Dans le premier, le tempérament masculin, la proportion des globules du sang est relativement en excès, tandis que celle de l'eau du sang est relativement moindre; on peut l'appeler le tempérament *cruorique*. Dans l'autre, le tempérament féminin, les conditions sont inverses, et l'on est autorisé à lui donner le nom de tempérament hydrémique. D'après l'adage hippocratique *sanguis frenat nervos*, les manifestations nerveuses sont plus vives à mesure que le sang est plus pauvre, et l'on comprend ainsi que, d'une manière générale, la femme soit nerveuse par rapport à l'homme. Ce tempérament de la femme s'exagère dans la grossesse. Comme si la nature avait besoin de délayer le ciment pour constituer le nouvel être, le sang de la mère perd de ses globules et acquiert plus d'eau. La femme est chlorotique par rapport à l'homme; la femme grosse est chlorotique par rapport à la femme dans l'état ordinaire. C'est un fait démontré, et rien n'est plus évident. Tous les chiffres s'accordent. MM. Becquerel et Rodier, à cet égard, confirment MM. Andral et Gavarret, et M. Regnauld complète la démonstration par un riche tableau comprenant vingt-cinq analyses; tableau que M. Cazeaux a eu grandement raison de transcrire intégralement.

Voilà donc le grand fait qui a fixé, utilement pour la science, utilement pour l'humanité, l'attention de M. Cazeaux. La femme grosse est chlorotique, et si elle a des tintements d'oreilles, des vertiges, de la lourdeur, etc., des troubles nerveux, ces accidents doivent être imputés, du moins dans la plupart des cas, à l'état chlorotique. L'erreur commune, contre laquelle M. Cazeaux s'élève avec l'autorité des faits, avec la force d'une rigoureuse induction, est d'attribuer ces accidents à la pléthore. Ce n'est pas que la pléthore n'y puisse jouer un rôle. Non-seulement la proportion des globules diminue chez la femme grosse, mais encore l'eau peut augmenter d'une manière absolue, ce qui même serait, d'après M. Beau, dont les travaux sont si dignes d'estime, le fait général dans la chlorose. Alors donc, la masse totale du sang ayant augmenté en même temps que le sang s'est appauvri, les parois des vaisseaux subissent et communiquent aux organes un excès de pression, ce qui constitue essentiellement la pléthore, qui offre deux variétés principales : la pléthore avec excès de sang et excès de globules (pléthore cruorique), et la pléthore avec excès de sang et excès d'eau (pléthore séreuse, ou hydrémique). Peut-être faudrait-il admettre une pléthore avec excès de globules, purement et simplement, sans augmentation de la masse totale du sang; ce qui entrerait dans les vues de M. Andral, si bien exposées dans son admirable *Essai d'hématologie*, où il y a plus d'idées et plus de faits que de pages.

Pour M. Cazeaux, le fait principal de la grossesse, c'est la diminution des globules; l'excès d'eau, et partant de la masse du sang, est le fait accessoire. Aussi, pour remédier aux accidents que nous avons succinctement rappelés, conseille-t-il l'emploi des ferrugineux, et subsidiairement, dans le plus petit nombre de cas, la saignée, sans que, bien entendu, la médication déplétive doive, dans ces cas exceptionnels, exclure la médication reconstitutive. Ces deux médications, au contraire, doivent marcher de pair : en même temps que la lancette obvie à l'excès de pression sur les parois des vaisseaux, le fer doit remédier à l'appauvrissement de la masse globulaire. M. Cazeaux, dont la pratique est étendue, se conforme à ces idées depuis six ans, et sa théorie est dès à présent confirmée par un nombre considérable de faits. Nous n'hésitons pas à déclarer que, par l'établissement de cette doctrine importante, M. Cazeaux aura rendu un de ces services qui assurent la durée à un nom; et si nous ne disons pas plus, c'est que nous craignons d'affaiblir la portée de nos paroles, en donnant à notre assentiment l'apparence de l'enthousiasme, toujours prévenu d'irréflexion dans les questions scientifiques.

Que l'on y pense bien. Beaucoup des accidents qui font de l'accouchement un acte si redoutable, se préparent pendant la grossesse; et, d'un côté, l'excès de fibrine, de l'autre la diminution des globules, qui ajoute l'excès relatif de l'élément spontanément coagulable à l'excès absolu, ont une grande part à la production de ces accidents. Ne voyez-vous pas, dans les cachexies, se manifester de vastes œdèmes consécutifs à l'occlusion des veines déterminée par un état morbide auquel M. Cruveilhier a donné le nom de phlébite oblitérante? Or, qu'y a-t-il dans les cachexies? Un excès de fibrine, un notable appauvrissement des globules. C'est précisément le cas de la grossesse. Nous voilà bien près de la pathogénie de la *phlegmasia alba dolens*, et peut-être l'aurions-nous tout entière, en ajoutant au fait diathésique constitué par l'état du sang, la circonstance locale qui consiste dans la pression éprouvée par les veines du bassin lors du travail. C'est peu de chose relativement que la *phlegmasia alba dolens*. Mais pour combien la circonstance diathésique qui nous occupe compte-t-elle dans la pathogénie de la fièvre puerpérale?

Nous assistons, en ce moment même, aux angoisses d'une famille cruellement éprouvée dans la personne d'une jeune femme accouchée au huitième mois, et qu'épuise, en dépit des soins les plus éclairés et les plus dévoués, une fièvre que rien n'a pu éteindre depuis six semaines. La maladie et la mort ne souffrent point de distinctions sociales, surtout aux yeux du médecin. Mais certainement il y a un motif de plus de s'affliger lorsque l'existence menacée est celle d'une personne pleine de grâce, de charme, de distinction, et qui, dans une grande position, donne l'exemple des qualités brillantes et des vertus modestes. La personne dont nous parlons était chlorotique avant sa grossesse, et son état général se marquait par une habitude extérieure à laquelle il n'y avait point à se tromper. On l'avait envoyée à Spa, ce qui prouve que l'indication avait été saisie. C'est aux ferrugineux administrés avec insistance qu'il faut recourir pour modifier ces économies languissantes, incapables de suffire à la dépense de forces qu'entraînent la gestation et surtout l'accouchement. Dans cette fièvre obstinée, mêlée d'accidents nerveux et de délire, n'y a-t-il pas quelque chose de la fièvre des chlorotiques décrite par Borsieri?

M. Cazeaux emploie sans la discuter la dénomination de chloro-anémie, introduite par notre savant maître M. Bouillaud, esprit loyal autant qu'éminent, qui souffrira sans ressentiment une légère opposition de notre part, à cette occasion. Ces termes, *chloro-anémie*, ne répondent pas à un fait démontré, à moins que ce ne soit à la suite des grandes hémorrhagies. Hors ces cas, on ne voit pas la masse du sang diminuée (anémie) en même temps que la proportion des globules (chlorose). Loin de là, la masse du sang est plutôt augmentée par suite de l'excès absolu de la sérosité. La dénomination dont il s'agit ne s'applique donc exactement qu'à un petit nombre de faits, et ne convient pas à ceux qui ont occupé M. Cazeaux.

Dans un prochain article nous parlerons de l'albuminurie chez les femmes grosses, toujours en prenant pour texte le livre de M. Cazeaux. MARCHAL (de Calvi).

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, par P. Cazeaux.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LAUGIER.

Abcès de la cornée ouvert dans la chambre antérieure de l'œil (onyx et faux hypopyon).

Le nommé Ugonnet, âgé de trente-neuf ans, marbrier, entré à la salle Saint-Gabriel le 19 novembre, a toujours joui d'une santé parfaite; et quoiqu'il lui arrive souvent, pendant son travail, de recevoir dans les yeux des éclats de marbre, il n'a cependant jamais éprouvé d'inflammation sérieuse de ces organes. Le 17 novembre, en travaillant, il fut pris tout à coup d'une douleur très vive dans l'œil droit, douleur qu'il attribua à la présence d'un corps étranger, quoique cependant elle ne se fût accompagnée d'aucune sensation de ce genre, ni de rougeur ou de larmoiement notable. Après avoir vainement essayé de calmer avec des lotions d'eau froide cette souffrance, qui n'était pourtant pas assez aiguë pour le forcer à interrompre son travail, il entra à l'hôpital le 19 novembre.

Voici quel était alors l'état de l'œil droit : La conjonctive palpébrale et oculaire est le siége d'une rougeur générale, mais modérée. La cornée présente à son centre et un peu à droite une dépression arrondie, de la largeur de deux millimètres environ, d'une teinte jaune-grisâtre; on dirait d'une ulcération, n'était l'aspect des bords, qui, au lieu d'être taillés comme par un emporte-pièce, présentent un relief arrondi, et se continuent visiblement avec la surface de la cornée tout autour de la dépression. En outre, il existe au bas de la cornée une petite tache jaune en forme de croissant, ayant son bord inférieur confondu avec celui de la cornée et son bord supérieur, à un millimètre au-dessus. La pupille est normale; photophobie légère avec larmoiement. Le malade accuse dans l'œil un sentiment de cuisson, et au pourtour de l'orbite une sorte de tension douloureuse. On ne découvre aucun corps étranger en explorant la surface de l'œil et des paupières. Etat général parfait.

Des compresses trempées dans de l'eau fraîche d'abord, puis des lotions avec la décoction de guimauve et de têtes de pavots sont successivement employées. Sous l'influence de ce traitement si simple, la tache qu'on remarquait au bas de la cornée diminue très rapidement d'étendue; réduite, le 22 novembre, à un petit point jaunâtre, elle disparaît entièrement le 23. L'opacité et la teinte grisâtre qui existaient vers le milieu de la cornée diminuent graduellement, la dépression elle-même persiste au contraire, elle paraît cependant un peu moins profonde. La conjonctive conserve encore les traces d'injection. Quant à la vision, presque entièrement perdue lors de l'entrée du malade à l'hôpital, elle est en grande partie revenue; le malade distingue nettement les objets placés en dedans et en dehors, il voit plus confusément ceux qui sont placés directement devant son œil (3 décembre).

Les considérations suivantes ont été présentées par M. le professeur Laugier à l'occasion de ce malade, dans sa leçon clinique du 23 novembre.

Nous avons reconnu chez ce malade un onyx terminé par un hypopyon, c'est-à-dire une collection purulente formée

entre les lames de la cornée, et dont le contenu s'est épanché dans la chambre antérieure. C'est là une des terminaisons de ces abcès, qui bien plus fréquemment, comme vous savez, se terminent par absorption, et alors il reste en général un albugo à la place qu'ils occupaient, ou bien par la rupture des lamelles antérieures de la cornée, et dans ce cas c'est une ulcération qui se forme. L'épanchement de lymphe ou de pus consécutif à l'ouverture d'un onyx constitue le faux hypopyon, qui diffère de l'hypopyon vrai par plusieurs caractères essentiels. D'une part, l'hypopyon faux, provenant d'un foyer très petit, est lui-même peu considérable d'ordinaire ; tandis que l'hypopyon vrai, c'est-à-dire l'épanchement purulent sécrété par les parois de la chambre antérieure ou la membrane qui les tapisse, devient quelquefois assez abondant, on le voit souvent atteindre la pupille et même franchir cette ouverture pour se répandre dans la chambre postérieure. D'une autre part, le faux hypopyon trouve la membrane avec laquelle il est mis en contact dans un état d'intégrité éminemment favorable à la résorption ; l'hypopyon vrai, au contraire, par sa présence même, atteste une altération plus ou moins profonde de l'une ou l'autre paroi de la chambre antérieure : aussi la résorption, quand elle a lieu, se fait-elle souvent longtemps attendre.

Chez notre malade, le petit volume de l'épanchement et la coexistence d'un onyx, dont la cause déterminante reste encore obscure, nous ont fait tout d'abord diagnostiquer un hypopyon faux. La marche ultérieure de l'affection a pleinement confirmé ce diagnostic, puisque dans l'espace de six jours vous l'avez vue disparaître complétement, et sans même qu'aucun traitement actif ait été employé.

Lorsque l'onyx occupe la partie inférieure de la cornée, il est quelquefois assez difficile de le distinguer de l'hypopyon. Dans l'une et l'autre maladie, la collection purulente affecte une forme plus ou moins semblable à celle de la lunule qui se voit à la base des ongles. Mais le bord supérieur de cette tache est courbe dans l'onyx ; il est horizontal dans l'hypopyon ; celui-ci est mobile et change de place dans les différents décubitus; l'onyx conserve toujours la même situation. Il est vrai de dire que, lorsque la matière de l'hypopyon est très consistante, l'épanchement peut ne pas présenter de ligne de niveau; il peut aussi dans ces conditions n'éprouver aucun déplacement dans les différentes positions données à la tête.

Pour revenir à notre malade, on pourrait le considérer comme étant guéri, n'était la dépression située au centre de la cornée et vis-à-vis de la pupille. Cette déformation, nécessairement incurable, entraîne les mêmes inconvénients que les ulcérations de la cornée qui se cicatrisent sans laisser d'opacité. Tout en conservant sa transparence, la membrane a perdu sa convexité; il en résulte dans la réfraction des rayons lumineux un changement d'autant plus fâcheux qu'il porte ici précisément sur le faisceau central et direct; la rétine ne peut être impressionnée d'une manière normale que par ceux des rayons qui tombent en dedans ou en dehors de cette *facette* de la cornée.

A. AXENFELD.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 décembre 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Traitement de l'hydrocèle.

M. Baudens, inspecteur général du service de santé des armées, lit, sur le traitement de l'hydrocèle, un mémoire étendu dont nous extrayons ce qui suit :

Mon intention n'est pas de refaire après tant d'autres l'histoire de l'hydrocèle de la tunique vaginale et de son traitement, mais seulement d'exposer en peu de mots pourquoi j'ai cru devoir modifier ce traitement et sur quels points portent les modifications apportées.

A ceux qui seraient tentés de croire que la manière de traiter l'hydrocèle est aussi perfectionnée que possible, que la science a dit son dernier mot, il me suffira de rappeler, pour les convaincre du contraire, les luttes et les opinions contradictoirement soutenues avec tant de retentissement, en janvier 1846, à l'Académie de Médecine par les chirurgiens les plus éminents partagés en deux camps opposés. Nous avons entendu les uns reprocher aux injections vineuses la fréquence des récidives, la violence des douleurs perçues, des accidents de gangrène; les autres objecter aux injections iodées le danger des récidives, de la gangrène et même de l'intoxication. Nous les avons vus à des dénégations opposer des dénégations, et de là nous avons conclu que tout n'a pas été dit sur cette importante question.

Les changements apportés au traitement actuel de l'hydrocèle portent essentiellement sur la *ponction* et sur l'*injection*.

Examen au point de vue de la ponction. — Chacun sait que le trocart habituel expose assez fréquemment à la lésion du testicule. Cet accident est arrivé à presque tous les chirurgiens répandus et même aux plus éminents, à Boyer, à Dupuytren, à une foule d'autres. Cela m'est arrivé une fois aussi, il y a vingt ans. Depuis ce jour, j'ai songé à substituer au trocart actuel, instrument brutal et dangereux, un moyen inoffensif qui mît sûrement à l'abri de la lésion du testicule et de la tige séminale.

Je ne rappellerai pas que la lésion du testicule a lieu surtout par suite d'adhérences qui font varier sa position, par suite de l'épaississement des enveloppes scrotales ; de leur altération et de celle du liquide contenu. Ce sont là des cas exceptionnels qui légitimeraient l'erreur jusqu'à un certain point; mais, ce qui est plus surprenant, c'est que la lésion du testicule ait lieu même quand la tumeur est parfaitement transparente. M. le professeur Roux me disait, il y a peu de jours, avoir été dans un cas analogue en désaccord de diagnostic avec l'illustre Boyer. Il a démontré que les illusions d'optique tiennent aux effets de réfrangibilité du liquide. Un testicule gros, engorgé, peut n'être représenté que par une simple tache brune très limitée à cause de cette réfrangibilité. M. Roux fait dans ses leçons cliniques saisir sa pensée par un fait bien connu, à savoir : que, si l'on place la paume de la main devant une vive lumière, on voit une transparence complète, malgré la présence des os du carpe et malgré leur opacité.

Pour donner au diagnostic la plus grande précision possible, j'ai modifié le trocart et la manière de s'en servir.

Mon trocart se compose de trois pièces (*fig.* 1) : d'une canule (*a*) de la grosseur d'une plume de pigeon, percée de trois ouverture, une à chaque bout, et la troisième au milieu, sur un des côtés. La deuxième pièce est une tige cylindrique (*b*) destinée à glisser dans la canule, armée à l'une de ses extrémités d'un fer de lance. La troisième pièce est une tige pleine (*c*) faisant l'office d'un mandrin obturateur. Avant de m'en servir, j'étudie à travers la transparence du liquide la position du testicule, mais surtout la disposition des vaisseaux du scrotum. Afin de ne pas les léser, on fait au scrotum, soit avec une lancette, soit avec un trocart-acupuncture (*fig.* 2) (1), une ponction, et quand une quantité de sérosité suffisante pour permettre de déprimer les parois de la tumeur s'est échappée, on place un doigt sur l'ouverture pour arrêter l'écoulement du liquide; on cherche alors le testicule, et quand il est sain on le refoule en arrière; puis on rapproche l'une contre l'autre, comme s'il s'agissait d'établir un séton, les parois de la tumeur devenue molle et compressible.

a b c

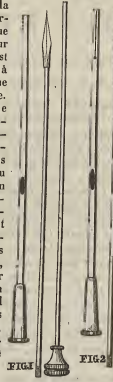


FIG1 FIG2

Ainsi comprimée à son centre, par les doigts de l'opérateur et par ceux de l'aide, comme on le voit sur le dessin ci-joint (*fig.* 3), l'hydrocèle forme deux poches, l'une, au-dessus



des doigts, remplie de liquide, l'autre au-dessous, contenant, de plus, refoulée pour éviter le trocart, la glande et sa tige séminale. A ce moment, les deux parois du scrotum ainsi rapprochées et tendues n'offrent que peu d'épaisseur; le chirurgien introduit la pointe du trocart dans l'ouverture précitée faite par la lancette ou par le trocart-acupuncture; puis, d'un coup sec, il traverse rapidement de part en part le scrotum, comme s'il mettait un séton. Il a grand soin ensuite de placer en arrière, pour être mise en rapport avec le liquide, l'ouverture centrale de la canule du trocart, il étale sur cette canule les parois scrotales, retire la tige du trocart, et, à l'instant même, la sérosité s'écoule par les deux bouts de la canule laissée en place.

Comme on le voit, cette manière de ponctionner les hydrocèles n'offre guère plus de difficultés que la pose d'un séton. Elle est tout aussi inoffensive. L'hydrocèle une fois embrochée, qu'on me passe l'expression, par la canule, il n'y a pas à craindre que celle-ci se déplace, et que ses rapports avec la tunique vaginale venant à cesser, comme par la méthode ordinaire, exposent, ainsi qu'on le voit trop fréquemment encore, à la gangrène du scrotum par suite du passage dans le dartos du liquide injecté. Par notre méthode, pas de mécompte, pas d'imprévu ; aussi, espérons-nous que les praticiens nous sauront gré de nos efforts.

Voilà pour la ponction. Voyons maintenant en quoi consistent les modifications apportées à l'*injection*.

Examen au point de vue de l'injection. — Si les luttes académiques dont il a été parlé plus haut sont demeurées stériles, cela tient à ce que la discussion n'est pas sortie du champ rétréci des injections vineuses et iodées ; cela tient surtout à ce que l'élément essentiel, le véritable nœud gordien, n'a pas été abordé. Je veux parler de l'irritabilité de la tunique vaginale, variable selon les individus. Or, s'il est vrai, comme cela est incontestable, que chacun est doué d'un mode d'irritabilité qui lui est propre, on reconnaîtra tout d'abord que la méthode actuelle des injections est essentiellement vicieuse, puisque ces injections sont invariablement de même composition et de même nature, quelle que soit l'irritabilité de la tunique érytloïde. Nul, avant moi, n'a songé à tenir compte de cette irritabilité variable et individuelle; nul n'a traité avec elle de puissance à puissance; nul n'a eu l'idée de l'harmoniser avec le liquide à injecter, de manière à éviter les excès comme le défaut d'inflammation désirable ; excès qui aboutissent à des phlegmoneux et même à la gangrène; défaut d'irritation qui conduit à la récidive de l'hydrocèle.

Il est vrai qu'il y a une troisième chance, celle de tomber juste; mais, en chirurgie, il faut autant que possible ne rien laisser au hasard. Il faut jouer à coup sûr et éviter qu'on puisse dire, comme après les injections telles qu'elles se font aujourd'hui : Le sort en est jeté. Je sais bien que, si l'inflammation fait défaut, on cherche à l'élever par des topiques excitants; que, si elle est trop violente, on a recours aux sangsues, aux cataplasmes. Ces moyens sont souvent insuffisants, et d'ailleurs l'objection n'en subsiste pas moins. Si l'irritabilité de la tunique vaginale était invariablement uniforme et toujours la même, comme il semble que cela soit, à en juger par le mode de traitement actuellement employé pour la cure de l'hydrocèle, il ne s'agirait plus que de trouver un liquide en harmonie avec elle : ce serait le vin, l'iode, l'alcool, peu importe; toujours est-il que ce liquide, une fois trouvé, serait bon, toujours bon, invariablement bon, et tous les praticiens, aujourd'hui si divisés d'opinion, se mettraient bientôt d'accord.

Par ma méthode, j'élève doucement et graduellement l'inflammation. Je suis de l'œil son évolution jusqu'à la limite voulue, jusqu'à ce qu'elle ait produit un épanchement de lymphe plastique pour remplacer la sérosité évacuée. Pour cela, au lieu de retirer de suite, comme par la méthode ordinaire, la canule du trocart, je la laisse en place un, deux, trois, et même quatre jours, afin qu'elle soit en communication avec la tunique vaginale tout le temps nécessaire pour l'exciter convenablement ; je dis trois à quatre jours, parce que ce temps est suffisant, et que d'ailleurs, passé ce délai, des pseudo-membranes s'organisent autour de la canule et forment un étui qui l'isole de la tunique vaginale.

Comme l'irritabilité de cette tunique m'est inconnue, j'agis sur elle en commençant par des moyens doux et gradués dans leur action. Ainsi, le premier jour, je fais plusieurs injections d'air; si elles sont insuffisantes, le deuxième jour j'injecte de l'eau ; si l'eau n'agit pas assez, je la remplace, le troisième jour, par de l'eau animée d'azotate d'argent (5 centigrammes pour 120 grammes de liquide), ou bien avec un peu d'eau de Cologne; le vin, l'iode, dont M. le professeur Velpeau a étendu l'usage avec tant de succès en chirurgie, conviendraient également et trouveraient leur place dans l'échelle ascendante des topiques irritants. J'ai l'habitude de retenir dans le sac les injections d'air, d'eau, et même d'eau chargée d'un principe irritant pendant plusieurs heures, à moins que l'apparition de la douleur n'oblige à les faire plus tôt sortir.

Sur un chiffre de 200 hydrocèles ainsi opérées :

39 ont été guéries par de simples injections d'air et par le travail produit par la présence de la canule;

47 par l'air et l'eau.

Pour faire naître dans les 114 cas restants le degré d'inflammation désirable, il a fallu recourir à l'air, à l'eau et à l'eau animée d'azotate d'argent ou de tout autre liquide excitant.

Pour compléter cette statistique, j'ajouterai que vingt fois l'inflammation ayant dépassé les limites voulues, j'ai réprimé son accès par des applications locales de glace, que, depuis longtemps, j'ai substitué aux sangsues et aux cataplasmes. Trois fois seulement il s'est formé autour de la canule un petit foyer purulent, non sérieux, et dont une ponction avec la lancette a fait prompte justice. Une seule fois il s'est produit une escbare par suite d'imprudence. Ce fait est détaillé dans le travail dont je ne reproduis ici qu'une simple analyse. Je n'ai pas eu de récidives toutes les fois que j'ai injecté de l'air, de l'eau, et autre liquide irritant; mais aussi c'est dans cette catégorie que se trouvent les vingt faits d'inflammation avec excès. Dans la catégorie des hydrocèles traitées uniquement par l'air, j'ai vu une récidive et une autre parmi les hydrocèles traitées par l'air et par l'eau seulement. La moyenne du traitement a été de dix-neuf jours ; elle a varié entre dix et cinquante jours pour les cas compliqués.

Outre les résultats pratiques, je dois dire encore que ma manière d'opérer n'est pour ainsi dire pas douloureuse. Elle entraîne si rarement la fièvre, que souvent elle pourrait être employée comme méthode curative chez les vieillards et les valétudinaires qu'il est de précepte de n'opérer que d'une manière palliative, à cause des accidents redoutables par la méthode ordinaire.

En résumé, les principaux avantages de ma méthode sont les suivants :

1° Ponction de l'hydrocèle, quel qu'en soit le volume, toujours facile et à l'abri de tout accident;

2° Lésion, soit du testicule, soit de la tige séminale, devenue impossible grâce à notre trocart;

3° Passage dans le dartos du liquide injecté ne pouvant plus avoir lieu ;

4° Evolution de l'inflammation de la tunique vaginale douce, graduée, toujours en harmonie avec son état particulier d'irritabilité ;

5° Possibilité d'élever et d'arrêter au degré désirable l'inflammation, et d'éviter ainsi les récidives de l'hydrocèle dues à son défaut, comme les accidents dus à son excès ;

6° Immunité complète de la violence des douleurs, si fréquentes après les injections ordinaires;

7° Facilité d'appliquer le traitement curatif même chez les vieillards et chez les valétudinaires, à raison de l'absence presque complète de la douleur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 novembre 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. CHASSAIGNAC demande la parole à propos du procès-verbal. M. Vidal, suivant-lui, en présentant au nom de M. Goyrand un calcul prostatique volumineux, a mis à l'ordre du jour la question si importante et non encore élucidée du traitement de ces calculs prostatiques. Il y a sept ans (1) qu'en présence de M. Lenoir et de M. Civiale il pratiqua l'opération de la taille sur un vieillard de 70 ans qui portait un calcul analogue à celui présenté par M. Vidal; c'est à propos de ce fait qu'il fit quelques observations anatomo-pathologiques qu'il commu-

(1) Le trocart-acupuncture diffère de mon trocart en ce que le dard peut rentrer dans la canule et en sortir à volonté.

Nous devons la fabrication de nos instruments à l'habileté de M. Charrière, et les dessins ci-joints à M. Gossé, sous-aide major à l'hôpital du Val-de-Grâce.

(1) Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 12 octobre 1843.

nique aujourd'hui à la Société. Un des phénomènes les plus intéressants qu'il a eu occasion de constater, c'est l'atrophie de la prostate; de plus, souvent le calcul est fortement comprimé par les parties voisines; cette compression est telle que par l'examen direct on ne peut point reconnaître les calculs multiples. Le cathéter dans ces circonstances est souvent arrêté par le calcul; tantôt il passe au-dessus ou au-dessous de ce dernier.

Il résulte de ces considérations anatomo-pathologiques que la taille latéralisée est préférable à la taille bilatérale; encore celle-là devra-t-elle être faite sans le lithotome du frère Côme, qui exposerait à dépasser les limites de la prostate; il faudrait préférer un long bistouri à tout autre instrument. La compression exercée par la prostate sur le calcul doit faire rejeter l'emploi des tenettes; leur introduction dans cette circonstance serait fort difficile, douloureuse; l'emploi de la curette n'a pas les mêmes inconvénients. Quelquefois, comme on a pu le voir par le calcul présenté par M. Vidal, ces corps étrangers envoient un prolongement dans la vessie; si dans cette dernière circonstance le cathéter passe au-dessus du calcul, il est de toute évidence que le lithotome ne peut point être employé; il viendrait se heurter contre le calcul, tandis qu'un long bistouri boutonné remplit les mêmes indications que le litbotome, sans en présenter les inconvénients.

M. Vidal revient sur l'opération pratiquée par M. Goyrand, dont les détails ont été publiés dans un journal de chirurgie. Puis, parlant sur les calculs prostatiques, il indique la division qu'il a établie dans son *Traité de pathologie*; il admet, en effet, des calculs prostato-vésicaux et vésicaux prostatiques. Si cette distinction n'est pas faite par le praticien entre ces deux ordres de calculs, il peut, suivant M. Vidal, se trouver fort embarrassé; quant à l'atrophie de la prostate, M. Vidal et d'autres avant lui l'ont signalée; il rejette, comme M. Chassaignac et M. Goyrand, le lithotome et préfère le débridement multiple fait avec le bistouri boutonné; il rejetterait la curette comme étant plus difficile à introduire que la tenette articulée; on sait d'ailleurs que c'est grâce à cet instrument que M. Goyrand a pu extraire le calcul volumineux qui est l'occasion de cette discussion.

M. Lenoir n'admet point la division des calculs admise par M. Vidal; un calcul du col de la vessie est un calcul vésical arrêté dans le col et non développé dans ce lieu; il n'a point vu de calcul prostatique s'avançant dans la vessie. Il a eu occasion de voir un calcul prostatique volumineux; ce dernier est resté prostatique; il avait à sa partie inférieure une dépression correspondant au *verum montanum;* il s'était, à la vérité, développé du côté de l'urètre; mais il avait été arrêté au col vésical; du côté du canal urétral, où il s'était développé; il s'était moulé sur ce dernier et avait pris la forme d'un pénis de chien. Il pratiqua la taille bilatérale; le col vésical ne fut point intéressé; le calcul fut extrait, et le malade ne perdit point une goutte d'urine. Si un calcul vésical venait à s'arrêter dans le col de la vessie, il va sans dire que le débridement devrait porter sur ce dernier, ce qui n'a point eu lieu dans le fait précédent. On peut reconnaître quelquefois les calculs développés dans la portion prostatique de l'urètre aux signes suivants : tantôt il y a rétention d'urine, tantôt incontinence, tenant, comme M. Lenoir l'a constaté, à une rigole existant à la partie inférieure du calcul. Pour ce qui est de l'altération de la prostate, M. Lenoir admet qu'elle est distendue, et la preuve c'est qu'elle revient sur elle-même et a son volume normal après l'opération. Il rejette la taille latéralisée proposée par M. Chassaignac, et préfère la taille bilatérale ou la taille de Celse légèrement modifiée.

M. Chassaignac. Il résulte des paroles de MM. Lenoir et Vidal que j'ai bien fait de soulever la question du traitement des calculs prostatiques; ce traitement est loin d'être arrêté, car M. Vidal préfère la taille quadrilatérale, M. Lenoir la taille bilatérale ou de Celse, et je défends la taille latéralisée. Toutefois, si, avec M. Lenoir, il admettait la taille bilatérale, il la ferait à l'aide du bistouri boutonné et non avec le lithotome; il préfère la curette à la tenette, même articulée, attendu que la curette, n'ayant que l'épaisseur d'une des branches de la tenette, est plus facile à introduire et permet de faire basculer l'instrument, d'où une force de traction assez considérable sur le calcul; il cite ce qui se passe dans l'extraction des corps étrangers de l'oreille. Il n'admet point avec M. Lenoir la rétraction de la prostate. Pour lui, il y a atrophie de l'organe, transformation fibreuse. Et, si le chirurgien n'est pas prévenu de cette circonstance, il peut intéresser le rectum.

M. Michon regrette de n'avoir point vu le calcul extrait par M. Goyrand; il croit que dans cette circonstance on confond les calculs urinaires urétraux et les calculs prostatiques proprement dits. Ces derniers diffèrent essentiellement des premiers par leur mode d'origine et par leur nature chimique. Prenant naissance dans les lacunes prostatiques, ils sont souvent très nombreux, et ils amènent l'atrophie de la prostate. Dans sa thèse inaugurale, M. Michon a rapporté une observation intéressante de calcul prostatique enkysté. Quand le chirurgien n'avait à sa disposition que le cathéter pour diagnostiquer les calculs, souvent ces calculs étaient confondus avec ceux de la vessie : Dupuytren, dans un cas, fit cette erreur. Dans ces circonstances, ce n'est point la taille qu'il faut faire, mais bien une boutonnière. Malgré les études attentives qu'il a faites sur cette question, M. Michon, dans son cas, eut le regret d'avoir pratiqué une taille vésicale pour un calcul prostatique; son malade guérit. Il rappelle, en terminant, qu'à l'origine de la Société de Chirurgie, il appela l'attention de ses collègues sur ce sujet à propos de calculs prostatiques nombreux développés chez M. Durosoir, professeur d'histoire; il était d'avis, dans ce cas, de pratiquer une taille irrégulière. A la vérité, pour extraire tous ces calculs, l'opération fut refusée, et un lithotriteur fort habile tenta de débarrasser le malade par la lithotritie. Malgré l'habileté déployée par ce dernier, les calculs ne purent être extraits, et le malade succomba. Ces calculs prostatiques doivent donc être envisagés au simple point de vue du développement du pronostic et du traitement.

M. Vidal revient sur les considérations qu'il a présentées antérieurement sur la division des calculs prostatiques. Pour ce qui est du traitement, il n'admet qu'une taille prostatique ou urétrale, suivant que le calcul est dans la prostate ou dans l'urètre. Quant à la prostate, elle subit diverses modifications; tantôt elle est atrophiée, comme M. Chassaignac l'a indiqué; mais d'autres fois elle a subi une véritable hypertrophie.

M. Lenoir n'admet pas le reproche de confusion fait par M. Michon. Il distingue parfaitement les calculs prostatiques nés dans la vessie et arrêtés dans cette portion du canal de l'urètre des calculs prostatiques développés dans les lacunes de cette glande. Quant à lui, il n'a voulu parler que des premiers. Quant à ceux qui ont fixé l'attention de M. Michon, il les connaît, et il a eu occasion de pratiquer l'extraction de 60 de ces calculs, à l'aide de la sonde de Hunter, de la prostate d'un vieillard; ils étaient gris-cendré et avaient le volume d'une lentille.

M. Michon voudrait que le nom de calculs prostatiques fût réservé aux calculs développés dans l'intérieur de cet organe, et qu'ils ne fussent pas confondus avec les calculs vésicaux arrêtés dans la portion prostatique de l'urètre et développés dans ce point.

Correspondance.

La Société a reçu le troisième volume de la Société Médico-Chirurgicale de Londres, M. Giraldès est chargé de faire un rapport verbal.

Communication sur les plaies par armes à feu. Considérations médico-légales.

M. Rigal, après avoir exprimé le regret de ne pouvoir assister aux séances de la Société de Chirurgie, à cause de ses fonctions de représentant, s'exprime dans les termes suivants :

« Les questions soulevées par la communication faite par M. Deguise fils dans la séance du 20 septembre, d'un cas remarquable de suicide, m'a fait penser que la Société n'entendrait pas sans intérêt quelques observations recueillies dans ma pratique à l'occasion de certains phénomènes des blessures par armes à feu. En les citant de mémoire, j'ai la certitude de n'omettre aucun détail essentiel. Les circonstances au milieu desquelles ces faits se sont produits prouveront d'ailleurs avec quelle puissance ils ont dû se graver dans mes souvenirs.

» Mille effets sont inattendus et restent souvent inexplicables dans les désordres produits par l'explosion d'un pistolet, d'un fusil ou d'un canon; on ne saurait les calculer théoriquement *à priori;* de là un nouveau motif de noter avec soin tout ce que le hasard et l'expérience acquise nous révèlent.

» Le sieur Caussé, âgé d'environ 45 ans, propriétaire, demeurant à Bernac, canton et arrondissement de Gaillac (Tarn), était tombé depuis quelques semaines dans de vagues mélancolies. Bientôt il rêva de jalousie; il rêva aussi d'un dindon volé dans sa basse-cour, et durant 48 heures, il battit nuit et jour la campagne, à la recherche du larron. Il rentre dans la soirée du second jour, se place sous le manteau du foyer domestique, entre la nourrice de son dernier enfant et sa femme; puis, tandis que celle-ci s'accroupit pour soigner une tisane qu'il a demandée, Caussé élève le bras, prend son fusil de chasse, et tire de très près, coup sur coup, mais à très faible intervalle l'un de l'autre, sur sa femme et l'étend roide morte à ses pieds; il se trouvait en ce moment au côté droit et en arrière de sa victime. Le meurtre consommé, Caussé va se dénoncer au maire de la commune et se constituer prisonnier.

» Le lendemain, le docteur Thomas et moi arrivâmes sur les lieux avec les magistrats pour faire l'autopsie; 18 à 20 heures s'étaient écoulées depuis l'événement. Le cadavre étant dépouillé, à la partie latérale droite et postérieure du thorax, au-dessus et un peu en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate, *nous trouvons une seule et large ouverture parfaitement arrondie;* son diamètre est mesuré par 4 à 5 centimètres; au pourtour de ce trou, qui semble produit par un emporte-pièce, la peau est brûlée, dure, sèche, parcheminée. Les détails des lésions anatomiques se retrouveraient, au besoin, dans le rapport officiel. Il me suffit aujourd'hui de dire que l'une des charges de gros plomb, la première surtout, avait traversé le poumon droit, broyé le cœur de la base au sommet, et était sortie au-dessous du teton gauche, l'autre charge avait brisé les vertèbres et produit une intersection de la moelle épinière.

» Nous crûmes que la rotation du tronc sur lui-même, et de droite à gauche, au moment de la première blessure, pouvait donner le secret de ce nouveau trajet. Quoi qu'il en soit de cette explication, il demeure constaté que deux coups de fusil tirés successivement, à petite distance, avec du plomb de chasse, peuvent produire une seule et même ouverture parfaitement ronde; l'adustion de la peau, sa dessiccation, le retrait qui en est la suite, semblent avoir influé sur la forme de sa perte de substance.

» Nous nous fîmes présenter les vêtements; ils se composaient d'une veste de bure, d'une chemise de toile, d'un gilet de flanelle.

» Le justaucorps est largement brûlé; il s'était enflammé, et on l'avait éteint. La chemise présente trois trous, dont deux se confondent par une partie de leur circonférence; le dernier est complet, et se trouve à petite distance; le gilet de flanelle ne présente que deux ouvertures, sous forme de verre de lunette.

» Ainsi désormais à l'intérieur du corps, les projectiles décrivent un cône tronqué, dont le sommet est à l'unique ouverture constatée à la partie latérale droite du tronc, tandis que les vêtements aplatis contre le corps et qui le touchent de près semblent marquer le passage des deux projectiles séparés par un intervalle notable.

» Ce phénomène, qui ne laissa pas d'embarrasser un moment les experts et les magistrats témoins de leurs recherches, trouva son explication dans la plicature du linge. Il peut être utile au médecin légiste d'en tenir compte pour l'avenir. »

M. Rigal met ici sous les yeux de la Société des morceaux de papier montrant les pertes de substance qu'il vient de décrire.

« Déclaré coupable de meurtre volontaire, avec circonstances atténuantes, Caussé partit pour passer le reste de ses jours au bagne, où il est encore, et les magistrats firent peser sur les médecins experts le reproche d'avoir indiqué la déplorable hallucination d'un homme privé de son libre arbitre. »

Passant à un autre ordre de faits, M. Rigal donne lecture à la Société des réflexions suivantes publiées dans l'*Union médicale* par M. Laborie, à propos du fait de M. Deguise.

« Ce serait un point intéressant d'études à poursuivre, de » l'influence que peut exercer sur une plaie par armes à feu » l'action d'appliquer fortement l'extrémité du canon sur » un point résistant, comme la paroi thoracique, par exemple. On est loin, en effet, d'être d'accord sur les suites d'un » coup de feu tiré dans ces circonstances, et beaucoup de personnes admettent que l'arme doit nécessairement éclater. » L'expérience nous paraît encore à faire, pour qu'un jugement » définitif puisse être porté. »

Les expériences à faire, dit M. Rigal, pour éclairer une aussi importante question, courent le risque de n'être jamais tentées, à cause du danger immédiat qu'elles entraînent. On aurait beau agir sur le cadavre, resterait toujours pour l'expérimentateur la mauvaise chance, la chance du moins probable d'être blessé par les éclats du canon qui crève; si on remplaçait la main, la force de l'homme par un moyen mécanique, une sorte de vis à tige, le résultat serait altéré, et toute interstice réelle maintenue bouchée d'une manière invariable, invincible, l'arme éclaterait sans aucun doute.

M. Rigal s'estime heureux de pouvoir substituer à des expériences souvent menteuses une observation parfaitement constatée.

« M. A..., âgé de 48 ans, d'un esprit cultivé, atteint de phthisie au second degré, prend la résolution de se donner la mort. Une nuit, il rentre dans sa chambre armé de deux pistolets de poche à balle forcée d'assez gros calibre; il pose la bouche d'un canon sur la région précordiale et l'appui sur son gilet aussi fortement qu'il le peut, en agissant de la main. Le coup part, mais la balle ne cause aucune blessure; elle va se perdre dans l'appartement vers le plafond. Seconde tentative dans les mêmes conditions. Même effet de la recharge des pistolets; il comprime de la main droite la gueule du pistolet contre son front, tire, et s'étonne de vivre; il recherche la cause de ce qu'il appelle ses malheurs, et la trouve. Il faut donner de l'air. Un canif lui sert à pratiquer une incision cruciale sur son front. Précaution inutile! la plaie n'est vraisemblablement pas assez large; nouvelles et plus longues incisions; une cinquième tentative échoue comme les autres. Alors le malheureux s'ouvre les veines aux deux plis du bras à l'aide de son canif.

Au matin on le trouve baigné dans son sang, et, mandé, j'accourus auprès de lui. J'ai pu, pour un temps, le ramener à l'existence; il est mort des progrès du mal qui minait sa poitrine.

Je tiens de ses confidences les détails précis que j'ai cru essentiel de rapporter; les faits se trouvaient en quelque sorte exister sur lui-même et autour de lui.

Sur son gilet de casimir gris, deux brûlures qui montrent la corde du tissu.

Au plafond, sur les murs et à terre, cinq balles, avec un aplatissement, une déformation qui témoigne de leur choc contre des corps durs. Sur le front trois eschares légères, arrondies, ayant la forme, la dimension du canon des pistolets, dont l'un est encore chargé. L'aspect de ces eschares est celui d'une brûlure faite par la poudre caustique de Vienne; mais, de plus, des traces noirâtres au pourtour. Deux de ces brûlures portent sur les angles des incisions cruciales, angles qui ne furent pas relevés, et se trouvèrent juxtaposés d'une manière immédiate par la pression circulaire de la bouche à feu. Ainsi toujours il y a eu occlusion complète de l'arme.

En réfléchissant à la valeur de cette observation unique et multiple à la fois, je me suis trouvé depuis longues années déjà amené à conclure :

1° Quand la bouche d'un canon de pistolet est appliquée de main d'homme sur un point résistant de son corps ou du corps d'autrui, la compression brusque, puissante, instantanée de l'air contenu dans le tube produit nécessairement un mouvement de recul;

2° Ce recul sera proportionné à la charge, à la force compressive, à l'exactitude de l'occlusion;

3° Il pourra ne survenir aucune blessure, et presque jamais, pour ne pas dire jamais, si une blessure est produite, elle n'aura lieu exactement que sur le point où l'arme fut appliquée;

4° A moins d'une fabrication vicieuse, d'une aigreur extrême du canon, ou d'une avarie antérieure, tout autorise à penser que l'arme n'éclatera pas. Il ne faudrait cependant pas se risquer sur de semblables données à de nouvelles épreuves; elles peuvent, au contraire, servir à l'explication des faits recueillis ou qui viendraient à se produire.

Hier, ajoute M. Rigal, notre confrère et notre collègue à l'Assemblée nationale, M. le docteur Guizard (de la Creuse), me parlait d'un homme qui s'était appliqué un pistolet sur le front; la balle a ressorti à la partie postérieure du crâne, sans l'avoir traversé.

Qu'est-ce à dire? Sinon qu'un recul de la main fit frapper le projectile contre la boîte osseuse sous un angle tellement aigu, qu'elle dut en faire le tour sous le cuir chevelu. Les annales de l'art renferment de nombreux exemples de semblables réflexions.

Quand pour se faire sauter la cervelle un malheureux pose la crosse d'un fusil dans l'angle de deux murs, et appuie sur le bout de l'arme le dessous du menton, ce n'est plus l'instrument de mort qui recule; mais la tête se trouve rejetée en arrière par la compression de l'air, et presque toujours le visage subit une atroce mutilation; le masque est emporté. M. Rigal termine sa communication en posant la question suivante :

Une personne atteinte la nuit et de face par un coup de feu peut-elle, à la lueur de l'explosion, reconnaître son assassin?

Ce problème médico-légal surgissait dans le cas que voici :

« Une forêt domaniale, celle de Giroussens, dans l'arrondissement de Lavaur, fut vendue en deux lots, confiés désormais à la surveillance de deux gardes particuliers. Une inimitié profonde ne tarda pas à les diviser. Un soir d'automne, par un temps assez brumeux, Pierre fume sa pipe sur le pas de sa porte; il entend distinctement le chien d'un fusil à pierre qui s'abat sur la platine sans enflammer l'amorce. Son regard se tourne vers le point d'où est venu le bruit; presque aussitôt la forêt retentit d'un coup de fusil, et il s'écrie : Oh! Gabriel, tu m'as tué. Sa déposition en justice constate qu'il aurait parfaitement reconnu son voisin; cette reconnaissance est fondée en grande partie sur la coiffure habituelle du garde supposé coupable. Les magistrats réclament l'opinion du médecin expert appelé, et M. le docteur Crouset, ne trouvant rien de précis, voire même d'afférent à la difficulté sur laquelle il doit se prononcer, croit devoir recourir à moi : ensemble nous instituâmes des essais. »

Deux suppositions se présentent : ou l'axe visuel de la vic-

time coïncide avec l'axe visuel du meurtrier, ou cette coïncidence n'a pas lieu. Dans cette dernière hypothèse, l'erreur de Pierre est évidente; on ne voit point devant soi en regardant passivement à droite ou à gauche. Dans la seconde hypothèse, la difficulté reste entière; il ne faut pas oublier qu'averti par le chien d'une batterie les yeux se sont portés d'une manière active dans la direction du bruit.

Trente fois au moins, à diverses distances, entre vingt et cinquante pas, je me suis fait tirer pendant la nuit des coups de fusil chargé à poudre, à dose plus ou moins élevée; jamais je n'ai pu distinguer la personne, de moi bien connue, qui faisait feu; le globe de flamme la masquait complétement, et je retombais dans l'obscurité profonde où nos yeux sont plongés à la suite d'un éclair; je ne voyais ni coiffure, ni vêtements. Pareil effet se produisait en enflammant l'amorce des fusils à pierre.

Si, d'une main étendue de toute la longueur du bras, une personne tient une lumière à la hauteur de son visage, l'observateur placé en face ne distingue ni les traits, ni les formes générales du corps, ni la vêture; c'est l'effet de la lanterne sourde, bien que l'enceinte de la bougie manque. Les notions qu'une lumière fixe ne peut point donner ne sauraient être fournies par l'éclat d'un globe de feu qui s'allume et s'éteint dans une seconde; Pierre se trompait en cédant à des préoccupations plus ou moins fondées.

Dans le cours de nos expériences, nous avons constaté, dit M. Rigal, que parfois de légères parcelles de bourre s'enflamment et tombent lentement; alors la personne sur laquelle est tiré le coup peut reconnaître la couleur blanche d'un vêtement, robe ou pantalon, sans bien distinguer l'un de l'autre.

Un témoin que le hasard placerait à côté, à peu de distance entre le globe du feu et le meurtrier, parviendrait à recueillir des notions assez exactes pour servir de guide à la justice.

Ce dernier point n'a pas échappé à quelques auteurs, à M. Devergie en particulier. Tout le reste est neuf, je crois, et il m'a paru utile de le faire connaître à la Société de Chirurgie.

M. Larrey. La communication que vient de faire M. Rigal est intéressante au double point de vue de la chirurgie pratique et de la médecine légale; mais elle me semble se prêter encore à d'autres considérations. Je les exposerai le plus brièvement possible.

La question des coups de feu tirés de près laisse peut-être quelque chose à désirer dans l'étude des phénomènes si variés des blessures par armes à feu. Et d'abord, le langage convenu pour désigner les coups *à bout portant*, *à brûle pourpoint* me semble manquer de précision et de justesse, puisqu'il confond des blessures produites à distance, quoique d'assez près aussi, avec des blessures faites au contact immédiat des parties. C'est pourquoi il serait peut-être préférable de réserver à celles-là le terme de coups *à bout portant*, et d'assigner à celles-ci l'appellation de coups *à bout touchant*. Voici pourquoi, à mon avis, la plupart des blessures par armes à feu, dans les cas d'homicide volontaire, ont lieu soit à peu de distance, soit même à bout portant, mais non à bout touchant, comme cela est au contraire dans presque tous les cas de suicide. De là une distinction qui pourrait être de quelque utilité en médecine légale, et je ne sache pas qu'elle ait été établie.

Que se passe-t-il dans l'application immédiate du canon d'une arme à feu sur un point plus ou moins résistant du corps, tel que le crâne, la face ou la poitrine? L'arme doit-elle éclater, comme on serait porté à le croire, par son contact immédiat avec les tissus? L'observation répond à cela, et les expériences seraient non-seulement insuffisantes ou dangereuses, mais inutiles aussi.

On sait, par la déclaration précise des hommes qui ont survécu à ce genre de suicide, qu'ils ont presque toujours appliqué assez exactement le canon du fusil ou du pistolet contre le point choisi par eux sans craindre son explosion, mais en craignant plutôt la déviation du projectile. Il arrive, en effet, que le contact n'est plus immédiat au moment où le coup part, et c'est là ce qui empêche l'arme d'éclater. Le canon, quoique appuyé contre les parties, ne l'est jamais avec assez de force pour que l'arme privée d'air fasse explosion. Il y a dans l'instant incalculable de la déflagration de la poudre, c'est-à-dire par la compression brusque et puissante de l'air intérieur, il y a, comme l'a dit M. Rigal, un mouvement de recul plus ou moins prononcé qui suffit à l'écartement de l'arme, et par conséquent au passage de l'air. Il y a de plus, chez la plupart des hommes portés à se détruire ainsi, soit l'émotion, soit un tremblement involontaire qui fait perdre à la main sa fermeté, en lui permettant non-seulement de s'écarter un peu, mais quelquefois de dévier sensiblement, et cette déviation devient salutaire dans certains cas. C'est ainsi que, lorsque le canon de l'arme à feu est placé sous le menton, sa déviation en avant repousse la tête en arrière, et projetant la balle vers la région antérieure de la face, en emporte une partie et produit des mutilations graves.

Tels sont les résultats que j'ai observés plusieurs fois chez des militaires et, en dernier lieu, chez les deux soldats dont j'ai eu occasion d'entretenir la Société de Chirurgie; mais je ne crois pas devoir insister davantage sur ce sujet, ni sur les autres questions qui s'y rattachent.

M. Deguise fils se félicite d'avoir soulevé, par sa communication, la discussion intéressante qui vient de se produire au sein de la Société de Chirurgie. Toutefois, il persévère à regarder les plaies observées sur le sujet dont il a cité l'observation dans la dernière séance comme ayant été produites par deux coups successifs. Quant à l'étendue des plaies, il rappelle l'observation de M. Huguier, qui fracassa d'un seul coup de feu tiré à petite distance la tête d'un sujet.

M. Forget termine la discussion en citant le fait suivant: Un individu voulant se détruire charge un fusil de chasse à un seul canon d'un balle et de grains de plomb à lièvre; il se place sur son lit et met le canon de son fusil sur la région précordiale, et cherche à faire partir le coup à l'aide d'une ficelle; celle-ci casse, et il la remplace par une tige en bois à l'extrémité de laquelle il a fait une encoche. Cette fois, le coup part; la balle et le plomb pénètrent dans la poitrine, entre deux côtes, au-dessous du sein; la balle ressort et va se loger dans le mur, à 3 centimètres de profondeur. Le plomb reste. Dans la position où se trouvait l'individu, on peut voir que le coup de fusil a eu lieu à bout touchant, suivant l'expression de M. Larrey. Dans le cas rapporté par M. Forget, le trou d'entrée était petit, arrondi, sans déchirure ni fracture des côtes. La peau était noircie autour et légèrement brûlée par la chemise qui a pris feu. Le trou de sortie était plus large, inégal sur les bords. La côte répondant à l'angle du scapulum était brisée.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

NOUVELLES.

La liste d'inscription pour le prochain concours de clinique chirurgicale a été close vendredi dernier au soir. Les candidats inscrits sont:

MM. Bouisson (de Montpellier), Chassaignac, Desprès, Giraldès, Gosselin, Jarjavay, Maisonneuve, Marchal (de Calvi), MM. Michon, Morel-Lavallée, Nélaton, Richet, Robert, Sanson, Voillemier.

— Nous annonçons avec une vive satisfaction la nomination de MM. Bérard, doyen de la Faculté de Médecine, et Fr. Dubois comme membres d'une commission instituée pour l'examen des questions relatives à la caisse des retraites pour la vieillesse: nul plus que ces deux honorables académiciens n'était digne de se consacrer à une tâche toute philanthropique.

— M. Magendie ouvrira le cours de médecine du Collége de France vendredi prochain à midi, et le continuera tous les mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— M. le docteur Foltz, ancien interne des hôpitaux, a été chargé du cours de pathologie externe à l'école préparatoire de médecine de Lyon, en remplacement de M. Janson, professeur. M. le docteur Chapot a été chargé du cours de matière médicale et de thérapeutique, en remplacement de M. Montain, professeur.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, commencé le 18 novembre, a été terminé le 21; de nombreux concurrents avaient pris part à cette lutte, qui a été très brillante.

Le jury était composé de MM. Barbier, Bouchacourt et Rodet, chirurgiens en chef de l'Hôtel-Dieu, de la Charité et de l'Antiquaille; Brachet, professeur à l'Ecole de médecine; Candy et Roy, médecins de l'Hôtel-Dieu, et Arthaud, médecin en chef des aliénés.

Les internes élus sont MM. Dupuy, Devay, Dron, Bron, Bonnaud, Chaumier, Game, Pupier, Carrier et Franon.

— Denx lettres ont été écrites à plusieurs journaux, dans lesquelles MM. Michel, pharmacien, rne de l'Arcade, 2, et Michel, pharmacien, rue Richer, 13, établissent n'avoir rien de commun avec un sieur Michel, droguiste dans la Cité, condamné à 15 fr. d'amende pour exercice illégal de la pharmacie.

— Le nouveau lazaret de Marseille a été installé avec une certaine cérémonie, par M. Mêlier, le 24 novembre.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 146. (23e ANNÉE.) JEUDI 12 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 11 DÉCEMBRE 1850.

Séances des Académies.

Malgré un nouveau et dernier comité secret, l'Académie de médecine a pu entendre hier un consciencieux rapport de M. Gaultier de Claubry sur les épidémies, autres que le choléra, qui ont régné en France pendant l'année 1849. Nous avons remarqué dans ce rapport, que le bruit nous a empêché d'entendre comme nous l'aurions désiré, d'excellents conseils d'hygiène publique dont l'administration trouvera à faire son profit.

Après le rapport de M. Gaultier de Claubry, l'Académie a pu entendre encore deux communications intéressantes, l'une de M. Cullerier, sur la contagion de la syphilis des nourrices aux enfants, *et vice versa*, l'autre de M. Aran, sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications anesthésiques locales. On trouvera à notre compte-rendu la méthode employée par M. Aran, méthode vraiment précieuse, si les résultats annoncés par ce laborieux observateur viennent à se confirmer!

Quant au travail de M. Cullerier, ne voulant pas combattre les erreurs dans lesquelles est tombé ce consciencieux chirurgien, sans mettre sous les yeux de nos lecteurs toutes les pièces du procès, nous attendrons, pour faire la critique de son intéressant travail, qu'il soit livré à la publicité ou remis entre nos mains.

— L'Académie des Sciences a écouté avec intérêt le résumé d'un long mémoire de M. Baudens, que nous avons publié dans notre dernier numéro. Nous ne savons si les chirurgiens consentiront à modifier une opération aussi simple que celle de l'hydrocèle pour adopter la méthode de M. Baudens; mais la statistique publiée par ce professeur est certainement de nature à les y encourager. Opérer 200 hydrocèles sans éprouver un seul accident sérieux, c'est là, sans aucun doute, un résultat digne de la plus grande attention.

M. Claude Bernard, après M. Baudens, est venu communiquer à l'Académie un nouveau fragment des remarquables recherches qu'il poursuit avec tant de zèle. Ce fragment est peut-être plus important encore que tous ceux qu'a déjà publiés l'ingénieux physiologiste. Il ne s'agit de rien moins que du renversement complet de toutes les idées que nous nous faisons du chyle. Mais peut-être aussi les résultats annoncés par M. Bernard sont-ils ceux que l'on doit accepter avec le plus de réserve parmi ceux qu'il a déjà obtenus. Est-il parfaitement rationnel, est-il suffisant, au point de vue physiologique, de diviser toutes les substances assimilables en matières grasses, sucrées et albumineuses? Première question que M. Bernard n'a peut-être pas assez discutée. En cas d'affirmative, est-il parfaitement exact de dire que la première catégorie de ces matières soit seule absorbée par les vaisseaux chylifères, tandis que les deux autres catégories le sont uniquement par la veine-porte?

M. Bernard semble avoir résolu cette dernière question par des expériences positives. Cependant, sans vouloir atténuer en rien l'extrême intérêt que présentent ces expériences, il en est quelques-unes qui ne seraient pas sans utilité. Pour compléter la démonstration qu'a voulu faire M. Bernard, nous indiquerons quelles seraient ces expériences. — H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

Des kystes péri-hépatiques séreux, purulents ou hydatiques.

(Suite. — *Voir* le numéro du 7 décembre.)

OBS. II. — *Kyste hydatique péri-hépatique. Suppuration du kyste. Abcès multiples dans le foie par infection purulente.*

Le nommé Guillard, soldat au 61e de ligne, âgé de vingt-huit ans, libéré depuis sept mois, d'une constitution moyenne, d'un tempérament bilioso-sanguin, entre au Val-de-Grâce le 9 août. Ce militaire nous raconte qu'il n'a jamais été malade avant son entrée au service, qu'il a fait son congé sans passer un jour à l'hôpital. Dans le courant de janvier dernier, il éprouva une douleur dans toute la base antérieure droite du thorax venant aboutir à l'épigastre en suivant exactement la direction du foie. Cette douleur, très vive par moments, se calmait ensuite et permettait à Guillard de vaquer à son service. Jusqu'au 5 mai, les choses allèrent ainsi. A cette époque, son régiment quittant Paris pour se rendre à La Rochelle, Guillard dut supporter les fatigues du voyage. Sous l'influence de la marche prolongée, la douleur initiale s'exaspéra, et le 30, jour de son arrivée à La Rochelle, il dut demander son envoi à l'hôpital. Son séjour ne s'y prolongea que quinze jours, deux applications de sangsues ayant amélioré sa position, et pressé qu'il était de rentrer dans ses foyers, venant d'être libéré.

Guillard se met en route pour revenir à Paris. Après trois jours de marche, il est contraint de rentrer dans le premier hôpital qui se trouve sur son passage, celui de Lusignan. Là on lui applique 12 sangsues sur l'hypocbondre droit, puis un vésicatoire sur la même place, et dix-neuf jours après il reprend son itinéraire.

Arrivé à Tours le 7 juin, les douleurs reparaissent plus vives que jamais, avec gêne dans la respiration. Troisième entrée à l'hôpital. Le traitement ici dure un mois; il consiste en purgations répétées et frictions sur le point douloureux avec une pommade à base de morphine.

Depuis la sortie de l'hôpital de Tours jusqu'à l'entrée au Val-de-Grâce, il s'est écoulé vingt-neuf jours, pendant lesquels notre malade a toujours eu à souffrir, mais luttant avec courage contre la douleur. Depuis le moment de l'invasion, il ne s'est jamais montré d'ictère.

A son arrivée dans nos salles, Guillard est déjà amaigri; il est pris d'une toux sèche, peu fréquente, accompagnée de dyspnée. Il accuse une douleur partant d'un pouce et demi au-dessous du sein droit, pour s'étendre jusqu'au-dessous du rebord des fausses côtes et s'irradiant à l'épigastre. Cette douleur se fait ressentir également en arrière, où elle remonte jusqu'à l'épaule, et par intervalles elle devient lancinante, entre-coupant la respiration. Entre l'épigastre et l'hypochondre droit, immédiatement au-dessous des fausses côtes, apparaît une tumeur de la grosseur du poing, douloureuse à la pression, plus douloureuse encore à la percussion. Il y a une légère teinte ictérique des conjonctives, rien de semblable à la peau.

Percussion. En avant à droite, bonne résonnance de la clavicule à 3 centimètres au-dessous du sein; matité ensuite jusqu'à 4 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. Cette matité occupe la moitié supérieure de l'épigastre et une bonne partie du flanc gauche.

En arrière à droite, bonne résonnance du sommet à l'angle inférieur de l'omoplate, obscurcie au-dessous; matité du septième espace intercostal en bas. Dans tout le côté gauche, résonnance normale.

Auscultation. Expansion vésiculaire bonne dans tout le côté gauche; bonne également en avant, à droite du sommet, au sixième espace intercostal, nulle au-dessous. En arrière, à droite, respiration pénible du sommet jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, obscurcie au-dessous et masquée en partie par une crépitation pleurale. Absence complète dans le tiers inférieur. Quelles que soient les positions qu'on fait prendre au malade, les limites de la matité restent les mêmes. Une broncbophonie obscure est entendue au niveau du sommet du tiers inférieur postérieur droit. Du reste, le pouls, vif, peu développé, bat 85 fois. Chaleur normale à la peau, langue couverte d'enduit, muqueuse, jaune-verdâtre.

Nous pensons avoir affaire à une affection déjà ancienne du foie. La tumeur de l'hypochondre, n'offrant aucune fluctuation, même à une pression forte, nous éloigne de l'idée d'une tumeur hydatique ou d'un kyste. Le foie est évidemment hypertrophié; la tumeur pourrait bien être un commencement de dégénérescence. Il y a en outre une pleurite droite consécutive, avec épanchement moyen.

Pendant un mois, toute notre médication s'attaque à ces prétendues affections. Ventouses scarifiées en avant et en arrière de la base droite du thorax, puis vésicatoires et purgations salines répétées; cautères ensuite, avec continuation des purgations de loin en loin. Ces divers moyens avaient amené une grande amélioration le 10 septembre, une demi-guérison. La dyspnée avait disparu. L'expansion vésiculaire, nulle auparavant dans le tiers inférieur droit, était maintenant perçue, quoique lointaine et faible, mais le son restait mat.

Pendant plusieurs jours de suite tout se passa bien, et le malade songeait déjà à quitter l'hôpital. Mais bientôt la respiration s'embarrassa de nouveau. Le 20 septembre, la percussion et l'auscultation sont pratiquées. La matité antérieure droite n'a pas gagné en hauteur; mais latéralement elle remonte jusqu'au creux axillaire, et postérieurement du même côté, elle reste bornée au tiers inférieur. L'auscultation dénote toujours une absence complète d'expansion vésiculaire de la ligne marquée au-dessous du sein en bas. Même absence dans toute la partie latérale droite, depuis le creux axillaire en bas. En arrière, respiration bonne dans les deux tiers; expansion vésiculaire tout à fait faible et lointaine dans le tiers

---

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9, 16, 29 et 30 novembre; 5 décembre.)

DEUXIÈME SECTION. — *Les parabolains.*

Lorsque Constantin eut, en 311, embrassé le catholicisme, et qu'il fut permis aux chrétiens, si longtemps persécutés, de porter haut et sans danger la croix évangélique, les pratiques extérieures du nouveau culte se firent avec une espèce d'ostentation, et rien ne fut oublié pour agir puissamment sur les masses, qui n'avaient point encore suivi Constantin dans la voie de rénovation où il était entré. L'exaltation religieuse engendre fatalement l'amour de la propagande, et, si l'assistance aux infirmes et aux malades fut l'accomplissement d'un devoir religieux, elle fut aussi un puissant moyen d'influence, que l'empereur Julien, dans sa lettre à *Arsace, chef des pontifes de la Galatie*, signale comme ayant contribué grandement aux progrès du christianisme. Sous Constantin, cette assistance, qui jusqu'alors avait été pratiquée en secret, fut exercée en plein soleil, et quelques hommes s'y dévouèrent d'une manière exclusive. Animés par la même ferveur, poussés vers le même but, réunis souvent au même chevet de douleur, ces hommes se rapprochèrent, s'associèrent et finirent par former une espèce de congrégation; ce fut là l'origine des ordres religieux, et la congrégation des *parabolains* est la première dont l'histoire fasse mention.

Ce fut encore l'Orient qui donna naissance à cette institution, et la langue grecque, la seule parlée alors dans cette partie de l'empire, lui fournit sa dénomination. Les Grecs, en effet, réservaient le mot *parabolain* au gladiateur et à l'esclave du cirque, en raison de son audace à braver les dangers et la mort. Socrate le *scolastique* se sert de ce mot dans la description d'une chasse que Constantinople donnait à Théodose: Ὁ δῆμος κατέβοα· Δεινῷ θηρίῳ ἕνα τῶν ενφυῶν Παραβόλων μάχεθαι: « Le peuple s'écria: Quel parabolain audacieux combattra la bête fauve. » (Lib. VII, ch. XXII.) Cette explication, que Duaren et Gothofredus acceptent, ainsi que Bingham, le seul auteur qui donne quelques détails sur les parabolains (1), n'est pas admise par Bini; ce dernier prétend que les parabolains devaient leur nom aax fonctions de surveillance qu'ils remplissaient dans les bains publics: « *Ii, qui circa balnea versantur, quasi parabolani homines essent, publicorum balneorum curam gerentes.* » Bingham, que l'on peut croire en cette matière, est d'avis que Bini s'est trompé sous le rapport de l'étymologie, et que les parabolains ont bien pu être chargés de la surveillance et de l'inspection des bains publics, inspection et surveillance qui ressortaient *hygiéniquement* de leurs attributions principales, c'est-à-dire des soins qu'ils prenaient des malades, mais que la véritable étymologie est celle indiquée par Duaren, et qui dérive des deux mots grecs παράβολον ἔργον, ou du verbe παραβάλλεδαι, s'exposer au danger. Cette explication, qui paraît la seule rationnelle, a été adoptée par Coste (2), Percy (3), Gauthier (4), Bergier (5) et quelques autres auteurs dont la plume a écrit le mot parabolain. Nous ne voyons pas de motifs suffisants pour ne pas nous ranger à cet avis.

La première mention qui soit faite de cet ordre se trouve dans le Code théodosien, en l'an 415. Cependant ce code en parle comme existant déjà dans l'église, et en classe les membres parmi les clercs; le savant Baronius (1) interprète différemment le Code de Théodose, et prétend que les parabolains, tout en faisant partie du clergé, étaient d'un ordre inférieur aux clercs; cette discussion nous importe peu, il nous suffit de savoir que Théodose les confirma dans leurs fonctions: « *Qui ad curanda debilium ægra corpora deputantur.* »

Nous avons à dessein cité le texte du Code théodosien, parce qu'on est loin d'être d'accord sur les attributions dévolues aux parabolains: les uns veulent que ce fussent des médecins; d'autres prétendent qu'ils furent simplement des infirmiers ou des gardes-malades. Nous partageons volontiers cette dernière opinion, parce que, dans ce même Code théodosien, nous trouvons une loi rendue en 372, par laquelle l'empereur Valentinien établit quatorze médecins, un pour chaque quartier de la ville de Rome, afin d'y administrer les traitements gratuits aux malades indigents (Lib. XIII, tit. III; leg. 8, 9, 10), et que l'on eût appliqué nécessairement à ces quatorze médecins le nom de parabolain, si les attributions de l'ordre religieux, réglées par Théodose, eussent été analogues à celles des médecins; d'ailleurs les mots nouveaux ne sont jamais créés que pour des fonctions nouvelles, et celles des médecins étaient depuis fort longtemps connues.

Dans tous les cas, nous répudions toute parenté avec ces prétendus ancêtres que d'aucuns veulent nous donner: Etablis à Alexandrie et dans quelques autres villes de l'Orient, les parabolains deviennent l'effroi des princes, des magistrats et du peuple; conduits par le moine Barzuma, qui plus tard propagea l'hérésie des nestoriens, ils se livrent à toutes sortes de violences contre saint Basile de Saleucie; toujours prêts à s'immiscer dans les troubles de l'église ou de la république, ils forcent Théodose à réduire leur nombre et à leur imposer les conditions les plus dures: il leur fut défendu

(1) *Origines sive antiquitates ecclesiasticæ.* Trad. de l'anglais en latin par Grischow. Lahaye, 1735, tom. II, cap. nonum, pag. 47-50.

(2) *Dictionnaire de médecine* en 60 vol., art. *Hôpital.*

(3) *Dictionnaire de médecine* en 60 vol., art. *Infirmerie.*

(4) *De la médecine dans les temples*, etc.

(5) *Dictionnaire de théologie*, art. *Parabolain.*

(1) *Annales ecclésiastiques*, in ann. DXXX, In-folio. Rome, 1588.

inférieur ; honne résonnance et respiration normale dans tout le côté gauche. Les parois latérales droites du thorax sont infiltrées, les veines qui rampent à la surface sont dilatées. Entre les septième et huitième côtes droites, on sent une fluctuation sous-musculaire en pressant fortement avec deux doigts. Le malade accuse une sensation d'ondulation de liquide dans ce point, quand il exécute des mouvements. L'oreille appliquée dessus ne perçoit aucun bruit particulier.

Persuadé, d'après tous les signes que nous venons de rapporter, qu'il s'agit d'un kyste péri-hépatique, nous désirons pratiquer la ponction. Une consultation est demandée par nous, et, malgré le désir ardent qu'a le malade de subir l'opération, les confrères consultés, peu édifiés sur la nature de cet état morbide, répugnent à porter le trocart dans le prétendu foyer. Depuis ce moment jusqu'au 14 octobre, des douleurs sourdes se déclarent de nouveau et résistent aux divers moyens mis en usage. La dyspnée persiste, et de temps en temps il y a insomnie prolongée.

Le 14, les douleurs prennent un caractère décidé d'acuité ; elles deviennent térébrantes, occupent toute la base latérale droite d'avant en arrière, et remontent jusqu'à l'épaule. Des frissons irréguliers s'emparent du malade; la fièvre s'allume; le pouls bat 91 fois. La mensuration donne au côté droit un développement de 3 centimètres en plus.

Du 14 au 21, persistance des mêmes douleurs; augmentation de la dypsnée; continuation de la fièvre, avec exacerbation le soir.

Le 21, apparition subite de teinte ictérique à la peau.

Le 22, accès de fièvre, caractérisé par les trois stades de froid, de chaud et de transpiration.

Les 23 et 24, nouveaux accès de fièvre de plus longue durée. Pendant un accès les douleurs deviennent intolérables et embrassent cette fois toute la surface épigastrique. Quelques vomissements glaireux, limpides, ont lieu.

Le 25, la langue se dessèche; les pommelettes se colorent d'un rouge vif; le pouls est à 109. La fluctuation sous-musculaire devient plus appréciable dans les 7e et 8e espaces intercostaux droits. Le malade voudrait à toute force qu'on l'opère; mais les nouveaux désordres survenus empêchent d'obtempérer à ses désirs. Application d'un large cautère sur le côté pour donner issue au liquide ultérieurement.

Le 26, de nombreux frissons sont ressentis à intervalles par le malade; le ventre se ballonne, reste tendu avec résonnance tympanique péri-ombilicale, et matité partout ailleurs. En pressant avec la main sur les parois du ventre, on peut sentir les limites du foie qui descend presque jusqu'à l'épine iliaque antérieure supérieure droite.

Du 27 octobre au 1er novembre, très grande agitation. Douleurs toujours poignantes, respiration suspirieuse, pouls à 115.—Opiacées sous diverses formes; cataplasmes chauds; eau de Sedlitz tous les deux jours.

Le 3, apparaît un délire fugace avec trismus par intervalles. La langue brunit, se racornit et se gerce. La teinte ictérique passe au jaune-safran ; les pommettes restent presque rouges.

Du 3 au 9, c'est-à-dire pendant six jours, le délire persiste avec une intermittence irrégulière; le trismus se prononce davantage ; quelques grincements de dents ont lieu, et la tête a une tendance à se renverser en arrière.

Le 9, le délire est continu ; les yeux restent convulsés en haut ; la tête renversée en arrière; le décubitus est dorsal avec rigidité des membres. De temps en temps les mâchoires se desserrent, et un grincement de dents a lieu. A travers son délire Guillard pousse des plaintes continuellement. Le pouls s'est tellement rapetissé, qu'il fuit sous la main. On peut compter cependant 130 pulsations à la minute; 20 à 25 selles liquides ont lieu dans les vingt-quatre heures.

Le 10, même état. Encore un nombre considérable de selles liquides. La quantité de matières évacuées peut être évaluée, dans les vingt-quatre heures, à cinq litres environ. Le ventre reste affaissé, excepté dans les portions qu'occupe le foie. Les grincements de dents se répètent plus souvent; la tête se déjette à droite et à gauche, toujours renversée en arrière; le trismus et la convulsion des yeux persistent; les membres sont agités de mouvements convulsifs; la déglutition des liquides est devenue très difficile, une partie régurgite.

Toute la journée du 11 se passe dans le même état, et le malade expire le 12 au matin au milieu des plaintes qu'il exprime dans son délire.

(*La suite à un prochain numéro*).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 décembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

Cinq lettres ministérielles relatives à un remède secret, à un compte-rendu des eaux minérales, à un nouveau biberon, à la dernière épidémie de choléra et à des vaccinations.

Concours.

M. le doyen de la Faculté de Médecine de Paris invite l'Académie à nommer les cinq juges qui devront faire partie du prochain concours pour une chaire de clinique chirurgicale vacante dans cette Faculté.

Correspondance manuscrite. — Elections.

M. Devilliers se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Adénite sous-maxillaire.

M. Hénot, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Metz, adresse une observation d'extirpation d'adénite sous-maxillaire *dégénérée*, suivie d'hémorrhagies graves et de la ligature de l'artère carotide primitive. — Guérison. (Commissaires : MM. Bégin, Larrey, Gimelle et Jobert.

Traitement des rétrécissements urétraux.

M. Le Roy-d'Etiolles adresse une lettre sur l'application du caoutchouc vulcanisé aux rétrécissements de l'urètre. (Commission d'Argenteuil.)

Traitement de la goutte et du rhumatisme.

M. le docteur Levrat adresse une note qui n'est que le précurseur d'un grand mémoire sur le traitement de la goutte et du rhumatisme par l'extrait du colchique dissous dans le vin d'Espagne (vin d'Espagne, une cuillerée (15 grammes); extrait de colchique, 7 à 10 centigrammes). Les résultats qu'il a obtenus de cette préparation sont très avantageux.

Fonctions de la corde du tympan.

M. le docteur Duchenne, de Boulogne, communique à l'Académie l'analyse d'un travail intitulé : *Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les propriétés et les usages de la corde du tympan.*

Ce médecin, ayant limité l'excitation galvanique dans la corde du tympan de l'homme à l'état normal, a développé une sensation de chatouillement, de picotement et de fourmillement dans les deux tiers antérieurs de la langue du côté galvanisé.

A un degré plus élevé d'excitation galvanique, une sensation gustative, comme métallique, s'est ajoutée aux phénomènes de sensibilité générale. Pendant cette opération, il n'a observé ni contraction musculaire appréciable soit dans la langue, soit dans le voile du palais, ni modification dans l'état des papilles linguales, ni augmentation de la sécrétion muqueuse ou salivaire.

Chez plusieurs sujets atteints de paralysie de la septième paire, et chez lesquels il a constaté la diminution du sens, du goût et de la sensibilité générale de la langue du côté paralysé, M. Duchenne, de Boulogne, a observé que la corde du tympan avait perdu son excitabilité dans ce dernier côté, tandis que du côté sain la galvanisation de ce même nerf développait dans la langue des phénomènes de sensibilité générale et sensoriale.

Voici la conclusion générale du mémoire :

« De l'ensemble de ces faits électro-physiologiques et pathologiques, je me crois en droit de conclure que la corde du tympan concourt à la sensibilité générale et à la sensibilité gustative des deux tiers antérieurs de la langue, et que l'intégrité de ce nerf est nécessaire à l'exercice complet de ces deux fonctions. »

Épidémies.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur les épidémies qui ont régné en 1849, celle de choléra exceptée. Nous ferons connaître plus tard le résumé de ce travail étendu et consciencieux.

Contagion de la syphilis.

M. Cullerier lit un mémoire sur la contagion de la syphilis des nourrices aux enfants et réciproquement. L'étendue de ce travail et l'importance des questions qui y sont traitées nous obligent à en renvoyer à quelque temps la publication et l'examen.

Traitement du rhumatisme.

M. le docteur Aran, médecin du bureau central des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par les applications locales des agents anesthésiques.* M. Aran explique comment il a été conduit, par les succès qu'il a obtenus dans le traitement de l'hydrothorax, du rhumatisme mono-articulaire subaigu et chronique, des applications locales anesthésiques, à en faire usage dans le rhumatisme articulaire aigu. Le traitement employé par M. Aran consiste à faire sur toutes les parties malades application d'une compresse humide sur lequel il a versé quelques gouttes d'un agent anesthésique; cette compresse se maintient au-dessus du membre par une compresse sèche ou humide, ou par une enveloppe de toile cirée. Dans les premiers temps, M. Aran laissait cette compresse en place pendant vingt-quatre heures sans la renouveler; mais il a reconnu qu'il y avait avantage, lorsque la douleur n'avait pas entièrement abandonné l'articulation, à revenir à l'application dans la soirée, époque où les douleurs rhumatismales éprouvent ordinairement leur exacerbation. Tant qu'il y a de la douleur dans une articulation, douleur dans la pression ou douleur par les mouvements, M. Aran continue les applications locales anesthésiques. Une nouvelle articulation se prend-elle, celle-ci est traitée par les mêmes applications et la douleur est ainsi poursuivie d'articulation en articulation, jusqu'à ce que le rhumatisme ait entièrement disparu.

Dans le commencement de ses recherches, M. Aran faisait exclusivement usage du chloroforme; mais il y a renoncé à cause de ses propriétés vésicantes; et, après avoir essayé divers corps réputés anesthésiques, il s'est arrêté à la liqueur *des Hollandais* et à *l'éther chlorydrique chloré*, lesquels remplissent, au point de vue des applications locales, toutes les conditions requises de rapidité, de sûreté et d'innocuité.

Depuis le mois d'août dernier, M. Aran a soumis à ce traitement, tant dans son service à l'hôpital Bon-Secours que dans celui de M. Bricheteau, à l'hôpital Necker, 18 malades, dont 5 atteints de rhumatisme très aigu, 11 de rhumatisme aigu et 2 de rhumatisme moyennement aigu. (Cette division repose sur l'appréciation de l'intensité de la fièvre et des douleurs et de la généralisation de la maladie.)

M. Aran divise les résultats qu'il a obtenus en résultats primitifs et résultats définitifs.

Résultats primitifs. — Calme complet immédiatement après chaque application, d'une durée variable entre 1, 2, 6 ou 8 heures, suivant l'acuité de la maladie, et plus particulièrement suivant l'acuité du mouvement fébrile. Il faut, dit M. Aran, avoir été témoin du changement apporté par ces applications pour en comprendre toute l'importance. Des malades cloués dans l'immobilité par leurs douleurs peuvent immédiatement exécuter des mouvements, se retourner dans leur lit; et sous leur influence, le sommeil, troublé et perdu, reparaît; bon nombre de malades s'endorment immédiatement après ces applications. Là ne se bornent pas les effets de cette médication. En même temps que la douleur diminue et disparaît, le gonflement, la rougeur, l'épanchement articulaire disparaissent aussi du jour au lendemain; d'autres fois, il n'y a qu'une diminution dans les phénomènes morbides.

Résultats définitifs. — Moyenne de la guérison. Pour les rhumatismes articulaires très aigus, au 10e jour du traitement ou au 18e jour de la maladie; pour les rhumatismes aigus, au 7e jour du traitement ou au 15e jour de la maladie; pour les rhumatismes moyennement aigus, au 6e jour du traitement ou au 16e jour de la maladie.

Sur les 18 cas de rhumatismes, 10 étaient compliqués, au moment du commencement du traitement, d'endocardite ancienne ou récente; à savoir, les 5 rhumatismes très aigus et

---

d'assister aux spectacles et aux assemblées publiques, même an barreau, à moins qu'ils n'y eussent quelque affaire personnelle ou qu'ils ne fussent procureurs de leur société ; dans ce cas même, ils ne pouvaient se trouver deux ensemble ; soumis d'abord à l'autorité de de l'évêque, ils furent plus tard placés sous la surveillance du préfet augustal, premier magistrat d'Alexandrie.

Par ce tableau bien affaibli des dispositions législatives, on voit combien déjà était altérée la doctrine du Christ, toute de douceur et d'amour, par ceux-là même qui se donnaient mission de la mettre en pratique ; nous allons maintenant voir comment cette même doctrine émancipatrice de l'esprit humain devint, entre les mains d'une caste ambitieuse et adroite, un moyen puissant pour prolonger les ténèbres et la barbarie, que le Christ crut à jamais dissiper avec sa parole divine.

Troisième section. — *Période religieuse.*

« Lorsque la conquête barbare eut envahi et détruit les civilisa» tions antiques ; lorsque dans chaque pays la violence eut dévolu » à quelques centaines d'individus seulement la fortune publique et » le territoire ; lorsque cette spoliation eut engendré le despotisme » militaire, la possession féodale, et traîné après elle l'ignorance, le » servage, l'oppression et les superstitieuses croyances, la misère » pénétra dans la société ; elle fut le partage du plus grand nom» bre; elle couvrit le sol que quelques mains s'étaient partagé, et » l'on vit la souffrance et la détresse implorer la pitié et se coucher » aux portes des monastères et des châteaux pour solliciter l'au» mône et l'assistance. » Ces quelques lignes, que le docteur Caffe écrivait en 1834 dans *Paris révolutionnaire* (tom. IV, pag. 368, art. *Hôpitaux*), retracent tout à la fois la cause et le tableau des misères du moyen âge. Notre savant confrère se garde bien de parler de lieux de refuge consacrés à la détresse mendiante et souffrante, car ce ne fut que beaucoup plus tard que les hôpitaux furent établis en Occident, sauf quelques rares exceptions. La conquête des barbares arrêta pendant quelque temps la propagation du principe chrétien qui, représentant l'esprit de centralisation et de hiérarchie de la civilisation latine, lutta près de six siècles contre l'esprit d'éparpillement et de féodalité de la barbarie germaine (1). Pendant cette lutte, où les individualités furent annihilées, l'Eglise ou plutôt l'épiscopat ne fut ni assez riche, ni assez puissant pour fonder des établissements hospitaliers. Si nous exceptons Rome, qui, grâce à la présence du chef de l'Eglise, vit considérablement augmenter le nombre de ces établissements, quelques rares cités eurent seules des hôpitaux : Childebert Ier et la reine Ultrogothe, son épouse, fondèrent en 542, à Lyon, l'Hôtel-Dieu, qui existe encore aujourd'hui, à la sollicitation de l'archevêque saint Sacerdos ; saint Landry, vingt-neuvième évêque de Paris, éleva dans cette ville un Hôtel-Dieu en 660, lequel ne fut pas, à ce qu'il paraît, le premier ; car Grégoire de Tours parle (liv. IX, ch. IX) de l'hôpital de Saint-Julien-le-Pauvre, près duquel il logea pendant son séjour à Paris.

En dehors de l'Italie, où l'influence religieuse fut plus féconde, et de la Gaule, où le christianisme avait eu l'adresse de se donner pour auxiliaire un des chefs des barbares, nous chercherions vainement à cette époque d'autres contrées de l'Occident où s'élevèrent des établissements hospitaliers ; l'Espagne se débattait sous l'étreinte farouche des Visigoths et des Suèves ; la Grande-Bretagne, tour à tour romaine, anglo-saxonne, danoise, resta longtemps étrangère au grand mouvement moral qui s'accomplissait dans le midi ; la Suède, la Norwége, le Danemark, sous les noms de Cimbrie et de Scandinavie, ne se révèlent à l'histoire, avant le douzième siècle, que par les émigrations des pirates northmans; l'Allemagne, enfin, garda longtemps le caractère des mœurs germaniques, et n'offrait que de vastes déserts au milieu desquels les missions irlandaises eurent toutes les peines du monde à fonder quelques monastères (1).

Cependant, eu égard aux étroites limites dans lesquelles était enfermée la religion chrétienne, il ne faut pas croire que le nombre des hôpitaux fût considérable en Occident; l'Eglise, à cette époque, n'avait pas les richesses dont depuis elle a été mise en possession, et les fidèles, successivement dépouillés par les empereurs païens et par les barbares, n'avaient que de modiques offrandres pour répondre à leur ardente piété.

Les monastères et les couvents suppléèrent à cette pauvreté, et ouvrirent leurs portes à toutes les douleurs et à toutes les souffrances.

La médecine sacerdotale reparut, et alors avec elle l'esprit de superstition et de fourberie que nous avons déjà signalé chez les Asclépions des Grecs et les temples romains.

Les moines et le bas clergé, recrutés généralement parmi les classes inférieures de la société, étaient fatalement condamnés à l'ignorance par leur naissance, par l'ignorance même de leur époque et par la foi aveugle que l'on avait alors en la puissance de Dieu et des saints. La nécessité de soigner les malades et l'impuissance des moines à les soulager poussèrent ces derniers à recourir à l'intervention des saints, en qui ils avaient le plus de confiance, et, soit que la nature seule, soit que le hasard d'une médication empirique eussent amené un heureux résultat, la guérison en fut naturellement attribuée au saint, qui dès lors fut métamorphosé en divinité médicale. « On écrirait un ouvrage aussi volumineux qu'inutile, dit Sprengel (*Hist. de la Méd.*, t. II, p. 345), si l'on voulait faire connaître toutes les cures que les moines opérèrent dans le moyen

(1) On lira avec fruit pour ces questions : *Etudes germaniques ; la civilisation chrétienne chez les Francs*, 1 vol, 1849. par M. Ozanam. — *Documents inédits pour servir à l'histoire littéraire de l'Italie depuis le huitième siècle jusqu'au dixième*, 1 vol., 1850, par M. Ozanam.

(1) M. Ozanam, dans les ouvrages cités, partage en trois époques l'histoire de la conversion de la Germanie : la première époque comprend les tentatives faites du troisième au cinquième siècle, époque toute romaine; la deuxième comprend les missions irlandaises, et la troisième la fondation de l'église germanique par saint Boniface. — On consultera aussi avec intérêt, sur cette matière, un mémoire historique de M. Mignet.

5 rhumatismes aigus ; et sur les 10 malades atteints d'endocardite, 5 ont eu des complications vers la poitrine. Sur ces 5 malades, 2 avaient déjà une affection organique du cœur, et 4 avaient eu un ou plusieurs rhumatismes. Les altérations observées ont été 2 fois un double épanchement pleurétique ; 1 fois une pleuropneumonie ; 1 fois des accidents de pneumonie, et 1 fois un double épanchement pleurétique avec péricardite. Tous ces cas ont guéri avec des saignées et des applications anesthésiques.

M. Aran en a tiré la conséquence que, dans les cas dans lesquels il y a endocardite au début, ou dans lesquels le mouvement fébrile présente une grande acuité, il y a lieu d'employer concurremment avec les applications locales les saignées générales. Il a traité de cette manière, avec une ou deux saignées à deux heures d'intervalle l'une de l'autre, et les applications anesthésiques sur les articulations, 5 malades, dont 1 atteint de rhumatisme très aigu et 4 de rhumatisme aigu. Guérison, en moyenne, 9 jours. Dans un cas, chez un jeune homme de vingt ans, dont le pouls battait 120 pulsations, et qui avait sept articulations prises, en 4 jours, la guérison a été complète par ce traitement seul. Dans un autre cas, un homme qui en était au moins à son quinzième rhumatisme, et qui avait épuisé toutes les médications connues, atteint d'une affection organique du cœur, a été guéri en 9 jours d'un rhumatisme articulaire aigu.

En terminant, M. Aran se défend de vouloir jeter de la défaveur sur les médications actuellement reconnues efficaces des rhumatismes articulaires aigus, en particulier sur les saignées coup sur coup, le sulfate de quinine et le nitrate de potasse à haute dose ; seulement il pense que ces applications locales peuvent rendre de grands services dans le traitement de cette maladie, qu'elles soient employées seules ou combinées avec les autres médications.

— A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour la continuation des rapports sur les prix.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES DU 9 DÉCEMBRE.

Nous complétons aujourd'hui le compte-rendu de la séance de l'Académie des Sciences, que le défaut d'espace nous a empêché de donner tout entier dans notre dernier numéro.

Rôle de l'appareil chylifère dans l'absorption des substances alimentaires.

M. Bernard lit un mémoire sur le rôle de l'appareil chylifère dans l'absorption des substances alimentaires.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de fixer par des expériences directes la nature des principes nutritifs qui sont absorbés et charriés exclusivement par les vaisseaux chylifères, dans le but de préciser la signification du mot chyle, et de déterminer s'il existe réellement des substances alimentaires qui échappent d'une manière absolue à l'absorption veineuse, et évitent conséquemment de passer par le foie avant d'arriver au poumon.

Les aliments soumis à la digestion se réduisant finalement dans le canal intestinal à trois substances principales, la matière sucrée, la matière albumineuse et la graisse émulsionnée, c'est sur chacun de ces principes nutritifs qu'ont porté les expériences de M. Bernard.

1° *De l'absorption du sucre par les vaisseaux chylifères.* — En ingérant dans l'estomac de différents animaux mammifères de grandes quantités de sucre de canne, il a toujours retrouvé ce principe sucré dans le sang de la veine-porte ; mais en recueillant le chyle dans le canal thoracique chez ces mêmes animaux et dans les mêmes circonstances, il n'y a jamais rencontré le sucre de canne. D'où il conclut que dans le canal digestif le sucre est exclusivement absorbé par le système de la veine-porte, et, comme conséquence, que la matière sucrée avant d'être portée au poumon traverse nécessairement le foie. Des expériences décisives lui ont démontré, en outre, que ce passage du sucre à travers le tissu hépatique a pour effet de lui faire subir une modification très importante au point de vue physiologique. En effet, M. Bernard a vu que si on injecte dans le système veineux général d'un chien par une veine quelconque de la surface du corps une dissolution de 2 ou 3 grammes de sucre de canne, cette substance, loin d'être assimilée, est rejetée au bout de quelques instants par l'excrétion urinaire. Si au contraire on fait cette même injection par un rameau de la veine-porte, de façon que la matière sucrée passe forcément par le foie avant d'arriver dans le système veineux général, on constate que le sucre n'est plus éliminé, qu'il reste et s'assimile dans le sang, absolument comme cela a lieu lorsque son absorption s'effectue à la suite du procédé normal de la digestion.

On comprend par là que l'absorption du sucre par le système de la veine-porte soit une condition nécessaire à son assimilation ; car si son transport était confié aux vaisseaux chylifères, le principe sucré serait soustrait à l'influence du foie et se déverserait directement dans le système veineux général, comme cela a lieu quand on l'injecte par la veine jugulaire.

2° *Absorption de l'albumine par les vaisseaux chylifères.* — En injectant dans la veine jugulaire d'un chien ou d'un lapin un peu d'albumine d'œuf étendue d'eau, on constate quelque temps après que les urines sont devenues albumineuses.

Cette expérience démontre, suivant M. Bernard, que l'albumine d'œuf n'est probablement pas identique à l'albumine du sang, et qu'elle a besoin, pour être appropriée à l'organisme, d'éprouver une modification préalable. Or le passage par le tissu du foie suffit pour opérer cette modification nécessaire à l'assimilation de la matière albumineuse ; car si on l'injecte par la veine-porte, elle reste dans le sang et ne se retrouve pas dans l'excrétion urinaire. Ces expériences tendent donc à démontrer que l'albumine est absorbée exclusivement par la veine-porte ; elles apprennent, en outre, que le sucre de canne et l'albumine se comportent de la même manière, et que ces deux substances ont besoin, pour être assimilées, de recevoir l'influence préalable du foie.

3° *Absorption de la graisse.* — Dans un précédent mémoire, M. Bernard a fait voir que les matières grasses neutres des aliments, pour être aptes à pénétrer dans les vaisseaux chylifères, devaient avoir reçu préalablement l'influence émulsive du suc pancréatique, de sorte que l'absorption de la graisse ne peut commencer à s'effectuer dans l'intestin grêle qu'après le déversement du fluide pancréatique, tandis que l'albumine et le sucre peuvent déjà être absorbés dans l'estomac.

D'après ce qui précède, on pouvait supposer que, pour rester dans le sang et pour y être assimilées, les matières grasses n'ont pas besoin de traverser le foie. C'est en effet ce qui a lieu. M. Bernard a injecté dans la veine jugulaire, et en grande quantité, diverses substances grasses préalablement émulsionnées avec du suc pancréatique d'un chien, et il n'a jamais vu, après ces injections, les urines contenir de la graisse et devenir chyleuses.

Les produits de la digestion pourraient donc être distingués, d'après leur voie d'absorption, en deux groupes : 1° les matières sucrées et albumineuses absorbées exclusivement par la veine-porte et traversant nécessairement le foie avant de parvenir au poumon ; 2° les substances grasses absorbées par les vaisseaux chylifères et arrivant dans le système veineux général et dans le poumon sans avoir préalablement passé par le foie.

Cette dernière proposition ne doit pas être prise dans un sens aussi absolu que la première ; car l'inspection microscopique et les expériences démontrent que la graisse est absorbée à la fois par la veine-porte et par le système des vaisseaux chylifères.

Du reste, si, chez les mammifères, on peut attribuer au système chylifère une part évidente dans l'absorption de la graisse, il n'en est pas de même chez beaucoup d'oiseaux, où il est impossible de constater aucune trace d'appareil chylifère. M. Bernard a fait avaler de la graisse à des pigeons, à des coqs et à d'autres oiseaux, et en sacrifiant ces animaux en pleine digestion, il n'a jamais trouvé la moindre apparence de chyle dans leurs lymphatiques intestinaux, tandis que le sang de la veine-porte contenait beaucoup de matière grasse émulsionnée.

Voici en quels termes M. Bernard résume son mémoire : « En résumé, il n'y a donc qu'une substance alimentaire (la graisse) pour l'absorption de laquelle on puisse faire intervenir d'une manière évidente et réelle le rôle du système chylifère, et encore cette fonction, qui est partagée avec la veine-porte chez les mammifères, est-elle complétement annulée chez un grand nombre d'animaux, qui cependant digèrent et absorbent très bien les substances grasses.

» Quelle signification faudra-t-il donc accorder maintenant au mot chyle? J'ai montré dans mon mémoire sur le suc pancréatique, après M. Magendie et d'autres physiologistes, que les corps gras donnent seuls au chyle ses caractères spécifiques d'un liquide lactescent. Quand un animal n'ingère absolument que de la matière grasse, le contenu de l'appareil chylifère ne paraît devoir être au fond que de la lymphe additionnée d'une quantité plus ou moins considérable de graisse émulsionnée. Dans le cas d'alimentation complexe, le chyle est-il autre chose? Les expériences que j'ai rapportées dans ce mémoire tendraient à faire penser que non.

» Toutefois, pour résoudre une semblable question, et pour changer d'une manière aussi profonde l'acception qui a été donnée pendant si longtemps au mot chyle, il est encore nécessaire d'ajouter de nouvelles observations comparatives sur le chyle et la lymphe et sur l'appareil chylifère, considéré comme une dépendance du système lymphatique général. »

(Le mémoire de M. Bernard est renvoyé à la section de zoologie.)

— M. Ancelon, médecin de l'hôpital de Dieuze, adresse un deuxième mémoire sur la pathogénie comparée des endémies et des enzooties produites par les marais de la Haute-Seille (Meurthe).

L'auteur conclut de ce mémoire :

Qu'il y a une frappante analogie entre les fièvres intermittentes, les pyrexies typhoïdes et les maladies charbonneuses ;

Que ces affections reconnaissent pour cause unique l'effluve marécageux.

Théorie des phosphènes.

M. Serres (d'Uzès) adresse de nouvelles remarques et faits additionnels sur la théorie des phosphènes. La conviction sincère d'avoir aperçu une vérité utile et le désir naturel de la propager nous firent hâter, il y a quelque temps, la publication de notre premier article sur le phosphène sans trop nous préoccuper des lacunes et des imperfections qui devaient nécessairement s'y rencontrer. Loin d'avoir eu la prétention d'offrir à nos confrères un travail complet, notre principal but fut alors d'appeler au plus vite leurs investigations sur le nouveau moyen diagnostic, que l'observation nous avait révélé, impatient et pourtant certain de le voir bientôt sanctionné de toutes parts par l'expérience et par les faits.

Quelques cas pathologiques venus depuis et fort à propos à notre connaissance, et de nouvelles réflexions relativement aux causes et au mécanisme de la production du phosphène, nous mettent à même aujourd'hui d'intercaler à cette partie de son histoire quelques développements propres à compléter certains points et à en éclaircir d'autres.

En essayant de discuter en peu de mots les deux théories à l'aide desquelles peut s'interpréter le mode de manifestation du phénomène lumineux, nous étions tenté d'accorder quelque préférence à celle de Bowster et nous hasardions, en faveur de son opinion, une explication qui, loin d'être irréprochable, disions-nous, paraissait cependant embrasser le phosphène d'une manière plus large.

Voici maintenant plusieurs faits de nature à dissiper tous les doutes et dont la constatation a suffi pour nous faire abandonner entièrement l'hypothèse du physicien anglais, tandis qu'ils découlent naturellement du grand principe admis par l'immense majorité des physiciens et des physiologistes, à savoir : que toute impression produite sur un point de la rétine, qu'elle qu'en puisse être la cause, doit avoir le même résultat qu'une action exercée sur le même point par des rayons lumineux venant d'un objet extérieur.

Obs. I. — Il y a trois ans, nous écrit un savant professeur, j'éprouvai pendant quelques jours un reste de paralysie de l'œil droit. Je croyais voir vers l'angle interne de l'œil une tache lumineuse de couleur jaune-verdâtre ; cependant, lorsque j'essayais de lire à l'aide de l'œil malade, j'étais obligé de lui donner une position telle, que l'image des caractères imprimés vînt se faire vers l'angle interne de la rétine ; ce n'était donc pas le côté interne mais le côté externe de l'œil qui était ma-

---

âge sur les tombeaux des martyrs ou avec le secours des reliques. Les guérisons obtenues aux tombeaux de sainte Ida, femme d'Egbert, dans le neuvième siècle, de saint Martin, de Tours, et de Jean, évêque de Hagustald ; les secours infaillibles accordés par les cendres de saint Deusdedit, à Bénévent, contre toutes les espèces de fièvres intermittentes ; les cures du pape Etienne III, dans le couvent de Saint-Denis, opérées par l'intercession des apôtres saint Pierre et saint Paul ; la guérison de plusieurs empereurs, entre autres d'Othon-le-Grand, par saint Gui, etc., etc., ne sont qu'un petit nombre d'exemples parmi ceux qu'on pourrait citer pour prouver la grossière superstition et la piété fanatique de ces siècles de ténèbres. En examinant les choses attentivement, on trouve que les moines employaient les mêmes moyens que les prêtres d'Esculape pour guérir les maladies, et les mêmes excuses quand leur habileté était en défaut : si le malade était animé d'une vraie croyance, on voyait dans son affection un bienfait de Dieu pour mettre sa patience à l'épreuve ; si, au contraire, c'était un homme couvert de crimes, on regardait la maladie comme une punition de ses péchés, comme un avertissement de se repentir. » Ce fallacieux raisonnement ainsi que la médecine sacerdotale, à l'aide des reliques et de l'intercession des saints, bravent encore aujourd'hui dans quelques localités les lumières de notre civilisation, et certain journalisme, dans un esprit de parti qu'il ne nous convient pas d'examiner, a signalé depuis quelque temps une recrudescence de miracles et de guérisons mystiques.

Charlemagne fut le premier à tenter de sortir de la barbarie ; secondé par Alcuin et par Théodulfe, évêque d'Orléans, il établit les Ecoles de cathédrales et des monastères, dans lesquelles, par les capitulaires publiés à Thionville en 805, il ordonna d'enseigner la médecine sous le nom de physique. Dès ce moment l'art de guérir, sans sortir entièrement des couvents, devint un attribut du clergé, qui se garda bien de répudier les superstitieuses croyances des moines.

Cet attribut nouveau du clergé attira autour des cathédrales et des églises les malades, dont les couvents avaient seuls jusqu'alors la clientèle ; mais les motifs, c'est-à-dire l'absence de ressources, qui avaient empêché les hôpitaux de se multiplier existaient toujours et allaient même se fortifiant sans cesse par suite du régime féodal, quand fort heureusement éclata tout à coup le grand mouvement des croisades.

Ce fut l'époque de la fondation d'un nombre considérable d'établissements hospitaliers.

On pense généralement que les croisés, séduits par le spectacle des nombreux et beaux hôpitaux que leur offrit l'Orient, rapportèrent de leurs pieuses et folles excursions le goût pour de semblables établissements ; cette explication, que nous sommes loin de dédaigner, nous paraît insuffisante et d'un ordre tout à fait inférieur ; les asiles pour les pauvres et les malades étaient connus en Occident, et Rome en Italie, Paris et Lyon dans les Gaules offraient aux croisés le même spectacle que Jérusalem et Constantinople. Le seul motif, nous le répétons, qui s'opposait à la multiplicité des hôpitaux, était la pénurie du clergé, l'égoïsme des seigneurs féodaux et la misère des autres classes de la société. Les croisades furent pour l'Eglise non-seulement une manifestation de sa puissance morale, mais encore une source de richesses dont elle possède encore aujourd'hui une partie.

L'Eglise et les princes souverains, ou, comme on disait il y a vingt ans, le trône et l'autel, intéressés tous les deux à la ruine du régime féodal, contractèrent une alliance, qui ne s'est jamais démentie depuis, à l'effet d'anéantir les représentants de ce régime, qui empêchaient la centralisation de la puisssance temporelle entre les mains des rois et l'accumulation des richesses entre les mains du clergé. Ce qu'on n'avait pu faire ni par la force des armes, ni par la persuasion évangélique, ni par les foudres papales, on l'obtint par la superstition : la délivrance du tombeau de Jésus-Christ fut prêchée comme une guerre sainte, en récompense de laquelle l'Eglise eut l'ingénieuse idée d'inventer les indulgences plénières ; tout ce qui put pousser à ces périlleuses expéditions fut exploité et mis en jeu : l'enthousiasme guerrier, le fanatisme religieux, l'esprit chevaleresque, le goût des aventures, l'amour, l'amitié, tous les sentiments, en un mot, furent surexcités par les prédications des moines et la propagande du clergé. Les malheureux seigneurs féodaux ne se faisaient pas illusion sur les dangers de leurs excursions lointaines, et, poussés par leur exaltation toute mystique, les uns offraient à l'Eglise de riches présents, pour qu'elle attirât sur eux les bénédictions divines ; les autres, se considérants comme morts pour la terre, abandonnaient à l'église leurs immenses propriétés ; ceux-ci vidaient leurs trésors ou aliénaient leurs biens, pour fonder des hôtelleries, espèces d'hôpitaux, où les pèlerins et les croisés étaient reçus et soignés ; ceux-là, enfin, confiaient leurs patrimoines à leurs femmes ou à leurs mères, mains débiles dont le roi avait bientôt raison, consciences timorées que subjuguaient facilement les prêtres. Pour ces derniers cas, l'Eglise eut encore recours aux indulgences plénières ; les femmes, ne pouvant aller conquérir le Saint-Sépulcre, furent appelées à partager, moyennant redevance, les priviléges des croisés, c'est-à-dire la rémission de leurs péchés, de telle sorte que le régime féodal s'écroula bientôt faute de bases, et que la puissance des rois et surtout la suprématie de l'Eglise, qui gagna le plus à l'extinction et à la ruine des grandes familles féodales, furent établies pour une longue suite de siècles. Félix ROUBAUD.

(La suite à un prochain numéro).

On nous annonce que le brillant professeur M. H. Royer-Collard, qu'une cruelle maladie tient depuis si longtemps éloigné de ses collègues, se trouve ce soir dans un état extrêmement alarmant.

lade : c'est-à-dire le côté opposé à l'apparence lumineuse dont j'étais sans cesse poursuivi.

Obs. II. — Pestel (d'Anduze) se plaint d'affaiblissement de la vue; nous interrogeons les phosphènes, qui nous donnent :

Pour l'œil gauche	temporal	5
—	nasal	3
—	frontal	3
—	malaire	0
Pour l'œil droit	temporal	2
—	nasal	1
—	frontal	1
—	malaire	0

La vue est donc à peu près éteinte dans l'œil droit; l'œil gauche est amblyopique; nous prions le malade de lire devant nous à l'aide de ce dernier et nous constatons à diverses reprises qu'il lit avec beaucoup de peine quand le livre occupe le milieu ou le côté interne du champ de la vision, tandis qu'il lit très bien en le portant en dehors et de façon que les caractères aillent se peindre sur le côté interue de la rétine; mais c'est aussi en pressant ce côté seulement que le grand anneau apparaît vers la tempe avec le n° 5, expression de l'état normal. Il faut donc nécessairement admettre que la compression agit ici comme les rayons lumineux venant d'un objet extérieur, puisque, dans l'un comme dans l'autre cas, la sensation normale émane directement d'une action exercée au point opposé.

Obs. III. — Viel, garde au chemin de fer. Lœil droit est sain, l'œil gauche est atteint d'amblyopie. Le premier nous donne, en effet, 5 partout; tandis que le second ne voit le temporal que comme 3 et le nasal que comme 1. Or, ici encore, le malade ne parvient à distinguer, à l'aide de l'œil affecté, que les objets placés dans la position externe du champ de la vision: c'est-à-dire de façon que leur image vienne se peindre sur le côté interne de la rétine.

Même conclusion, par conséquent, quc dans le cas précédent. Nous ne citerons, pour le moment, que ces trois faits, bien que nous en possédions déjà d'autres et qu'il s'en présente, pour ainsi dire, tous les jours de nouveaux à notre observation; ils suffisent à démontrer que le grand anneau est réellement l'effet primordial direct de la compression digitale, et qu'il indique le degré de sensibilité de la rétine dans le point opposé où il se montre.

Qu'on nous permette d'ajouter encore quelques considérations à celles que nous avons présentées relativement au phosphène en lui-même.

La forme et les dimensions du phosphène, avons-nous dit, varient avec celles de l'instrument compresseur. Si c'est le doigt qui comprime, l'image représente un anneau; mais, chose remarquable, cet anneau n'est jamais complet, quel que soit le point de l'œil où son apparition est provoquée : ainsi, au dehors, il n'offre qu'une faible coche ou échancrure; en dedans, cette échancrure est plus considérable; en bas, l'image est demi-circulaire ou peu s'en faut; en haut, elle est réduite à un tiers ou à un quart de cercle. Entre ces divers points, elle offre une foule de nuances et de degrés insensibles, et toujours la portion manquante, grande ou petite, correspond au fond de l'orbite. D'où procèdent et cette diversité dans les effets de la pression digitale eu égard à l'étendue de la partie visible, et cette constance dans la position de la partie manquante.

Voici comment il nous semble qu'on peut s'en rendre compte. La rétine, que la choroïde seule sépare de la sclérotique, loin d'égaler cette dernière en développement et de se prolonger comme elle jusqu'à la cornée, se termine au contraire, selon Demours, au niveau de la réunion des quatre cinquièmes postérieurs avec le cinquième antérieur de la chambre postérieure, de façon que son bord antérieur représente la circonférence d'un plan circulaire dont la partie centrale correspondrait à la face postérieure du cristallin ou un peu en arrière de celui-ci, et dépasserait ainsi de quelques lignes seulement le pourtour de l'orbite. Sa limite antérieure n'est cependant pas la même pour tous les anatomistes : ainsi, Soëmmering la fait se prolonger jusqu'à la racine du corps ciliaire; Dugès, après l'avoir suivie jusqu'à ce point, a vu s'en détacher des languettes se portant au cristallin; Boewster, Jules Cloquet, Ribes, Young, Meckel et d'autres signalent les mêmes prolongements auxquels ils assignent divers usages.

Langebeck fils a fait voir que cette membrane s'étend en avant jusqu'au bord pupillaire en recouvrant la face postérieure de l'iris, etc. Mais on a généralement observé aussi que son organisation éprouve d'importantes modifications à dater de la ligne terminale que lui assigne Demours. Pour les uns, ses tissus s'amincissent et se délient extraordinairement; pour les autres, elle perd une de ses couches; pour d'autres encore, elle devient tendineuse, filamenteuse, canaliculée; pour tous, son tissu s'altère, sa sensibilité visuelle disparaît; il semble, en un mot, qu'elle soit à partir de là destinée à d'autres fonctions : on pourrait assimiler les tendons et filaments signalés par les anatomistes aux cordes d'un parachute et leur attribuer des propriétés analogues de tension pour la rétine.

Il n'y a donc généralement qu'une assez faible portion de sa surface sensible qui soit directement accessible à la compression, si on se borne à l'exercer sur sa zone extraorbitaire. Mais si l'on considère, d'autre part, que, le volume du globe de l'œil étant de beaucoup inférieur à l'aire de la cavité orbitaire, ces deux parties laissent naturellement entre elles un espace occupé par des tissus plus ou moins élastiques ou dépressibles; que la largeur de cet espace varie d'un point à un autre, en raison de la forme arrondie, irrégulièrement quadrangulaire de l'orbite et de la figure sphérique du globe de l'œil, il devient aisé de concevoir que la pulpe du doigt, poussée à la manière d'un coin dans la rainure orbitaire, étend son action compressive à des points de la rétine situés au delà du rebord osseux, et d'autant plus voisins du fond de l'orbite que la rainure est plus large, les tissus intermédiaires plus dépressibles et l'œil spontanément dirigé du côté opposé. De là le développement remarquable de l'anneau lumineux eu égard aux champs de la compression et les divers degrés d'achèvement de la circonférence suivant la largeur, et à quelques points, la dépressibilité du fond de la rainure dans le sens opposé.

On comprendra la marche des variations du phosphène, et en quelque sorte sa loi d'accroissement et de diminution alternatifs, en parcourant successivement tous les points de l'orbite.

Pourquoi maintenant l'anneau eutopsique est-il toujours incomplet? C'est que le doigt ne pénètre nulle part assez avant dans l'orbite; la circonférence de la dépression circulaire exercée au point d'excitation vient toujours s'achever en deçà du bord terminal de la rétine ou du moins sur des points de sa surface à peu près dépourvus de sensibilité en vertu de leur extrême excentricité. En veut-on la preuve contradictoire? L'expérience suivante que chacun peut répéter va vous la fournir.

Nous obtenons sur nous-mêmes un cercle complet en comprimant l'œil avec l'extrémité émoussée de notre porte-plume, corps infiniment plus petit que la pulpe du doigt et qu'il est par conséquent plus facile de porter assez en arrière sur l'œil pour qu'il ne pèse que sur les parties sensibles de la rétine, surtout si l'organe est dirigé du côté où doit paraître le grand anneau. Alors, le phénomène lumineux forme un cercle parfait, dont le tracé et les diamètres sont réduits dans la proportion du volume de l'objet comprimant, au point qu'il offre de la ressemblance avec le petit anneau qui se montre sous la pulpe du doigt.

Cette réduction portant également et proportionnellement sur l'image indirecte, celle-ci, dans cette expérience, se voit difficilement à cause de son extrême petitesse, mais encore assez bien pour s'assurer qu'elle constitue aussi un cercle complet comme l'image primordiale. Pour donner plus de force à cette preuve, j'ai rapproché le porte-plume du bord frangé de la rétine, et à ce point j'ai obtenu un cercle légèrement brisé : plus en avant il l'a été davantage, et ainsi de suite. De sorte qu'en pressant ainsi successivement des parties profondes à celles qui avoisinent les corps ciliaires, j'ai vu apparaître les uns après les autres, d'abord un cercle bien terminé, et puis d'autres à brisures incessamment plus grandes, et ressemblant ainsi sous ce rapport aux phosphènes temporal, nasal, frontal et malaire. Voilà ce que j'ai vu en agissant sur les points latéraux des yeux; supérieurement j'ai obtenu les 4/5e environ d'un cercle, mais jamais le cercle complet; inférieurement je n'ai guère dépassé ce que produit le doigt lui-même; ce qui tient évidemment à la disposition éminemment défavorable du rebord orbitaire dans ces deux directions.

Quant à la position constante du segment manquant ou invisible, elle nous paraît s'expliquer naturellement par la loi du renversement; toujours situé en avant du point d'excitation, il doit se montrer constamment en arrière du côté opposé. Resterait enfin la petite image perçue sous le doigt, pour laquelle on pourrait conserver l'hypothèse de l'ondulation, mais en la renversant. On pourrait supposer en effet que le liquide brusquement poussé vers le point de la rétine directement correspondant à l'autre extrémité de l'axe de pression y détermine un choc en vertu duquel se montre le petit anneau, dont l'échancrure se trouverait naturellement en avant; car de même que la compression digitale, le choc porterait ici en avant sur la zone rétinienne insensible et pour ainsi dire à faux. L'action visuelle la rapporte ensuite du côté opposé, la coche en arrière.

La petite image, dans le cas d'une pression opérée avec l'extrémité arrondie d'un porte-plume, peut être empreinte d'une coche et même elle peut ne pas se montrer, quoique l'image primordiale forme un anneau complet. Ce corps pesant sur la rétine, le flot se porte, en suivant l'axe ondulatoire, jusque dans le voisinage de son bord terminal, et y produit l'impression secondaire, qui, traduite par la perception, apparaît avec une coche d'autant plus prononcée que l'impression primitive s'est faite sur un point plus reculé de la rétine. Si elle atteignait une zone plus profonde encore, on conçoit qu'il ne se formerait pas de petite image, car le flot viendrait alors aboutir assez en avant pour frapper en deçà de la limite antérieure de la rétine sensible, entre cette partie et la cornée. Il n'y aurait ainsi que l'image primordiale. L'absence de toute image, en comprimant la cornée, doit être attribuée à ce que cette membrane est insensible à la lumière, et au diaphragme *intra-oculaire* formé par l'iris et le cristallin qui arrête l'ondulation, et peut-être aussi à l'existence du *pundum cœcum.*

On voit que toute cette théorie repose en quelque sorte sur l'existence de la coche des phosphènes, que personne, à notre connaissance, n'avait signalée avant nous; que sans cette difformité on ne pourrait exactement se rendre compte du renversement des anneaux lumineux; que la hauteur à laquelle le doigt peut atteindre la rétine dans la pression du globe détermine exactement la différence de leur coupure; que l'impression sur la membrane ayant lieu de manière à produire un cercle à brisure antérieure, la vision le transporte du côté opposé avec cette brisure en arrière; que, lorsqu'un corps moins volumineux que la pulpe du doigt touche l'œil, il donne lieu à la formation d'un anneau *complet* (mais beaucoup plus petit), ce qui tient à ce que la pression s'opère *tout entière* sur la rétine sans porter à faux sur cette membrane, ainsi que cela arrive lorsque c'est le doigt qui agit; que le grand anneau est réellement l'effet primordial et immédiat, direct de la compression, qu'il indique le degré et l'étendue de la sensibilité de la rétine dans le point opposé où il se montre; qu'enfin la compression de cette pulpe nerveuse donne le même résultat qu'une action exercée sur le même point par des rayons lumineux venant d'un objet extérieur, ce grand principe étant confirmé du reste par la manière dont s'opère la vision dans certaines paralysies partielles de l'œil.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 147. (23e ANNEE.) SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 13 DÉCEMBRE 1850.

Sur l'admission des malades dans les hôpitaux.

Un journal aussi distingué par la loyauté de ses procédés que par la férocité de sa logique et l'étendue de ses connaissances, *la Désunion médicale*, nous attaquait avant-hier à propos d'un article « *virulent* » que nous avions publié *depuis huit jours* « *contre* l'Administration des hôpitaux. » — Pauvre Administration ! serait-elle si malade qu'elle dût avoir recours à un tel défenseur ! Nous espérons sincèrement le contraire, et nous aimons à croire que c'est déjà trop pour elle que d'avoir à le subir. Nous devons penser que notre honorable adversaire, après avoir nombre de fois dénigré cette Administration quand elle avait raison, s'est cru obligé de la défendre aujourd'hui, parce qu'elle a tort ; c'est un système de compensations tout à fait à l'usage du scrupuleux écrivain qui nous honore depuis quelque temps de ses aménités. Nous n'avons, certes, nulle intention de faire peser sur l'Administration la responsabilité de la logique de notre loyal adversaire; mais cette attaque sera pour nous une raison d'insister davantage sur les avis que nous avons donnés, et de les renouveler désormais autant qu'il le faudra pour qu'ils soient entendus. L'Administration ne saurait se faire illusion sur cette accusation niaise qu'on nous a adressée de n'avoir pas suffisamment médité les règlements ; elle sait que nous les avons non-seulement médités, mais pratiqués, et que celui qui s'érige si plaisamment aujourd'hui en professeur de droit, n'a jamais fait ni l'un ni l'autre.

En disant que les avantages que présente le Bureau central étaient presque exclusivement *administratifs*, nous avons voulu faire comprendre à l'Administration que nous connaissions parfaitement les motifs qui chaque année font rééditer, au début de la mauvaise saison, l'ordonnance malencontreuse que nous avons blâmée. Si nous n'avons pas dit ces motifs, c'est que nous sommes avant tout un organe de l'ordre, que nous voulons sans violence l'amélioration sérieuse des institutions charitables, à l'encontre des brouillons ignorants dont les succès d'intrigue sont la seule ambition. Avant de nous résoudre à exposer d'une manière plus complète les considérations qui ont inspiré notre article, avant de citer les faits nombreux sur lesquels se fondent nos avis, nous livrerons à la raison éclairée de M. le directeur de l'assistance publique et de son conseil de surveillance les raisonnements suivants :

La circulaire que nous avons blâmée laisse les médecins et les internes des hôpitaux parfaitement libres de recevoir directement, sous leur responsabilité, tous les malades qui se présenteront à eux, et alors cette circulaire est tout à fait inutile.

Ou bien :

Cette circulaire a pour objet de restreindre la faculté laissée aux médecins et aux internes; elle a pour résultat de forcer un malade voisin de l'hôpital Beaujon, par exemple, à aller chercher au Bureau central un billet d'admission peut-être pour l'hôpital Bon-Secours ou Saint-Antoine, et alors la circulaire est on ne peut plus contraire aux intérêts de l'humanité.

Dans l'un et l'autre cas, ce qu'il y a de mieux à faire c'est donc de considérer cette circulaire comme non-avenue, et de conserver le Bureau central d'admission pour les malades qui s'y présentent naturellement ou qui s'y rendent lorsqu'ils ne trouvent pas de place dans un hôpital voisin de leur domicile.

Quant au transport des malades, nous n'avons pas fait de reproches, à cet égard, à l'Administration ; nous avons émis un vœu très réalisable, et partagé par les médecins les plus éminents des hôpitaux. La dépense de 1,200 fr. faite annuellement par l'administration pour transporter les malades *qui ne peuvent pas marcher* ne remplit nullement ce vœu ; il y a beaucoup de malades qui peuvent, à la rigueur, marcher, comme les pneumoniques, par exemple, et qui ne sauraient faire, sans de plus ou moins graves inconvénients, le trajet qui sépare le Bureau central des hôpitaux excentriques.

Nous espérons que ces considérations suffiront pour convaincre l'administration de la justesse de nos précédentes remarques. Nos lecteurs savent déjà que ces remarques n'avaient rien que de très modéré.

Quant à notre rigide adversaire, nous n'osons compter sur son approbation ; notre logique est trop à la portée de tout le monde pour plaire à la forte tête qui gouverne la *Désunion Médicale*. — H. de Castelnau.

De l'albuminurie dans la grossesse, ET DE L'AMAUROSE ALBUMINURIQUE.

(2e et dernier article.)

L'eau et les globules ne sont pas les seuls principes du sang qui subissent des changements de proportion chez les femmes grosses. La fibrine, l'albumine, les phosphates éprouvent un genre analogue d'altération.

Les phosphates augmentent, et ce fait répond probablement au dépouillement du squelette de la mère, dont M. Ducrest a observé une conséquence si curieuse dans le dépôt qui se fait, soit à la surface interne du crâne, soit sur les parois du canal médullaire, chez la femme après l'accouchement, du superflu des sels calcaires qui étaient en circulation dans son sang, et ont servi à composer la charpente du nouvel être.

Il n'est pas probable que la femme emprunte, à ce moment, un excès de sels phosphatiques à l'alimentation; et s'il s'en trouve une proportion excédante dans son sang, cela tient vraisemblablement, comme nous venons de l'indiquer, à ce que le mouvement de décomposition du squelette est exagéré au compte du produit.

Mais c'est des altérations éprouvées par l'albumine que nous voulons nous occuper.

L'albumine subit le même changement que la masse globulaire : elle diminue. La diminution de l'albumine est un fait *normal* dans la grossesse, et correspond, selon toute apparence, à l'augmentation de la fibrine. Comme l'excès de fibrine n'a lieu que dans les derniers mois de la grossesse, il faudrait rechercher si c'est simultanément que l'albumine diminue. Nous osons affirmer que la fibrine ne peut pas augmenter sans que l'albumine éprouve une modification inverse. C'est ce qui résulte clairement des recherches de MM. Becquerel et Rodier sur l'état du sang dans les inflammations. Il resterait à savoir, pour compléter la démonstration et ajouter à l'évidence, si, dans les maladies avec défibrination, l'albumine augmente comme la fibrine diminue. La fibrine n'est autre chose qu'un état particulier, une transformation de l'albumine, un degré moléculaire de coagulation de ce dernier principe ; proposition qui (outre les autres preuves) ressort naturellement de nos expériences, communiquées à l'Institut par M. Andral, dans lesquelles on voit la proportion de la fibrine augmenter par l'excès de température, qui, dans le sang, ne peut atteindre que l'albumine.

L'excès de fibrine des derniers mois de la grossesse tendrait à prouver qu'à cette époque la gestation est une fonction pathologique, puisqu'elle crée un fait diathésique caractéristique de l'état inflammatoire.

L'albumine, dans la gestation, peut être affectée bien au delà de la diminution qu'elle éprouve normalement dans cet état. En effet, la grossesse constitue une prédisposition singulièrement efficace à l'albuminurie; prédisposition qui n'a probablement rien d'obscur, et qui consisterait soit dans la compression du rein lui-même, soit dans la gêne apportée à sa circulation par la compression des veines rénales.

L'albuminurie de la gestation, comme l'albuminurie en général, se marque extérieurement par l'anasarque.

Etant donnée une anasarque chez une femme grosse (l'anasarque proprement dite, et non pas l'œdème des parties les plus déclives par suite de la compression des veines du bassin), on peut affirmer que cette femme est albuminurique.

Etant donnée l'albuminurie, on a fortement lieu de craindre l'éclampsie, qui, d'après M. Blot, se produit chez les femmes grosses albuminuriques dans la proportion de 7 : 40.

Point d'éclampsie sans albuminurie : voilà la loi que dès à présent on peut déduire des faits observés, depuis que, sous l'inspiration d'un profond observateur, M. Rayer, l'albuminurie a été étudiée chez la femme grosse.

C'est une grande tranquillité pour le médecin et pour les familles, lorsque, en l'absence de l'anasarque, c'est-à-dire de l'albuminurie, l'homme de l'art peut affirmer que du moins le sujet est à l'abri de l'un des plus redoutables accidents de la parturition.

Si l'éclampsie n'a lieu que dans l'albuminurie, c'est évidemment dans celle-ci qu'il faut chercher l'explication de celle-là.

Cette explication nous a été fournie par un cas très curieux que nous avons rapporté il y a trois ans dans un mémoire sur la ganglio-phymie bronchique, lu à l'Académie de Médecine.

Un gendarme de la compagnie de Paris, jeune, doué d'une constitution robuste, étant de corvée à la caserne, lava les chambrées, se mit en sueur, et dans cet état se lava à l'eau froide et en but avec abondance. Le surlendemain il était œdématié de tout le corps, et entrait au Val-de-Grâce. Un cas analogue, celui d'un grenadier qui fut pris d'anasarque après avoir traversé le Tagliamento, est consigné dans la thèse de Breschet sur les hydropisies; travail riche de faits, mais pauvre de données étiologiques. Un autre cas du même genre a été observé par M. Andral : c'est celui d'un ouvrier, surpris dans son lit par ses camarades qui, en guise de plaisanterie, lui versèrent sur le corps un vase plein d'urine.

Revenons à notre observation. On prescrivit des bains de vapeur, et le malade fut pris d'attaques épileptiformes (éclamptique si l'on veut) : il mourut le neuvième jour. Cet homme n'avait jamais eu d'accidents convulsifs, et il n'y avait pas d'épileptiques dans sa famille.

On avait constaté la présence de l'albumine en abondance dans ses urines ; à l'autopsie, on trouva les reins hypérémiés et un œdème sous-arachnoïdien.

N'est-il pas probable que l'œdème sous-arachnoïdien a été causé par l'afflux du sang à la tête sous l'influence de la chaleur des bains, et que cet œdème à son tour a déterminé les convulsions? Et ce cas malheureux n'est-il pas de nature à jeter une vive lumière sur la pathogénie des convulsions puerpérales? Chez notre gendarme le sang a afflué vers l'encéphale, où il a déposé sa sérosité, par l'effet de la chaleur. Chez la femme albuminurique au moment de l'accouchement, une autre cause très énergique, les longs et violents efforts, pousse le sang dans la même direction et amène le même résultat.

Peut-être, si par nature nous inclinions au blâme, comme au contraire nous sommes porté à voir le bien et à le dire, en courant risque de l'exagérer, peut-être aurions-nous le droit de reprocher à M. Cazeaux de n'avoir pas tenu compte du fait que nous venons de résumer et de l'explication que nous nous sommes cru autorisé à en tirer.

On voit que le mécanisme de l'épilepsie puerpérale ou éclampsie serait fort simple. Aussi simple peut-être serait l'explication d'un fait très curieux qui depuis quelques mois excite à un haut degré l'intérêt des médecins. Nous voulons parler de l'amaurose albuminurique, qui n'a pas encore été, que nous sachions, recherchée chez les femmes grosses affectées d'albuminurie. Quand elle aura été observée dans ces dernières conditions, peut-être les idées de M. Landouzy sur le mode de production du phénomène et sur la pathogénie de l'albuminurie en général en éprouveront-elles une modification notable. Nous venons de nommer M. Landouzy, l'auteur de la découverte de l'amaurose albuminurique, et, avant d'exprimer une opinion qui nous éloigne de la science, nous voulons rendre hommage à la perspicacité rare et au zèle de cet observateur qui à ses autres qualités joint le mérite de la forme et une parfaite urbanité ; il l'a bien prouvé dans son dernier mémoire, où il répond à des objections comme celle-ci : — qu'il serait bien extraordinaire qu'un phénomène aussi remarquable que l'amaurose eût échappé à tant d'illustres observateurs. Comme si l'albuminurie elle-même n'avait pas échappé à ces mêmes observateurs, jusqu'à M. Bright!!...

L'amaurose est-elle constante dans l'albuminurie? Nous l'ignorons; mais qu'elle se présente chez des albuminuriques, c'est incontestable. Nous venons d'en voir deux exemples au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Maillot, médecin en chef. Quelle est, dans l'albuminurie, le point d'origine de l'amaurose? Voilà ce qui est difficile à fixer. L'un des malades de M. Mail-

lot, celui que l'on peut encore interroger dans ses salles (l'autre est sorti guéri), éprouva d'abord un notable affaiblissement de la vue ; mais, en même temps, ses camarades remarquaient qu'il engraissait et le lui disaient ; ce qui veut dire qu'il était infiltré en même temps que sa vue se troublait. Aujourd'hui ses pupilles sont contractées, immobiles ou presque immobiles sous l'influence de la clarté d'une bougie approchée de l'œil autant que possible, et le sujet ne peut pas lire, soit qu'il éloigne, soit qu'il rapproche le livre.

Nous doutons, jusqu'à meilleure démonstration, que l'amaurose soit le phénomène initial de l'albuminurie, et partant que, dans l'albuminurie, elle décèle une lésion primitive du système ganglionaire. Nous croyons, bien loin de là, que l'amaurose albuminurique, comme l'éclampsie albuminurique, doit être attribuée à la sufsusion séreuse : l'une, l'éclampsie, procédant de l'œdème sous-arachnoïdien ; l'autre, l'amaurose, procédant de de l'hydropisie intra-oculaire.

Pour l'amaurose, il faut tenir compte, à part l'hydropisie, d'une circonstance assez importante. Les humeurs de l'œil et le cristallin contiennent de l'albumine, surtout le cristallin.

Nous venons d'en faire l'expérience pour ce qui est de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée, en traitant les deux liquides, recueillis séparément sur douze yeux de bœufs, par l'acide nitrique et par la chaleur. Ne se pourrait-il pas que l'albuminurie eût pour effet la diminution de la proportion de l'albumine dans les humeurs de l'œil, et par suite une altération de leur propriété réfringente?

En voilà assez, trop peut-être, sur l'albuminurie dans la grossesse et sur l'amaurose albuminurique. Revenons, pour en finir, à M. Cazeaux et à son Traité.

Nous avons dit que M. Cazeaux appartient à la bonne espèce des écrivains techniques et des professeurs, et nous n'avons pas trop dit. Il est bien entendu que, pour avoir un certain air de famille, tous les enfants du même père ne lui ressemblent pas au même degré ; comme dans un arbre toutes les branches n'ont pas la même vigueur, non plus que tous les rameaux et leurs dérivés. Quand nous disons que M. Cazeaux est un écrivain *technique*, nous n'en faisons pas un Bossuet. Lui-même nous prendrait à partie, et nous nous trouverions dans la position inouïe d'un critique désavoué par son *auteur* pour l'avoir loué outre mesure, ce qui serait par trop grotesque. Non, M. Cazeaux n'est pas éloquent, et il ne s'en pique pas. Ce n'est pas lui qui disputera la palme, à l'Académie française, à M. Baudrillart et consorts. Il s'en faut. Ce n'est pas le cas de relever quelques phrases vouées, en naissant, à l'orthopédie, et de réclamer en faveur de quelques subjonctifs traités avec peu d'égards. Mais M. Cazeaux sait parfaitement réunir ses matériaux, les résumer et les présenter. Il a, en un mot, les qualités des classiques, et, dans sa spécialité, il en est un. Ces qualités sont françaises. Les Anglais ne sont pas classiques. Depuis le synthétiste Brown, qui fut une exception parmi les médecins des trois royaumes, il n'y a eu là que des collecteurs et des commentateurs de faits; témoin, en chirurgie, les deux Cooper. L'Italie, pour être classique, se plaît trop dans les richesses et les onomatopées de sa langue sonore, qui n'est plus la langue du Dante. Quant à l'Allemagne, pour avoir l'amour des grandes lignes, elle a trop celui des menus détails. Nous ne croyons pas aller trop loin en disant de M. Cazeaux qu'il est français et digne de l'être.

Un dernier mot. Frappé des résultats de l'opération césarienne, qui est suivie de la mort dans les quatre cinquièmes des cas, nous avons cherché la cause de cette énorme léthalité, et nous croyons l'avoir trouvée dans la communication de la cavité utérine avec la cavité péritonéale pendant et après l'opération. C'est pourquoi nous avions proposé de pratiquer l'hystérotomie, comme M. Bégin a proposé d'ouvrir les abcès du foie : en deux temps, de manière à isoler la cavité de la matrice par des adhérences préliminaires. M. Cazeaux ignorait-il cette proposition, ou bien ne l'a-t-il pas jugée digne de considération? ce qui, après tout, serait possible, et ne serait point un crime, même aux yeux d'un père.

MARCHAL (de Calvi.)

P.-S. — Nous avons sous les yeux un autre ouvrage sur l'art des accouchements : le *Manuel* de MM. Manoury et Salmon, c'est l'œuvre consciencieuse de deux médecins judicieux, anciens internes des hôpitaux, aujourd'hui chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres. On pouvait craindre au premier abord que cet ouvrage ne dépassât la portée moyenne des personnes pour lesquelles il est écrit (les élèves sages-femmes); un examen plus attentif nous a fait revenir de cette opinion. Les deux auteurs, tout en gardant un certain maintien, ont réussi à rester élémentaires.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. FALRET.

Cours clinique et théorique sur les maladies mentales.

(Dixième leçon. — *Voir* les numéros des 21, 23 mai; 20 juin; 2, 11, 23, 31 juillet; 8, 24 août; 4, 12, 17, 28 septembre; 8, 22, 31 octobre et 14 novembre.)

Marche de la folie.

L'examen détaillé que nous avons fait des troubles des facultés morales et intellectuelles, des illusions et des hallucinations, des lésions de la sensibilité générale, des mouvements et des fonctions organiques chez les aliénés, nous a présenté l'ensemble des éléments généraux dont se compose la symptomatologie des maladies mentales. Nous pourrions donc borner ici l'exposé de cette partie de la pathologie générale de la folie. Néanmoins, il est difficile que des faits ainsi disséminés, et rattachés successivement à des facultés et à des fonctions de divers ordres, laissent dans l'esprit une impression assez nette et assez complète : d'un autre côté, nous avons plutôt étudié jusqu'à présent la période d'état que les progrès successifs, le développement et les terminaisons de chacune de ces lésions. Une double nécessité nous amène donc à reprendre ce tableau symptomatique, d'abord pour en resserrer les caractères afin de les rendre plus saisissables, ensuite parce que nous avons à étudier dans la folie un développement gradué des périodes que nous ne pouvions assigner à chacun des éléments qui la constituent : nous allons faire en sorte d'atteindre ce double but en exposant successivement les signes de la prédisposition, les prodromes, l'invasion, la période d'état avec ses types et ses formes diverses; puis le déclin et les deux ordres de terminaison soit par la convalescence et la guérison, soit par l'incurabilité et la mort; en un mot, la marche de la folie.

Sans avoir la prétention de faire connaître ici, même en résumé, toutes les variétés d'intelligence, de sensibilité et de motilité qui peuvent dénoter une prédisposition à la folie, nous devons insister sur les phénomènes les plus saillants dans la sphère des sensations, des idées et des sentiments.

Les sensations, d'ordinaire plus vives que chez la généralité des hommes, acquièrent aisément une vivacité qui va jusqu'à l'illusion ; dans quelques circonstances, elles restent toujours au-dessous de la moyenne, ou bien elles offrent chez le même individu tour à tour exaltation et affaissement, ou bien encore on remarque le contraste de l'énergie extrême des unes et de la presque nullité des autres.

La surface cutanée présente une grande impressionnabilité au moindre contact des corps extérieurs, aux plus légers changements de l'atmosphère; souvent aussi elle présente des alternatives rapides de chaud et de froid, ou une chaleur brûlante dans certaines parties; tandis que d'autres, les pieds surtout, sont frappées de glace.

Mais, de tous les signes de la prédisposition à la folie, les plus remarquables, les plus importants ressortent de l'examen des centres nerveux, qui sont les instruments principaux de l'innervation, de l'intelligence et du moral de l'homme.

Indépendamment des céphalalgies, des migraines plus ou moins vives, plus ou moins étendues, des irritations, des inflammations encéphaliques, directes ou secondaires, et de leurs résultats qui, comme circonstances commémoratives, ont une valeur réelle; indépendamment des convulsions, des spasmes, des crampes, des tremblements, des lassitudes habituelles ou d'une profonde prostration alternant rapidement avec une grande énergie musculaire, qui, comme lésions de la motilité, méritent d'être notés avec soin, parce que l'expérience a prouvé que l'aliénation mentale en avait été précédée fréquemment, nous devons considérer d'une manière tout à fait particulière les manifestations de l'intellect et du moral comme signes de prédisposition à cette maladie. Il est, en effet, un grand nombre d'individus qui, prédisposés à l'aliénation, manifestent de bonne heure de graves et de fréquentes singularités morales : si vous les examinez de près, vous leur trouverez des caractères qui offrent entre eux les plus grandes oppositions, mais toujours hors ligne, nullement en rapport avec leur âge et leur éducation. Les uns ont une sensibilité excessive, de vives impatiences, pendant lesquelles ils sont hors d'eux-mêmes; les autres sont d'une froideur et d'une apathie extrêmes. Ceux-ci, très gais, très excentriques, recherchent toutes les joies du monde; ceux-là, réservés, sombres, mélancoliques, vivent à l'écart, versent des larmes involontaires, remplacées quelquefois par de brusques saillies de gaieté, qu'ils déplorent bientôt amèrement.

Chez d'autres, vous observez la vanité ou l'humilité portées au plus haut degré, l'irrésolution ou la témérité des déterminations, la timidité ou la hardiesse, la crainte ou la forfanterie du danger, le besoin d'ordre dans les plus petits détails, ou un désordre contre lequel échouent tous les conseils; des scrupules plus ou moins nombreux, ou de l'indifférence et même quelquefois un cynisme hideux; l'instabilité des sentiments, la facilité de caractère qui va jusqu'à l'abnégation de la personnalité, ou bien la fixité des sentiments, la fermeté de volonté qui tend à la domination.

Enfin, les personnes chez lesquelles le sentiment n'est pas équilibré par la raison, qui joignent à une sensibilité vive l'aptitude à s'arrêter longtemps aux mêmes impressions, à se laisser dominer, entraîner par elles; celles chez lesquelles les affections, les désirs et les répugnances dégénèrent fréquemment en passions, qui montrent une ardeur et un zèle démesurés pour tout ce qu'elles affectionnent et pour tout ce qu'elles entreprennent, passant rapidement de l'enthousiasme au découragement et du découragement à l'enthousiasme; ces personnes toutes de sentiment sont les plus exposées aux maladies mentales.

Viennent ensuite certaines manifestations de l'intelligence, mais au second rang seulement; car l'aliénation mentale a bien plus souvent son origine dans les sentiments que dans les idées, dans la partie affective que dans la partie intellectuelle de notre nature.

Aussi nous bornerons-nous à dire ici que le triste présage de l'aliénation mentale se tire moins du degré de l'intelligence, au-dessus et au-dessous de la moyenne, que d'un défaut d'harmonie entre les facultés intellectuelles, des singularités, des contrastes qu'elles présentent, analogues à ceux que nous avons signalés dans les qualités affectives.

L'observation prouve que des individus ainsi constitués sous les rapports du moral et de l'intelligence, qui font le désespoir ou l'admiration de leurs parents et de leurs instituteurs sans y être fatalement voués, sont plus prédisposés que d'autres à la folie; leur état réclame des soins plus empressés, plus éclairés, plus constants, et l'on ne saurait se défendre d'une légitime sollicitude lorsqu'aux singularités de caractère, d'intelligence se joint la notion menaçante d'hérédité de cette affection.

Cet état n'est encore cependant qu'un bien vague indice de la maladie, et il faut l'action d'une cause physique ou morale et le plus souvent le concours de plusieurs causes pour transformer cette simple prédisposition en une véritable maladie mentale, en un mot, pour que la période de prédisposition soit remplacée par la période d'incubation. A quel moment s'opère cette transformation et sous quelles influences? C'est ce qu'il est le plus souvent impossible de déterminer à travers les comptes-rendus vagues et incomplets des parents et des malades, et ce qui ne peut d'ailleurs l'être d'une manière précise, puisque cette métamorphose s'opère le plus souvent d'une manière insensible, et que le concours fréquent de plusieurs causes vient encore singulièrement compliquer la solution de la question.

Comment mesurer rigoureusement, en effet, l'intervalle qui sépare la première atteinte d'une cause morbide, du moment où la maladie est manifestée? Quelles difficultés, lorsque la cause est ignorée, ou qu'il y a concours de plusieurs causes! Telle cause morale aurait été sans influence fâcheuse s'il n'avait déjà existé une cause physique. De laquelle de ces deux causes datera l'incubation de la folie? Souvent d'ailleurs l'effet est pris pour la cause et la période d'incubation est méconnue; témoin un fait qui s'est présenté un grand nombre de fois dans ma pratique. Une négociant se lance dans des spéculations considérable, et sa ruine est consommée; on attribue sa folie au chagrin causé par ses revers, et l'on ne songe pas que déjà depuis longtemps il témoignait aux yeux d'un observateur éclairé du désordre de son esprit par des changements d'habitude, de caractère, et aux yeux de tous, par cela seul que de négociant circonspect, il était devenu spéculateur téméraire. Il en est de même de plusieurs personnes auxquelles j'ai donné des soins, dont l'aliénation était attribuée à des excès sexuels, à l'abus des spiritueux, tandis que ces excès étaient eux-mêmes des effets et des signes de cette affection.

Quoi qu'il en soit, si l'on excepte les circonstances où rien ne peut arrêter les conséquences d'une active et fatale prédisposition, si l'on excepte encore ces situations désespérantes où les causes occasionnelles sont impossibles à éloigner, il n'est peut-être pas de maladie naissante qu'un puisse faire plus souvent avorter que l'aliénation mentale, quand on en a saisi les symptômes précurseurs chez des personnes dociles aux conseils de l'expérience. C'est assez dire combien il importe de fixer son attention sur les prodromes de la folie.

Malheureusement, il faut l'avouer, le médecin est rarement appelé à cette période de la maladie, et il n'y a guère d'ailleurs que les médecins spéciaux qui soient capables d'apprécier la valeur des anomalies mentales qu'on pourait leur relater alors que la folie n'est encore qu'imminente.

Ce temps d'incubation se trahit par des manifestations pour la plupart très équivoques, et souvent semblables à celles qu'on observe chez des individus qui ne sont nullement sur la pente de la folie. Il est donc nécessaire d'avoir une grande expérience de pareilles situations pour interpréter convenablement les phénomènes observés, pour ne pas méconnaître la valeur des signes inquiétants, ou pour ne pas exagérer la signification de quelques anomalies sans portée. Que de choses doivent être portées en ligne de compte dans l'épineux examen d'une personne dont les actes donnent le premier éveil sur l'imminence d'une maladie mentale, et la faute de ses parents, et sa constitution physique et morale, et l'éducation qu'elle a reçue, et les maladies de l'enfance ou des âges ultérieurs, et les causes appréciables des changements nouvellement observés, etc.!

Ce n'est qu'après avoir mûrement pesé toutes ces circonstances qu'il est permis de prononcer si l'on a affaire à de véritables prodromes de folie ou à de simples irrégularités passagères et sans importance de caractère.

Le plus souvent même, ce jugement ne repose, à cette période que sur des probabilités; toutefois, lorsqu'il existe seulement des doutes qui n'ont pas été légèrement conçus, il est plus prudent d'agir comme si la folie était imminente que de négliger entièrement les changements moraux qui avaient éveillé la sollicitude. On éprouve souvent des regrets bien amers lorsqu'après l'invasion de la maladie on se rappelle des circonstances auxquelles il ne fut accordé qu'une légère attention, tandis qu'il fallait y voir le présage d'un malheur qui pouvait encore être évité.

Le médecin doit être d'autant plus sur ses gardes, quand il a à apprécier les premiers phénomènes de l'incubation de la folie, que les nouvelles anomalies d'intelligence et de caractère que présente le malade sont ordinairement très mal appréciées par ceux qui l'entourent. Très souvent on trouve qu'elles sont la conséquence toute naturelle des événements qui les ont provoquées. Ce que l'on observe de plus étrange s'explique par le proverbe trivial que chacun sent à sa manière, et le mal n'est reconnu que lorsqu'il n'est plus temps de le prévenir.

Hors les cas d'une forte prédisposition ou d'une cause occasionnelle violente, rarement l'aliénation mentale fait une soudaine invasion; et dans ces circonstances exceptionnelles, où elle est comparable à l'éclat et à la rapidité d'un incendie, combien sont impuissants les moyens préventifs! Mais le plus souvent, la folie se développe graduellement, et l'on peut suivre pas à pas les diverses phases de son évolution.

Le degré de lenteur ou de rapidité de ce développement imprime à ces prodromes de notables différences. Généralement, ils sont plus difficiles à constater quand elle se développe lentement, et cela par deux raisons principales : d'abord, parce que la cause déterminante est éloignée ou méconnue, et ensuite, parce que les symptômes sont plus rares et d'une intensité plus graduée. Comme on observe depuis longtemps les mêmes irrégularités de conduite et de caractère, on finit par s'y habituer, et l'on ne songe pas aux conséquences qu'ils peuvent entraîner. Lorsqu'au contraire le développement de la folie est rapide, ses prodromes sont plus apparents; ils se

manifestent presque toujours sous des influences vives et récentes qui ont fixé l'attention des familles ; ils sont d'ailleurs nombreux et tout nouveaux.

Quoi qu'il en soit, que la prédisposition ait été apparente ou occulte, que l'incubation ait été lente ou rapide, elle est manifeste aussitôt que l'action maladive d'une cause morale ou physique se révèle par l'apparition des phénomènes nouveaux. Ainsi, l'individu simplement prédisposé offre des traits plus ou moins nombreux qui le différencient de la généralité des hommes. Mais s'il commence à ne plus ressembler à lui-même, s'il se fait remarquer par l'exagération des singularités personnelles, par des manifestations insolites des sentiments ou de l'intelligence qui contrastent avec sa manière d'être habituelle, dès cet instant, à la prédisposition a succédé l'incubation, dont les symptômes peuvent être encore inaperçus du public, mais sont apparents aux yeux d'un observateur exercé. Ils ressortent surtout de la confrontation de l'individu avec lui-même, et de l'appréciation des mobiles de ses actions, et résident beaucoup plus dans le domaine des sentiments et du caractère que dans celui de l'intelligence. Lorsque le germe de la folie est ancien, il y a plutôt exagération qu'opposition dans les éléments constitutifs du caractère de l'individu. Celui-ci n'est pas précisément le contraire de ce qu'il était ; mais tout ce qu'il y avait depuis longtemps de singulier en lui acquiert tout à coup une intensité plus grande ; ses emportements, sa suffisance, sa vanité, son orgueil, s'affranchissent du joug imposé par les convenances sociales ; l'activité des sentiments, des penchants, des dispositions érotiques, le zèle religieux, la misanthropie, la tristesse, le dégoût de l'existence font des progrès alarmants.

D'autres fois, au lieu d'une exagération, c'est une véritable transformation qu'éprouve le caractère. La prodigalité succède à l'avarice, l'irréligion à la piété, ou réciproquement, l'obscénité à la pudeur, la débauche à la tempérance, l'indélicatesse à la probité, le mensonge à l'amour de la vérité, l'indifférence et même la haine aux affections les plus tendres et les mieux éprouvées. De là dérivent la négligence des devoirs de famille et de société, le désordre de conduite, le dérangement des affaires, des irritations, des violences qui, momentanément et quelquefois pour toujours, troublent l'harmonie des rapports avec les parents et les amis.

Les sentiments ne peuvent pas s'altérer, les idées se troubler sans qu'il en résulte aussitôt de nombreux changements dans la vie habituelle. Ce fait général, constant même, est ordinairement le premier qu'on observe ; mais quelle signification lui donner, lorsqu'il est si commun de remarquer des changements analogues qui ne présagent pas la folie ? Le nombre, la gravité et les motifs de ces métamorphoses, telles sont les premières bases sur lesquelles s'exercera l'interprétation d'un esprit judicieux.

Les changements de conduite observables dans l'incubation des maladies mentales sont infinis ; bornons-nous à relater les plus généraux et les plus ordinaires. Les malades montrent pour leurs occupations familières, pour les soins et les attentions de famille, pour les usages et les devoirs sociaux une négligence ou un zèle inaccoutumés ; étaient-ils sédentaires, ils font de longues absences de leur domicile, ils resserrent ou ils étendent et activent outre mesure leurs relations sociales. Les uns témoignent de l'indifférence ou de l'éloignement pour les personnes et les choses qu'ils affectionnaient le plus, et, par contre, ils recherchent des objets qu'ils n'aimaient pas. D'autres sont d'une expansion que rien n'égale ; ils vous accablent de démonstrations d'obligeance et de dévouement. Généralement ces malades sont distraits, oublieux ; ils ne se rappellent ni ce qu'ils ont fait, ni ce qu'ils devaient faire un instant auparavant, et ils sont tout surpris quand on leur signale ces absences fréquentes.

Que ces malades soient tristes ou gais, il est rare qu'ils ne soient pas irritables, susceptibles, disposés à l'emportement, aux bouderies, difficiles à vivre. Leur conduite abonde en contrastes ; étaient-ils rangés, ils deviennent dissipateurs ; autrefois circonspects dans leurs entreprises, ils se jettent dans les spéculations les plus hasardées ; leurs mœurs étaient irréprochables, et ils tombent dans l'immoralité ; ils s'adonnent au jeu, à la boisson, aux femmes, tout autant de vices qui leur étaient inconnus. La décence de leur mise est remplacée par une fatuité ou une négligence qu'on ne peut concevoir..., etc. Cependant ces individus, chez lesquels on observe tant de phénomènes étranges, continuent à raisonner plus ou moins juste et à vivre en société sans qu'on soupçonne leur maladie. Qui croirait, en effet, que cette métamorphose soudaine, non motivée dans les sentiments, dans la conduite, n'est presque jamais considérée comme un indice d'aliénation mentale, si le malade est encore capable de raisonner et n'émet point d'idées délirantes ? Rien de plus vrai, cependant ; le délire des actions est très fréquemment méconnu, tandis que le délire du langage est facilement jugé.

Avant que le délire qui marque l'invasion de la folie éclate, les prodromes peuvent devenir plus saillants. Jusqu'ici nous avons surtout parlé des actions, disons un mot du langage.

Ou bien la conversation de ces malades est à chaque instant brisée par des transitions qui étonnent, ou bien elle est obstinément ramenée, maintenue sur un même sujet ; il est rare, en effet, même dans l'imminence du délire général, qu'il n'y ait pas certains sujets qui préoccupent plus spécialement les malades, et sur lesquels leurs discours sont plus assidus ; c'est même ainsi que se révèlent le plus souvent les causes du délire, quand elles sont morales.

Mais, à la période qui nous occupe, l'individu observé ne délire pas encore ; quoiqu'il soit très difficile de fixer son attention, à cause de ses distractions continuelles ou de ses préoccupations obstinées, il est capable de suivre la conversation, de répondre avec justesse aux questions qu'on lui adresse. Les anomalies qui frappent le plus en lui sont un flux intarissable de paroles, la mobilité, l'exaltation de ses idées, la vivacité des intonations de sa voix, la facilité et la fréquence de ses emportements, ou bien un silence opiniâtre qui manifeste la contrainte, la défiance, le désespoir ; joignez à ces phénomènes une foule d'oublis, d'inconséquences, des témoignages déplacés d'affection, d'indifférence, de haine, ou bien une profonde impassibilité.

A ces exagérations, à ces contrastes, à ces oppositions de caractère correspondent des expressions de la physionomie, qui sont comme des saillies de l'homme intérieur. Les traits sont d'une mobilité ou d'une fixité insolites, et le visage prend des expressions très variées : il en est qui se remuent sans cesse, d'autres qui sont immobiles comme des statues ; communément la loquacité ou la taciturnité correspondent à ces apparences extérieures. Outre les colorations rapides et diverses du visage, on observe des mouvements convulsifs dans les lèvres, les joues, les ailes du nez, les sourcils, les paupières. Le regard, surtout par suite de l'irrégularité de l'innervation, de la contraction ou du relâchement des muscles de l'œil, est fréquemment troublé, égaré, vague, d'une mobilité extraordinaire ou d'une fixité étonnante.

Il est très fréquent que quelques souffrances physiques se joignent au trouble naissant du moral. Les maux de tête sont communs dans l'incubation des maladies mentales, et l'on a remarqué que la région surciliaire ou sus-orbitaire n'était pas leur siége habituel, comme on l'observe pour les céphalalgies gastriques.

L'insomnie est un symptôme encore plus constant, et qui devient plus significatif encore lorsque ces malades, impatientés de rester au lit sans dormir, passent la nuit à se promener dans leur chambre ou se livrent à des excursions nocturnes. Leur sommeil est souvent troublé par des rêves, et, dans la disposition maladive où ils se trouvent, les perceptions de ces rêves réagissent quelquefois d'une manière marquée sur leur état mental. Nous avons connu des aliénés qui rapportaient à l'agitation d'un songe le dérangement de leur esprit. Sans rejeter complétement l'opinion, toutefois encore incertaine, que les fortes émotions d'un rêve sont capables de déterminer la folie, il est très probable, pour nous, que ces aliénés étaient déjà dans l'incubation de l'aliénation, orsqu'ils éprouvèrent ces songes qui produisirent une commotion si terrible et leur laissèrent un si triste souvenir.

Les céphalalgies, les insomnies, la fréquence et la vivacité des rêves sont les phénomènes physiques les plus saillants, mais non les seuls qu'on observe parmi les prodromes des maladies mentales ; les traits présentent une animation ou un affaissement insolites, le visage est souvent coloré, la tête chaude ; l'appétit est fréquemment irrégulier ; il y a de la constipation, parfois de la fréquence dans le pouls, de la chaleur à la peau, de la soif et du malaise.

Il est rare qu'avant l'explosion de la folie les malades eux-mêmes n'aient pas conscience du désordre moral qui fait des progrès et menace leur raison d'une éclipse prochaine. Cette lutte est d'abord intérieure ; mais, plus tard, plusieurs d'entre eux ne craignent pas d'avouer qu'il se passe dans leur tête quelque chose d'étrange ; qu'il leur vient des idées insensées, des sentiments qu'ils réprouvent ; que leurs rapports sont changés avec le monde extérieur, et qu'ils ont la crainte de devenir aliénés.

S'il en est qui tombent dans l'abîme sans l'avoir aperçu et sans avoir reculé d'épouvante, d'autres s'affligent profondément de la voie funeste dans laquelle ils se sentent de plus en plus engagés ; ils témoignent leurs craintes et appellent des consolations ; on les voit pensifs, tristes, consternés, versant des larmes et poussant des soupirs.

Ce combat de la conscience s'efforçant de dissiper de ses dernières lueurs les nuages qui vont obscurcir la raison est une des situations les plus touchantes de l'humanité, et pour le malade et pour l'observateur.

Ces pressentiments s'observent surtout dans les passions tristes ; les retours sur soi-même, les alarmes du sens intime sont plus rares, lorsque les passions gaies conduisent à l'amé-nomanie.

Tels sont les signes de tout ordre qui caractérisent d'une manière générale la période d'incubation de la folie.

Lorsque par la constatation de quelques-uns de ces signes l'éveil est donné sur l'incubation possible ou certaine de l'aliénation mentale, il convient d'adopter le plan de conduite le plus propre à augmenter sa conviction par l'observation de symptômes plus nombreux et plus caractéristiques. Le plus sûr moyen d'y parvenir, c'est d'agir envers les malades de manière qu'ils ne puissent pas comprendre que vous avez quelque soupçon sur leur état mental. Agir autrement, c'est se fermer l'accès à leur confiance, les inviter à la dissimulation, à la contrainte, et parfois les pousser à l'irritation. Cette précaution prise, il ne faut rien négliger pour confirmer ou détruire les soupçons qu'on a conçus, et la meilleure marche à suivre dans ces cas est indiquée par l'expérience des habitudes des aliénés en général, et par la connaissance du caractère du malade qu'on veut examiner.

C'est pendant la nuit, c'est quand ils sont dans la solitude et qu'ils se croient à l'abri de tous les regards, que les individus menacés d'une atteinte prochaine de folie se livrent plus volontiers aux désordres naissants de leur intelligence ; c'est alors aussi qu'il convient de les observer à leur insu. Dans ces moments de pleine indépendance, le libre essor des sentiments comprimés, des discours insensés, des gestes bizarres, une mimique extraordinaire, ne laissent souvent aucun doute sur l'imminence ou même sur l'existence de la folie. Parfois il faut amener habilement la conversation sur certains sujets auxquels on suppose des rapports avec les idées ou les sentiments maladifs. Ces entretiens calculés agissent comme des pierres de touche pour mettre à découvert les préoccupations morbides. Enfin, il faut être habile à profiter de tous les incidents qui peuvent se présenter.

Quand on songe qu'à la période dont nous cherchons à apprécier les caractères la folie ne s'est encore trahie par aucun acte frappant de délire, comment ne pas conclure que son diagnostic doit être extrêmement difficile et souvent incertain ? Il faut assurément beaucoup d'expérience, de pénétration, de sagacité pour reconnaître les prodromes d'aliénation mentale aux variations d'humeur, au changement dans les affections, dans les goûts, dans les habitudes, dans l'accomplissement des devoirs, aux expressions insolites de la physionomie, etc. Même après l'explosion de la folie, son diagnostic devient parfois embarrassant pour celui qui n'a pas été témoin des précédentes scènes de délire. Une grande expérience et beaucoup d'art sont nécessaires pour observer, pour interroger convenablement certains aliénés, faire jaillir leurs pensées intimes et les surprendre en quelque sorte en flagrant délit de folie. Au lieu d'aiguiser la ruse d'un aliéné à éluder une autorité qui l'importune, montrez de la franchise, de l'abandon ; éloignez de son esprit toute idée de surveillance exercée sur lui, de curiosité de pénétrer ses pensées, et alors soyez sûr que, ne vous voyant pas attentif à tout contrôler en lui, il sera sans défiance, se montrera tel qu'il est, et que vous pourrez l'étudier plus facilement et avec plus de succès.

Les apparences diverses des prodromes de la folie dénotent le plus souvent quel est le genre de délire auquel il faut s'attendre ; celui-ci n'est alors que l'exagération de l'état qui préexistait. Lorsque le délire doit être général ou bien partiel avec excitation et expansion, comme dans la manie ou l'amé-nomanie, les idées abondent avec exaltation ; mais elles sont peu cohérentes, et le corps est agité comme l'esprit. Cet état, qui n'est pas encore de la folie confirmée, est très compromettant pour le malade, pour ses affaires, pour sa famille, et pour la société. Le besoin incessant d'agir et l'impossibilité de régulariser l'action donnent naissance à une foule de désordres. C'est dans l'incubation de la manie et du délire partiel expansif qu'on observe principalement des excès inaccoutumés de boissons, de femmes, de jeu, de débauche et de prodigalités de tout genre. Rien ne coûte alors pour satisfaire des envies, des caprices, et l'on voit parfois ces malades dissiper en peu de temps leur fortune en dépenses frivoles, ou devenir victimes de friponneries. En outre, comme ils sont très irritables, même au milieu de leur gaieté, ils ont des accès d'emportement dangereux. En un mot, de tels sujets représentent assez fidèlement le maniaque, moins son délire. Exceptez les cas où une passion violente et connue en fournit l'explication, un observateur ne saurait voir sans sollicitude des sujets habituellement calmes et mesurés parler avec une extrême volubilité, ayant les yeux brillants, la face colorée, les traits mobiles, gesticulant, s'agitant, précipitant leurs pas, comme s'ils étaient sous la stimulation du vin ou du café, *alors même qu'ils raisonnent juste.*

L'incubation des délires bornés, tristes ou dépressifs, se révèle par des caractères tout différents ; tandis qu'il y a chez le maniaque excès d'action, le mélancolique n'agit pas assez ; il est absorbé par la réflexion de ses sentiments intérieurs ; il parle peu et se meut encore moins. Le sentiment chez lui paraît beaucoup plus altéré que l'intelligence ; généralement pendant les prodromes de leur maladie, les mélancoliques commettent beaucoup moins d'écarts que les maniaques, et leurs écarts sont beaucoup plus appréciables par les omissions que par les actions.

D'ailleurs cette incubation, qui est ordinairement beaucoup plus longue, se trahit moins par des contrastes avec l'état antérieur que par l'exagération de l'état habituel. Déjà réservés dans leurs paroles, bornés dans leurs rapports, ces malades se montrent sombres, taciturnes, solitaires ; leurs préoccupations, très souvent connues, deviennent opiniâtres, exclusives, n'admettent plus de diversion. Ainsi absorbés par un sentiment fixe, ils laissent percer les craintes qui les attristent, les défiances qu'ils nourrissent pour l'espèce humaine, et dans lesquelles ils enveloppent jusqu'à leurs meilleurs amis.

DES RAPPORTS DE LA CHORÉE

et des affections nerveuses et convulsives avec le rhumatisme et les maladies de cœur,

A PROPOS D'UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR SÉE SUR CE SUJET,

Par M. le docteur Jules DAVASSE.

Est-ce une illusion de notre part, ou bien une tendance nouvelle qui se manifeste en réalité depuis quelque temps à nos yeux ? Il nous semble voir que beaucoup d'esprits commencent à sortir du cercle étroit dans lequel l'organicisme les tenait renfermés. Lassés de tourner sans fin dans un champ aussi stérile, ils jettent les yeux vers d'autres horizons. La doctrine des localisations anatomiques gêne leur essor. Cette décomposition systématique des espèces morbides morcelées à l'infini dans les organes et dans chaque tissu ne permet plus de reconnaître la physionomie générale des maladies, l'affinité de leurs rapports, l'association de leurs éléments, l'ensemble naturel de leurs évolutions dans ces désordres accidentels, variés, fortuits, d'une localité organique quelconque. L'observation ne se plie guère à ces délimitations de tissu, et la science ne peut y restreindre ses hautes généralisations. On est bien vite forcé, au lit des malades, de suivre la nature morbide dans son extension de siége et sa multiplicité de produits. Là le point de vue s'agrandit et les systèmes s'effacent. Des phénomènes inattendus apparaissent, des associations se présentent, des coïncidences s'établissent, des affections se groupent, se succèdent, se transforment, et l'on peut saisir la loi générale de ces rapports dans toutes ses manifestations déterminées. Si la science est le reflet de la vérité, ce dernier point de vue doit être celui de la science, car il permet d'embrasser la vérité tout entière, sans la mutiler par aucune restriction, sans la fausser par aucun système préconçu. Nous saluons avec joie les travaux entrepris dans cette direction, assuré que nous sommes d'y trouver quelque idée utile et vraie, quelque loi nouvelle et grande au lieu des stérilités sans nombre d'une banale observation.

Certes, nous ne voulons pas affirmer que le mémoire de M. le docteur Sée contienne en tous points les principes de la méthode que nous venons de glorifier : nous aurons même dans le cours de notre examen plus d'une distinction à poser à ce sujet. Mais il nous suffit de remarquer l'esprit philosophique et la tendance médicale de ce travail pour en faire l'objet d'une sérieuse appréciation.

Le titre de ce mémoire témoigne assez que l'auteur s'est moins proposé pour objet l'étude pure et simple de la chorée que les rapports de cette maladie, et par extension des autres affections convulsives et nerveuses avec le rhumatisme et les maladies du cœur. Et c'est là le point de vue le plus intéressant sous lequel se présente cette monographie.

C'est une chose curieuse que de suivre les vicissitudes imprimées par l'influence des Écoles à la physionomie nosographique du rhumatisme. Lorsque, vers la fin du seizième siècle, ce nom fut donné à la maladie qu'il représente encore à peu près aujourd'hui, car jusque-là il avait eu le même sens que celui de catarrhe, on l'appliqua d'abord principalement aux fluxions articulaires, et ce ne fut que successivement qu'il fut étendu aux inflammations des muscles, du périoste et des nerfs. La doctrine de Stoll en fit une sorte de synchrétisme pathologique général, cause première d'une foule d'affections sous la forme desquelles la maladie pouvait se masquer. Le principe rhumatismal atteignait partout. Il produisait des migraines, des ophthalmies, des érysipèles, des angines, des inflammations de l'estomac et des intestins, des dysenteries même, suivant son siége particulier. *Nullum viscus est, quod non subinde rhumatismo vexatur.* Ce champ s'était étendu d'une manière illimitée : extension sans doute un peu large et prêtant à une évidente confusion. Mais, en bouleversant de fond en comble toutes ces idées qui contenaient certaines vérités de pratique incontestables, l'organicisme tomba dans l'excès diamétralement opposé d'une négation bien autrement funeste. Supprimant les données de la tradition, cette doctrine simplifia outre mesure l'histoire de cette maladie en la séquestrant tout entière dans les cavités articulaires, où son rôle fut réduit à celui d'une simple inflammation locale et toute superficielle de tissu.

Cependant, ce procédé systématique ne pouvait pas empêcher le rhumatisme de s'échapper souvent du siége où on l'avait emprisonné et d'aller faire acte de présence en d'autres régions du corps. Sa mobilité et sa diversité de siége étaient des caractères si tranchés que force fut bien de les reconnaître et de mettre la maladie en possession d'une scène plus étendue. L'expérience traditionnelle délaissée fut reprise à nouveau. Indépendamment des articulations, les synoviales tendineuses, les doublures aponévrotiques, les gaînes musculaires, les névrilèmes et les membranes séreuses des grandes cavités splanchniques devinrent le siége multiple de la diathèse rhumatismale. Le cœur surtout, que l'on avait déjà indiqué comme un des supports particuliers de la maladie, se trouva pleinement confirmé dans ce nouveau rapprochement. La séméiotique de Laennec, directement appliquée aux affections cardiaques, fit reconnaître par M. Bouillaud cette loi, non pas de *coïncidence*, comme on dit, mais de tendance et d'*affinité* du rhumatisme articulaire pour les enveloppes séreuses du cœur. Non-seulement furent démontrées ces localisations importantes, mais encore l'histoire des productions organiques consécutives aux inflammations cardiaques du rhumatisme a été éclairée d'un nouveau jour par la détermination de ce siége particulier. Enfin, des observations plus fréquentes chaque jour tendent à élargir encore davantage le champ du rhumatisme, qui ne serait pas seulement dans cette manière de voir une *diathèse* affectée au système séreux, mais un état morbide plus généralisé encore et pouvant produire les affections en apparence les plus éloignées sur les siéges les plus divers.

Ainsi nous voilà, à peu de chose près, revenus, sinon aux hypothèses, du moins aux enseignements de la tradition.

C'est sur cette voie que nous trouvons aujourd'hui M. Sée.

Ce médecin, reprenant quelques documents rares ou incomplets qui existaient jusque-là dans la science sur l'enchaînement du rhumatisme et de la chorée, est venu mettre hors de doute la réalité de cette connexion, et démontrer l'existence de chorées sous la dépendance manifeste de l'action rhumatismale. Déjà Stoll, Debacq, Sauvages avaient relaté, sans y porter attention d'incontestables exemples de cet enchaînement. Bouteille, dans son remarquable *Traité sur la chorée*, avait admis dans quelques cas l'influence du principe rhumatismal. Enfin, plus récemment, les médecins anglais, Copland, Bright, Babington, Taylor, avaient recueilli dans leurs observations cliniques plusieurs faits de ce genre. Mais jusqu'à présent la valeur relative de ces faits avait été inaperçue par leurs auteurs mêmes, et nul comme M. Sée ne s'était assimilé avec plus de droits l'idée-mère de ce rapprochement.

C'est en 1845 que les opinions de cet observateur furent produites dans un premier mémoire présenté au concours annuel de l'internat dans les hôpitaux. L'année suivante, les principales conclusions en furent adressées sous pli cacheté à l'Académie de Médecine. Enfin, un dernier mémoire *in extenso* de M. Sée — fort détaillé et fort bien fait — a été couronné par cette Société dans la séance publique du 11 décembre 1849.

Depuis ce temps, divers travaux publiés dans quelques recueils périodiques ont plus au moins signalé au public médical la connexion du rhumatisme avec les affections spasmodiques. M. le docteur Bottrel, dans sa récente thèse inaugurale, vient même tout récemment (mai 1850) de considérer la chorée comme une affection exclusivement symptomatique du rhumatisme. Ce travail, qui a eu du reste, l'année dernière, les honneurs d'un prix Montyon à la Faculté de Paris, reproduit en grande partie les opinions de M. Sée, et tout en les confirmant par d'intéressantes observations, il ne peut enlever à ce dernier auteur son premier et plus incontestable mérite, celui d'une évidente priorité.

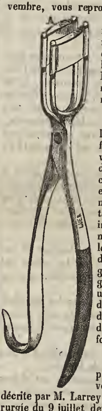
(La suite à un prochain numéro).

Réclamation.

Nous recevons de M. Lüer la lettre suivante; tout en acceptant cette lettre, nous ferons remarquer que l'instrument que M. Robert, et non pas nous, attribue à M. Charrière, appartient bien à ce fabricant et qu'il n'est pas le même que celui décrit dans le numéro de mars 1848 du journal de M. Lucas Championnière. Quant à la crémaillère brisée et indépendante, l'idée en appartient bien à M. Charrière, et M. Lüer, du reste, ne fait aucune réclamation à cet égard. Nous dirons à propos de crémaillère simple et des pinces à anneaux de préhension que les deux idées sur lesquelles ces pinces sont fondées avaient été appliquées depuis longtemps, et qu'il faut rapporter à M. Jobert le mérite d'en avoir rappelé l'application. Voici la lettre de M. Lüer :

Monsieur le Rédacteur,

Dans les numéros de la *Gazette des Hôpitaux* des 28 et 30 novembre, vous reproduisez des instruments que vous attribuez à M. Charriére, quoique plusieurs d'entre eux m'appartiennent. Le principal de ces instruments, celui qui sert particulièrement à la réduction du pouce, fait le sujet d'un article dans le *Journal de Médecine et de chirurgie* de M. le docteur Lucas Championnière. Dans le numéro de mars 1848, à la page 105, ce journal s'exprime ainsi :

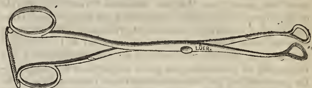


« Un des grands obstacles à la réduction des luxations du pouce, c'est le peu de prise qu'offre cet appendice aux puissances extensives. En vain le saisit-on à l'aide de baudes roulées ou de lacs; on sent bientôt ces bandes ou ces lacs céder et le pouce se dérober infailliblement aux efforts de traction. Pour obvier á cet inconvénient, M. Blandin s'est servi dans deux circonstances récentes d'un instrument de préhension imaginé par M. Lüer, et qui remplit parfaitement l'intention du chirurgien. C'est, comme on le voit dans la gravure ci-jointe, une forte pince dont les mors, au lieu d'être simplement élargis, sont bifurqués et portent entre les deux baguettes parallèles résultant de cette bifurcation une pièce de coutil ou de toile à bretelle, tendue à la manière d'un lit de sangle, et dans la duplicature de laquelle on peut placer une lame de liége ou de caoutchouc, qui en augmente la force. »

Il en est de même de la pince à anneaux de préhension. Cette pince est reproduite dans votre numéro du 30 novembre sous le n° 3 et décrite par M. Larrey dans le compte-rendu de la Société de Chirurgie du 9 juillet dernier. (La figure de cette pince se trouve à la fin de cette lettre.)

Il en est encore de même de la pince à phimosis, n° 6, que je n'ai fait décrire nulle part, mais de laquelle M. Ricord se sert depuis deux ans et demi.

Que M. Charrière ait jugé à propos d'ajouter à ces instruments une crémaillère de sa façon à la place de la mienne pour la maintenir dans l'état de pression, rien de mieux; mais que M. Charrière se présente comme leur inventeur ou laisse supposer qu'il l'est, cela me donne le droit de réclamer, car mon silence nuirait à ma considération et à mes intérêts.



J'espère donc, Monsieur le Rédacteur, qu'à ce titre et dans votre impartialité vous voudrez bien insérer la présente réclamation.

Agréez, etc. A. Lüer.

NOUVELLES.

Par décret individuel, en date du 9 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur :

M. Alix, pharmacien aide-major de 2e classe (division d'Oran).
M. Mercier, médecin adjoint à l'hôpital militaire de Marseille.
M. Lanel, chirurgien aide-major de 2e classe au 24e léger.
M. Delmas, chirurgien-major de 2e classe au 69e de ligne.
M. Louvet, aide-major de 1re classe au 10e régimeut de dragons.
M. Casse, chirurgien-major de 1re classe au 7e régiment d'artillerie.
M. Audry, infirmier-major, sergent, aux ambulances de la division de Constantine.

De l'iodure d'amidon soluble.

Depuis que le docteur Quesneville a fait connaître ses nouvelles préparations d'iodure d'amidon soluble, si utiles dans le traitement de la scrofule, du rachitisme, de la phthisie pulmonaire, dont l'efficacité contre les affections syphilitiques anciennes et invétérées est supérieure à celle de l'iodure de potassium lui-même qui n'agit qu'imparfaitement ; depuis lors les médecins, qui désiraient depuis longtemps une combinaison iodée qui tînt le milieu entre l'iode trop actif et l'iodure de potassium qui ne l'est pas assez, ont adopté avec empressement cette nouvelle manière d'administrer l'iode en médecine. En effet, avec l'iodure d'amidon préparé à l'état soluble, exempt dès lors de tout iode à l'état libre non combiné, point d'inflammation à redouter et aucun des accidents que produit l'iode, soit qu'on l'administre à l'état de vapeur, en teinture, ou à l'état d'iodure de potassium ioduré, accidents qui se traduisent, on le sait, par l'emaigrissement général et souvent l'atrophie des testicules et des mamelles. Aussi est-il bien important d'être certain de la pureté de l'iodure d'amidon que l'on emploie, et conseillerons-nous toujours aux médecins celui que le docteur Quesneville prépare lui-même pour les usages de la médecine et par un procédé qui lui est particulier.

EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'IODURE D'AMIDON.

L'iodure d'amidon s'emploie sous forme de poudre ou de sirop.

Du sirop d'iodure d'amidon. — Il contient 1/4 de gramme pour 100 d'iode combiné à l'amidon, soit 5 centigr. ou 1 grain d'iode par cuillerée à bouche. On peut en prendre deux ou trois cuillerées au début et augmenter la dose graduellement. Ce sirop remplace aujourd'hui dans la pratique les huiles de foie de morue ou de raie, dont l'emploi cause tant de dégoût aux malades.

De la poudre d'iodure d'amidon. — Elle contient un dixième d'iode; une cuillerée à café de cette poudre pèse 3 grammes, ce qui représente 3 décigr. ou 6 grains d'iode. On peut prendre cette quantité à la fois dans un verre d'eau, ou mettre la poudre dans une carafe et boire l'eau aux repas.

Enfin, avec cette poudre, on peut faire des pilules, des tablettes, la donner même en lavement dissoute dans l'eau tiède, ce qu'on ne pourrait faire sans danger avec les autres préparations d'iode. — Chez M. Quesneville, seul fabricant de ces produits, rue Hautefeuille, n° 9, à Paris.

CHANGEMENT DE DOMICILE. — Les bureaux de la *Caisse centrale des Médecins* seront transférés, de la rue Quincampoix, 69, à la rue Joquelet, 7, à partir du 20 décembre courant.

Nous recommandons à nos confrères la maison de M. Béchard, rue Richelieu, 20. M. Béchard, mécanicien-orthopédiste et bandagiste, a été honoré de quatre médailles d'encouragement, et possède la confiance des chirurgiens les plus distingués pour la supériorité de ses bandages de tout genre, de ses nouvelles ceintures hypogastriques et de ses appareils appliqués au traitement des difformités de la taille et des membres.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 148. (23e ANNÉE.) MARDI 17 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 16 DÉCEMBRE 1850.

Mort de M. le professeur Royer-Collard.

Les tristes prévisions que nous exprimions dans notre avant-dernier numéro se sont malheureusement réalisées. Hier au soir, à neuf heures, après une longue agonie, M. le professeur Royer-Collard a succombé à la cruelle maladie qui le minait depuis plus de cinq ans. La Faculté et l'Académie perdent en lui un de leurs membres les plus éminents; la profession, un de ses plus dignes représentants; les sciences et la philosophie un de leurs plus ingénieux, de leurs plus élégants interprètes. Dans une sphère moins élevée que celle de son illustre parent, M. H. Royer-Collard a soutenu non sans éclat le poids d'un nom difficile à porter. Trop absorbé par ces exigences sociales auxquelles il est si difficile de se soustraire quand on naît et que l'on grandit dans un certain monde, M. Royer-Collard n'a pas trouvé le temps de se livrer à des travaux originaux; mais il n'est jamais resté étranger au plus petit progrès de la science, et il a toujours su, avec une merveilleuse aptitude, faire servir ce progrès à celui de l'hygiène, qu'il envisageait d'une manière si élevée et qu'il professait avec tant d'éclat.

Si Royer-Collard a supporté sans faiblir le beau nom qui lui était échu, il n'a pas peu contribué à le faire aimer. Entré à la Faculté dans des circonstances difficiles, la douceur, la bienveillance extrême de son caractère contribuèrent, non moins que ses talents, à dissiper d'injustes préventions. Ses confrères ont toujours trouvé en lui un cœur ouvert à toutes les douleurs, un appui pour toutes les bonnes causes. La Faculté, en particulier, l'a toujours trouvé prêt à user, en faveur de l'Ecole, des améliorations diverses qu'elle réclamait, du crédit que lui donnaient ses grandes relations.

C'est dans la force de l'âge et du talent que la cruelle maladie qui nous l'a ravi atteignit Royer-Collard. Longtemps cette maladie laissa intactes ses belles facultés; il apprécia d'abord avec justesse toute la gravité de sa position, et accepta avec une douce résignation les douleurs présentes et l'événement fatal qu'elles présageaient. Son zèle n'en fut point ébranlé, et nous l'avons vu, l'été dernier encore, se faire transporter dans sa chaire et souvent à l'Académie, au prix des plus vives douleurs. Mais à cette époque déjà la nature commençait à jeter un voile salutaire sur l'intelligence de l'éminent malade; cette faculté d'appréciation, qu'il possédait au plus haut degré, l'abandonnait peu à peu, et il était rare qu'après chaque leçon il ne se félicitât pas de l'amélioration nouvelle qu'avait éprouvée sa santé. C'est dans cette bienfaisante illusion qu'il est parvenu jusqu'au terme fatal de sa maladie, laissant pour toute consolation à ses amis la triste satisfaction de le voir délivré des plus cruelles souffrances et le souvenir d'une vie honorable.

M. le professeur Royer-Collard était âgé de quarante-huit ans.

Ses obsèques auront lieu demain, mardi, à midi, en l'église de Saint-Louis-d'Antin, sa paroisse.

Ses nombreux élèves et amis auxquels il n'aurait pas été possible d'adresser des billets de faire part sont priés de vouloir bien se considérer comme invités par le présent avis.

HOPITAL DU SAINT-ESPRIT.

Observations sur le traitement des abcès symptomatiques par les injections iodées.

Par M. le docteur BOCAMY, ancien chef interne des hospices civils de Toulon.

Les discussions pleines d'intérêt qui ont eu lieu tout récemment au sein de la Société de Chirurgie de Paris et les faits remarquables de guérison de vastes abcès par congestion rapportés par M. Abeille d'abord et ensuite par M. Boinet ont donné une grande importance aux injections iodées dans le traitement des abcès symptomatiques. Sans vouloir contester aux injections d'iode la valeur que leur ont accordée les médecins recommandables qui les ont préconisées, nous pensons que, pour se prononcer d'une manière définitive, il est indispensable que l'on attende des faits plus nombreux et que l'on tienne bien compte du traitement général employé en même temps que les injections iodées.

Cette dernière considération nous a surtout engagé à faire connaître les observations de trois malades portant des abcès symptomatiques de carie osseuse et traités uniquement par les injections iodées. Ce traitement a échoué chez deux malades tant qu'il a été employé seul; aidé par l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur, il a été couronné de succès, comme on pourra s'en convaincre par la lecture des observations deuxième et troisième.

OBS. I. — *Abcès par congestion situé à la partie interne et supérieure de la cuisse gauche.*

Baudoin (Pierre), âgé de vingt-sept ans, tailleur d'habits, est entré à l'hôpital du Saint-Esprit le 5 janvier 1848. Ce malade, d'un tempérament lymphatique, ne s'est pas livré à la masturbation et n'a pas fait d'excès. Il a eu des glandes au cou pendant son enfance; depuis cette époque, il a joui d'une bonne santé, sauf quelques rhumes qu'il contracta pendant l'hiver.

En 1846, il alla comme colon en Afrique, où il fut atteint à diverses reprises de fièvres intermittentes (type tierce et quotidien) et de dysenterie.

Il y a six mois environ, Baudoin ressentit pour la première fois une douleur peu intense au niveau des vertèbres lombaires; il ne discontinua pas malgré cela son travail habituel. Cependant, le mal ne tarda pas à faire des progrès, la douleur augmenta de jour en jour, et Baudoin se vit obligé de se faire admettre à l'hôpital d'Alger, où il fut soumis à l'emploi des toniques à l'intérieur et à des révulsifs appliqués sur la partie malade. Après un séjour d'un mois à l'hôpital d'Alger, le malade vit paraître au-dessous de l'arcade crurale droite une tumeur arrondie, qui augmenta progressivement de volume.

A son admission à l'hôpital de Toulon, le malade se trouvait dans l'état suivant :

Amaigrissement considérable, peau sèche, terreuse, pouls petit et fréquent; langue rouge sur les bords, soif, perte d'appétit, diarrhée séreuse abondante (six selles par jour), faiblesse extrême. Il n'existe aucune difficulté dans les mouvements des membres inférieurs; la vessie et le rectum ne sont point paralysés. A la partie interne et supérieure de la cuisse droite, on voit une tumeur s'étendant de l'arcade crurale au tiers moyen du membre. Cette tumeur a la forme arrondie; elle a à peu près les dimensions d'une tête de fœtus à terme; elle est molle et fluctuante à sa partie inférieure, assez résistante à sa partie supérieure. L'examen de la colonne vertébrale permet de constater un angle obtus peu saillant, dont le sommet correspond à la première vertèbre lombaire. Pendant plusieurs jours, on se borne à combattre la diarrhée. — Crème de riz, deux lavements avec l'amidon et le pavot, potion avec 4 grammes de diascordium.

Le 10 janvier, le dévoiement ayant complètement disparu, on pratiqua à la partie moyenne de la tumeur une ponction avec le trocart à paracentèse. Une assez grande quantité de pus séreux, non fétide, mêlé de flocons blanchâtres, s'écoula par la canule. Le liquide purulent fut immédiatement remplacé par une injection de teinture iodée (8 grammes de teinture d'iode sur 30 grammes d'eau).

Le lendemain 11 janvier, l'état du malade est assez satisfaisant; le contact du liquide iodé a produit peu de douleur. — Quart d'aliments, décoction de quina coupée avec le lait pour boisson ordinaire.

Les jours suivants, le malade reprend des forces; la pression réitérée sur le lieu de la tumeur fait sortir une faible quantité de pus ayant bon aspect.

Le 20, une seconde injection iodée est pratiquée; elle détermine quelques douleurs, qui ne tardent pas à se dissiper.

Le 22, la petite plaie faite par le trocart laisse sortir encore du pus, mais on peut s'assurer que ce liquide n'est fourni que par une partie de la poche purulente.

Le 24, le malade, se trouvant dans un état assez satisfaisant, demande à sortir pour retourner dans son pays. Le jour de la sortie du malade, la pression, répétée sur divers points de la tumeur, donne issue à du pus, peu abondant il est vrai, provenant seulement de la partie inférieure de la poche purulente. L'oblitération de la cavité de l'abcès paraît bien établie sur les autres points.

OBS. II. — *Abcès symptomatique d'une carie du fémur.*

Clémens (Honoré), âgé de dix-neuf ans, maçon, d'un tempérament lymphatique et d'une faible constitution, entre à l'hôpital le 10 octobre 1848 pour une tumeur située à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche. Ce malade n'a pas fait d'excès; il n'a jamais eu de maladies syphilitiques; il porte encore à la partie latérale gauche du cou deux cicatrices résultat d'abcès dont il a été atteint pendant son enfance.

Il y a trois mois, Clémens éprouva une douleur assez vive à la partie inférieure de la cuisse gauche. Le repos et des émollients calmèrent ces premiers accidents pour quelque temps. Vers la fin de septembre 1848, le malade s'aperçut de la présence d'une tumeur à la partie interne et inférieure de la cuisse. A son entrée à l'hôpital, on constate une tumeur incolore, molle et fluctuante dans toute son étendue, présentant, en un mot, tous les caractères des abcès symptomatiques.

Le 15 octobre, on pratique une ponction avec le trocart sur la partie moyenne de la tumeur; il s'écoule environ 90 grammes de pus séreux, non fétide, mêlé de quelques grumeaux blanchâtres. Un stylet en argent est ensuite porté sur l'os, et on constate qu'il s'agit réellement d'un abcès symptomatique d'une carie du fémur. On fait ensuite une injection iodée (8 grammes de teinture d'iode sur 30 grammes d'eau); cette injection détermine quelques douleurs vives.

Le lendemain, 16 octobre, il existe du gonflement, de la chaleur et de la rougeur sur les téguments correspondant à l'abcès; l'état général est satisfaisant. — Quart d'aliments matin et soir; cataplasme émollient.

Les jours suivants, le gonflement diminue d'une manière sensible; la pression ne détermine aucune douleur; il s'écoule par l'ouverture faite par le trocart du pus de bonne nature.

Le 25 octobre, une nouvelle injection iodée est pratiquée sans occasionner la moindre souffrance.

Rien de notable n'a été observé jusqu'au 30 octobre, si ce n'est la diminution de la sécrétion du pus et l'oblitération de la poche purulente, qui a été complète dès les premiers jours de novembre.

Le malade sort de l'hôpital le 15 novembre, pour y rentrer de nouveau six mois après pour la même maladie. Il existe, en effet, un abcès d'un volume beaucoup moindre que le premier, situé dans la même région. L'iodure de potassium fut alors mis en usage pendant deux mois, ainsi que des injections iodées, et le malade sortit de l'hôpital complètement guéri. Nous avons eu occasion de le revoir quelque temps après, et nous avons pu nous assurer que la guérison ne s'est pas démentie.

OBS. III. — *Abcès symptomatique d'une carie de la quatrième côte droite.*

Thomas (Joseph), âgé de quarante-deux ans, domestique, d'une constitution faible et d'un tempérament lymphatique, vint à l'hôpital le 24 juillet 1849. Ce malade se plaint d'une tumeur molle et fluctuante, de forme arrondie, superficielle, du volume d'un œuf de poule d'Inde, sans changement de coloration des téguments, siégeant à la partie antérieure de la poitrine sur la face supérieure de la quatrième côte droite. Le développement de cette tumeur s'est opéré, il y a un mois environ, d'une manière lente et progressive, et sans être précédé de douleurs bien vives. Les caractères de la tumeur, son mode de formation permettaient suffisamment de reconnaître quelle était sa nature. Le diagnostic fut, d'ailleurs, confirmé par l'introduction d'un stylet porté sur l'os lésé.

Le 26 juillet, on pratique une injection d'iode (6 grammes de teinture d'iode pour 30 grammes d'eau).

Le 27, la tumeur est douloureuse à la pression; la peau qui la recouvre a pris une coloration d'un rouge peu intense. — Quart d'aliments matin et soir; tisane d'orge; cataplasme émollient.

Le 28, l'irritation produite dans la cavité de l'abcès par la teinture d'iode tend à s'effacer.

Le 30 juillet, une seconde injection est pratiquée sans occasionner la moindre douleur. L'oblitération de la poche purulente n'étant pas obtenue, on se décide à faire une troisième injection d'iode (8 grammes de teinture d'iode sur 30 grammes d'eau). Les résultats de cette injection furent très satisfaisants, puisque l'oblitération du foyer purulent fut complète dans l'espace de quatre jours. — Quelque temps après, le malade étant venu à l'hôpital pour des accès de fièvre intermittente tierce, nous avons pu constater la formation d'un abcès placé au-dessus du précédent. Après la guérison des accès de fièvre, le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium et aux injections d'iode avec un plein succès. N'ayant pu retrouver le malade, nous ignorons si la guérison s'est maintenue, comme il est permis de le supposer.

— Les trois observations qu'on vient de lire nous paraissent dignes d'intérêt sous plusieurs rapports. La première, quoique incomplète, est une preuve suffisante du succès que l'on peut obtenir au moyen des injections d'iode dans les vastes abcès symptomatiques de carie vertébrale. Nous disons que la première observation n'est pas complète, parce qu'il n'est pas permis de regarder le malade comme entièrement guéri. Il est fort probable, en effet, qu'une nouvelle collection purulente a dû se former, la carie des vertèbres n'ayant pas été attaquée par les injections iodées. Toutefois, il est bon de faire remarquer l'heureuse influence produite par la teinture

d'iode, non-seulement dans la poche purulente, mais encore dans l'état général du malade; car l'oblitération du foyer a amené une amélioration marquée dans l'état du sujet, dont les forces étaient épuisées à son entrée à l'hôpital. Ce fait semble confirmer l'opinion des chirurgiens qui pensent, comme M. Monod, que la fièvre hectique peut être aussi entretenue par la présence de la collection purulente.

La possibilité d'atteindre par les injections d'iode la surface altérée de l'os carié est sans contredit une condition indispensable pour en obtenir la guérison. Cette condition favorable existait chez les deux malades qui font le sujet des deuxième et troisième observations; aussi il était permis d'espérer une guérison complète. C'est ce qui n'est point arrivé, puisque les deux malades sont revenus à l'hôpital pour la même maladie. Ce fait est loin de nous étonner; car les injections iodées constituent une médication purement locale, selon nous, incapable d'attaquer la cause diathésique, qui est le point de départ des lésions osseuses. Il est donc permis de penser qu'on ne guérira jamais les malades tant qu'on se bornera à l'administration seule des injections d'iode. Si cette médication a produit des succès inattendus, ce que nous n'avons pas l'intention de contester, il est fort possible que l'on ait attribué aux injections d'iode ce qui dépendait d'une autre cause. On sait en effet que les abcès par congestion, ainsi que la carie vertébrale, peuvent disparaître par les seules ressources de la nature, surtout à l'époque de la puberté. Ces faits, quoique peu communs, ont été observés par des hommes dignes de foi.

Si les injections d'iode ne sont pas assez puissantes pour apporter une modification avantageuse sur la carie des os qui dépend d'une cause générale, leur efficacité est incontestable pour assurer la guérison des abcès symptomatiques. Les faits de ce genre observés par plusieurs chirurgiens et ceux que nous avons relatés démontrent l'utilité des injections iodées pour produire l'oblitération des collections purulentes. Ce résultat peut aussi être obtenu en abandonnant l'abcès aux seules ressources de la nature. Mais n'y a-t-il pas quelque danger à laisser ces vastes foyers sans traitement chirurgical? M. Monod serait disposé à le croire, puisqu'il a rencontré les veines qui avoisinent le foyer purulent remplies de pus formé dans leur cavité. D'un autre côté, l'expérience a prouvé que les abcès peuvent rester dans le même état pendant longtemps et sans occasionner le moindre accident. Les choses peuvent se passer ainsi chez certains individus; mais il est certain qu'il peut en être autrement.

Quel est le mode d'action des injections iodées? Si l'on se rappelle les propriétés irritantes de la teinture d'iode, on sera porté à penser que ce liquide agit en substituant une irritation salutaire ou thérapeutique à l'irritation chronique sur les parois du foyer, et en modifiant ainsi la sécrétion qui s'opère dans la cavité de l'abcès. Cette explication semble d'accord avec l'observation des faits; elle nous paraît aussi être la plus satisfaisante.

TOPOGRAPHIE DE LYON

sous le rapport de la maladie asiatique;

Par M. BALLY, membre de l'Académie de Médecine.

(Suite. — *Voir* le n° du 30 novembre.)

HÔPITAL MILITAIRE. — L'hôpital militaire, situé sur le quai du Rhône, de même que les deux hospices civils, réunit, soit dans son aménagement, soit dans sa position entre des jardins et le fleuve, toutes les conditions voulues par les lois de l'hygiène la plus rigoureuse. Lorsque je l'ai visité pour rechercher si quelque source d'infection locale avait pu provoquer l'apparition de la maladie asiatique, rien n'a frappé ma vue ni justifié mes soupçons. MM. les médecin et chirurgien en chef eurent l'extrême obligeance de favoriser mes investigations et de m'initier à la connaissance des améliorations apportées à ce vaste établissement, destiné à 900 malades.

La pierre de touche, pour les hôpitaux, est le chiffre de la mortalité, qui ne dépasse pas ici le 19e, en comprenant, à la vérité, les galeux et les vénériens dans le nombre.

Les salles dites des fiévreux et des blessés sont grandes, et les calculs les plus exacts estiment à plus de 20 mètres cubes l'air que peut respirer chaque malade. Le système des ventilateurs adoptés depuis longues années dans les hôpitaux militaires n'a pas fait défaut dans celui de Lyon. Ouverts au niveau du sol, ils correspondent avec ceux de la voûte, et établissent ainsi un courant qui renouvelle l'air et ne permet point aux émanations impures de séjourner. Ces ventilateurs sont les auxiliaires des croisées, qu'on a eu soin de faire larges et hautes. Enfin, les salles, à l'instar de celles de Paris, sont cirées et frottées avec le plus grand soin.

Le problème de la désinfection des latrines a été résolu par l'adoption du système large qui consiste dans des syphons coudés que l'on désinfectait fréquemment au moyen du sulfate de fer pendant la durée de l'épidémie. Le docteur Gensoul avait proposé, on le sait, l'emploi de ce sel dans les vases de nuit, précaution des plus importantes. Enfin, des canaux souterrains conduisent vers les fosses le flot du fleuve, qui entraîne les matières. Il est fâcheux que le noir animalisé soit si coûteux; sa propriété désinfectante, constatée par l'Académie des Sciences, a été mise hors de doute.

De vastes cours, un grand promenoir planté d'arbres, outre qu'ils sont utiles à la récréation, facilitent la circulation de l'air et l'accès de la lumière.

Nulle part il n'est exercé plus de surveillance sur le régime alimentaire, sur la propreté. Aucune maladie que l'on puisse attribuer à des causes locales ne s'est manifestée dans cet édifice depuis 1832, qu'il a reçu sa destination. La méningite, à peu près générale dans toutes les garnisons, n'a point épargné celle de Lyon; mais ce n'était point spécial à cette localité. J'en ai vu quelques exemples à Versailles, dans le service de M. le docteur Faure, petit-fils du grand botaniste Villar, historien des plantes du Dauphiné. M. Faure a rendu compte de cette *épistratie* dans un excellent mémoire. C'est également sur cette haute et importante question que le docteur Lévy, notre collègue, a fait de si savantes recherches.

Invasion. — La maladie asiatique frappe parfois à la porte d'une cité et n'y pénètre point, ce qui inspire une fausse sécurité. Tel fut le sort de Toulon, où deux fois le lazaret reçut l'infection, la population de la ville restant invulnérable jusqu'en 1835. Mais alors quelle affreuse déception!

La résistance de Lyon fut égale en 1832 et en 1849 dans la population civile. Mon ami le docteur Prunelle m'avait raconté qu'à la première époque on signala quatre cas bien positifs: le docteur Brachet en a reconnu cinq, dont deux moururent. J'ai pu prendre des informations exactes dans la famille du colonel Niepse, commandant de la place, l'un de ceux qui avaient été atteints, et le récit des symptômes pathognomoniques ne m'a laissé aucun doute sur la réalité du mal.

En 1849, le nombre des habitants soumis à l'infection ne fut pas plus considérable, mais la mortalité plus grande, car on a compté quatre décès aux environs de l'hôpital militaire. Un médecin aurait parlé de quatorze malades. Nous supposons que les cholérines entraient pour beaucoup dans ce calcul.

Il est donc permis de dire que la maladie asiatique n'a atteint que la garnison. Dès lors une cause générale répandue dans l'atmosphère ne peut être légitimement accusée; mais le mouvement, l'arrivée, le passage continuel des troupes, nécessités par l'état de siége, expliquent facilement le transport de l'infection zootique et sa transmission.

Le chiffre des militaires atteints fut de 110, et la mortalité de 50: succès rare en 1849. Le docteur Angelot, médecin en chef, qui jouit d'une réputation de savoir et de discernement si bien méritée, distingue trois périodes dans les phases de l'invasion.

1re période, du 4 au 15 sept. 1849, 2 malades, 1 mort.
2e — du 10 au 28 nov., 3 malades, suivis de 2 décès.
3e — du 28 novembre au 28 février, 105.

C'est à la 3e période que se rapporte un rapprochement bien remarquable qu'il importe de signaler. Deux soldats, atteints de dysenterie à Rome, avaient été transportés à Toulon, où régnait la maladie asiatique. Après un court repos dans cette ville ils furent évacués sur Lyon, où ils arrivèrent dans un état pitoyable. Quelques jours s'étaient à peine écoulés qu'ils furent tout à coup saisis des symptômes les plus alarmants, caractéristiques de la choladrée aqueuse ou lymphatique, et ils expirèrent dans la nuit du 27 au 28 novembre.

Dès ce moment, sept nouveaux cas se présentèrent chez les malades qui séjournaient depuis quelque temps à l'hôpital. Douze le 4 décembre, et chaque jour jusqu'à 105, venus de divers points.

Une cause auxiliaire, l'inondation du 26 novembre, avait refroidi brusquement l'atmosphère.

Voici maintenant ce qui mérite une attention sérieuse pour apprécier l'étiologie d'une invasion qui choisit ses victimes dans une population jeune et en dehors de la misère. Sur un total de 110 cas, 72 ont pris naissance dans l'hôpital. Fait grave, fait expressif, observé dans bien des hôpitaux, même à Paris, hôpital Beaujon, Charité, Hôtel-Dieu, etc. Celui que nous racontons est bien plus probant, car on ne saurait opposer ici une cause générale, ni même une coïncidence, puisqu'il n'y avait point d'analogue dans le voisinage.

Les 38 autres malades sortaient des diverses casernes, la plupart sur des points culminants, excepté la caserne de Pérache, qui en a fourni le plus grand nombre.

Ajoutons qu'il y eut douze infirmiers atteints, dont cinq succombèrent. Quelques officiers de santé éprouvèrent des indispositions qui n'eurent pas de suite.

Dès que cette recrudescence se fut prononcée, on se hâta de faire sortir de l'hôpital 200 personnes parmi les moins malades. Onze d'entre elles, déjà saturées de miasmes, ne tardèrent pas à rentrer, et il ne sembla pas que cette circonstance contribuât à propager l'infection zootique.

Les personnes qui répugnent à croire à la possibilité de la transmission se sont épuisées en conjectures pour expliquer l'existence du fléau par le vice des localités, vice qui existait bien autrement dans les temps antérieurs, et n'ont jamais rien produit de semblable ni d'analogue. *L'hôpital est mal situé.* Nous avons déjà démontré le contraire; car depuis sa construction rien n'a autorisé un pareil reproche, et messieurs les officiers de santé en chef n'en parlent qu'avec éloge.

Oserait-on accuser le service médical? Mais qui donc peut se flatter d'avoir dans ce genre de maladie rendu la santé à 60 individus sur 110?

Il a fallu, en désespoir de cause, se rejeter sur la presqu'île Pérache; dans des temps éloignés, il était permis d'accuser l'insalubrité du sol; aujourd'hui, les médecins de Lyon affirment qu'une couche épaisse de gravier-sable, qui a exhaussé le terrain, assure l'absorption rapide de l'eau, si bien que les rues y bâties sont des plus saines comme des plus belles. D'ailleurs ne serait-ce pas une puérilité d'aller chercher la source d'une épidémie dans une localité où toute une population est parfaitement en sûreté?

Accusez donc la localité lorsque la prison qui avoisine la caserne de Pérache n'a pas éprouvé la moindre atteinte! Cependant les détenus, couchés sur la paille, mal nourris, mal vêtus, sont encore affaiblis par toutes les causes morales débilitantes. Certes, c'est bien le défaut de communication qui préserve! Mais qu'un individu atteint de choladrée lymphatique y meure, et vous verrez!

On a dit aussi que l'infection émanait des casernes, parce que les soldats y sont entassés et vicient l'air: ce serait accuser bien légèrement la surveillance et la sollicitude de ceux qui président à leur conservation; accuser le génie, accuser l'intendance, accuser les inspections supérieures, accuser la classe si éclairée aujourd'hui des officiers de santé! On oublie d'ailleurs que 38 malades seulement ont été fournis par les casernes, lorsque 72 cas graves ont pris naissance dans l'hôpital avec 12 chez les infirmiers.

Quoi! cet encombrement produit une maladie inconnue parmi nous et, que l'on me pardonne cette répétition, les 80,000 ouvriers, réellement entassés dans des domiciles étroits, dans les rues les plus infectes, sont à l'abri de toute atteinte! Est-ce donc là de la logique? Ce n'est pas que je veuille dire: Ne tenez aucun compte de cette circonstance formidable; hâtez-vous, au contraire, de détruire ces causes auxiliaires d'un redoutable avenir: l'exemple de Toulon est rempli d'enseignements, de menaces.

A l'apparition du fléau, la science éprouva une de ces fluctuations qui ne sont que trop communes, et la réalité du mal fut mise en question. Le docteur Angelot ne se laissa pas abuser, et il se hâta de faire prendre les mesures les plus efficaces pour limiter les ravages d'une maladie dont il avait fait connaissance dans le Pas-de-Calais, et l'on dut à son savoir comme à sa haute intelligence le salut d'une garnison de 25 à 30,000 hommes.

Sur sa demande, les officiers supérieurs ordonnèrent dans les divers corps de diriger sur-le-champ à l'hôpital tout militaire qui se plaindrait de la plus légère indisposition. Chacun recevait ainsi au début les secours d'urgence, parce qu'on avait eu soin de doubler le service de surveillance.

On destina à la maladie suspecte les salles les mieux aérées, les plus saines. Les lits, déjà suffisamment espacés, le furent davantage, de sorte que la somme d'air par chaque individu reçut encore une augmentation. Ces mesures si sages, si hygiéniques avaient également été prises avec un égal succès à Nantes dans la division des militaires par les docteurs Gely et Bonamy.

Moyens thérapeutiques. — Tout malade dès son entrée, soit de jour, soit de nuit, prenait 1 gramme d'ipécacuanha, qui était répété toutes les deux ou trois heures. Ce procédé, que dans le mois de décembre 1848 j'avais vu employer à Lille avec tant de succès par le docteur Plouviez, l'une des notabilités médicales de cette ville, a pour avantage de modérer et même de prévenir le cataclysme diarrhéique; de diriger les mouvements du centre à la périphérie d'une manière toute perturbatrice. La théorie dirait aussi que les miasmes encore flottants ou avant qu'ils n'aient produit la dissolution du sang sont expulsés. Enfin, l'expérience apprend que, si dans le premier stade on peut parvenir à provoquer la sueur, le second avorte. Tout me porte à croire, tout me convainc que, si dès la première heure des prodromes on pouvait ainsi traiter tous les malades, on en sauverait les trois quarts au lieu d'en perdre les deux tiers.

Lorsque l'état algide semblait vouloir se prononcer, le docteur Angelot avait recours aux stimulants diffusibles les plus énergiques, aux agents caléfacteurs les plus efficaces, et il ne craignait pas de couvrir de sinapismes toute la partie antérieure du corps. Il n'admettait les saignées qu'alors que la réaction s'accompagnait de symptômes inflammatoires bien manifestes. Que, si le malade semblait menacé de congestion cérébrale, il posait les sangsues sur les apophyses mastoïdes.

Je n'abandonnerai pas mon récit sans parler d'un acte qui honore autant le bon esprit des officiers de santé en chef que le sentiment religieux qui les a inspirés. La mort avait surpris à Lyon l'inspecteur général Larrey arrivant d'une mission en Algérie. Ces messieurs, chargés des préparatifs nécessaires pour qu'il pût être transporté à Paris, furent jaloux de conserver quelques parcelles de ce corps qu'animait tant de dévouement, d'héroïsme, d'abnégation, et qui, comme Ambroise Paré de Laval, avait donné tant de relief à la chirurgie militaire. Après avoir desséché l'intestin, ils le renfermèrent dans une urne de forme antique, non sans avoir préalablement obtenu l'assentiment de son digne fils, et le placèrent sur la bibliothèque de l'établissement. Là, sous les regards des élèves, ce modeste monument rappelle de grands souvenirs et prépare l'esprit et le cœur à l'imitation des vertus qui ont illustré cet homme de bien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 décembre 1850. — Présidence de M. DANYAU.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance.

M. Chapil, de Saint-Malo, adresse à la Société une lettre dans laquelle il expose ses titres à l'appui de sa candidature comme membre correspondant.

Ostéosarcome du membre supérieur. Amputation du bras près de l'épaule. Guérison, chez un vieillard de 76 ans.

M. LARREY présente, au nom de M. Lacôme (d'Argilès), le modèle en plâtre d'un bras affecté d'une énorme dégénérescence ostéosarcomateuse, et il donne l'extrait suivant de cette observation:

Un cultivateur âgé de 76 ans, doué d'une forte constitution, et ayant toujours joui d'une bonne santé, ressentit pour la première fois, dans le mois de mai 1836, des douleurs vagues dans l'articulation du coude gauche. Ces douleurs, survenues sans cause appréciable, furent négligées pendant un an par le malade, qui, s'apercevant d'une augmentation de volume dans ce coude, comparé à l'autre, consulta un médecin. Divers moyens de traitement furent employés sans succès. Le volume du membre augmenta d'une manière progressive, et les douleurs devinrent, à la longue, tellement vives et lancinantes, qu'elles finirent par exiger un repos absolu.

Le 1er juin 1846, une dizaine d'années après la première apparition du mal, M. Lacôme fut appelé auprès du malade, qui n'avait pas quitté le lit depuis 23 mois.

La tuméfaction du membre s'étendait depuis le tiers supérieur du bras jusqu'au tiers moyen de l'avant-bras; la forme de cette tumeur semblait comparable à un jambon, et sa consistance, dure, résistante, était lisse à sa surface. Un œdème considérable avait envahi le reste de l'avant-bras et

toute la main. Une ulcération enfin s'était formée à la face externe de l'articulation huméro-cubitale donnant issue à une matière sanieuse assez abondante. La motilité du membre se trouvait complétement abolie, et la sensibilité, presque nulle au contact, n'empêchait pas des douleurs profondes de se manifester. Une exploration attentive ne faisait découvrir aucune altération viscérale, et les ganglions axillaires, si voisins de la tumeur, n'étaient pas engorgés.

M. Lacôme décida le malade à se laisser couper le bras. Malgré son état de marasme et son âge avancé, l'amputation, faite par la méthode circulaire au niveau du col chirurgical de l'humérus, n'offrit rien de notable. La réunion immédiate ne put être supportée; mais, à part quelques incidents sans importance, la cicatrisation fut complète au bout de six semaines. Aujourd'hui enfin, c'est-à-dire quatre ans et demi après l'opération, aucun indice de récidive ne s'est montré, et la guérison paraît définitive.

Le membre, pesé aussitôt après l'amputation, avait le poids énorme de 23 livres; les dimensions de la tumeur étaient, en baut, de 60 centimètres de circonférence, et de 40 en bas. Cette tumeur, aplatie à sa face postérieure, était inégale, bosselée à sa face antérieure; l'ulcère, située au niveau du bord externe de l'articulation huméro-cubitale, donne issue à une matière brunâtre semblable à de la suie délayée; enfin, la substance de l'humérus, du cubitus et du radius, détruite, désorganisée dans toute l'étendue qui a été le siége de la dégénérescence, a complétement disparu; et les tissus voisins, confondus entre eux, sont transformés en une masse inégale, bosselée, offrant les caractères de l'ostéosarcome.

M. Larrey regrette que la pièce anatomique n'ait pu être conservée.

Le développement assez rare de l'ostéosarcome dans le membre supérieur, sa longue durée sans phénomènes de diathèse cancéreuse, surtout chez un vieillard de 76 ans, qui a pu survivre aussi longtemps à la maladie et à l'amputation du bras sans qu'aucun indice de récidive se soit déclaré, tels sont, dit M. Larrey, les circonstances qui prêtent de l'intérêt à cette observation.

M. Auzias-Turenne termine la lecture de son long mémoire sur la vaccination syphilitique, ou de la syphilisation.

Une commission composée de M. Vidal, Chassaignac, Cullerier (rapporteur), est chargée de faire un rapport.

M. Chassaignac présente à la Société trois malades.

1° L'un est un vieillard de 70 ans, opéré il y a six mois, à l'hôpital Saint-Antoine, d'une hernie entéro-épiploïque étranglée. Une portion d'épiploon considérable, à peu près du volume du poing, fut excisée. Une ligature fut appliquée en masse sur le pédicule; cette ligature ne s'est détachée qu'au bout de plusieurs semaines. Il y a une certitude que ce pédicule, que l'on sentait toujours au collet du sac, y ait contracté des adhérences. Malgré cela, la hernie s'est reproduite. Ce fait est présenté pour servir de document dans un travail qui sera soumis à la Société.

2° Le second malade est un jeune homme de vingt et quelques années, présentant à la région lombaire une tumeur en forme de gâteau, ayant à peu près les dimensions du fond d'un chapeau. Cette tumeur offre les caractères d'un lipome, quoique ce diagnostic ait parn contestable à plusieurs membres de la Société. Les uns ayant opiné pour un *spina-bifida*, d'autres pour une tumeur veineuse. Ce qui a conduit à admettre que c'est un lipome, c'est qu'il existe sur dix à douze autres points du corps de petites tumeurs, dont une a été ouverte par M. Chassaignac et lui a présenté les caractères incontestables du lipome.

Ce malade est présenté à la Société à titre d'exemple, dans le but d'établir sur l'étiologie du lipome cette opinion, que cette tumeur est due tout simplement dans beaucoup de cas à une atrophie partielle de la pean.

3° Le troisième malade est celui que M. Chassaignac avait présenté avant et après l'opération d'une tumeur de la mâchoire. Aujourd'hui la récidive est tout à fait évidente. Les dents voisines du lieu primitif de la tumeur sont manifestement ébranlées. L'os maxillaire paraît épaissi.

Voici comment la récidive s'est annoncée.

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, le malade revint à la consultation. Il présentait dans le lieu où avait été enlevée la tumeur un caillot ou quelque chose de ressemblant à un caillot, et qui sous la simple pression du doigt s'énucléa tout à coup de l'excavation maxillaire, comme cela avait eu lieu au moment de l'opération. Le lendemain, retour du malade à la consultation; nouvelle production de cette matière fibriniforme; expulsion également facile; perte de sang assez abondant; excavation touchée avec la solution de nitrate d'argent et tamponnée. Les jours suivants, plus de doutes sur l'existence d'une récidive confirmée. Rentrée du malade à l'hôpital, où il doit être opéré demain jeudi 5 décembre.

Le vice-secrétaire, Demarquay.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 novembre 1850. — Présidence de M. Pertus.

La correspondance comprend l'envoi du Bulletin de la Société médicale du département du Nord.

M. Serrurier donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. le docteur Fouquier. Son insertion au procès-verbal est adoptée.

— Une commission, composée de MM. Serrurier, Moret, Pertus, Foucart et Picard, est nommée pour s'occuper de la publication des travaux de la Société.

— M. le Dr Foucart lit, ponr faire suite au travail commencé par lui dans la séance du mois de février, deux observations nouvelles relatives à l'emploi de la suture dans les réunions immédiates des plaies, et à ses avantages. (*Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 3 décembre.) Il termine par les considérations suivantes, qui forment ses conclusions :

« Le point sur lequel je me suis proposé d'appeler plus particulièrement votre attention dans eette note, c'est l'emploi de la suture avec les épingles dans une foule de plaies plus on moins étendues et profondes, suites d'accidents qui surviennent journellement.

» J'y tronve de nombreux avantages.

» On obtient d'abord une affrontation plus parfaite des lèvres de la plaie, qui, une fois mises en contact, ne peuvent plus s'éloigner par les mouvements imprimés par le sujet aux parties divisées. Il est toujours bon, cependant, lorsque cela est possible, d'empêcher ces mouvements à l'aide d'un morceau de carton ou d'une attelle, et d'une bande ou d'un mouchoir plié en cravate.

» La compression et l'affrontation exacte des parties divisées empêchent souvent les hémorrhagies lorsqu'il ne s'agit que de petits vaisseaux.

» Lorsque la blessure donne beaucoup de sang, s'échappant en nappe, et sans qu'il soit possible de s'attaquer à un vaisseau artériel pour en faire la ligature ou la torsion, les bandelettes agglutinatives de diachylon ou gélatineuses ne prennent que difficilement sur la peau et se décollent très-aisément, désavantage que n'offre prs la suture.

» Enfin, le chirurgien n'a pas toujours sous la main ces bandelettes, tandis qu'il n'est pas de localités où l'on ne trouve, et sur-le-champ, du fil et quelques épingles.

» Je sais que l'on a fait des objections nombreuses. Et d'abord, la douleur. — Je compte pour rien la douleur causée par la suture, douleur insignifiante en face des résultats que procure ce mode de réunion. « Si la suture augmente un peu la douleur, a dit Sharp, » on est bien dédommagé par la rapidité de la guérison. D'ailleurs, » le danger des opérations tient moins à la douleur de l'opération » qu'à celle qui résulte des accidents. » Puis, ajouterons-nous, la sensibilité n'est-elle pas toujours plus obtuse ou diminuée dans des parties où un certain nombre de filets nerveux ont été divisés, ou bien qui ont été soumis à une contusion plus ou moins violente?

» Que si l'on objecte l'étranglement des tissus par suite du travail inflammatoire possible, nous ferons remarquer que ce travail inflammatoire, s'il est possible, est loin d'être constant et fatal; que, dans nombre de cas semblables aux précédents, l'adhésion se fait avant qu'il ait pu se produire; que si une tuméfaction survenait par suite de l'inflammation et qu'il y eût étranglement des tissus, rien ne serait plus facile que de couper les fils de la suture entrecoupée ou de retirer, sans déranger les fils de la suture entortillée, les épingles ou les aiguilles qui traversent les tissus. Les fils agglutinés par l'exsudation plastique suffiraient encore encore souvent pour maintenir, dans certaines limites utiles, les parties en contact.

» Ajoutons enfin, comme dernier avantage, celui de n'exiger d'autre pansement qu'une compresse mouillée d'eau froide sur la plaie, au lieu de ces bandes nombreuses et compliquées dont on est forcé de faire usage dans les autres modes de réunion.

» Repoussons donc avec Serre les assertions de Pibrac, de l'Académie de chirurgie, leqnel prétendait que l'on devait restreindre beaucoup l'emploi de la sutnre qui, suivant lui, retarde la cicatrisation des plaies. Disons qu'une fausse interprétation des faits l'a conduit à des conclusions erronées; qu'aucun des cas rapportés par lui ne prouve rien contre la sutnre, que beaucoup d'entre eux prouvent au contraire en sa faveur, et imitons, toutes les fois que faire se pourra, la pratique des chirurgiens de Montpellier, qui tentent presque toujours la réunion immédiate, et font un fréquent usage de la suture. A supposer que la réunion ne s'effectne pas comme on le désire, la plaie ne se retrouvera pas dans de plus mauvaises conditions que si la réunion par première intention n'avait pas été tentée, et l'on aura couru la chance heureuse d'une guérison rapide et plus parfaite que par toute autre méthode.

» Ajoutons encore, car c'est surtout pour arriver à cette démonstration que nous avons rapporté les quatre premiers faits cités dans ce travail, qu'une fois admis le principe, à savoir : — que la réunion immédiate doit être tentée dans le plus grand nombre de cas possible, c'est-à-dire, toutes les fois qu'elle est praticable, et que la suture est le meilleur moyen de l'obtenir; — c'est à la suture la plus simple qu'il faut avoir recours, à celle dont les éléments se trouvent généralement répandus partout, c'est-à-dire à la suture par les épingles, toutes les fois que les circonstances le permettent.

» Enfin qu'en chirurgie, pas plus qu'en médecine, il n'est de petites affections, de cas à négliger à cause de leur peu d'importance apparente; et qu'il convient d'appliquer les règles précédentes aussi bien aux petites plaies causées par des accidents qu'à celles qui résultent de grandes opérations. »

Discours de M. Serrurier.

La mort, vous le voyez, Messieurs, la mort n'épargne ni les grands, ni les petits; la différence seule, c'est que la mémoire des uns appartient à l'histoire, la mémoire des autres à l'humanité. Ce titre a son prix; car l'homme qui durant sa vie s'est voué au soulagement de ses semblables a des droits à leur reconnaissance, à leurs souvenirs. Qui pourrait mieux les réclamer, si ce n'est celui sur la tombe duquel nous sommes appelés à faire entendre nos regrets, à payer à sa mémoire le dernier tribut, tribut si justement mérité!

La Société de Médecine-Pratique venait de perdre son président, Antoine Dubois; et veuve, elle cherchait à se consoler en appelant auprès d'elle un homme dont l'expérience et le savoir pussent lui offrir un dédommagement dans la perte qu'elle était condamnée à subir.

M. Fouquier fut choisi à l'unanimité. Le jour où il accepta la présidence fut pour la Société un jour de bonheur. En pouvait-il être autrement, lorsque, dans cette même Société, plusieurs de ses membres, formés à l'école de ce digne professeur, retrouvaient en ce moment, non plus son maître, mais un ami toujours empressé de les éclairer de sa longue et judicieuse pratique, et de se montrer également disposé à être aussi utile qu'agréable aux uns comme aux autres?

Son langage avait cette douceur qui peignait la tranquillité de son âme; nulle prétention dans ses discours; la vérité dans toute sa simplicité, mais cette simplicité noble, portant la conviction et rappelant à chacun cette époque où, avide de connaissances, la jeunesse se rendait avec empressement à ses conrs, pour rentrer ensuite dans le silence du cabinet et mettre en ordre les faits, les réflexions pratiques par lesquels il savait avec art fixer l'attention de ses nombreux et assidus auditeurs.

En même temps que s'élevait la réputation du maître, en même temps s'animait l'ardeur du jeune élève, qui apprenait sous un professeur aussi zélé à former son jugement, à cultiver les règles pratiques qui lui étaient enseignées, et à se préparer pour l'avenir cette carrière qui, pour être déshonorée par le charlatanisme, n'en reste pas moins onverte au mérite, à l'ambition du talent protégé par des maîtres qui se connaissent et savent s'apprécier.

M. Fouquier était aimé. Nous ne lui avons jamais entendu dire qu'il se fût créé des ennemis. Il eût été bien coupable, et il le serait encore plus celui qui voudrait attaquer la mémoire d'un homme qui dans ses mœurs montra tonjours cet oubli de lui-même pour s'occuper de ce qui le touchait de près. Bon époux, bon père, bon ami, du caractère le plus modeste, le plus obligeant, le plus pacifique, il offrait à la fois le modèle du sage et l'exemple du dévouement le plus sincère pour ceux de ses confrères qui avaient recours à son expérience. Il proposait, et ne prononçait que d'accord avec le médecin qui avait désiré de s'éclairer de ses conseils.

C'est ainsi qu'il avait vu, par son travail, par la confiance qu'il avait inspirée, sa réputation grandir, s'étendre, s'affermir et rivaliser avec celle des médecins qui avaient élevé leur renommée au summum de la gloire et, par suite, de la fortune.

Il jouissait sans orgueil, sans fierté, sans vanité du fruit de ses travaux; il souriait d'avance à cette douce retraite qui devait abriter ses vieux jours, retraite que s'était occupée d'embellir une épouse aimable, toute dévouée à lui, à ses intérêts, à son bonheur personnel, lorsque la mort inexorable vint la frapper elle-même au moment où elle croyait lui consacrer une existence dont le ciel sut à l'improviste abréger le cours. Dès cet instant, il se sentit anéanti; pour lui la vie ne fut plus qu'un songe, et son cœur, percé d'un trait aussi aigu, en conserva toujours le douloureux et ineffaçable souvenir.

Il est, Messieurs, de ces douleurs dont l'impression ne se détruit jamais. Elles sont pour les âmes sensibles le vautour de Prométhée; sans cesse elles se renouvellent ou plus lentes ou plus aiguës, et si quelque chose doit les abréger, c'est lorsque la présence d'un second nous-mêmes peut récréer notre imagination, et nous offrir en réalité un modèle de l'être aimé que la mort nous a ravi.

Mais qui peut compter sur les beaux jours de la jeunesse? qui peut assurer que cette jeune et brillante fleur vivra aussi longtemps qu'on en a le désir? C'était sur sa fille que notre digne confrère semblait reposer le poids de ses dernières et vieilles années. Il avait éprouvé toute l'incertitude de la fortune et des événements; il s'en consolait pour lui, sans oublier que la confiance souveraine dont il avait été honoré lui était conservée dans l'exil, ainsi que l'amitié dont il s'était rendu si digne.

Mais telle fut la fatalité qui, sans qu'on puisse l'expliquer, vint s'abattre sur la France et changer la destinée de nombreuses familles, l'atteindre lui personnellement dans la place qu'il avait su conquérir avec autant de modestie que de dévouement. Pourrait-on dire que ce fut la fortune qui excita son ambition? Peut-on dire que ce fut l'intrigue qui l'encouragea? Non, Messieurs. Notre confrère savait tout ce qu'il valait; il n'alla pas au-devant de la faveur, mais il l'attendit. L'humanité applaudit au choix, et la reconnaissance s'empressa de répondre à un si noble appel.

Rien donc, Messieurs, ne manquait à cette honorable mission. En la remplissant, M. Fouquier sut se concilier la bienveillance et je dois dire l'affection de toute une famille qui, dans l'exil, avait conservé pour lui une telle confiance qu'elle avait cru que le chef suprême de la famille ne pouvait expirer sans avoir offert son dernier soupir au médecin honorable auquel elle voulait jusqu'à l'heure suprême prouver sa confiance et sa vive affection.

Mais la maladie l'avait surpris lui-même; elle avait déjà enfoncé profondément son aiguillon, et quelques jours plus tard le souverain et le médecin devaient se rejoindre dans un autre séjour.

Ainsi finit l'existence.

On s'est demandé sans doute quelles sont les causes d'une mort aussi rapide? Je vous les ai laissées déjà entrevoir. Une épouse qu'il chérissait enlevée à ses plus douces affections; une fille dont, six mois auparavant, il avait vu couronner l'alliance avec le fils d'une de nos grandes illustrations médicales; cette fille bien-aimée, atteinte tout à coup d'une maladie dont il essaya, mais en vain, d'arrêter les progrès, succombant en peu de jours dans un âge où la véritable existence commence, renouvelèrent dans son âme ces chagrins que le temps, je le répète, adoucit, mais n'efface pas.

Est-il en effet pour un père plus affreuse situation! Le bouleversement de l'âme, le trouble de la sensibilité physique donnent à tout l'organisme une commotion telle que les fonctions se désorganisent, que les ressorts se brisent, et la mort, dans un espace de temps plus ou moins rapproché, vient terminer cette scène de douleurs, de souffrances que l'habileté la plus exercée ne saurait combattre ou annuler.

Telle a été, Messieurs, le terme de la carrière laborieuse et honorable de M. le professeur Fouquier, de cet homme si estimable et si estimé, de ce professeur si vénéré, si bienveillant, dont l'urbanité s'exerçait avec une sorte de prédilection aussi bien sur ses amis que sur les étrangers, et dont la parole douce attirait vers lui ceux qui croyaient devoir user de ses conseils, lesquels, toujours sages et pratiques, fortifiaient l'assurance des uns, ranimaient le courage des autres, et surtout des jeunes médecins devant lesquels s'ouvrait une carrière difficile, hérissée si souvent des plus cruelles épines ou abreuvée de la plus noire ingratitude.

Il ne nous reste plus, Messieurs, qu'à déposer nos regrets sur cette tombe qui va se fermer pour jamais; ces regrets sont, pour les uns, les souvenirs du cœur; pour les autres, le tribut de la reconnaissance.

Disons-lui tous le dernier adieu, et prions le ciel que la terre lui soit légère.

Adieu! adieu!

Dr G. Picard, *secrétaire annuel.*

OBSERVATION DE POLYPES DU RECTUM CHEZ L'ENFANT;

Par MM. les docteurs Vallez et Guillery, de Bruxelles.

Dans le courant du mois d'août 1850, je fus appelé chez le sieur M... pour donner mes soins à un enfant du sexe masculin, âgé de trois ans et demi, qui, à la suite d'une selle, venait d'éprouver une perte de sang assez considérable.

Après avoir examiné les linges teints d'un sang très rouge, j'inspectai l'anus du petit garçon; j'y vis une tumeur de la grosseur d'un jaune d'œuf, de teinte veineuse, arrondie, rénitente et indolente au toucher, d'apparence charnue; je la pris pour un véritable polype du rectum.

La mère m'apprit que depuis cinq mois son fils était indisposé, que, malgré le régime tonique auquel on le soumettait, il dépérissait, devenait triste et pleureur; elle ajouta que, trois mois auparavant, elle avait donné à l'enfant une décoction d'ail dans du lait, espérant le débarrasser des vers dont elle le croyait tourmenté; depuis l'ingestion de cette drogue, elle n'avait vu aucun entozoaire; mais chacune des selles était constamment teinte d'une couche de sang. Mme M... me fit encore observer que, dans les premiers jours du présent mois (août), elle avait eu occasion de voir les *fèces* de son enfant, et qu'elle avait parfaitement reconnu dans le vase six ou sept boules rougeâtres, d'égale grosseur à peu près, et ressemblant toutes à des cerises dites portugaises : ces boules, destinées à être montrées au médecin, furent perdues par l'imprudence de la domestique. Depuis cette époque, le petit malade perdait une certaine quantité de sang avant et après l'acte de la défécation; il était très abattu et n'avait plus envie d'aucune nourriture.

Ne voulant agir qu'avec toute la circonspection possible, je fis mander mon confrère le docteur Guillery. Nous examinâmes ensemble l'état du petit M...; nous trouvâmes l'enfant pâle, anémique, les yeux enfoncés dans les orbites, les pu-

pilles dilatées, la langue légèrement blanche, le ventre ordinaire, mais un peu météorisé.

Nous constatâmes, en outre, que l'excroissance polypeuse avait un assez long pédicule de la grosseur d'une plume d'oie, entièrement formé par la membrane muqueuse et qu'il était exempt de pulsation. Etant parfaitement tombés d'accord pour le diagnostic et le traitement, nous procédâmes à l'enlèvement du produit morbide. A cet effet, nous suivîmes le procédé d'Aëtius pour les polypes en général, qui consiste, comme l'on sait, à saisir le pédicule à l'aide d'une pince à pansement et à arracher ainsi la masse anormale faisant saillie. Aucune hémorrhagie n'eut lieu.

L'enfant étant remis de son émotion, nous sondâmes le rectum à l'aide du doigt auriculaire enduit d'un corps gras, et nous sentîmes dans cet organe, à une élévation de deux bons pouces, une espèce de fossette due probablement à la lésion de la muqueuse par le point d'adhérence du polype. Nous prescrivîmes un régime maigre, quelques boissons émollientes, le repos et des fomentations d'eau froide à la région anale. Le lendemain, l'enfant était calme; il accusait de l'appétit; il avait eu une selle faiblement sanguinolente. Le surlendemain, il y avait un peu de réaction, de nombreuses selles étaient mélangées de matière sanguine et de vives tranchées tourmentaient souvent l'enfant. Un bain émollient et du sirop calmant conjurèrent ces symptômes; depuis lors, les tranchées et les déjections avaient considérablement diminué. Deux jours plus tard, nous prescrivîmes le sirop d'iodure de fer et l'usage d'un régime analeptique. Aujourd'hui, la constitution du fils de M. M... s'est améliorée; il ne perd plus de sang; en un mot, tout va bien.

Inspection microscopique. — M. le professeur Gluge, consulté sur la nature de cette production accidentelle, nous a ainsi formulé son opinion :

« C'est une tumeur épithéliale ou polype de la muqueuse du rectum. Une enveloppe mince l'entoure. Son tissu est parcouru par des vaisseaux capillaires en petit nombre. La masse principale de ce polype est formée par des noyaux de cellules polygonales et par des fibres.

» Au reste, la notion du polype est trop vague encore pour que l'on puisse porter un pronostic certain. »

C'est à peine si dans les ouvrages modernes on trouve quelques traces de polypes du rectum.

Desault en a rencontré un cas chez un laboureur; la tumeur était située à six pouces au-dessus de l'anus; sa grosseur égalait celle d'un œuf.

En 1844, le docteur Dotzaner, de Bamberg, en a publié trois cas remarquables, qui ont été rapportés dans le *Journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.* Il est donc à supposer que cette maladie est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, si l'on considère que ces corps anormaux peuvent être évacués à l'insu du malade et des personnes qui l'entourent.

Les autres points sur lesquels nous appellerons encore l'attention de nos lecteurs sont :

Les hémorrhagies fréquentes occasionnées par la présence de ces productions accidentelles, qui compromettent la santé de l'individu affecté.

La difficulté du diagnostic dans les cas où l'individu ne rejette aucune de ces tumeurs (surtout si elles ne peuvent être constatées ni par la vue, ni par le toucher).

Enfin, l'âge tendre de notre malade, la rareté de cette affection, le nombre des tumeurs, leur nature, leur densité, leur forme, leur indolence, le siége du polype; telles sont les raisons qui nous ont engagés à livrer notre observation à la publicité. (*Journal de médecine de Bruxelles.*)

SUR UNE VARIÉTÉ DE LA MYOPIE (MYOPIA IN DISTANS), importante à connaître pour la visite des conscrits.

Traduit de l'allemand par M. le docteur Binard.

MM. Sichel et Kerst ont dernièrement appelé l'attention sur une espèce particulière de myopie (*Annales d'oculistique*, tome XVII, p. 190). Ainsi, des personnes qui peuvent distinguer de petits objets à une distance relativement assez grande, qui peuvent, par exemple, lire couramment à la distance de 12 à 18 pouces, sont dans l'impossibilité de reconnaître certains objets d'un gros volume, très éloignés, mais encore visibles pour des yeux modérément presbytes, tels qu'un arbre, une maison, etc. C'est ainsi que M. Kerst a observé trois écoliers qui lisaient couramment le caractère ordinaire à une distance de 15 à 20 pouces, et qui cependant ne pouvaient pas distinguer des lettres de 3 à 4 pouces de hauteur qu'on avait tracées avec de la craie sur un tableau placé à une distance de 12 à 20 pieds. J'ai eu aussi souvent l'occasion de rencontrer ce défaut de la vue, auquel je propose de donner le nom de *myopia in distans.* Cette affection doit nécessairement appartenir à l'histoire générale de la myopie. Elle se range parfaitement sous la définition que Ruete donne de la myopie, qu'il appelle un état spécial de la vision, dans lequel les objets peu distants sont bien et convenablement aperçus, tandis que les objets plus éloignés ne le sont qu'imparfaitement ou pas du tout. La définition que Weller et Himly donnent de la myopie, qui, d'après eux, est un état dans lequel on doit approcher de ses yeux, à une distance de moins de 10 pouces, des caractères moyens pour les reconnaître, est, au contraire, beaucoup trop restreinte.

Voici comment M. Sichel explique le développement de la *myopia in distans.* Les personnes myopes à un degré modéré ont, avec les progrès de l'âge, par suite d'exercices continuels de la faculté d'accommodation, obtenu une telle amélioration qu'elles peuvent lire le caractère ordinaire à la distance de 12 et même de 16 pouces. Mais elles n'ont exercé leurs yeux de cette manière que sur les objets peu distants; aussi leur vue n'a rien gagné et ne peut rien gagner pour bien apercevoir les objets moins rapprochés : il résulte de là que, relativement à ces derniers, la myopie persiste. Cette manière de voir me paraît fondée. Comme preuve à l'appui, je crois pouvoir citer le fait suivant :

O..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, dont les yeux offrent une convexité normale de la cornée, l'iris d'une couleur brunâtre, et une pupille habituellement d'un diamètre normal, a un strabisme interne du côté gauche; il voit, en conséquence, confusément les objets peu distants ou éloignés, et il les aperçoit comme à travers un voile épais. De l'œil droit il voit bien les objets peu distants et peut lire sans lunettes le caractère moyen, à la distance de 10 pouces. Il ne voit que d'une manière imparfaite les objets plus éloignés : à cent pas il ne peut pas, à l'œil nu, distinguer un homme d'une femme. Pour bien voir les objets distants, il doit faire usage de verres très convexes (n° 8), anomalie d'un intérêt tout particulier. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que O..., qui autrefois était graveur, devait se servir fréquemment de la loupe en travaillant. Avec des verres concaves, il voit moins bien qu'à l'œil nu.

J'ai aussi observé cette variété de la myopie chez des jeunes gens qui n'avaient jamais rien tenté pour améliorer l'état de leurs yeux.

Il est facile de comprendre combien la connaissance de ce défaut de la vue a d'importance pour le médecin qui est chargé de la visite des conscrits. La plupart des moyens employés jusqu'ici pour constater la myopie reposent sur la portée de la vue pour les objets peu distants : c'est ainsi que Carron du Villards conseille de faire lire au moyen de lunettes de foyers différents. Dans ce but, Bourgeot de Saint-Hilaire a fait construire un optomètre spécial. Si, à l'aide de cet instrument, il est permis d'apprécier les limites de la vue pour les objets peu distants, on pourra aussi juger par là de la portée de la vue pour les objets plus éloignés. Cependant, ce n'est pas le cas dans la *myopia in distans*, puisqu'ici il n'y a pas de myopie pour les objets rapprochés. Il est donc, par conséquent, fort important que le médecin chargé de la visite des hommes de guerre sache qu'il est des cas dans lesquels certains individus peuvent lire dans un livre, à une distance normale et sans le secours de lunettes, bien qu'ils soient d'ailleurs incapables de bien voir les objets relativement plus éloignés. Néanmoins, il faut avouer qu'il sera difficile, dans des cas semblables, de trouver un moyen capable de constater l'affection et d'empêcher toute erreur.

(*Archives belges de Médecine militaire.*)

Nouvelles du choléra.

A la date du 14 novembre, le choléra faisait à la Jamaïque d'affreux ravages. Le nombre des morts était si considérable, et la difficulté de trouver des hommes pour les inhumer si grande, que le gouverneur s'était vu obligé de se servir des condamnés en leur promettant une commutation de peine. Les médicaments avaient manqué, et il avait fallu expédier un bateau à vapeur à San-Yago de Cuba pour en chercher.

NOUVELLES.

Concours pour la chaire de clinique externe. — L'Académie a désigné samedi dernier les juges qui feront partie du jury pour le prochain concours qui va s'ouvrir à la Faculté de Médecine de Paris. Ce sont : MM. Bégin, Hervez de Chégoin, Gimelle, Larrey et Réveillé-Parise.

— Par décrets individuels du 10 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.

Officier : M. Destouches, médecin de bienfaisance de la ville de Metz.

Chevaliers : M. Vallée, médecin en chef de l'hôpital de Vernon.
M. Thomas, chirurgien en chef des hospices de Nevers.
M. Duplan, chirurgien en chef de l'hospice de Tarbes.
M. Dumont, médecin adjoint de l'hospice national des Quinze-Vingts.
M. Portalès, médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement de Paris.
M. Chambert, médecin du quartier des aliénés à Montauban.
M. Tuilier, médecin en chef de l'hospice de Limoges.
M. Lesueur, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine.
M. Roux, pharmacien professeur de la marine.
M. Favre, chirurgien de 1re classe de la marine.
M. Saint-Pair, chirurgien de 1re classe de la marine.
M. Fleschut, chirurgien aide-major au 1er régiment de chasseurs d'Afrique.

— Par décrets individuels du 11 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.

Officier : M. le docteur Civiale, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Chevaliers : M. Wurth, agréé et professeur suppléant à la Faculté de médecine de Paris.
M. Barilleau, professeur de clinique interne à l'école secondaire de médecine de Poitiers.
M. Long, docteur en médecine.
M. Mathieu, docteur-médecin.

— M. Lezat, chirurgien-major de 1re classe à la succursale des Invalides à Avignon, a été désigné pour l'hôpital militaire de Marseille le 28 novembre.

— M. Coste, professeur au Collége de France, commencera son cours le mardi 24 décembre prochain, à une heure précise, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

CHANGEMENT DE DOMICILE. — Les bureaux de la *Caisse centrale des Médecins* seront transférés, de la rue Quincampoix, 69, à la rue Joquelet, 7, à partir du 20 décembre courant.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — No 149. (23e ANNEE.) JEUDI 19 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, en face de l'Académie de médecine.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris au bureau du journal, rue des Saints-Pères, 38, hors de Paris dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement pour Paris et les départements : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 18 DÉCEMBRE 1850.

Séances des Académies.

Les séances publiques des deux Académies se sont suivies de près. On sait que pour le public tout l'intérêt de ces séances se concentre dans les éloges que prononcent messieurs les secrétaires perpétuels.

A l'Académie des sciences, M. Arago a fait entendre par l'organe de M. Laugier l'éloge de Poisson. Malgré la détérioration qu'a éprouvée la santé de M. Arago, on a retrouvé dans cet éloge les qualités brillantes qu'on était accoutumé à admirer dans ses précédents discours. Nous regrettons que la trop grande distance des études qui ont rempli la vie de Poisson et des nôtres nous interdise de rapporter quelques fragments de cette remarquable composition.

Nous prendrons heureusement notre revanche avec M. Fr. Dubois qui, dans un sujet moins favorable peut-être que ceux qu'il avait traités précédemment, a su néanmoins se maintenir à la hauteur à laquelle il s'était placé dans ses précédents éloges. Il a trouvé du reste, dans des applaudissements unanimes, une douce récompense aux pénibles devoirs de sa position; nous disons pénibles, car nous ne sommes pas de ceux qui pensent que de tels éloges peuvent s'improviser; nous trouvons au contraire qu'ils *sentent l'huile*, et cette odeur, pour nous comme pour le grand orateur d'Athènes, est un grand compliment bien loin d'être un blâme.

Nous ne devons pas terminer sans faire remarquer que les médecins militaires ont pris cette année une large part aux couronnes académiques, comme pour donner un honorable démenti aux arguments à l'aide desquels on a voulu consommer leur désorganisation. Puissent ces nouveaux succès hâter enfin l'adoption d'une bonne organisation du service de santé des armées, et faire aux médecins une position meilleure et à laquelle ils ont tant de droits ! — H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. ABEILLE.

Des kystes péri-hépatiques séreux, purulents ou hydatiques.

(Suite et fin. — *Voir* les numéros des 7 et 12 décembre.)

OBS. II. — *Kyste hydatique péri-hépatique. Suppuration du kyste. Abcès multiples dans le foie par infection purulente.*

AUTOPSIE 24 HEURES APRÈS LA MORT. — *Habitus.* — Roideur cadavérique : plaque noire, violacée, de 19 centimètres de haut sur 8 de large, aux parties moyennes et inférieures postérieures droites du thorax. Quelques vésicules pleines de sérosité ictérine surmontent cette plaque. Pertes de substances à fond gris-noirâtre sur cinq points divers de cette même étendue. — Teinte jaune-safran de toute la surface cutanée.

Cavité crânienne. — Vacuité des sinus longitudinal et latéraux.

Cerveau. — Plaques de pus jaune-verdâtre, semi-concret, longeant à intervalles entrecoupés les rebords des hémisphères le long de la grande scissure longitudinale. Ce pus est enfermé entre l'arachnoïde et la pie-mère. D'autres plaques purulentes, nombreuses, de diverses dimensions, depuis 4 centimètres et au-dessous, existent en divers points de la surface des hémisphères. Le gauche en est plus pourvu que le droit. Sur sa partie latérale moyenne, il en existe une qui simule un abcès du cerveau et forme une bosselure. En détachant l'arachnoïde et la pie-mère, la substance cérébrale se présente intacte au-dessous ; la plaque purulente a bien un 1 centimètre d'épaisseur.

A la face supérieure du cervelet existent aussi des plaques purulentes qui envoient des prolongements à la face inférieure et à la commissure des nerfs optiques. Des plaques de même nature enveloppent la protubérance annulaire et la moelle allongée.

Les ventricules latéraux ne contiennent que quelques gouttes de pus fluide de la même couleur. Les autres ventricules n'en contiennent pas.

Les substances cérébrales blanche et grise paraissent avoir plus de consistance qu'à l'état normal; elles résistent souvent à la pression du doigt. Au-dessus du ventricule droit, vers la partie moyenne de l'hémisphère, est une plaque rouge de 4 centimètres de diamètre, provenant d'une suffusions anguine qui pénètre intimement la substance grise à deux et trois lignes de profondeur. Le lavage ne décolore point ce tissu, qui paraît ramolli et friable en cet endroit.

Le long de la moelle, à la face postérieure, on remarque une exsudation purulente sous-arachnoïdienne, plus épaisse aux renflements cervical et lombaire. Cette exsudation est semi-solidifiée; on peut la détacher en incisant longitudinalement l'arachnoïde et la pie-mère.

Cœur. — La duplicature du feuillet péricardite adhère à elle-même au moyen de brides cellulo-fibreuscs, minccs et résistantes. Autour de la pointe du cœur les moyens d'union sont constitués par une couche de lymphe plastique jaune-serin semi-solidifiée.

Le cœur lui-même est le siége d'une hypertrophie excentrique dans les deux ventricules, hypertrophie qui lui donne un volume du quart en sus de l'état normal. Les deux cavités ventriculaires, surtout la gauche, sont dilatées, et les parois ont acquis une épaisseur plus grande.

Poumons. — Le gauche est libre de toute adhérence et parfaitement sain. Le droit, refoulé dans le tiers supérieur en avant et latéralement, descend jusqu'à la partie moyenne de la cavité en arrière. Tout son lobe inférieur et partie du lobe moyen ont contracté des adhérences avec le diaphragme et la plèvre costale. Ces adhérences sont celluleuses, lâches, d'un rouge-livide, cédant facilement aux tractions. Les deux lobes supérieurs de ce poumon sont perméables à l'air et sains; le lobe inférieur, déprimé, aplati d'avant en arrière, a un aspect carnifié, mais se laisse distendre par l'insufflation.

Abdomen. — La cavité abdominale contient environ deux litres de sérosité citrine, claire, au milieu de laquelle flottent les intestins, pâles, décolorés. Les épiploons sont atrophiés, réduits à des languettes frangées, étroites et pâles. Pas d'engorgement des glandes mésentériques.

Le foie, très volumineux, descend par son grand lobe jusqu'à l'épine iliaque antérieure supérieure droite. Son petit lobe, dont la face supérieure est devenue antérieure, occupe l'épigastre et presque tout l'hypocondre gauche. Cet organe est complétement déformé par le fait même de son augmentation de volume. Son grand lobe, qui remonte supérieurement en avant jusqu'au tiers supérieur de la cavité droite du thorax, adhère supérieurement au diaphragme, latéralement à droite au péritoine précostal et pariétal. Rien ne laisserait encore soupçonner une cavité; mais à mesure que par la dissection on veut détruire ces adhérences, le scalpel tombe dans une poche cachée par les parois costales et abdominales. Il s'échappe aussitôt une sérosité jaune, trouble, contenant des flocons albumineux en suspension. A mesure qu'elle s'échappe, cette sérosité paraît plus épaisse, plus trouble, ayant tout à fait l'aspect du séro-pus à teinte bilieuse, jaune-vert. Enfin tout le kyste peut être détaché des parois abdominales et diaphragmatiques et être enlevé avec le foie, dont il a envahi les trois quarts du grand lobe, dans l'épaisseur duquel il s'est creusé. La quantité de liquide qu'il renferme n'est pas moindre de deux litres. Ce liquide renferme de larges débris de pseudo-membranes minces, citrines, presque transparentes. L'un de ces lambeaux a deux fois au moins la grandeur de la main; trois autres ne sont guère moins grands. A côté de ces débris membraniformes existent des vésicules pleines de liquides et libres de toute adhérence, transparentes. Nous en remarquons quatre de la grosseur d'un œuf de poule, et une quinzaine grosses comme des noix et des noisettes: ce sont des hydatides. Aucune d'elles, du reste, n'en renferme d'autres; elles sont toutes unilobulaires et isolées.

Les parois du kyste sont constituées par un tissu fibreux d'un centimètre à un centimètre et demi d'épaisseur, dont la moitié externe droite appuyait sur les parois costo-abdominales; la moitié externe gauche et toute la partie postérieure sur le foie, qui l'enveloppe dans les deux tiers de son étendue, et se confond si intimement avec lui qu'on dirait un abcès creusé aux dépens du tissu hépatique. Mais en exerçant des tractions fortes avec précaution sur la poche et sur le foie, on parvient à la détacher de celui-ci, qui est resté intact, mais déprimé au-dessous. L'intérieur de la poche est tapissé d'un enduit floconneux velouté. Vers la partie postérieure latérale externe gauche est une éraillure, une vraie ulcération des parois, à pertuis externe extrêmement étroit, qui communique avec une grosse branche des veines hépatiques.

En dehors du kyste, le foie conserve partout sa surface lisse et unie, excepté vers la partie moyenne supérieure de son petit lobe, où l'on aperçoit des traces d'adhérences granuleuses qui l'unissaient au diaphragme dans l'étendue de quelques centimètres. A cet endroit existe une petite tumeur peu saillante de 4 à 5 centimètres de diamètre. Cette tumeur, siégeant dans le tissu hépatique, est fluctuante. Une ponction donne issue à du pus jaune et bien lié. En incisant largement et lavant, on voit le tissu du foie détruit irrégulièrement par la suppuration dans ce foyer. Un grand nombre d'autres abcès existent encore dans le petit lobe. Ils sont tous beaucoup plus petits, varient en grosseur depuis une noix jusqu'à un petit pois. Tous ceux que nous ouvrons présentent une cavité lisse, sans membrane qui la tapisse, et témoignent que le tissu du foie n'a été que déprimé par la collection, mais non entamé. Plusieurs abcès pareils siégent également dans le grand lobe. Le plus grand, situé en haut et en arrière, est comme un œuf de pigeon, présentant une cavité à parois inégales, rugueuses, déchirées et constituées par le tissu du foie. Les trois autres, beaucoup plus petits, ressemblent en tout aux petits rencontrés sur le petit lobe.

En somme, nous pouvons compter jusqu'à vingt abcès, dont deux seulement avec perte de substance de la part du foie. Nous trouvons dans plusieurs gros troncs de la veine-porte une rougeur foncée sur la tunique interne, rougeur qui résiste au lavage répété et même à une macération de vingt-quatre heures. Le tronc qui communique avec l'ouverture du kyste mentionnée plus haut est le siége d'une rougeur pareille que nous pouvons suivre assez loin. Le tissu du foie a un aspect jaune foncé uniformément. Il est, du reste, résistant; la pression en fait suinter un liquide gras, huileux, rouge-orangé. La vésicule biliaire a le double de son volume. Les parois sont fort épaisses, denses, d'un blanc de nacre. Elle est complétement vide et sèche. Vers l'embouchure du canal cystique est un amas de matière desséchée d'un noir-vert, très dure, insoluble dans l'éther en ébullition, qu'on dirait de la bile desséchée.

Voilà deux observations qui, bien que différentes sous le point de vue de la nature des kystes, concourent avec une égale puissance à la déduction des conséquences pratiques.

La situation de ces tumeurs enkystées est une source de ténèbres pour le diagnostic et par suite cause d'errements dans la thérapeutique. Essayons, d'après les lumières fournies par ces deux faits significatifs, d'éclaircir le point culminant de la pathogénie, la diagnose; le traitement s'en déduira ensuite rationnellement.

A la suite de douleurs plus ou moins vives et plus ou moins longtemps prolongées, une tumeur diffuse apparaît à l'hypocondre droit; cette tumeur, par les résultats que fournit la percussion, s'étend dans la cavité correspondante de la poitrine. Elle ne peut avoir pour siége que l'une des deux cavités, le thorax ou l'abdomen. Dans le premier cas, il faudrait admettre que, occupant le tiers inférieur de la cavité droite du thorax, elle refoule par son développement le diaphragme en bas pour le faire fortement saillir dans l'abdomen en repoussant le foie au-dessous de lui. Il n'y a guère qu'un épanchement pleural enkysté et fortement bridé supérieurement qui pût donner un pareil résultat. Mais alors, en supposant que les brides supérieures opposent au développement du kyste une barrière plus puissante que le diaphragme, qui se laisse déprimer, l'auscultation doit mettre à l'abri de l'erreur. En effet, si c'est un épanchement pleural, il occupera tout aussi bien la face postérieure que la face antérieure de la base thoracique, et alors il y aura aussi bien en avant qu'en arrière absence complète d'expansion vésiculaire dans les points occupés par lui. Si, au contraire, la tumeur a son siége dans l'abdomen, son développement supérieur se fait là où elle trouve le moins de résistance, c'est-à-dire vers la portion antérieure du plancher du diaphragme de beaucoup plus élevée que la portion postérieure, et disposée d'abord à céder plus facilement à la pression en ce point. Alors la matité du son résultant de la présence de la tumeur remonte plus ou moins haut vers le sein en même temps qu'il y a absence d'expansion vésiculaire; tandis qu'en arrière la matité descend beaucoup plus bas, n'est pas absolue comme en avant, et le murmure vésiculaire, quoique faible, s'y fait percevoir encore, le lobe inférieur du poumon comprimé s'étendant en languette dans ce sens. Il n'y aurait qu'une complication de pleurésie avec épanchement, comme dans notre deuxième observation, qui pourrait faire admettre du doute. Mais encore dans ce cas le commémoratif et le plus grand développement de la tumeur au-dessous du diaphragme doivent faire justice des doutes.

Une fois admis que c'est au-dessous du diaphragme que la tumeur a son siége, reste à déterminer si elle est solide ou liquide et si elle appartient au foie ou existe en dehors de cet organe.

Pour juger si la tumeur est solide ou liquide, il faut que celle-ci, par la pression qu'elle exerce périphériquement, fasse saillir quelques points des parois costales ou abdominales. Ce n'est qu'au bout d'un temps ordinairement long que cette saillie a lieu; mais précisément c'est alors qu'on est susceptible de percevoir une fluctuation qui, pour être profonde, n'en est pas moins réelle. Un signe d'une haute importance, c'est que, alors même qu'on sent ou qu'on pourrait sentir la fluctuation, apparaît aussi un œdème des parois abdominales et costales correspondantes, œdème analogue à celui qu'on se montre sur le côté où siége l'hydrothorax. En résumé, quand il s'agit d'un kyste, il vient toujours un moment où l'on peut s'assurer de la présence d'une fluctuation profonde, sous-musculaire, et ce moment arrive avant qu'il se soit manifesté des symptômes menaçants, et restât-il encore du doute en ce moment que l'on ne devrait point balancer à avoir recours à la ponction exploratrice proposée par M. Récamier, en recourant toutefois à la méthode sous-cutanée.

Mais, une fois la nature liquide de la tumeur reconnue,

reste le point capital à déterminer : siége-t-elle dans le foie ou est-elle située en dehors? Il s'agit de trancher nettement cette question. Toute tumeur liquide siégeant dans le foie ne peut être qu'un abcès de cet organe, ou un kyste hydatique ou autre. Nous ne placerons pas sur la même ligne le développement anormal de la vésiculaire biliaire, que sa situation ne permet pas de confondre avec les tumeurs dont il est ici question. Toute tumeur liquide qui siége dans le parenchyme hépatique, avant de devenir perceptible à l'œil ou au toucher, a donné lieu à des phénomènes morbides dont quelques-uns sont pour ainsi dire pathognomoniques des altérations de texture du foie. En première ligne de ces phénomènes nous plaçons l'ictère. On peut consulter, en effet, toutes les observations publiées de kystes ou d'abcès siégeant dans le foie pour se persuader que ce signe n'a jamais fait défaut, et on comprend qu'il n'en pourrait pas être autrement dans ces cas; tandis que dans nos deux observations l'ictère ne se montre que dans la seconde, et cela quand se forment consécutivement les abcès multiples du foie, que nous considérons comme le résultat d'infection purulente.

Les abcès du foie, que nous savons fort rares sous nos latitudes, ont en général une marche rapide et tiennent en tout du caractère des affections aiguës; quand ils marchent chroniquement, c'est à la suite des dysenteries des pays chauds. Ils ne peuvent donc entrer en ligne ici où il s'agit d'affections merchant lentement, dont la chronicité forme le principal caractère.

Resteraient donc les seuls kystes hépatiques, qui pourraient donner le plus grand embarras pour un diagnostic précis. Mais ici nous tiendrons compte d'abord de la situation, puis de l'ictère. Les kystes siégeant dans le parenchyme du foie n'auraient point une tendance à saillir sur les parois costales pour une bonne raison : c'est que, siégeant au milieu d'un tissu qui peut être partout également érodé ou refoulé, ils arriveraient du centre à la périphérie pour se montrer sur les points les plus élastiques de la paroi abdominale, n'étant point retenus par des brides solides comme les kystes péri-hépatiques. Ensuite, les kystes intra-hépatiques étant toujours accompagnés d'ictère, puisque par leur présence ils gênent profondément les fonctions du foie, toute tumeur de nature liquide, ayant un développement un peu considérable, quoique siégeant sur un point qui appartient à l'emplacement d'une portion de la glande hépatique, doit être considérée comme étant en dehors de cet organe du moment que le malade n'aura jamais été atteint d'ictère dans le cours de son développement.

Il y a mieux, c'est que, en remontant à l'origine par le commémoratif, on doit presque toujours retrouver comme point de départ de ces tumeurs une péritonite subaiguë ou chronique, partielle et péri-hépatique. C'est ainsi que ce fait se trouve établi dans notre première observation, c'est ainsi également qu'il se trouve établi dans la seconde, quoiqu'il s'agisse d'un kyste hydatique.

Selon nous, ce kyste, quoique de nature spéciale, a eu son point de départ dans une péritonite partielle, ayant donné lieu à des pseudo-membranes organisées, susceptibles de sécrétion et dans le sein desquelles auront pris naissance les hydatides. L'absence de toute tumeur pareille dans le foie nous autorise à penser ainsi.

Et, du moment qu'on serait parvenu à poser ainsi le diagnostic d'une tumeur liquide extra-hépatique, par conséquent enkystée, quelle que fût au reste la nature du liquide contenu, quelle devrait être la thérapeutique à employer? La réponse est simple : évacuer le liquide, chercher à obtenir ensuite l'adhésion des parois du sac. M. Récamier avait déjà formulé nettement cette double médication : évacuation du liquide par la ponction, injections irritantes ensuite dans la cavité. M. Récamier mit son système en pratique précisément sur un kyste hydatique analogue à celui de notre deuxième observation; mais le malade succomba. Sans vouloir entrer ici dans des détails inopportuns, nous dirons que la ponction sous-cutanée mettrait à l'abri sans doute d'accidents trop communs dans ces sortes de tentatives, et que les injections iodées sembleraient devoir remplir assez convenablement le deuxième point que se proposait M. Récamier, l'oblitération du sac par inflammation adhésive de ses parois.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance annuelle du 17 décembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

M. Gibert lit un rapport sur les mémoires et ouvrages présentés pour concourir aux divers prix de l'Académie.

M. le président proclame ensuite, dans l'ordre suivant, les noms des lauréats.

Prix de l'Académie. — Ce prix était de 1,000; 700 fr., reliquat des années précédentes, étaient en outre disponibles.

L'Académie accorde :

1° Un encouragement de 800 fr. à M. Leudet (Théodore-Émile), interne à l'hôpital des Cliniques, auteur du mémoire n° 4;

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Abeille, médecin-adjoint à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, auteur du mémoire n° 3;

3° Un encouragement de 400 fr. à M. le docteur Henry Gintrac (de Bordeaux), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Broca, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne :

1° Le prix de 1,000 fr. à M. le docteur Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 5.

2° Une mention honorable à M. le docteur Jules Gimelle, auteur du mémoire n° 6.

M. le président annonce ensuite quels seront les prix décernés en 1852.

Prix de l'Académie.

L'Académie met au concours la question suivante : « Du seigle ergoté considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal.

L'Académie met au concours la question suivante : « L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.

Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie met au concours la question suivante : « Etiologie de l'épilepsie. Rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

La valeur du prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de Médecine.

Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de Médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 pour 100 pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée*; et, pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1849, sera décerné en 1852.

Prix fondé par M. d'Argenteuil.

Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de Médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rentes sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires; les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes : en conséquence, le prix à décerner en 1851 à l'auteur du perfectionnement jugé assez important pour la seconde période (1844 à 1850) sera de la valeur de 12,000 fr.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1851.

Prix de l'Académie. — Des tumeurs blanches.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. Portal. — L'anatomie du foie et le foie gras.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par Mme de Civrieux. — Des convulsions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre à l'auteur du meilleur ouvrage sur la mélancolie.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N.-B. — Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

Après la proclamation de ces prix, la parole est donnée à M. Fr. Dubois, qui s'exprime en ces termes :

Eloge de Richerand.

Messieurs,

Le physiologiste populaire, le chirurgien distingué, l'écrivain élégant et classique dont j'entreprends aujourd'hui de vous raconter la vie et de vous exposer les travaux n'a pas eu en partage une de ces existences simples, faciles et constantes, un peu monotones peut-être, mais tranquilles et paisibles en leur cours, telles enfin qu'on pourrait les désirer pour la culture des sciences et pour le bonheur des savants. Ami passionné de son art, doué d'une imagination vive et brillante, d'un caractère ardent et impétueux, Richerand a suivi tous les entraînements, a partagé toutes les passions de notre époque; passions généreuses pour la plupart, qu'il a tantôt exagérées et tantôt devancées, qui ont agité sa vie comme elles ont agité la société, et dont il a fini par dénoncer lui-même les fatales conséquences. Heureux dans son intérieur, chéri des siens et de ses amis, Richerand n'a compté d'ennemis que parmi ses rivaux; mais, de même que pour ses amis il ne mettait aucune borne à son dévouement, de même il n'a su garder aucune mesure avec ses adversaires. Nature bonne et loyale, mais incapable de se maîtriser, et alliant ainsi aux emportements d'un génie tourmenté les effusions d'une âme aimante et généreuse!

Balthasar-Anthelme Richerand était né en 1779, le 4 février, à Belley, petite ville du Bugey, aujourd'hui département de l'Ain : dans cette contrée lointaine et pittoresque qui déjà avait vu naître deux hommes éminents dans l'art de guérir; l'un, qui n'a guère fait que paraître sur l'horizon de la science, mais pour s'y couronner d'une impérissable célébrité; l'autre, que l'Académie compte encore parmi les siens, et qui, lui aussi, aurait été un chirurgien distingué s'il n'avait préféré rester un grand médecin. J'ai nommé Bichat et M. Récamier.

Richerand était encore presque au berceau quand il perdit son père. Le notariat était en quelque sorte un héritage dans sa famille; quatre générations se l'étaient transmis, non-seulement avec une réputation incontestable d'intégrité et d'honneur; mais, ce qui était peut-être plus rare alors chez les notaires, avec une réputation non moins méritée d'esprit et d'amabilité; aussi, ses bons aïeux étaient-ils appelés dans toutes les familles nobles du pays, chez l'évêque, le clergé et dans le haut commerce, assuré qu'on était de trouver en eux d'aussi gais convives que de bons administrateurs.

Dès ses plus jeunes années, Richerand montra des dispositions extrêmement heureuses, une intelligence rare, un esprit précoce et une force de volonté que rien ne pouvait arrêter. A l'âge de sept ans, il suivait avec distinction les classes du collége de Belley, dirigé par des Joséphistes, et la dispersion de ses maîtres, en 1791, vint seule interrompre le cours de ses premiers succès. C'était merveille de voir ce jeune enfant aux blonds cheveux, peu travailleur du reste, remporter tous les premiers prix. Séduits par ses manières à la fois cordiales et impétueuses, ses camarades lui pardonnaient sa supériorité; et ses maîtres, charmés par les saillies de cette jeune intelligence, se plaisaient à le faire discourir sur toutes sortes de sujets.

Le jeune Richerand aurait pu peut-être accepter le paisible héritage du notariat, qui l'aurait à jamais confiné dans sa province; mais la révolution, en même temps qu'elle changeait si violemment les formes du gouvernement, était venue modifier toutes les positions sociales; bien que placé à une des extrémités de la France, la petite ville de Belley n'avait pu échapper aux violences de l'époque; ses principaux citoyens avaient été incarcérés; et j'ai vu Richerand pâlir d'émotion en racontant comment sa mère avait dû faire à pied le voyage de Paris, en 1793, pour aller demander au comité de salut public la mise en liberté de son second mari.

C'est à cette même époque que Richerand dut songer à choisir une profession. C'est un moment critique dans la vie des hommes. Richerand n'ignorait pas que sa destinée tout entière dépendait du choix qu'il allait faire, et l'avenir surtout le préoccupait.

J.-J. Rousseau, en d'autres temps, avait donné le conseil aux heureux de son siècle d'ajouter aux études de leurs fils l'apprentissage de quelque métier utile, afin, disait-il, que ceux-ci, au besoin, pussent devenir d'honnêtes artisans. Sans descendre aussi bas, mais par des motifs analogues, Richerand se décida pour une profession qui, bien que libérale, pouvait lui assurer au moins autant de ressources que celle de menuisier. « Forcé, a-t-il dit quelque part, de choisir un état en 1794, temps affreux où l'Égalité, chimérique et sanglante déesse, promenait sur toutes les têtes son redoutable niveau, je me livrai à l'étude de la chirurgie, comptant trouver dans l'exercice d'un art où les Français avaient la réputation d'exceller des ressources assurées contre les calamités d'un sinistre avenir. »

Richerand, d'ailleurs, n'avait guère à choisir qu'entre les armes et les sciences, et déjà son goût s'était prononcé pour les ouvrages sérieux; il lisait avec avidité les leçons de l'École normale qu'on venait de publier, et, par une circonstance heureuse, il avait trouvé dans sa ville natale un médecin d'un rare mérite, le docteur Tessand, qui prodiguait les secours de son art aux familles persécutées, n'échappant lui-même à la persécution que par le besoin qu'on avait de ses services.

C'est sous la direction de ce digne praticien que Richerand fit ses premières études; en vain les administrateurs du district, qui avaient pris le jeune Richerand pour secrétaire, à cause de son remarquable talent de rédaction, cherchaient-ils à se l'attacher, il avait trouvé sa vocation, rien désormais ne pouvait l'en éloigner.

Mais le docteur Tessand sentait lui-même que son jeune élève ne pouvait trouver dans une petite ville de province des moyens suffisants d'instruction; la chirurgie surtout étant un art qui ne peut être fructueusement étudié que dans de grands centres de population, dans de vastes établissements hospitaliers et sous l'inspiration des grands maîtres. C'était donc à Paris qu'il fallait l'envoyer; il avait à peine dix-sept ans! Sa mère ne pouvait se décider à le laisser partir; il fallut s'y résoudre cependant, et le jeune Richerand fut abandonné à lui-même.

Il y a quelque chose de triste et en même temps de solennel dans cette première séparation d'un jeune homme d'avec sa famille. Qui de nous ne l'a éprouvé! Les adieux du jeune Richerand à sa famille et à ses amis furent douloureux; mais à ce sentiment d'abandon et d'isolement qui pour un moment avait rempli ses yeux de larmes, succédèrent bientôt des rêves de gloire et de fortune. Il s'était embarqué sur le Rhône, dans un bateau chargé de pommes; modeste début, assurément, mais qui n'altérait en rien sa confiance dans l'avenir.

Arrivé à Paris en 1796, Richerand, après avoir consulté sa

bourse, alla se loger rue des Mathurins-Saint-Jacques, dans une petite chambre à raison de 12 fr. par mois; c'était au centre même du quartier latin, de sorte qu'il pouvait librement satisfaire à cette soif de leçons et de cours qui tient presque tous les jeunes gens et qui ne permet pas toujours d'y mettre beaucoup de discernement.

La Convention nationale venait d'instituer l'École de santé de Paris. Les premières nominations y avaient fait entrer des représentants de l'ancienne Académie royale de Chirurgie; la science y avait repris ses traditions et retrouvé ses plus illustres interprètes. Richerand ne tarda pas à se distinguer parmi ses nombreux élèves et à révéler son talent d'écrivain: la critique médicale appartenait presque exclusivement aux jeunes gens, à ceux qui n'avaient pas même quitté les bancs de l'École. Les premiers travaux de Richerand furent des *analyses raisonnées* des cours de ses maîtres, des *examens critiques* de leurs principales publications; il paraît qu'il y mit de la modération, de la sagesse et surtout du talent, car il dut à ces premiers essais une illustre amitié, celle de Cabanis, et, par suite, des relations avec les plus grandes célébrités de l'époque.

L'enseignement particulier offrait alors des ressources à peu près assurées aux jeunes gens laborieux et instruits. Après deux années de séjour à Paris, Richerand était en mesure de se suffire à lui-même, et ce fut avec une indicible satisfaction qu'il écrivit à sa mère de garder pour elle le fruit de ses économies.

L'année suivante, le 15 thermidor an VII (2 août 1799), Richerand soutint sa thèse pour le doctorat; c'était une *dissertation anatomico-chirurgicale sur les fractures du col du fémur*. Je ne dirai pas, en citant la formule de son diplôme, qu'il *fit preuve d'un savoir aussi solide qu'étendu*, tout récipiendaire donnant, à ce qu'il paraît, la même preuve à la Faculté. Je dirai seulement que Richerand préludait à des travaux plus étendus et plus importants sur les maladies des os; peut-être même songeait-il déjà à publier les leçons de son maître Boyer sur ces sortes de lésions, et à suivre en cela l'exemple que venait de lui donner Bichat, qui, lui aussi, avait commencé par publier les leçons d'un autre grand maître en chirurgie, de Desault.

La réquisition de l'an VII faillit enlever Richerand à la science pour le conduire sur le champ de bataille, sinon comme soldat, du moins comme chirurgien de 3e classe; déjà même sa commission signée de Bernadotte et datée du 12 fructidor lui avait été délivrée; mais, grâce à quelques amis puissants, il put rester à Paris et y continuer ses études.

C'eût été une calamité pour la science, car déjà son âme, son génie étaient à l'unisson de ses jeunes et illustres contemporains; il y avait alors dans la médecine et dans la chirurgie une sorte de renaissance: chaque année était marquée par une production qui faisait époque, et qu'on aurait pu enregistrer comme autant de conquêtes dans les champs de la science. Pinel avait publié sa *Nosographie philosophique* en l'an VI (1797); Bichat avait donné ses premiers mémoires en l'an VII; Dumas ses *Principes de physiologie* en l'an VIII, et Richerand allait publier ses *Nouveaux éléments* en l'an IX ou 1801.

La tendance des esprits était la même dans le mouvement général; c'était le culte de l'analyse et des sciences naturelles: tous les yeux étaient fixés vers l'Institut: Bichat dédiait son livre à Hallé, Dumas à Chaptal, et Richerand à Fourcroy. Leur philosophie était la même; tous étaient de l'école de Condillac, tous voulaient en suivre la logique et en appliquer les procédés. J'ai déjà dit que Richerand était honoré de l'amitié de Cabanis; son protecteur l'avait introduit, malgré sa jeunesse, dans cette réunion d'esprits distingués qu'on désignait sous le nom de Société d'Auteuil: il y puisait les principes qu'il devait répandre dans tous ses écrits, et particulièrement dans sa *Physiologie*.

Cette science, qui n'est autre que celle des lois de la vie, tendait enfin à se systématiser d'après des principes qui avaient pour eux l'assentiment général. Si dans le cours du dix-septième siècle la physiologie était restée livrée aux explications les plus erronées, des hommes éminents l'avaient ramenée pendant le dix-huitième à de plus saines doctrines. Esprit élevé et pénétrant, Stahl avait fait justice de toutes les hypothèses empruntées aux autres sciences. Il avait, il est vrai, constitué l'âme souveraine ordonnatrice de tous les phénomènes organiques; mais de son côté, Hoffmann, cherchant l'essence de la vie dans les conditions matérielles des organes, avait ouvert la voie aux expériences de Boerhaave, de Haller, de Laënnec et des deux Bernouilli. Toutefois, c'était à Haller qu'était réservé l'honneur de jeter les véritables fondements de la physiologie moderne. Faisant une judicieuse application des données que lui avaient fournies les autres sciences, profitant habilement de tous les travaux de ses devanciers, Haller avait pris pour point de départ les propriétés qui sont le partage exclusif des êtres vivants, et il en avait fait dériver toutes les lois qui gouvernent les organismes; Barthez, Bordeu et Bichat, avaient de leur côté et à d'autres points de vue, agrandi les horizons de la science.

Tel était l'état de la physiologie, quand Richerand entreprit de la résumer en un traité méthodique, élégant, clair et concis.

Richerand n'avait que vingt et un ans lorsqu'il publia cette première édition de sa *Physiologie*. Il s'excuse même à raison de son âge, disant qu'il ne s'agissait que de la rédaction d'un ouvrage élémentaire; mais en même temps, ce qui était moins modeste, il semblait le mettre à côté de la *Petite physiologie* de Haller (les *Primæ lineæ*); prétention qui lui attira quelques critiques de la part des élèves de Bichat. « On peut en effet à tout âge, dit Buisson, composer un pareil ouvrage, réunir sous un même coup d'œil les connaissances acquises dans les temps où l'on vit, les présenter avec clarté et avec méthode; mais ce n'est point par ce travail *facile* qu'on mérite de suivre le grand Haller dans la route de l'immortalité. »

Richerand avait en effet emprunté à Bichat quelques-unes de ses grandes vues, et à Chaussier beaucoup de faits de détail; mais il n'en avait pas moins fait un excellent livre. Il avait rendu *siennes* toutes ces idées, en les faisant passer par le creuset de sa propre intelligence, et en les traduisant en un style clair, élégant, pittoresque et chaleureux.

C'était, il est vrai, la physiologie contemporaine qu'il avait ainsi méthodiquement et lumineusement résumée dans cet unique volume de 1801; mais loin de s'effacer dans son œuvre, il s'y montrait à chaque page, par la disposition, par l'ordre qu'il avait su y mettre et surtout par le style; le style qui assure le succès et la durée des ouvrages.

Sans doute il y a plus de science dans les traités de physiologie qu'on publie de nos jours; mais la personnalité de l'auteur n'y est plus aussi marquée; elle disparaît dans la masse des faits; c'est comme une suite d'éditions dont la dernière fait oublier la précédente. L'écrivain ne s'y montre plus de sa personne, la science seule reste apparente. Richerand, au contraire, avait fait une œuvre d'art, et son livre tirait presque toute sa valeur de ce qu'il y avait mis, c'est-à-dire de son esprit et de son génie.

On sait que cet ouvrage a eu un succès inouï. Reproduit dans presque toutes les langues, il a eu jusqu'à dix éditions, dont les premières se succédaient d'année en année, et son influence sur la jeunesse de nos écoles a été immense. Toute une génération, je pourrais même dire plusieurs générations, ont passé dans nos écoles, qui n'ont eu d'abord pour tout livre de physiologie entre les mains que ces nouveaux éléments. (*La fin au prochain numéro*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance annuelle du 16 décembre 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

PRIX DÉCERNÉS POUR LES ANNÉES 1849 ET 1850.

(Aux prix que nous avons annoncés dans notre dernier compte-rendu, il faut ajouter les suivants:)

Prix de statistique (pour 1849) à MM. Martin, médecin à l'hôpital du Dey, et Foley, médecin à l'hôpital civil d'Alger, pour leur *Histoire statistique et médicale de la colonisation algérienne*.

Mention honorable à M. de Watteville pour son *Rapport sur le service des enfants trouvés et abandonnés en France*.

— (Pour 1850) à MM. Boutron-Charlard et Ossian Henry, pour leur *travail sur la constitution chimique des eaux du département de la Seine*.

Prix de physiologie expérimentale (pour 1849 et 1850. — Le prix n'a pas été décerné.

Une mention honorable à M. Stannius pour son ouvrage intitulé: *Recherches anatomiques et physiologiques sur le système nerveux périphérique des poissons*;

Et à M. Hollard pour sa *Monographie anatomique du genre actinien*.

Prix relatifs aux arts insalubres. — Récompense de 500 fr. à MM. de Cavaillon et Mallet pour leurs procédés destinés à l'épuration du gaz de l'éclairage.

SUJETS DE PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1851, 1852 ET 1853.

Grand prix des sciences physiques à décerner en 1853. — « Étudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les différents terrains sédimentaires suivant leur ordre de superposition. Discuter la question de leur apparition et de leur disparition successive ou simultanée. Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne organique et ses états antérieurs. »

— La question suivante proposée pour 1849, n'ayant point été traitée, est remise au concours pour 1853:

« Etablir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre soit dans l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryologie comparée. »

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie adjugera, dans la prochaine séance publique, une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*.

Prix Cuvier. — Il sera décerné, dans la séance publique de 1851, un prix de 1,500 fr. (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis la mort de ce grand naturaliste, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 novembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Du sous-acétate de plomb dans la dysenterie et la diarrhée rebelles.

M. DEVERGIE fait un rapport sur un mémoire de M. Barthez, médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, sur l'emploi du sous-acétate de plomb dans la dysenterie et dans la diarrhée rebelles. L'auteur du mémoire a employé ce médicament à des intervalles d'autant plus rapprochés qu'il était moins supporté. Sa tolérance, difficile d'abord, s'est toujours établie de manière à produire une action favorable. Le rapporteur, tout en faisant remarquer que l'emploi de ce moyen n'est pas nouveau, que le sous-acétate de plomb a été employé dans certaines épidémies dysentériques, et notamment, en 1826, à Philadelphie, par M. Metchell, à la dose de 80 centigrammes, médicament dont l'action a été expérimentée par MM. Trousseau et Pidoux, et par M. Devergie, qui l'administra en décomposant le carbonate de plomb par l'acétate de soude, regrette que l'auteur n'ait pas aussi signalé le danger des accidents saturnins, accidents observés par M. Chomel, par M. Tanquerel Desplanches, qui a vu des accidents de paralysie saturnine se développer chez un phthisique qui, depuis un mois seulement, avait pris, par jour, 15 centigrammes de sulfate de soude.

Le rapporteur conclut à l'admission de M. Barthez.

Thoracentèse.

M. SANDRAS fait une communication verbale sur une opération de thoracentèse qu'il a faite dans son service. C'était un jeune homme âgé de vingt ans, qui, pendant le cours d'une fièvre éruptive (varioloïde fort discrète), fut pris d'un point de côté à gauche, et dans la poitrine duquel on constata l'existence d'un épanchement. La médication ordinaire fut employée sans aucun avantage. L'absence de la respiration était complète; le souffle tubaire s'entendait le long de la colonne vertébrale; la gêne de la respiration était considérable; on se décida à l'opération à l'aide de la canule perfectionnée par M. Reybard. L'écoulement du liquide se fit lentement; la sérosité était légèrement purulente, l'expansion pulmonaire se fit à peu près complètement. Le malade put manger dans la journée une portion d'aliments; seulement on put constater au sommet du poumon une sonorité considérable et tous les phénomènes d'une sorte de pneumothorax. On se demande quelle a pu être la cause de ces phénomènes. Il n'y avait pas eu de douleur au moment de l'opération, et par conséquent pas de déchirure des tissus. La canule, garnie de la baudruche, a dû empêcher l'introduction de l'air par ce canal. Y a-t-il eu une décomposition gazeuse des flocons contenus dans la poitrine? En somme, ces accidents ont disparu et le malade va bien.

M. DEVERGIE fait remarquer qu'on ne peut adopter l'explication de l'exhalation du fluide aériforme; car, pour que cette décomposition ait lieu, il faut qu'il existe de l'air dans le thorax.

M. BARTH. Des recherches doivent être tentées sur la nature des exhalations gazeuses dans les différents tissus. On sait que certaines émotions ont un grande influence sur la production des gaz. Ces gaz peuvent-ils se former dans le thorax par suite du vide que l'on produit dans la plèvre?

M. ARAN fait observer que les observations de tympacentèse ne sont pas rares, et qu'il a pu observer un fait très curieux d'exhalation de gaz dans la cuisse.

M. BRICHETEAU a publié, il y a quelques années, une observation remarquable d'hydro-pneumo-péricarde.

M. GUÉRARD. La production de l'air dans les organes et dans la séreuse elle-même n'est pas due à une décomposition, mais bien à une altération des fonctions de sécrétion: c'est plutôt une déviation de sécrétion; car c'est un fait physiologique que la présence de l'air dans certains organes, dans l'intestin notamment, qui est, de cette manière, maintenu constamment béant, et qui permet ainsi la liberté de la fonction intestinale. Cette sécrétion provient très probablement du sang qui contient du gaz en dissolution. On comprend que lorsque la pression atmosphérique vient à être modifiée, qu'elle s'élève, par exemple, la production de ces gaz puisse se faire sous l'empire de ces conditions anormales.

Pellagre.

M. MARROTTE donne la suite d'une observation de pellagre dont il a publié la première partie dans le premier fascicule des actes de cette Société; et un autre cas de pellagre s'est présenté à son observation dans son service, à l'hôpital Sainte-Marguerite. C'est une femme âgée de soixante-six ans, réglée jusqu'à l'âge de quarante-six ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladie antérieure. A la visite du matin, elle présentait les phénomènes suivants: céphalalgie violente remontant à cinq mois, et l'ayant obligée d'entrer à l'Hôtel-Dieu, où des pédiluves procurèrent un soulagement momentané. Vertiges; démarche un peu incertaine; douleurs vives le long du rachis, exaspérées par la pression; face rouge, vultueuse; constipation depuis trois jours; peu d'appétit; pouls régulier, 84 pulsations. Sur la face dorsale des deux mains, se présente un érythème rendant la peau sèche, parcheminée, luisante, avec coloration limitée par une ligne plus tranchée à l'union des parties saines. Cette coloration est d'un rouge-brun exactement semblable à celle produite par une cautérisation légère au nitrate de mercure. La peau est un peu douloureuse et chaude à ce niveau, sans saillie notable des parties malades. La malade y accuse un léger sentiment de brûlure. Intelligence nette et développée; pas de maladies héréditaires dans sa famille. Elle s'est toujours bien nourrie. Elle fait des ménages depuis huit ans qu'elle habite Paris. Elle mange, par goût, du pain bis; elle n'a jamais fait usage de maïs pour sa nourriture; aucun abus de vin ou d'alcoolique. C'est à la suite des maux de tête qu'elle ressentait que, il y a quinze jours, elle éprouva sur le dos de la main gauche une vive démangeaison qui se convertit bientôt en douleur brûlante; bientôt elle y vit apparaître une petite tache rouge-brun de la dimension d'une pièce de 50 centimes, tache qui s'est agrandie en quelques jours jusqu'à la dimension actuelle. Quatre jours après, mêmes accidents au dos de la main droite, la démarche devint plus incertaine, et c'est dans ces conditions que cette femme s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Le traitement a consisté en applications de sangsues à l'anus, laxatifs légers, régime lacté, bains, onctions d'axonge sur les parties malades. Il y eut une amélioration telle sous l'influence de ces moyens, qu'elle put sortir de l'hôpital en bon état. Trois semaines après, elle rentra se plaignant de diarrhée, avec fièvre et ballonnement du ventre. Le repos et les moyens ordinaires firent justice de ces phénomènes; et depuis, on n'a pu constater d'autres symptômes de la maladie pellagreuse, qui malheureusement aura une grande tendance à suivre sa marche ordinaire.

Séance du 11 décembre.

De la diminution et de la disparition de la caséine dans le sang des nourrices et des nouvelles accouchées dans le cours des maladies aiguës.

M. Vernois, chargé à diverses reprises du service du burcau des nourrices et des différents services d'enfants à la mamelle, a pu, à l'aide de recherches microscopiques, constater ce fait qui sert de titre au mémoire qu'il vient de lire à la Société; il a pu constater la diminution du diamètre et du nombre des globules; il a vu aussi que, dans ces cas, la matière caséeuse avait disparu; et après quclques rcmarques critiques sur la valeur des écussons signalés par M. Guénou pour reconnaître les vaches laitières, il conclut que l'on pouvait s'inquiéter de l'état du sang pour rechercher les bonnes qualités du lait.

M. Becquerel fait observer qu'il serait bien possible que l'auteur n'eût pas saisi complétement le rapport qui existe entre les globules du lait et le caséum; il est facile de s'y méprendre et de confondre les globulcs de graisse, qui n'ont rien de constant sous le rapport du volume. Dans ces expériences, il faut traiter le lait par l'éther sulfurique qui le sépare en deux couches: une supérieure, renfermant les globules graisseux; l'autre inférieure, contenant le caséum dissous dans le lait. Il n'y a pas de globules dans le caséum.

M. Vernois pense qu'il existe dans les globules de la graisse et de la caséine.

M. Becquerel soutient qu'il n'y a pas de caséum dans les globnles.

M. Delasiauve regrette une omission dans ce mémoire, c'est que l'auteur ne se soit pas occupé de rechercher les qualités du lait sur les nourriccs enceintes; car, dil-il, il est bien extraordinaire de voir que sur certains enfants ce lait n'a aucune influence, taudis que sur d'autres ce lait est insuffisant, si ce n'est dangereux.

M. Devergie. Je me suis occupé de cette question dans un mémoire que j'ai présenté à l'Académie de Médecine; j'avais pu constater déjà à ce moment que le volume des globules était en rapport avec la graisse contenue dans le lait, et j'étais arrivé à cette conclusion que les gros globules dénotaient un lait riche. Il est impossible de dire *à priori* qu'un lait même très riche conviendra à tel ou tel enfant; mais on peut juger après, et si l'on calcule qu'un enfant débile à sa naissance a les intestins avec les mêmes caractères de débilité, un lait très riche donné par la meilleure nourrice ne pourra lui convenir, tandis qu'il profitera avec un lait moins nourrissant.

M. Legroux fait observer que, en définitive, l'emploi du microscope n'a et ne peut avoir aucune influence sur le choix d'une nourrice.

M. Becquerel approuve beaucoup la justesse de cette remarque, car, en définitive, la richesse du lait n'est pas dans la graisse, mais dans le caséum, et le microscope, à cet égard, ne donne rien de satisfaisant.

M. Aran appuie oes observations d'après des recherches nouvelles faites par Miller.

M. Trousseau. Il est bien certain que les notions que l'on possède sur la richesse d'un lait ne peuvent avoir aucune influence sur le choix d'une nourrice; d'autant mieux que, d'après les recherches de M. Péligot, le lait serait modifié à chaque traite. Le lait de la première traite est incolore, ne contient pas de globules, surtout si la sécrélion est rapide; quatre ou cinq heures après, le lait ressemble à de l'eau; il n'est jamais plus riche que lorsqu'on l'examine en pleine traite. Les recherches de M. Guillot ont constaté qu'un lait peut être riche et peu abondant *et vice versâ*, et ayant remarqué que certains enfants, tout en tetant beaucoup, maigrissaient, quoique les qualités du lait fussent satisfaisantes, il s'imagina de constater la quantité de lait que l'enfant prenait; pour cela, il pesa tout simplement l'enfant à jeun et après qu'il eut teté, et il constata de cette manière qu'un enfant pouvait dépérir, non parce que le lait n'était pas suffisamment riche, mais parce que la nourrice n'en donnait que 50 grammes quand l'enfant aurait dû en prendre 200 et 300 grammes.

Quant à l'influence de la grossesse sur la quantité et sur la qualité du lait, je suis persuadé que c'est tout au plus si la quantité est modifiée; car on fait saillir toutes les juments anglaises tous les ans, nenf jours après la parturition, et ce sont elles qui donnent ces beaux chevaux pur sang que nous admirons. La vie de ces juments est courte, et il n'est pas indifférent pour les éleveurs d'avoir un poulain par an, ou un seulement tous les deux ans. Oui, la quantité et même la qualité du lait peuvent être modifiées désavantageusement par l'état de grossesse, mais c'est quand cet état a de l'influence sur la santé de la femme; alors la femme devient mauvaise nourrice, et son lait est modifié dans sa quantité, surtout par le fait de son état maladif, mais non par le fait de son état de grossesse.

L'intègre manipulateur de la *Désunion Médicale* se tient pour très satisfait de la réponse que nous avons faite à sa plaisante censure, et se congratule aujourd'hui en ces termes :

« La *Gazette* se fâche, donc elle a tort; elle est rouge de colère, donc elle a deux fois tort; elle nous injurie, donc elle a trois fois tort. Et tout cela pour faire une reculade! L'administration des hôpitaux peut dormir tranquille; le publiciste émioent qui dirige ce journal daigne accorder le maintien du bureau central. Comme *nous ne demandions pas autre chose*, nous sommes aussi *très-satisfaits* et nous félicitons l'auteur de cet article de sa conversion d'ahord, et puis des formes courtoises et de honne compagnie qui distinguent ses écrits. »

A la bonne heure! Notre austère critique, en vérilé, a des moments faciles; il ne s'agit que de savoir le prendre à point.

Vous représentez-vous, cher lecteur, un de ces paillasses de tréteaux qui, après avoir fait le rodomont auprès de son maître et reçu, au bas de l'échine, le prix de son impertinence, se retourne d'un air fanfaron et *très satisfait* vers le public, en s'écriant : « mon maître l'a échappé belle! Il a été bien inspiré de faire une *reculade*, et de me frapper par derrière; car s'il m'avait attaqué en face je lui aurais fait voir à qui il avait affaire! » Et la foule de rire, en répliquant au sauteur: « Mais, polisson, on t'a frappé par le côté que tu as présenlé!»

Une circulaire paraît, qui restreint la liberté qu'ont el que doivent avoir les médecins de recevoir directement dans les hôpitaux les malades qui se présentent à eux; nous blâmons cette circulaire; une forte tête a la prétention de la défendre; nous répliquons que la circulaire doit être rapportée, que nous ne cesserons d'en montrer les inconvénients tant qu'elle ne le sera pas, et voilà que, sans nous en douler, nous avons fait une reculade, à la grande satisfaction de notre plaisant Aristarque! Il se proposait sculement de préserver de la démolition le Bureau central que nous n'avions pas attaqué!

Eh! l'ami, que ne parliez-vous mieux et plus tôt? vous nous auriez évité, à vous la peine d'écrire quelques sottises de plus, à nous, la douloureuse nécessité de vous administrer une petite correction... Nous nous trompons, c'est de vous causer une grande satisfaction quc nous devrions dire.

Il n'est pas jusqu'à notre *forme*, dont cependant il n'a peut être pas apprécié tout le mérite, qui n'ait transporté de joie notre féroce logicien. Il y a en effet une sentence, qu'en sa qualilé de moraliste transcendant, notre loyal argumentateur doit bien connaître. Cetle sentence est ainsi conçue : « La vraie bienfaisance consiste moins à donner beaucoup qu'à donner à propos. »

Nous pensons qu'on peut en dire autant de la civilité, et qu'on n'est pas obligé, même en république, à parler sur le même ton à Alceste et à Scapin. C'est à ce point de vue que nous recommandons d'une manière spéciale notre forme au défenseur rigide des intérêls moraux du corps médical.

En résumé notre succès nous encourage; et puisque les satisfactions de ce genre sont du goût de la *Désunion Médicale*, nous lui en ménageons quelques-unes qui, nous en avons le ferme espoir, lui laisseront peu de chose à désirer.

H. de Castelnau.

Obsèques de M. Royer-Collard.

Les obsèques de M. le professenr Hippolyte Royer-Collard, ainsi que nous l'avions annoncé, ont eu lien hier 17 décembre, dans l'église de St-Louis d'Antin, sa paroisse, au milieu d'nn concours nombreux de médecins, d'hommes de lettres et d'amis qu'il comptait dans toutes les classes élevées de la société. M. le professeur Trousseau a donné quelques larmes à la mémoire de celui qu'il avait si hien connu et tant aimé. M. H. Larrey a prononcé ensuite au nom de l'Académie quelques paroles touchantes, écoutées avec un vif intérêt.

Nouvelles préparations iodées

FABRIQUÉES PAR LE D[r] QUESNEVILLE.

Ether hydriodique. — Il s'emplole en inhalation et produit des effets très heureux dans la phthisie pulmonaire. Des guérisons certaines sont même annoncées de l'administration de cet agent, nn des plus importants de tous les composés d'iode : son emploi est spécial à la phthisie pulmonaire. Voici comment nous expliquons son action; introduit dans le poumon, il y brûle aussitôt, et donne naissance à de l'acide hydriodique qui, produit à l'état naissant, dissoudrait les tuhercules.

Huile iodée. — Elle a été proposée pour remplacer l'huile de foie de morue, mais nous lui préférons le sirop d'iodure d'amidon. Comme on peut la charger d'une assez grande quantité d'iode, elle sera utile pour dissoudre certains engorgements. Elle contient 1 0/0 d'iode combiné au corps gras, et non à l'état libre, ou d'acide hydriodique. On peut l'en charger de plus si on le désire.

Iodure d'amidon soluble. — C'est le composé que nous recommandons spécialement aux médecins, ainsi que l'*éther hydriodique*, dans le traitement de la scrofule, de la phthisie pulmonaire et des affections syphilitiques anciennes et invétérées. L'iodure d'amidon tient le milieu entre l'iode et l'iodure de potassium. Il ne cause jamais d'accidents, même à haute dose. Administré à l'état de sirop d'iodure d'amidon, il remplace, dans la pratique, l'huile de foie de morue.

NOTA. — Il est de la plus grande importance que tous ces composés ne contiennent pas l'iode libre non combiné; car sans cela ils causeraient des accidents. Exiger, en conséquence, qu'ils portent toujours le cachet et l'étiquette du docteur Quesneville, qui les fabrique lui-même. A Paris, rue Hautefeuille, 9.

AVIS. — Quelques personnes mal intentionnées s'efforcent de faire croire que l'*ancien Bureau central* de toutes les Eaux minérales naturelles de l'Europe, fondé en 1773 par le docteur Arnand, hientôt connu sous la raison Arnaud et Poulard, et qui m'a été transmise par mon père M. Favreux-Poulard, est tonjours rue J.-J. Rousseau. Rien n'est plus mensonger. — Depuis 18 ans, cette maison (unique) a été transférée rue Grenelle-Saint-Honoré, n° 37, aujourd'hui n° 30. Elle a changé de rue; elle n'est jamais sortie de la famille, et c'est la seule qui pnisse se vanter d'avoir été transmise de père en fils pendant trois générations successives.

En présence d'une concurrence assez peu loyale, ponr ahnser d'un changement de domicile, je crois devoir rappeler au public que la maison Favreux-Poulard, la plus ancienne de toutes, n'est la succursale d'aucune autre, que toutes les Eaux qu'on y vend sont tirées des sources mêmes avec certificats authentiques de puisement, et qu'elles se vendent au prix du tarif. Ch. Favreux.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 150. (23e ANNEE.) SAMEDI 21 DECEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Revue clinique hebdomadaire.

Sur un cas très remarquable de transfusion. — On sait que l'opération de la transfusion, un moment si exaltée en France, au dix-septième siècle, y est depuis longtemps tombée dans un oubli presque complet, et que même les chirurgiens qui la pratiquent pourraient, à la rigueur, tomber sous le coup de l'arrêt de 1675, lequel défendait de pratiquer la transfusion sans une autorisation spéciale. Un commencement d'enquête assez récemment dirigée contre un honorable confrère de province semblerait prouver que cet arrêt n'est pas encore tout à fait oublié.

Mais, il faut le dire, c'est moins à l'arrêt de 1675 qu'aux inconvénients graves et au peu d'avantages qu'on lui avait reconnus, que la transfusion devait l'oubli où elle était tombée.

Cependant, à une époque plus récente, quelques tentatives de réhabilitation ont été faites en France et en Allemagne par MM. Roux et Dieffenbach, sans beaucoup de succès; en Angleterre, par Blundell avec plus de bonheur. Mais, à notre sens, ce dernier seul l'a pratiquée dans les véritables conditions où l'on puisse espérer quelques succès, c'est-à-dire dans des cas d'épuisement extrême suite d'hémorrhagie. C'est aussi là l'opinion de M. Requin, qui n'hésite pas, dans son *Traité de pathologie*, à conseiller la transfusion dans l'anémie excessive *post-hémorrhagique*. Si, en effet, on peut espérer de voir l'introduction du sang dans les veines produire quelque bien, c'est assurément lorsque la vie va s'éteindre faute de sang. Dans les cas de ce genre, se placent au premier rang les hémorrhagies puerpérales graves; et c'est dans ces cas précisément qu'ont opéré MM. Blundell, Doubleday et Waller. Cependant leurs succès n'ont que médiocrement rassuré les chirurgiens français, puisque M. Velpeau s'exprime ainsi dans son *Traité d'accouchements* :

« La transfusion, toutefois, est une ressource, et dont les bienfaits sont loin d'être constants. M. Bayle annonce qu'une femme qu'on y soumit, à Middlessex, mourut presque subitement. Ainsi que le remarque Burns, la phlébite peut en être la conséquence, quoiqu'on ait réussi d'abord. D'ailleurs, quel en serait le but? Au moment de la perte, elle n'empêchera pas le sang de couler. C'est donc pour remédier à l'anémie, à la vacuité des vaisseaux, à l'état de syncope ou de convulsions qui suivent trop souvent les hémorrhagies graves qu'il est permis d'y songer. Reste à savoir alors si le sang d'une autre personne peut remplacer celui que la malade vient de perdre, et si, comme le remarque M. Burns, l'eau tiède ne produirait pas le même effet en remplissant les vaisseaux. » (Velpeau, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 553.)

Une telle appréciation, si c'en est une, n'était guère propre, on le conçoit facilement, à dissiper les incertitudes qui doivent peser sur l'esprit du praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'un cas de mort imminente par hémorrhagie. C'est dans un cas semblable que M. Nélaton a tenté d'en appeler à l'expérience pour résoudre cette grande question.

Nous allons d'abord faire connaître le fait extrêmement important qui s'est passé à l'hôpital Saint-Louis. Nous présenterons ensuite les quelques réflexions qu'il nous a suggérées.

Une jeune femme de vingt ans, arrivée au terme d'une grossesse qui n'avait été entravée par aucun accident, fut prise simultanément, dans la journée du 13 décembre 1850, de douleurs puerpérales et d'une perte de sang par les voies génitales. Cet accident, qui se reproduisit à plusieurs reprises dans le cours de la journée, inspira des craintes aux personnes qui l'entouraient et qui la conduisirent à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut admise, dans le service de M. Nélaton.

M. Dufour, interne de garde, M. Lescun, ancien interne de M. le professeur Dubois, et leurs collègues, MM. Notta et Vigués, s'empressèrent de donner à cette malade les soins que réclamait son état. Ils reconnurent que l'hémorrhagie était due à une implantation du placenta sur le col et jugèrent convenable de provoquer les contractions utérines, afin de hâter la dilatation du col et la terminaison de l'accouchement. Après avoir pratiqué la perforation des membranes, ils prescrivirent trois doses de seigle ergoté, d'un gramme chacune, données à un quart d'heure d'intervalle.

Malgré l'emploi de ces moyens, l'hémorrhagie persista avec une abondance telle, que la malade fut promptement réduite à un état de faiblesse extrême. Cependant le travail ne faisait aucun progrès.

Le danger imminent qui menaçait la malade commandait de recourir à des moyens prompts pour terminer l'accouchement. M. Lescun chercha à introduire la main dans l'utérus pour opérer la version; la situation très élevée et la rigidité du col, qui était à peine dilaté, opposèrent à cette manœuvre un obstacle insurmontable.

Le tamponnement fut alors pratiqué, mais ne suspendit pas d'une manière complète l'écoulement du sang.

Il était alors dix heures du soir; la perte était presque continuelle depuis trois heures de l'après-midi, et la malade était dans un état tellement grave que la sœur de la salle la crut expirante.

Le directeur de l'hôpital, instruit de ce qui se passait, crut devoir faire prévenir M. Nélaton, qui arriva à l'hôpital vers onze heures du soir, et trouva la malade dans l'état suivant : Elle était immobile, froide dans toute la surface de son corps et d'une pâleur extrême; les yeux, à demi ouverts, présentent cette expression particulière qui est l'indice d'une mort prochaine. Le pouls radial est à peine sensible; il est remplacé par une sorte de frémissement ondulatoire; il fut possible, dans un moment, de le compter, et on constata qu'il battait 43 fois environ dans un quart de minute. La respiration est très pénible, précipitée. L'intelligence paraît intacte. Cependant la malade est dans un tel état de faiblesse qu'elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse. *J'étouffe!* est la seule parole qu'elle prononce à des intervalles assez rapprochés.

Du reste, le travail de l'accouchement est complétement suspendu, et il s'écoule encore par la vulve une petite quantité de sang.

La première indication était de terminer promptement l'accouchement. Dans ce but, le chirurgien introduisit la main dans l'utérus, reconnut un des pieds du fœtus et l'attira au dehors; le second pied fut saisi comme le premier, et des tractions ménagées ne tardèrent pas à amener le tronc du fœtus et les membres thoraciques hors des voies génitales; mais la tête s'arrêta dans le vagin, et ce ne fut pas sans quelques difficultés que l'opérateur parvint à la faire basculer et à l'extraire, en introduisant un doigt dans la bouche, et ensuite, en agissant sur les deux rebords orbitaires inférieurs. Pendant toutes ces manœuvres, deux aides comprimaient l'aorte.

Il fallut procéder à la délivrance. La main fut de nouveau portée dans l'utérus et fit reconnaître que le placenta en occupait la partie latérale droite et la partie correspondante du col. Ce corps était faiblement uni aux parois utérines, et la séparation et l'extraction ne présentèrent aucune difficulté. Au bout de quelques minutes, l'utérus était revenu sur lui-même d'une manière assez complète, et la perte du sang arrêtée.

Rappeler la chaleur, ranimer la circulation qui paraissait à chaque instant sur le point de s'interrompre pour jamais, tel était le but vers lequel tous les efforts durent être dirigés. Des linges chauds furent appliqués d'abord sur la région précordiale, sur le reste du tronc et sur les membres. En même temps du vin de Bordeaux chaud et sucré fut donné par demi-verre, à des intervalles assez rapprochés; puis du vin de Bagnols; la malade en prit ainsi près d'une demi-bouteille. Cependant son état restait le même, un froid glacial couvrait toute la surface de son corps; le pouls, rapide, cessait de battre pendant quelques minutes. L'on ne percevait plus que ces frémissements irréguliers que nous avons signalés.

Le danger que courait cette malade avait suggéré à M. Nélaton la pensée de pratiquer la transfusion; mais avant de prendre ce parti extrême, il voulut attendre l'effet de la médication stimulante qui venait d'être administrée. Ce ne fut qu'au bout d'une heure et demie que, voyant l'état de la malade désespéré, il se décida à agir.

L'un des internes du service, M. Dufour, offrit de fournir le sang destiné à la transfusion. On lui ouvrit donc largement une des veines du bras pour obtenir rapidement la quantité nécessaire. Ce sang fut reçu dans une palette maintenue à la température de 35 degrés centig. environ, et versé sans perdre de temps dans une seringue à hydrocèle tenue à la même température.

Pendant ce temps M. Nélaton découvrait, à l'aide d'une incision de 2 centimètres, la veine médiane céphalique, qui fut disséquée et soulevée avec une anse de fil, de manière à l'aplatir et à y interrompre la circulation, afin de prévenir le retour d'une petite quantité de sang par le bout inférieur du vaisseau, ce qui aurait pu ôter à l'opération toute la précision qu'elle réclame. Saisissant alors avec une pince la paroi superficielle de la veine au-dessus de l'anse qui la soulevait, l'opérateur, armé de ciseaux, divisa obliquement le vaisseau dans la moitié seulement de sa circonférence, de manière à former un petit lambeau en V, dont le sommet était dirigé vers l'extrémité périphérique du vaisseau.

Les choses étant ainsi disposées, l'interne qui avait recueilli le sang expulsa avec le plus grand soin les bulles d'air et la

---

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(*Voir* les nos des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9, 16, 29 et 30 novembre; 5, 12 décembre.)

Cette victoire de l'Église, loin d'affranchir l'esprit humain, ainsi que le Christ l'avait promis au monde, fut au contraire le signal de nouvelles ténèbres qui étouffent trop longtemps la raison sous les superstitions les plus ridicules : ainsi, et pour ne pas sortir du domaine de la médecine, les rois, les papes et même les évêques s'attribuèrent la faculté de guérir les écrouelles et d'autres maladies par le simple attouchement; Louis IX, en sa qualité de saint, mit en usage le signe de la croix pour opérer ces cures, tandis que les élus et les moines, moins ambitieux que leurs supérieurs, continuent à recourir aux reliques des martyrs.

Les croisades, en créant le besoin de nombreuses hôtelleries, où étaient reçus et soignés les pèlerins de la Terre Sainte, donnèrent naissance aux ordres hospitaliers qui se consacrèrent exclusivement à ces pieux devoirs. Cette institution n'était pas nouvelle. Au septième siècle, au dire d'Hélyot (1), des négociants d'Amalfi, ville du royaume de Naples, avaient déjà fondé à Jérusalem un monastère et l'hôpital de Saint-Jean-l'Aumônier, où ils entretenaient pour soigner les pèlerins malades des hommes qui s'appelèrent plus tard les Johannites. Successivement d'autres congrégations se formèrent, entre autres celles de Sainte-Marie, de Saint-Lazare, et postérieurement les ordres fameux des Templiers, des chevaliers de Saint-Jean-de-Jérusalem, etc., etc. En Occident, nous citerons principalement, comme étant nés à cette époque, les frères hospitaliers du Saint-Esprit, réunis à Montpellier en 1070, par le chevalier de La Trace; les frères hospitaliers de Saint-Antoine, établis par Gaston en 1095 à Vienne en Dauphiné, etc., etc. Tous ces chevaliers n'avaient guère que des moyens empiriques que nous signale Gui de Chauliac : » *Quarta secta fere omnium theotunicorum militum et sequentium bella, qui cum conjurationibus et potionibus et oleo et lana atque caulis folio procurant omnia vulnera, fundantes se super illo, quod Deus posuit virtutem suam in verbis, herbis et lapidibus* » (1).

(1) *Histoire des ordres monastiques*, 1682, t. III, p. 86.

Ainsi que nous venons de le voir, l'Eglise avait le monopole de la pratique médicale. Moines, clergé, ordres religieux, tous les membres de la famille sacerdotale se livraient à l'art de guérir. Triste et déplorable époque pour la science et pour l'humanité! Quand, à la suite des croisades, l'Occident fut envahi par la lèpre, les prêtres-médecins eurent d'abord recours à leur arme habituelle, la superstition; mais ils durent bientôt l'abandonner devant les progrès toujours croissants du fléau. Leur impuissance se changea alors en fureur, et, délaissant tout essai de médication, ils couvrirent leur ignorance sous le manteau de la compression. On parqua les malheureux lépreux dans des endroits infects, auxquels on donna comme stigmate l'enseigne de léproserie, ladrerie, ou maladrerie. « On les obligeait, dit Sprengel (2), de fuir la société; ils ne pouvaient entrer qu'à certaines époques dans les villes, ni toucher autrement qu'avec un bâton ce qu'ils voulaient acheter. S'ils rencontraient quelqu'un sur une route, il fallait qu'ils s'éloignassent précipitamment, ou se plaçassent de manière que le vent ne pût porter les exhalaisons de leurs corps sur les personnes saines. Ils étaient tenus de faire sans cesse du bruit avec une crécelle, et de porter deux mains artificielles de laine blanche, pour qu'on pût les reconnaître de loin. Dans les lieux où il ne se trouvait pas de maladreries, on leur élevait des huttes, *cucurbitæ*, *stellæ*, en rase campagne. On les bannissait solennellement de la société; on les conduisait à l'église, lisant l'office des morts, les aspergeant d'eau benite, et pratiquant, en un mot, toutes les cérémonies observées dans les funérailles. »

Heureusement pour l'humanité, les croisades, qui donnèrent à l'Eglise toute suprématie, préparèrent en même temps le germe d'un nouvel élément social, qui bientôt lui devait ravir ses prérogatives scientifiques et plus tard sa puissance temporelle. C'était le tiers-état. Né de l'affranchissement de la commune par Louis-le-Gros, il se recruta, à l'époque des croisades, de tous les serfs rendus libres par la ruine du régime féodal, et se fortifia de la fortune que ces serfs affranchis acquirent dans le commerce, seule carrière qui leur fût alors ouverte. Avec la richesse se développa chez eux le goût pour les arts et les professions libérales, et bientôt le domaine de la médecine ne fut plus exclusivement occupé par les moines, les prêtres et les clercs. D'un autre côté aussi, l'espèce de dédain que les classes privilégiées professaient pour le tiers-état ou les serfs affranchis s'étendit sur la médecine, et défense fut faite aux membres du haut clergé, tels que les archidiacres et les prélats, de continuer à exercer l'art de guérir, par le synode de Reims en 1131, lequel fut confirmé dans les conciles de Montpellier, en 1162; de Tours, en 1163; de Paris, en 1212, et de Latran en 1139 et 1215. Ces dispositions ne s'appliquaient pas au bas clergé, qui conserva le droit de pratiquer la médecine.

(1) Guid. de Cauliac, *Præfat. ad chirurg.*, col. 7, in-fol. Venise, 1546.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 375.

Par suite de ces défenses, le haut clergé abandonna aux diacres, aux sous-diacres, et même à de simples clercs l'administration des hôpitaux, dont jusqu'alors ils avaient eu la charge; mais ceux-ci répondirent rarement à la confiance de leur évêque, et l'abbé de Récalde, qui n'est certes pas suspect en pareille matière, avoue avec franchise que « le mal était devenu si grand, que la plupart des clercs, qui avaient l'administration des hôpitaux, l'avaient tournée en titre de bénéfices, et que par un abus énorme de la confiance qu'on avait en eux, ils en appliquaient à leur profit la plus grande partie du revenu, négligeaient l'entretien des biens et des bâtiments et même le soin des pauvres (1).

Ces désordres et ces dilapidations forcèrent le pouvoir civil à intervenir, circonstance qui ouvre pour les hôpitaux une ère nouvelle, que nous désignons dans leur histoire sous le titre de *période civile*. Cette période va jusqu'à nos jours, et c'est par elle que nous terminerons ces études historiques.

(1) *Abrégé historique des hôpitaux*. In-32. Paris, 1786. Pag. 60 et suiv.

mousse sanguine que contenait la seringue, et en insinua la canule au-dessous du petit lambeau de la paroi veineuse, qui, étant soulevé avec une pince, formait une sorte d'entonnoir pour la recevoir. Comme cette canule présentait une forme conique, il suffisait de la faire pénétrer assez profondément dans le vaisseau pour que les parois veineuses s'appliquassent exactement à sa surface et s'opposassent au reflux du liquide injecté.

En effet, le piston, ayant été poussé avec lenteur, fit pénétrer dans le système veineux tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 200 grammes de sang environ. Au bout de cinq minutes, une nouvelle injection fut faite comme la première, et fit pénétrer dans la veine 150 grammes de liquide à peu près. La petite plaie du bras fut réunie immédiatement à l'aide d'une bandelette de collodium.

Pendant le cours de cette opération, aucun phénomène particulier ne se manifesta. La malade, qui était d'ailleurs dans un état d'insensibilité absolue, n'accusa aucune sensation; cependant le pouls, interrogé à plusieurs reprises, parut au bout d'un quart d'heure être un peu plus développé et avoir un peu moins de fréquence; en même temps, la malade fit comprendre par un geste que sa respiration était un peu moins gênée; il fut convenu que l'on continuerait à donner pour étancher la soif, qui était extrêmement vive, de l'eau et du vin, du bouillon, et que l'on envelopperait tout le corps de linges chauds.

Le samedi matin, l'état de la malade était complétement changé. La peau était chaude, recouverte d'une moiteur générale; le pouls assez développé, battant 130 à 135 fois par minute; la respiration plus facile. L'intelligence était parfaitement nette, la soif très prononcée. Pour boisson de l'eau et du vin, de l'eau de Seltz sucrée, de la glace et un peu de bouillon.

Le dimanche matin, même état que la veille, sauf une décroissance notable dans la fréquence du pouls, qui bat 104 fois seulement par minute. Dans la soirée, le pouls reprend sa fréquence, ce que l'on put rationnellement attribuer à l'invasion de la fièvre de lait.

Les jours suivants, la malade s'est plainte de douleurs abdominales; elle a été prise d'un frisson qui a fait craindre une fièvre puerpérale grave; cependant les symptômes paraissent s'être amendés et permettent encore d'espérer une terminaison heureuse, aujourd'hui vendredi, sept jours après l'opération.

A propos de la transfusion, comme à propos de toutes les opérations, deux questions peuvent être et ont été en effet soulevées : celle de l'innocuité et celle de l'utilité. On a vu par la citation de M. Velpeau, à laquelle nous aurions pu joindre celle un peu moins défavorable de M. Cazeaux, que ces deux questions étaient jugées, en France au moins, d'une manière bien plutôt défavorable que favorable à l'opération. La nouvelle tentative de M. Nélaton nous semble destinée à changer notablement la disposition des esprits à cet égard.

D'abord, en ce qui concerne l'innocuité, l'observation précédente doit lever toutes les craintes. Les dangers, en effet, qu'on a reconnus à la transfusion sont immédiats ou consécutifs. Quant aux accidents immédiats, ils ont été nuls ici, et la lecture du procédé qu'on a employé dans certains cas pour pratiquer la transfusion, et qu'on trouve décrit dans la *Médecine opératoire* de M. Malgaigne, suffit amplement pour les expliquer : ce procédé doit immanquablement causer l'introduction dans les veines de la petite quantité d'air contenue dans la canule, et l'on comprend facilement qu'une quantité d'air, même très petite, suffise pour suspendre complétement une vie déjà à moitié éteinte, comme l'était celle de la malade opérée par M. Nélaton. Quant aux accidents consécutifs de phlébite, on ne voit pas pourquoi on aurait beaucoup plus à les redouter ici que dans la phlébotomie ou l'opération du varicocèle, et personne, assurément, ne peut imaginer qu'on doive se priver, par crainte de ces accidents si rares, des immenses avantages qu'on se propose d'obtenir de la transfusion.

Mais ces avantages sont-ils aussi réels qu'on l'espère? Sous ce rapport, sans doute, l'observation de M. Nélaton ne saurait être aussi concluante : il n'est certainement pas sans exemple qu'une femme arrivée à un état aussi désespéré que celle dont nous venons de rapporter l'observation soit peu à peu revenue à la vie et même à la santé. Mais ces cas, tous les accoucheurs en conviendront facilement, sont assez rares, et si une probabilité doit être admise ici, elle est, sans aucun doute, bien plus en faveur de l'opération qu'elle ne lui est contraire.

En résumé, nous sommes heureux de pouvoir affirmer qu'en faisant cette nouvelle tentative, le chirurgien, à la fois prudent et hardi de l'hôpital Saint-Louis, a rendu un service signalé à la chirurgie et à l'art des accouchements.

Nous ne dirons rien du dévouement dont notre jeune confrère M. Dufour a fait preuve en offrant, sans hésiter, de fournir le sang nécessaire à la transfusion. Les actes de ce genre ne sauraient trouver leur récompense dans quelques paroles d'éloge.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DU 17 DÉCEMBRE.

Éloge de Richerand.

Par M. Fr. Dubois.

(Suite et fin. — *Voir* le numéro précédent.)

Nos années dites scholaires ont été comme embellies et charmées par la lecture de cet ouvrage. C'était pour nous comme une séduisante introduction à l'étude austère de la médecine. Lecture un peu légère, si l'on veut, mais qui semblait parsemer de fleurs ses premiers sentiers. Nous étions tous ravis de ce parfum de littérature répandu dans toutes ces pages, de ces citations heureuses empruntées aux classiques et qui semblaient continuer nos premières études, de ces brillantes et pittoresques descriptions des climats, des âges et des tempéraments. Aussi la première acquisition à faire était un Richerand, et nous étions tout glorieux dans nos promenades d'avoir ce livre sous le bras ou à la main. Dans quelle ville de province, dans quelle école secondaire, si éloignée qu'elle fût de Paris, le nom de Richerand n'était-il pas connu et invoqué?

Que de fois il m'est arrivé de reconnaître ces deux volumes parmi les quelques livres de pauvres officiers de santé qui exercent dans nos campagnes! C'était l'œuvre capitale, l'ornement de leur petite bibliothèque; ils me les montraient avec amour et avec orgueil. Qui sait? la vue seule de ce livre rappelait peut-être à leur souvenir les belles années de leur jeunesse, leur séjour au sein des villes, leurs études, leurs cours de l'Ecole, leurs premiers maîtres et leurs jeunes condisciples!

Enfin, Messieurs, s'il m'était permis de vous parler ici un moment de moi, je vous dirais qu'exilé en d'autres temps loin de mon pays, obligé de passer de longues années sur une terre étrangère, je n'avais point voulu me séparer des maîtres de ma jeunesse; mais les hasards d'une longue navigation leur avaient fait suivre une autre route, et ce n'est qu'après plus d'une année, au fond des forêts de la Livonie, que je retrouvai ma petite collection de livres; eh bien! Messieurs, je ne saurais vous exprimer avec quelle délicieuse sensation je me remis à lire ces pages si connues, ce langage de nos écoles, moi qui en étais si loin et privé depuis si longtemps! Il me semblait qu'en parcourant de nouveau ces ouvrages, et surtout les deux volumes de Richerand, je retrouvais d'anciens amis, que je conversais avec eux, et que leur voix chérie faisait taire pour un moment autour de moi tous ces bruits importuns, ces sons, ces accents d'une langue étrangère!

La réputation de Richerand comme physiologiste était faite; il aurait pu suivre exclusivement cette voie, mais nous avons vu qu'il aspirait surtout à se faire un nom en chirurgie. Le 28 frimaire an IX, la commission administrative des hospices de Paris l'avait nommé chirurgien en second à l'hospice du Nord, aujourd'hui hôpital Saint-Louis. Il n'avait été d'abord que candidat désigné; en l'an X, il fut maintenu inamoviblement dans la place de chirurgien de seconde classe.

Tout autre, avec de pareils antécédents et pourvu de ces titres, aurait peut-être dédaigné de se faire le simple rédacteur et l'éditeur des travaux de ses maîtres; Richerand crut que c'était par là qu'il devait inaugurer en quelque sorte sa carrière chirurgicale. Les élèves n'avaient guère entre les mains pour étudier les *maladies des os* que l'ouvrage de J.-L. Petit, livre précieux dû à l'un des plus grands génies qu'ait produits l'art chirurgical, mais devenu incomplet et insuffisant depuis que l'Ecole de Desault avait tant ajouté à cette partie de l'art. Le savant et consciencieux Boyer, reprenant tous les travaux de ses devanciers, faisait un cours très complet et très suivi; Richerand, en 1805, publia ce cours sous le titre de *Leçons du citoyen Boyer sur les maladies des os*. Mais ce n'était là qu'une section de la pathologie chirurgicale; on savait que Richerand avait réuni les matériaux d'un ouvrage plus considérable, et on attendait de lui qu'il fît pour la chirurgie ce qu'il avait fait si heureusement pour la physiologie. Richerand remplit bientôt cette attente. Dans le cours des deux années 1805 et 1806, il publia la première édition de sa *Nosographie chirurgicale*.

Richerand était alors dans toute la plénitude de son talent et à cette heureuse période de sa vie où il ne se préoccupait encore que de l'amour de la science. Cette nouvelle production lui fit le plus grand honneur; c'était un livre classique par excellence : groupant tous les faits en périodes distinctes, il entre en matière par un admirable résumé historique de l'art chirurgical; après avoir exposé en peu de mots ce qui concerne l'antiquité et le moyen âge, il prend la chirurgie française au moment où elle sort de la barbarie; il montre tout ce qu'elle a dû à Guy de Chauliac, à Franco et à Ambroise Paré; puis, s'inclinant devant l'Académie royale de Chirurgie et exposant ses travaux, il passe à l'Ecole de santé de Paris, reconstituée en quelque sorte avec ses glorieux débris, et en même temps à l'Ecole de Desault, auquel il rendait alors pleine et entière justice; car ce n'était pas encore un crime à ses yeux que de s'être trouvé sur le plus grand théâtre chirurgical de Paris, en d'autres termes d'avoir été chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Le titre seul de *Nosographie chirurgicale* porte à croire que Richerand avait eu surtout pour but de donner en quelque sorte un *pendant* à la *Nosographie médicale* de Pinel : de faire pour la chirurgie ce que celui-ci avait fait pour la médecine; toutefois, les besoins de la science n'étaient plus les mêmes : Pinel avait insisté avant tout sur les avantages d'une *classification naturelle* des maladies, déclarant beaucoup plus utile et plus urgent d'assigner à une maladie sa véritable place dans un cadre nosologique que d'en trouver le remède, assertion assez étrange et qui devait être sans doute beaucoup plus du goût des savants que du goût des malades. Richerand ne pouvait avoir pour la chirurgie le fanatisme nosologique; mais il en avait un autre, c'était de placer la chirurgie bien au-dessous de la médecine. A toutes les époques de sa vie, il a manifesté cette prétention. On pourrait même dire que, sous ce rapport, Richerand était resté d'un autre siècle.

Car, tout en avouant que c'était par suite d'un plan hardi et par une vue grande que la Convention nationale avait rendu la médecine et la chirurgie à leur unité primitive, tout en appelant cette unité le bienfait immense d'une époque féconde en désastres, Richerand ne laissait jamais échapper l'occasion d'attaquer cette prétendue unité et de la dénoncer comme une chimère. Tout au plus la trouvait-il réalisable dans l'enseignement; il en contestait l'utilité dans la pratique; et, quant aux Académies, il disait que là où elles étaient réunies, ce n'était pas de la *fusion*, mais de la *confusion*.

Que si on plaçait la médecine à côté et sur la même ligne que la chirurgie, il trouvait que celle-ci était, par cela seul, subordonnée à la première. Bref, la chirurgie comme il la comprenait était une sœur impérieuse et jalouse, et on aurait pu lui dire, comme Néron à sa mère :

Et si vous ne régnez, vous vous plaignez toujours.

Heureux, du reste, Richerand, s'il n'avait donné carrière à sa passion que dans des questions générales et abstraites, s'il n'avait employé sa plume éloquente et hardie que pour s'atta-

---

QUATRIÈME SECTION. — *Période civile.*

« Comme nous soyons deuëment advertis que les hospitaux fondez en nostre royaume, ayant esté mal administrez par cy-devant et sont encore de pis en pis gouvernez tant par leurs administrateurs que prélats de nostre royaume, et autres qui doivent avoir l'œil sur iceux; lesquels se sont efforcez et efforcent journellement vouloir appliquer à eux ou leurs serviteurs le revenu desdits hospitaux et en faire leur patrimoine, sous couleur qu'ils prétendent lesdits hospitaux estre titulez et bénéficiez en tiltre, en contrevenant aux sainctes constitutions canoniques, intention des fondateurs d'iceux hospitaux, et défraudans les pauvres de nostredit royaume de leur deuë nourriture et sustentation; et qui plus est, laissant tomber et ruiner les édifices d'iceux hospitaux et ne se soucient que de prendre le revenu d'iceux, esteindre et abolir le nom d'hospital, pour tousjours, dudit revenu disposer à leur plaisir et volonté, dont se sont ensuyvis plusieurs inconvénients; mesmement que les habitans des villes de nostre dit royaume, à la grande foule de nostre peuple, sont contraints de soy cottiser et imposer sur eux les deniers pour la nourriture des pauvres impotents, lesquels doivent être nourris et alimentez par lesdits hospitaux et lieux pitoyables, selon le revenu d'iceux et intention des gens de bien leurs fondateurs. » Tels sont les considérants que François I[er] plaçait en tête de son édit du 15 janvier 1545, portant que tous administrateurs d'hôpitaux seront tenus de rendre compte aux prochains juges des lieux, du revenu et de l'administration desdits hôpitaux, à quelque titre qu'ils les tiennent, de représenter les lettres et titres de fondation, etc., etc.

Deux ans auparavant, le 19 décembre 1543, le même monarque avait daté de Fontainebleau un édit « attribuant aux baillis, sénéchaux et autres juges, la surveillance de l'administration des hôpitaux et maladreries, avec faculté de remplacer les administrateurs, etc.

A partir de cette époque plusieurs édits furent rendus, parmi lesquels nous n'en citerons que trois pour les dispositions nouvelles qu'ils renferment. Henri II, par son édit du 12 février 1553, attribua au grand aumônier de France la surveillance et la visite de tous les hôpitaux du royaume, fonctions que François I[er] avait assignées aux baillis, sénéchaux, et autres juges des lieux où étaient les hôpitaux. Charles IX permit, par un édit d'avril 1561, l'adjonction de laïques aux clercs pour l'administration des établissements hospitaliers; enfin par suite des doléances et remontrances des états-généraux réunis à Blois, Henri III rendit, en 1579, un édit sur la police générale du royaume, connu sous le nom d'*ordonnances de Blois*, dont les articles 65 et 66 sont relatifs à l'administration des hôpitaux. Allant plus loin que son prédécesseur Charles IX, Henri III termine ainsi l'art. 65 : « Ne pourront desormais estre establis commissaires au régime et gouvernement des fruits et revenus desdites maladreries et hospitaux, autres que simples bourgeois, marchands ou laboureurs et non personnes ecclesiastiques, gentils-hommes, archers, officiers publics, leurs serviteurs, ou personnes par eux interposées. » Comme on le voit, les ordonnances de Blois complètent et réalisent les tendances contenues dans les édits précédents, et établissent d'une manière définitive l'autorité civile dans l'administration des hôpitaux.

Depuis longtemps déjà les prêtres avaient été forcés d'abandonner le domaine de la science médicale et de se renfermer dans celui de la théologie; mais les traces de leur passage ne devaient pas s'effacer rapidement. Sans doute l'obligation du célibat, imposée aux médecins laïques par la jalousie et l'envie des médecins-prêtres, n'existait plus depuis 1452; mais la ligne de démarcation établie entre la médecine interne et la médecine externe par la superstition et par une fausse pudeur; mais l'espèce d'anathème lancé par l'ignorance, plus encore que par la morale, contre les accoucheurs et les praticiens adonnés au traitement des affections des organes génitaux, subsistaient toujours, perpétuant une barrière de préjugés dont le bon sens public n'a pas encore entièrement fait justice. Vainement Jean Pitard essaya-t-il de réhabiliter la chirurgie, en obtenant de saint Louis, en 1268, des statuts par lesquels les maîtres chirurgiens de Paris furent réunis en corporation académique. Vainement François I[er] accorda-t-il aux chirurgiens les priviléges dont jouissaient les docteurs en médecine, déclarant, par lettres patentes du mois de janvier 1544, que « les professeurs, licenciés et maîtres en chirurgie ne peuvent être de pire qualité ni condition en leur traitement, que les suppôts de l'Université dont ils auront les priviléges. » Vainement Maréchal et Lapeyronie inaugurent-ils, le 18 décembre 1731, l'Académie royale de Chirurgie, dont la réputation est sans rivale, même de nos jours; le peuple, aujourd'hui encore, regarde les chirurgiens comme inférieurs aux praticiens de la médecine interne. Les sages-femmes, ces matrones dont l'instruction chez la majorité est si problématique, ces sœurs de charité qui soignent et médicamentent selon leur cœur et leur conscience, ont été conservées comme pour montrer à une longue suite de générations jusqu'où peuvent aller l'ignorance et le fanatisme religieux.

Vers le milieu du siècle auquel notre récit est arrivé, les chanoines de Notre-Dame cessèrent d'assister aux actes de la Faculté de Médecine. L'histoire de l'abrogation de ce privilége ecclésiastique mérite d'être racontée, et jettera peut-être quelque diversion sur notre sujet si aride. Il était d'habitude dans l'ancienne Faculté, de célébrer les actes publics par des repas joyeux auxquels étaient conviés les professeurs de l'Ecole et les chanoines de Notre-Dame. Ceux-ci, forcés d'assister aux examens et aux thèses, « subissaient, dit M. Sabatier (d'Orléans), auquel nous empruntons ce récit, la cérémonie tout entière, et s'endormaient souvent pendant la première partie en attendant la seconde. Ils prirent même un tel goût à cette pratique, que, quand la Faculté, vers 1650, reconnaissant l'abus de tous ces dîners, voulut les supprimer, les chanoines se révoltèrent. Ils prétendirent que l'usage établi avait force de loi; que le dîner qui devait suivre la réception de chaque licencié était une dette sacrée, dont aucun d'eux ne pouvait s'affranchir. Il y eut à cette occasion des sommations et des procédures. Les chanoines, cependant, malgré la vigueur de leurs réclamations, perdirent leur cause; et du moment qu'ils virent les repas abrogés, ils cessèrent d'assister aux actes de la licence (1). » Ainsi s'effaça de nos institutions médicales le dernier vestige de l'autorité religieuse qui s'était établie par la superstition, s'était perpétuée par l'ignorance, et qui mourut avec une coutume gastronomique de nos ancêtres.

Félix Roubaud.

(1) *Recherches historiques sur la Faculté de Médecine de Paris*; par Sabatier (d'Orléans), p. 53 et 54.

(*La fin à un prochain numéro*).

quer ainsi à la médecine, et pour montrer qu'elle doit toujours céder le pas à la chirurgie. Ses raisons étaient du moins louables en ce sens qu'il n'avait d'autre but que d'honorer son art, d'en montrer l'excellence et d'inspirer à ses élèves l'enthousiasme dont il était pénétré.

Mais il ne s'apercevait pas que, dans son désir de ne laisser à la chirurgie que ce qu'il y a de certain dans la médecine : *quod in medicinâ certum*, il aurait fini par lui enlever tout caractère scientifique ; c'eût été la médecine dès lors qui en eût hérité, et la chirurgie n'aurait plus même été l'œuvre d'un artiste ; c'eût été l'œuvre d'un artisan.

Comment s'y prenait-il, en effet, pour montrer, d'une part, la certitude, l'efficacité de la chirurgie; et, d'autre part, ce qu'il y a de conjectural et d'incertain dans la médecine? Il partageait, il limitait lui-même, à son gré, le domaine de l'une et de l'autre; ne laissant à la chirurgie que les seules lésions physiques effectuées par des causes mécaniques, et ne réclamant pour leur guérison que l'action de la main seule ou armée d'instruments; et alors tout lui est connu et facile. La nature n'a plus rien de caché ou de rebelle pour le chirurgien; il triomphe; ses méthodes sont sûres, palpables, et l'utilité de son art ne saurait être contestée.

Le médecin, au contraire, dit-il, reste le plus souvent spectateur oisif et impuissant des luttes orageuses qui, dans le cours des maladies, vont décider de sa défaite ou de son triomphe. Réussit-il dans l'heureuse administration des secours, il reste toujours de l'incertitude sur ce qui appartient à la nature ou ce qui doit être attribué aux remèdes. Bien plus, ajoute Richerand, et ici il emprunte les paroles de Celse, la médecine a souvent la douleur de voir des maladies longtemps rebelles guérir d'elles-mêmes au moment où elle vient d'en abandonner le traitement!

Voilà, Messieurs, sans les atténuer, les principaux arguments auxquels, dans l'amour de son art, Richerand revenait toutes les fois qu'on agitait devant lui cette question de la prééminence relative de la médecine et de la chirurgie.

Mais, je viens de le dire, il s'abusait lui-même; il oubliait que les organes ainsi lésés physiquement et traités mécaniquement n'en appartiennent pas moins, et dans tous les cas, à un être vivant, et que, quelque simple que soit, en apparence, leur lésion, quelque simple aussi que paraisse leur cure, il y a toujours, et partout, cette redoutable énigme, cette inévitable complication d'un élément plein de mystère, pour le chirurgien comme pour le médecin, c'est-à-dire *la vie!*

Ah! c'est chose simple qu'une lésion physique, c'est chose efficace que l'opération qui doit y remédier! Et quel est l'exemple que va choisir Richerand pour mettre hors de doute cette innocuité et cette certitude de son art? C'est, d'une part, un épanchement de liquide qui se sera formé entre la dure-mère et le cerveau, et, d'autre part, l'opération du trépan.

Etrange préoccupation d'un esprit décidé à ne rien voir que d'heureux et de favorable dans les terribles ressources de l'art chirurgical! Ravi de pouvoir montrer ici combien son opération est rationnelle, puisqu'elle consiste à évacuer le liquide épanché ; ravi de pouvoir dire que tout s'explique ici, que tout se voit clairement, causes, effets, rapports de causes à effets, Richerand ne s'aperçoit pas qu'il vient de choisir une des lésions les plus redoutables, et en même temps une des opérations les plus incertaines de la chirurgie.

Et en admettant que cette opération hasardeuse ait été menée à bien, qu'elle ait procuré l'évacuation du liquide, est-ce à dire que le chirurgien a terminé son œuvre? Est-ce à dire qu'une nouvelle phase, qu'une nouvelle période ne va pas commencer pour lui? que des accidents nombreux, que des dangers pressants ne vont point menacer son malade? Et qui devra les prévoir, ces dangers, qui devra les conjurer, si ce n'est le chirurgien? La nature va donc aussi intervenir dans les suites de cette œuvre chirurgicale; il va y avoir des luttes orageuses. Et qui en sera le spectateur oisif ou impuissant, si ce n'est le chirurgien? De qui ces luttes vont-elles décider la défaite ou le triomphe, si ce n'est du chirurgien?

O Richerand! si le monde vous possédait encore, je vous le demanderais à vous-même. Ne voyez-vous pas, vous dirais-je, que tout est partagé ici, tout est égal entre le médecin et le chirurgien : science, responsabilité, dangers, hasards, luttes, défaites et triomphes? Que si, dans l'accomplissement d'une opération chirurgicale, tout paraît clair, évident, palpable, efficace, la vie, à son tour, ne tarde pas à réagir, et de là les incertitudes, les dangers, les chances si diverses, toutes choses enfin qu'il faut savoir conjecturer, prévoir, modérer, régler ; et cela, dans une sphère tout aussi étroite, tout aussi obscure, tout aussi limitée pour le chirurgien que pour le médecin; car, par de là cette puissance de notre art, il en est une autre immense, éternelle, impénétrable, que le chirurgien philosophe appelle *nature*, et qu'Ambroise Paré appelait *Dieu*, le reconnaissant à ses merveilles et à ses bienfaits, s'inclinant devant sa majesté, et disant, après chacune de ses cures : « Je le pençai et Dieu le guarit. »

Je reviens à la *Nosographie chirurgicale*, et je répète que c'était, pour l'époque, un résumé très complet, très méthodique et très estimable. Personne n'aurait fait mieux que Richerand, personne même n'aurait fait aussi bien.

Richerand, fort de cette publication, occupait un rang honorable parmi les chirurgiens : il ne lui manquait plus qu'un titre, le plus grand de tous, il est vrai, celui de professeur. En 1807, la mort du professeur Lassus laissa une chaire vacante, celle de pathologie chirurgicale.

A cette époque, d'après l'article 24 de la loi du 11 floréal an X, c'était l'empereur qui nommait entre trois candidats présentés, le premier par la classe des sciences physiques et mathématiques de l'Institut, le second par les inspecteurs généraux des études, et le troisième par les professeurs de l'Ecole de médecine elle-même. Richerand réunit presque l'unanimité des suffrages dans les trois corps ; ce n'était plus un choix à faire pour l'autorité, c'était une simple confirmation. Richerand n'avait alors que vingt-sept ans. Parmi ses compétiteurs, cependant, se trouvait un nom qui devait un jour devenir bien redoutable pour lui, je veux parler de Dupuytren! rivalité malheureuse, qui ne faisait que poindre alors, et qui ne pouvait encore altérer la sérénité dont jouissait Richerand.

Il n'avait rien publié depuis sa *Nosographie chirurgicale*, quand, en 1810, pendant la convalescence d'une grave maladie, il eut l'idée de composer un livre sur les *erreurs populaires relatives à la médecine*. Certes, ce n'était point là matière qui pouvait ici lui manquer; mais, d'abord, comment classer des erreurs, des préjugés? quelles sont les erreurs à signaler avant tout? pourquoi celles-ci mériteraient-elles d'être réfutées avant celles-là?

Richerand va trouver un lien systématique, il va les grouper naturellement. Dans une première partie, il traitera des erreurs relatives à l'éducation physique des enfants; il commencera avec la vie et, marchant avec les âges, il la suivra dans toutes ses phases; allant ensuite du simple au composé, de ce qui est normal à ce qui ne l'est plus, il parlera des erreurs relatives à la santé, puis de celles bien plus nombreuses qui concernent les maladies et leur traitement.

Voulez-vous savoir maintenant comment il entre en matière? Le voici.

« A peine l'enfant, dégagé des liens qui l'unissaient à sa mère, vient-il au jour que l'erreur, cette reine du monde, s'en empare et le range au nombre de ses sujets; la sage-femme s'efforce de façonner sa tête, » etc.

Mais ne faudra-t-il entendre par erreurs *populaires* que celles qui sont familières au peuple, ou plutôt à la multitude? Ce serait là, Messieurs, une étrange méprise. Quand il s'agit de médecine, ce sont, comme le dit fort bien Richerand, les esprits les plus brillants et les plus cultivés qui tombent précisément dans les erreurs les plus grossières, qui les inventent, qui les créent et qui les propagent avec le plus d'ardeur ; voilà ce que Richerand a parfaitement distingué, et c'est dans cet excellent esprit qu'il a fait son livre.....

Il professait une admiration sans bornes pour les philosophes du dix-huitième siècle, Montesquieu, Buffon et Voltaire ; et après eux, J.-J. Rousseau, Condillac et d'Alembert.

Le gouvernement lui-même avait toutes ses sympathies à cette glorieuse époque de 1810; il trouvait que si jusque-là la France avait paru manquer d'historiens, c'est que ceux-ci n'avaient pas été inspirés par les événements : « Mais, disait-il, les prodiges dont nous sommes témoins produiront certainement quelque talent digne de les raconter.....

Cet empire cependant si puissant, si redouté, venait de s'écrouler; Richerand avait fini par s'effrayer de ses formes gigantesques et écrasantes; peut-être cependant avait-il trop applaudi à sa chute; témoin de ses dernières luttes, il avait dû convertir l'hôpital Saint-Louis en une vaste ambulance où furent reçus les blessés de cette dernière bataille livrée sous les murs de Paris.

Aidé de Béclard, Richerand déploya une activité et un dévouement sans bornes. Une épidémie meurtrière était venue joindre ses ravages à ceux de la guerre; les soins les plus empressés furent prodigués aux Français et aux étrangers qui encombraient les vastes salles, car c'est ainsi que se montre de nos jours le patriotisme dans notre art : l'honneur ne nous défend plus de secourir les ennemis de la Grèce!

Richerand était alors arrivé au comble des honneurs; l'empereur Alexandre, reconnaissant des soins donnés à ses soldats, lui avait conféré l'ordre de Sainte-Anne et de Saint-Wladimir; le roi de Prusse lui avait décerné une médaille d'or; le grand-duc de Bade lui avait fait remettre les insignes de l'ordre militaire de Frédéric; enfin, le gouvernement français lui avait conféré des titres de noblesse et l'avait nommé chirurgien en chef des trois premières légions de la garde nationale de Paris.....

De 1815 à 1820, Richerand avait publié successivement une brochure sur l'*enseignement de la médecine et de la chirurgie*; une *Notice sur Bordeu*; l'histoire d'une *résection des côtes* et d'*une partie de la plèvre*, opération qu'il avait pratiquée sur un chirurgien de Nemours. C'est à cette époque (1820) qu'avait été instituée l'Académie de Médecine.....

Chaque section avait son président et son secrétaire. Richerand avait été nommé secrétaire de la section de chirurgie, et c'est en cette qualité qu'en novembre 1821 il donna lecture d'un premier rapport sur les travaux de ses collègues; continué dans ces fonctions pendant quatre années consécutives, il fit lecture, en janvier 1825, de fragments assez considérables d'une *histoire des progrès récents de la chirurgie*.

Son ambition, à cette époque, et il n'en faisait point mystère, était d'être nommé secrétaire perpétuel, non pas de la section de chirurgie, mais d'une nouvelle Académie royale de Chirurgie. Aussi disait-il à ses collègues dans son allocution, et comme pour les rendre solidaires de cette espèce d'usurpation : « En me continuant ou, pour mieux dire, en me » *perpétuant* dans les fonctions que le talent des Quesnay et » des Louis a rendues à la fois si honorables et si difficiles, » vous m'avez imposé l'obligation, » etc.

Ce qui, du reste, séduisait Richerand dans la perspective de cette nouvelle situation, c'était bien moins le souvenir des travaux et des agitations de Louis que le tableau si attrayant de la vie de Quesnay tracée par Marmontel.

Il se représentait Quesnay dans ce charmant entresol du château de Versailles où se réunissaient les hommes les plus distingués de l'époque, Diderot, d'Alembert, Duclos, Helvétius, Turgot et Buffon; délicieuse retraite qui n'était pas sans gloire, car c'est là que naquit une science alors toute nouvelle : l'*économie politique*. Et « n'est-ce pas chose admirable, disait Richerand, que la médecine puisse ainsi se glorifier d'avoir trouvé dans son sein les auteurs des sciences qui font le plus d'honneur à l'esprit humain : Copernic, qui le premier fit connaître le véritable système du monde; Locke, qui fit pour les idées ce que Copernic avait fait pour les corps célestes; et enfin, Quesney, qui le premier nous fit connaître les richesses des nations! »

Mais je reviens à cet exposé des progrès récents de la chirurgie; revu à loisir par l'auteur, ce discours était devenu un livre, et c'est surtout dans sa composition que Richerand a montré les changements qui s'étaient opérés dans son esprit : c'est d'abord une sévérité poussée quelquefois jusqu'à l'injustice à l'égard de ses contemporains, puis un véritable engouement pour le libéralisme de l'époque.....

Mais, Messieurs, ce mouvement social auquel Richerand applaudissait avec tant d'ardeur faisait de rapides progrès, et bientôt une révolution, celle de 1830, vint apporter à nos institutions ce développement qu'il avait tant désiré. L'effet qu'elle produisit sur son esprit fut tout différent de celui que sans doute il s'en promettait lui-même; loin de s'en applaudir pour son pays, il en fut effrayé! Ce mouvement social, qu'il avait cherché lui-même à accélérer, ne lui parut plus qu'un travail sinistre de désorganisation, et cet équilibre constitutionnel qu'il avait tant admiré ne fut plus pour lui, je me sers de ses expressions, qu'un régime bâtard et bavard où domine la multitude!

Ces idées, et d'autres auxquelles je vais revenir, ont été émises par Richerand dans un ouvrage publié en 1837, et qui a pour titre : *De la population considérée dans ses rapports avec le gouvernement;* ouvrage inspiré par la situation politique, écrit de verve, et qui exprime de la manière la plus vive, la plus hardie les sentiments dont Richerand était pénétré à cette troisième et dernière époque de sa vie.

Richerand assure qu'il avait été amené à composer cet ouvrage par suite de ses études physiologiques ; que c'était une espèce d'évolution, non plus physique, mais morale, qu'il s'était proposé de décrire, et à laquelle il s'était trouvé amené après avoir parcouru l'échelle de l'animalité.

S'élevant du physique au moral, de l'ordre physiologique à l'ordre politique, il s'était d'abord proposé de prouver que, dans l'enfance de la civilisation, les formes du gouvernement qui conviennent le mieux aux populations sont les plus simples, c'est-à-dire les monarchies absolues ; puis, et à mesure que les nations deviennent plus riches et plus éclairées, les citoyens doivent participer au maniement des affaires de l'Etat. Telle était l'opinion que Richerand allait soutenir, en la donnant comme une conséquence de toutes ses observations physiologiques, lorsqu'il s'aperçut que cette opinion toute théorique, toute scientifique, au lieu d'être confirmée par les faits, se trouvait formellement contredite par l'histoire. Une loi constante dont il n'avait pas tenu compte, un fait incontestable, physique, matériel devait nécessairement s'opposer à la réalisation du principe : ce fait, c'est l'*accroissement* progressif et jusqu'à un certain point illimité qu'éprouve l'espèce humaine dans le nombre des individus dont elle se compose.

Voilà ce que Richerand disait avoir tout à coup constaté, et dès lors il n'avait pas hésité à déclarer que son opinion première était une *utopie;* utopie qui l'avait longtemps séduit, lui comme bien d'autres, et qui n'avait encore que trop de partisans au moment où il écrivait son livre.

Je croirais plutôt, Messieurs, que c'était le spectacle même des événements qui lui avait enlevé ses dernières illusions, c'était cette sombre et dernière expérience de la vie qui avait ainsi modifié toutes ses idées, et on peut regarder ce livre comme l'expression du travail douloureux de son âme. Aussi sa composition ne lui avait-elle donné aucune de ces joies que procurent ordinairement les travaux de l'esprit; il l'a dit lui-même : « Dans cette étude de nos dangers et de nos misères, j'ai pu rarement goûter la jouissance dont s'accompagnent les travaux littéraires, satisfaction qui en est la première et souvent l'unique récompense. »

On trouve encore cependant dans cet ouvrage des traits d'imagination et de sentiment; mais ce qu'il y a par-dessus tout, c'est de la verve et de l'audace, c'est une étonnante prévision des événements qui depuis ont éclaté coup sur coup.

Qu'on se reporte à cette époque de 1837, où une nouvelle dynastie, remplaçant ceux qu'on appelait d'autres Stuarts, semblait assurer pour longtemps l'existence de la monarchie constitutionnelle en France : eh bien! Richerand, regardant autour de lui, ne voyait déjà plus que faiblesse et instabilité dans nos institutions, et il poussait ce cri de détresse que chacun répète aujourd'hui : *Exoriare aliquis !*

Prévoyant une nouvelle révolution opérée par la multitude, il se demandait avec effroi combien de jours, combien de mois ou d'années nous séparaient encore de ce bouleversement; on le raillait alors comme un autre Cassandre; on tournait en dérision ses paroles quand il disait que « ce naufrage était certain, inévitable et que cette tempête engloutirait dans le même abîme les nations et le prophète! »

Disons cependant que Richerand, toujours entraîné par son imagination, semblait se montrer et pour ainsi dire s'enivrer de ses propres idées; qu'il n'aurait pas fallu le prendre tout à fait au mot dans ces nouveaux emportements, du moins en ce qui le concernait : je ne dirai pas qu'il se faisait plus méchant qu'il ne l'était, car il ne l'était pas du tout; mais, comme tous les hommes de lettres, il posait dans ses écrits, donnant pour lui ce qui n'était souvent qu'un personnage idéal; ainsi, dans son chapitre des *Lois pénales*, après avoir cité Montesquieu, qui disait qu'aux peuples corrompus il faut des lois atroces, après avoir parlé des supplices en usage chez nos ancêtres, de la roue et du bûcher, il termine en disant que déjà sans doute plus d'un lecteur s'est aperçu que l'auteur de cet ouvrage a passé sa vie dans l'exercice d'une profession qui emploie le fer et le feu pour la guérison des maux rebelles aux secours de la médecine. Eh bien! Messieurs, ce chirurgien qui se donne ici comme impitoyable, je vous le montrerai tout à l'heure tremblant lui-même et agité de bien plus d'inquiétudes que les patients sur lesquels il allait porter le fer et le feu!

Quelque rapprochée cependant qu'ait été cette tempête que Richerand, le premier peut-être, avait signalée à l'horizon politique, il ne devait pas en être le témoin; trois ans après, en 1840, le 25 janvier, il était enlevé par une mort prématurée à sa famille, à ses amis et à ses nombreux élèves.

Ami de Cabanis et de Destutt de Tracy, Richerand, dans tous ses ouvrages et dans une période de près de quarante années, n'avait professé d'autre philosophie que celle de Locke et de Condillac; dans son dernier ouvrage, il traite, il est vrai, de sophistes les philosophes du dix-huitième siècle qu'il avait tant exaltés; mais il reste idéologue à la manière de ses amis de la société d'Auteuil, et s'il parle de la philoso-

phie cartésienne, c'est avec ironie et pour jeter sur elle du ridicule, bien qu'elle soit venue la première dans les temps modernes disputer l'opinion des savants au matérialisme et à l'atticisme. Néanmoins Richerand est mort en chrétien, en catholique fervent; il faut donc qu'il ait ou méconnu les conséquences dernières de la philosophie qu'il avait adoptée, ou qu'il ait complétement rompu et divorcé avec elle dans les derniers temps de sa vie : a-t-il cherché, comme Pascal, et à raison même de l'insuffisance des vérités naturelles, à se réfugier dans le sein de la foi? A-t-il fini par abjurer toute philosophie pour s'en remettre dans ses derniers moments à l'autorité de l'Eglise, comme à la seule capable de ramener la sécurité dans son âme?

Il est probable, Messieurs, que le retour aux sentiments religieux a été chez lui comme toutes ses autres déterminations, une sorte d'entraînement du cœur; il y eut, en effet, quelque chose de touchant dans la manière dont se fit cette première manifestation publique de ses sentiments de piété.

Chaque année, le jour de la Fête-Dieu, madame Richerand faisait disposer dans son jardin de Villecresne un reposoir orné de fleurs et de verdure : à peine convalescent d'une maladie longue et douloureuse, Richerand, quoique très faible encore, voulut se tenir près de l'autel; sa famille l'entourait, son jeune fils était près de lui et s'inclinait pour recevoir la bénédiction du prêtre : à ce moment, on vit Richerand s'écarter de la foule, prendre une allée solitaire et fondre en larmes; rentré dans son cabinet, il prit une plume et écrivit en tête d'un livre d'évangiles une prière qui commençait ainsi :

« Oui, vous êtes vraiment le Dieu du pauvre, de l'infirme, de l'affligé, Dieu tout-puissant, Dieu caché!..... »

Telles ont été, Messieurs, les dernières et consolantes convictions de Richerand; que les uns, sceptiques et insouciants, meurent comme le voulait Montaigne, qu'ils se précipitent dans la mort comme en une profondeur muette et obscure, pleine d'oubli et d'insensibilité; que les autres en bravent également ou le sommeil ou le réveil, assurés qu'ils sont de l'indifférence profonde de cette force qui anime et gouverne les mondes; Richerand a préféré revenir aux simples croyances de ses jeunes années et demander à la religion ce que n'avaient pu lui donner ses études philosophiques.

Mais maintenant, Messieurs, que je vous ai raconté toutes les phases de cette existence si brillante et si agitée, il me reste à vous dire quelques mots sur l'écrivain, le professeur, le chirurgien et enfin sur l'homme privé : c'est par là que je terminerai cette notice.

Richerand a été sans contredit l'un des écrivains les plus élégants, les plus corrects, les plus classiques de son temps, et cela à une époque où, tout étant à la guerre, depuis le chef belliqueux de la grande nation jusqu'au dernier des villageois, le talent de l'écrivain n'était pas de ceux qu'on prisait le plus; il y a dans tous ses ouvrages quelque chose de viril et de militant qui sent le chirurgien; presque toujours, il est vrai, c'est la passion qui chez lui colore et échauffe le style; mais en même temps, c'est un pinceau facile et suave qui sait placer avec ordre et méthode, et dans des cadres bien limités, les traits principaux de toutes ses compositions. Il y a dans ses périodes non-seulement de l'élégance et de l'harmonie, mais encore de la force et de l'âme, en un mot, un véritable talent....

Mais cette facilité de style, cette abondance, cet heureux choix d'expressions abandonnaient Richerand dès que, laissant sa plume, il montait en chaire et prenait la parole. Quelle ne devait pas être la surprise de ceux qui, ne le connaissant que d'après ses écrits, ne s'en étant fait une idée que d'après les belles pages de sa *Physiologie*, le voyaient et l'entendaient pour la première fois? On sentait cependant encore en lui l'homme de talent; son âme était dans ses yeux, dans ses gestes et jusque dans ses leçons, si fatigantes pour lui et pour ses auditeurs; on voyait comme une flamme inspiratrice qui ne pouvait se faire jour au dehors : c'était l'instrument seul qui paraissait lui manquer; on pouvait même dire que, chez lui, l'inspiration était trop forte; son énergie semblait comme refoulée; elle l'étouffait ou débordait en un sourd mugissement.

Richerand, du reste, se rendait parfaitement justice sous ce rapport; il avouait qu'il n'était pas né pour la parole : la plume et l'épée chirurgicale, le talent d'écrivain et celui d'opérateur, voilà ce en quoi il croyait exceller, et plutôt encore peut-être dans l'art d'opérer que dans celui d'écrire.

Nous avons montré tout à l'heure que sa supériorité comme écrivain était incontestable. En était-il de même de sa capacité dans l'art d'opérer les malades? avait-il réellement les qualités qui font l'opérateur?

Son ami et son compatriote Brillat-Savarin a dit de lui : « On n'a pas la parole plus consolante, la main plus sûre, ni l'acier plus rapide! »

L'expression a pu paraître heureuse et pittoresque; mais je suis obligé de dire que, si Brillat-Savarin parlait ainsi, c'est qu'il n'avait pas eu à se faire opérer par son ami Richerand.

La main de Richerand n'était ni sûre ni habile, par la raison qu'il ne savait pas garder cette présence d'esprit, cet imperturbable sang-froid qui est la qualité par excellence de l'opérateur.

Richerand était trop impressionnable, trop peu maître de lui, d'une sensibilité trop vive pour bien opérer; il n'avait pas cette impassibilité qui fait que de tels chirurgiens n'entendent pas même les cris du patient et semblent tellement étrangers à cet affreux spectacle de la douleur qu'on les voit dans ces cruelles mutilations viser avec satisfaction à une sorte d'élégance, réalisant ainsi pour eux le *jucundè* qu'un vieil aphorisme chirurgical a si singulièrement placé au nombre des conditions requises en pareille matière.

Richerand reconnaissait lui-même que le sang-froid est plus rare que l'adresse, et que néanmoins c'est la qualité indispensable dans la pratique de la chirurgie. La dextérité, disait-il, s'acquiert par l'exercice, mais la fermeté de l'âme est un don de la nature.

C'était aussi le sentiment de Haller. « Il est bien difficile, disait ce grand physiologiste, qu'à la première opération, la vue, peut-être même l'odeur du sang, les cris du patient, la nouveauté du spectacle, ne vous causent une émotion qui n'est pas sans analogie avec celle qu'éprouve le soldat dans le tumulte d'un combat à l'aspect du carnage. »

J'ajouterai qu'en chirurgie beaucoup de praticiens n'ont jamais pu surmonter cette émotion, et Richerand était certainement de ce nombre.

On le voyait, on le remarquait bien vite dès qu'il se mettait à opérer, et il se récriait d'autant plus que la remarque était vraie. Aussi que faisait-il pour échapper à ce reproche? Il s'armait de tout son courage, comme un soldat qui marche au combat, et puis il commençait avec une certaine résolution. Mais dès la première incision, le premier jet de sang ou les premiers cris du malade, on le voyait hésiter, sa main devenait incertaine, et, perdant toute présence d'esprit, tout sang-froid, toute modération, il s'en prenait à ses aides des embarras et des obstacles que lui créait sa propre trépidation.

Je viens de vous dire, Messieurs, les qualités dont Richerand a fait preuve dans l'exercice public de sa profession; je vous ai dit aussi celles qui lui ont manqué; mais on ne connaîtrait pas Richerand tout entier si on ne pénétrait pas au sein de cette famille où il avait su se créer une félicité d'autant plus digne d'envie qu'elle était indépendante des événements et des hommes.

Au temps même de son plus vif entraînement vers les idées philosophiques qui plaisaient à l'indépendance de son caractère, Richerand avait recherché dans la femme si distinguée qui a fait l'ornement et le bonheur de sa vie non-seulement les qualités solides et gracieuses que l'on aime et que l'on respecte tout à la fois, mais encore une piété sincère, douce et fervente.

Aussi, de toutes les choses qui lui avaient réussi dans le monde, il n'en était aucune dont il fût aussi satisfait et aussi fier que d'avoir su se créer un intérieur heureux et simple.....

Le goût des lettres, qui chez lui concordait si bien avec l'étude des sciences et qui a fait le caractère tout spécial de son talent, l'avait porté naturellement à choisir ses amis parmi les représentants les plus illustres de la littérature.

Après une longue semaine passée dans les travaux du cabinet, au milieu des soucis de la pratique et du professorat, Richerand échappait comme Horace aux ennuis de la ville, pour aller revoir les champs et goûter quelques heures de repos dans sa charmante retraite de Villecresne, en compagnie d'Auger, de Villemain, de Lacretelle, de Brillat-Savarin et de Campenon.

Quant à ceux qui avaient été ses maîtres, il leur avait gardé une reconnaissance de tous les instants et qui ne s'est jamais démentie. J'en citerai ici un seul exemple.

Une place était vacante à l'Institut; Richerand s'était mis au nombre des concurrents, et le succès semblait assuré à sa candidature. Mais il apprend que Boyer se présente, et il court chez ses amis leur déclarer qu'il n'entend pas faire concurrence à celui qu'il s'honore d'appeler son maître.

Mais, Messieurs, s'il est d'illustres amitiés, il est aussi d'illustres inimitiés; et celles-ci, malheureusement, ont presque toujours plus de retentissement que les premières. (*Deteriora pronis auribus accipiuntur.*) Telle a été la regrettable rivalité de Richerand et de Dupuytren.

Dupuytren, par ses manières superbes, hautaines et dédaigneuses, n'avait point tardé à révolter ce caractère bouillant et mal contenu; de là une inimitié qui, loin de se calmer par des rapports de chaque jour, n'avait fait que grandir et s'envenimer. Dupuytren apportait dans cette polémique tout le sang-froid, la hauteur et l'habileté qui faisaient le fond de son caractère; Richerand, toute la fougue, toute l'impétuosité de son âme. Le premier calculait toutes ses démarches, ses insinuations, et jusqu'à ses réticences; le second, qui n'avait jamais pu se maîtriser, montrait autant d'imprudence que d'énergie. Presque toujours vaincu dans ces luttes de la parole, il s'armait de la plume et attaquait à outrance son adversaire.

Un jour il en fit un portrait tel que ne l'aurait point désavoué Tacite s'il avait eu à peindre le Tibère de la chirurgie. C'est à ce point, qu'effrayé lui-même de son œuvre, il s'arrête et finit par déclarer que cette peinture est sans doute *imaginaire*.

Débats à jamais regrettables, et qui ont fait le malheur de l'un et de l'autre. Un rapprochement eut lieu cependant. On sait qu'à son lit de mort Dupuytren fit appeler Richerand; il s'adressa à son cœur, à sa loyauté; Richerand se précipita dans ses bras et tout fut oublié.

Oublions tout aussi, Messieurs, tout, hormis cette touchante et sublime réconciliation que l'Académie elle-même a en quelque sorte sanctionnée en inscrivant sur ces murs les noms de ces deux illustres rivaux. Tournez vos regards, Messieurs, vers cette brillante constellation de chirurgiens, vous y verrez resplendir ces deux noms de Dupuytren et de Richerand; ils vous diront que l'Académie n'a gardé qu'un souvenir, celui de leurs talents et de la gloire qu'ils lui ont apportée.

PARIS. — IMPRIMÉ PAR PLON FRÈRES, RUE DE VAUGIRARD, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 151. (23e ANNÉE.) MARDI 24 DÉCEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

Les ateliers étant fermés mercredi, à l'occasion de la fête de NOEL, le journal ne paraîtra pas jeudi 26 décembre.

PARIS, 23 DÉCEMBRE 1850.

Sur un nouvel arrêté DE L'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX.

Voici, et de date toute récente, une mesure prise par l'administration des hôpitaux, et à laquelle il nous est absolument impossible de donner notre assentiment, malgré l'approbation qu'elle a reçue de la commission médicale. Les chefs de service ont reçu depuis quelques jours communication de l'arrêté suivant, que nous croyons devoir publier en entier et avec ses considérants :

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

N° 6922.—*Modification dans la préparation et la distribution de diverses substances et médicaments.*

Vu le rapport du directeur de la pharmacie centrale ayant pour objet, en vue de diminuer les dépenses de la pharmacie, d'apporter diverses modifications dans l'emploi et la distribution de plusieurs substances et médicaments, ainsi que dans les préparations destinées au traitement des malades;

Vu l'avis de la commission médicale consultée sur ces propositions, et qui a conclu à leur adoption,

En ce qui concernait :

1° Le remplacement des décoctions de racine de guimauve par des décoctions de graine de lin;

2° La substitution de la fleur de guimauve à la fleur de mauve et de violette;

3° L'emploi exclusif de l'alcool de pommes de terre pour les ventouses ou les fumigations et la conservation des pièces anatomiques;

4° La fixation des quantités de laudanum de Sydenham, poudre de cantharides, nitrate d'argent fondu et sparadrap qui pourront être délivrées à la fois dans chaque salle;

Considérant que l'adoption de ces propositions aura pour résultat infaillible de diminuer les dépenses du chapitre : *Médicaments*, par l'économie que procureront, d'une part, la substitution de substances bon marché à des substances d'un prix élevé, et, d'autre part, les habitudes d'ordre et la facilité de surveillance qui seront la suite des restrictions mises à la délivrance des médicaments et préparations qui se donnent aujourd'hui sans limites et sans contrôle;

Considérant que, d'après l'avis des médecins et chirurgiens auxquels ces propositions ont été soumises, elles ne peuvent aucunement entraver ou gêner le traitement des malades,

ARRÊTE :

1° A partir du 15 décembre 1850, la graine de lin à la dose de 4 grammes en décoction sera substituée à la racine de guimauve, pour la préparation des lotions fomentatives, injections, collyres et gargarismes émollients.

2° Les fleurs de mauve et de violette seront remplacées par la fleur de guimauve.

3° Il ne sera délivré dans les salles que de l'alcool de pommes de terre pour le service des ventouses, des fumigations et des pièces anatomiques.

4° Il ne pourra être délivré à la fois pour la même salle :
— plus de 100 grammes de laudanum de Sydenham;
— plus de 50 grammes de poudre de cantharides;
— plus de 10 grammes de nitrate d'argent fondu;
— plus de deux bandes de sparadrap.

5° Le présent arrêté sera envoyé aux directeurs des établissements, au directeur de la pharmacie centrale, à tous les pharmaciens des hôpitaux et hospices pour en assurer l'exécution, chacun en ce qui le concerne.

Fait à Paris le 30 novembre 1850.

DAVENNE.

Pour ampliation :

Le secrétaire général, DUBOST.

Nous ne dirons qu'un mot des *considérants*, pour faire remarquer combien peu amèneront d'économies dans le service les restrictions mises à la délivrance des médicaments. Les médicaments, dit l'arrêté, se donnent aujourd'hui *sans limites et sans contrôle*. A quoi donc servent, s'il en est ainsi, les bons signés par les médecins et les cahiers de pharmacie? S'imagine-t-on que, si l'on a besoin de 200 grammes de laudanum en quarante-huit heures, il y aura plus d'économie à faire deux bons de 100 grammes chacun, *à vingt-quatre heures de distance*, qu'à en faire un seul de 200 grammes? Nous pensons au contraire, si l'on veut être absolument rigoureux en fait d'économie, qu'il y aura dans la nouvelle mesure perte de *papier*, d'*encre* et de *temps*, et que l'emploi du laudanum versé sur les cataplasmes, employé en frictions, en lavements, etc., ne pourra pas être mieux justifié et contrôlé par deux bons de 100 grammes que par un seul bon de 200 grammes.

Ces mesures peuvent-elles gêner le traitement des malades? Oui, très certainement, et nous allons le prouver un peu plus loin; elles peuvent même empêcher, par privation de médicaments suffisants, le médecin d'agir en temps utile.

Contre le premier et le second article de l'arrêté, nous n'avons pas d'objection sérieuse. Peu importe, après tout, que l'on bassine une plaie, que l'on fasse des fomentations avec la décoction de graine de lin ou de racine de guimauve. L'eau tiède, à la rigueur, suffirait même.

Nous ferons plus, nous indiquerons à l'administration une économie à laquelle elle n'a pas songé, et qui consisterait à faire servir à la confection des cataplasmes les résidus de ces décoctions.

Les médecins ne tiendront pas davantage, nous en sommes certain, aux fleurs de mauve ou de guimauve, non plus qu'à l'alcool de pommes de terre destiné au service des ventouses, etc.

Mais voici quelque chose de plus important.

Il ne pourra être délivré à la fois plus de 100 grammes de laudanum pour la même salle.

Ne peut-il se trouver à la fois, surtout dans des salles qui, comme celles Sainte-Marthe, Sainte-Jeanne, à l'Hôtel-Dieu, contiennent 75 ou 80 lits, ne peut-il se trouver 10, 12, 15 malades, ou même plus, dont le traitement exige plus de 100 grammes de laudanum dans une journée? Et alors n'est-ce pas entraver le traitement que de refuser la quantité nécessaire?

Est-il juste d'accorder la même quantité de laudanum pour le service d'une salle contenant 34 lits, comme était celle de M. Caillard, ou moins encore, comme la salle Saint-Roch, et à une salle qui en renferme 79, comme celles que nous avons indiquées plus haut?

Une difficulté n'a pas été prévue par l'arrêté administratif : c'est celle où deux médecins seraient chargés, chacun pour une part, de faire le service dans la même salle. Ces cas sont assez fréquents dans les hôpitaux de Paris. Que doit-il arriver alors? Chaque fraction de salle sera-t-elle considérée comme une salle entière? Cela paraît peu probable; car, ainsi, l'arrêté se trouverait violé.

Dans le cas contraire, comment répartira-t-on le médicament? Sera-ce par parties égales? Mais ici encore y aurait-il égalité et justice? Les 59 lits dont est chargé M. Husson ne devront-ils pas employer plus de laudanum que les 20 malades de M. le professeur Rostan?

Fera-t-on une répartition proportionnelle au nombre des malades? Et si l'on veut l'avoir exacte, ne faudra-t-il pas entrer dans des calculs sans fin, et arriver à des fractions ridicules?

Mêmes observations pour la poudre de cantharides, pour le nitrate d'argent fondu, pour le sparadrap surtout. Faut-il accorder à une grande salle de chirurgie la même quantité de sparadrap qu'à une petite salle de médecine? Est-il donc possible de déterminer d'avance le nombre de plaies, ulcères, fractures, etc., qui seront chaque jour dans un service de chirurgie, et nécessiteront l'usage du sparadrap?

Et alors, il arrivera de deux choses l'une : ou le service en souffrira, et ce n'est pas là ce qu'a voulu l'administration, ou les médecins et chirurgiens seront obligés, pour pourvoir aux éventualités, de demander d'avance, à la pharmacie, par des bons régulièrement faits, des substances médicamenteuses dont ils auront en quelque sorte une provision. Or, l'administration aura manqué son but; car, que l'on nous permette cette citation d'un vieux et vulgaire adage : *provision, profusion.*

Nous espérons que personne ne verra dans cet article un acte d'hostilité contre l'administration des hôpitaux, mais seulement la critique sérieuse d'une mesure imprudente que la pratique démontrera mauvaise, et sur laquelle on reviendra.

Disons, avant de terminer, que nous pourrions signaler ici les mesures non moins inopportunes prises récemment contrairement aux intérêts des malades, telles que la suppression du sirop de groseilles, celle des tisanes sucrées à tous les malades *indistinctement et sans aucune exception*, qui mangent deux portions d'aliments (un peu plus du quart ancien). Nous aurons peut-être occasion de revenir sur ce sujet; car on parle comme d'une mesure devant être prochainement prise de la suppression du sirop de gomme, que l'on remplacerait par le *sirop de blé* ou la dextrine, si malheureusement essayée il y a quelques années.

Nous attendrons l'arrêté officiel pour en parler ici plus au long.

A. FOUCART.

Opération de la transfusion.

La malade chez laquelle on a opéré la transfusion, et dont nous avons rapporté l'histoire dans notre dernier numéro, n'a malheureusement pas continué à aller aussi bien qu'on aurait pu l'espérer. Des symptômes de fièvre puerpérale, qui règne en ce moment épidémiquement à l'hôpital Saint-Louis, et qui s'étaient déjà manifestés, quoique légèrement, dès le 18 et le 19, ont pris un caractère très alarmant dans l'après-midi du 20, et la malade a succombé dans la soirée. Voici les détails de l'autopsie, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Notta, interne du service de M. Nélaton.

Autopsie 36 heures après la mort.

Roideur cadavérique très prononcée. La plaie du bras n'est pas enflammée, et ne contient pas de pus. Ses lèvres ne sont pas réunies; en les écartant on ne trouve pas la veine basilique à nu; mais sa surface est recouverte par le tissu cellulaire ambiant, qui s'est réuni par première intention et lui adhère. Cette veine, disséquée, n'offre aucune trace d'inflammation; la plaie qui lui a été faite est bien cicatrisée. En fendant le vaisseau on trouve à sa face interne un petit caillot fibrineux qui adhère à la cicatrice. Du reste, absence de pus et de rougeur inflammatoire.

La cavité péritonéale est remplie de pus. Toute la surface interne de l'utérus est sphacélée, et on trouve du pus dans les sinus utérins.

Le foie est normal. Les poumons sont sains. Il y a seulement dans le poumon droit un petit abcès métastatique de la grosseur d'un haricot.

Le cœur a son volume normal. Il renferme dans ses cavités environ une cuillerée à bouche d'un sang pâle, séreux. Dans le ventricule droit est un caillot fibrineux assez mou.

« Cette autopsie, dit M. Notta, démontre de la manière la plus évidente que la malade a succombé non aux suites de l'opération de la transfusion, mais bien à la métro-péritonite qui s'est déclarée consécutivement. »

Tout le monde partagera l'opinion du jeune praticien, et, malgré l'issue funeste de la maladie, il n'en restera pas moins établi par le fait que nous avons rapporté que l'opération de la transfusion est *pour le moins innocente* dans les cas d'anémie *post-hémorrhagique*, suivant l'expression de M. Requin.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

De la dérivation et de la révulsion.

Le mot de dérivation, comme celui de révulsion, se rattache à une idée de doctrine qui est celle-ci : qu'il s'établit vers certains organes des mouvements fluxionnaires et qu'il serait possible de les détourner, soit en les dirigeant sur des organes latéraux aux organes affectés, et alors il y a *dérivation*, soit en les faisant remonter vers leur point de départ, qu'on suppose toujours éloigné de l'organe malade, et c'est de là qu'est venu le mot *révulsion*. Ainsi ces deux mots représentent cette idée qu'un mouvement fluxionnaire ou une direction d'influx vital s'accomplit en excès vers un organe affecté et qu'il y aura des moyens thérapeutiques pour détourner ce mouvement fluxionnaire vers un organe moins important, ou pour le faire revenir sur lui-même et l'empêcher d'affecter plus longtemps l'organe sur lequel il avait porté primitivement.

Si on veut étudier l'opinion généralement admise sur la dérivation et sur la révulsion, on verra qu'elle n'est que le développement d'une idée que l'on trouve dans Hippocrate et qui dit : *Ubi dolor, ibi fluxus.* Il y a également dans Hippocrate un aphorisme qui dit : *Duobus doloribus abortis*, *vehe-*

mentior obscurat alterum. La doctrine des fluxions, appliquée à la thérapeutique, tire parti de ces deux aphorismes, et elle dit de même que, quand il y a deux douleurs, la plus forte détruit la plus faible, de même on peut détourner un état pathologique se déversant sur un organe avec douleur en déterminant dans un autre point une douleur plus forte, et, comme on peut y appeler un état fluxionnaire en y déterminant de la douleur, cet état fluxionnaire se fera aux dépens de l'autre qui portait sur l'organe affecté. Ce qu'on a écrit sur les fluxions n'est guère que le commentaire de tout ceci; mais ce n'est là que de la médecine empirique, car dans ce cas on ne connaît pas le mode d'action de ces dérivations ou de ces révulsions de mouvements fluxionnaires.

Il y a deux doctrines qui ont exercé sur la médecine une grande influence, ce sont celle de Boerhaave et celle de Fréd. Hoffmann. Ces deux auteurs se sont attachés à déterminer la modification qui avait lieu dans la circulation capillaire pour l'établissement des états pathologiques localisés sur les tissus, et ils ont recherché avec le plus grand soin les influences des diverses médications sur la circulation capillaire, et comment on pouvait parvenir à exercer une action sur la modification qui a lieu dans cette circulation capillaire. Ils ont par ces travaux donné un corps à la doctrine des fluxions. Spallanzani a remarqué qu'en excitant par quelque moyen que ce soit un point déterminé du corps, l'appareil capillaire en ce point se pénétrait d'une quantité insolite de sang et se congestionnait: c'était tout simplement un mouvement fluxionnaire appelé sur un point déterminé par un agent extérieur. De ce fait physiologique à l'application thérapeutique, il n'y a qu'un pas; car, si on peut accomplir un acte circulatoire exubérant sur un point externe déterminé, il se fera aux dépens de la circulation plus profonde, et on aura ainsi un moyen d'apporter une perturbation dans les maladies portant sur des organes profondément placés.

Des physiologistes modernes, et entre autres Kaltenbrunner, ont fait des recherches relativement à l'action des irritants sur la circulation capillaire. Il est incontestable qu'en irritant un tissu externe on voit survenir une modification dans sa circulation; les capillaires qu'il renferme se congestionnent, conservent le sang à l'état de stase, et, si on ouvre un de ces capillaires, non-seulement le sang qu'il contient sortira, mais encore le système capillaire environnant apportera celui qu'il renferme en excès pour fournir comme des matériaux à l'hémorrhagie qui se produit. Il se passe là une action locale qui exerce une influence plus ou moins directe, plus ou moins éloignée par une sorte d'attraction qui agit sur la circulation capillaire : c'est un mode d'action qui a été particulièrement étudié par Muller. Là se trouve encore un principe de thérapeutique fondé sur des données qui paraissent plus positives que celles des anciens médecins et qui consiste dans des émissions sanguines locales. Mais c'est encore là de la physiologie fort étroite, qui ne porte que sur un organe et qui ne tient pas compte des perturbations fonctionnelles qui donnent naissance à des états pathologiques, et modifient profondément dans leur marche les diverses maladies locales qui se trouvent sous leur influence.

C'est à ce point de vue que nous rejetons toutes ces doctrines sur la dérivation et la révulsion, et nous pensons qu'il y a une autre manière d'envisager les fluxions pour s'en servir, afin d'arriver à la guérison non-seulement des maladies locales, mais encore des états pathologiques généraux.

Dans un mémoire intitulé : *Traité des fluxions*, et que l'on trouve dans les *Bulletins de la Société médicale d'Emulation*, Barthez s'attache à découvrir quelle est l'influence qu'on peut exercer par des saignées locales. Si l'organe affecté est situé profondément et que l'on agisse sur un point circonscrit, lorsque la fluxion n'est pas fixe, c'est-à-dire quand l'organe ne présente pas encore de modification dans son tissu, on peut appeler la fluxion sur un organe éloigné; mais elle sera d'autant plus difficile à obtenir que cet organe sera plus éloigné, à moins qu'il n'ait avec le premier des corrélations circulatoires synergiques. Si on fait venir la fluxion sur un point rapproché de l'organe malade, il y aura dérivation, pourvu qu'il n'y ait pas dans l'économie d'état inflammatoire général, car alors la fluxion se ferait sentir sur l'organe primitivement affecté. La thérapeutique des vésicatoires, telle qu'on la comprend dans l'Ecole de Paris, est fondée sur ce principe. Supposons une pneumonie : si la pneumonie est croissante et que l'on applique un vésicatoire sur les parois de la poitrine, l'action irritante de l'épispastique retentira sur l'économie tout entière et y déterminera un état général secondaire, dont l'effet retentira à son tour sur l'organe affecté. Il vaut donc mieux pratiquer les applications irritantes sur un point éloigné de l'organe malade, par conséquent tenter une révulsion; on peut ainsi espérer d'appeler sur des points éloignés de la partie phlogosée le mouvement fluxionnaire qui avait lieu vers elle. De même, les émissions sanguines sont profitables si on les applique loin de l'organe affecté et que cet organe ne soit pas trop fortement attaqué. Mais si la phlogose est plus rapprochée de la résolution, alors il ne faut plus saigner, car les émissions sanguines ne peuvent plus avoir de prise sur la fluxion locale; de là vient la thérapeutique des médecins qui pensent qu'il ne faut pas employer la saignée quand la pneumonie est établie d'une manière bien tranchée.

Il faut donner à la doctrine des fluxions une extension plus grande; il faut s'enquérir d'abord comment s'accomplissent les lésions locales qui ont lieu dans un organe déterminé. En pathologie générale, on dit que, lorsqu'un organe déterminé devient le siége d'une lésion locale, il le devient soit postérieurement à un état pathologique général qui constitue la diathèse, soit par une application immédiate modifiant l'organe déterminé et appelant sur lui le mouvement fluxionnaire. Telle est la théorie du développement des lésions traumatiques; mais dans ce dernier cas, en devenant malade, l'organe entretient dans l'état général une modification qui est le développement de la fièvre traumatique, et l'état pathologique ne commence que quand l'organisme réagit sur la lésion locale pour en déterminer la guérison.

On ne peut nier ces principes généraux, qui ressortent de toutes les observations, et c'est dans ces principes que se trouve la doctrine des fluxions appliquée à la thérapeutique.

Tous les actes physiologiques sont temporaires et ne peuvent dépasser une certaine durée déterminée. Les actes pathologiques qui dépendent de fonctions anomales n'auront aussi qu'une durée déterminée. Quand une phlogose se développe, elle se développe jusqu'à ce qu'elle détermine des modifications de tissu ou des produits anomaux, ou même la destruction dans les organes qu'elle affecte; et si elle persiste indéfiniment, elle se transforme en un état permanent qui devient comme physiologique, et devient, d'inflammation aiguë, inflammation chronique. Si dans ce cas l'incitation nerveuse est modifiée de manière à devenir trop forte, elle produira l'épuisement complet et la mort du malade; mais si elle est moins grande il y aura courbature, céphalalgie, collapsus plus ou moins prononcé.

Toutes les fonctions physiologiques ou pathologiques, que l'influence incitative vienne du système nerveux ou du système circulatoire, n'ont qu'une durée déterminée et sont susceptibles d'épuisement. Si en thérapeutique nous avons des moyens pour épuiser l'influence incitative, quelle que soit son origine, nous précipiterons l'épuisement de cette influence, et nous pourrons l'obtenir tout entier avant que la mort arrive chez le malade. La révulsion consiste à déterminer des affections locales assez fortes pour qu'elles puissent confisquer pour ainsi dire à leur profit l'influence incitative qui s'est portée sur les organes affectés, et y a déterminé des dérangements de fonctions et des produits anomaux.

Un homme a eu froid; il a éprouvé une modification dans les fonctions de la peau, et à la suite de ce trouble fonctionnel il s'est développé une pneumonie. Vous diminuerez d'abord l'état pathologique général que la cause productrice a développé et qui s'est interposé entre la cause et l'effet, entre le froid éprouvé et la pneumonie développée; c'est là que sont indiquées les émissions sanguines générales qui ont une action sédative, et sont bien propres à diminuer l'intensité des mouvements fluxionnaires et des excitations que l'état pathologique provoque sur l'organe affecté en y développant les divers degrés de l'inflammation. Mais l'inflammation locale qui n'a pas été enrayée continue sa marche; elle parcourt ses périodes, et doit nécessairement s'épuiser dans un certain temps. Si vous déterminez artificiellement une lésion inflammatoire locale, elle s'emparera à son profit de cette surexcitation et en favorisera l'épuisement. C'est une action antiphlogistique bien nette que celle qui sera produite; c'est l'épuisement plus rapide de cet état pathologique général qui se déverse sur un organe donné, et on l'obtient par des épispastiques, en ayant soin de les faire porter sur une surface étendue de la peau, pour reporter vers cette surface tégumentaire l'influence pathologique qui agissait sur le poumon.

Il y a de l'avantage à ce que l'état inflammatoire développé soit le plus rapproché possible de l'organe affecté; car il y a une portion de l'appareil circulatoire comprise dans le point que l'on attaque, et la congestion sanguine à laquelle on donne naissance se produit aux dépens de la congestion sanguine de l'organe affecté, surtout s'il y a connexion vasculaire.

Ainsi l'influx incitateur, qu'il vienne de la circulation ou du système nerveux, et qui n'est que la cause immédiate du développement des surexcitations circulatoires et des mouvements spasmodiques, ne peut avoir qu'une durée limitée, et tend à s'épuiser par sa continuité même. Cet épuisement peut être précipité par les moyens que le médecin tient à sa disposition, et se fait au détriment de l'organe affecté; et si on ne peut l'obtenir en entier, au moins on en favorise l'accomplissement.

Telle est, à notre point de vue, la manière d'agir des vésicatoires; aussi rejetons-nous entièrement la doctrine des dérivations et des révulsions, qui ne considère leur action thérapeutique que comme liée aux modifications de la circulation capillaire qu'elles peuvent produire dans un point donné et à l'influence qu'elles peuvent exercer sur un organe déterminé. Nous pensons que cette doctrine ne peut rendre compte de la disparition des lésions locales soumises à des états pathologiques généraux.

Cette manière d'envisager l'action thérapeutique des épispastiques conduit à donner à la médication révulsive et dérivative une énergie d'autant plus grande, que la maladie sur laquelle on veut agir est plus rapprochée de sa période ascensionnelle; car quand elle décroît sous l'influence de l'état général de l'organisme, il est évident que la doctrine thérapeutique qui s'applique à la lésion locale doit être modifiée d'après l'intensité de la lésion qu'il faudra combattre.

Au point de vue des faits, vous pouvez voir chaque jour les bons résultats que nous obtenons des révulsifs et des dérivatifs employés même au plus haut degré d'intensité des maladies inflammatoires, et avec d'autant plus d'énergie qu'elles sont plus près de leur période ascensionnelle sans craindre d'exagérer les mouvements fluxionnaires, puisque au contraire nous obtenons l'épuisement des incitations qui font naître les maladies locales, puisque nous les détournons au profit de phlogoses externes qui ne peuvent avoir de résultats fâcheux.

Il est inutile, je crois, de rappeler tous les avantages que l'on retire des médications révulsive et dérivative dans toutes les périodes des maladies locales, surtout avant qu'elles ne soient arrivées à leur période d'état et qu'elles n'aient atteint leur période décroissante.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. Gosselin.

Hydrocèle dans un sac herniaire crural.

Le 16 novembre 1850, est entré à l'hôpital des Cliniques un jeune homme de vingt-quatre ans, ordinairement bien portant, qui a depuis six années une hernie crurale gauche. Cette hernie est restée longtemps réductible et maintenue par un bandage; elle pouvait rentrer et sortir avec facilité. Mais depuis quelques mois le malade a remarqué qu'il ne pouvait plus la faire rentrer qu'en partie; il a néanmoins continué à porter son bandage. Depuis une huitaine de jours, la tumeur irréductible est devenue douloureuse; quelques coliques sont survenues, sans vomissements et sans arrêt des matières fécales. Le malade a cessé dès lors de mettre son bandage, et il a cru s'apercevoir d'une légère augmentation dans le volume de la tumeur.

Aujourd'hui cette tumeur, située au-dessus de l'arcade fémorale, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, est grosse environ comme un œuf de poule, mobile sous la peau, assez régulière et sans bosselures. Elle est pourvue d'un prolongement qui se dirige profondément vers la région du ligament de Gimbernat. On ne sent pas distinctement au-dessus de l'arcade fémorale de corde résistante qui serait formée par l'épiploon dans l'intérieur du ventre. La pression est douloureuse, mais ne permet pas de faire diminuer le volume de la tumeur; enfin, il y a de la fluctuation et une transparence indubitables.

D'après ces signes, il est évident qu'on a affaire à une collection liquide séreuse, et les antécédents ne laissent pas de doute sur la position de ce liquide dans un sac herniaire; la tumeur étant tout à fait irréductible, il est vraisemblable que le collet du sac est oblitéré : la maladie est donc une hydrocèle dans un sac de hernie crurale.

Cette variété est plus rare que celle dans laquelle l'hydrocèle s'est développée dans le sac d'une ancienne hernie inguinale. M. Robert en a observé en 1846 un exemple qui a été rapporté par la *Gazette des Hôpitaux*, p. 575.

Dans les cas de ce genre, on doit toujours se demander s'il n'y a pas une certaine quantité d'épiploon adhérant à la surface interne du sac. Ici l'on n'a aucune raison pour le penser; car la tumeur est très nettement fluctuante et transparente, l'on n'y sent aucune partie dure ou empâtée; la corde épiploïque abdominale manque.

D'après ces considérations, M. Gosselin se décide à plonger un trocart dans l'intérieur de la poche, avec l'intention d'y injecter ensuite de la teinture d'iode; mais, après l'évacuation du liquide, il reconnaît l'existence d'une portion d'épiploon qui se trouvait entièrement cachée par la sérosité. Il se décide alors à ne rien faire de plus, dans la crainte que la phlegmasie provoquée par le liquide irritant se propage au péritoine.

La piqûre s'est promptement cicatrisée. Aucun accident n'est survenu, et le malade a quitté l'hôpital au bout de quelques jours, après avoir reçu un bandage à pelote concave.

Sur les luxations du pouce.

Par M. Gensoul (de Lyon).

J'ai lu avec le plus vif intérêt l'article que M. le docteur Robert a fait insérer dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 novembre 1850; comme cet habile chirurgien, j'ai eu à réduire des luxations de la première phalange du pouce sur la région dorsale du premier os métacarpien; permettez-moi d'exposer en quelques lignes ce que mon expérience m'a appris sur ces luxations et sur les moyens de les réduire.

J'assistais comme élève en 1822 ou 23 aux tentatives infructueuses faites par Dupuytren, et je fus vivement impressionné par ce fait alors si peu connu. Je me rappelle que le célèbre chirurgien de Paris voulait pratiquer la résection de la tête du premier métacarpien pour replacer la première phalange du pouce sur l'os réséqué. J'ignore quelle fut la raison qui s'opposa à l'exécution de cette opération : je sais seulement que la réduction fut tout à fait impossible. Peu de temps après, remplissant à Lyon les fonctions de chirurgien en chef, un cas de luxation du pouce sur la région dorsale se présenta à mon observation.

Un jeune homme de douze à treize ans vint me consulter pour une luxation complète datant de trois semaines à un mois. Je fis des tentatives inouïes pour vaincre les résistances à la réduction, et je dois avouer que j'eus le malheur d'échouer. La peau du pouce fut excoriée dans les tentatives qui furent faites.

Depuis ce premier cas, qui fut un insuccès, j'ai été plus heureux ou plus habile, car j'ai toujours pu opérer la réduction; huit fois, il m'a suffi des plus légers efforts d'extension et de flexion pour l'obtenir. Il y a un mois environ qu'un homme ivre me fut apporté avec une semblable luxation; en saisissant le pouce, la réduction s'est opérée, j'ose le dire, presque sans mon concours, tant elle fut facile. Les tissus musculaires et fibreux avaient été largement dilacérés; mais dans quatre autres cas j'ai dû lutter, et voici le procédé que j'ai mis en usage pour réussir. N'ayant pas à ma disposition une pince comme celle de notre ingénieux fabricant d'instruments de chirurgie, je me suis borné à placer un bandage roulé sur le pouce, puis deux attelles étroites en bois solide de 12 centimètres de longueur sur 1 centimètre et demi de largeur, une sur le dos du pouce, l'autre au-dessous; j'ai interposé entre elles, dans le vide laissé au-dessus du pouce, un bouchon de liége, et j'ai soutenu le tout par quelques tours de bandes de manière à former un levier long et solide pour opérer la réduction, en exécutant un mouvement simultané d'extension et de flexion. Par ce procédé, j'ai réussi dans les quatre cas où j'ai éprouvé une grande résistance.

Si j'avais affaire à une luxation datant d'un mois ou deux, la pince de M. Charrière et le moyen que je viens d'indiquer échoueraient. Mettant alors à profit dans ces cas aussi difficiles les conquêtes récentes de la chirurgie, je ferais, à 1 centimètre et demi au-dessous et en debors de l'articulation, une ponction à l'aide d'un bistouri à lame effilée et recourbée à son extrémité; je glisserais sous la peau et couperais les adhérences et les tissus musculaires qui étranglent la tête du premier métacarpien; je ne craindrais pas par cette section sous-cutanée de faire profondément de larges débridements qui permettraient alors d'opérer sans grands efforts la réduction.

J'ai remarqué que dans les cas où j'ai rencontré des obstacles sérieux, le pouce, au lieu d'être renversé en arrière comme dans les luxations que l'on opère sur le cadavre, qui ne sont

qu'une copie infidèle des luxations opérées sur le vivant à travers des tendons et des faisceaux musculaires contractés, j'ai remarqué, dis-je, que le pouce, au lieu d'être renversé en arrière, se trouvait redressé et raccourci. Le chevauchement complet de la première phalange sur le métacarpien explique cette position et donne les symptômes de la luxation complète.

Je dois ajouter que je n'admets comme cause de la difficulté que l'on éprouve que l'étranglement de la tête arrondie du premier métacarpien par les faisceaux musculaires et les tissus fibreux de la capsule articulaire. Les ligaments latéraux ne peuvent jamais, comme le fait judicieusement observer M. Robert, être un obstacle sérieux; toujours un des deux, et le plus souvent tous deux sont rompus.

Quant à l'interposition des lambeaux musculaires ou ligamenteux entre les surfaces articulaires, elle ne peut jamais être un obstacle sérieux; car, si l'on parvient à placer ces surfaces l'une sur l'autre, quelques mouvements de frottement en divers sens permettraient toujours de rejeter autour des surfaces articulaires les débris fibreux.

Les cas nombreux de réduction de luxations très anciennes de l'articulation du coude confirment pleinement mon opinion à cet égard. Dans ces sortes de réductions, j'ai toujours rencontré une grande difficulté à chasser les lambeaux capsulaires déjà collés sur l'extrémité inférieure de l'humérus; mais lorsque je suis parvenu à placer les os dans leurs articulations, j'ai toujours senti que par les mouvements de flexion et de demi-extension fréquemment répétés j'écartais les tissus fibreux, et l'articulation finissait par se délivrer de ses corps interposés.

ACCOUCHEMENT COMPLIQUÉ DE RÉTRÉCISSEMENT DU BASSIN.

Application du forceps. Emphysème interlobulaire des deux poumons chez le nouveau-né;

Par le docteur A. Notta, interne des hôpitaux de Paris, etc.

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 septembre 1850 pour accoucher. Le lendemain, à la visite, M. Nélaton constate un rétrécissement du bassin dans son diamètre antéro-postérieur, produit par une saillie très prononcée de l'angle sacro-vertébral. Le doigt atteint cet angle avec la plus grande facilité, et on reconnaît que le diamètre sacro-pubien a au plus 7 centimètres et demi. La poche des eaux est crevée, et la tête, qui se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure, repose sur le détroit supérieur. En auscultant au-dessus des pubis, on entend très distinctement les battements du cœur du fœtus, qui ont leur rhythme normal. La malade affirmait qu'elle était déjà accouchée de deux enfants à terme, bien conformés; mais que chaque fois les enfants étaient venus morts, après un travail très long, sans que cependant on ait été obligé d'avoir recours à l'application du forceps. M. Nélaton, espérant que la tête pourrait s'engager davantage sous l'influence des contractions utérines, voulut attendre avant d'appliquer le forceps, et il nous recommanda de surveiller la malade et l'état des battements du cœur du fœtus.

A trois heures de l'après-midi, la tête était un peu plus engagée que le matin; mais, en somme, on avait gagné peu de chose, et depuis deux heures elle n'avançait plus. L'enfant vivait encore; on percevait très distinctement les battements du cœur, mais ils étaient moins fréquents que le matin. J'appliquai le forceps sans difficulté, et au bout d'un quart d'heure de tractions modérées j'amenai l'enfant. Cet enfant est à terme; il est fort, bien développé; sa tête est déformée et allongée, mais son volume est normal. Les lèvres sont violacées, la face est congestionnée; il y a résolution des membres. Le cœur bat encore, et on sent des pulsations dans le cordon. Après avoir coupé le cordon, je laisse écouler une forte cuillerée de sang. Alors l'enfant soulève un peu sa poitrine et fait une demi-inspiration. Aucune nouvelle inspiration ne la suivit, et les battements du cœur diminuèrent de fréquence et de force, tellement qu'on ne les sentait plus dans le cordon. A l'aide d'une barbe de plume, je débarrassai les voies aériennes des mucosités qu'elles pouvaient contenir; des percussions assez énergiques furent faites sur les fesses avec la face palmaire des doigts; on chercha à établir le mouvement respiratoire en comprimant et relâchant alternativement les parois du thorax. Ensuite, comme l'enfant commençait à se refroidir, on le plongea dans un bain tiède, puis on le frictionna avec de l'eau-de-vie camphrée. Tous ces moyens restant sans efficacité, et les battements du cœur diminuant de telle sorte qu'il n'y en avait plus que 20 à 30 par minute, j'introduisis dans l'arrière-gorge une sonde de femme, et je cherchai à la faire pénétrer dans le larynx; puis, avec la bouche et avec beaucoup de ménagements, je fis trois ou quatre insufflations. J'enveloppai ensuite l'enfant dans des alèzes très chaudes et l'exposai subitement à l'air froid. Un de mes collègues, M. Dufour, qui était présent, appliquant sa bouche sur celle de l'enfant et lui pinçant le nez, aspira l'air contenu dans les voies respiratoires, et y souffla à plusieurs reprises avec force. Sous l'influence de ces divers moyens, l'enfant fit quelques courtes et rares inspirations; les battements du cœur augmentèrent de fréquence. Alors nous le plaçâmes de nouveau dans un bain chaud, et de temps à autre nous lui versâmes un filet d'eau froide sur la tête et sur l'épigastre. Les inspirations devinrent un peu plus fréquentes; mais elles étaient toujours très courtes. La face antérieure de la poitrine était un peu saillante, et à la percussion elle paraissait rendre un son exagéré. Toutes ces tentatives pour ramener l'enfant à la vie durèrent au moins deux heures. Au bout de ce temps, la respiration s'était établie, mais elle était anxieuse; les inspirations étaient très courtes et l'expiration presque nulle. L'enfant n'avait pas crié ni fait de mouvements; le pouls était à peu près normal. Les lèvres étaient devenues roses. On l'enveloppa dans des alèzes chaudes et on le plaça près du poêle.

A huit heures du soir, les lèvres sont violacées, une écume sanguinolente sort par la bouche et le nez; la respiration est plus courte et plus rare; le pouls est moins fort et moins fréquent. A neuf heures, il meurt.

Autopsie 14 heures après la mort par une température froide.

Pas de traces de putréfaction. La poitrine est ouverte avec la plus grande précaution, et, avant d'en extraire les poumons, nous constatons que ceux-ci présentent un emphysème interlobulaire extrêmement prononcé; ils ne s'affaissent pas. Quelques-unes des cellules du tissu cellulaire interlobulaire distendues par de l'eau font saillie à sa face antérieure, et ont le volume d'un haricot. Après avoir enlevé les poumons avec soin, sans violence, on voit que l'emphysème interlobulaire est presque général; il est surtout très marqué au niveau des scissures interlobaires, à la base des poumons et sur leur bord tranchant. Les poumons présentent une teinte rosée uniforme, et on reconnaît que toutes leurs parties ont été pénétrées par l'air. En arrière, leur coloration est légèrement violacée, leur densité plus grande, et il est évident que dans ce point ils sont congestionnés; on n'y rencontre aussi presque pas de traces d'emphysème. La pièce a été présentée à la Société anatomique et déposée au Musée Dupuytren.

Les os du crâne sont intacts et exempts de fracture. On trouve un peu de sang liquide épanché en nappe dans la cavité arachnoïdienne, au niveau des lobes postérieurs du cerveau et sur le cervelet. Après avoir enlevé les membranes, on trouve la substance cérébrale saine, n'offrant aucune trace de contusion ni d'épanchement dans son intérieur. Il n'y a pas de sang épanché dans les ventricules.

En lisant cette observation, on doit se demander quelle est la cause de l'emphysème si considérable que nous avons constaté à l'autopsie. Et d'abord, on ne saurait admettre qu'il a été produit par le fait même de l'autopsie, puisque les plus grandes précautions ont été prises pour ne pas blesser les poumons, et que l'existence de l'emphysème a été constatée sur place avant d'extraire ces organes de la poitrine.

Ne pourrait-on pas l'attribuer à l'insufflation qui a été pratiquée pendant la vie? Deux modes d'insufflation ont été employés, avec une sonde de femme et de bouche à bouche. Quant aux insufflations que j'ai faites avec une sonde de femme, elles ont été très peu énergiques, car, sachant que l'on avait reproché à l'insufflation de déterminer l'emphysème, et l'employant pour la première fois, j'agissais avec une certaine timidité et une grande réserve; il est même probable que la sonde n'avait pas pénétré dans le larynx. J'ai, en effet, répété depuis l'expérience sur des cadavres d'enfants, et j'ai pu me convaincre que cette petite manœuvre opératoire exige une certaine habitude. En sorte qu'il me paraît impossible de voir dans ces insufflations la cause de l'emphysème, surtout depuis les recherches importantes de M. Depaul sur ce sujet (*Journal de Chirurgie*, 1845).

Les insufflations de bouche à bouche ont été faites avec force; mais j'ai peine à croire qu'elles aient introduit de l'air dans les poumons. En effet, dans ce cas, la colonne d'air a dû avoir pour effet d'abaisser l'épiglotte et de rapprocher les lèvres de la glotte qui s'opposaient ainsi à son passage. D'ailleurs, si un des deux modes d'insufflation qui ont été employés avait eu pour résultat de produire l'emphysème que nous avons constaté à l'autopsie, l'enfant serait mort aussitôt, et nous n'aurions pas vu s'établir cette respiration qui, bien qu'incomplète, a persisté près de quatre heures. Aussi est-il probable que nos tentatives d'insufflation ne sont pour rien ni dans la production de l'emphysème, ni dans le retour de l'enfant à la vie. A quelle cause devons-nous donc attribuer l'emphysème? La solution de cette question est fort embarrassante. Par voie d'exclusion, on serait tenté de le regarder comme congénial. Je n'oserais cependant l'affirmer, et j'ai dû livrer le fait tel que je l'ai observé, en attendant que l'observation ultérieure puisse en donner une explication satisfaisante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 décembre 1850. — Présidence de M. Larrey.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Vidal exprime le regret, à cause de sa santé, de ne pouvoir faire partie de la commission chargée d'examiner le travail de M. Auzias-Turenne.

M. Huguier est désigné pour remplacer M. Vidal dans cette commission.

Sur la proposition de M. Giraldès, de porter à cinq le nombre des commissaires chargés d'examiner le travail de M. Auzias-Turenne, MM. Gosselin et Demarquay sont adjoints à la commission, désormais composée de MM. Chassaignac, Cullerier, Huguier, Gosselin et Demarquay.

Ablation partielle du maxillaire inférieur.

M. Chassaignac revient sur le malade qui a occupé à plusieurs reprises la Société de Chirurgie, et qui était affecté d'une tumeur fibro-plastique, avec des éléments douteux, du maxillaire inférieur du côté droit. La tumeur avait été complètement enlevée, trois cautères rougis à blanc avaient été éteints dans l'endroit occupé par la tumeur. Nonobstant ces soins, le mal s'est reproduit. Cette fois M. Chassaignac enlève une portion du maxillaire inférieur. L'extraction de l'incisive latérale droite et de la dent de sagesse du même côté est faite avec la clef de Garengeot. Ces dents sont saines, ainsi que les alvéoles qui les contiennent. Une incision convenable permet de mettre à nu toute l'étendue du mal, et le maxillaire inférieur compris entre les deux dents préalablement extraites est réséqué à l'aide d'une scie à chaîne. La plaie résultat de cette opération est réunie par première intention. M. Chassaignac montre la portion d'os réséquée.

Cancer du sein chez l'homme.

M. Deguise fils présente une mamelle cancéreuse enlevée à un homme de 68 ans. Le cancer paraît à M. Deguise de nature encéphaloïde. A propos de ce fait, notre collègue a fait quelques recherches sur le cancer de la mamelle chez l'homme; il a trouvé peu d'observations de cette maladie. Les faits connus ont toujours été rapportés au squirrhe. En 1839, M. Velpeau avait eu occasion de voir cinq cancers de la mamelle: ils étaient tous formés par du squirre; quatre furent opérés, et les malades guérirent sans récidive. Dans le cas actuel, M. Deguise pense que la tumeur est formée par le cancer encéphaloïde, et il se fonde sur les circonstances suivantes: la tumeur s'est développée en cinq ou six mois; elle s'est ulcérée rapidement; et l'ulcération a donné lieu à des hémorrhagies qui se sont souvent reproduites; on voit au milieu de la tumeur comme un foyer apoplectique.

M. Chassaignac rappelle qu'Astley Cooper a vu un cas de tumeur du sein chez l'homme dont les éléments étaient colorés en vert. Il fait observer que par la pression on fait sortir de cette tumeur, présentée par M. Deguise, un produit concret, vermiforme et comme caséeux; il désirerait que ce produit fût analysé au microscope.

M. Larrey a eu occasion de voir deux cas d'ulcération cancéreuse du sein chez l'homme, et il est porté à croire que les affections du même genre sont d'autant plus rares, que les engorgements mammaires de nature bénigne sont assez fréquents chez les soldats, sans se terminer presque jamais par dégénérescence. Ainsi, les phlegmons, les abcès chauds ou froids, l'œdème circonscrit, l'induration partielle du tissu cellulaire, certains cas d'adénite et diverses ulcérations fistuleuses superficielles ou profondes surviennent assez souvent par l'effet de causes mécaniques: contusions, froissements de la poitrine dans le maniement des armes, par la pression des vêtements d'uniformes dans les exercices gymnastiques, etc.

Telle était l'origine des deux cas de cancer observés, il y a quelques années, par M. Larrey au Val-de-Grâce. La maladie du sein existait dans l'un et l'autre cas chez de vieux militaires et offrait la forme squirrheuse, sans apparence de ramollissement encéphaloïde. L'un des malades, ayant été réformé, fut perdu de vue; l'autre, c'était un sous-officier vétéran, ne se trouvait pas opérable, en raison de la diathèse cancéreuse qui s'était localisée sur d'autres points, notamment sur le rectum.

M. Larrey se demande si la fréquence des engorgements du sein chez la femme, indépendamment des causes qui lui sont propres, ne procède pas souvent aussi des causes toutes mécaniques pour parvenir, dans des conditions de diathèse, à la dégénérescence cancéreuse.

M. Deguise, revenant sur les antécédents de son malade, dit que ce dernier herborise et qu'il porte souvent la hotte; il se demande jusqu'à quel point la compression de la bretelle ne serait point la cause du mal qui a nécessité une opération.

M. Denonvilliers émet quelques doutes relativement à la nature encéphaloïde de la tumeur, il voudrait qu'un examen microscopique de celle-ci fût fait avant la prochaine séance.

Tumeur développée dans la région de l'oreille.

M. Huguier présente une jeune fille âgée de 18 ans, portant une tumeur demi-fluctuante, mal circonscrite et entourant le conduit auditif, dans lequel elle pénètre de manière à le rendre en quelque sorte imperméable; le conduit auditif et le pavillon semblent détachés; à la région auriculaire il n'y a point de changement de coloration à la peau. M. Huguier pense que cette tumeur est lipomateuse. Il ne peut admettre avec plusieurs de ses collègues que cette tumeur soit vasculaire, elle ne présente aucune anomalie de coloration, par l'inspiration ni par l'expiration. S'arrêtant à l'idée d'un lipome mal circonscrit, M. Huguier pense à une opération, à une ablation partielle de la tumeur.

M. Vidal fait remarquer que la malade porte un empâtement de la joue, n'y aurait-il pas, dans ce cas, un oreillon passé en quelque sorte à l'état chronique? Cette tumeur, ajoute de plus M. Vidal, présente quelque analogie avec l'hypertrophie parotidienne, dont Boyer a rapporté deux observations.

M. Huguier rejette l'opinion de M. Vidal, se fondant sur les caractères de la tumeur, qui est molle, flasque, tandis que l'hypertrophie de la parotide serait plus dure, plus résistante que ne l'est la tumeur en question; on constaterait d'ailleurs les lobules de la parotide, et ici, il faut le dire, nous n'avons rien de tout cela: pour M. Huguier, la tumeur que porte sa malade a quelque chose d'analogue à ce que l'on trouve dans certaines ablations des nymphes et du clitoris.

M. Vidal. Les raisons que donne M. Huguier ne peuvent pas changer ma manière de voir; il insiste en effet sur la marche de la tumeur comparée à la dureté que devrait présenter l'hypertrophie de la parotide. Mais cette hypertrophie, décrite par Boyer, a précisément les mêmes caractères que la tumeur qui fait l'objet de cette discussion.

M. Michon fait observer que sur la malade de M. Huguier tout le conduit auditif est envahi par la tumeur, qu'il est en partie oblitéré, mou à la pression. Or l'admission de l'hypertrophie de la parotide ne peut point rendre compte de ce fait.

M. Larrey exprime une opinion différente de celles qui viennent d'être émises. Il pense qu'il s'agit ici d'une infiltration séreuse, diffuse, mal circonscrite, entourant le conduit auditif qui se trouve relâché, distendu ou extensible, et constituant une sorte d'œdème ou d'éléphantiasis séreux. Et ce n'est pas seulement d'après l'état local que cette affection peut être considérée ainsi, c'est encore d'après l'état général de la malade. On remarque en effet chez cette jeune fille l'ensemble des signes qui caractérisent le tempérament lymphatique le plus manifeste, joint à une bouffissure sensible de la face et à un gonflement fluxionnaire de la joue, qui semble se confondre avec la tuméfaction ou la tumeur particulière.

En conséquence, M. Larrey ne pense pas qu'il y ait lieu de tenter une extirpation, dont les limites ne sauraient être définies.

M. Nélaton a eu occasion de disséquer deux tumeurs sem-

blables à celles que porte la malade de M. Huguier. Ces deux tumeurs étaient formées par un tissu cellulaire filamenteux, dont les filaments entre-croisés allaient se perdre dans des parties voisines, se continuant d'ailleurs avec les parties profondes du derme. Il ne doute pas que la tumeur qui est l'occasion de cette discussion ne soit aussi formée par les éléments profonds du derme ramifié, et contenant dans leurs mailles du tissu cellulaire plus ténu.

M. FORGET dit qu'en examinant la malade de M. Huguier, il a été frappé de l'étendue de la tumeur, de l'absence d'une délimitation précise, et par conséquent de l'impossibilité de dire où commence le tissu malade et où il finit. Comment dès lors proposer une opération ? où commencera-t-elle ? où finira-t-elle ? Ces deux questions doivent être résolues avant qu'une opération puisse être tentée. Les faits d'anatomie pathologique rapportés par M. Nélaton sont confirmatifs de cette manière de voir.

M. HUGUIER se propose tout d'abord de faire une incision exploratrice ; si la tumeur, comme il pense, est un lipome, il en enlèvera une partie, et laissera à la suppuration le soin de fondre le reste. Il ne croit pas que l'extirpation complète puisse être tentée.

M. MARJOLIN désirerait que la malade de M. Huguier fût soumise à un traitement général et local continué pendant longtemps, la tumeur ayant été longue à se développer; il ne comprendrait pas que la tumeur pût être enlevée complétement, vu la profondeur à laquelle elle pénètre ; d'un autre côté, il rejette, dans le cas même où la tumeur serait de nature graisseuse, l'ablation partielle. Il a vu deux malades portant, l'un un lipome dans la région thoracique, et l'autre dans la région anale; l'ablation partielle de ces deux tumeurs n'a point entraîné la fonte purulente de la partie restante; bien loin de là, celle-ci s'est accrue. D'une manière absolue, M. Marjolin ne croit pas que l'on doive chercher à enlever une tumeur sans être bien fixé sur les limites de celle-ci ; il cite à cette occasion un fait dont il a été témoin. L'opérateur était Blandin, dont personne ne mettra en doute l'habileté ; eh bien ! ce chirurgien ne put enlever complétement une tumeur lipomateuse développée dans la région sus-hyoïdienne, à cause du prolongement considérable qu'elle envoyait entre les muscles de la langue. Il craint que, dans le cas actuel, M. Huguier se trouve dans la même nécessité d'abandonner une opération inachevée, sans avoir l'espérance que la suppuration puisse faire disparaître le reste de la tumeur.

Testicule passant par le canal inguinal et s'arrêtant dans la région crurale.

M. CHASSAIGNAC a été consulté, il y a quelque temps, par un jeune homme de 18 à 19 ans : il porte un bandage inguinal herniaire. Voici ce que l'examen fait constater : Le testicule droit sort comme d'habitude du canal inguinal ; mais, au lieu de descendre dans les bourses, il contourne le pilier inférieur du canal inguinal et vient se rendre dans la région crurale. On peut réduire le testicule dans la cavité abdominale ; mais, au moindre effort, il ressort et suit toujours le même trajet, c'est-à-dire qu'il retourne à la région inférieure du pli de l'aîne, au lieu de suivre la voie du cordon testiculaire. M. Chassaignac se demande si le bandage herniaire que porte ce jeune homme depuis quelque temps n'aurait pas détruit la voie par laquelle descend le testicule ? Pour tâcher de ramener cet organe à sa position normale, M. Chassaignac a fait porter un bandage propre à la hernie crurale ; la pelote de ce bandage viendra remplir la petite excavation occupée par le testicule, et empêchera ce dernier d'occuper son ancienne place. Notre collègue espère que, de la sorte, le testicule, par son poids et par les efforts du malade, qui tendront naturellement à le déplacer, descendra dans la région des bourses.

Il cite de plus l'observation d'un jeune homme qu'il eut l'année dernière dans son service pendant un temps assez considérable, et dont le testicule s'arrêtait à l'anneau externe du canal inguinal. Il pense que, dans cette circonstance, le testicule était adhérent ou à l'épiploon ou à l'intestin, et pour vaincre cette adhérence il appliqua pendant plusieurs mois une ventouse chaque matin à l'orifice du canal inguinal ; le vide fut fait, et, nonobstant tous ces efforts, le testicule resta toujours dans la même position.

Le vice-secrétaire, DEMARQUAY.

Notre estimable censeur de la *Désunion médicale* s'est déclaré incompétent pour apprécier notre dernière réplique, et nous annonce qu'il nous renverra à d'autres juges, ce qui veut dire sans doute qu'il nous intentera une action judiciaire. Quoique une telle solution ait dû nous surprendre de la part d'un écrivain dont tout le monde connaît les doctrines sur ce mode de procéder, nous paraîtrons avec confiance, *et pour la première fois*, devant la justice du pays, et nous regretterons, *pour notre adversaire seul*, qu'il se soit laissé entraîner par des espérances trompeuses. — H. de Castelnau.

Mort de M. Labarraque.

Un des représentants les plus honorables et les plus distingués de la pharmacie de Paris, M. Labarraque, membre de l'Académie de Médecine, vient de succomber à l'âge de 74 ans, à une longue et douloureuse maladie. Arrivé à la fortune par des travaux qui ont rendu son nom européen, M. Labarraque avait depuis longtemps abandonné les affaires, et s'était voué uniquement à des fonctions publiques honorables et à des œuvres de bienfaisance. Il laissera d'unanimes regrets non-seulement parmi ses confrères, mais encore parmi les gens de bien de toute profession.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre très estimable confrère M. le docteur Thierry la lettre suivante, inspirée par les sentiments les plus honorables, comme tout ce qu'il écrit. Nous croyons, toutefois, qu'il n'a pas saisi la véritable pensée de M. Fréd. Dubois relativement à Dupuytren. Il n'y a rien dans le discours du savant secrétaire perpétuel qui puisse porter atteinte à la mémoire du grand chirurgien.

Monsieur le Rédacteur,

Ma douleur a été très profonde en lisant dans la *Gazette des Hôpitaux*, à propos de l'éloge de Ricberand, un jugement injuste sur Dupuytren.

Attaquer la mémoire d'un homme qui a jeté un grand éclat sur la pratique de son art pour faire ressortir les mérites de celui dont on fait l'éloge, ce n'est ni convenable ni généreux.

Un secrétaire perpétuel, dépositaire de la tradition des académies, doit être un interprète sans passion ; il doit observer une juste mesure dans les appréciations qui doivent avoir une grande autorité. Les éloges de Vic-d'Azir, de Cuvier et de Pariset sont des modèles que l'on peut suivre sans déroger.

J'ai eu souvent occasion dans ma jeunesse d'entendre ce dernier faire l'éloge de ses collègues; Pariset n'a pas été fouiller dans la vie de Richerand pour louer Dupuytren. Il se contenta de parler avec talent et dignité des services rendus à l'enseignement et à l'humanité par le dernier premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris.

J'ai cru de mon devoir de vous adresser cette lettre, en vous priant de la publier en mémoire de celui qui voulut bien m'encourager quelquefois dans le commencement de ma carrière, et qui, dans une circonstance grave, a bien voulu m'honorer en me donnant sa voix.

Recevez, etc. A. THIERRY.

NOUVELLES.

En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 décembre courant, un concours public sera ouvert, le 1er avril 1851, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale instituée dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 1er mars 1851, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé vendredi dernier par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Liendon, Magnan, Alby, Porchat, Canuet, Vauthier, Dubaquié, Martin de Gimard, Peberet, Sée, Moynier, Duclos, Prost, Grau, Nicas, Rossen, Lambert, Rombeau, Schnepf, Lorain, Clin, Dal Piaz, Blin, Barnier, Trastour, Thomas (Alphonse), Grand-Mottet, Leflaive, Bastien, Gallard, Goujail, Pinault, Gery, Courot, Dufour, Vidal, Pellagot, Magnac, Bacquias.

Internes provisoires. — MM. Henry, Kinsbourg, Charrier, Richard-Maisonneuve, Baillon, Dupuy, Becquoy, Chassin, Collot, Desnos, Quentin, Thoulouse, Cadet-Gassicourt, Thomas (Alfred), Legruel, Nassan, Royer, Dugué, Boutin, Masson, Boucher, Bidard, Lafargue, Maurice, Giraudet.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, sur la proposition de la section de médecine, vient, dans sa séance du 29 novembre dernier, de nommer à l'unanimité membre correspondant M. le docteur A. Legrand, auteur, comme on sait, de plusieurs ouvrages et mémoires sur l'emploi médical de l'or.

— La Société de Chirurgie ne se réunira pas mercredi prochain, jour de Noël, ni le mercredi suivant, 1er jour de l'an.

— M. le docteur Pajot commencera un nouveau cours d'accouchements le lundi 23 décembre, à 11 heures du matin, dans son amphithéâtre, rue des Poitevins, 4, près l'Ecole de médecine.

Le toucher des femmes enceintes commencera vers le 15 janvier 1851.

Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 152. (23e ANNEE.) JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DECEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

PARIS, 27 DÉCEMBRE 1850.

Séances des Académies.

L'Académie de Médecine a tenu, mardi dernier, une séance toute d'intérieur : elle a renouvelé son bureau et son conseil d'administration. Le choix du président était pour ainsi dire fait d'avance, et l'Académie pouvait se féliciter depuis longtemps de l'excellent président qu'elle aurait pour l'année 1851. Elle peut, en outre, se féliciter aujourd'hui de son vice-président, qui deviendra président en 1852. Pour le conseil d'administration, M. Jobert s'est trouvé en concurrence avec M. Laugier, et l'a emporté d'une voix sur ce dernier. Faut-il voir dans le choix de M. Jobert une réaction contre son exclusion du jury dans le prochain concours de la Faculté? Nous ne saurions le dire; mais s'il en était ainsi, nous applaudirions à la réaction; car l'absence de M. Jobert dans le jury pour un concours de chirurgie est plus qu'une anomalie; il ne serait que juste qu'on le fît un peu sentir à la Faculté.

A l'Académie des sciences nous avons eu une communication de M. Delporte sur un cas de staphylorapbie, et une nouvelle note de M. Aran sur l'action locale des agents anesthésiques, qui n'a guère fait que reproduire les faits déjà consignés par l'auteur dans des communications précédentes. — H. de Castelnau.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. MOUNIER.

Calcul vésical. — Lithotritie. — Mort.

Malgré les progrès incessants que fait tous les jours la symptomatologie, nous nous trouvons encore fort souvent arrêtés par la difficulté et l'obscurité de certains diagnostics. Les tumeurs forment la catégorie des affections chirurgicales où l'imperfection de la science se fait le plus souvent sentir. Que de fois le chirurgien ne se trouve-t-il pas en présence de tumeurs dont il est impossible d'assigner d'avance la structure ou la composition, les symptômes offerts par le malade s'appliquant à un grand nombre d'affections! Il est certaines tumeurs fluctuantes profondément situées, peu accessibles aux explorations, et dont la nature intime échappe au chirurgien le plus expérimenté, tant qu'il ne les a pas directement examinées. — Nous avons vu en juin 1849, à la clinique chirurgicale de la Faculté de Strasbourg, dans le service de M. Sédillot, une jeune personne de dix-huit ans, atteinte d'une tumeur à la région cervicale antérieure. Cette tumeur, datant de l'enfance, avait fini par s'étendre de l'os hyoïde au sternum, et avait acquis le volume d'un œuf de poule. Elle était arrondie, assez mobile, quoique sous-aponévrotique, profondément adhérente par sa face postérieure, sans bosselures ni inégalités appréciables, donnant la sensation d'une fluctuation obscure comme dans le cas de kystes à parois épaisses; elle ne présentait de changement de volume ni pendant les fortes inspirations et les efforts, ni aux époques menstruelles, et ne diminuait pas par la pression. Ces symptômes pouvaient parfaitement s'appliquer à une tumeur sébacée, à un méliceris, à un athérome, à un lipome, à un kyste séreux unique ou multiloculaire, à un encéphaloïde, à du tissu érectile à mailles fines et serrées. La dissection de la tumeur montre un tissu rougeâtre, filamenteux, assez dense, ressemblant un peu à une portion de muscle et à certaines tumeurs érectiles d'une trame dense et serrée. Voilà donc un cas où le chirurgien le plus habile eût été incapable de porter un diagnostic certain. — Dans d'autres cas, cette difficulté du diagnostic devient d'une impossibilité absolue : bien souvent, à l'autopsie de certains cadavres, nous découvrons des lésions très graves qui étaient restées latentes durant la vie. L'observation que nous allons rapporter en est un nouvel exemple, et mérite de fixer l'attention des praticiens.

Le 24 septembre 1850, il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Mounier, un jeune soldat du 7e régiment d'artillerie, nommé Froment (Jean-Baptiste), pour se faire opérer d'un calcul vésical. Ce soldat, âgé de vingt-quatre ans, né à Baisieux (Somme), d'un tempérament lymphatique très prononcé, fait remonter à six ans l'époque où il s'aperçut pour la première fois de sa maladie. Rien dans sa manière de vivre n'est susceptible d'éclairer l'étiologie.

En sortant d'un bal où il s'était donné beaucoup de mouvement, il éprouva quelque difficulté à uriner, et rendit une urine légèrement sanguinolente, qu'il attribua à l'échauffement causé par la danse. Ces accidents se renouvelèrent plus tard à plusieurs reprises; mais ce n'est qu'il y a deux ans qu'il alla consulter un médecin d'Amiens, qui par le cathétérisme reconnut l'existence d'un calcul, et lui prescrivit différents médicaments, entre autres les pastilles de Vichy, qui ne produisirent aucune amélioration. De temps en temps, quand il s'échauffait par une cause quelconque, la fin du jet d'urine était marquée par quelques gouttes de sang, et quelquefois la miction était subitement interrompue.

Lors de l'arrivée de Froment à l'hôpital, il présentait tous les signes d'un calcul vésical; les urines étaient en quantité ordinaire, limpides, transparentes; à peine y découvrait-on un léger nuage, qui au bout de vingt-quatre heures se transformait en un sédiment de quelques grammes de muco-pus. Aucune douleur à la région lombaire; un peu de pesanteur au périnée. La santé générale était bonne; le malade semblait dans les meilleures conditions possibles pour supporter l'opération de la lithotritie.

Le 8 octobre, après l'avoir habitué pendant huit jours au cathétérisme, M. Mounier fait une première séance de lithotritie avec l'appareil de M. Heurteloup, après injection préalable d'eau tiède dans la vessie. On ne parvient pas à saisir la pierre, qui a toujours de la tendance à rester en avant de la partie recourbée de l'instrument. Le malade fatigué demande à se reposer.

Le 14 octobre, deuxième séance de lithotritie. La pierre est saisie. L'écartement des deux branches de l'instrument fait supposer une pierre d'environ 8 centimètres de diamètre; cet écartement est même tellement considérable que le pignon ne peut agir sur la crémaillère que porte la face supérieure de la branche mâle de l'instrument. On est alors forcé de commencer par quelques coups de marteau, après avoir assujetti préalablement l'instrument au moyen d'un étau mobile, et on termine avec le pignon. Le calcul éclate une première fois, en donnant à l'opérateur la sensation d'une brisure complète de la pierre. L'un des fragments paraissant encore très gros, M. Mounier le saisit une seconde fois et le broie; même sensation qu'antérieurement. A la fin de cette seconde tentative, le malade accuse une douleur très vive. L'opération terminée, on lui donne un bain entier près de son lit, et on l'y laisse une heure, en lui recommandant d'uriner dans un linge afin de recueillir tous les fragments. Il rend une urine sanguinolente et une grande quantité de gravier, dont trois très gros (de 6 millimètres environ de diamètre); leur passage dans le canal cause des douleurs atroces.

Le 15 octobre, urine encore sanguinolente et gravier; douleur à l'hypogastre. — Bain; lin émulsionné.

Le 16, urine trouble, mais non teinte de sang. La douleur de la région hypogastrique est moins vive. Encore du gravier.

Le 18, fièvre intense, strangurie et ténesme; douleur au périnée. — Bain; émulsions camphrées.

Le 19, le ténesme continue; le malade urine toutes les dix minutes. — Diète; bain; émulsions camphrées.

Le 20, douleur vive à la partie postérieure de la portion spongieuse de l'urètre, causée par un fragment de calcul qui s'y est arrêté. M. Mounier l'extrait avec la pince urétrale de Hunter. Ce fragment présente 1 centimètre et demi de longueur sur 9 millimètres de largeur; il est aplati, légèrement convexe, très lisse d'un côté; ou voit parfaitement qu'il formait la couche la plus extérieure du calcul primitif. Cette extraction, qui se fait sans difficulté, cause peu de douleur, et est suivie de l'issue de quelques gouttes de sang.

Le 21, la fièvre a presque cessé; la douleur persiste le long du canal de l'urètre. Sensibilité considérable de la vessie. Le malade dit sentir les arêtes des fragments dans l'intérieur de la vessie.

Le 22, nouvelle séance de lithotritie; injection d'eau tiède dans la vessie; mais celle-ci se contracte vivement, ainsi que le canal, dont l'état spasmodique cause de grandes difficultés au passage de la sonde. Néanmoins on parvient à introduire celle-ci et à injecter l'eau. Le liquide injecté, même en petite quantité, cause des douleurs très vives; il est repoussé immédiatement par la vessie, qui le chasse entre la sonde et le canal. On est obligé de remettre à plus tard une nouvelle tentative, afin d'attendre la disparition de ce spasme.

A partir de ce jour, on insiste sur les émollients en injections, fomentations sur l'abdomen, les boissons adoucissantes, émulsions camphrées à 0,4; et opiacées à 10 gouttes. Le malade continue à se plaindre de douleur dans la vessie, au périnée et à la région hypogastrique; ténesme très violent, miction fréquente et très douloureuse.

Le 2 novembre, mêmes symptômes, fièvre, un peu de diarrhée; urines troubles, ammoniacales à mesure qu'elles sont rendues. — Deux pilules d'opium à 0,025 chaque; émulsions simples, tisane de lin.

Le 4, affaiblissement général; la fièvre persiste; diarrhée moindre; légère douleur aux lombes; les autres symptômes persistent. — 20 grammes de sirop avec acétate de morphine 0,01.

Le 6, affaiblissement très prononcé, prostration; parole difficile, fièvre, langue et lèvres fuligineuses; pouls petit, à

FEUILLETON.

HISTOIRE DES HOPITAUX

DEPUIS LES TEMPS LES PLUS RECULÉS JUSQU'A NOS JOURS.

(Suite et fin. — *Voir* les n°s des 19 et 26 septembre, 17 et 31 octobre; 9, 16, 29 et 30 novembre; 5, 12 et 24 décembre.)

Au moment où disparaissait ce dernier reste de la puissance ecclésiastique, prenait naissance une institution qui, donnant une importance nouvelle aux hôpitaux, les devait transformer un jour en ardent foyer d'instruction; nous voulons parler de la clinique. Soit que l'Hôtel-Dieu de Paris ne fût pas assez vaste pour contenir tous les malades indigents qui s'y présentaient, soit que le peuple éprouvât, comme aujourd'hui, une certaine répugnance à recourir à l'assistance publique, les pauvres avaient pris l'habitude de venir chercher à l'Ecole de Médecine les conseils des docteurs et des licenciés, le nombre des consultants s'accrut bientôt dans de telles proportions, qu'on sentit la nécessité d'organiser le service de ces consultations. A cet effet, le Parlement de Paris rendit, le 1er mars 1664, un arrêt par lequel la Faculté de Médecine était invitée à prendre les mesures nécessaires pour assurer aux indigents les conseils et les secours que leur état pouvait réclamer. En conséquence, la Faculté fit un règlement par lequel six médecins de la Faculté, trois de l'ordre des anciens et trois de l'ordre des jeunes docteurs, sur l'avis à eux transmis par le grand bedeau de l'École, viendraient les mercredi et samedi de chaque semaine, à dix heures du matin, faire la consultation publique à l'École de médecine, en présence du doyen : « et s'il se rencontre, dit le règlement, quelque difficulté pour ce qui regarde la connaissance et le traitement de certaines maladies, ils consulteront mûrement les uns avec les autres, donneront aux pauvres malades les recettes ordinaires par écrit, et les remèdes desquels, pour lors, ils auront besoin, gratuitement et aux dépens de ladite Faculté, jusqu'à ce que, par libéralité de gens de bien et de condition, la Faculté puisse ménager quelques fonds plus grands pour les pauvres; et, pour ce qui regarde les opérations manuelles, les susdits docteurs auront soin de faire eux-mêmes, ou faire travailler en leur présence quelque bon chirurgien...; et, afin que la maladie d'aucun pauvre ne soit négligée, s'il y a aucun par la ville qui ne puisse marcher et ne soit pansé comme il faut, le doyen de la Faculté, en étant averti, y donnera ordre et fera en sorte que chacun soit assisté de médecins et de conseils nécessaires. »

L'engouement du peuple pour les conseils et les médicaments fournis par la Faculté de Médecine trouve son explication dans l'état déplorable que présentaient à cette époque les hôpitaux : pendant les guerres de religion qui suivirent les ordonnances de Blois, les hôpitaux furent plus d'une fois ravagés et leur gestion abandonnée sans contrôle à des hommes qui s'en transmettaient l'administration de père en fils et la considéraient comme un privilége de leur famille; au nom de ce privilége, on se permettait non-seulement de mal gérer les revenus des établissements, mais encore de renvoyer les malades et de s'approprier les biens de ces asiles de la pauvreté. Henri IV pensa qu'avec la guerre civile devaient finir toutes ces dilapidations et ordonna en 1606 que le grand aumônier de France, assisté d'un conseil, procéderait à la réformation générale des hôpitaux : ce conseil fut appelé *Chambre de la charité chrétienne*.

L'édit d'Henri IV étant resté sans effet, Louis XIII rendit, en 1612, une déclaration par laquelle il ordonna de nouveau que le grand aumônier *s'occuperait de la réformation générale des hôpitaux, maladreries, aumôneries et autres lieux pitoyables du Royaume*, et institua en conséquence une commission sous le nom de *Chambre de la réformation générale des hôpitaux.*

Quelques heureux résultats furent obtenus; afin de réaliser des économies indispensables, on résolut de faire disparaître les léproseries, maladreries et tous ces établissements créés par le moyen âge qui n'avaient plus alors une raison d'être. Un édit de 1664 commença à préparer cette destruction, qui fut entièrement résolue par un nouvel édit de 1672. Louis XIV venait de réaliser sa grande et belle pensée de l'Hôpital général.

Cette institution n'était cependant pas toute nouvelle. Depuis le commencement du siècle, la ville de Lyon possédait un établissement de ce genre; et l'on peut voir, dans l'abbé de Récalde, l'histoire qui lui donna naissance. Nous ne pouvons nous arrêter à ces établissements sans sortir de notre sujet; car l'*Hôpital général* avait moins la destination d'un hôtel-dieu que celle d'un dépôt de mendicité.

Louis XIV accorda toutes sortes de priviléges à ces établissements, dont il se considérait comme le créateur, et délaissa trop, ainsi que ses successeurs, les asiles destinés aux malades. Ces asiles, jusqu'à l'époque de la Révolution, offraient un effrayant spectacle. En 1786, l'Académie des Sciences nomma une commission afin de connaître l'état des hôpitaux, contre lequel des voix nombreuses s'élevaient; et cette commission, dont Tenon et Bailly étaient membres, nous a laissé un tableau aussi lugubre que déchirant de l'Hôtel-Dieu de Paris. De pareils relevés sont des documents authentiques et qu'il n'est permis à personne d'altérer. Nous croyons donc de notre devoir d'en reproduire textuellement un passage : « Ils ont vu les morts mêlés avec les vivants, dit le mémoire; des salles dont les passages sont étroits, où l'air croupit faute de pouvoir se renouveler, où la lumière ne pénètre que faiblement et chargée de vapeurs humides. Les commissaires ont vu les convalescents mêlés dans les mêmes salles avec les malades, les mourants et les morts.... la salle des fous contiguë à celle des malheureux qui ont subi les plus cruelles opérations et qui ne peuvent espérer de repos dans le voisinage de ces insensés, dont les cris frénétiques se font entendre jour et nuit..... des linges que l'on chauffe en grand nombre, et qui, retirés d'un malade, sont passés à un autre; des pots à boire rincés à la hâte, et qui dans la distribution passent d'un malade galeux à qui ne l'est pas; un malade arrivant placé souvent dans le lit et dans les draps d'un galeux qui vient de mourir. La gale est presque générale, elle est perpétuelle à l'Hôtel-Dieu; les chirurgiens, les reli-

75; hoquet; la pression ne détermine pas de douleur à l'abdomen; ventre tendu, mais non ballonné; la tension est due à la contraction des muscles et non à la présence de gaz. — Urines noires comme de l'eucre, fétides, rendues par petites portions de quart d'heure en quart d'heure. Le cathétérisme, pratiqué en présence de M. Larrey, est facile, peu douloureux. La sonde, en arrivant au col de la vessie, rencontre de nombreux fragments de calcul; le bec du cathéter se meut librement dans la vessie, et montre l'inertie de celle-ci. — Glace dans la bouche, potion gommeuse opiacée; fomentations émollientes sur l'abdomen.

Du 6 au 7, délire léger.

Le 7, le malade est soumis à l'examen de M. l'inspecteur Pasquier, qui pratique de nouveau le cathétérisme. La sonde, en arrivant près de la région prostatique, y rencontre les fragments de calcul. Une injection d'eau émolliente est faite. La vessie se contracte légèrement, et pousse un des fragments jusque dans la portion membraneuse de l'urètre, où on le sent couché sur la partie concave de la sonde. Le doigt, introduit dans le rectum, sent comme une carrière de calculs, mais ne découvre aucune lésion du rectum. Du reste, le malade n'a pas rendu d'urine par l'anus.

Le malade meurt le 7, à neuf heures du matin.

Autopsie. — Le 8 novembre, nous pratiquons l'autopsie en présence de MM. Larrey, Mounier, Alphonse Pasquier, Carrère, Ilmert, Roussel, etc., et nous découvrons les lésions suivantes.

Rein droit. — Les adhérencas des reins avec les parties voisines montrent une péritonité locale.

Le rein droit offre les dimensions suivantes : longueur 21 centimètres, largeur 14 centimètres, épaisseur 6 centimètres; poids, 1 kilogramme et demi. Une coupe longitudinale de son bord convexe vers le bassinet montre un ramollissement considérable de l'organe ; son tissu est d'un rouge-veineux et comme macéré dans de l'urine mêlée de pus; il ressemble assez à la rate de la fièvre intermittente. La pression en fait sortir un liquide formé d'urine et de pus. On y trouve même quelques foyers purulents. Du bord convexe du rein jusqu'an bassinet, il n'y a que 5 centimètres.

Le bassinet et les calices sont considérablement dilatés; ainsi le bassinet présente 8 centimètres de haut en bas, 6 centimètres d'avant en arrière; il est rempli, ainsi que les calices, d'un liquide purulent. Sa surface est parsemée d'une arborisation vasculaire très considérable; sa muqueuse n'est ni ulcérée, ni ramollie, ni tapissée de productions pseudo-membraneuses.

Rein gauche. — 15 centimètres de longueur, 9 centimètres de largeur, 5 centimètres d'épaisseur. Les autres altérations sont les mêmes, mais à un degré moins avancé que dans le rein droit.

Uretères. — Ils décrivent des circonvolutions qui rappellent celles de l'intestin grêle, auquel ils ressemblent du reste par le volume. L'uretère droit, au niveau de l'extrémité inférieure du rein correspondant, offre à peu près un volume normal, quoiqu'un peu augmenté. A 2 centimètres au-dessous commence un renflement fusiforme de 1 décimètre de longueur et présentant 3 centimètres de diamètre. Ce renflement est terminé par un rétrécissement suivi d'une portion dilatée qui va en augmentant jusqu'à la vessie. Les parois de cet uretère ne sont pas épaissies; elles n'offrent que l'épaisseur de l'intestin grêle.

L'uretère gauche ne présente pas les rétrécissements aussi prononcés que l'uretère droit; il a, comme celui-ci, environ 3 centimètres de diamètre; mais ce qui l'en distingue, c'est que ses parois, fortement épaissies, sont comme lardacées.

Vessie et urètre. — La vessie présente à peu près son volume normal. Ses parois épaissies (2 centimètres) offrent un aspect lardacé; la face interne est parsemée d'un pointillé noir, et montre des colonnes charnues très développées. Elle contient le liquide purulent que nous avons trouvé également dans les bassinets. L'orifice des uretères dans la vessie est au fond d'une dépression, mais il n'est pas dilaté; la communication de ces deux organes ne se fait donc pas largement, comme on pouvait s'y attendre.

Le col de la vessie, les portions prostatique et membraneuse sont fortement dilatés; leur surface muqueuse est superficiellement éraillée, excoriée par les fragments du calcul,

Un fragment de 2 centimètres 1/2 de largeur est engagé dans la portion membraneuse.

La vessie est parfaitement intacte. Rien ne fait supposer que ce réservoir ait en aucune manière souffert des manœuvres opératoires.

Calcul. — La vessie renferme le calcul primitif encore presque entier; il n'a été que superficiellement écorné par l'appareil lithotriteur. Il est ovoïde, d'une longueur de 7 centimètres sur 4 1/2 de largeur; il est accompagné de cinq fragments du poids de 5 grammes. Lui-même en pèse 60; les fragments rendus pendant la vie en pèsent 5; tout le calcul primitif devait avoir un poids de 70 grammes. Une section longitudinale du calcul montre des couches concentriques alternativement blanches et brunes; chaque couche a environ 1 millimètre. Le centre est occupé par un noyau blanc, ovoïde, de la grosseur d'un haricot. Ce noyau est entouré d'une série de couches noires très minces, irrégulières à la circonférence, dont la section ressemble à celle de la racine de huis.

L'analyse faite par M. Poggiale montre que le calcul était composé de phosphate calcaire et de phosphate ammoniaco-magnésien à la coque, et d'acide urique et urate d'ammoniaque mêlés d'un peu de phosphate au centre.

Les urines noires rendues par le malade, analysées également par M. Poggiale, renfermaient une grande quantité de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, et la matière colorante du sang.

Les autres organes du cadavre sont parfaitement sains. La vésicule biliaire renferme seize calculs d'un jaune-serin, ressemblant à des grains de maïs et formés de cholestérine.

Dans l'observation intéressante sous plus d'un rapport que nous venons de raconter, nous avons été frappé tout d'abord par la marche insidieuse des lésions des reins. La dilatation si considérable des uretères et des bassinets et la désorganisation si avancée des reins, que l'autopsie seule nous a révélées, nous montrent que le début de ces altérations remontait à une époque bien antérieure à l'opération, et cependant durant la vie du malade aucun symptôme fonctionnel n'en annonçait l'existence. La sécrétion urinaire avant l'opération était peu altérée, tant sous le rapport de la quantité que sous celui de la qualité. Le muco-pus qui constituait le dépôt des urines pouvait être attribué à une cystite chronique ou à une pyélo-néphrite légère; mais l'existence d'un peu de douleur dans la vessie et son absence totale dans les reins nous faisaient pencher pour la première affection : en effet, point de sensibilité, même à une forte pression, à la région lombaire.

En considérant donc les altérations si profondes des reins et le défaut de manifestation symptomatologique, nous pensons que ces organes ont été primitivement le siége d'une simple hydro-néphrose, qui s'est plus tard compliquée d'une néphrite chronique à marche très lente, laquelle est passée à l'état aigu par suite de l'opération, a promptement désorganisé l'organe et a déterminé des symptômes typhoïdes (persistance de la fièvre, redoublements nocturnes, frissons irréguliers, sueurs, adynamie, etc.) qui ont entraîné le malade.

Après toute opération suivie d'insuccès, deux questions se présentent naturellement à l'esprit du chirurgien dans l'intérêt de la science et de sa conscience propre :

1° La mort serait-elle arrivée sans l'opération?

2° Une autre opération que celle qui a été employée auraitelle eu plus de chances de succès?

A la première question, dans le cas actuel, nous répondrons qu'à coup sûr la mort serait arrivée tôt ou tard soit par cessation de la sécrétion urinaire, soit par rupture des bassinets, épanchement et péritonite.

La seconde question est plus difficile à résoudre et surtout d'une solution très délicate pour l'opérateur. Cependant, nous pensons que notre malheureux malade n'aurait pas été sauvé par la taille; la lésion des reins était déjà trop avancée pour que nous dussions regretter de ne pas avoir eu recours à cette opération. Il est probable que, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles nous aurions trouvé le malade si des symptômes nous avaient indiqué la désorganisation si profonde des reins, nous aurions tenté la taille, puisque la suppression de l'obstacle au libre cours de l'urine était susceptible de donner une faible chance de guérison; si, d'un autre côté, nous avions connu d'avance la dureté du calcul et par conséquent la difficulté de le broyer, nous aurions recouru à la taille, qui enlevait en une fois le calcul sans laisser dans la vessie des fragments qui formaient une cause incessante d'irritation.

Nous avons tant insisté sur cette question pour faire ressortir un point : c'est qu'une maladie des reins très avancée peut rester latente et tromper le praticien en le faisant recourir à la lithotritie, qui ne fait qu'aggraver la position du malade si le calcul n'est pas de nature à se laisser broyer facilement et avec promptitude.

Un autre inconvénient de la lithotritie que montre également cette observation, c'est que, quand le calcul est très dur et formé de couches concentriques très distinctes, au lieu d'éclater complétement sous la pression de l'instrument lithotriteur, ses couches superficielles seules éclatent, et le rapprochement des branches de l'instrument donne à l'opérateur la sensation d'un broiement complet.

Le chirurgien, trompé par cette fausse sensation, croit être très avancé dans l'opération, et il est tout étonné, à une seconde séance, de trouver un calcul presque aussi gros que dans la première; de là une perte de temps et une augmentation de douleur et de danger pour le malade.

Enfin, en dernier ressort, nous avons à signaler plusieurs particularités intéressantes quant à l'anatomie pathologique et à la symptomatologie.

1° La vessie était à son volume normal, les uretères et les reins dilatés. Le calcul faisait donc obstacle à l'entrée de l'urine dans la vessie et non à sa sortie.

2° La coexistence des calculs biliaires et des calculs urinaires montre un exemple de cette diathèse que les anciens appelaient *lithiase* ou *diathèse lithique*.

3° Le hoquet, qui a paru dans les derniers jours du malade et que l'on aurait pu attribuer à une péritonite si la pression avait déterminé de la douleur à l'abdomen, était dû sans doute à la lésion des reins.

4° Des calculs étaient engagés dans le col de la vessie; ils étaient d'une forme irrégulière et devaient par conséquent empêcher le col de se contracter complétement ou de les embrasser exactement, et cependant pas d'incontinence d'urine.

Dr WEISS.

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 décembre 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Envoi d'un spécifique contre la fièvre simple et pernicieuse.

2° Envoi d'échantillons d'eaux minérales découvertes à Batignolles et à Auteuil.

3° Envoi par le préfet de police des tables de mortalité dans la ville de Paris pendant le mois de novembre 1850.

Candidature.

M. Jacquemier se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Correspondance manuscrite — Scarificateur utérin.

M. Mayer, de Belfort, adresse un instrument destiné à pratiquer des scarifications sur le col utérin.

Traitement des varices par l'acupuncture.

M. Castelnuovo envoie un mémoire sur ce sujet.

Lèpre.

M. Bourcier, ex-consul de France à Quito, envoie une description de la lèpre faite par le docteur Echeverria, qui est lui-même atteint de cette maladie et qui est renfermé comme tel dans un asile spécial de Quito.

Grossesse et phthisie.

M. Dubreuilh fils envoie un mémoire sur l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie.

---

gieuses, les infirmiers la contractent ou en pansant les malades ou en maniant leurs linges. Les malades guéris qui l'ont contractée la portent dans leurs familles, et l'Hôtel-Dieu est une source inépuisable d'où cette maladie se répand dans Paris..... La salle des opérations, où l'on trépane, où l'on taille, où l'on ampute les membres, contient également et ceux que l'on opère, et ceux qui doivent être opérés, et ceux qui le sont déjà. Les opérations s'y font au milieu de la salle même; on y voit les préparatifs du supplice, on y entend les cris de suppliciés; celui qui doit l'être le lendemain a devant lui le tableau de ses souffrances futures; et celui qui a passé par cette terrible épreuve, qu'on juge comme il doit être profondément remué par ces cris de douleur! ces terreurs, ces émotions, il les reçoit au milieu des accidents de l'inflammation ou de la suppuration, au préjudice de son rétablissement et au hasard de sa vie..... la salle Saint-Joseph est consacrée aux femmes enceintes; légitimes ou de mauvaises mœurs, elles y sont toutes ensemble; trois ou quatre en cet état couchent dans le même lit, exposées à l'insomnie, à la contagion de voisines malsaines, et en danger de blesser leurs enfants. Les femmes accouchées sont aussi réunies quatre et plus dans un seul lit, à diverses époques de leurs couches. Le cœur se soulève à la seule idée de cette situation, où elles s'infectent mutuellement. La plupart périssent ou sortent languissantes. Indépendamment de toutes les causes qui tendent à corrompre l'air de cet hôpital, lorsqu'il faut changer la paille des lits, il n'y a point de place particulière pour ce rechange; il se fait au milieu des salles, et lorsqu'on ouvre ces paillasses où tant d'infirmités se sont reposées, on conçoit l'odeur qui s'en exhale. Il y a plus, chaque salle contient plusieurs lits à la paille pour les agonisants et pour ceux qui gâtent leurs lits. On les réunit sur cette paille quelquefois cinq ou six; elle est simplement amoncelée sur la couchette et bridée par un drap. C'est quelquefois là, au milieu de ces agonisants, au milieu de ces malades salis, que l'on met pour un temps ceux qui arrivent de bonne heure et qu'on ne sait encore où placer..... Il faut voir ces horreurs pour s'en convaincre, ou plutôt il faudrait les fuir, les éloigner de sa pensée, si l'on n'était pas obligé de les connaître, afin d'en montrer les terribles inconvénients et les prévenir. »

Notre civilisation, plus en harmonie avec l'humanité, a fait cesser de pareilles infamies, et les hôpitaux, aujourd'hui, consolent, par le spectacle qu'ils offrent, la pensée attristée par les infirmités sans nombre qu'ils renferment. Les malades qui y recourent trouvent là, à défaut de l'affectueuse sollicitude de la famille, les soins matériels que leur état réclame, et vivent au milieu d'une atmosphère hygiénique inconnue à leurs demeures habituelles. Une grande et magnifique inspiration a donné naissance aux hôpitaux; une inspiration plus grande et plus magnifique encore pourra seule les détruire et les remplacer.

CONCLUSION.

Ainsi qu'on a dû le remarquer, nous n'avons abordé que la question purement historique de l'institution des hôpitaux. L'ensemble de la question des établissements hospitaliers demanderait la solution de trois nouveaux problèmes :

Administration des hôpitaux ;

Conditions hygiéniques des hôpitaux ;

Utilité des hôpitaux.

L'étude de la question administrative a déjà été faite par nous dans ce journal (1); celle des deux autres a plus d'une fois sollicité notre attention, et nous dirons peut-être un jour les solutions diverses auxquelles nous avons été conduit. Le terrain exclusivement historique sur lequel nous nous sommes placé aujourd'hui nous avait attiré par sa nouveauté et par ses difficultés, nées de l'absence de tout travail antérieur. L'esprit aime à se jouer des obstacles et à dire avec le poète :

Triompher sans *combat*, c'est triompher sans gloire.

(1) *Lettres sur l'assistance publique.* — *Les hôpitaux.* — 10 lettres. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 113 et suivants, année 1848.

Cependant notre cadre n'est point entièrement rempli ; ne l'ayant pas limité à l'histoire des hôpitaux en France, nous le devons compléter par un aperçu rapide jeté sur le gouvernement des hôpitaux en Europe. Cet examen nous paraît être le complément indispensable de l'histoire que nous venons d'esquisser.

En France, les hôpitaux sont sous l'autorité immédiate du ministère de l'intérieur, et la loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796), qui régit encore la matière, les place sous la surveillance des municipalités et en confie la direction à des commissions administratives dont les fonctions sont essentiellement gratuites. Dans quelques grandes villes, où les établissements charitables sont très nombreux, il a été nécessaire de créer une administration spéciale, dont les opérations, pour se conformer à la loi de vendémiaire, restent sous le contrôle des conseils municipaux. — A Paris, les choses se sont ainsi passées jusqu'à la révolution de février. Après cette époque, M. Dufaure, alors qu'il était ministre de l'intérieur, présenta à l'Assemblée constituante et fit adopter par elle, le 11 janvier 1849, une loi par laquelle l'administration des hôpitaux et secours à domicile de la ville de Paris est confiée à un directeur responsable, sous la surveillance d'un conseil dont la loi détermine les attributions.

Les trois modes d'administration que nous venons de signaler ne diffèrent véritablement que par leurs rouages, et dans chacun d'eux est placé à la tête le gouvernement central, le préfet d'abord et le ministre de l'intérieur ensuite.

Le Danemark, la Suède, la Norwége et l'Espagne ont une organisation à peu près identique à la nôtre (1). Dans les uns et les autres de ces pays, le ministre de l'intérieur étend son autorité sur cette branche de l'assistance publique ; mais tandis que, dans les trois premiers, il se fait représenter par autant de commissions spéciales qu'il y a d'hôpitaux, en Espagne, au contraire, c'est au *chef politique* (préfet) pour chaque province, à l'*alcade* pour chaque munici-

(1) Voir l'*Union médicale*, n° 138, an. 1850. — *Id. Des Réformes médicales en Espagne*, etc., par Th. Roussel, n° 61, an. 1847.

Variole.

Relation par madame Limousin, sage-femme, d'une épidémie variolique qui a régné à Romorantin.

Tératologie.

Mademoiselle Geisler, sage-femme, envoie, par l'intermédiaire de M. Rotureau, un fœtus qui est venu au monde dépourvu de la partie supérieure du crâne. Ce fœtus n'a vécu que quelques heures.

Choléra.

M. Beyrau envoie la statistique du choléra de 1849 dans l'île de Malte.

— Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie procède aux nominations suivantes :

Sont nommés pour l'année 1851 :

Président, M. Orfila.
Vice-président, M. Louis.
Secrétaire annuel, M. Gibert.

Membres du conseil :

MM. Bricheteau,
Jobert,
Boutron.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 décembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

Sur la médication anesthésique locale.

M. Aran communique sur ce sujet une note analogue à celle qu'il a déjà présentée à l'Académie de Médecine, et dans laquelle il expose les avantages relatifs des agents anesthésiques localement appliqués contre les douleurs, quelles qu'en soient les causes. L'agent qu'il a trouvé le plus efficace est l'éther chlorhydrique chloré.

Staphyloraphie pratiquée par le procédé de M. Sédillot.

M. Delporte (de Tournay) adresse l'observation suivante sur un fait de staphyloraphie qui vient à l'appui du procédé communiqué à l'Académie par M. Sédillot pour remédier aux divisions anormales du voile du palais.

Mademoiselle R..., âgée de vingt-sept ans, porte depuis sa naissance une division du voile du palais et des os palatins. La base de l'angle formé par cette ouverture anormale mesure au moins 4 centimètres. Le sommet est assez arrondi. Les deux moitiés du voile du palais, un peu atrophiées, sont retirées sur elles-mêmes et appliquées sur les parois latérales de l'isthme du gosier. Lorsque la malade avale sa salive, en tenant la bouche onverte, on voit que leur bord tend à se rapprocher, excepté dans leur partie moyenne, où il se forme de chaque côté un angle rentrant et à sommet très arrondi. La moitié gauche de la luette est un peu plus large que la droite. En saisissant ces deux appendices avec une pince à pansement et en les tirant de dehors en dedans, on peut, sauf dans leur partie supérieure, mettre en contact les deux lèvres du voile du palais.

La difficulté de la parole est extrême. Le nasonnement est si marqué, qu'il semble que toute la voix sort par les fosses nasales. La majeure partie des mots que la malade prononce est inintelligible pour les personnes qui n'ont pas une grande habitude de l'entendre parler. Les syllabes qui s'articulent par le secours de la gorge sont comme soufflées avant d'avoir pris une forme, si l'on peut ainsi parler, La déglutition se fait assez bien, quoique de temps en temps les aliments liquides et les boissons refluent par les fosses nasales.

J'opérai cette malade le 15 octobre dernier, en suivant absolument le procédé de M. Sédillot. Une complication à laquelle je ne m'attendais pas m'arrêta lorsque je voulus pratiquer les points de suture. Cette complication était l'absence d'une certaine étendue de la portion horizontale des os du palais. Je dus alors faire subir une modification au procédé opératoire que j'avais suivi, afin de combler par des lambeaux de la muqueuse du palais l'intervalle existant entre ses os. Pour cela, je pratiquai, d'arrière en avant, une incision médiane de 1 centimètre de longueur, partant du sommet de la division normale. De l'extrémité antérieure de cette incision, j'en fis partir deux autres transversales de même longueur, afin de détacher la membrane muqueuse du palais et de chercher ensuite à la faire glisser sur le vide interosseux. Le peu d'extensibilité de la membrane du palais empêcha d'obtenir dans cet endroit un contact immédiat; aussi n'y eut-il que la cicatrisation du voile du palais qui s'effectua. Il resta entre les os palatins une ouverture pouvant admettre la pulpe du doigt auriculaire. Ne pouvant, pour le moment, remédier à cet état de choses, j'ajournai cette seconde opération jusqu'au 20 novembre dernier. La muqueuse palatine, qui se trouvait à droite de l'ouverture que j'avais obtenue, me paraissant plus épaisse et mieux nourrie que celle qui recouvrait le côté gauche, ce fut à droite, quoiqu'il y eût plus de difficulté, que je détachai un lambeau de 2 centimètres de longueur, large de 1 centimètre à sa partie supérieure ou adhérente, et de 1 centimètre 1/2 à son bord inférieur, point devenu libre et devant être reuni au côté inférieur de l'ouverture palatine, constitué, depuis la première opération, par la région supérieure et moyenne du voile du palais. Les points de suture nécessaires pour fixer ce lambeau ayant été pratiqués, l'ouverture palatine fut hermétiquement fermée. J'espérais une entière réussite, mais la moitié inférieure du lambeau se gangrena, et il ne resta à la malade que le bénéfice de la première opération.

Malgré l'insuccès de la palatoplastie, la staphyloraphie, pratiquée d'après le procédé et avec les ingénieux instruments de M. Sédillot, n'en a pas moins complétement réussi et singulièrement amélioré la position de l'opérée. Elle peut aujourd'hui se faire comprendre des personnes pour qui sa parole était auparavant inintelligible.

Sur l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes.

M. Boinet écrit à l'occasion de la communication faite à l'Académie dans la précédente séance par M. le docteur Borelli, de Turin, concernant un mode particulier d'emploi des injections iodées dans le traitement des tumeurs kystiques. M. Boinet fait observer que le procédé décrit par M. Borelli n'est pas nouveau, qu'il a été publié et mis en usage, en France, depuis plus de dix ans. Quant à l'opinion de ce chirurgien sur le mode d'action de la teinture iodée sur les parois des kystes et sur les kystes eux-mêmes, dont il explique la guérison par la séparation, la fusion et l'expulsion du kyste, M. Boinet la considère comme erronée. Il pense que M. Borelli aura pris pour le kyste ou partie du kyste la matière contenue dans le kyste et coagulée par l'action de l'iode. Dans tous les cas où nous avons pratiqué des injections iodées, ajoute M. Boinet, tout s'est passé comme dans une simple opération d'hydrocèle, si ce n'est qu'il a fallu revenir à de nouvelles injections. Suivant les observations, la guérison n'est que le résultat des modifications apportées par la teinture iodique sur les parois des kystes. Dans certains cas, l'action de l'iode irrite, enflamme et amène l'adhésion; dans d'autres, elle se borne à activer, à ranimer les fonctions absorbantes et à provoquer la résorption des épanchements, en rétablissant l'équilibre rompu entre l'exhalation et l'absorption.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de l'impétigo par les purgatifs et les topiques astringents.

Dans un cas d'impétigo remarquable par l'abondance de la suppuration, chez un sujet lymphatique, M. Cazenave a obtenu une guérison assez rapide par l'emploi des purgatifs, d'une part, qu'il met en usage dans presque tous les cas d'impétigo, et des topiques astringents, qui sont plutôt nuisibles qu'utiles dans les cas ordinaires, mais que M. Cazenave a vus très bien réussir chez les individus lymphatiques, où s'observent quelquefois les exemples rares d'impétigo à sécrétion très abondante.

Voici les deux formules employées par M. Cazenave :

Infusion de roses rouges. . . . 200 grammes.
Sulfate de zinc. . . . . . 60 centigr.
Laudanum. . . . . . . 2 grammes.

Essuyer légèrement après chaque lotion, et saupoudrer avec un peu d'amidon sec.

Après l'emploi de cette formule et de légers purgatifs, l'éruption résista plusieurs jours encore à l'emploi des cataplasmes et de légers laxatifs, puis elle céda à l'usage des lotions suivantes :

Infusion de roses rouges. . . 500 grammes.
Tannin. . . . . 3 grammes.

Voici quelques autres formules que M. Cazenave publie dans le dernier numéro des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

Des lotions de chloroforme dans le traitement des maladies prurigineuses.

J'ai été quelquefois obligé de remplacer par des lotions la pommade au chloroforme chez les individus qui ne peuvent pas supporter un corps gras. Je me sers alors de la formule suivante :

Chloroforme. . . . . . . 1 gramme.
Eau distillée. . . . . . . 125 grammes.

F. S. A. pour usage externe.

A renfermer dans un flacon pouvant contenir le double de la quantité du liquide, de manière à pouvoir agiter fortement le mélange chaque fois qu'on voudra s'en servir.

DE L'EMPLOI DU BI-IODURE DE MERCURE COMME TOPIQUE DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Pommade de Biett.

Deuto-iodure de mercure. . . 75 centigr.
Axonge. . . . . 60 grammes.
Essence de bergamote. . . . 10 gouttes.

F. S. A.

Pour onctions légères, sur des plaques isolées de psoriasis, dans la syphilis tuberculeuse, l'acné indurata, le favus.

Solution éthérée de bi-iodure.

Bi-iodure de mercure. . . . 75 centigr.
Ether sulfurique. . . . . . 60 grammes.

F. dissoudre.

C'est à peu près tout ce que peut en dissoudre l'éther.

Il en résulte une liqueur non colorée, mais qui dépose à l'instant, par la volatilisation de l'éther, une couche rouge sur les points qui ont été touchés.

Préparation relativement peu active, applicable surtout chez les jeunes sujets, dans les cas d'ulcères scrofuleux peu profonds, de lupus ulcérés peu étendus.

Je lui préfère généralement la formule suivante :

Pâte liquide de bi-iodure.

Bi-iodure de mercure. . . . 15 grammes.
Huile d'amandes douces. . . 10 grammes.
Axonge. . . . . 5 grammes.

F. S. A.

Cette pâte, demi-liquide, facile à appliquer, est un topique très énergique et très efficace contre les vastes ulcérations syphilitiques et scrofuleuses, et surtout dans le traitement du lupus ulcéré ou non, surtout des lupus avec hypertrophie.

Je l'emploie ordinairement dans ces proportions, mais on peut diminuer la quantité de bi-iodure de mercure suivant la gravité de la maladie et l'effet que l'on veut obtenir.

On l'applique avec un pinceau, à l'aide duquel on étend une légère couche sur le point malade.

DISTRIBUTION DES PRIX de l'internat et de l'externat.

Hier ont eu lieu à l'administration des hôpitaux la distribution des prix de l'internat et la proclamation des nouveaux internes et externes.

---

palité qu'il confie le soin « de veiller à l'observation des règlements, de désigner et de nommer les employés, de proposer les mesures utiles, d'inspecter les établissements, eto. »

Chaque commission, qui en Danemark, en Suède et en Norwége a la direction d'un hôpital, compte dans son sein les médecins de cet hôpital; tandis que l'Espagne suit, à l'égard de la médecine, les mêmes errements que tous les bons esprits ne cessent de signaler et de réprouver en France.

En Italie, le gouvernement central s'est également réservé l'administration des hôpitaux, mais les rouages de cette administration varient avec les Etats où ils fonctionnent (1). Dans la Lombardie, chaque ville possède une commission des hôpitaux composée : 1° d'un économe; 2° d'un directeur responsable, communiquant avec le gouvernement, par l'entremise de la royale délégation de la province, sur l'état scientifique, disciplinaire, sanitaire et économique des établissements dont il a la gestion; ces deux fonctionnaires sont nommés par le gouvernement. — Dans le royaume de Naples, l'administration des hôpitaux est collective : à côté d'une commission, formée par un sous-intendant et deux gouverneurs, dont les fonctions sont gratuites, est attaché à chaque établissement, et y demeurant, un ecclésiastique qui, sous le nom de *recteur*, est le directeur suprême de l'hôpital qui lui est confié; le recteur est salarié et nommé par le gouvernement; cependant la comptabilité forme une division à part, et les concours pour les places de médecius sont présidés par les gouverneurs. — « Partout ailleurs en Italie, dit M. Combes, la direction des hôpitaux participe plus ou moins de la forme que lui avaient donnée, en France, les édits de Louis XIV. En Piémont, par exemple, l'administration se compose d'un président et d'un vice-président, à la nomination directe du chef de l'Etat, de l'avocat général près le sénat, de l'intendant général de la division, de deux syndics de la ville, du premier receveur municipal, de deux décurions choisis parmi les quatre protecteurs des établissements publics, et de deux autres membres électifs désignés la première fois par le roi et remplacés, dans la suite, sur une liste de présentation dressée par la commission. — En Toscane, elle repose sur une commission nommée par le grand-duc, sans aucune condition d'aptitude. — A Venise, on a créé depuis 1816 uoe commission générale de bienfaisance publique, présidée par le patriarche, avec mission de veiller sur les trente confréries de la ville qui ont pour objet de secourir les indigents malades ou en état de santé. » (*Loc. cit.*, pag. 160-161.)

Dans les pays où la réforme religieuse a poussé de profondes racines, le principe d'administration des hôpitaux par l'autorité centrale s'affaiblit, et là où ces racines s'étendent jusqu'au gouvernement, l'action de l'autorité centrale disparaît tout à fait et cède la place à la liberté la plus absolue. Cette remarque est une nouvelle confirmation de la pensée que nous avons poursuivie dans notre travail, à savoir, que l'existence des hôpitaux et les diverses transformations qu'ils ont subies se rattachent exclusivement à l'état religieux de la société.

En Allemagne, où le protestantisme se partage les consciences avec le catholicisme romain et le judaïsme, les hôpitaux sont entretenus par des contributions volontaires des citoyens, par de riches legs et des dotations nombreuses. Le gouvernement central n'intervient guère que là où les ressources sont insuffisantes. Les villes qui possèdent une université portent sur le compte de cette dernière la moitié des dépenses faites par les établissements hospitaliers. En Prusse, en Bavière, dans le grand-duché de Bade, en Autriche, etc., chaque préfecture ou directoire de province possède une section administrative chargée de la surveillance de tout ce qui a rapport à la santé publique; la surveillance des hôpitaux rentre nécessairement dans les attributions de cette section; c'est elle qui, sous l'influence de la municipalité, nomme le médecin cantonal (*physicus*) ordinairement chargé du service de l'hôpital. Cette section du directoire, dont deux médecins au moins font partie, est subordonnée au conseil médical supérieur établi, dans certains Etats, auprès du ministre de l'intérieur et, dans d'autres, auprès du ministre des cultes et de l'instruction publique. A côté de ces hôpitaux, où le gouvernement central étend encore son autorité, quoique bien affaiblie, il n'est pas rare de rencontrer un établissement hospitalier fondé par une secte religieuse, ne dônnant asile qu'aux membres de cette secte et dirigé en dehors de l'administration centrale par des personnes élues ou choisies par les notables de la confession.

En Angleterre, où le protestantisme est non-seulement la religion de la majorité, mais encore est assis sur le trône, l'action du gouvernement central se réduit à de simples mesures de police et ne pèse en aucune manière sur les fondations et l'administration des hôpitaux; ceux-ci sont ordinairement le résultat d'associations philanthropiques et financières de personnes riches et pieuses. Chaque actionnaire concourt à la nomination d'un conseil d'administration, lequel choisit les agents de toutes sortes, ainsi que les médecins. Tous les malades iodistioctement ne sont pas reçus à l'hôpital : l'admission n'a lieu que sur la présentation d'une carte donnée par un actionnaire, auquel tous les ans le conseil d'administration en délivre un certain nombre. Ordinairement les détenteurs de cartes d'entrée les abandonnent aux médecins, plus aptes que tout autre à en faire un bon usage.

Nous ne pouvons, sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé, nous étendre davantage sur cet examen comparatif des divers modes administratifs des hôpitaux en Europe. Ce rapide aperçu nous semble suffire à la tâche que nous nous étions imposée, bien qu'il nous eût été facile de nous livrer à de plus longs développements, grâce aux documents que nous avons cités, et grâce, en ce qui regarde l'Angleterre et l'Allemagne, aux détails qu'ont bien voulu nous fournir d'une part M. Reynie, ex-administrateur de la banque de Londres, et de l'autre notre savant confrère M. Otterbourg, qui sait allier l'aménité française à la profondeur d'esprit et à l'érudition germaniques. Nous sommes heureux de pouvoir, en terminant, leur en marquer à tous deux notre profonde gratitude.

Félix Roubaud.

(1) *De la médecine en France et en Italie*, par le docteur H. Combes. — 1842.

Trois discours ont été prononcés : l'un par M. Legendre au nom du jury du concours des prix. Ce discours, fort convenablement écrit, a été généralement applaudi ; un autre par M. Moissenet, au nom du jury de l'internat. Ce discours, où l'on a retrouvé quelques-unes des qualités qui distinguent M. Moissenet, a eu le tort de descendre dans des détails trop intimes de la vie d'interne ; enfin le troisième a été prononcé par M. Bouchut au nom du jury de l'externat. Ce discours, d'une étendue proportionnée à la circonstance, a été accueilli avec une grande faveur. Nous le reproduisons à peu près textuellement.

Messieurs,

La souffrance est la condition de l'homme sur la terre. Sa vie se passe à soupirer, et chaque jour modifie ou enlève quelque partie de son être. Son passage sur le globe n'est qu'une longue suite de luttes et de douleurs. C'est à peine s'il a le temps d'y imprimer une trace de son passage que déjà il tombe et disparaît.

Tout se transforme autour de lui. Dans ces éléments qu'il admire, souvent sans les comprendre, et même parce qu'il ne les comprend pas ; dans les produits de sa pensée, dont il est si fier par suite de la grande indulgence qu'il s'inspire à lui-même, tout est variable, tout est mobile, et les vérités du jour ne sont plus celles du lendemain. C'en est à ce point que, pour éviter tant de déceptions, l'homme s'imagine souvent qu'il lui suffit de croire à ce qu'il touche, à ce qu'il voit ou ce qu'il pense voir, quitte à nier ce qu'il ne voit pas.

Ainsi marche le monde, ainsi va l'humanité ; mais dans cette double histoire qui préoccupe un médecin philosophe, c'est l'étude des puissances qui règlent la nature, c'est l'observation des forces et des facultés morales de l'homme. Seules, ces forces et ces puissances n'ont pas changé, comme le disait Aristote, elles sont l'âme du monde et elles dureront autant que lui. Semblables à elles-mêmes, dans tous les temps elles nous régissent en esclaves, quoi que nous fassions pour être libres. Longtemps elles ont entraîné le ciel, et nous ont cloués sur le sol avant de s'appeler attraction, longtemps aussi, sous l'autorité de la psychologie, elles ont apitoyé l'homme sur la souffrance de son semblable, mais elles ne s'appelaient pas encore assistance publique. Il ne fallait pas moins qu'une révolution pour assurer ce progrès.

La compassion est une de ces vertus morales aussi anciennes que l'homme. Née avec lui et de ses premières douleurs, elle a enfanté la médecine et a traversé tous les âges, survivant ainsi aux victimes jetées à ses pieds par le malheur et la souffrance. Toujours présente aux métamorphoses de l'humanité qu'elle protège contre l'indifférence et l'utopie, il semble que Dieu l'ait placée dans le cœur de l'homme pour le relever à ses yeux ou pour le consoler de ses mauvais penchants. En Grèce, on lui a jadis élevé des temples qui lui servaient d'archives ; aujourd'hui ses temples sont des hôpitaux que gouverne une parfaite sollicitude, et ses archives sont dans l'intelligence des médecins vos maîtres.

Soyez les bienvenus, vous, Messieurs, qu'elle attire, et qui venez dans son sanctuaire secourir les pauvres et les malades, vous qui, généreusement, devancez l'époque de votre entrée dans la pratique pour apporter les bons sentiments de votre jeunesse au service de ceux qui souffrent, et que les hasards de la naissance ou les rigueurs du destin soumettent à nos soins hospitaliers. Le jury qui vous reçoit se glorifie de votre ardeur et compte sur la persistance de ce dévouement ; vous ne le démentirez pas, j'espère, vous, Messieurs surtout, en petit nombre, dont les faibles épreuves n'ont pas permis quant à présent d'attendre autre chose.

N'oubliez jamais ce que vos nouvelles fonctions vous imposent de zèle, de sollicitude et d'urbanité. Vous allez devenir les utiles et indispensables auxiliaires de ceux dont la vie est consacrée au soulagement des misères humaines, et dont les lumières, si précieuses pour vous, sont un inépuisable trésor de santé pour les malades ; vous allez apprendre à seconder vos maîtres par l'exécution matérielle du traitement des maladies. Que la dignité se montre dans tous vos actes, mais aussi que la douceur les accompagne. Rappelez-vous toujours que sur ces lits de douleurs, dans ces êtres anéantis ou mutilés par la souffrance, vous avez peut-être des chefs de famille, des mères désolées dont l'absence ruine le foyer domestique, et pour qui la douleur d'abandonner des enfants à la merci du mauvais exemple ajoute encore au mal physique qui les accable. Rappelez-vous aussi que ces malheureuses créatures sont là seules, et que nulle véritable tendresse ne vient adoucir leur malaise ou bercer leur ennui ; un mot de vous, d'encouragement ou d'espoir, serait pour elles le bonheur d'une journée. Ne négligez pas de le dire quand vous en trouverez l'occasion ; vos sympathies sont de celles que recherchent les malades ; leurs yeux les implorent avec instance, parce qu'elles sont éclairées et qu'ils attendent tout de votre bienfaisante intervention.

Dans ces rapports nouveaux pour vous, ce que vous montrerez d'intelligence et de bonté doit, en vous conciliant le souvenir des malades et l'affection de vos maîtres, assurer votre avenir. Tels vous allez vous montrer comme élèves, tels vous serez plus tard comme médecins.

Vous ne sauriez apprendre de trop bonne heure à vous ployer aux sérieuses exigeances de la médecine et à ce qu'elle réclame de zèle, d'exactitude et d'attention pour être pratiquée noblement. Dans cet apprentissage que vous allez commencer tous vos efforts seront nécessaires pour réussir. Alors, comme vous le verrez, si votre ardeur, si votre attention doivent être profitables aux pauvres malades, elles ne le seront pas moins pour vous. En remplissant ces devoirs, vous commencerez à enrichir votre esprit des faits les plus nouveaux et l'expérience récompensera votre dévouement de ses inépuisables trésors.

Semblable à la lumière qui jamais ne s'éteint et qui, du port où elle brille, dirige les pilotes, l'expérience est en quelque sorte le soleil de l'intelligence et le flambeau de la médecine. Elle guide aujourd'hui nos pas comme elle doit guider les vôtres, et, en fécondant nos idées, elle favorise l'apparition du progrès, dont vous serez un jour les témoins, les dépositaires et aussi, plaise à Dieu ! les ardents propagateurs.

D'immortels ouvrages consacrés par le temps renferment ses traditions et peuvent vous servir à la fois de guide et d'exemple. Anciens ou modernes, puisez à cette source, ne serait-ce que pour apprendre l'art d'observer et voir par quelles phases l'esprit humain a dû passer pour en venir aux méthodes actuelles. C'est par l'étude comparée des différents systèmes de philosophie de la science que l'on peut juger de la valeur des méthodes et se décider pour l'une d'elles en parfaite connaissance de cause.

Pour vous, Messieurs, qui avez tout à connaître dans le vaste champ de la pathologie, vous devez commencer par faire l'habitude de vos sens afin d'éviter leurs erreurs. Altérations anatomiques, composition chimique des organes, propriétés physiques des tissus, troubles fonctionnels dans les maladies, voilà des faits nombreux qui doivent suffire à cet objet et qui peuvent vous occuper longtemps si vous y apportez toute l'attention désirable. Alors riches de votre étude, et à l'exemple de ceux qui ont illustré la science par leur savoir et leur génie, ces faits que vous aurez recueillis vous les assemblerez en les méditant pour pénétrer leurs causes, leurs lois peut-être, si ce terme ne me semblait trop ambitieux, et enfin pour donner à la médecine un progrès nouveau et une découverte de plus.

La nature elle-même doit donc être, comme vous le voyez, l'objet le plus constant de votre observation. Elle livre difficilement ses secrets, encore faut-il les lui arracher. Admirable dans ses instruments, comme dans ses actes et jusque dans les phénomènes que nous avons la hardiesse d'appeler ses écarts, elle seule peut former votre jugement et passionner votre âme. C'est aux amphithéâtres, dans les laboratoires, sous le scalpel, l'alambic et le microscope, dans les hôpitaux près des malades, que vous apprendrez à pénétrer les mystères de l'organisation humaine. Heureux si, dans cette étude, frappés de tant de beauté unie à tant de grandeur, vous trouvez dans le sentiment même de votre impuissante faiblesse la force de vaincre les obstacles, d'aplanir les difficultés, de creuser davantage les abîmes de la science, et d'ajouter encore à la gloire du médecin par quelque nouvelle conquête digne d'honorer la médecine !

Après ce discours, M. le président a proclamé ainsi qu'il suit les noms des lauréats :

Internes de 3e et 4e années.

1er Prix : M. Leudet.
2e — M. Legendre.
1er Accessit : M. Denusset.
2e — .....

Internes de 1re et 2e années.

Prix : M. Charcot.

Externes.

Prix : M. Liandon.

Notre honorable adversaire de la *Désunion médicale* a confirmé nos prévisions, et nous a cité en police correctionnelle pour nous être permis de l'outrager et injurier grossièrement. Nous sommes très rassuré sur l'issue de cette affaire, que nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier, et nous n'avons pas besoin de dire qu'elle ne nous empêchera pas de tenir les engagements que nous avons pris envers notre estimable requérant.

H. de Castelnau.

La Société médicale anglo-parisienne a procédé, dans sa séance du 20 décembre dernier, au renouvellement de son bureau pour 1851. Ont été nommés : *Président*, M. J.-W. Begbie, M.-D. ; *vice-président*, M. Al. Fleming, M.-D. ; *secrétaire*, M. W. Sanders, M.-D. ; *trésorier*, M. R. Sarell.

Paris. — Imprimé par Plon frères, rue de Vaugirard, 36.

3e SERIE. — TOME II. — N° 153. (23e ANNEE.) MARDI 31 DECEMBRE 1850.

Bureaux, rue des Saints-Pères, 38, EN FACE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La Lancette Française,

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

On s'abonne à Paris AU BUREAU DU JOURNAL, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38, HORS DE PARIS dans tous les Bureaux de Postes et de Messageries et chez tous les Libraires.

LES LETTRES NON AFFRANCHIES SONT RIGOUREUSEMENT REFUSÉES.

Prix de l'abonnement POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 30 fr. — Six mois, 16 fr. — Trois mois, 8 fr. 50 c. Le port en sus pour les pays étrangers sans échange postal.

AVIS AUX ABONNÉS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire aujourd'hui sont priés de le renouveler sans retard.

L'envoi de mandats de poste est le mode le plus expéditif et le plus sûr pour faire parvenir l'argent.

Les mandats de 10 fr. et au-dessous étant exempts de timbre, on peut envoyer :

Pour un abonnement de six mois, deux mandats de 8 fr. ;

Pour un abonnement d'un an, trois mandats de 10 fr.

Les lettres contenant des mandats sont reçues sans être affranchies.

Ceux de nos abonnés qui auraient perdu des numéros, et ceux qui, ne s'étant abonnés que dans le cours de l'année, voudraient la compléter, sont priés de nous faire, le plus tôt possible, la demande des numéros dont ils ont besoin.

Le prix de ces numéros est fixé à 15 centimes. On peut en envoyer la valeur soit en un mandat sur la poste, soit en timbres-postes joints à la lettre de demande.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. GENDRIN.

Considérations sur les affections broncho-pulmonaires et pleuro-pulmonaires.

L'appareil de l'hématose peut être affecté d'inflammation dans plusieurs de ses parties, soit dans sa portion que constitue l'arbre aérifère, c'est la bronchite, soit dans sa portion que constitue le parenchyme pulmonaire, c'est la pneumonie, soit enfin dans sa portion que constitue la membrane séreuse qui l'enveloppe, c'est la pleurésie. Ces phlogoses, qui peuvent exister indépendamment les unes des autres, peuvent aussi s'associer l'une à l'autre, et ces associations se font dans diverses circonstances qui constituent des états pathologiques différents.

Voyons d'abord en elle-même chacune de ces phlogoses séparée des autres. Dans la structure de l'appareil respiratoire, il y a d'abord l'arbre aérifère qui conduit l'air dans les cellules du poumon et qui est tapissé d'une membrane muqueuse contenant dans son épaisseur une grande quantité de cryptes mucipares : il y a ensuite le système cellulaire du poumon dans lequel s'accomplit l'hématose, et enfin il y a la membrane séreuse qui entoure le poumon, pénètre entre ses lobes et se trouve en contact intime avec le lascis vasculaire délié qui entoure les lobes pulmonaires. Vous pouvez juger dès maintenant que la phlogose de chacun de ces appareils doit déterminer des accidents différents.

Dans l'appareil aérifère est le système crypteux, dont l'inflammation peut arriver par toutes les voies par lesquelles peuvent pénétrer les modifications de ce système crypteux dans cet appareil. On verra que ces modifications se font sous l'influence de certains états généraux de l'organisme, et elles servent à expliquer comment la phlogose s'établit sous l'influence de l'altération de sécrétion à un haut degré.

L'inflammation peut arriver dans l'appareil parenchymateux du poumon par les voies par lesquelles pénètrent les incitations qui provoquent l'action de cet appareil parenchymateux ; l'action de l'air extérieur pénétrant dans les cellules du poumon peut déterminer l'altération des fonctions de ces cellules ; de là les modifications qu'apporte en elle le contact de l'air trop vif dans l'action de l'hématose ; de là les phlogoses qui se rattachent aux stases sanguines anomales, comme celles qui surviennent à la suite d'obstacles apportés à la circulation par l'appareil circulatoire central, surtout lorsqu'il présente des altérations pathologiques.

En dehors est l'appareil séreux, qui remplit une fonction purement adjuvante, qui est là pour favoriser les mouvements réciproques entre la surface interne de la poitrine et la surface externe du poumon dans les mouvements qui se rattachent à l'acte respiratoire : aussi verra-t-on qu'il n'y aura guère de perturbations fonctionnelles dans cet appareil que celles qui seront produites par des causes physiques ou mécaniques, puisque ses fonctions sont physiques ou mécaniques par rapport à l'appareil de l'hématose.

Mais, à l'état physiologique, il y a une connexion synergique entre tous ces appareils, et il y a unité d'action dans l'appareil respiratoire considéré dans ses diverses parties. Tous les actes qui leur sont dévolus en partage s'accomplissent d'une manière corrélative : de là la maladie développée dans l'un d'eux retentit dans l'autre par des perturbations fonctionnelles et par des corrélations sympathiques dans les phénomènes. La principale cause de cette propagation de l'influence pathologique d'un appareil à l'autre est la continuité de texture.

A mesure qu'on descend dans les dernières ramifications de la membrane aérifère, elle perd de sa structure muqueuse pour devenir cellulo-vasculaire ; la continuité de tissu subsiste toujours ; aussi la phlogose, quand elle atteindra la trame cellulo-fibreuse de la muqueuse bronchique, pourra-t-elle arriver jusqu'au parenchyme du poumon ; de même celle qui arrivera dans le parenchyme du poumon pourra déterminer des modifications dans la séreuse qui l'entoure par la tuméfaction qu'elle occasionnera, tuméfaction qui pressera immédiatement les deux plèvres l'une sur l'autre et contre les parois de la poitrine, les soudera, et il se produira une phlogose qui, partie du parenchyme du poumon, se sera étendue jusqu'à la plèvre. Si cette phlogose se fait au delà des limites de l'enveloppe, on aura les accidents qui peuvent se produire dans une membrane où se font continuellement des exhalations et des résorptions, ce sera de l'épanchement, et la pleuro-pneumonie sera confirmée.

Il sera facile maintenant de faire bien connaître ces divers degrés de phlogoses avec les symptômes qui leur appartiennent et au point de vue de la réciprocité d'action les uns sur les autres des appareils liés par des connexions synergiques.

Commençons par traiter de l'association de la phlogose des bronches et du parenchyme du poumon en prenant d'abord les cas les plus simples. Un individu contracte une inflammation de la muqueuse aérifère ; il est dans des conditions ordinaires de santé, se portait bien auparavant ; l'équilibre de ses fonctions était bien constant, et il tend à se rétablir avec facilité sitôt qu'il éprouve la moindre perturbation. Cet homme éprouve subitement les influences d'une cause qui vient déranger les fonctions de l'appareil crypteux des voies aériennes, un refroidissement subit pendant qu'il avait chaud, par exemple, la mucosité sécrétée dans les bronches y est retenue, la sécrétion y est suspendue, la crise qui s'accomplit à chaque instant par la sortie de ce mucus de l'économie n'a plus lieu, le refroidissement subit l'a arrêtée, et la phlogose va remplacer l'excitation sécrétoire qui avait lieu sous l'influence de la chaleur : ainsi se produisent les bronchites. Cette bronchite, la plupart du temps, sera légère ; il y aura gêne du côté des bronches, chaleur, douleur gravative vers cet organe, sentiment d'oppression par suite de l'impression pénible que l'air inspiré produira sur la muqueuse aérifère devenue plus sensible : il y aura de la toux pour repousser au dehors l'altération de sécrétion de la matière muqueuse des cryptes ; cette toux, cependant, sera peu intense ; il y aura de la toux, car l'irritation des voies aériennes mise en jeu irrégulièrement par l'air extérieur produira des mouvements spasmodiques d'inspiration et d'expiration ; il y aura de la fièvre concomitante si le sujet est faible et irritable.

L'inflammation ne borne pas son cours à la durée de la phlogose des cryptes, et, quand elle diminue, la surexcitation circulatoire qui a lieu dans ces cryptes mucipares restera évidente pendant un certain temps, et ce que je dis est le résultat de l'expérience ; de là ces expectorations de matière mucoso-puriforme qui ne sont que des modifications morbides de la matière concrescible physiologiquement fournie par le sang ; c'est le flux catarrhal qui marque la dernière période de la phlogose de toutes les membranes muqueuses. Ainsi la bronchite présente deux périodes : la première qui n'amène pas de modification de sécrétion en quantité considérable, la deuxième qui est diacritique et qui n'est qu'une altération de sécrétion de la muqueuse bronchique : c'est la coction du rhume. On voit par là que la bronchite a nécessairement une durée assez longue, puisqu'elle comprend non-seulement le temps de la phlogose, mais encore le temps pendant lequel dure l'altération de sécrétion consécutive à cette phlogose, c'est-à-dire deux, trois ou quatre septenaires au moins.

Je viens de prendre pour hypothèse la bronchite la plus simple survenue pendant l'état de santé sous l'influence d'une cause extérieure ; mais il s'en faut bien que les affections inflammatoires des bronches n'arrivent que dans ces conditions : pour le médecin qui sait voir, il se produit des inflammations par des causes plus compliquées et plus importantes à considérer. Un individu est depuis longtemps valétudinaire ; ses fonctions marchent mal ; il vit de précautions, se tient coi tout le temps de l'hiver ; cet individu, dont la santé est dégradée sans que pour cela il se trouve sous l'influence d'une maladie déterminée, cet individu contracte sans cause appréciable, au coin de son feu, une bronchite qui a sa marche régulière et présente les deux périodes dont nous avons parlé plus haut. Il y a là évidemment un état pathologique général qui était primitivement établi, et qui a fait naître secondairement un état de phlogose des cryptes mucipares des bronches et l'alté-

---

FEUILLETON.

COURRIER DU MONDE MÉDICAL.

Mon retour. — Vœux de bonne année. — Infortunes de M. Piorry. — Un rival de M. Raspail. — L'or est une chimère.

A Monsieur le rédacteur en chef de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Enfin, mon cher ami, j'arrive, comme on dit dans la *Dame blanche*, en galant paladin, non de la Palestine ou de la Californie (ce qui n'est pas tout à fait la même chose, s'il en faut croire la rumeur publique) ; mais j'arrive du fond de la Bibliothèque nationale, où je m'étais, depuis trois mois, accroupi pour mener à bonne fin l'*Histoire des hôpitaux*, que j'avais, préjugeant trop de mes forces, si follement entreprise, et que vous avez, plein de confiance en moi, si doctement publiée. Hélas ! mon cher ami, j'eusse sans doute mieux fait de laisser dormir en paix les vieux in-folios ; la postérité ne m'en eût pas gardé rancune, et vos lecteurs m'en auraient peut-être su gré. Oh ! vous ne savez pas ce que l'on gagne, et surtout ce que l'on perd, au métier que j'ai fait pendant trois mois ; ne l'apprenez jamais, et laissez-moi dire à vos lecteurs de l'ignorer à toujours : on y gagne la céphalalgie, la perte de la vue, l'insomnie, des bronchites chroniques, filles de la poussière des bouquins : voilà pour le physique ; des préoccupations incessantes, des déboires continuels, des désespoirs sans fin, voilà pour le moral. Tous ces malheurs, je les supportais sans me plaindre ; toutes ces calamités, je les subissais sans murmure, parce qu'ils n'étaient rien en comparaison de la perte de ma gaîté, de mon rire et de ma belle humeur. Me voyez-vous, moi, le joyeux compagnon, triste comme un académicien sans jeton ou comme un nouveau patentable ? Personne, pas même vous, mon cher ami, ne pouvait me reconnaître, et j'ai été sur le point de devenir, pour M. Michea ou pour M. Falret, le sujet d'une étude médico-psychologique.

Fort heureusement, l'influence morbide des bouquins s'est dissipée au contact du monde, où j'ai retrouvé la folie qui divague, le ridicule qui se pavane, la jalousie qui croasse, le pédantisme qui pose, le charlatanisme qui bat la caisse ; en un mot, tous les écarts du cœur et de l'esprit qui ont, pour ceux qui les observent, toujours un côté plaisant et risible. J'ai été éclaboussé par le landau *non payé* d'un confrère qui, sous prétexte d'éblouir son quartier et d'arriver plus vite à la fortune, a pris la voie la plus courte pour arriver à la mendicité. J'ai cru, par esprit de charité, devoir retenir pour lui une place parmi les émigrants en Californie que patronera la loterie des lingots d'or ; j'ai été dédaigné par un de mes anciens amis, aussi illustre que moi (et ce n'est pas peu dire), qui, après avoir vainement tiré la chevillette de l'Académie, essaie de faire choir en sa faveur la bobinette de la Faculté ; j'ai commandé, pour calmer ses accès de folie présomptueuse, des douches à l'hôpital Saint-Louis. J'ai vu briller l'étoile des braves sur la poitrine d'un confrère qui, écoutant trop les lamentations de sa jeune épouse, alla demander aux douces vallées de Montmorency un abri contre le choléra ; je suis en instance pour lui obtenir l'ordre de la Jarretière. J'ai entendu de doctes lèvres crier racca au charlatanisme et ordonner dans le cabinet de consultations un spécifique unique que des valets en livrée vendent à 20 francs la bouteille ; j'ai adressé à cet austère savant le *Dictionnaire des synonymes* de mon honorable homonyme. En un mot ; j'ai vu et entendu tant de drôleries et de sottises, que j'ai senti ma belle humeur revenir ainsi que l'ambition de rester dans une obscurité et une pauvreté qui me donnent au moins le droit de rire et ne m'imposent ni un manteau ni un langage d'emprunt.

Ainsi, mon cher ami, les trois mois passés à la bibliothèque n'ont produit qu'une éclipse, et ma joyeuseté, un instant voilée, reparaît plus franche et plus vive qu'autrefois.

Cependant, j'ai à remplir aujourd'hui un devoir grave et solennel : nous touchons à ce moment fatal où chacun de nous, recueilli en lui-même, jette un regard dans le passé, compte les pertes que la mort a faites parmi ses parents et ses amis, et, comme dit le poète,

> ..... ceux qui du seimoun ont affronté l'orage,
> Avant de repartir pour leur rude voyage,
> S'embrassent tour à tour et se donnent la main
> Pour rendre au cœur l'espoir et s'aider en chemin.

Ce qui, en langage vulgaire, s'appelle se souhaiter bonne année. Vous ne me pardonneriez pas, mon cher ami, et vous auriez raison, mon manquement à cet usage antique et cordial ; mais ce devoir que je remplis envers vous m'est également imposé vis-à-vis de vos lecteurs, et vraiment mon embarras est extrême, car je crains avoir beaucoup trop à faire. Napoléon à Fontainebleau, dans ses adieux mémorables, ne pouvant embrasser tous ses soldats, embrassa leur chef escorté du porte-drapeau ; il est inutile de vous rapporter ses paroles gravées dans la mémoire de tout bon Français ; mais je ne sais si, rappelées par ma plume, elles satisferaient les exigences de tendresse de vos abonnés. Dans le doute, dit le proverbe, abstiens-toi ; je m'abstiendrai donc de répéter les paroles de l'empereur ; mais je me permettrai de demander à vos abonnés et à vous un peu de cette bienveillante indulgence qui est le propre des âmes généreuses et des esprits d'élite en retour des vœux sincères et nombreux que je fais pour votre bonheur à vous tous.

Vous trouverez peut-être, mon cher ami, que je suis aujourd'hui bien expansif et que l'approche du jour de l'an produit chez moi une singulière recrudescence de tendres sentiments ? Je ne nierai pas la justesse de cette observation, et j'irai même jusqu'à vous confier que c'est un petit calcul de ma part : j'estime que, pour acquérir la bienveillance de vos abonnés, des qualités sont nécessaires et qu'à défaut d'esprit il me faut au moins faire preuve de cœur ; je m'applique à être irréprochable de ce côté.

Cependant, je vous avouerai que trop de sensibilité est un vice, car je viens d'en faire la triste expérience à l'occasion de M. Piorry. Le pauvre homme ! de quelles douleurs poignantes son âme ne doit-elle pas être remplie ! ! Ah ! qui nous dira jamais le désespoir de cette conscience rigide ? Qui nous apprendra jamais par quelle contrainte, par la puissance de quel talisman ou de quelle baguette magique M. Piorry a consenti à se séparer sa chaire de pathologie contre celle de clinique ! ! Ah ! donnons une larme à tant d'abnégation et à tant d'infortune !

Je dois vous paraître bien primitif et bien peu façonné aux choses de notre temps ; que voulez-vous ! Mais il me semble que l'homme ne peut, sans une vive douleur, se voir imposer des opinions et des sentiments qui ne sont pas les siens et contre lesquels il n'a eu du-

ration de fonction de ces cryptes. Chez un autre, il se sera produit un catarrhe des voies digestives, des voies nasales, des voies oculaires. Cet état pathologique général sous l'influence duquel le catarrhe apparaît et qui offre comme résultat la manifestation constante d'une phlogose, du côté des voies aériennes, par exemple, phlogose suivie d'une prolongation d'altération des produits sécrétés pendant un long espace de temps, car elle revêt dès le début la marche chronique ; cet état pathologique général, dis-je, est cette affection que les anciens désignaient sous le nom d'*état catarrhal*. Qu'on lui rattache maintenant la doctrine que l'on voudra, cela est indifférent ; toujours est-il qu'il y a diathèse primitive, par suite de laquelle une muqueuse deviendra le siége d'une altération de sécrétion inflammatoire durant plus ou moins longtemps. Chez un autre sujet ces épiphénomènes pourront se produire sur la surface tégumentaire.

Les anciens croyaient qu'il existait dans l'organisme, par suite de la crase des humeurs, des conditions qui faisaient prédominer tel ou tel élément ; chez l'un, c'était la pléthore bilieuse ; chez l'autre, c'était la pléthore phlegmatique ou des liquides blancs : d'où résultaient les altérations des matières muqueuses sécrétées par les cryptes. Ce qui est incontestable, c'est qu'il est des sujets qui sont sous l'influence de conditions pathologiques diverses, comme, par exemple, celle dont nous venons de parler plus haut, qui fait prédominer tout d'un coup la sécrétion qui se fait physiologiquement sur les muqueuses, et qui établit un état de phlogose à la suite duquel on peut observer une altération dans les produits des cryptes et durant plus ou moins longtemps.

Ce sujet dont la santé était chancelante se portait encore assez bien quand il s'est exposé au froid, à l'humidité froide d'automne, par exemple ; il se manifeste chez lui du malaise, un état fébrile, des douleurs autour des articulations, du collapsus, du mal de tête, et, le lendemain, il ressent de la chaleur vers la muqueuse des fosses nasales, cette chaleur gagne la muqueuse pulmonaire, la toux s'établit et la bronchite est déclarée. La santé, dans ce cas, s'est troublée par la manifestation primitive de l'état fébrile ; puis consécutivement sont arrivées la phlogose de la muqueuse et l'altération de sécrétion qui en est la suite. C'est la *fièvre catarrhale* dans laquelle l'état fébrile est primitif, tandis que la phlogose des muqueuses et les altérations de leurs sécrétions ne sont que secondaires. On comprend, par ces exemples, ce qu'il faut entendre par bronchite simple, par les bronchites qui se rattachent à des prédispositions fonctionnelles qu'on appelle état catarrhal, enfin par celles qui sont consécutives à des modifications de phénomènes fonctionnels et qu'on appelle fièvres catarrhales. Les épidémies de grippe ne sont rien autre chose que des épidémies d'états catarrhals dans lesquels survient d'abord la fièvre et ensuite l'altération de la muqueuse qui est secondairement affectée, et où se développe pour ainsi dire la crise de l'état général.

Revenons maintenant à notre point de départ, et examinons l'association possible des diverses phlogoses qui se développent dans l'organe de l'hématose.

Il est très facile de comprendre cette association par la continuité des tissus et par l'influence des causes productrices de la phlogose qui peuvent porter à la fois et sur la muqueuse aérifère et sur le parenchyme du poumon. C'est cette association de la phlogose, qu'elle se fasse par une modification simultanée survenue dans les deux appareils ou par extension de l'inflammation de l'un à l'autre, c'est cette association de la phlogose qui a reçu le nom de broncho-pneumonie, maladie dans laquelle se trouvent les phénomènes qui se rattachent à l'inflammation de la muqueuse bronchique et à celle du parenchyme pulmonaire. Les différents signes par lesquels je vous ai appris à reconnaître les phlogoses qui affectent l'un de ces organes se retrouvent tous dans l'association de ces inflammations réunies.

Quand la phlogose envahit largement, avec activité et de prime abord l'appareil bronchique et le parenchyme pulmonaire en même temps, si on voit se développer à la fois avec intensité les symptômes de la bronchite et ceux de la pneumonie, c'est toujours la pneumonie ou la *péripneumonie* des anciens auteurs, qui n'attachaient pas au mot pneumonie le sens exact que nous y attachons maintenant, car ils n'avaient pas les moyens d'investigations qui nous font établir une différence qui du reste n'a pas bien grande valeur.

Mais quand l'inflammation s'est allumée en s'associant à l'état catarrhal ou à la fièvre catarrhale, quand elle a gagné surtout le parenchyme pulmonaire lentement et secondairement à l'état général, il arrive, comme on disait autrefois, que le rhume en coction est tombé sur la poitrine, et on a la péripneumonie fausse ou *peripneumonia notha* des anciens : c'est la fièvre catarrhale avec phlogose de la muqueuse des voies aériennes étendue au parenchyme du poumon. C'était une maladie tout à fait à part dans laquelle la marche des phénomènes morbides est différente, dans laquelle la phlogose ne se manifeste que secondairement ; c'est l'état général qui prédomine au début, aussi étend-il son influence sur toute la maladie par les modifications qu'il détermine dans sa marche et dans sa terminaison. Aussi voit-on les anciens montrer que l'épuisement de l'organisme peut être la cause de l'inflammation qui se développe sur une muqueuse, qu'il peut se faire que plusieurs muqueuses soient prises simultanément, et rattacher à cet épuisement les accidents cachectiques qui peuvent conduire à la tuberculisation, et ils rattachent ces accidents plutôt à la broncho-pneumonie ou *peripneumonia notha* qu'à la pneumonie simple ou *peripneumonia vera*.

Dans la broncho-pneumonie franche, de même que dans la broncho-pneumonie suite d'état catarrhal, on verra toujours l'inflammation du parenchyme pulmonaire qui s'était développée secondairement céder primitivement par rapport à l'inflammation des voies aériennes, et l'influence des perturbations dans l'état fonctionnel de l'organisme persiste au delà de la phlogose du poumon lui-même. Là on trouve la clef des modifications si minutieusement indiquées par les auteurs, et qui s'accomplissent successivement dans le mode, l'abondance et la qualité des sécrétions qui se produisent pendant les divers stades et la terminaison de la broncho-pneumonie, les sécrétions muqueuses puriformes et venant évidemment des bronches, persistant bien au delà des crachats rouillés qui appartiennent en propre à la pneumonie.

L'individu exposé à contracter des phlogoses du parenchyme pulmonaire les contracte dans de bonnes conditions de santé, toutes ses fonctions sont en bon état, il y a équilibre des absorptions et des excrétions, il n'est pas soumis à une influence pathologique spéciale, enfin c'est dans ces bonnes conditions qu'il vient à être pris de pneumonie ; le poumon enflammé et congestionné se tuméfie, il presse sur la portion de plèvre qui recouvre la partie phlogosée et par conséquent la met en contact anormal avec la plèvre périphérique ; une pleurésie se déclare consécutivement à la pneumonie, et on a la pleuro-pneumonie.

C'est à cause de cette inflammation presque constante de la portion pleurale qui répond à la partie enflammée du poumon et qui la fait adhérer à la portion correspondante de la plèvre thoracique, qu'on avait donné déjà dans l'antiquité aux phlogoses du poumon le nom de péripneumonies, car on avait déjà fait de l'anatomie pathologique et on savait que, dans ces cas, la plèvre présentait les traces les plus évidentes d'inflammation.

Les causes qui produisent des inflammations dans le parenchyme pulmonaire peuvent produire des inflammations dans le parenchyme de la plèvre ; de sorte que, par les mêmes causes agissant ou successivement ou dans le même instant, on voit se produire la pleuro-pneumonie qui se distingue par la coïncidence avec la pneumonie d'un épanchement dans la partie déclive du sac pleural, le refoulement en haut et vers la colonne vertébrale du poumon qui surnage en partie au liquide et qui est impénétrable à l'air extérieur dans la portion sur laquelle presse l'épanchement et détermine, en outre, les lésions qui se rattachent immédiatement à l'inflammation concomitante du parenchyme du poumon. Cette maladie présente cette particularité que la résolution de la phlogose ne peut s'accomplir dans le poumon. Aussi longtemps que l'épanchement persiste, il est probable qu'il amène des modifications dans la circulation du parenchyme pulmonaire qui rendent la résolution impossible ; dans beaucoup de cas, elles se font simultanément.

Il y a des conditions de l'économie dans lesquelles les phlogoses se développent facilement dans le tissu cellulaire et les organes dont la structure se rattache à ce système général ; ainsi, chez les femmes en couches, dans l'état puerpéral ou à la suite de maladies graves qui ont débilité l'organisme. Il y a donc, dans ces circonstances, une diathèse ou prédisposition immédiate aux phlogoses du tissu cellulaire ou des membranes séreuses qui sont presque identiques sous le rapport de la structure. Il est des états pathologiques dans lesquels les modifications des sécrétions arrivent comme nécessité, consécutivement à un état général : ainsi les sujets qui ont des causes d'hydropisie. Dans ces cas, l'exhalation anomale se fait avec facilité dans la cavité pleurale et passe facilement à l'état d'inflammation ; ce sont ces états généraux sous l'influence desquels on voit se produire avec facilité des inflammations des plèvres peu douloureuses, peu apparentes avec pneumonie concomitante, dans lesquels on voit se produire des broncho-pleurésies avec épanchement très considérable au-dessus duquel on voit nager le poumon comprimé, comme cela arrive dans des maladies de cœur avancées, pendant la durée de l'état puerpéral ou pendant la convalescence de longues maladies qui ont épuisé l'organisme. Le médecin qui ne verrait là que la phlogose, l'infiltration de liquide ou l'épanchement local, ne verrait pour ainsi dire que d'un œil ; il ne verrait pas que c'est cet état pathologique général qui est la cause déterminante et qui devient évident par les lésions locales auxquelles il donne lieu sur le poumon, sur la plèvre ou même d'autres parties du corps, et on cessera de s'étonner de la facilité avec laquelle se reproduisent les phlogoses, puisque la cause primordiale subsistera toujours derrière les lésions locales qui ne sont que secondaires ; on cessera de s'étonner de leurs dispositions réfractaires à tout traitement, de la tendance qu'elles ont à passer à l'état chronique et à se terminer souvent par des métaptoses en se transformant en des états pathologiques différents, mais ne cessant pas, entretenus qu'ils sont par la cause placée *a tergo*.

Chez l'homme qui a gagné une pneumonie pendant qu'il était dans un bon état de santé, cette pneumonie, par la gêne qu'elle apporte dans les fonctions du poumon à la perméabilité d'un département de la circulation fonctionnelle, entraîne des modifications des fonctions de l'hématose. C'est la cause de la teinte semi-ictérique que l'on observe sur les conjonctives et une partie de la face des sujets affectés de pneumonie, de la couleur violacée que prend la peau de la figure, de la difficulté de respirer qui s'empare des malades, de leurs fréquentes inspirations, de l'épuisement de leurs forces, de la formation des congestions pulmonaires secondaires, des congestions hépatiques secondaires, des phénomènes morbides secondaires qui apparaissent dans les grandes fonctions de l'économie. Rien de semblable ne se produit dans la bronchite ni la pleurésie. Tout au plus dans la pleurésie a-t-on une difficulté de respirer par suite de l'épanchement qui resserre le poumon, mais pas de trouble fonctionnel dans l'hématose et pas de cachexie consécutive.

S'il est des maladies qui modifient dans leur composition les liquides et les solides de l'économie, s'il est des maladies qui déterminent la faiblesse musculaire et la faiblesse de la respiration par l'affaiblissement des muscles respiratoires qui ne peuvent plus fonctionner avec régularité et deviennent trémulents, le trouble des fonctions respiratoires amène des stases sanguines dans les poumons, et il se produira secondairement à l'état général un état inflammatoire local dont la pneumonie sera la conséquence. Les typhus graves, les varioles intenses, produisent cet effet ; les états pathologiques généraux graves, tels que des fièvres intenses, même des fièvres traumatiques, ont aussi le même résultat. Aussi voit-on les chirurgiens, à la suite de grandes opérations, perdre des malades de pneumonies consécutives, pneumonies qu'il ne sont pas fâchés de pouvoir attribuer à quelque courant d'air survenu dans les salles, mais qui en réalité se rattachent par des connexions physiologiques étroites aux conséquences de la fièvre traumatique.

---

rant toute sa vie qu'anathème et réprobation ; je ne puis me rappeler sans émotion les mordantes colères que soulevait dans le noble cœur de M. Piorry le seul mot de permutation ; ce mot, ce mot fatal, vous ne l'avez pas oublié aussi, portait dans tout le système nerveux de M. Piorry je ne sais quelle surexcitation, quels mouvements épileptiformes qui dénotaient la conviction la plus profonde et la plus enracinée ; repassez dans votre souvenir ces colères, ces surexcitations, ce délire, et dites-moi si je puis admettre que M. Piorry ait tout à coup apaisé ces mouvements tumultueux de son âme indignée et bénévolement souscrit à permuter de chaire ? Non, non, je ne puis croire à une transfiguration si rapide et si complète, et je persiste à estimer M. Piorry l'homme le plus malheureux de la terre.

Hélas ! ce n'est pas tout ; un malheur n'arrive jamais seul, comme dit le proverbe, et l'infortune de M. Piorry a été traînée aux gémonies de la publicité. Non, jamais la haine et la jalousie n'avaient rêvé de semblables vengeances, jamais implacable ennemi n'avait empoisonné de telle sorte la coupe de son adversaire. Non-seulement la permutation de M. Piorry est annoncée dans les journaux politiques, mais encore elle est louée et applaudie comme une victoire remportée par l'honorable professeur. Pleurez, mes yeux, pleurez toutes vos larmes, afin que vos prunelles voilées ne puissent plus distinguer ces caractères écrits par une main infernale ! ! Oui, par une main infernale, et les voici tels que je les trouve dans l'*Evénement* du 27-28 décembre 1850 et dans la *Presse* du 29 même mois, même année :

« M. Piorry, professeur de pathologie médicale, médecin de la Pitié, vient, d'après une décision prise à l'unanimité par la Faculté et l'arrêté du ministre de l'instruction publique, d'être nommé, en remplacement de M. Fouquier, professeur de clinique médicale et médecin de l'hôpital de la Charité.

» M. Piorry est là véritablement à sa place ; ses travaux si remarquables sur le plessimétrisme et le diagnostic désignaient naturellement ce professeur à l'enseignement clinique. »

Laissez-moi donner un dernier pleur à la destinée de M. Piorry et classer ses infortunes à côté de celles de nos confrères partis pour la Californie, car, sur ma parole de feuilletoniste, je ne connais que l'inventeur du plessimètre aussi malheureux qu'eux.

Vous avez lu, j'imagine, les détails déplorables fournis dans ces derniers temps sur la Californie ; l'Eldorado n'était plus qu'un enfer, auquel ne manquait même pas l'inscription du Dante, grâce à l'immensité de l'Océan. Les médecins n'y ont pas plus rencontré que les autres des lits de roses ou d'or. La misère, qu'ils avaient fuie en Europe, les a étreints dans des liens plus terribles, et la lueur d'espérance qu'ils pouvaient encore entrevoir à travers leur imagination malade s'est à jamais évanouie à l'approche du camphre ; la médecine Raspail s'est implantée en Californie, et, comme un nouveau César, elle a vaincu aussitôt arrivée. Nous sommes habitués en Europe à ces sortes de triomphes magiques. Mais ce qu'il y a de plus curieux dans la relation que nous lisons de ce fait, c'est que les *vertus-panacées* du camphre ont été reconnues et appliquées par un homme étranger à la médecine Raspail ; les grands génies se rencontrent parfois ; mais que dira le chef de l'école psorique, si l'inventeur californien réclame jamais un brevet d'invention ? Ce procès, que tous les amis de la bonne gaieté française verront venir avec plaisir, ne pourra manquer de nous offrir un haut enseignement.

En atendant, le nouveau promoteur du camphre gagne, à ce qu'il paraît, des monceaux d'or à San-Francisco, et voici comment se termine la relation de l'intronisation du camphre en Californie :

« Bien lui en prit, car au bout de peu de temps il était radicalement guéri. Ce fut pour lui un coup de fortune. Il abandonna bijouterie et spéculation, et se lança dans la médecine, adoptant par reconnaissance la méthode Raspail, qu'il se mit à administrer dans toute espèce de cas. Il paraît qu'il obtint des cures magnifiques ; car à l'heure qu'il est, d'après une lettre que nous venons de voir, il a la plus riche clientèle de San-Francisco ; tous les Yankees s'empressent à ses consultations, et les médecins américains eux-mêmes viennent s'instruire auprès de lui. »

Je ne sais vraiment qui dans cette affaire est le plus à plaindre ou des médecins américains ou du praticien psorique ? car, en définitive, je ne vois pas trop l'intérêt de ce dernier, puisque l'or tend tous les jours à devenir réellement une chimère et que bientôt on ne trouvera même plus moyen de s'en servir, tandis que j'entrevois parfaitement le dommage que vont faire à leur réputation et à leur science nos confrères d'Amérique. Quant à ce qui regarde les médecins européens qui n'ont pas la moindre fièvre à couper ou la moindre ordonnance à rédiger, je me console de leurs infortunes en songeant que de nouveaux désenchantements ne les attendent pas en Europe. Combien n'eût-il pas été terrible pour eux de voir le fruit de leur exil, la récompense de leurs dangers, la rémunération de leur travail se changer, comme la gloire, en un peu de fumée, et leurs lingots, amassés avec tant de peines, reconnus propres tout au plus à faire des gouttières ou des clous de soulier pour nos paysans ! Je conseille aux habitants de la Californie de suivre l'exemple des médecins de Paris, qui, vu la dépréciation de l'or, ne veulent plus recevoir pour frais d'honoraires que du diamant le plus pur. Si ma lettre n'était déjà trop longue, je vous dirais l'aventure que ce nouveau mode de payement a amenée dans le cabinet d'une de nos célébrités médicales, dont la table était toujours resplendissante d'or et de billets de banque. Je remets à plus tard ce récit, et vous renouvelle, ainsi qu'à vos lecteurs, mes vœux et mes souhaits de bonne année.

Félix Roubaud.

Le ministre de l'instruction publique vient de ratifier une décision de la Faculté de Paris, en vertu de laquelle M. Piorry, professeur de pathologie interne, est appelé à remplacer M. Fouquier à l'hôpital de la Charité.

— M. Mounier vient d'être nommé professeur d'anatomie chirurgicale à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce. C'est une sixième chaire ajoutée à celle qui existait déjà. Il est permis de voir dans cette nouvelle nomination un pas vers la constitution d'une grande Ecole de médecine militaire qui peut seule répondre complétement aux besoins du service de santé de l'armée.

— La médecine vient de faire une nouvelle et bien regrettable perte dans la personne de M. le docteur Pierre-Arnoult Espiaud, chevalier de la Légion-d'Honneur et de l'Ordre des Deux-Siciles, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 65 ans, à la suite d'une courte maladie.

A cet état inflammatoire secondaire du poumon peut s'associer une modification des fonctions crypteuses de la muqueuse aérifère, et par suite une expectoration de mucus : c'est une affection comme semi-inflammatoire semblable à celle que l'on voit survenir dans la dernière période des typhus, et qui se rattache aux inflammations passives secondaires, conséquences des états pathologiques généraux déterminés par la maladie.

Ces actions pathologiques ont peu lieu sur la plèvre; cela cependant peut arriver, et dans ce cas c'est encore secondairement à un état pathologique général, qui s'est particulièrement exercé sur les crases des liquides de l'économie et sur l'appareil de la respiration.

On voit combien sont graves les lésions de l'appareil de l'hématose, et combien sont graves les lésions des fonctions qui sont dévolues à cet appareil. Quand on a une inflammation de poitrine, il faut toujours porter ses vues au delà de la lésion locale, et les indications thérapeutiques doivent être déduites de ces considérations. Par là on reconnaît qu'il y a très peu de maladies qu'il faut considérer d'une manière générale, mais que ces maladies sont à vrai dire celles de tel ou tel individu, c'est-à-dire résultant soit des états pathologiques antécédents, soit des maladies sous l'influence desquelles il se trouve actuellement, soit des états fonctionnels qui modifient tout à coup certaine action sécrétoire, et qu'il faut bien avoir soin de tenir compte de toutes ces circonstances pour appliquer une curation rationnelle.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

sur les adhérences du placenta et des membranes.

M. le docteur Corbett a inséré dans le numéro de juillet du *Monthly Journal* une observation remarquable d'adhérences du placenta et des membranes, suivie de réflexions. Nous allons faire connaître d'abord l'observation; nous dirons ensuite quelques mots des réflexions de l'auteur, auxquelles nous en ajouterons nous-même quelques-unes.

Mme S..., âgée de trente ans, dans le septième mois de sa grossesse, d'un tempérament débilité, se plaignit à moi, le 16 mai 1850, de douleurs de ventre datant de quatre jours et attribuées par la malade à une frayeur. Elle me dit que les membranes étaient rompues et que les eaux s'étaient écoulées en abondance. Le col de l'utérus admettait seulement l'extrémité du doigt. Je ne pus distinguer si les eaux s'étaient ou non écoulées. — On administre un opiacé.

Le 17, même état qu'hier. — Même prescription.

Le 18, orifice utérin de la largeur d'une pièce de trois francs; douleur manifestement utérine; perte considérable de sang. Comme la malade était d'un tempérament faible, que l'enfant était petit et probablement mort, puisque la mère ne sentait plus remuer, et que les bruits du cœur ainsi que le souffle placentaire avaient cessé d'être entendus, je résolus de terminer l'accouchement, et je prescrivis quatre doses d'infusion d'ergot (d'une demi-drachme dans chaque infusion) pour être données de vingt en vingt minutes. Aucun effet n'est obtenu.

Le 19, la malade a bien dormi. Orifice utérin un peu plus dilaté; écoulement encore considérable. Les douleurs sont celles de l'enfantement et plus fortes qu'hier. Ergot de seigle aux mêmes doses qu'hier. Le médicament est fraîchement préparé. Les douleurs deviennent aussitôt plus fortes et plus fréquentes; quelques-unes même sont énergiquement expulsives; mais l'effet du médicament s'épuisa avant que la délivrance pût s'effectuer. J'administrai alors un opiacé.

Le 20, la malade a eu quelques heures de sommeil réparateur pendant la nuit; et ce matin, à neuf heures et demie, le fœtus a été expulsé avec très peu de douleur. A mon arrivée je le trouvai dans un état de putréfaction ; l'utérus était flasque et contenait encore le placenta ; le cordon se détacha à la plus légère traction.

Après une douche de Whisky (espèce de liqueur forte), pratiquée sur l'abdomen, après avoir pressé vivement l'utérus, et mis en usage pendant une demi-heure les moyens usités pour exciter ses contractions, la main gauche fut complétement introduite dans sa cavité; les membranes adhéraient dans toute leur étendue, tellement que je ne pus sentir d'une manière certaine où commençait la circonférence du placenta. La méthode ordinairement employée pour séparer celui-ci des parois utérines en introduisant entre ses parois et le placenta l'extrémité des doigts, auxquelles on imprime des mouvements de va-et-vient; cette méthode étant reconnue impossible, j'eus recours, et sans succès, à celle de Hamilton et de Burns. L'utérus se contracte énergiquement sur la main, mais devint tout à fait flasque aussitôt qu'elle fut retirée; les manœuvres durèrent environ 40 minutes. Des compresses et un bandage serré furent appliqués, on prescrivit un grain d'opium et la malade fut abandonnée au repos. Elle allait aussi bien qu'on peut l'espérer dans la convalescence ordinaire de l'accouchement, lorsque dans la soirée du 25, après une hémorragie de 12 ou 14 onces de sang seulement, elle mourut en 4 heures, malgré l'emploi énergique des stimulants, et sans s'être relevée de l'état de collapsus où elle était tombée immédiatement après l'hémorrhagie.

Comme j'avais acquis la certitude, à ma première tentative, de l'adhésion du placenta à l'utérus, je ne la renouvelai point, mon opinion étant que dans des cas semblables on doit s'en tenir à un premier essai.

Autopsie, 60 heures après la mort.

Utérus de six pouces et demi de long sur quatre et demi de large, donnant la sensation d'un sac vide, mais présentant une surface saine. Une incision longitudinale pratiquée sur sa paroi antérieure permet de voir le placenta et les membranes qui en remplissent la cavité. Sa surface interne présente une teinte vert-sale ou noirâtre; après un lavage répété on voit qu'elle est entièrement tapissée par une membrane d'apparence granuleuse et charnue, d'au moins un huitième de pouce d'épaisseur. Cette membrane fut séparée avec difficulté dans une petite étendue de ce qui paraissait être la muqueuse désorganisée de l'utérus. L'adhérence du placenta était telle, qu'on ne pouvait le détacher sans en déchirer la substance ou celle de l'utérus. Nous ne pûmes découvrir le point qui avait fourni l'hémorrhagie. Le placenta ressemblait à un poumon hépatisé, mais était plus fibreux et confondu avec l'utérus au point qu'on ne pouvait distinguer l'endroit où il commençait. L'adhérence des membranes, du reste, était telle qu'elle aurait suffi pour produire la rétention du placenta.

M. Corbett ayant pris des renseignements sur les accouchements précédents de Mme S..., apprit ce qui suit :

Le 25 octobre 1845, accouchement très lent, point d'obstacle mécanique; forceps proposé, mais refusé par la malade et ses amis; enfin la délivrance a lieu; rien d'anormal relativement à l'enfant; placenta adhérent; tractions sur le cordon sans résultat; introduction de la main, qui parvient avec peine à détacher le placenta avec l'extrémité des doigts; légère hémorrhagie consécutive; rétablissement facile.

Rien d'anormal dans les accouchements précédents.

Dans le quatrième accouchement, qui eut lieu le septième mois, elle fut assistée par M. Parker, qui éprouva de grandes difficultés à extraire le placenta qu'il n'obtint qu'en lambeaux.

Le rétablissement fut facile.

Dans le cinquième accouchement, arrivé à terme, le docteur Cuningham réussit à extraire le placenta entier, mais avec les plus grandes difficultés.

L'observation de M. le docteur Corbett est remarquable à plusieurs égards :

1° Elle confirme ce que l'expérience a déjà appris sur la prédisposition de certaines femmes aux adhérences du placenta, et de la nécessité où l'on est, à chacun de leurs accouchements, d'opérer artificiellement la délivrance. Ainsi, chez une dame à laquelle M. Danyau a donné des soins, quatre fois, dans quatre accouchements successifs, il fallut porter la main dans l'utérus pour détruire les adhérences qui s'opposaient à l'expulsion du délivre.

2° Elle signale une circonstance fort rare, sinon inouïe, l'adhérence complète non-seulement du placenta, mais encore de la totalité des membranes. Néanmoins, tout n'est peut-être pas aussi satisfaisant qu'on pourrait le désirer dans l'exposition de ce fait. Nous sommes loin de mettre en doute l'exactitude du récit du docteur Corbett. Nous admettons volontiers qu'il lui a été impossible d'arriver à la circonférence du placenta en dehors des membranes, et qu'il n'a pu même essayer de détruire les adhérences anormales qui s'opposaient à la délivrance. Mais nous ne pouvons alors nous expliquer comment une hémorrhagie mortelle a pu se produire. L'hémorrhagie n'est à craindre que dans le cas d'adhérence partielle. Tant que le placenta n'est pas détaché en partie, tant que les vaisseaux utéro-placentaires sont intacts, il n'y a point d'orifices vasculaires capables de verser une quantité notable de sang, capables surtout d'en fournir en assez grande abondance pour mettre la vie en danger; bien moins encore au point d'occasionner la mort. Entre les membranes et la surface utérine, il n'y a plus, à terme, qu'un appareil vasculaire atrophié : aussi est-ce sans hémorrhagie et même sans écoulement de sang que se décollent les membranes tout autour et à une certaine distance de l'orifice dans l'accouchement naturel, et qu'on en opère le décollement quelquefois à une grande hauteur dans l'accouchement artificiel par la version. Ce n'est donc pas à la surface de contact de l'utérus et des membranes que l'hémorrhagie a pu se produire. Alors, de quelle source le sang provenait-il donc ? C'est ce qui est resté inexpliqué, et qui demeure, ce nous semble, inexplicable, si on admet, ainsi que nous l'avons fait, comme parfaitement exacts, les détails de l'autopsie.

3° L'auteur fait entendre que l'adhérence des membranes peut être une cause de rétention du placenta. Mais ce n'est pas des circonstances de son observation qu'une pareille conclusion pourrait être tirée. Ici le placenta adhérait par lui-même, et cette cause suffisait bien pour mettre obstacle à la délivrance naturelle. Que l'adhérence anormale des enveloppes fœtales rende l'extraction complète du *délivre* plus difficile, qu'elle expose l'accoucheur le plus exercé et le plus attentif à laisser dans l'utérus quelques portions et quelquefois même une large étendue des membranes, c'est un fait hors de doute; mais il y a loin de là, sous tous les rapports, à la rétention du placenta proprement dit.

4° On s'est longtemps accordé à attribuer les adhérences utéro-placentaires à la formation d'une fausse membrane, résultat d'une inflammation développée à la surface interne de l'utérus pendant la grossesse, et quelquefois annoncée par une douleur locale persistante ou du moins prolongée. Mais outre que cette douleur ne s'observe pas à beaucoup près toujours, la pseudo-membrane n'offre par non plus le plus généralement les caractères des pseudo-membranes ordinaires. La couche, d'aspect granuleux et charnu, constatée dans le cas du docteur Corbett, semble se rapporter bien plus à une caduque infiltrée de sang, et dans laquelle ce liquide a subi quelques-unes des modifications par lesquelles il passe quand il est une fois sorti de ses vaisseaux. Aussi ce cas semble-t-il plus favorable à l'opinion des pathologistes qui rattachent toutes les altérations placentaires ou péri-placentaires aux diverses transformations du sang épanché ou infiltré, qu'à la théorie presque universellement abandonnée de l'inflammation. Sans rejeter absolument cette théorie, le docteur Corbett pense qu'elle n'est pas applicable dans tous les cas. Suivant lui, la prédisposition aux adhérences tiendrait à un état de l'économie qui exagère l'action vitale de l'utérus, sans pourtant la porter nécessairement jusqu'à l'inflammation. Les développements qu'il donne à cette explication n'ajoutent rien à la précision qui lui manque. Qu'est-ce qui prouve, comme il cherche à l'établir, que l'état du sang pendant la grossesse doit être considéré comme la cause des adhérences utéro-placentaires ? Au lieu d'être générale, la cause ne serait-elle pas purement locale; ne résiderait-elle pas dans l'utérus lui-même? Entre ces deux explications, nous n'avons jusqu'à présent aucune raison de faire un choix, et nous pensons qu'il est plus sage, dans le doute, de s'abstenir.

5° Les adhérences étaient ici indestructibles ; certes, mieux vaut en pareil cas ne pas persister dans des tentatives qui peuvent avoir pour résultat des lésions graves de l'utérus. On peut, on doit se confier à la faculté d'absorption, dont plusieurs observations prouvent que l'utérus est doué. Mais l'expectation a pourtant ses limites, et dès qu'un accident grave, une hémorrhagie peut se manifester, il est de règle de faire de nouvelles tentatives d'extraction. Ou le placenta est devenu libre dans une certaine étendue, et en même temps plus facile à décoller dans le reste, et l'extraction devient possible en totalité ou en partie; ou bien l'adhérence est toujours aussi intime; et si, nonobstant, l'hémorrhagie est menaçante, ce qui, nous le répétons, nous paraît difficile à comprendre, le tampon offre une utile ressource et laisse le temps d'aviser.

DES RAPPORTS DE LA CHORÉE

et des affections nerveuses et convulsives avec le rhumatisme et les maladies du cœur,

A PROPOS D'UN MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR SÉE SUR CE SUJET,

Par M. le docteur Jules DAVASSE.

(Suite. — *Voir* le n° du 14 décembre.)

« ..... Le premier exemple de ce genre qui se présenta à notre observation — dit M. Sée — nous montra la chorée coïncidant, chez un enfant, avec une inflammation plastique du péricarde, un épanchement pleural, un dépôt de lymphe coagulable sous l'arachnoïde spinale. Une péricardite d'emblée dans le jeune âge et surtout chez un choréique, la coïncidence de la phlegmasie cardiaque avec l'irritation des méninges et des plèvres, la multiplicité de ces produits phlegmasiques, et surtout leur prédilection pour les tissus fibro-séreux, étaient autant de circonstances propres à fixer l'attention et à faire supposer qu'ils étaient tous le résultat d'un état général ou diathésique. Or, qu'est-ce qu'une inflammation multiple des séreuses, si ce n'est l'effet et le caractère de la diathèse rhumatismale? Pour m'assurer de ces premières données, je dus m'enquérir de l'état du cœur et des articulations, et contrôler cet examen par les antécédents des malades. Continué ainsi pendant trois années, l'observation ne tarda pas à confirmer ce fait isolé, et la corrélation de la danse de Saint-Guy avec le rhumatisme cardiaque et synovial devint bientôt, pour les médecins de l'hôpital des Enfants, comme pour nous, une vérité bien démontrée dont la clinique avait seule fait tous les frais. Après les preuves cliniques, force fut de chercher dans l'analyse directe des faits ce qui manquait aux descriptions générales; et quel ne fut pas notre étonnement de trouver dans les annales de la science de nombreux exemples de chorées rhumatiques qui y étaient épars et perdus, n'attendant, pour ainsi dire, qu'à être mis en parallèle et rapprochés en corps de doctrine!.. »

Dans l'exposé des caractères anatomiques, l'auteur distingue les résultats aperçus en trois catégories, qu'il résume de la manière suivante :

1° Dans la plupart des cas, surtout dans ceux qui sont le mieux avérés, la chorée est le résultat de la diathèse rhumatismale, et se traduit par des inflammations plastiques des membranes du cœur, des méninges, de la plèvre, du péritoine, avec ou sans rhumatisme articulaire (34 cas sur 82).

2° Si, dans d'autres circonstances mal déterminées, les phénomènes choréiques s'accompagnent d'un épanchement arachnoïdien ou d'une désorganisation de la substance nerveuse, il est rare qu'il y ait entre les états anatomiques et les troubles fonctionnels une relation directe de cause à effet. A moins d'être tous dépendants d'une cause commune, comme la diathèse tuberculeuse, ils ne constituent, en général, que des rapports douteux, incertains, résultat d'une coïncidence fortuite.

3° Enfin, il est des chorées (16 sur 84, ou 1 sur 5) qui semblent être indépendantes de toute modification appréciable du système nerveux, de toute altération générale de l'économie; ces cas-là peuvent être considérés comme des affections nerveuses essentielles, c'est-à-dire des névroses.

C'est-à-dire qu'il y a 1° des chorées essentielles, *maladie* ne dépendant pas de tout autre état morbide (et non point fondées sur l'absence d'une altération; ce qui importe peu); 2° des chorées symptomatiques de rhumatisme; *affections* dépendant de la disposition rhumatismale; et 3° enfin des chorées, phénomènes morbides, d'autres maladies déterminées, telles que la diathèse tuberculeuse; et, dans ce cas, ce

nc sont plus que des *symptômes* choréiformes appartenant à l'histoire de cette diathèse.

Ces distinctions sont certainement en germe dans le travail que nous analysons, et nous nous plaisons à le reconnaître; mais nous aurions voulu les voir plus largement affirmées. Pour arriver à unc solution catégorique, il eût été important en effet de déterminer :

D'abord, la valeur séméiotique des convulsions choréiques ou choréiformes dans les diverscs maladies où on peut les rencontrer;

Ensuite la distinction nosographique de la chorée essenticlle et de la chorée rhumatismale;

Enfin si cette dernière distinction n'existe pas, chercher si la chorée ne serait point en effet une simple affection symptomatique du rbumatime.

Telle devait être posée la question à ce triple point de vue. M. Sée s'en est rapproché, il est vrai, mais sans la résoudre complétement. Nous ne lui en ferons pas de reproche. Ces distinctions ainsi définies ne sont pas dans les méthodes actuelles. Nous tiendrons plutôt compte à l'auteur de les avoir pressenties en séparant de la chorée une foule d'états morbides bien à tort confondus avec elle, et les convulsions symptomatiques d'autres maladies.

Mais poursuivons notre examen des connexions de la chorée avec le rhumatisme.

La chorée rhumatismale est assez fréquente. Sur 123 chorées, M. Sée en a compté soixante-un exemples coïncidant avec les inflammations ou les douleurs articulaires, proportion d'autant plus remarquable, que le rhumatisme cbez les enfants est une maladie extrêmement rare. Sur 11,500 malades qui ont été admis en quatre années à l'hôpital des Enfants, il n'y a eu en effet que 48 rhumatismes simples contre 61 qui étaient liés à la chorée; de sorte que sur deux enfants rhumatisants il en est au moins un qui est en même temps choréique (ou 61 sur 109); de même aussi, cn renversant la proportion, on peut établir que sur deux chorées il en est une qui est dépendante du principe rhumatismal.

Dans l'immense majorité des cas, c'est le rhumatisme articulaire qui se montre en prcmier lieu, et les mouvements choréiques ne tardent pas à se manifester du troisième au sixième jour, sans transition et sans aucun intervalle, soit dans les parties saines, soit dans les parties rhumatisées. Lorsque l'attaque rhumatismale récidive, l'affection convulsive ne tarde pas à récidiver aussi dans beaucoup de cas, et les deux affections s'enchaîneut, se répètent ensemble, ou alternent l'une avec l'autre à chaque retour, soit de la chorée, soit du rhumatisme.

Quelquefois il arrive que la chorée prend un faux air de maladie essentielle, et suit ses diverses phases jusqu'à ce qu'il se déclare tout à coup une arthrite ou une fièvre rhumatique, ou des douleurs qui viennent révéler la nature intime du mal. Mais ces chorées avec arthrites secondaires ne sont pas moins l'expression du rhumatisme que les chorées qui se dessinent franchement dès le début avec le caractère rhumatismal.

Enfin c'est encore par le rhumatisme viscéral ou externe, c'est-à-dire par l'inflammation des membranes cardiaque, pleurale ou péritonéale, que les symptômes peuvent se montrer. Dans ce cas encore, dès que la fièvre est tombée, la chorée apparaît, qu'il existe ou non des reliquats de l'inflammation. La filiation est donc immédiate et l'affinité évidente, comme dans les catégories précédentes.

M. Sée va plus loin encore. Pour lui, il n'y a pas que la chorée parmi les affections nerveuses qui soit de nature rhumatismale. Il n'est pour ainsi dire pas un symptôme nerveux, ni un groupe quelconque de phénomène analogue qui ne puisse naître sous l'influence de cette causc morbide, affections délirantes, tétanos, contractures des extrémités, paralysies; ce ne sont souvent là que les marques d'un principe rhumatismal en activité.

Jusqu'ici les preuves données par M. Sée à l'appui de cette démonstration ne laissent guère de doute à cet égard.

Certes, nous admettons sans peine la possibilité d'une localisation rhumatismale interne en l'absence de toute affection articulaire. Cette diathèse peut eu effet manifester son action sur les séreuses viscérales sans passer nécessairement par la voie des articulations. Il n'est point interdit au rhumatisme de se développer d'emblée sur les membranes du cœur, des poumons, de la moelle et du cerveau, et de s'en tenir à ces localisations exclusives. Cela se voit ainsi, soit qu'il occupe, successivement ou à la fois, ces divers siéges internes, soit qu'il n'en occupe qu'un seul. Si la multiplicité de lieu est un caractère assez ordinaire de la diathèse rbumatismale, ce n'en est pas cependant un caractère essentiel, et une péricardite isolée peut être la manifestation de cette diathèse, tout aussi bien et au même titre qu'une mono-arthrite dans le même cas.

Mais cela ne veut pas dire, selon nous, que toute péricardite, par exemple, soit une affection rhumatismale, ou même que toute affection du cœur, accompagnée d'accidents nerveux, soit sous la dépendance de ce principe morbidc.

M. Sée, qui a été frappé de la coïncidence entrc les affections cardiaques et les phénomènes nerveux, n'hésite pas à placer leur corrélation sous la dépendance d'une action rhumatismale commune. Nous coryons qu'ici l'auteur va trop loin. Emporté par son ardeur de généralisation, il dépasse le but. Dédaignant avec raison les interprétations gratuites jusque-là proposées pour expliquer cette coïncidence, il met en avant lui-même une explication qui a le tort d'être trop absolue pour devenir une vérité suffisamment démontrée. Certes, nous reconnaissons volontiers qu'il y a loin de cette opinion médicale aux explications anatomiques de certains auteurs qui rapportaient la fréquence des accidents nerveux dans les affections du cœur à l'inflammation combinée du péricarde et de l'endocarde (Bouillaud), à la compression du nerf phrénique par le liquide épanché (Bright et Burrows), enfin un plexus cardiaque (Babington); mais c'est une raison de plus de réduire cette meilleure interprétation à sa juste valeur.

(*La suite à un prochain numéro.*)

NOUVELLES.

Il y a eu 65 décès de médecins depuis le 1er janvier 1850. C'est plus de 30 sur 1,000, et par an. Du reste, le nombre des médecins de Paris a encore diminué cette année, mais dans une progression moins forte que pour l'année 1849. Il reste encore à Paris 1,351 docteurs en médecine. En 1849, il y en avait 1,389. Différence en moins pour 1851, 37. Sur les 1,389 docteurs mentionnés dans la liste générale de 1849, 65 sont morts et 86 ont quitté Paris. Sur ces 86, il y eu a 12 qui sont partis pour la Californie.

Sur les 1,351 docteurs dont se composc la liste de 1851, il y a 113 noms nouveaux; il y en avait 114 dans la liste de 1849.

Parmi les morts, quelles victimes! Allard, Baron, Blainville, Blandin, Bourgery, Capuron, Fouquier, Marjolin, Mojon, Prus, etc.

Il y a encore 178 officiers de santé à Paris, plus qu'il n'y avait de docteurs sous Louis XIV.

Il y a 381 pharmaciens, nombre évidemment hors de proportion avec les besoins de la population.

Il existe 330 sages-femmes.

L'arrondissement de Saint-Denis renferme 111 docteurs en médecine et 37 officiers de santé.

L'arrondissement de Sceaux contient 49 docteurs et 20 officiers de santé.

Ce qui forme un petit total de 2,457 pour le personnel médical du département de la Seine, sans compter les pharmaciens et les sages-femmes de la banlieue.

Le nombre des réceptions a légèrement augmenté cette année dans la Faculté de Paris : il y a eu 236 docteurs (il n'y en avait eu que 230 en 1849) et 30 officiers de santé (28 en 1849).

— *Mutations dans le corps des officiers de santé militaires.* — M. Beylot, médecin adjoint à la division d'occupation d'Italie, a été désigné ponr passer aux ambulances de la division d'Alger.

M. Bolu, médeciu adjoint aux ambulances de la division d'Alger a été désigné pour passer à l'hôpital militaire de Strasbourg.

— M. le professeur Piorry commencera son cours de clinique interne, à l'hôpital de la Charité, le jeudi 2 janvier à 8 heures du matin.

— M. le docteur Auzias-Turenne commencera son cours public de médecine opératoire le mardi 7 janvier 1851, à midi, dans l'Amphithéâtre n° 2 de l'École Pratique, et le continuera tous les jours, excepté le dimanche.

M. Auzias exposera publiquement les principes de la syphilis expérimentale, le lundi 6 janvier, à midi, dans l'Amphithéâtre n° 3.

— Les trois chaires de clinique spéciale instituées récemment à Madrid ont commencé à fonctionner. Les professeurs sont : le docteur Salazar, pour les maladies de la peau; le docteur Alonzo, pour les maladies sypbilitiques; le docteur Calvo, pour les maladies des yeux.

— L'Ecole de médecine de Pavie, créée depnis la suppression de de la liberté de l'enseignement, a à regretter la démission de l'un de ses professeurs les plus estimés, le docteur Théndnre Lnvati, chargé de la clinique médidale.

Nouvelles préparations iodées

FABRIQUÉES PAR LE Dr QUESNEVILLE.

Ether hydriodique. — Il s'emploie en inhalation et produit des effets très heureux dans la phthisie pulmonaire. Des guérisons certaines sont même annoncées de l'administration de cet agent, un des tlus importants de tous les composés d'iode : son emploi est spécial p la phtbisie pulmonaire. Voici comment nous expliquons son action : introduit dans le poumon, il s'y brûle aussitôt, et donne naissance à de l'acide hydriodique qui, produit à l'état naissant, dissoudrait les tubercules.

Huile iodée. — Elle a été proposée pour remplacer l'huile de foie de morue, mais nous lui préférons le sirop d'iodure d'amidon. Comme on peut la charger d'une assez grande quantité d'iode, el sera utile pour dissoudre certains engorgements. Ellc contient 1 0/0 d'iode combiné au corps gras, et non à l'état libre, ou d'acide hydriodique. On peut l'en charger de plus si on le désire.

Iodure d'amidon soluble. — C'est le composé que nous recommandons spécialement aux médecins, ainsi que l'*éther hydriodique*, dans le traitement de la scrofule, de la phthisie pulmonaire et des affections syphilitiques anciennes et invétérées. L'iodure d'amidon tient le milieu entre l'iode et l'iodure de potassium. Il ne canse jamais d'accidents, même à haute dose. Administré à l'état de sirop d'iodure, il remplace, dans la pratique, l'huile de foie de mnrue.

NOTA. — Il est de la plus grande impnrtance que tous ces composés ne contiennent pas l'iode libre nnn combiné; car sans cela ils causeraient des accidents. Exiger, en conséquence, qu'ils portent toujours le cachet et l'étiquette du docteur QUESNEVILLE, qui les fabrique lui-même. A Paris, rue Hautefeuille, 9.

« L'hiver est la saison des maladies de poitrine; il est peu de personnes qui ne soient atteintes d'un rhume ou d'nne légère bronchite, quand elles échappent à des affections plns graves. Déjà nons avons eu cette année des hémoptysies, des angines, dont l'intensité réclame les plus prompts secours. C'est le moment de signaler à nos confrères les bons effcts que nous avons obtenus cnntre ces terribles maladies du Sirop sédatif de Biron Devèze. Personne n'ignore son efficacité comme calmant dans un grand nombre de cas, tels que les toux rebelles, l'asthme, la coqueluche, les catarrhes chroniques, les inflammations de poitrine, les névroses, la gastralgie, l'entéralgie, etc.; mais son action contre les angines malignes n'avait peut-être pas encore été mise hors de doute. En se rappelant la formule du Sirop sédatif, on croit pouvoir expliquer snn action par celle des substances qui le composent; mais s'il calme la dnuleur comme certaines solanées, il n'eu a pas les inconvénients bien connus. Il produit le calme sans hébétude, agit sur les nerfs sans congestionner le cerveau et dissipe la fluxion inflammatoire sans exciter le trouble de la circulation. En pourrait-on dire antant de l'opium et des autres narcotiques, médicaments usités dans ces sortes de cas? Nous pensons que, dans la préparation du Sirop sédatif, la réaction des principes organiques donne un agent nouveau qui échappe à l'analyse chimique et dont les propriétés ne penvent être déduites que de l'expérimentation. »

Le propriétaire, LE SOURD.
Paris. — Imprimé par PLON frères, rue de Vaugirard, 36.